

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, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Lupus erythematosus testvéreknél. 137. l.

Róth Jenő: Újabb adatok a Bottini-féle miltét kérdéséhez. 139. l.

Weisz Miksa: Casuistikus közlemény a mellkas szűrt sebesüléséről. 141. l.

Tárca. *Törölgyi Elemér*: Berlińi levél. 142. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Pollatschek Elemér*: Az orr melléküregeinek megbetegedései. 143. l. *Könyvismertetés. Tauszk Ferencz*: A belgyógyászat alapvonalai. (—r.) 145. l. *Lapszemle. Gyógyszertan. Mylius*: A sidonal. — *Baamer, Giacomo Sylva*: A tropon. — *Általános kór- és gyógytan. Egorow*: A bakteriumok elnyelése a nyirokmirigyek által. (Torday Árpád.) — *Uhlenhuth*: A különböző állapotok, valamint az ember véreinek megkülönböztetésére új módszer. — *Meyer*: A heveny izületi esz bakteriológiája. — *Sebészet. Golebski*: A gerincvelő cocainozása. — *Reisinger*: Nephrocystanostomosis. — *Payr*: Az idült csipőizületi ficzámok véres repositioja. (Lang S.) — *Füth*: Herniotómiánál történt hólyagsérülés. (Pesthy I.) — *Szülészeti és nőgyógyászat. Rubeska*: A kausukballon intrauterin használata a szülészeten. (Neumann Sz.) — *Leopold*: Vizsgálatok a rák kóroktanáról és a pathogen blastomycetákról. (Neumann Sz.) — *Veneréas bántalmak. Chrszelitzer*: Cystitis lueticá. (Sellei.) — *Levi*: A syphiloma kezelése. (Sellei.) — *Jordan*: A veneréas bubok gyakorisága. (Sellei.) — *Börkörtan. Demidow*: Favus gyógyítása. (Poór F.) — *Unna*: A pernio és lupus erythematosus megkülönböztetése. (Poór F.) — *Unna*: A naftalan.

(Poór F.) — *Hawthorn*: Phagedaenikus afféctiók gyógyítása. (Poór F.) — *Balzer és Montreux*: A psoriasis therapiája. (Poór F.) — *Hallopeau és Trastour*: Lichen planusnak impetigo contagiosával komplikált esete. (Poór F.) — *Matzenauer*: A pemphigus neonatorum és az impetigo contagiosa azonossága. (Poór F.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Desesquelle*: Erysipelas gyógyítása. — *Thelberg*: Somatose. — *Wilcox*: Anaemia gyógyítása. — *E. Kraus*: Az influenza gyógyítása salipyrinnel. — *Stryzowski*: Rovarcsipések gyógykezelése. — *Jochner*: Erysipelas gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete*. 145—148. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti jobbparti (budai) orvosok köre. — A fürdőügyi törvényjavaslat. — A közkórházi orvostársulat. — Kitüntetések a párisi világtkiállítás kapcsán. — Tóth Lajos dr. — Felhívás idős Bókai János emlékszóbra érdekében. — A bécsi egyetem I. sebklínikájának igazgatója. — Hoeheneg Gyula dr. — A német egyetemek orvostanhallgatóinak száma. — A német otológiai társaság. — Jarisch tanár. — Az osztrák parlament. — A német dermatologiai társaság. — Megjelent. — Elhunytak. — Herezél dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 149. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Nemzetközi társulás a veneréas betegségek prophylaxisa érdekében. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról.

Lupus erythematosus testvéreknél.

Irtá: Róna Sámuel dr. főorvos, egyetemi rk. tanár.

A lupus erythematosus aetiologiája évek óta ernyedetlen vita tárgya. A bécsi iskola azon álláspontjával, hogy a lupus eryth. nak a tuberculosishoz semmi köze, szemben áll a francia iskoláé, mely azt határozottan a tuberculosissal valamelyes módon összefüggőnek tartja és az ú. n. „tuberculidés”-hez sorolja. (A tanmai állását illetőleg a Belgyógyászat kézikönyve L. eryth. fejezetére (Török) és Fr. Roth. [Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1900. Bd. 51.] kimerítő dolgozatára utalok).¹ Végleges döntést a párisi congressus sem eredményezett, s így szükségesnek bizonyult az egész betegségnek elülről való tanulmányozása és pedig nemesak az irányban, hogy összefügg-e tényleg a tuberculosissal, hanem abban az irányban is, hogy nem más aetiologiájú infectiosus granulomával van-e dolgunk, a mint azt némelyek már is felveszik?

Ez indított arra, hogy a testvéreknél előfordult lup. eryth. eseteimet közöljem és hogy ezen közlemény keretén belül úgy mellesleg a lupus eryth. aetiologiájára vonatkozó egyéb eddigi klinikai tapasztalataimról is beszámoljak.

A lupus erythematosus testvéreknél vagy egyáltalán *vérokonoknál* igen ritka lehet, mert az egész számomra hozzáférhető irodalomban csak kétszer találtam a lup. erythem.-nak testvéreknél illetőleg testvéreknél és szülőknél előfordulását megemlítve. Azonban egyik sem bir a hitelesség vagy épen tudományosság

¹ L. Poór F. cikkét is az Orvosi Hetilap 2—4. számaiban. Jelen közlemény Poór cikkének megjelenése előtti héten küldetett be.

kellékeivel, a mennyiben az egyik eset egy orvos szóbeli közlésén, a másik egy beteg kórelőzményi elbeszélésén nyugszik.

Ime az esetek: 1. „Ebenso (mündliche Mittheilung) kennt Weidenhammer (Worms) zwei tuberculöse Kinder. Das ältere hat Lupus vulgaris, das jüngere Lupus erythematosus. Bei dem älteren hat die Affection ebenfalls unter dem Bilde eines Lupus eryth. begonnen.“ (Roth fent idézett dolgozatában 60-dik eset, 29. oldal.)

2. „Johannes Sch. Anamnese: Eltern leben. Die Mutter hatte ein ähnliches Leiden auf der Nase, eine Schwester auf der Hand.“ (Lásd fenti cikkben G. csoport 9-dik eset, 278. oldal.)

Ez az egész, a mit tudtommal az irodalomban a vérokonoknál előforduló lup. eryth.-ról találhatunk.

Saját észleletem két testvére vonatkozik, kiknél a baj súlyosan nyilvánult és huzamosabban észleltetett és orvosoltatott általam, úgy hogy tévedés teljesen ki van zárva; a harmadiknál a kórismét kérdőjeleztem, miután ennél csak futólagos könnyed jelenségek voltak és miután ez csak ambuláner orvosoltatott és eddig recidivát még nem mutatott.

I. eset. *Lupus erythematosus faciei*. E. T. 24 éves hajdon varrónő 1900. január 30-dikán jött osztályomra.

Kórelőzmény: 12 év előtt az orra hátán egy gombostüfejni pattanás támadt; innen terjedt a baj évek alatt lassan kúszva az orr többi részeire és az arcra, mig eleinte a jobb, majd a bal szemig ért. A baj subjectiv tüneteket alig okozott. Ismételen orvosoltatta magát, legutóbb hét év előtt itt Budapesten boldogult Schwimmer tanár osztályán, hol thermokauterrel és kenőcsökkel való kezelésre tetemesen javult. Azóta nem állott kezelés alatt és a baj kissé terjedt. Idősebb nővérenek hasonló baja van. Gyermekekori bajait illetőleg előadja, hogy két éves korában himlőt, öt éves korában kanyarót állott ki. Havi baját 12 éves korában kapta meg és azóta rendesen menstruál. A bőrbajtól eltekintve, semmiféle bajt sem érez, rendes étvágya,

rendes széke van. Anyja 38 éves korában sérülés (tehéntaposás) után beállott lábúszkösödés következtében halt el. Atyja él, 68 éves, gyenge beteges ember, két hó óta köhög és köpetet ürít.¹ Anyjának egyik bátyja 40 éves korában tüdővészben halt el; a többi négy testvére él és egészséges. Betegünknek kilenc testvére volt, öt édes, négy mostoha. Az öt édestestvére közül kettő a mi betegünk, a harmadik 35 éves nő, egészséges, férfi; kettő kisi korában elhalt. A négy mostoha testvér él, egészséges, a legidősebb 21 éves.

Jelen állapot. Nagyfokú anaemia. Arcban himlőhegek. Typikus lupus eryth. és pedig egy ezüstforintnyi, kerekded, közepén atrophias plaque a bal arcfelel, több kisebb szabálytalan alakú és részben összefolyó plaque az orr bal oldalán, mindkét szemzúgban, orrháton és orrúcsón. Az orr tövét, valamint jobboldalát egészen, a jobb arcfelet húszfillérenyi területen fehér heg foglalja el. Belső szervek abnormitást nem mutatnak.

Lefolyás. A beteg területek részint scarificatioval, részint thermokauterrel, részint cacodylsavas natrium intracutan injectiokkal kezeltettek és a beteg április 12-dikén tünetileg teljesen gyógyultan bocsátott el. A beteg ismételtelen jelentkezett az osztályon és egy hó múlva a bal szemzúgban lencsényi kiújulást constatáltam.

II. eset. *Lupus erythematosus faciei et capilliti. A jobb szem teljes sorvadása. A bal dobhártya átfürödése.* E. E. 28 éves hajadon varrónő, előbbi testvére 1900. május 24-dikén vétetett fel az osztályomra.

Anamnesis: Az arcán és fejbőrén levő kiütés 15 év óta áll fenn. Az orrán kezdődött és onnan folyton tovább terjedt; 10 év előtt egy influenza (?) kapcsán a folyamat állítólag a bal szemére terjedt, mi által ezen szem teljesen elpusztult. Ugyancsak ezen idő óta a bal fülén rosszul hall, mert állítólag a borbaj a hallójáratot is elfoglalta; fülgyenyedése sohasem volt.

Nyaki mirigyei néha kisebb mértékben meg szoktak duzzadni, de eddig mirigygyenyedése nem volt. 10 év előtt typhust, majd rheumatismust állott ki. Azóta a borbajtól eltekintve jól érezte magát, étvágya jó, széke rendes.

Jelen állapot: A fejbőrön a hajzat csak a homlokon, a halántéktájakon és hátul a tarkón maradt meg keskeny csíokban. A fejbőr többi része teljesen kopasz és halvány, hegszerűen atrophias vagy rózsavörös, mérsékelt infiltrált és nagyszámú tágult véreerekkel behálózott, itt-ott vékony varas felrakódásokkal borított kerekded vagy szabálytalan szigetek által elfoglalt. Az orrt és mindkét arcfelet *dencvérszárnyalakban* vékony heg foglalja el és ebben barnás-vörös, tágult erektől behálózott, felületen szabálytalan beszűrődések. Ezekon kívül az arcon több helyen, mindkét fülkagylón, körülírt, kerekded, a bőr niveaujában álló vagy csak alig észrevehetően a niveau alá süppedt lencsényi, fillérenyi, barnás-vörös, mérsékelt infiltrált, itt-ott tágult erecskéktől átszőtt területek. A bal fül külső járatát egészen elborítja a kiütés. A köztakaró többi része ép. A bal dobhártya hiányzik. A bal szem helyét hegtömeg foglalja el.

Belső szervek épek.

Therapia: Acid. lacticum-ecsetelések, borszesz-ecsetelések.

Lefolyás: A beteg tetemesen javultan távozott az osztályról 1900. április 30-dikán.

III. eset. *Lupus erythematosus faciei (?) Lymphadenitis colli tuberculosa.* E. R. 22 éves hajadon varrónő, az előbbiek testvére, 1900. július 2-dikán jött a kórházi ambulantiára.

Anamnesis: Június 12-dikén magas láz kíséretében arborbáncot kapott, mely az orrán kezdődött és mindkét arcfelet, homlokot elfoglalva nyolcz napig tartott. Az orbáncz lezajlása után mindkét szemöldök felett és a bal fül előtt vörös foltok maradtak vissza. Egy év előtt egészséges volt: ekkor azonban a jobb állzúg alatt egy diónyi és két mogyorónyi mirigye támadt, melyek azóta nem változtak.

¹ Ez jelenleg osztályomon fekszik. A jobb scapula és gerincek közötti térben egy gyermektényérnyi területen tompult kopogtatási hang. A bal alsó tüdőleány hátulsó fele fölött mélyebb belégzés végén néhány ropogó szörtyözrej hallható. A léptompulat egy bordaközzel magasabban kezdődik. A beteg bő genyes köpetet ürít ki, melyben eddig tuberculosis-bacillust még nem sikerült kimutatni.

Jelen állapot: A jobb szemöldök felett egy em.-nyi, a bal szemöldök felett két em.-nyi, kissé elmosódott határu, halvány rózsavörös, közepén krétaporszerűen hámló, felületen beszűrődés, melyek semmi subjectív tünetet sem okoznak és melyekről a pikkelyek nehezen választhatók le. Körülbelül egy em.-nyi hasonló halvány rózsavörös, közepén kissé hámló folt a bal fül előtt. Egy diónyi és két mogyorónyi mirigy a jobb állzúg alatt. Belső szervek épek.

Therapia: 10% Merc. praecip. alb. és zinkoxyd-kenőcs.

Lefolyás: Szeptember 8-dikán a jobb szemöldök feletti és a bal fül előtti foltok nyomtalanul eltűntek, ellenben a bal szemöldök felett még most is jól látható egy két em.-nyi hosszú, 1 1/2 em.-nyi széles, barnás-vörös, kissé infiltrált, nem hámló csík.

Az első két eset kórisméjéhez szó nem férhet és a második esetben, a mint fentebb láttuk, a beteg a jobb szem tönkrejutását, a bal dobhártya elpusztulását is a lupus erythematosusra vonatkoztatja. Azonban direkt objectív támpontot erre nézve nem tudtam fellelni, mert azt, hogy a lupus erythematosus a bal füljáratot teljesen elfoglalta, még nem tartom elegendőnek a dobhártya-perforatio megmagyarázására. Valószínű, hogy az influenza (?) szem- és fülbeli complicatioja okozta a szem és a dobhártya elpusztulását. Minden esetre feljegyzésre érdemesnek tartottam a beteg ezen állítását. A harmadikat, mint már megjegyzém, csak feltételelesen és kérdőjelezve közlöm mint lupus erythematosust, annyival is inkább, mert tapasztalatom szerint néha erysipelas lezajlása után 2-4 hétig is láthatók egyes körülírt és hámlással végződő beszűrődések. A további fejlődés majd felvilágosít.

Ezen három testvér kórtörténetét tekintve, a személyi tuberculosis nyoma csak a harmadiknál vehető fel, mert azt hiszem, hogy az egy év óta fennálló nyaki mirigyduzzanatok másra alig vonatkoztathatók. A két elsőnél a személyi tuberculosis nyoma fel nem lelhető. A mi a családi tuberculosisot illeti, az egyedüli számbavehető adat az anya testvéreinek tüdővészé.

Ezek kapcsán áttérek egyéb klinikai tapasztalataimra, melyek az aetiologiához tartozó következő momentumokra vonatkoznak.

I. A lupus erythematosusos betegek neme, kora.

Kaposi szerint leginkább a közepes korban észlelhetik, de látta már három éves gyermekeknél is, és egyszer (csak nem régen) igen öreg egyénnél is. A női nem kétharmadát képezi a betegeknek. Besnier szerint azért nem észleljük öregebb korban a lupus eryth.-t, sőt még annak nyomait sem, mert a lupus eryth. betegek nem érik el az öregebb kort, elpusztulnak a tuberculosisban. Saját észleleteim a nemet és a kort illetően: 1886 óta a mai napig 53 lupus eryth. esetem volt. Ezen 53 beteg közül 30 nő és 23 férfi volt.

A kort illetően:

nő		férfi	
3 éves	2 32 éves	1 17 éves	1 46 éves
1 16	1 33	1 20	1 48
1 18	1 37	1 23	1 49
1 19	2 38	1 24	1 53
1 20	1 41	1 26	23
3 22	1 46	1 28	
1 23	1 50	7 30	
3 24	1 54	1 31	
1 25	1 56	1 32	
1 26	1 64	2 35	
1 28	30	1 38	
1 30		1 42	

Az én észleleteim tehát megerősítenek azon tapasztalatot, hogy a lupus eryth. a női nemnél gyakoribb és hogy az 50. éven túl sokkal ritkább, mint az előtt (5 : 53 = körülbelül 10%), de kivételesen még a hatvanas években is észleljük (1 : 53).

II. A lupus eryth.-nak a tuberculosishoz való viszonya. Erre vonatkozólag csak 25 esetenél találtam feljegyzést, miután ezen körülményre csak nem régóta figyelek.

E 25 eset között nyolcznál sem egyéni, sem családbeli tuberculosis nem volt kideríthető. Egy esetben nem volt személyi tuberculosis kideríthető, de a családról nincs adat. Két esetben személyi tuberculosis jele gyanánt nyaki mirigyduzzanatok, családi tuberculosis-adatok nélkül. Egy esetben nagyfokú anaemia,

gyomorhurut, szédülések és a tuberculosisra gyanús család. Egy esetben nagyfokú anaemia és kérdéses családi viszonyok. Kilenc esetben egyéni tuberculosisnak semmi jele, de a családban (szülők, testvérek, szülők testvérei) caries, phthisis és mirigyduzzanatok. Két esetben egyéni tuberculosis jele gyanánt nyaki mirigyduzzanatok vannak feljegyezve és családi tuberculosis. Egy beteget élete végéig kísérhettem figyelemmel és ez tüdőtuberculosisban halt el.

III. A lupus eryth.-nak a lupus vulgarishoz való viszonya. Több oldalról állítják a lupus eryth.-nak a lupus vulgarissal egyidejű előfordulását vagy egymásba való átmenetét és ezzel is a köztük rokonságát akarják dokumentálni. A saját 53 esetem valamint az általam segédorvos koromban Schwimmer tanár osztályán észlelt, valamint más kartársak által itthon és külföldön bemutatott (körülbelül 50), tehát összesen mintegy 100 eset között egyetlen egyszer sem észleltem a lupus vulgarissal kombinációt, azaz egy és ugyanazon egyéni mindkettő jelenlétét, vagy egyik alakból a másikba átmenetet; ellenben három esetemben van feljegyezve a klinikai képnek a lupus vulgarishoz oly fokú hasonlósága, hogy csak bizonyos észlelési idő után lehetett a lupus vulgarist kizárni. Ezek az eddigi tapasztalataim. Sokkal csekélyebbek, semhogy ezekből akár a tuberculosis eredet mellett, akár ellene érvelni lehetne, azonban egy csekélyke helyet mégis hivatvák elfoglalni az ezután felgyülemelő adathalmazban.

Ujabb adatok a Bottini-féle műtét kérdéséhez.

Irtta: Róth Jenő dr.

Az irodalomban már nagy számban jelentek meg értekezések, a melyek a prostata hypertrophia folytán beálló vizeletrekedésnek a Bottini-féle galvanokaustikus incisiókkal való kezelését tárgyalják.

Szerzőtől is jelentek meg 1899. május havában erre vonatkozó cikkek az „Orvosi Hetilap”-ban.¹ Mindezek után, hogy ismétlésekbe ne bocsátkozzam, csupán azokat a további megfigyeléseket és tapasztalatokat akarom röviden vázolni, a melyek esetleg hivatva lennének arra, hogy ezen műtetre több világot vessenek és az ehhez való bizodalmat megerősítsék.

Midőn Bottini 1874-ben először tett említést a villamosság-nak az urologiában való alkalmazásáról, akkor már azt régen ismerték és alkalmazták a gyógyászatban, különösen a laryngologiában, a rhinologiában stb. Mindennek dacára mellőzte ezen eljárást a sebész és úgyszólván napirendre tért felette.

Sok más téren való kísérletezések után ismét csak a Bottini-féle eljárásról folyamodtak, a mely különösen a moszkvai nemzetközi orvosi congressus óta hódított nagy teret a sebészi világban, a hol is Freudenberg az ampéremeter és más javítások által tökéletesbbitett Bottini-féle instrumentariumot mutatta be. Mint-hogy a műszert és az eljárást ismerjük, most már csak az van hátra, hogy tovább gyarapítsuk ismereteinket. Főleg négy pontra kell itt tekintettel lenni, hogy az operatio sikeres legyen.

A) Az első, az operatio kivitelénél tájékozás céljából legfontosabb és főfeltétel: a helyi viszonyok ismerete. Mindenek előtt pontos tájékozást kell szereznünk az obstructio foka, valamint a pars prostaticán és a hólyagnyakon fellépő elváltozások felől. Ezt részint különféle manalis vizsgálati módszerek által, részint a cystoskop segítségével érhetjük el.

B) Másodszor a felől kell megbizonyosodnunk, hogy a jelen lévő obstructio eszközünkkel leküzdhető-e, illetőleg, hogy az adott esetben alkalmas-e a műszer a bevezetésre és a jelenlévő mechanikus akadályok alapos eltávolítására. Tehát ehhez tartozik még az is, hogy tökéletesen megbízható villamos áram felett rendelkezünk, a mit leginkább az ampéremeterrel ellátott absolut állandó (secundær) elemekből nyerhetünk.

C) Harmadszor fontos — bárha a legtöbb sebész, a ki ezen kérdéssel foglalkozott, alig méltatta kellő figyelemre —, hogy a mennyire lehet, megelőzően pontosan tanulmányozzuk a mirigy structuráját, mert épen ez igen nagy jelentőségű a kivitel és siker szempontjából.

D) Negyedszer pontosan kell ismerni az instrumentariumot és annak szerkezetét, továbbá kellő jártasság szükséges az urologiának ezen specialis ágában, hogy az incisiók hosszát és irányát, valamint az alkalmazott izzóbő intenzitását megfelelően alkalmazhassuk.

Egyszerűség kedvéért ezeket a pontokat egy-egy betűvel jelezzük és pedig

E = eredmény

V = helyi viszonyok.

I = alkalmas instrumentarium

M = mirigy structurája és

Sz = jártasság és szerkezet.

Ha tehát „V” tökéletesen fel van derítve, „I” teljesen megfelelő és megbízható, „M” pontosan van tanulmányozva és „Sz” felett eléggé rendelkezünk, úgy „E” (az eredmény) ideális lehet, sőt kell is hogy legyen.

(Ezen körülmények csupán az operatio kivitelére vonatkoznak, a hólyag állapotától pedig, a mely a műtét sikerének szempontjából szintén nevezetes szerepet játszik, egyelőre teljesen eltekintünk.)

Ez a theoria; a praxisban sajnos egészen másképp áll a dolog, a mennyiben a tényezők gyakran messze eső szélsőségekben mozognak.

Legalább is V (helyi viszonyok) több esetben hiányosan vagy csak részben deríthető ki, mert gyakran oly nagyfokú obstructioval van dolgunk, hogy a helyi vizsgálatnak oly fontos segédeszközeit — mint a sonda és cystoskop — el kell ejtenünk, mert bevezetésük le nem küzdhető akadályokba ütközik és így „V” hiányos.

„I” (alkalmas instrumentarium) mai alakjában igen használható, de nem minden esetben alkalmazható műszer. Vegyük pl., hogy a középső lebeny nagy mértékben ki van növe s akkor kitetszik, hogy ezen egy görbületű műszer, a melynek concavitásába nem fekszik bele a mirigy, nem ígérhet sikert a műtétnél, így tehát „I” is hiányossá válik. Itt most nem is akarok kiterjeszkedni a megbízhatatlan accumulatorokra, valamint az instrumentarium electro-galvanikus részének minden más lehető hibáira, úgy mint az ampérmeter nélkül való használatára, mely utóbbi nélkülözhetetlen segédeszköz és úgyszólván biztos támpontot nyújt a „sötétben” való munkában. Az a műszer, melyet újabban Freudenberg szerkesztett és a melylyel egész 6½ cm.-nyi incisiókat lehet eszközölni, egyes esetekben előnnyel használható. Ellenben úgy a Wossidlo-féle, mint a Freudenberg-Bierhoff-féle legújabb műszerek, melyek cystoskopokkal vannak egyesítve, oly hátrányokkal bírnak, hogy az eredeti Freudenberg-féle incisort mindaddig, míg további javítások rajtuk nem eszközöltetnek, háttérbe szorítani nem képesek.

A mi „M”-t (mirigy structurája) illeti, úgy annak lehető tanulmányozására súly fektetendő, a mennyiben annak tanulmányozásáról in vivo egyáltalán szó lehet. Combinált vizsgálattal lehetőség szerint kikutatandó a mirigynek consistentiája, mert ennek ismerete a várható sikernek megítélésénél nagy horderővel bír. A míg pl. egy kötőszövetben dús mirigybe való bemetszés biztos csatornát nyit meg a vizelet kihajtására, a mely csatorna a kötőszövet azon tulajdonsága folytán, hogy centripetalis irányban zsugorodik, még tovább is bővülni fog; addig a parenchymadús mirigybe való incisió, eltekintve a valószínű vértől, az által válik illusoriussá, hogy a puha mirigy nem alkalmas arra, hogy a zsugorodási processusban valamely szerepet játszszen.

Igy tehát „M” is megbízhatatlan factor.

A mi pedig „Sz”-t (szerkezet és jártasság) illeti, nyilvánvaló dolog, hogy minden kezdő megfelelő tapasztalat nélkül fog a dologba és így kellemetlen meglepetésekben lehet része. Ez a factor tehát sok esetben nagyon is ingadozó.

Ha tehát valamennyi négy factor hiányos, hogyan lehet képzelni, hogy az eredmény positiv lesz?

Szerencsére megszorított ismereteink, melyeket részben számok e tárgyra vonatkozó közlemény, részben saját kísérleteink és tapasztalataink gyarapítottak, sok esetben képesítettek arra, hogy a jelzett factorokat felismerjük és így ma abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy ilyenmü retentio gyógyult eseteiről számolhatunk be.

¹ Orvosi Hetilap, 1899. 17—19. szám.

Legelőbb is a húgyhólyag distensiojával kapcsolatos complet retentio egy esetéről szóljunk.

K. M. 65 éves kereskedő, állítólag sohasem volt beteg. Két év óta azt észleli, hogy a vizelés nehezen megy. Ezek a nehézségek egyre növekedésben vannak és utolsó hónapokban bőséges polyuria fejlődött ki elannyira, hogy mostanság 24 óránként 4–5000 cm³ vizeletet ürít ki; éjjel óránként és félóránként kell vizelnie, nappal is nagyon gyakran. Beteg erősen le van soványodva, arcszínje fakó sárga, facies hippocratica. Étvágya rossz, nyelve bevont, székrekedésben szenved és egyre növekedő gyengülésről panaszkodik, úgy hogy képtelen hivatásának élni, eltekintve attól, hogy éjjelenként, mire elalszik, önkéntelenül az ágyba vizel.

Urologikus jelen állapot. Az alhas vizsgálatánál mindenek előtt is egy jól körülírt, a köldökig érő tumor tűnik fel, mely nem más, mint a kifeszített hólyag. A manualis vizsgálat megerősíti ezt a sejtelmet. Rectalis vizsgálatnál a prostata in toto körülbelül mandarin-narancs nagyságúnak mutatkozik s különösen a mirigy jobb lebenye mutat megnagyobbodást. Sondavizsgálat alkalmával nagy ellentállásra találunk a pars prostaticában, a melyen csak erősen görbült műszerrel hatolhatunk át a hólyagba. Puha katheterrel lehetetlen a hólyagba jutni, fél keménnyel még mindig nagy akadályra találunk, mert az út a prostata egyenetlen hypertrophiája folytán eltoltak látszik. A hólyagból körülbelül 500 cm³ vizeletet bocsátunk ki és körülbelül ennyit hagyunk a hólyagban vissza. A vizelet zavaros, fehérje a hurutos váladéknak megfelelő. Cukor nincs, fajsúly 1006, reactio alkalikus.

Diagnosis. Hypertrophia prostatae, cystopyelitis chronica.

A patiens, a ki több mint egy éve katheterizálva lett és a kinél időnként hólyagmosások eszközöltettek, 1899. június 26-dikán keresett fel először és főleg arról panaszkodott, hogy hazájában az orvosok az utóbbi időben nem voltak képesek a kathetert bevezetni, önként pedig csak igen telt hólyagnál képes vizelni. Tudjuk jól, hogy ez csak par regorgement történik és hogy itt egy complet idült retentioval állunk szemben nagyfokú polyuriával és az urotoxikus állapot tüneteivel. Ágyba fektetem a beteget, óvatos evacuatorikus katheterismust alkalmaztam és már nyolcz nap mulva minden veszély nélkül üríthetem ki a hólyagot teljesen. A polyuria gyorsan visszafejlődött, az urotoxikus tünetek eltűntek és a beteg gyorsan magához tért. Mindezeknek dacára még sem tudtam magamat a beteg gyenge állapotára való tekintettel műtéti beavatkozásra elhatározni. Miután a beteg állapota 18 napi kezelés után már annyira javult, hogy a kathetert, a melynek kezelésére magam tanítottam meg, rábízhattam, azon utasítással küldtem őt haza, hogy ötször naponként katheterizálja magát és kétszer hólyagmosást végeztesen. Hogyha 6–8 heti házi kezelés után elég erőre tett szert, akkor mutatkozzék ismét. A beteg tényleg gyorsan felépült és ezért elbizakodva nem tartotta be szigorúan az előírt szükséges óvszabályokat, úgy hogy egyszerre csak a mirigyben fellépő congestio folytán sem neki, sem az előhívott orvosoknak nem sikerült a katheterizálás. A beteg újlag a fővárosba jött majdnem rosszabb állapotban, mint első ízben és ismételen csak distendált hólyagot találtam nála, azonban a katheterismust minden nehézség nélkül sikerült. De a katheter későbbi alkalmazásánál a már említett ferde út és az obstructio nagy akadályokat okozott. A beteg újból a sanatoriumba került és itt saját szorgos kérésére elhatároztam, hogy a Bottini-féle műtétet fogom rajta végrehajtani. Nem szívesen tettem ezt, mivel nem sokat vártam a succulens mirigy incisiótól. 1899. szeptember 27-dikén helyi érzéstelenítés és üres hólyag mellett két bemetszést végeztem a Bottini-Freudenburg-féle incisorral és pedig egyet a hosszirányban 3.1 cm. és egy másikat a jobbik nagyobb lebeny prominentiáján 2.8 cm. hosszúságban; semmi néven nevezendő fájdalomnyilvánulás, semmi vérzés.

A műtét után állandó kathetert alkalmaztam. Ugyanaz nap éjjel táján 38.2^o-ig emelkedett a temperatura, sőt a legközelebbi nap reggelén 38.4^o-ig, de már aznap délben leesett a hőfok és azután rendes is maradt. Csak a műtét utáni első napon volt a vizelet egy kissé véres, vizeleti inger szintén csak az első napon volt jelentékeny.

Harmadnapon esuklás lépett fel, mely nagyon makacs volt. Ötö-

dik napon eltűnt a polyuria és míg azelőtt a 24 órai mennyiség 2600–3000 cm³ között ingadozott, addig most csupán 1600 cm³. Hatodnapra el lett távolítva a katheter és a beteg, a ki a műtét előtt még akkor sem bírt vizelni, hogyha a hólyag tartalma 800 cm³-en felül volt, már az első kísérletnél 100 cm³-t vizel magától, a residualis vizeletmennyiség pedig csupán 300 cm³-t tesz ki. A legközelebbi, tehát hetedik napon többszöri vizelés alkalmával már 420 cm³-t ürít ki, a míg a residualis vizelet ugyanannyi marad. A következő napokon 10–12-szeri ürítésben 700 cm³-t magától, míg a residualis vizelet 500 cm³. Ez az arány állandó marad 14 napig, a míg csak a sanatoriumot el nem hagyta.

Minthogy ebben az esetben quoad functionem rendkívül csekély sikert vártam a beavatkozástól és a műtétet inkább csak azon indicatióból végeztem, hogy a szükséges katheterizálásnak útját egyengessem, nagy örömmre constatálhattam, hogy a Bottini-féle eljárás a complet retentiot incompletté változtatta át, a katheterismusnak könnyű utat teremtett és a beteget ezen két momentum által a biztos uraemia veszélyétől mentette meg. A beteg gyorsan felépült, testsúlyban növekedett és viruló arcszínre tett szert. Ez az a beteg, a kinek házi orvosa így írt nekem: „A Bottini-féle műtét betegünknek határozottan az életét mentette meg és keresetképpé is tette.”

Ezen esethez mindjárt hozzá akarom fűzni, hogy ha oly mirigygyel volna dolgunk, mely kötőszövetben dús, úgy a későbbi zsugorodástól további javulást várhatnánk, főleg pedig akkor, hogyha esetleg még fennálló mechanikus akadály további eltávolítása céljából másodszor is végeznénk megfelelő incisiokat. Bár ebben az esetben az eredmény sikeres, a mennyiben a beteg a halálos uraemia veszélyétől lett megszabadítva és hivatásának visszatérve, mindazonáltal incomplet retentio maradt hátra 200–300 cm³ residualis vizelettel. *Feltehető, hogy a mechanikus akadály nem volt eléggé eltávolítva* vagy pedig, a mi sokkal valószínűbb, hogy a bemetszések a mirigynek különös puhasága folytán a csatornát *nem bírták kellően felnyitni*, dacára annak, hogy épen ezen succulentiára való tekintettel 46–49 ampère hőfokkal végeztem az incisiokat, hogy többek között az ezen esetben valószínű vérzést is meggátoljam. Mind ennek dacára pörkök tapadtak a késre.

Fel kell vennünk, hogy egy második operatio a beteg állapotát még tovább javítaná, sőt teljes restitutiót is hozhatna létre. Minden túlzás nélkül állítható, hogy ez oly eset, melynél az operatio directe életmentő volt.

II. Egy incomplet retentioiban szenvedő prostatikusnak esetét akarom vázolni, a melyet Herczel tanár úrral volt szerencsém megfigyelni.

W. Zs. 69 éves budapesti magánzó, a kinek atyja lithotripsia folytán halt meg, körülbelül 1½ év óta észlel magán rendellenességeket a vizelésnél, főleg éjjel kell gyakran vizelnie, nappal minden két órában, néha félóránként is. Kocsizást és hosszabb ülést nem bír, a miért is inkább járni szokott, de azért ezeket a nehézségeket fel sem vette, minthogy ezt csak az öreg-ség nyilvánulásának tudta be.

Jelen állapot. A magas termetű, erős alkatú, kissé elhízott beteg inkább egy teljesen egészséges ember benyomását teszi. Mindazonáltal az urologikus vizsgálatnál következtetést lehetett találni. Hólyag a symphysisen felül két ujjnyira emelkedik (s mégis nem bírt a beteg vizelni), per rectum vizsgálva a körülbelül háromszorosan megnagyobbodott, meglehetősen kemény és kissé érzékeny prostata tapintható ki. A kösöndával megvizsgálva, csak a pars prostaticáig hatolhatunk előre, a hol határozott obstructio mutatkozik, úgy hogy minden kísérletet, hogy szilárd műszerrel jussunk a hólyagba, abba kell hagyni. Következő napon 16. számú Mercier-katheterrel hatolok be, a pars prostaticának obturatióját és meghosszabbodását constatálva és 420 cm³ residualis vizeletet üríték ki. Az a gyanu, hogy kő van jelen, fennáll, dacára annak, hogy a prostata hypertrophia a symptomákat eléggé megmagyarázza. 1899. június 29-dikén a beteg sanatoriumba került, a hol újlag megvizsgálva követ találtam nála, miután sikerült egy Dittel-féle fémkatheterrel a hólyagba behatolni.

Diagnosis. Hypertrophia prostatae, lithiasis.

Herczel tanár úrral tartott consiliumban epicystotomiában és a Bottini-féle műtét végrehajtásában állapotunk meg, mint-

hogy lithotriporoknak, sőt a cystoskopnak bevezetése is teljesen lehetetlen volt.

A vizeletvizsgálat 1899. július 1-én következő eredményt adta. Vizelet borsárga, kissé zavaros, kémhatása savi, fajsúlya 1013, geny nincs, fehérje minimalis (0.03‰). A göcsös alatt néhány leucocytá és néhány nagyobb peripherikus laphám. Vese-elemek nem találtak. 1899. július 15-dikén déli 12 órakor végeztetett a műtét. A Schleich-féle anaesthesiában végzett sectio alta útján két lapos húgysavas követ távolítottunk el s azonnal eszközöltük a Bottini-féle bemetszést is a Bottini-Freudenberg-féle incisorral és pedig egyetlen egy bemetszést végezve a középvonalban az itt mutatkozó középső lebeny felett 2.5 cm. hosszúságban. A műszert lege artis és a helyi viszonyok megbírlása alapján vezettem be és annak beállítása a nyitott hólyagon keresztül lett ellenőrizve. Ezen control-vizsgálat a műszer teljesen megfelelő beállítását mutatta ki. A hólyag drainirozva lett.

Délután hat órakor a vizelet már vérmentes. A lefolyás láztalan, csak később egy heveny epididymitis fellépése folytán kevés hőemelkedés. A vizelet napi mennyisége az első napokban 1200–1500 cm³ volt. 21-dikén kötésvaltoztatás és a hasvarratok eltávolítása. 24-dikén a hólyagdrainage eltávolított és állandó catheter lett behelyezve. 26-dikén a pörkök leválása folytán a vizelet kissé véres. 27-dikén jobboldali epididymitis lépett fel, miért is az állandó cathetert eltávolítottuk. Ezentúl naponta háromszori catheterizálás és hólyagmosás. Augusztus 5-dikén a beteg önmagától kezd vizelni és ettől kezdve kétszer naponta hólyagmosás. 12-dikétől fogva ötször naponként vizel a beteg, még pedig 150–300 cm³-t minden ürítésnél, residualis vizelet körülbelül 130 cm³. Augusztus 14-dikén a beteg elhagyja a sanatoriumot. További házi kezelés mellett olyannyira javul az állapota, hogy 4–5 óráig is tartja a vizeletét, éjjelenként csak egyszer vizel és a residualis vizelet 30 cm³-re apad.

Az epididymitis gyakori felújulást mutat, sőt egy tályog is képződik a mellékhere fejének megfelelőleg. Incisio és drainage hamarosan gyógyulásra hozza ezen folyamatot, de az ondozsinórbán latens marad egy csekély gyuladós folyamat, mely később gyakran fájdalmas felújulást okoz. További több hónapi kezelés után sem tisztul fel a hurutos vizelet, sem nem eszik tovább a residualis vizelet mint 30 cm³-ig.

A mennyiben az urethralis út már teljesen szabad, feltehetjük, hogy ezen residualis vizeletet azon tény okozza, hogy a hólyag a merőleges tengelyben való complet összehúzódásában meg van akadályozva a hegszalagok által, melyek az epicystotomia nyílt kezelése folytán a hólyagot a hasfal elülső falához rögzítették. Ezen residualis vizeletmennyiségnek abszolút szabályossága is megerősíti ezen feltevést. Ezen esetben tehát relative idealisnak mondhatjuk az eredményt, a melyet a Bottini-féle incisio által hoztunk létre.

Azon ellenvetésre, hogy a retentio a lithiasis következménye lehet, sietek azt felhozni, hogy jól tudjuk, miszerint a köbetegek a hólyagjukat nem szokták teljesen kiüríteni, de sohasem annyira, hogy 420 cm³ residualis vizelet maradjon vissza, mint ezen esetben. Ehhez járul a localis lelet, mely a prostata hypertrophiát világosan kimutatta, eltekintve a prostatikusoknál előforduló sok subjectiv jeltől.

Ezen eset különben is nagyon tanulságos, mert igazolja 1. hogy sok esetben egyetlenegy bemetszés meghozza a kívánt sikert (ezt különben egy másik esetem még szebben bizonyítja), 2. hogy a combinált vizsgálat által félig-meddig jártas műtévő aránylag könnyen megítélheti a műszer pontos beállítását, akár csak az újabb Wossidlo-, valamint a Freudenberg-Bierhoff-féle műszerrel, melyek a szem ellenőrzése mellett állíthatók be. (Ez esetben a tapintó ujj végezte az ellenőrzést a hólyagban.)

Tehát épenséggel nem jogosult azon ellenvetés, hogy az operatio csak sötétben tapogatás és hogy az eljárás nem cél-tudatos.

A továbbiakban két újabb idealis kimeneteli esetről számolhatók be, a melyek minden esetre azon kedvező előzménnyel bírtak, hogy a vizelet steril volt.

(Folytatása következik.)

Casuistikus közlemény a mellkas szűrt sebesüléséről.

Közli: *Weisz Miksa* dr., gyöngyösi gyakorló orvos.

A thoraxot érő szűrésok közül az elől és oldalt jövők gyakrabban áthatolók, mint a hátat érők. A háton a lapocok és a mindenütt vastagabb rétegű izomzat már eléggé érthetővé teszik ezen statistikai tényt. Ehhez járul még azon körülmény, hogy a gerincoszlop mellett a bordaközök igen keskenyek, úgy hogy itt vagy csak egy igen vékony eszköz hatolhat át, vagy egy a bordaközével párhuzamosan tartott, vagy egy igen masszív és nagy erővel alkalmazott eszköz, mely esetben a bordák törése és áthatolása után jut a sebző szerszám a mellürbe. Elöl az áthatoló sebzések már a bordák porcos volta miatt is gyakoribbak.

Megfigyelt esetemben a szűrés az intercapularis területen, a csigolyaoszlop jobb oldalán hatolt be, a mellürt megnyitotta, de a nélkül, hogy a tüdőt érte volna. Az eset a következő:

Múlt év december 2-dikén egy korecsmi verekedés alkalmával Lukács Balázs 26 éves solymosi parasztleányt hátba szűrték; L. épen fejről leesett kalapját emelte fel a földről, mikor őt a szűrés érte. Állítólag azonnal összerogyott, de csakhamar feleszmélt és testvérei segítségével saját lábán haza vándorolt. Beteghez a sebesülés után egy óra mulva jutottam.

Közvetlen a gerincoszlop mellett, annak spinalis vonalától két cm.-nyire jobbra, a 4-dik és 5-dik borda magasságában, egy alig 2 cm. hosszúságú, merőlegesen haladó sebnyílást találtam, melyből nagy mennyiségű habos vér ömlött elő. Sebesült néha erősebb köhögési rohamokat kap, mikor is a sebből bugyborékolva távozik a levegő. Szájából vérzés nincs. A sebnyílásba vezetett kutasz a folytonosság hiány alsó zugában a mélybe hatol és itt egy le- és kifelé irányuló csatornába vezet, melyen át a kutasz a szabad mellürbe jut. A mint a sebesült ülő helyzetbe tétetik, a sebnyílásból a vérzés sokkal abundansabb lesz, a köhögési rohamok ismét újra kezdődnek: a szabad mellürben összegyűlt vér ilyenkor a sebnyílásból szabadon folyik elő. A jobb mellkas kopogtatásánál úgy elől, mint hátul az 5-dik borda magasságáig, illetve a spina scapulae-ig teljesen tompult, ezen felül egy ujjnyi szélességben tompult dobos a kopogtatási hang. Hátul jobboldalt az alsó tompult területen légzés alig hallható. A scapula fölött igen halk hörgi be- és kilégzés. Elöl mindenütt halk hörgi légzés; a felső részeken érczes jellegű, nagy hólyagú szörcszörejek hallhatók. A szívtompulat rendes helyen van és direct átmegy a jobb mellkason leirt tompulatba. Sebesült feltűnően anaemikus. A légzés felületes, kapkodó jellegű; perczenként 52. Inspiriumnál az orrlíkok tágulnak. Érverés kicsiny; perczenként 90.

Sérült heves szűró és szaggató fájdalomról panaszkodik elől, jobboldalt, a mamilla alatt. A sebzés helyén fájdalma nincs. Egy izben hányt. Gyakori kínzó köhögési rohamok.

A sebnyílást corrosiv-oldattal fertőtlenítve, egy mélyre ható, az izmokon át vezetett varrattal egyesítettem és könnyű kötést alkalmaztam. Első napi kezelés: ergotin-injectio; jobboldali fekvő helyezés; jégzaesko a sebzés helyére; morphinporok.

Másnapra a köhögés megszűnt; a tompulati viszonyok a mellkason nem változtak.

A további lefolyás reactionmentes volt. Az első napokban csekély láz; esti órákban 38° C. A kezdetben nyomó és szaggató fájdalmak később szűró jellegűt öltöttek és az egész jobboldali mellkason majd itt, majd ott jelentkeztek hevesebben. A tompulat december végéig, tehát több mint három hétig, majdnem változatlan maradt; december 26-dikén a jobb mellső honaljvonalon, a 6-dik bordaközben végzett próbapunctio teljesen folyékony, sötét fekete kávészínű folyadékot eredményezett. Ezen próbapunctio után harmadnapra már a tompulat elől a 6-dik borda magasságában, hátul a lapoccsücs magasságában állott. Ezen eredmény által bizdítva, egy héttel később a próbászűrésapolást megismétltem; de ez alkalommal a felszívódásra nem hozott eredményt. Csakugyan meglepő, hogy első izben azon csekély folyadékmozgás, melyet ily szűrésapolás előidézett, képes volt ily rohamos felszívódást okozni, mikor már a folyadék majdnem egy hónapig mozdulatlanul állott volt.

Miután a lefolyás egészen sima volt, a beteg január 10-dikén, tehát 40 napi betegség után, elhagyta az ágyat.

Jelenleg a jobb mellkas feltűnően lapos; a légvételnél még mindig kissé visszamarad. Kopogtatási és auscultationalis viszonyok rendesek. Csak elöl, a máj fölött hallható úgy az in-, mint az expiriumnál dörzszöre. Beteg a köhögéskor a heg helyére localizált fájdalomról panaszkodik. Ugyancsak a heg mellett, attól ki- és lefelé körülbelül egy ujjnyira hallható a köhögéskor egy sajátságos búgó hang, mely a nagybőgő húrjának megpendítéséhez hasonlítható legjobban.

Térjünk át az eset méltatására. A sebzés alkalmával a folytonossághiányból kitűnő habos vér, a kutaszólási, a kopogtatási és auscultatio viszonyok kétségtelenné teszik, hogy a jobb pleuraüreg meg lett nyitva. A sebző szerszám eredetileg nem ferdén hatolt lefelé. A lehajlásnál a lapoczkok a thoraxon előre és felfelé esúznak; ennek megfelelően más helyzetbe jutnak a lapoczkokhoz vonuló izmok is. Ezen helyzetben érte őket a sebzés. Az ezen helyzetben egyenesen befelé haladó szűrcsatorna a felegyenesedő emberen ferdén ki lesz vongálva, mert ilyenkor a belső nyílás nem áll már szemközt a bőrön ejtett nyílással.

A mellkasban összegyűlő vér származhatott a sebsatornából; de származhatott a tüdő szövetéből is. Ez utóbbi ellen szól azon körülmény, hogy szájon át vér nem távozott el; mi pedig okvetlen bekövetkezett volna nagyobb tüdő sebzésnél.

Ha a mellkassérülések statistikáit átnézzük, azt találjuk, hogy bár ritkán, de előfordulnak áthatoló sebzések a tüdők sebesülése nélkül is; magyarázatát pedig olvassuk ezen eseteknek úgy, hogy a mellürbe hirtelen betóduló levegő megszünteti azon negatív nyomást, mely az ép mellkasban a tüdőket physiologikus rámajukban kifeszítve tartja; ezzel pedig hirtelen összezsugorodik a tüdő és így mintegy kitér a kés hegye elöl. Tisztán physikai alapon van ezen kitérés magyarázva és nem állítható párhuzamba a belekkel, melyek sokszor a golyó elöl is kitérnek; a beleknél egy finoman érző felület, egy minden behatásra érzékeny, complikált izomzatban reflexmozgásokat képes kiváltani. A pleuraür megnyitásánál a tüdők retractionja tisztán dynamikus érvekből magyarázható. De ezen magyarázathoz két feltétel elengedhetetlenül szükséges. Az első, hogy a kés mellett, azzal egyidejűleg levegő hatolhasson be; hogy ez pedig egy olyan hosszú keskeny sebsatornán át, a vékony, hegyes, sima szerszám mellett is megtörténhessék, igen valószínűtlennek tartom. Ha egy hulla thoraxába tört döfünk és azt hirtelen kihúzzuk, a kihúzás után a levegő fűtyülve hatol be; ha a tört benn hagyjuk, a fűtyülés elmarad; a tüdők szintén visszahúzódnak, de nem azonnal; mert a penge mellett beszűrődő levegő csak lassan képes a pleuraüreget megtölteni. Az élő thoraxfal még inkább odasimul a pengéhez, még lassabban engedi a penge mellett a levegő beszűrődését; úgy hogy a bedőlés pillanatában nagyobb mennyiségű levegő nem tudhat be és így a tüdő hirtelen össze nem zsugorodhatik. Így tehát el nem fogadhatom magyarázatképen a tüdők retractionját ezen ritkán előforduló eseteknél, hol a behatoló szerszám előtt a tüdő sértetlen maradt. Hiszen, ha ezen magyarázat helyes volna, nem lennének az ilyen sérülések fölötté ritkák! De nézzük a másik feltételt. Hogy a tüdő visszahúzódhassék, kell hogy az odanöve ne legyen. Leirt esetemben a sérülés helye egészen közel van a hilus pulmonis-hoz; itt tehát retractionról szó különben sem lehet.

Az eset kétféleképen magyarázható; a valószínűbb, hogy a kés pengéje, mely mint azt a bőrseb vertikális iránya is mutatja, a bordaközre merőlegesen lett alkalmazva; a hátul keskeny bordaközön át nem hatolt, hanem csak épen a késnek promináló hegye nyitotta meg a pleuraürt. De másrészt elképzelhető, hogy a szúrásnál alkalmazott erő épen a pleuránál megszünt tovább hatni; úgy a mint hogy bármely más felületes rétegnél megszünhetik esetről esetre; szóval, hogy a kés csakis a pleura pulmonumig lett beszűrve.

Az eset illetően értelmezése szerint a mellürben összegyűlt vér csakis a szűrcsatornából származhatott.

Hogy sebfertőzés nem állott be, sok mindenféle véletlen vagy pedig a pleurának individualis immunitásán mulhatott.

A próbaszűrcsapolás a mellett tanuskodik, hogy a vér a pleuraüregben egy egész hónapig is folyékony maradhat; de e mellett a haemoglobin szétesése folytán színét változtatta.

Végül a reconvalescentiában a sebzés helyén fellépett fájdalom és az e helyen észlelt búgó hang magyarázatára térek vissza. Ugy látszik, hogy a sebsatorna belső vége és a pleura pulmonum felülete közt heges összetapadás és ennek kivongálása után egy álhártya származott, mely hevesebb légzési mozgásoknál hirtelen megfeszül.

T Á R C Z A.

Berlini levél.

(Vége.)

Jansen nem tartja elegendőnek sem a Cooper-, sem a Küster-féle eljárást, ő különben is igen sötét színben festi az empyemák lefolyását. Szerinte annak megállapítása, hogy egy melléküreg meggyógyult, igen nehéz. Ha a baj már több melléküregre reá terjedt, teljes gyógyulást csak akkor érhetünk el, ha az üregek széles megnyitása mellett még a rostacontsejteket is eltávolítanánk. Miután azonban a rostacont tökéletes eltávolítása életveszélyes, a műtétet ily alakban nem végezhetjük, de annyit megtehetünk és megteennünk feltétlenül szükséges, hogy a rostacontsejtek kiterjedt megnyitásával legalább a geny háborítlan lefolyását biztosíthassuk. Ez semmiképp el nem engedhető és kiváló fontossággal bír a gyermekbetegeknek, hol a tiz-tizenkettedik évben kifejlődő rhinitis atrophica rendszerint a rostacontsejtek előzetes megbetegedése folytán jön létre. A rostacontsejtek megnyitása után a gyermek szigorú felügyelet mellett tartandó, nehogy az élenken fejlődő granulatiók a nyílást újból elzárják. A melléküregek genyedéseimél, mondja Jansen, sokkal gyakoribbak a lethalis kimenetek, mint azt általában felveszik. Mint a statistika is bizonyítja, főleg a rostacontsejtek genyedése igen könnyen az agyra veszi magát. Jansen több oly esetre emlékezik, hol a betegek, miután magukat a műtétnek alávetni vonakodtak, elvégre is meningitisben mentek tönkre.

Egy, bár nem szigorúan ide tartozó, de részben hasonló, érdekes esetről Gerhardt professor tett nemrég előadása folyamán említést. Egy fiatal ember, a ki a lépcsőről véletlenül lezuhant, rövidesen meningitisben pusztult el. A bonczolat kiderítette, hogy a homloküreg hátsó falából egy kis csontszilánk a szenvedett rázkódtatás alkalmával lepattant és az így keletkezett hasadákon jött létre a frontal sinusból az agyburkok infectioja.

Jansen szerint a Highmor-empyema jár a legkevesebb veszéllyel; fontossággal ez irányban mindössze annyiban bír, hogy genyedése a szomszéd melléküregekre reá terjedhet. A Highmor-műtéteknek szerinte igen nagy hátránya, hogy az üregben helyet foglaló nyálkahártya állapotáról a nyílás kicsinyisége miatt tudomást nem szerethetünk és az üreg falát minden részletében kitapintani a sondával sem vagyunk képesek. A Küster-féle eljárásnak megvan az a nagy hátránya, hogy az utókezelés alkalmával a sebszélek és az üreget bevonó nyálkahártya erős izgatásnak vannak kitéve, a minek duzzadás, fájdalom stb. lesz a következménye.

E methodusok segélyével Jansen gyógyulást elérni nem tudott és ezeknél fogva ő csupán a radikális műtétet tartja egyedül célra vezetőnek. Miután az üreget lehetőleg hozzáférhetővé kell tenni, az egyenetlenségeket mindenhol meg kell szüntetni, a nyálkahártyát kikaparni, s a legezészerűbb, ha a Highmor-üreg elülső falát egészen elvesszük.

Jansen az üreg nyálkahártyáját teljesen eltávolítja és a hiányt, mivel a szájnálkahártya átplántálása sikerre nem vezetett, jelenleg bőrbelenyekkel igyekszik pótolni. A rostacontsejtekre a lebeny átültetés a felület nagy egyenetlensége miatt nem vezet sikerre. Ugyanez mondható az ikesontüregről is.

Jansen azonban maga is bevallja, hogy az ő radical eljárása mellett sem gyógyulnak gyorsan az empyemák, így a Highmor-üregnél a gyógyulás legkevesebb négy hónapot vesz igénybe.

Alkalmam nyilott Jansen e radical műtétét végignézni. Egy betegnél chloroform-narkosisban a Highmor-üreg mellső falát véső segélyével teljesen eltávolította és az üreg nyálkahártyájának a kikaparása után a rostacontsejtek egy nagy részét is eltávolította. Ugyanekkor a beálló nagy vérzés miatt tamponált, majd annak csillapultával a Highmor-üregben keresztül az ikesontüreg falának egy nagyobb darabját szintén kivéste és a nyálkahártyát kikaparta. Mindez káprázatos gyorsasággal és ügyességgel alig vett igénybe többet egy félóránál, mindennek dacára senkinek sem merném e methodust nagyon ajánlani, miután e rendkívüli nagy beavatkozás épen nem ér fel az elért eredménnyel. A többi berlini klinikák hangulatából ítélve, nem is fog ez az eljárás soha nagyobb pártolásra találni, leginkább azért, mert több ízben látnak ily radicalisan megoperált beteget, kinél a gyógyulás sehogysem akar bekövetkezni. Másrészt úgy vélem, hogy a melléküregeknek már természetűl fogva sem az a rendeltetésük, hogy a külvilággal ily óriási defectuson át közlekedjenek és nem alap nélküli a gondolat, hogy egy esetleges infectio a Highmor- és ikesontüregben át, az utóbbi sinus hátsó falán keresztül esetleg az agyra is reáterjedhet, annyival is inkább, miután e műtét után csupán ez utóbbi csontlemez képezi az egyedüli válaszfalat.

Hayek azt sem helyesli, hogy Jansen a Highmor-üreg nyálkahártyájának teljes kiirtására törekszik, miután a hegesedés csak a

bent hagyott egészséges nyálkabarthyarészletekből történhetik, viszont a gyógyulás csak akkor jöhet létre, ha hegesevést sikerül létrehozunk.

Berlin többi specialistái az empyemák prognosist korántsem tartják olyan rossznak, mint Jansen és mindegyik meg van elégedve a maga methodusával. Azonban mégis, mint jelenleg a körülményekből következtetni lehet, lassanként a Krause-, helyesebben a Mikulicz-Krause-féle eljárás fogja elnyerni a babért. Csak a napokban nyilatkozott úgy Fränkel professor, hogy két a Krause-methodus szerint műtött beteget várakozásán felül igen szépen meggyógyult. Ez eljárásnak nagy előnye először is az, hogy a beavatkozás kicsiny, legkönnyebben, leggyorsabban és a legkevesebb fájdalommal hajtható végre; másrészt, hogy a természetlő megadott nyíláshoz közel, azaz az alsó orrjáratban nyitja meg az üreget, az utókezelés a betegnek semmi kellemetlenséget nem okoz és a mi fő, az ily módon kezelt százötven beteg egy elenyésző kis szám kivételével mind meggyógyult. A gyógyulás időtartama hat hét, egész felév között ingadozott. Az igazat megvallva, empyemát meggyógyulni, mióta Berlinben időzöm, csakis a Krause klinikáján láttam.

A két beteg, a kit ezelőtt kilencz héttel operáltak, jelenleg már gyógyultnak mondható.

Sokan a Krause-féle methodus egy hátrányának azt hozzák fel, a mit már a próbapunctio tárgyalásánál említettem, hogy a trocar beszúrásánál esetleg a külső Highmor-falon is keresztül hatolhatunk. A Krause-féle trocarnál ez a kellemetlen körülmény még kevésbé fenyeget, mint a próbapunctio tő beszúrása alkalmával, miután a trocar görbülete kicsiny, úgy hogy a behatolás pillanatában az irány inkább a külső és hátsó fal közötti szögletnek felel meg és e csekély görbületnél fogva a trocar mélyebb behatolása is ki van zárva.

Az utókezelésben Krause professor ellensége minden folyadéknak. A kezelés ugyanúgy történik, mint azt a homloküregnél fentebb már említettem. A jodoformbefúvások eleinte naponta egy-kétszer, majd a gyógyulás előhaladtával mind ritkábban végezgetnek.

Krause professor szerint a folytonos mosások, a mint az más eljárásoknál divik, erősen izgatnak. Nagyobb mennyiségű geny esetén a műtét után mindjárt egy kifecskendezést végezhetünk és ha a gyógyulás lassan halad előre, a kimosást még egy-kétszer, nem többször, megismételhetjük.

A frontális műtétekre nézve az egyes klinikák között igen csekély az eltérés. Heymann a Kuhnt-féle methodus szerint operál, Fränkel tanáránál a metszés a homlok középi részétől a szemöldök belső harmadának a felezési pontjára merőlegesen történik. A metszés hossza körülbelül három centimeter. A Kuhnt-féle methodus szerintem cosmetical szempontból többet ér, mert bár a homlokot át húzódo metszés sem rúgó, mégis az arcnak igen szigorú kifejezést kölcsönöz, a mi főleg a női nemre nézve épen nem előnyös.

Mielőtt azonban a homloküreg megnyitására fognánk, feltétlenül kívánatos a homloküreg kiterjedésének és mindkét oldalon való jelenlétének a megállapítása. Tudjuk, hogy épen a homloküregek változó-konyak úgy kiterjedésben, mint a fal vastagságában, és főleg, hogy sok esetben egyik oldalon hiányzanak is. A sondázás erre nem elegendő, miután esetleg egy előre tölt rostacsontsejt helyettesítheti a homloküregget, a mi korántsem nagyobb terjedelmű és a sondázásnál mégis egy homloküregnek imponál. Az is megeshetik, hogy egy jelenlévő, de alig mogyorónyi terjedelmű üreg képviseli a sinus frontalist, a mely a közép-vonalon alig terjed túl. Mindezeknél fogva az egyedüli biztos eljárás, ha a bevezetett sondának a sinus rontalisan való jelenlétét Röntgen-fény segítségével állapítjuk meg, nevezetesen szigorúan megjegyezzük magunknak ama pontot, a hol a sonda látható.

A napokban egy műtétnél voltam jelen, hol e vizsgálatot elmulasztották és miután az egyik frontálisüreg megnyitása után az a gyanu merült fel, hogy a másik oldali sinus is beteg, ott is felvették a koponyacsontot, azonban nem a frontális, hanem a koponyáüregbe jutottak. A tiszta műtéves következtében az eset, egy kis fejfájást leszámítva, minden baj nélkül gyógyult, de egy hasonló esetben szerencsétlenebbül is végződhetik.

Láttam azonkívül egy oly műtétet is, hol az üreg megnyitása után elmulasztották a sondázást és ezzel együtt a ductus naso-frontalis szabaddá tételét is. Ennek viszont az lehet a következménye, hogy a műtétet egy bizonyos idő múlva meg kell ismétetni, miután a felszaporodott geny a természetes úton el nem távozhatik.

Jansen természetesen a sinus frontalis genyedéseinél is a radicalis eljárás híve. Szerinte itt is csak úgy gyógyíthatunk, ha az üreget teljesen hozzáférhetővé tesszük, azaz nemcsak a mellső falat, hanem az alsónak is jó részét eltávolítjuk. Szükséges ez szerinte azért, miután a homloküreg zugaiban meghúzódó granulatiókat csakis így vagyunk képesek észrevenni és kikaparni.

Végül meg kell még emlékeznem Cordes egy újításáról, csupán csak néhány szóban, miután legközelebb e tárgyban a „Klinische Rundschau“-ban maga a szerző fog értekezni.

Cordes, a Krause és az ő nevével elnevezett, orrsövénytvővis lemeztetésére szolgáló műszerhez egy hasonló, de igen vékony kis kést konstruált, a melylyel adott esetben az ikcsontüreg természetes nyílását lehetne igen czélszerűen megnagyobbítani.

Végezetül még félreértések elkerülése végett meg kell jegyezmem, hogy mielőtt még a Krause-féle műtét előnyeiről személyes tapasztalataim lettek volna, magam is inkább a Küster-féle eljárásnak voltam a híve. Így történt, hogy az „Orvosi Hetilap“ januárius 13-diki számában, Hayek véleményére támaszkodva, a referatumban Halle dicséretét a Krause-féle eljárásról nagy scepticismussal fogadtam. Azonban tout se change!

Tóvölgyi Elemér dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az orr melléküregeinek megbetegedései.

Közli: Pollatschek Elemér dr.¹

Irodalom. Talko: Beiderseitige Lid und Augapfelnekrose etc. Postep Okulistyczny. Ref. Zeitschrift für Augenh. 1900. szept. — P. Rudloff: Über chron. Eiterung der Stirnhöhlen etc. Arch. f. Ohrenh. 1900. B. 48. — Tilley Herbert: Chronic empyema of the frontal sinus. Lancet. 1900. julius. — Paige John: Empyema of the frontal sinus. Boston med. and surg. Journal. CXLII. Aprilis. — Felix Eugène: Les voies aériennes supérieures dans leurs rapports avec les différentes maladies. Semaine medic. XX. 27. — Marcus Hajek: Pathologie u. Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Deuticke. 1899. — Heryng: Die elektrische Durchleuchtung der Highmorshöhle. Berl. klin. Woch. 1890. 31. — Marin: De la fréquence de l'empyème des cavités accessoires du nez. Recherches anatomo-pathologiques et cliniques. 1900. — Harke: Sectionstechnik der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Virchow's Archiv. Bd. 125. — Bürkner: Bericht über die etc. Arch. f. Ohrenh. B. 48. 1900. — Stetter: Erfahrungen in Gebiete der Ohren, Nasen, Hals u. Mundkrankheiten. Monatsh. f. Ohrenh. 1900. 2. sz. — Killian: Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Heymann's Handb. — Spiess: Die Untersuchungsmethoden der Nase u. ihrer Nebenhöhlen. Ibidem. — Gerber: Ein Doppeldiaphanoscop zur Durchleuchtung d. Stirnhöhlen. Aerztl. Polytechn. 1900. 5. — Wroblewsky: Das acute Kieferhöhlenempyem. Arch. f. Lar. 1900. — Turner: On the illumination of the air sinuses of the skull. Royal College of surgeons Edinburgh. — Lipowsky: Über Erkrankungen der Stirn- u. Kieferhöhlen u. eine Untersuchungsmethode derselben. Virchow's Archiv. 161. k. — Mink: Demonstration eines Instrumentariums zur Auscultation der Stirnhöhle. — Seiffert: Zur Diagnose u. Therapie der Nebenhöhlen-erkrankungen der Nase. Physic. Medic. Gesellsch. Würzburg. Ref. Münch. med. Woch. 1899. — Koebel: Über Combination von Otitis media mit rhinogenem Hirnabscess. Beiträge zur klin. Chirurgie. XXV. — Kuhnt: Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen u. ihre Folgezustände. — Lichtwitz: Du lavage exploratoire methodique etc. Ann. de mal. de l'oreille. 1892. — Grünwald: Zur Heilbarkeit d. Kieferhöhlenempyems. Arch. f. Laryng. IX. 1899. — Avellis: Das acute Kieferhöhlenempyem u. d. Selbstheilung desselben. Arch. f. Laryng. IV. — Braat: Über Nachteile der Electrocochleoperationen. Niederl. Gesellsch. f. Ohrenh. etc. Amsterdam. Ref. Monatsh. f. Ohrenh. 1900. — Kasparianz: Palpation du sinus maxillaire et operation endo-nasale etc. Ann. des mal. de l'oreille etc. Tome XXVI/9. — Warnecke: 11 Fälle von chron. Emp. des Antr. Highm. geheilt durch Behandl. vom unteren Nasengange. Arch. f. Laryng. X. — Denker: Rhinogener Frontallappenabscess. Arch. f. Laryng. X. — Czerny: Osteoplastische Eröffnung der Stirnhöhle. Ber. üb. Verh. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie. B. XXII. — Taptas: Contribution à l'operation radicale; des sinusites combinées chroniques. Congr. med. de Paris. 1900. — Laurens: La chirurgie des sinus de la face. Ibid. Ann. d. mal. de l'oreille etc. 1900. 9. — Vacher: Ann. d. mal. de l'oreille. XXVI. 10. — Noebel-Löhnerberg: Aetiologie u. operative Radicalheilung der genuinen Ozaena. Berl. klin. Woch. 1900. — Souza-Valladares: Deux observations d'empyème du sinus sphenoidale gauche. Ann. d. mal. de l'oreille etc. 1900. 9.

Az orr melléküregeinek megbetegedései, tekintettel azon távollatásokra, a melyek jelenlétükben a szervezetben mutatkozhatnak, kell, hogy érdekeljék a gyakorló orvost, annál is inkább, mert az irodalomban szaporodnak azon esetek, a melyekben sectio mutatta ki csupán, hogy a halált okozó megbetegedés oka valamely melléküregben volt, a melynek idején való kórismézése és műteti gyógyítása jó eredményre, a beteg megmentésére vezetett volna. (Talko, Rudloff, Koebel, Kuhnt, Denker.)

Hogy mily gyakran fordulnak elő ezen megbetegedések, azt különösen Harke bonczolási methodusának alkalmazása óta tudjuk, a mely bonczolásoknál lehetővé lesz, hogy az orr melléküregeinek állapotát pár pillanat alatt áttekinthessük. Harke 400 bonczolás közül 116-nál talált melléküregmegbetegedést. Ujabban Martin állította össze a bonczolási eredményeket, a melyek szerint E. Fraenkel 146 bonczolt esetben 63-szor, Lapalle 169 esetben 55-ször és végre Martin 31 Harke szerint bonczolt esetben 15-ször talált melléküregmegbetegedést. Ezzel szemben élőkön ritkább e diagnosis, a mit az egyes rhino-laryngologiai rendélések statistikai mutatnak. Így Bürkner a göttingi poliklinika e szakba vágó két évi anyagáról közöl statistikát, a melyből kitünik, hogy 343 orr-torok megbetegedés közül csupán négy melléküregmegbetegedés lett kórismézve. Stetter 2591 orr- és torokbetegnél csupán 4 esetben talált empyemát. Az élön való eredményeknek a bonczolással szemben csekély voltát véleményem szerint egyrészt a diagnosis nehéz volta, másrészt az okozza, hogy sok melléküregbetegség minden különösebb tünet nélkül gyógyul, míg mások különféle bajok álcázja alatt válnak felismerhetetlenné.

A melléküreg megbetegedések gyanúját is elég gyakran az általános tünetek keltik fel, mert nem ritkák azon esetek, melyekben daczúra a valamely csontos üregben fennálló genyedésnek, az orrnyíláson előtűnő váladék igen kevés és a genyedés által okozott, az orron kívül jelentkező tünetek igen hevesek. Ezen általános tünetek összeállításra legpontosabban Hajek-nek nemrégén megjelent kitünő munkájában olvasható, és az elmúlt év irodalma a symptomatologia ezen részében nem mutatott fel valami újabbat, említésre méltóbbat. Hajek ezen tüneteket helyiekre és általánosakra osztja fel; előbbieket közül legfontosabb tünet a fejfájás, a mely különösen acut esetekre jellegzetes, ez lehet:

1. neuralgikus fejfájás,
2. diffus fejfájás,
3. hemieranias fejfájás.

Ezen tünet fontosságát legjobban mérlegelhetjük Hajeknek, ezen tan egyik vezérfőfiának a következő kijelentéséből: „Ich habe bisher noch keine Influenzaneuralgie im Gebiete des Trigemini gesehen, wo

¹ Ezen összefoglalás mult év október havában záratott le irodalom is csak ezen ideig van figyelembe véve.

dahinter nicht eine acute Entzündung einer Nasennebenhöhle gesteckt hätte.“

Az általános tünetek a neurasthenia legkülönbözőbb alakjaiban mutatkoznak (Euglu) az orvos előtt és így nem felesleges a neurasthenia esetleges okait kutatva figyelmünket ez irányban is kiterjeszteni, a mint azt már volt alkalmunk Irsai professor rendelésén, egy a belgyógyászati ambulantiáról oda utasított neurastheniánál tapasztalni, a kinek orrtünetei egyáltalán nem voltak. (Sajnos, az eset a gyógykezelésnek nem volt alávetendő, mivel a beteg nem tartózkodott huzamosabb ideig a fővárosban.)

A helyi tünetek közül geny megjelenése az orrnyereg valamely helyén, a középső kagyló körülírt hypertrophiája, polypusok stb. bírnak jelentőséggel. Nem tartom feleslegesnek pontokban összefoglalni azon tüneteket, a melyek melléküreg megbetegedés gyanuját felkelthetik.

1. Minden ozaena.
2. Minden genyes folyás az orrból.
3. Heves egyoldali fejfájás a megfelelő orrfél eldugulásával.
4. Gyakran recidiváló orrpolypusok. (Grünwald.)
5. A középső kagyló mellső részének hypertrophiája, midőn a nyákhártya többi része normalis.
6. Némely pharyngitis sicca (Souza-Volladares.)

A diagnózis megkönnyítésére több eszköz szolgál. Igen nagy elterjedésnek örvend a csontos üregek villamos átvilágítása, a mely eljárást Heryng-nek köszönhetjük, és a mely a léggel telt üregeknek a tömött esontokkal szemben való jobb fény-átbocsátó képességen alapul. Ezen eljárás használhatóságát eleinte túlbecsülték, újabb vizsgálatok azonban alkalmasak lesznek azt a kellő értékre reducálni.

Hajek gyakorlati szempontból nem tartja a vele elért eredményt a diagnózisra elhatározónak. Killian igen fontos kórimészet momentumnak tartja. Spiess csak mint a már meglevő diagnózis megerősítésére szolgáló segédeszközt említi. Gerber egy módosítást, elnevezése szerint egy kettős diaphanoscopot használ e célra, kitűnő eredményeket véve elérni. Rudloff már említett munkájában mint kiegészítő diagnostikai momentumot elfogadhatónak tartja.

Wroblewsky kitűnően találja az átvilágítással elért eredményeket, míg Avellis, egy igen kitűnő és tapasztalt bűvára a melléküregmegbetegedéseknek, csupán mellékes segédeszköznek tartja. Az élőkön tett tapasztalatokhoz igen fontos adatokkal járulnak Turner-nek koponyákon tett legújabb kutatásai. Turner különböző falvastagságú koponyákat használt e célra és olyanokat is, a melyek pl. csupán egyik oldali homloküreggel bírtak. 357 koponya közül teljesen jól kifejtett mindkétoldali homloküreg mellett 98 esetben nem talált az egyik oldalon átvilágított területet; 63 csupán egy homloküreggel bíró koponya közül 40 esetben volt a meglevő homloküreg átvilágítható. Az anatomia eredményei mindig a legkézzelfoghatóbbak s Turner-nek vizsgálatai megerősítették azon meggyőződésemet, hogy az átvilágítás csupán a már meglevő vagy kissé kétes diagnózis megerősítésére szolgálhat.

Újabb külső diagnostikai kísérlet a Lipowsky-é, a ki egy közeli-tett hangvilla rezgéseit egy a Highmor-barlang arcai csontos falára tett phonendoskoppal hallgatja és képes volt ez által az üreg nagyságát megállapítani és kóros esetekben a hangvezetés változásából óhajt következtetéseket vonni.

Mink a homloküreg auscultatioját oly módon végzi, hogy a ductus naso-frontalisson át bevezetett esővön befújt levegő hangját egy a homlokra tett hallgatóesővön hallgatja és a homloküreg nagyságát így határozza meg.

Gyakoriak azon esetek, midőn különböző tünetek felkeltik a melléküreggyenedések gyanuját, a fejfájás, általános tünetek, a középső kagyló mellső végének atypikus hypertrophiája (Hajek), azonban az orrban genynek nyoma sincs; ezen esetekre ajánlja újabban Seifert orrszívó készülékét, a Politzer-féle ballon segítségével, egy nyelési actus alatt, midőn az orrgaratüreg alólról záródik, levegőt aspirál az orrból és a negatív nyomás genyt hoz napfényre valamely melléküregből. Tőle függetlenül egész hasonló készüléket szerkesztett egy orosz rhinologus Schneerson, a melyet Bécsben alkalmam volt látni, és a mely kielégítő eredményt szolgáltatott.

Legyen szabad ezek után néhány szóban azon diagnostikai eljárást ismertetni, a melyet az újabb kutatásokat tekintetbe véve az I. belklinikai Irsai professor vezetése alatt álló rhinologiai rendelésén követünk. Az orrban a geny vagy a középső orrjáratban, vagy a fissura olfactoriában jelenik meg, előbbi esetben a Hajek-féle sorozat első csoportja (állcsont vagy homloküreg, mellső rostacsontsejtek), utóbbi esetben a 2-dik csoport (hátsó rostacsontsejtek, ikcsontból) lehet megbetegedve.

Mindkét esetben első dolog az orr kitakarítása natrium carbonicum 2%-os oldata és vaselin-olaj segítségével.

Az 1-ső csoport megbetegedéseinél a sorrend a következő:

1. Az állcsontból próbaöblítése az alsó orrjárat középső harmadán a Lichtwitz-féle tü segítségével.
2. A középső kagyló mellső végének eltávolítása hideg kacs segítségével.
3. A homloküreg sondázása és próbaöblítése egy vékony ezüst eső segítségével.
4. Ha a leírt két próbaöblítés negatív, vagy ha utánuk közvetlenül geny jelenik meg a középső orrjáratban, azaz mellső combinált genyedésről van szó: a mellső rostasejtek kinyitogatása a Hajek-féle kampó és éles kanál segítségével.

A 2. csoport genyedésénél (geny a fissura olfactoriában) első az ikcsontból sondázása, azután ha szükséges a hátsó rostasejtek feltárása.

A complicált diagnosist nyomon követi az igen fáradságos és nehéz gyógyítás.

A gyógyítást ma már főképp a chirurgia uralja, azonban az újabb irodalom, különösen heveny esetekben, főképp a conservativ kezelés felé hajlik. Heveny empyema leggyakrabban spontán gyógyul (Wroblewsky l. c. Grünwald, Hajek, Killian). A heveny megbetegedések jó részét az állcsonti öböl megbetegedése képezi, a melynek alapos ismertetését Avellis-nek köszönjük. O a spontán gyógyulást lehetőnek tartja, de ha az három hét múlva nem áll be, úgy radicalis műtétet lát, míg vele szemben újabban Wroblewsky csupán hat hét múlva ajánlja a radicalis műtétet, mivel ezen időn belül sok gyógyulást látott. Ezen idő alatt a therapia antiphlogistikus és antipyretikus (antipyrin, phenacetin, aspirin stb.). Ezen gyógyeljárás valamennyi üreg heveny megbetegedésére szól.

Az idült alakok kezelése a genyedés helye szerint különböző. Az állcsontüreg műtete lehetséges az orrból kiindulól és kívülről. A külső operatio történhetik az alveoluson és a fossa caninán át. Előbbi igen kis nyílást nyújt a betekintésre és az esetleges kikapárrásra, azonkívül a fűró hevítő hatása következtében könnyen vezethet csonthalálásra (Braat). A fossa caninán keresztül legtöbbször Küster módszere szerint jutnak be az állcsonti öbölbe, a mely közel az egész mellső falat megnyitva [tág betekintést nyújt és manipulatiókra helyet ad. Az utókezelés antiseptikus öblögetésekből áll. (Hajek, Jansen, Killian.) Nagy elterjedésnek örvend újabban az alsó orrjáratban való műtéves a Krause-Friedländer-féle eljárás szerint.

A műtét egy Krause által ajánlott kissé hajlott tricarttal történik, az alsó orrjárat közepén. A párisi legutóbbi congressuson főleg Kaspariantz dicsérte s Warnecke is e módon operál és száraz utókezelést alkalmaz; légbefúvásokkal és jodoformmal. Warnecke átlag nem túlságos súlyos esetekben 25 nap alatt ért el e módon gyógyulást és feltétlenül megkísérlelendőnek tartja még a fossa canina megnyitása előtt, mivel a beavatkozás nem túlságosan nagy és könnyen kivihető.

Alkalmam volt látni a fossa canina megnyitása után öblítéssel kezelt eseteket, a melyek két év alatt sem gyógyultak; ennek alapján a Krause-féle methodust száraz kezeléssel megkísérlelendőnek tartom.

A heveny homloküreggyenedés hasonlóan kezelendő, mint a Highmor-üreg. Makacs esetekben a homloküreg sondázása és 3% borsav-oldattal való öblögetése alkalmazandó (Hajek, Killian, Seiffert stb.). Ha a genyedés idültté válik és ez utóbbi kezelésre nem javult, a tünetek igen hevesek, úgy az agyvelő közelsége miatt a radicalis műtét sokkal indicáltabb, mint a Highmor-üreg megbetegedésénél.

Megkísérlették a geny lebecsátását az orron keresztül, e műtét azonban felette veszélyes, a miért alkalmazása nem ajánlatos (Rudloff). A külső műtétek segélyével a szemöldökív mediális részén jutunk be a homloküregbe. Az átvilágításnak ilyenkor fontos hasznát vehetjük, mint ezt Turner kiemeli, mert segélyével a homloküreg kiterjedése megközelítőleg meghatározható.

A módszerek lényegükben arra törekednek, hogy a homloküreg feltárása, tartalmának kiürítése (geny és beteg nyákhártya) lehetőleg torzítás nélkül legyen kivihető. Újabb műtéti methodusok az utolsó két évben nem kerültek nyilvánosságra és a régiek közül csak azokat tartom kiemelendőknek, a melyek nagyobb elterjedettségre örvendenek.

Kuhnt a homloküreg mellső falát teljesen eltávolítja, a nyákhártyát kikaparja és a homloküreg nyitott sebkezeléssel kezeli a sargadás befejeződéséig (l. Hajek). Czerny osteoplastikus csontlebensnyel operál, ezen mód igen ajánlatos azon esetekben, midőn a homloküreg kiterjedését ismerjük. Más műtévek a ductus naso-frontalist tágitják a homlok sebéből és a genynek így lefolyást biztosítva drainage segélyével, a homlok sebet bevarrják. (Killian, Nebinger-Praun.)

Nem zárom ezen már amúgy is ismert módokat részletezni, az elv mindig ugyanaz: a geny eltávolítása és egy bő összeköttetés létrehozása a külvilággal. Tekintettel arra, hogy a homloküreg megbetegedése ritkán fordul elő a legelől fekvő rostasejtek megbetegedése nélkül, e helyen említem fel a két üreget egyben megnyitó műtéteket. Francia és amerikai szerzők leginkább az Oyston-Luc-féle műtétet alkalmazzák. Újabban, mint azt Rudloff írja, a Walker-Downie-féle műtétet alkalmazzák, a mely annyiban tér el a Kuhnt módszertől, hogy a homloküreg és megbetegedett rostasejtek kikapárrása után a homlok sebet záratik, csupán egy keskeny jodoformgaze-csik lesz hagyva a belső zúgban; ugyanígy operál Roepke és Rudloff. Taptas valamennyi melléküreg megnyitja, szükség esetén a homloküregből, Laurens hasonlóan.

Ezekben egyúttal ismertettem a sinus ethmoidalis extranasalis megnyitását. Az endonasalis megnyitás egyrészt a középső, másrészt a felső orrjáratban történik, főleg Grünwald és Hayek előírása szerint, a középső kagyló megfelelő részének eltávolítása után a megfelelő műszerek segélyével. Vacher, az alsó kagylót is megtöri, hogy több helyet nyerjen és minden sejtet külön megnyit.

Végre a sinus sphenoidalis megbetegedésénél megkísérlelendő a gyógyöblítés gyenge antiseptikus oldatokkal; ha ez célhoz nem vezetne, úgy a középső kagyló hátsó részének eltávolítása után az üreg mellső falát részben eltávolítjuk. A műtétet megkönnyíti az, hogy a sinus sphenoidalis chronikus genyedése az, a melyek leggyakrabban vezetnek atrophiahoz és így több hely van a bevilágításra és műtétre, azonkívül a mellső fal igen gyenge (ossicula Bertini).

Noebel és Löhnberg írják le újabban pontosan a vizsgálatot és műtétet; a középső kagylót a Beckmann-féle lapjára hajlított ollóval veszik le.

A leírtakban csupán azon irodalmi adatokat foglaltam össze, a melyek fontossággal bírnak és lehetőleg oly alakban, hogy a megbetegedések nevezetesebb momentumait ismertessem. (1898-ig igen részletes irodalom található Hajek, Killian és Spiess idézett munkáiban.)

Könyvismertetés.

A belgyógyászat alapvonalai. Orvostanhallgatók és gyakorló orvosok számára. Irta: **Tauszk Ferencz** dr. egyetemi m. tanár, a székesfevárosi jobbparti szegényház rendelő orvosa. II. bővített kiadás. Budapest, Dobrovsky és Franke kiadása, 1901. Ára 6 korona.

Ha számba vesszük azt az óriási fellendülést, mely az utolsó két évtizedben nemcsak hogy egyetlen egy ágát sem hagyta érintetlenül a belgyógyászatnak, hanem egyes fejezeteknek szinte önálló tudomány-szakokká való kiépülését eredményezte, úgy könnyen elképzelhetők lesznek azok a nehézségek, melyek egy oly belgyógyászati kézikönyv megírója elé tolnak, melynek terjedelmét bár a compendium-jelleg eleve szűkre szabja, de ennek dacára mindazt tartalmaznia kell, a mi pathologiai, diagnostikai és therapiai szempontból lényeges, mindazt, a minek az orvosnövendék kórodai tanulmányai alatt hasznát láthatja és végül, minthogy híj tanácsadó akar lenni a gyakorlat terén működőknek is, kik gyors tájékozást igényelnek, kiváló gyakorlati érzékkel kell megírva lennie.

Már maga az a körülmény, hogy egy eredeti magyar szakmunka aránylag rövid idő alatt érte el II. kiadását, elég megbízható jele annak, hogy annak írója fejlett érzékkel bír az iránt, hogy *hogyan, mit és mennyit* kell a gyakorlat terén működők számára írni. S ha **Tauszk** munkáját gondosan átlapozzuk, úgy nemcsak azzal meggyőződéssel fogjuk azt letenni, hogy **Tauszk** sikerrel győzte le azokat az igazán jelentékeny nehézségeket, melyek egy kevésbé szerencsés írónak lehetetlenné teszik oly óriási anyagnak kimért, de sikeres feldolgozását, hanem az átdolgozott és bővített részek kellő tájékozást adnak arról a haladásról is, a mely a belgyógyászat egyes ágaiban azóta történt, a mióta e mű első kiadása megjelent. Nemcsak azon újabb vizsgálati eljárások nyertek e kiadásban kellő méltatást, melyek a gyakorlati használhatóság tűzpróbáját már kiállották — a typhus-bacillus kimutatása a **Piorokowski**-féle eljárás által, a **Widal**-féle reactio stb. —, hanem vannak fejezetek, melyek egész terjedelmükben magukon hordják a legmodernebb felfogás bélyegét. E tekintetben utalhatunk a szív- és vesebetegségek tárgyalására, a hol már jelezve van, hogy a kórbonecztan nem egyedüli alapja ezen szervek pathológiájának, hanem méltatva látjuk ezen organumok munkaképességét vizsgáló, részben a physikai törvények alapján felépült újabb eljárások értékét is. A vér és vizelet molecularis concentratiojának pathognostikai jelentőségét épen az említett fejezetekben **Tauszk** mások (**Korányi Sándor** és tanítványai), valamint saját vizsgálati adatai alapján többször és nyomosan hangsúlyozza.

A tárgy beosztásában nagy belgyógyászatunk nyomán halad. **Stylusa** tömör, magyaros és épen annak tömörsége tette lehetővé, hogy bár nem szófukar mások vizsgálati adatainak és tapasztalatainak ismeretében, művének nagy előnyére értékesíteni tudta önálló klinikai tapasztalatait és laboratoriumi munkálkodásainak eredményeit. A mű csinos kiállítása a Dobrovsky és Franke czég buzgóságát dicséri.

—r.

Uj könyvek. **Babes** und **Sion**: Die Pellagra. Wien, A. Hölder. — **Babes**: Die Lepra. Wien, A. Hölder. — **Joseph**: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 3. Auflage. Leipzig, G. Thieme. — **Kraepelin**: Einführung in die psychiatrische Klinik. Leipzig, Barth. — **Ilberg**: Die Prognose der Geisteskrankheiten. Halle, Marhold. — **Kaposi**: Handatlas der Hautkrankheiten. Dritte (Schluss-) Abtheilung. Wien, W. Braumüller. — **Dittrich**: Begutachtung von Unfallschäden der Arbeiter. Wien, W. Braumüller. — **Schilling**: Die Verdaulichkeit der Nahrungs- und Genussmittel auf Grund mikroskopischer Untersuchungen der Fäces. Leipzig, Hartung. — **Israel**: Chirurgie du rein et de l'uretère. Traduit par Rodriguez. Avec une préface du Dr. Albarran. Paris, Société d'éditions scientifiques. — **Redier**: Traité théorique et pratique de la carie dentaire. Paris, Société d'éditions scientifiques. — **Vidal**: Les certificats médicaux légaux usuels. Paris, Société d'éditions scientifiques. — **Strauss**: Dépopulation et puériculture. Paris, Fasquelle. — **Nimier** et **Laval**: De l'infection en chirurgie d'armée. Paris, Alcan. — **Chauveau**: Le pharynx anatomie et physiologie. Paris, Baillière et fils. — **Crespin**: La fièvre typhoïde dans les pays chauds. Paris, Baillière et fils. — **Gélineau**: Traité des epilepsies. Paris, Baillière et fils. — **Roger**: Les médecins bretons du XVI. au XX. siècle. Paris, Baillière et fils. — **Lefert**: Aide-mémoire des maladies du coeur. Paris, Baillière et fils. — **Lefert**: Aide-mémoire de neurologie. Paris, Baillière et fils. — **Odillon Martin**: Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie. Paris, Baillière et fils. — **Brouardel**: L'avortement. Paris, Baillière et fils. — **Macnaughton-Jones**: Practical points in gynaecology. London, Baillière, Tindall and Cox. — **Maguire**: The Harveian lectures on prognosis and treatment of pulmonary tuberculosis. London, Baillière, Tindall and Cox. — **Musser**: A practical treatise on medical diagnosis. Fourth edition. London, H. Kimpton. — **Cabot**: Physical diagnosis of diseases of the chest. London, Baillière, Tindall and Cox. — **S. Fleener**: On the aetiology of tropical dysenterie. 1901. Philadelphia. — Report upon an expedition sent by the Johns Hopkins University to investigate the diseases prevalent in the Philippines. Klny. 1901. — **S. Fleener**: Experimental pancreatitis. Klny. Philadelphia, 1901. — **Dr. Weygant**: Die Behandlung der Neurasthenie. Würzburger Abhandlungen I. k. 5. f. Würzburg, 1901. — **Weisz Ferencz** dr.: A húgyvívarszeri megbetegedések rövid kézikönyve. Budapest, 1901. Dobrovsky és Franke. Ára 2 korona. — **Szabó Zsigmond** dr.: Hogyan védekezzünk az egyiptomi szembetegség ellen? Oktatás a nép számára. Veszprém, 1901.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A **sidonal** (piperazinum chinicum) **Mylius** szerint nagyon biztosan ható szer köszvény ellen. Még azon esetekben is, melyekben mindenféle szer hatástalannak bizonyult, **sidonal** használata mellett a köszvény-rohamok tetemesen rövidebbek lettek. Acut köszvényrohamoknál, a melyek azelőtt 3—4 hetet vettek igénybe a gyógyulásig, 5—8 gramm **sidonal** pro die használata mellett már körülbelül négy nap múlva oly fokú javulás állott be, hogy a betegek az ágyat elhagyhatták és nagyobb fájdalom nélkül járás-gyakorlatokat végezhettek; **sidonal** kisebb adagainak tovább használása mellett azután 7—8 nap múlva teljesen meggyógyultak. Idült köszvénynél szintén jó hatású a szer, még régen fennálló tophusok is megkisebbedtek. A köszvényroham elején, az első tünetek jelentkezésekor adva a **sidonal** 5 gramm napi mennyiségben, már 1—2 nap múlva megszűntek a tünetek, úgy hogy tulajdonképeni köszvényroham nem is fejlődött ki. Előnye a szernek, hogy még nagy adagok sem okoznak kellemetlen melléktüneteket; különösen kiemelendő, hogy az étvágy **sidonal** használata mellett még fokozódni szokott. Szerző még megjegyzi, hogy heveny izületi csúsz eseteiben szintén tett kísérleteket a **sidonal**l, de minden eredmény nélkül, úgy hogy talán a csúsz- és köszvényrohamok megkülönböztetésére is felhasználható. (The-rapeutische Monatshefte, 1900. 12. füzet.)

A **tropont** könnyű emészthetősége, valamint a használandó mennyiségek csekély volta miatt elsőrendű orvosi tekintélyek és egyetemi klinikák egybehangzó véleménye szerint a leggyengébb szervezet is kitűnően tűri s így mindazon esetekben, a midőn az anyagcsere rossz, gyomor- és bélbajoknál, vérszegénység, cukorbetegség, köszvény, tuberculosus, fertőző bajok stb. eseteiben nagyon jól használható.

A bonni kórházban 100 különböző kóros esetben alkalmazták rendszeresen a **tropont**. Majdnem valamennyi esetben határozott súlyszaporodás volt konstataható. Különösen érdekes egy vérszegény hystericus esete, a ki hosszabb időn át visszautasítván minden táplálékot, rendkívül lesoványodott. A gyógymód kezdetén troponon kívül mást nem evett. A tropon-táplálás által súlya kétszeresére, 28½ kg.-ról 54 kg.-ra emelkedett.

A troponnal elért eredményekről a berlini Charité, a hamburgi közkórház, a görbersdorfi Weicker-féle tüdőbeteg-sanatorium, az ucht-springeni gyógy- és ápoló intézet rendkívül eredményes kimutatásokat közölnek. Görbersdorfbán 7½ kg.-ig terjedő súlyszaporodást konstataáltak tüdőbetegekben, a kiknél tudvalevőleg nehéz a súlyvesztéséget megakadályozni.

Baumer troponnal vérszegénység, köszvény, sorvadás 8 esetében 2—6 hét alatt 1¼—5 kg. súlyszaporodást volt képes elérni.

Giacomo Silva tizenkét 3—9 éves, elerőtlenedett gyermeknek adott rendszeresen **tropont**. Súlyuk átlag 1½ kg.-mal emelkedett. Együttal a vér haemoglobin-tartalma is fokozódott.

Általában nagyon sok szerző azon véleményben van, hogy semmi-féle táp- vagy erősítő szerrel sem lehet annyi, oly könnyen emészthető tápanyagot a szervezetbe bekebelezni, mint a troponnal.

Általános kór- és gyógytan.

A **bakteriumok elnyelése a nyirokmirigyek által.** **Egorow** szerint azon időtartam, a mely után a bakteriumok a nyirokmirigyekben megjelennek, a bakteriumfajtauktól függ. Az absorpcionak két módja van: az elsőben a bakteriumok száma a mirigyekben hamar a maximumig emelkedik, de nagyon hamar el is tűnnek a mirigyekből a bakteriumok; a másodikban a bakteriumok állandóan ugyanazon számban találhatók a mirigyekben. A nem pathogen mikrobák hamarabb nyelnek el a mirigyek által, mint a pathogenek; a vizsgált bakteriumok közül az anthrax-bacillus volt a legnagyobb mértékben pathogen, a regionaer mirigyekben ezen mikroba jelent meg legkésőbb. Ha a kísérleti állatok az illető bakteriumfajjal szemben természetes vagy mesterséges immunitással bírnak, a mirigyek a bakteriumokat hamar absorbálják; a mikrobák mozgása az elnyelés gyorsaságára befolyással nem bír. (Russkij Archiv, 8. kötet.)

Torday Árpád dr.

A különböző állatok, valamint az ember vérének megkülönböztetésére új módszert talált **Uhlenhuth**. A módszer azon alapszik, hogy az olyan házinyul vérsavója, a melynek hasüregébe 6—8 napos időközökben néhányszor valami másfajta állat vérért fecskendeztük, csapadékot okoz azon állatfaj hígított vérében, a mely állatfaj vérért az intraperitonealis befecskendezésekhez használtuk, más állatfaj hígított vérében pedig csapadék nem mutatkozik. Így marhavérrel kezelt házinyul vérsavója csak hígított marhavérben, embervérrel kezelt házinyul vérsavója csak hígított embervérben okoz csapadékot. Szerző eddig 18 állatfaj vérével végzett vizsgálatokat, mindig pozitív eredménnyel. Maga az eljárás a következő: a vizsgálandó vért 100-szor annyi vízzel hígítjuk, az oldatot üllepitjük vagy megsűrjük, azután a tiszta oldatból 2—2 köbcentiméter mennyiséget öntünk kicsiny, 6 milliméter átmérőjű kémcsövekbe és ugyanannyi 1% os konyhasóvizet töltünk hozzá. Utóbbi azért szükséges, mert vizes véroldatban még a normalis házinyul vérsavója is zavarodást okoz s így a specifikus zavarodás felismerése megnehezítetté. Ezen összesen négy köbcentiméternyi véroldatokhoz már most a különböző állatok vérével intraperitoneálisan kezelt házinyulak vérsavójából 6—8 cseppet adunk, a mikor is az egyik kémcsőben zavarodás áll be, abban tudniillik, melyhez azon házinyul vérsavóját cseppentettük, a mely a vizsgálandó vért adott állattal azonos fajta állat vérével kezeltetett előzetesen. Így, ha a kutyavérrel kezelt házinyul

vérsavója adott csapadékot, akkor a vizsgálendő vér kutyavér volt. A reactio állítólag nagyon érzékeny, már vérnyomok is elegendők a vizsgálathoz. Négy héten át deszkán száradt vének physiologiai konyhasó-vizvel készült oldatával is sikerült a próba, mely törvényszerű orvosi esetekben nagyon jó szolgálatokat tehet. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1901. 6. szám.)

A heveny ízületi csúz bakteriológiája. Heveny ízületi csúzban szenvedő 5 beteg tonsillaris nyákjából Meyer (Leyden tanár klinikája) meglehetősen kicsiny, láncalakban elrendezett diplococcusokat tenyésztett ki. E bakteriumok a szokásos festékekkel jól festődnek, Gram szerint gyengébben festhetők, mint a genyestő coccusok. A közönséges tenyésztő talajokon rosszul nőnek; legjobb tenyésztő talajuk a véragar, de sok peptont tartalmazó és erősen alkalizált egyéb tenyésztő talajokon is jól fejlődnek kicsiny, világos, különálló telepek alakjában, melyek mikroszkop alatt sárgásak, szemcsézettek, sötétebb központúak. A húsléves diffúze megzavarosodik, benne néhány nap múlva csekély pelyhes csapadék látható. A tej körülbelül 30 óra múlva megalvad. A tenyészetek már rövid idő alatt elvesztik életképességüket. Egyéb betegségeknél a tonsillán nem talált szerző ilyen bakteriumokat. Két napos húsleves-tenyésztésből 8 köbcentimétert lázinyul bőre alá fecskendezve, kemény beszűrődés keletkezik, mely csakhamar necrosisba megy át; genyedés sohasem áll be. 6–10 nap múlva mutatkozik a savós vagy savós-genyész izzadmány okozta első ízületi duzzadás, a melyben a bakteriumok többnyire nem mutathatók ki; csak két esetben látta szerző az izzadmány genyesejtjeiben a bakteriumokat. Az ízületi lob tünetei átlag 8 napig állanak fenn, azután spontán eltűnnek. Rendesen 3–4 ízület betegszik meg hosszabb időközökben. A befecskendezés után való napon a hőmérsék felemelkedik 40–41^o-ig, rövid idő múlva azonban normalis lesz. Az intravenosus befecskendezést az állatok jobban tűrik, úgy a láz, mint az ízületi duzzadások később jelentkeznek. A kísérleti állatok többnyire életben maradnak. Az elpusztult állatoknál 8 esetben tiszta savós pericarditis, 3 esetben peritonitis és 1 esetben pleuritis találtatott. A kísérleti állatok 1/5-ében kifejezett, részint verrucosus, részint ulcerosus endocarditis valvularum volt kimutatható, kivételesen pozitív bakteriologiai lelettel. Ugy az exsudatumok, mint a vér bakteriologiai vizsgálata mindig negatív eredményű volt, valószínűleg a bakteriumok gyors tönkremenése folytán, a mi összhangzásban áll a tenyészetek labilis voltával és az emberi polyarthritist számos negatív bakteriologiai leletével. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 6. szám.)

Sebészet.

A gerinczvelő cocainozására nézve végzett több mint 100 kísérletet kutyán és békán Golebski Szt.-Pétervárott. Kísérletei alapján a cocainnak a gerinczcsatornába való befecskendezését mindenféle eredetű convulsional ajánlja. Az eljárás azonfelül a zsigereket is érzésteleníti, azért azokon való műtéteknél is használható. Kutyákon tett tapasztalatai szerint 1 kgm. testsúlyra 0.0001–0.0003 gramm cocaint fecskendezve be, pár perc múlva beáll a progressive az egész testre kiterjedő anaesthesia. 0.0007 gramm cocaint adva egy kilogramm testsúlyra, muló hőemelkedés áll be, a mi direct a cocain hatása, nem pedig gerinczvelő-sértés következménye. 0.001 gramm cocain 1 kilogrammra a hátsó végtagok és a sphincterok hűdését és több óráig tartó hőemelkedést okoz. (Wratsch, 1900. 24. sz.)

Nephrocystanastomosist végzett Mainzban Reisinger hydro-nephrosissal. A beteg vese, melynek egy része még működésképes volt, a kis medencében találtatott. Reisinger odavarrta a vese cystáját a hasfalhoz, azután sipolyt készített kifelé, hogy a csepegő vizelet ne zavarja, majd 14 nappal később végezte a főműtétet. Ekkor laparotomia, a hólyag megtöltése, 1 1/2 cm.-nyi összekötő nyílás készítése a beteg vesén és a hólyagon, ezen két nyílás körül- illetve összevarrása s az előkészítő sipoly elzárása képezték a műtét főphasisait. A beteg teljesen meggyógyult. (Langenbeck's Arch. 61. kötet 2. füzet.)

Az idült csipőizületi ficzámok véres repositiojáról értekezik Payr, Nicoladoni tanár assistense, három eset kapcsán. A három esetből kettőt ő, egyet Nicoladoni tanár operált. Kettő pathologikus luxatio volt, egy pedig traumatikus eredetű; valamennyi hátsó iliacalis ficzám volt, 9–1–10 hónapos és 9–3–4 centiméteres rövidüléssel.

A véres beavatkozás előtt a kéznél levő erővel, majd Lorenz-féle csavarral próbálkoztak helyretenni a ficzámot. A metszés megtételénél a főszűrt két dologra fektették, hogy t. i. az izmok ellenállása legyőzések, továbbá, hogy az acetabulum s czombfejes szem előtt legyenek. Ezt a Kocher-féle metszéssel jól elérték. A trochanter hátsó széle alatt öt ujjnyira kezdődő s felfelé a gluteus maximus rostjaival párhuzamos futó metszés a trochanter csúcsa felett a spina ant. sup. felé hajlik. A gluteusok hatását legyőzendő a trochanter majort sceletizálják, a kis trochanterhez tapadó ileo-psoast azonban meghagyják. Ezután a fejesre térnek át, a melyet mind a három esetben szívós, vaskos, ossificált hegekkel körülszántottak találtak, sőt a pathologikus luxatio egyikében a fejecset nearthrosisban, egy a lig. tereshez hasonló képlettől lekötvé. Legnehezebb az acetabulum kiképezése, melyet ugyan csak szívós hegekkel betemetettek, egy esetben pedig felső szélét letörve találtak, melyet azután sodronyvarrattal rögzítettek. Ezt követte a repositio. A sebüreget Mikulicz-féle tamponade-dal látták el, a végtagot mérsékelt abductioiban s kifelé rotatioiban ragtapaszos distensios kötéssel rögzítettek. Két-három hét múlva, mikor a sebviszonyok megengedték, gypszkötést alkalmaztak az említett helyzetben.

Az eredmény az első esetben, mely pathologikus luxatio volt, nem valami jó volt, a mennyiben csak csekély fokú mozgathatóságot

tudtak elérni s hozzá adductioiban maradt a végtag úgy, hogy arról gondolkoztak, hogy resectioval javítsák az adductiót. Ennek okául a czombfejes usuráltatását vették fel. A második eset (traumatikus) teljes eredménnyel járt, míg a harmadik esetben csekély mozgási korlátosság maradt vissza.

Leírt esetek mutatják, hogy a pathologikus ficzámok is indikálják a véres beavatkozást. Kizártnak kell azonban tartanunk a destructios s deformatios alakokat, milyenek a coxitis tbc. vagy coxitis deformans s csak azok a distensios alakok jöhetnek szóba, a melyek typhus, scarlat, morbilli, rheumatismus stb. után szoktak létre jönni az iztoknak nagyfokú savó felszaporodás okozta kitérülése következtében.

A véres repositio szempontjából azok a viszonyok fontosak, a melyek a vértelen repositiót lehetetlenné teszik, továbbá a sebfertőzés elkerülése, fixálás, a relaxatio megakadályozása s utókezelés.

A normalis viszonyokat főleg azok az erős hegek, osteophyták változtatják meg, a melyek az acetabulum, fejes s trochanter körül támadnak. Ezeket nemcsak a traumatikus, hanem a pathologikus luxatio-nál is találni, hol plastikus úton keletkeztek. A trochanter, a fejes, az acetabulum szélének letörése a traumatikusoknál elég gyakori. Fontos dolog a végeredmény szempontjából a porcz állapota, mert ennek hiánya esetében az ízület szabad mozgására nehezen számíthatni. Az izmok rövidülése fontos gátló momentum, melyet leküzdeni sokszor a teljes sceletizálás után lehet, a mi azonban az eredmény szempontjából nem kívánatos. Főleg a gluteus medius az, mely felhúzza a fejecset.

A mi a ficzám idős voltát illeti, természetesen, hogy ott, hol nem volt idő az osteophyták képződéséhez, hol az izmok zsugorodása nem fejlődhetett ki, ott az operatio simábban folyik le s az eredmény is jobb.

A mi az operatio kivitelét illeti: négy metszés között választottak: 1. Hüter-féle, a spina ant. sup.-tól a sartorius s tensor fasciae latae találkozásának irányában lefelé; 2. Langenbeck-féle, a subperiostalis csipőizületi resectionál alkalmazott metszés a trochanter major középtől a spina posterior irányában; 3. Mikulicz haránt metszése, a trochanter fölött felfelé néző convexitással; 4. a Kocher-féle metszés. Ez utóbbinak a hátsó iliacalis csipőizületi ficzámoknál feltétlen előnye van, mert a terrenumot a legtisztábban tárja elé s fontosabb ideg vagy véredény nem kerül a kés alá. A mi a trochanter major sceletizálását illeti, Mikulicz úgy kerül el, hogy a trochanter levési, felhajlítja s repositio után visszavarrja. Ez azonban csak kisfokú rövidülés mellett lehetséges, a gluteusok nagyfokú zsugorodása mellett a levésett trochanter rögzítése lehetetlen.

A repositio a végtagnak abductiojában s kifelé rotatiojában egyszerű levezetéssel könnyen sikerül. A repositio után Mikulicz-tamponade-dal nyitva kezelik s a leírt módon ragtapaszos distensioiban rögzítik. Igaz ugyan, hogy az ily módon való fixálás nem tökéletes s az első napokban a beteg nyugtalansága könnyen relaxatiót idézhet elő, mindazonáltal a sebhez való könnyű hozzáférhetőség, a váladék eltávolításának könnyebb eszközölhetősége indokoltá teszik ezt az eljárást. Gypszkötés alkalmazása javalt, mikor a sebgyógyulás zavartalan lefolyása biztos, a végleges tartás szempontjából pedig elkerülhetetlen, mert — mint a leírt esetek egyikében — adductio jöhet létre.

Némelyek a gypszkötés azonnal való feltételét ajánlják s a sebbelelés miatt ablakot vágnak rajta. Azonban a váladéknak biztos elfogása ily módon csaknem lehetetlen. A gypszkötés levételét a passiv mozgások, massage, fürdők követik s erre nézve ne bizzunk abban, hogy azt a beteg majd kórházon kívül jól fogja elvégezni. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900. szept.)

Láng Sándor dr.

Herniotomiánál történt hólyagsérülés egy esetét közli Fűth metzi kórházi orvos. A műtét alatt konstalálta, hogy a sérvtömlővel összenőve a hólyagfal együtt türemkedett elő a sérvkapun. A hólyag gondos leválasztása dacára is a műtét utáni 10. napon a sebből vizelet kezdett csurogni. E dolgot úgy magyarázza, hogy a kitérülkedett hólyag csücske valószínűleg megsérült, e defectus azonban a sérvtömlőre alkalmazott kötélekkel szintén lekötöttet. Minthogy a hólyagon most nyálkahártyafelszín feküdt nyálkahártyafelszínre, összenövés nem törtéhetett, a fonal pedig usurálta a hólyagfalat, 10 nap multán a nyílás felszakadhatott s így létrejött a húgysipoly. Minthogy pedig a peritonealis ürbe húgy nem ömlött, nem volt szükség a defectusnak varratokkal való egyesítésére, hanem csak a sebet tágitotta s az íreget jodoformos mullal kitömte. A megindult érélyes sarjadzás rövidesen betemette a sipolyt. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 57. Bd. 5. u. 6)

Pesthy István dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A kaucsukballon intrauterin használatáról a szülészetben. Rubeska tanár ezen eljárást — metreuryis vagy hystereuryis — a következő esetekben alkalmazza: 1. Vetélések megindítása és siettetése czéljából; 2. mesterséges koraszülés megindítása czéljából; 3. a pete-hólyag helyettesítése czéljából a magzatvíz korai elfolyásának eseteiben; 4. a fájások erősítésére; 5. a szülés siettetése czéljából az anya vagy a magzat, vagy mindkettő életveszélyének eseteiben. *Vetéléseknél* a hystereurynter kivétel nélkül bevált: a nyakcsatorna kékő-képen kitérült s a pete vagy egészben távozott el vagy pedig előbb a magzat s azután a lepény is önként született meg. Az esetek legnagyobb részében 5–6 havi terhességről volt szó, egyszer azonban már a terhesség 3. havában is sikeresen alkalmazta a műszert előzetes laminaria-tágítás után. Az alkalmazott hólyagok a kisebb fajtájúakból voltak, melyeket 200–400 kem. vízzel töltött meg. A mesterséges koraszülésnél a hystereuryis még oly esetekben is bevált, a melyeknél a többi eljárás (a Krause-féle, Cohen-féle, a glicerin-befecskendezés) mind

cserben hagyott. Összesen 45 esetben indította meg szerző a kaucukballonnal a szülést, melynek átlagos tartama $33\frac{1}{2}$ óra volt, míg a Krause-féle eljárásnál a szülés átlagos tartama szerző tapasztalatai szerint 53 óra. Az eljárás igen egyszerű: ha a nyakcsatorna legalább egy ujjnak átjárható, akkor a hólyagot a hüvely feltárása (Simon-féle tükkörrel) s a mellő ajknak megragadása mellett makfogóval viszi be üres állapotban és sterilizált konyhasó-oldattal tölti meg; ha a nyakcsatorna szűkebb, akkor a ballonnal előzetes laminaria-tágítás vagy bougie bevezetése után alkalmazható. A mi az eredményeket illeti, úgy azok az anyára nézve elég kedvezők s a magzatra nézve sem kedvezőtlenebbek, mint más eljárásoknál. A magzatvezetési korai elfolyásánál kiváló hasznát ígér az eljárás, mert helyettesíti a hólyagot, tágitja a méhszájat, erősíti a fájásokat s ez által mély cervixbemetszéseknek s nehéz fogóműtéteknek veszi elejét. 36 esetben alkalmazta (közöttük 31 fejevégi fekvésnél), melyek közül 31 folyt le önként. Számadatokkal bizonyítja, hogy a ballonnal alkalmazása óta klinikáján úgy a magasfogó, mint a tipikus fogóműtét, nemkülönbén a cervixbemetszések gyakorisága feltűnően csökkent. Igen jó szolgálatokat tesz a hystereurynter oly esetekben is, mikor fájdalomgyengeség lép fel szülés alatt; az észlelt esetekben a műszer kivétel nélkül bevált; szerző tapasztalatai szerint a hystereurynter alkalmazása az egyetlen eljárás, a melylyel a fájásokat erősíteni lehet. Végül azokról az esetekről számol be a szerző, melyeknél rángó göres és szülés alatt fellépett vérzések tették szükségessé a ballonnal alkalmazását; mindez esetekben is teljesen kielégítő eredményeket ért el. (Archiv f. Gynäk. 61. köt., 1. füz.)

Neumann Szigfrid dr.

Vizsgálatok a rák kóroktanáról és a pathogen blastomycetákról. Leopold tanár a női genitáliákból, valamint egyéb szervekből kiirtott több száz rákdaganatot vizsgált át. Az anyagnak rendkívül gondos megválasztása s konserválása mellett sikerült szerzőnek a ráksövetet függő cseppben (sterilizált bouillon) melegített göröcső alatt egészen 200 napig, sőt még azon túl is észlelhetni, a nélkül, hogy benne rothadásnak még csak nyoma is lépett volna fel. Különösen arra figyelt, hogy lehetőleg oly részletek kerüljenek vizsgálat alá, a melyekben a rákos elváltozásnak kezdetleges stádiumai voltak jelen. Vizsgálatainak eredményeképp számos esetben a rákos daganatokban oly képleteket talált, melyeknek úgy alakja, mint biológiai tulajdonságai is arra vallottak, hogy a blastomycetákhoz tartoznak s 20 közül negyészert sikerült belőlük tiszta kulturákat nyerni, melyeknek blastomycetás természetét azzal is sikerült bebizonyítani, hogy képes volt bennük erjedést kimutatni. Leopold azt is bebizonyította, hogy a blastomyceták göröcsői metszetekben bizonyos festési módszerek által jellegzetesen és jól megkülönböztethetők. Állatokon is történtek átoltási kísérletek, a melyeknek több ízben pozitív eredményük volt. Nem lehet tehát Leopold szerint kételkedni abban, hogy az ember rosszindulatú daganataiban s nevezetesen a rákban előforduló blastomyceták azon blastomyceták között, a melyek állatoknál mesterségesen előidézett daganatokban fordulnak elő, okvetlenül aetiologikus összefüggés áll fenn; más szóval: kétségtelen, hogy a blastomyceták a rosszindulatú daganatok okai gyanánt tekinthetők (embernél) s emberről állatra oltva, az utóbbiaknál hasonló újképződéseket idéznek elő, melyek az állatok halálát okozzák. Sőt még egy lépéssel továbbra is haladt Leopold a bizonyításban, a mennyiben sikerült kimutatnia, hogy az állatoknál blastomyceták által mesterségesen előidézett daganatokból ismét kitenyészthetők blastomyceták-kulturák. (Archiv für Gynäkologie, 61. kötet, 1. füz.)

Neumann Szigfrid dr.

Venereás bántalmak.

Cystitis luetica esetét közli *Chrzelitzer* (Posen). A hólyag syphilitikus megbetegedéséről vajmi keveset tudunk, habár kétségtelen, hogy ha az alkati syphilis a belső szerveket megtámadja, a hólyagban is nyilvánvalóan olykor-olykor s csupán a megfigyelés hiányossága, meg az ilyen irányban megéjtendő vizsgálatok nehézségei az okai annak, hogy a cystitis lueticáról eddig oly keveset tudunk. Szerző is esetében csak egyéb melléktünetek fejlődése közben gondolt a hólyag syphilitikus elváltozására. A 45 éves férfibeteget cystitise ellen sokáig kezelte, a nélkül, hogy tartós javulás állott volna be. Végre a beteg is megunta a dolgot és néhány hétig felhagyott a gyógykezeléssel. A mikor azután szerzőnél újból jelentkezett, mindkét tenyerén psoriasiform syphilidek voltak, azonkívül egyik heréje megnagyobbodott, a mit szerző luesből eredőnek tartott. A hólyag fájdalmas, tenesmus stb. ekkor is fennállottak. A foganatosított antiluetikus gyógymódra a heredaganat és egyéb syphilitikus tünetek visszafelődtek, sőt a hólyagfájdalmak is megszűntek s ekkor szerző is a posteriori azon következtetésre jutott, hogy a hólyagbántalom is gummosus folyamat okozta megbetegedés volt. Esete alapján felhívja a szakorvosok figyelmét arra, hogy hólyagbajoknál azok esetleges syphilitikus eredetére is gondoljanak. (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, 1901. 1. szám.)

Sellei dr.

A syphiloma kezelésére *Levi* sajátos eljárását ajánl, mely szerinte eredetiséggel bír, nem azért, mert a syphiloma kiirtására a thermocautert alkalmazza, hanem mert a kivétel módja eltérő. Szerző ugyanis nem egyszer használja a thermocautert, hanem 500—1000-szer, esetleg többször is, míg a syphiloma helyén bizonyos physiopathologikus viszonyok mutatkoznak. Szerző 32 beteget kezelte eljárásával és az eredményekkel meg volt elégedve (a syphilis többi tünetei, mirigyduzzanatoktól eltekintve, elmaradtak). A cauterisatióra vékony platintelezzel használ, melylyel naponként 50 cauterisatiót végez; az égetett területet egyszerűen gypottal fedi. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 54. kötet, 2. és 3. füz.)

Sellei dr.

A venereás bubok gyakoriságáról ír *Jordan*. A moszkvai városi kórház venereás osztályán 1894-től 1899-ig bezárólag: ulcus molle 2357 esete közül 636-hoz társult bubo. Jordan is — mint a legtöbb szerző — a bubo baloldali localisatióját valamivel gyakrabban találta (49.5%). Jobboldali bubo 41.6%-ban, mindkétoldali pedig 9.9%-ban fordult elő. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 54. kötet, 2. és 3. füz.)

Sellei dr.

Bőrkórtan.

Favust 5—10%-os formalinnal kezelt *Demidow*. A formalin párolgását megakadályozandó, a beteg fejére kötést alkalmaz. Két hét alatt naponta ecsetelve, gyógyulás áll be. A megbetegedés folytán kopasz fejen csakhamar megindul a hajnöves. (Wojenno-Medizinsky Schurál 1900. 3. sz. Ref. St. Petersburger Mediz. Wochenschrift „Revue der Russ. Mediz. Zeitschr.“ cz. mellékletében 1900.)

Poór.

A pernio és lupus erythematodes közötti differential-diagnosis néha nehéz voltát jelzi *Unna* s figyelmeztet arra, hogy diaskopikus megtekintésnél a pernio centrumában — szerinte per diapedesim létrejött — vérzések nyomát látjuk, melyek a lupus erythematodesnél hiányoznak. E vérzések még inkább előtűnnek, ha a diaskopiánál szemünk elé zöldszínű üveget tartunk. (Monatshefte für prakt. Dermat. XXV. k. 2. sz.)

Poór.

A naftalant *Unna* hatásosnak találta oly eczemáknál, melyek minden más kezelésnek makacsul ellentállottak, eczema universale s különösen „malignitás“-sal fenyegető psoriasis esetében. Kiemeli sedativ hatását s megjegyzi, hogy vaselin, 1% stearinsavas natrium s 1—2% pyraloxinból hasonló hatású gyógyszer lehet kombinálni, de még analógabb hatású a vaselinum adustum saponatum, mely a hamburgi „Schwanapotheke“-ban vaselin túlhevítése s stearinsavas natrium hozzáadásával készül s különösen 1—5% pyraloxin hozzáadása mellett igen erős antieczematosus hatást fejt ki. (Monatschrift für p. Derm. XXX. k. 7. szám.)

Poór.

Phagedaenikus affectio gyógyítására *Hawthorn* a pikrinsavat ajánlja. Különösen jó hatásúnak mondja a phagedaenikus, venerikus és syphilitikus fekélyeknél. A sebet megtisztítása után Hawthorn carbolicamphorral érinti s utána az illető testrészt a pikrinsav meleg, kétszeresen telített oldatában fürdeti s kötéssel fedi le. Az egészséges bőr lehetőleg nem teendő ki a pikrinsav hatásának, mert Hawthorn egy ízben annak pergamentszerű megkeményedését tapasztalta, másrészt gyakran erősen viszkető erythemát okozhat. (Presse méd. 1900, 40. szám.)

Poór.

A psoriasis therapiájához szölk *Balzer* és *Montreaux*. Az oleum cadinum nagy therapiai értéke a psoriasis gyógyításánál régóta elismert tény, csak hogy penetrans szaga s az, hogy nagyon piszkítja a ruhát és fehéreneműt, alkalmazását bedörzsölés és borogatás alakjában nem teszi nagyon kellemessé. B. és M. ezért inkább fürdő alakjában alkalmazták. Eljárásuk: 100 gr. ol. cadinumot 250 gr. szappanemulsióval (Sapon. kalini 100.0 Aqua 200.0) jól összeráznak s egy vödör meleg vízzel vegyítik, melyet azután a szükséges fürdővízhez hozzáöntenek. Naponta egy $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óráig tartó fürdőt alkalmaznak. Szerzők a psoriasis laesioi teljes elmulását észlelték e gyógymód kizárólagos alkalmazása mellett. (Journ. d. pratic. 1900, 21. szám.)

Poór.

Lichen planusan **impetigo contagiosus**ával komplikált esetét mutatták be *Hallopeau* és *Trastour*. A 6 éves nöbeteg az intézetbe egy különösen a bal czomb külső felszínén, a homlokon és törzsön lokalizált, számos sárga, izolált, de néhol egymásba folyó pörkkel jellegzett bőrmegbetegedéssel véteztet föl. Mint impetigo contagiosa bőrsalicyl-oldattal lett kezelve s a pörk eltávolítása után a dermatosis helyén typosus Wilson-féle lichen lett látható. A nyákhártyákon a lichennek semmi nyoma sem volt fölfedezhető. (Soc. de Dermat. et de Syph. Séance du 8. Nov. 1900.)

Poór.

A pemphigus neonatorum és az impetigo contagiosa azonoságát vitatja *Matzenauer*. A két megbetegedés azonos voltát először *Knud Faber* ismerte föl (1890), de ellenmondásra talált *Eichstedt* és *Mosler* részéről. *Matzenauer* a kérdést vizsgálata tárgyává tette úgy klinikai, mint histológiai és bakteriológiai irányban s azon eredményre jutott, hogy klinikailag lehetetlen a pemphigus neonatorum és impetigo contagiosa között a határ megvonása, sőt ellenkezőleg épen a klinikai tapasztalatok mutatják, hogy ha a pemphigus neonatorum kivételesen átvitetik felnőttekre, azoknál mint impetigo contagiosa jelenik meg s megfordítva, ha az impetigo contagiosa az anyáról az újszülöttre vitétik át, annál mint pemphigus neonatorum jelenik meg. Minthogy mindkét megbetegedés pathohistológiai képe ugyanaz s minthogy mindkétben mint kórokozók ugyanazon coccusok konstatalhatók, mely coccusoknak tiszta kulturája azonos eredményt ad, *Matzenauer* jogosnak ismeri el azok véleményét, kik a pemphigus neonatorumot és impetigo contagiosát lényegileg egy és ugyanazon megbetegedésnek fogják föl. (Wiener klin. Wschr. 1900. 47. sz.)

Poór F.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Erysipelas gyógyítására *Desesquelle* a beteg helyeknek következő szerrel való beecsetelését ajánlja: Rp. Olei camphor. 30.0; Guajacoli crystall., Mentholi aa 1.0. (Ref. Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 5. szám.)

A somatoset *Thelberg* a legértékesebb albumose-készítménynek tartja. Különösen műtét után használta, melyek után sem tápláló klysmákkal, sem folyékony táplálékkal a szájon át nem ért el eredményt. Tapasztalatai szerint a somatose nem csupán tápszer, hanem

erősítő szer is és e mellett még kifejezett megnyugtató hatást gyakorol a gyomor és a bél nyálkahártyájára, az étvágyat pedig javítja. (Western medical review, 1900. 10. szám.)

Anaemiák gyógyítására nagyon ajánlja *Wilcox* a vasas sámatoset, mint a mely a vasat könnyen áthasonítható alakban tartalmazza, e mellett tápszer is és az emésztő szerveket épenséggel nem bántja. (The New Albany Medical Herald, 1900. október.)

Az influenza ellen ajánlott szerek közül a *salipyrinre* hívja fel újolag a figyelmet *E. Kraus*, mint a mely megbízható hatású, teljesen ártalmatlan és az influenza kapesán keletkező neuralgiákra és myopathiákra is nagyon jótékonyan hat. Felnőtteknek 0.5—1.0 gramm adható 3—4-szer naponként, nagyobb gyermekeknek pedig 0.2—0.5 gramm szintén 3—4-szer. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1901.)

Rovarscipések ellen jó eredménnyel használta *Stryzowski* a formalint; a megcsipett hely egy eseppecske formalinnal megnedvesítendő. Előnye az ammoniakkal szemben, hogy nem illan el oly gyorsan és nem teszi tönkre a parafadugót. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 2. füzet.)

Erysipelas gyógyítására *Jochner* a tömény carbolsavat ajánlja, melyet a bőrön $\frac{1}{2}$ —1 percig, a száj és orr nyálkahártyáján pedig csak néhány másodpercig hagyunk és utána alkohollal jól lemossunk. Az alkohol ugyanis *Powell* vizsgálatai szerint a carbolsav antidotuma; *Jochner* szerint kezünket minden káros következmény nélkül bemárhathatjuk 96%-os carbolsavba, ha utána alkoholban lemossuk és alkohollal leöblítjük. Erysipelasnál az alkohollal való lemosás után még 20%-os carbol-oldatba mártott watta-pamatokat helyezünk a káros helyre. A hatás nagyon gyors, különösen a láz csökken gyorsan. A hőmérsék emelkedésekor újból alkalmazandó tiszta carbolsav az említett módon. *Phelps* szerint néha már 1—2 alkalmazás elegendő; 5-nél nagyobb számú sohasem volt szükséges. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900. 46. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 8. szám. *Weisz Ede*: A félheveny sokizületi csúsz kezeléséről. *Lévy Lajos*: A heroin alkalmazása szívbetegéknél. *Felletár Emil*: Tej által okozott mérgezés.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 8. szám. *Stich*: A phosphoros olaj kérdése. *Krokiewicz*: Gyomorrák ulcus rotundum következtében. *Fuchsig*: A béllipomák casuistikájához. *Wassermann*: A Jez-féle szer typhus ellen. *Jez*: Válasz az előző cikkre. *Kassowitz*: A phosphortherápia elleneséi.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 8. szám. *Benedikt*: A Fliess-féle eljárás („Nasen-Messiadé”). *Stekel*: A köszvény kór- és gyógytanához. *Zeissl*: A gonorrhoea prophylaxisa. *Hueppe*: A betegség-okokról a természetudományi orvostan szempontjából. *Schoenfeld*: Az idült gonorrhoea viszonya az impotentiához. *Mayer*: A conjunctivazsákból kiinduló fertőzés.

Wiener medicinische Presse, 1901. 8. szám. *Bum*: A gerincoszlop habitusis oldalgörbületének diagnosisa és gyógyítása. *Schnitzler*: Intraabdominalis genyedés néhány alakja és kezelésük. *Stuparich*: Echinococcus hydatidosus funiculi spermatici. Hydrocele funiculi spermatici multilocularis.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 5. szám. *Mayer*: Spontan méhinversio esete. *Renner*: Főzött catgut. *Piering*: Massage női betegségekben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 8. szám. *Landau*: A méheltávolítás egy eddig nem ismert alakja. *Ewald*: Mediastinalis daganat képe alatt lefolyt aortaaneurysma. *Flatau*: A phonograph használata a hang kór- és gyógytanában. *Gärtner*: A városi esatornavíz eltávolítása.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 8. szám. *Petersen*: Úszkös sörvek kezelése. *Lubowski*: Sertésorbáncz-bacillusok egy iktikus gyermek bélsarában. *Krause*: Heveny sublimatmérgezés. *Joachimsthal*: A ferde nyak kezelése. *Adler*: A kisagy viszonya a sclerosis polyinsularishoz. *Kluge*: Tuberculosis otthonok. *Michaelis*: A metylenkék-efoszforsól.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 7. szám. *Wolferrmann*: A sérvek mechanikus kezelése, különös tekintettel a lágyék- és a czombsérvre.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 8. szám. *Neugebauer*: A gyermek fejének vagy egyes fejesontjainak nehéz eltávolítása a méhből a fej leszakadása vagy decapitatio után. *Ehrenfest*: Cystaképződés ovarium-maradékokban.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 4. szám. *Rossolimo*: Dysphagia amyotactica. *Gudden*: A Golgi-féle ezüst impraegnáló módszer új módosítása. *Sommer*: A Brown-Séquard-féle tengerimalacz epilepsia öröklődése. *Borst*: A psycho-reflectorius facialis-pálya. *Adler*: Az idegrendszer egyes részeinek veleszületett rövidéletűsége. *Adler*: Appendicitis ideges családokban.

Therapeutische Monatshefte, 1901. 2. füzet. *Galli-Valerio*: A maláriára vonatkozó ismereteink jelen állása. *Eschle*: A munka mint gyógyító tényező. *Kassowitz*: Phosphortartalmú olajok vizsgálata. *Sommerfeld*: Vérnyomásmérések a Gärtner-féle tonometerrel. *Görge*: Bélmegbetegedés két esete. *Saalfeld*: Bromeigonok. *Hoffner*: A tüdőgümőkór gyógyítása igazollal. *Beerwald*: Tapasztalataim a Cervello-féle igazollal. *Volland*: A gümőkór megelőzése gyermekeknél. *Feer*: Válasz az előző cikkre. *Kopp*: Dymal.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 34. kötet, 1. füzet. *Hitzig*: Régi és újabb vizsgálatok az agyról. *Koitschetkova*: A mykrogyria és mikrocephalia kórbonczana. *Binswanger és Berger*: A post-infectiosus és intoxicatios psychosisok klinikájához és kórboncztanához adatok. *Ilberg*: Hat napos syphilitikus gyermek központi idegrendszerének leírása; fejletlen nagyagy jól fejlett koponya mellett, a kisagy asymmetriája, a mellékvesék aplasiája. *Kalischer*: Az arcz és a lágyagyburok teleangiectasiájának esete. *Meyer*: Az indukált elmezavar tanához adat. *Scheiber*: Hét év óta tartó circularis elmezavar. *Liebmann*: Agrammatismus infantilis. *Weber*: Epilepsia és psychosis.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 3. szám. *Fajersztajn*: Új ezüst-impraegnáló módszer a tengelyszál festésére. *Strauss*: Vérnyomásmérések a traumás neurastheniák és hysteriák diagnosisa szolgálatában. *K. Mendel*: Myasthenia pseudoparalytica gravis esete.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1901. 2. füzet. *Schröder*: A fronto-occipital associatio-köteg. *Bechterew*: A sensibilitas zavarainak objectív tünetei traumás neurosisoknál. *Giannuli*: Férfihysteria esetei az affectív emlékezet deliriumaival. *Förster*: Vizsgálatok a localisatióképességről sensibilitas-zavaroknál.

Die Therapie der Gegenwart, 1901. 2. füzet. *Binz*: Chinin használata typhusnál. *Menzer*: Anyageserevizsgálat a fersan kihasználódásáról. *Friedlaender*: Adat a tüdőgümőkór mechanikai kezeléséhez. *Keller*: Malátaleves a gyakorlatban. *Gerson*: Elastikus tapasztkötők. *Daczenberger*: Katharol. *Cohn*: A sulfonal hatása.

Archiv für Hygiene, 39. kötet, 2. füzet. *Wunschheim*: Befolyásolja-e a glycerin mint oldószer az antisepticumok fertőtlenítő értékét? *Kisskalt*: A meghűlés mint disponáló momentum megbetegedésekre. *Neufeld*: Adat a smegmabacillusok ismeretéhez.

Hygienische Rundschau, 1901. 1. szám. *Jochmann*: A gümöbacillus növeése savanyú tenyésztő talajokon. 2. szám. *Esmarch*: Fertőzést okozó anyagok terjesztése használati tárgyakkal és fertőtlenítésük. 3. szám. *Schottelins*: A pestis Bombay-ben 1900 tavaszán.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 1. szám. *Lanz*: A perityphlitis sebészi kezelésének indicatioi. 2. szám. *Hildebrand*: Az izületi gümőkór kezelése. *Suter*: Urotropin. *Paravicini*: Önmassage és gymnastika langyos fürdőben. 3. szám. *Brunner*: Tapasztalataim a gyomorrák sebészete terén. *Wyss-Fleury*: Olaj-beöntések.

Archives de neurologie, 1901. január. *Soury*: A tabes kórbonczana és kórtana. *Marie és Buvat*: Epilepsia és typhus. *Sérieux*: A német egyetemek elmekörtani klinikái.

La semaine médicale, 1901. 8. szám. *Funck*: A vaccina és a variola okozója. *Lépine*: Az opium hatása a gyomorra.

Le bulletin médical, 1901. 9. szám. *Desnos*: A korai beavatkozás prostatikusoknál. 10. szám. *Crespin*: Paludismus és gyermekágy. 11. szám. *Granjux*: A hadseregben typhus aetiologiája. *Damas*: A jobb oldali nervus cubitalis veleszületett luxatioja; műtét. 12. szám. *Dolérís*: Lumbalis cocain-befecskendezés a szülészetben.

Progrès médical, 1901. 8. szám. *Arthaud*: A stomatitis apthosa és szerepe idült bajok fejlődésénél. *Johanessen*: Tej-sterilizálás.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 8. szám. *Funck*: A vaccina és a variola okozója. *Derscheid-Delcourt*: A növekedéssel összefüggő betegségek.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 3. füzet. *Rey-Pailhade*: A philothion szerepe a táplálkozást befolyásoló gyógyszerek hatásának mechanismusában. *Cervello*: A nehéz fémek befolyása a haemoglobin-képződésre. *Leredde*: Lupus erythematosus gyógyítása phototherapiával.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 2. füzet. *Beurnier*: A metritisek kezelése. *Bolognesi*: Az aranyeres csomók sebészi kezelése.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. 1. szám. *Bezançon, Griffon és Le Sourd*: A Ducrey-féle bacillus tenyésztése. *Perrin*: Adat a vulvo-analis leucoplasia tanához, viszonya a kraurosis vulvaehez és gyógyítása.

La presse médicale, 1901. 1. szám. *Sergent*: A zsigerek atrophiaja és az arterialis hypoplasia pellagránál. *Martinet*: Alimentaris stasis és jobboldali fekvés. 2. szám. *Gaulard*: Az eclampsia gyógyítása. *Jean-selme*: A lepra újra jelentkezése Yunnamban. *Betuel*: Az alkalikus persulfatok használatáról. 3. szám. *Marfan*: A esecsemők természetes és mesterséges táplálása. A tejben levő erjesztők szerepe. 4. szám. *Jean-selme*: A lepra elleni küzdelem az angol gyarmatokban. *Nobécourt*: Czukorpróba gyermekeknél. *Roger*: Calciumchlorid variola haemorrhagica gyógyítására. 5. szám. *Patvoir*: Syphilis és tuberculosus. 6. szám. *Huet és Guillani*: A sensibilitas zavarai syringomyeliánál. *Romme*: A serum-eryscopia jelentősége a prognosis felállításánál typhus eseteiben. 7. szám. *Auché és Vitrac*: Intravascularis endothelioma. *Martinet*: Az úgynevezett reflex-köhögések és gyógyításuk. 8. szám. *Ardin-Delteil és Rigaux*: Uraemiás icterus gravis. *Garnier*: Új módszer a Gram szerint nem festődő bakteriumok festésére. *Romme*: Az orr hypertrophikus acnejének sebészi kezelése. 9. szám. *Brissaud*: A sensibilitas zavarai syringomyeliánál. *Lermoyez*: A fül hygienéje. *Desfosses*: A műszerek sterilizálása magas nyomású alkohol-gőzökkel. 10. szám. *Sebileau*: A buccalis septicaemia alakjai. *Fiquet*: Coma diabeticum és intoxicatio nitrilekkel. *Lermoyez*: A fül hygienéje. 11. szám. *Furet*: A sphenoidalis empyema kezelése. *Lermoyez*: A fül hygienéje. 12. szám. *Sersiron*: A hautvillei

nepszanatorium. *Hoche*: Másodlagos gyomorrák. *Lermoyez*: A fül higiénéje. 13. szám. *Dieulafoy*: Vérhányás appendicitisnél. *Dieulafoy*: Appendicitis tüneteit járt typhus-est.

British medical journal, 1901. február 23. *G. Eastes*: Megjegyzések a „British medical association“ anaesthesia-bizottságának conclusioira. *A. D. Waller*: Az anaesthesia-bizottság jelentésének kritikája. *Funck*: A vaccina és variola okozója. *Monckton Copemann*: A vaccina és variola mikrobáinak tenyésztése. *H. E. Durham és W. Myers*: Sárgaláz. *Odery Symes*: Hibák a bakteriologiai diagnosznál. *E. Waggett*: Az orvos védekezése infectious torokbajok vizsgálatánál. *Sidney Philipps*: Typhus két esete tüdőtályoggal és empyemával. *Leslie Eastes*: A phenylhydrazin-próba czukorra. *Walker Hall*: Phenylhydrazin-próba. *C. Monks*: Psoas-tályog esete. *C. S. Brebner*: Stragulált lágycsőműtét és gyógyult esete 80 éves egyénnél.

The lancet, 1901. I. 8. szám. *W. H. Bennett*: Asszonyoknál és fiatal leányoknál előforduló sajátságos folyadékgyülem (quiet effusion) a térdizületben. *Bland-Sutton*: A daganatkepződéssel szövődött terheség és szülés sebészete. *Rutherford Morrison*: Appendicitissel kapcsolatos tályogok diagnosisa és kezelése. *G. A. Bannatyne*: Egyes ízületi bajok classificatioja és diagnosisa. *J. L. Bunch*: Protectiv inoculatio és serumtherapia. *Inglis Parsons*: Makacs metrorrhagia. *H. E. Durham és W. Myers*: Sárgaláz. *J. B. Pike*: Stragulált lágycsőműtét tüneteit járt appendicitis okozta tályog. *G. H. Ormsby*: Autovaccinatio esete. *W. Wyllis*: Orrdiphtheria és kanyaró. *H. W. Page*: Vállsarcoma miatt végzett interscapulo-thoracikus amputatio két esete. *Flavell Edmunds*: Az oesophagusban fennakadt idegen test miatt végzett gastrotomia.

Edinburgh medical journal, 1901. február. *R. Barwell*: A medence helytelen positioja okozta gerineggyömbület. *Balfour*: Borderland. *Haultain*: Egyszerű ovarialis cysta intraperitonealis repedése, különös tekintettel az operatív kezelésre. *Houston*: A csatornaviz bacteriumos kezelése. *Harvey Littlejohn*: Törvényszéki orvosi jegyzetek. *Waring*: A halántékcsont cholesteatomája és kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. márczius 1.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 7. hetében (1901. február 10-dikétől február 16-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katonai 16,000, összesen 741,013. Elveszített 474 gyermek, elhalt 294 egyén, a születések tehát 180-al multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 33.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20.6, az egy éven felüli lakosságnál: 18.2, az öt éven felüli lakosságnál: 16.1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 2, morbilli 6, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 14, apoplexia 4, eclampsia 5, szervi szívbaj 22, pneumonia 28, pleuritis 1, pneum. catarrh. 15, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 66, enteritis 7, carcinoma 9, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 6, morbus Brightii és nephritis 6, veleszületett gyengeség 16, paedatrophia 2, marasmus senilis 14, erőszakos halálozást 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 3, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A mult hét végén volt 3066 beteg, szaporodás e héten 864, csökkenés 867, maradt e hét végén 3063 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi február 12-étől február 18-áig terjedő 7. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelenben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 45 (62), diphtheria, croup 17 (20), hagymáz (typhus) 3 (5), kanyaró (morbilli) 128 (134), trachoma 6 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 31 (29), orbáncz (erysipelas) 11 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 24 (20).

— A budapesti jobbpárti (budai) orvosok köre nyilatkozatot tett közö, hogy a budai orvosok egyértelműleg solidaritást vállaltak, hogy a „Magyar köztisztviselők betegsegélyző egyesületénél“ orvosi állást el nem fogadják. E mozgalomhoz csatlakozott azon két orvos társuk is, kik meg lettek ugyan választva, de az orvosi közérdek iránti tiszteletből ezen állásukról lemondottak. Felkéri a kör a budapesti és vidéki kartársakat, hogy a nekik netán felkínálható állást utasítsák vissza és hozzájuk csatlakozzanak, ellen esetben kinyilatkoztatják, hogy az illetőkkel minden orvosi és társadalmi érintkezést meg fognak tagadni.

± A fürdőügyi törvényjavaslatot a mult hét végén tárgyalta az országos forrás- és fürdőügyi bizottság a belügyminister elnöklété alatt és általánosságban elfogadta a bizottság javaslatát. A részletes tárgyalásnál a gyógyvizek kérdése körül folyt eszmecsere.

♣ A közkórházi orvostársulatnak — mint azt a Nékám és Terray titkárok által szerkesztett évkönyvből olvassuk — az 1900-dik évben a közkórházi orvosokon kívül 364 külső és 14 résztvevő tagja volt; 1901. évre 29 új tagot választottak.

© Kitüntetések a párisi világkiállítás kapcsán. Királyi elismerést kapott: *Hutyra Ferencz*, az állatorvosi főiskola rektora; királyi őszinte köszönetet és elismerést: a Balneologiai egyesület, *Nékám Lajos* dr. egyet. m. tanár, *Pekár Mihály* dr. egyet. tanársegéd, *Pertik Ottó* dr. egyet. tanár, *Udránszky László* dr. egyet. tanár.

□ **Tóth Lajos** dr. vallás- és közoktatásügyi ministeriumi osztálytanácsost a párisi világkiállítás alkalmából a Felső- és III-ad osztályú vaskorona-rend adományozásával tüntette ki. E kitüntetés a hazai orvosi oktatásügynek egy fáradhatatlan szorgalmú, körültekintő, érdemes munkását érte, ki, mint az orvosi oktatásügy előadója a közoktatásügyi ministeriumban buzgón folytatja azt a kulturális munkát, a mit elődje, *Markusovszky* megkezdett, a két magyar orvosi facultás a modern tudomány igényeinek megfelelő felszerelésének és berendezésének nagy munkáját. Az orvosi oktatásügy minden barátja őszinte örömmel veszi az érdem e királyi elismerését.

— **Felhívás idősb Bókai János emlékszóba érdekében.** Néhai idősb *Bókai János* egyetemi tanár, a hazai gyermekgyógyászati iskola megalapítója emlékének megőrkítésére mozgalom indult meg. A szobor-bizottság, mely február hó 8-dikán az elhunyt tudós volt segédeiből s iskolájának híveiből megalakult, *Bauer Lajos* dr. egyetemi tanársegéd elnöklété alatt intéző bizottságot küldött ki, mely a gyűjtő-ívek kibocsátását máris megkezdette.

Kivánatos volna, ha a bizottság nemes czélját: néhai idősb *Bókai János* érdemeit emlékszóval megőrkíteni, mielőtt megvalósíthatná, a miért ez úton is felhívjuk hazai kartársainkat, hogy e czél érdekében közreműködjenek.

Gyűjtő-ívekkel az intéző bizottság (Stefánia-gyermekkórház, Üllői-út 72. sz.) szívesen szolgál; a befolyt összegeket pedig lapunk e helyen nyilvánosan is nyugtázní fogja.

✕ **A bécsi egyetem I. sebklínikájának igazgatójává**, mely állás *Albert* tanár halálával megüresedett, *Eiselsberg Antal*, *Billroth* tanítványát, a könnigsbergi egyetem sebésztanárát nevezték ki.

♣ **Hochenegg Gyula** dr. ny. rendkívüli tanár a bécsi egyetemen a rendes tanár czímet és jelleget kapta.

— **A német egyetemeken az orvostanhallgatók száma** a most folyó téli félévben ismét csökkenést mutat, a mennyiben az előző téli félév 7543 hallgatójával szemben csak 7113 hallgató van beiratkozva.

△ **A német otologiai társaság** ez évi összefüvetele Boroszlóban lesz a pünkösdi ünnepeken, május 24. és 25-dikén.

□ **Jarisch** ny. rendkívüli tanár a gráci egyetemen a dermatologia és syphilis ny. rendes tanárává neveztetett ki.

✕ **Az osztrák parlament** tagjai között négy orvosdoctor és két seborvos foglal helyet. E tekintetben tehát ott sem jobbak a viszonyok, mint nálunk.

♣ **A német dermatologiai társaság** 7. congressusa Boroszlóban lesz május 28, 29, és 30-dikán. A főtárgyakat a bőrbajok Röntgen- és Finsen-therapiája, a magas feszültségű áramok használata, valamint a bőrbajok és a bőrdegek közti viszony fogják képezni.

\\ **Megjelent. Nagy képes világtörténet** 91, 92, 93, 94. füzet, melyekben a hűbériség és kereszties hadjáratok és pápaság korának leírása kezdődik. Ára egy füzetnek 60 fillér.

† **Elhunyt: Höbbling Miksa** dr. nyug. baranyamegyei tisztifőorvos február 26-dikán, 90 éves korában Pécsen. — *Husemann Th.*, a gyógyszer- és méregtan tanára a göttingeni egyetemen, 69 éves korában. — *Kistárosi Kiss Jenő* dr. földbírtokos, Szabolcs megye volt tisztii főorvosa február 26-dikán 57 éves korában Tiszalökön. Szakértő volt a híres tisztaeszlári bűnpörben. — *Fabritius József* dr. Brassó város tisztii főorvosa, a *Ferencz József*-rend lovagja és a koronás arany érdemkereszt tulajdonosa február 25-dikén Brassóban. — *Ehrenreich Lajos* dr. sziráki járásorvos, Nógrád megye tiszteletbeli főorvosa 63 éves korában.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapestben.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványvíz naponta négy-szer megújul, **locális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitünő szállóház. Vendéglő saját üzemből. Olesó 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: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes ülés 1901. február 23-dikán.) 150. lap. — Közkórházi orvostársulat. (IV. ülés 1901. február hó 20-dikán.) 151. lap. — Nemzetközi társulás a venereás betegségek prophylaxisa érdekében. 153. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 153. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1901. február 23-dikán.)

Elnök: **Taufer Vilmos**; jegyző: **Wenhardt János**.

Elnök az ülést megnyitva jelenti, hogy Vajda Géza H.-M.-Vásárhelyről mint vendég vesz részt. A mult ülés jegyzőkönyve hitelesítették. Weisz Ferencz dr. „A húgy- és ivarszervek megbetegedéseinek rövid kézikönyve”, Bókay János dr. „Az intubatio traumáról” című könyveiket az egyesület könyvtárának ajándékozták. Köszönettel vétetik. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Herczel, Dollinger, Hirschler tagtársakat.

Rákos gyomor teljes kiirtása.

Herczel Manó: Ujcz Mihályné 42 éves székesfehérvári nő két év előtt betegedett meg étvágytalansággal és gyomortáji fájdalmakkal, mihez nemsokára időnként kávéaljserű hányás társult. A hányás 5 hó múlva megszűnt, ennek dacára beteg folyton soványodott. Egy év előtt a bal bordaív alatt almányi daganat mutatkozott, melyet orvosai sokáig vándorvesének tartottak, mert helyét könnyen változtatta. Utolsó időben rohamosan gyengült, teljesen étvágytalan.

Felvetelkor az igen sovány nőnél az epigastriumban és hypogastriumban egy nagy férfikölnyi, tömött, dudoros daganatot tapintani, mely lefelé a köldököt két ujjal meghaladja, a tumor a hasüregben minden irányban szabadon mozgatható. A gyomor felfúvásakor a daganat lejjebb száll és a középvonaltól balra helyeződik el. A próbareggeli után nyert gyomornedv sósavat nem, tejsavat csak igen kis mennyiségben tartalmaz.

Diagnosis: Carcinoma ventriculi.

A műtétet Herczel 1901. január 2-dikán végezte. A hasüreg megnyitásakor kitűnt, hogy a gyomor nem tágult, sőt inkább a rendesnél kisebb és hogy a rosszindulatú daganat annak majdnem háromnegyed részét elfoglalja. A pylorus szabad, de a fundus a nagy curvatura mentén majdnem a cardiáig rákosan infiltrált. Minthogy a gyomor a szomszéd szervekkel sehol összenöve nem volt és így könnyen ki volt gördíthető s minthogy a rákosan beszűrődött mirigyek a kis csepleszen és a ligamentum gastrocolicumban aránylag igen csekély kiterjedésben voltak jelen és egyébutt sehol metastasis kimutatható nem volt: Herczel a majdnem egészében rákosan elfajult gyomor teljes resectioját indidált-nak találta. A nagy és kis csepleszt a beszűrődött mirigyeken túl részletenként lekötötte és átvágta, majd a pylorust csipővel leszorítván, átvágta és a duodenum csomját Doyen szerint elzárta. Következett a gyomor teljes kimetszése közel a bázisig, miközben az oesophagus erősen lehúzatván, a rekeszizom alatt 2-3 ujjnyi széles cardialis csomk maradt vissza, mely szűcsvarrattal elzárattott. A két csomköt directe egyesíteni nem lehetett a nagy távolság miatt, miért is a cardialis csomk hátsó részében lett 1½ cm.-nyire a szűcsvarrat felett egy 3 cm. széles nyílásba a jejunum legmagasabb részlete körülbelül egy fél meternyre a plica duodenojejunalistól implantálva, a regurgitációt megakadályozandó, az odavezető kacs néhány varrattal magasabban fixáltattott.

A kiirtott gyomor a nagy curvatura mentén 34 cm., a kis görbület mentén 14 cm., magassága közepén 11 cm., pylorus csomkja 7 cm., cardia csomkja 9 cm. széles. A gyomor belsejét két tenyérnyi terjedelemben 13 × 15 cm. átmérőjű kifekélyesedett, kemény, közepén 4-5 cm. vastag, felhánt szélű daganat foglalja el, mely a gyomor falát még távol az exulceratiótól is infiltrálja és a nyákhártyában is csupán a kis görbület mentén vagy 1-2 ujjnyi ép részt. Genersich tanár vizsgálata szerint: Adenocarcinoma.

Lefolyás: A beteg ezen súlyos műtétet kitünően kiállotta és az egész reconvalescentia alatt állandóan láztalan maradt. Konyhasó-infusiora csak egy ízben közvetlen a műtét után volt szükség. Harmadik napon érverés perccenkint 88, respiratio 24, a beteg már 1170 gramm folyadékot vett magához. Ötödik napon spontan szék, hetedik napon a táplálék (tej, bor, cognac, somatose) mennyisége már 1600 gm. és a 14. napon kapott a beteg, ki az egész lefolyás alatt egyszer sem hányt, vagdalt csirkehúst. Jelenleg az asszonynak igen jó étvágya van, 220 gm. levesből, 180 gm. súlyú csirkevagdalékból, 150 gm. borból és egy zsemleből álló ebédjét lassú tempóban elfogyasztja a nélkül, hogy a legkisebb kellemetlenséget érezné. Súlyban 1½ kilogrammal gyarapodott.

Doyen szerint végzett gyomorresectio. Tizenegy nappal műtét után gyomorperforatio. Relaparotomia. Gyógyulás.

Herczel Manó: Hary János 31 éves géplakatos betegsége 1897-ben kezdődött a vállba kisugárzó heves gyomorfájdalmakkal és étvágytalansággal. 1899. január óta hány. Hányadékja igen bő, 1-2 liternyi, erősen savanyú ízű, sokszor a 3-4 nap előtti ételek maradványait tartalmazza, de fekete soha nem volt. 24 kgm.-mal fogyott, kivált az utolsó évben soványodott rohamosan.

Felvetelkor a kiaszott gyöngye betegnél, ki két naponként hány, kisebb fokú gyomortágulást lehetett kimutatni. A gyomorban felhalmozódott táplálék azt a feszülésgitágítja és így contourjait a sovány

hasfalakon át jól feltűnteti. A pylorus tájékon némi resistentia érezhető, de daganat határozottan ki nem tapintható. Gyomornedv bő tejsav tartalmánál fogva erősen savi kémhatású, de szabad sósavat nem tartalmaz. *Diagnosis:* Valószínűleg ulcus alapján fejlődött *carcinoma pylori consecutiv gyomortágulattal.*

Műtétét, melyet Herczel 1901. január hó 11-én végzett chloroform-narkosisban, kitűnt, hogy a gyomor falát a pylorus táján majdnem porcokkemény daganat foglalja el, mely azt nagy fokban szűkíti. A daganat majdnem teljesen szabad volt, csak hátul a pylorus mögött látszott néhány kölesnyi gób a peritoneumon és így Herczel a daganat kiirtására határozta el magát.

A betegnek elesettsége gyors műtétet igényelt és ezért Herczel a pylorus resectioját Doyen módszere szerint végezte, a kis cseplesz és ligamentum gastrocolicum leköteése után a duodenumot és gyomrot ép szövetben erős csipőkkel leszorította és a csipő okozta barázdába fektetett vastag selyemfonállal zsákformára leköttötte. Az eltávolítandó gyomorrésztlet egy centimetryre a leköteéseken belül lett ollóval kimetszve, a lekötött csomkok megnyirbált nyákhártyája Paquelinrel ki lett égetve és dohányzacskóvarrattal betüremlítve. E művelet közben a gyomor fala egy helyen csücsök alakjában kiesűszott a leköteési fonál alól és ezen helyen utóbb négy sero-serosus varrattal kellett alkalmazni. Végül Murphy-gombbal gastroenterostomia retrocolica posteriort végzett a jejunum legmagasabb része és a megmaradt gyomoresonk között. Műtét tartama 70 percz.

A kiirtott gyomorészlet, mely magában foglalja a pylorust, 12 cm. hosszú. A pylorus csak ezeruza számára átjárható, mert falzatát a carcinoma vastagon infiltrálta, nyákhártyája csak babnyi területen van kifekélyesedve. A serosán hátul számos kölesnyi kemény göbese látható. Körszövetetani kórisme: Scirrhus pylori (Genersich).

*Lefolyás 10 napon keresztül teljesen normalis, láztalan, ment minden peritonealis tünettől. Tizenegyedik napon hirtelen hidegrázással a hőmérsék 39.5° C-ra száll, a gyomoresonk tájéka fájdalmas, de hányás, csuklás nem jelentkeznek, szék, szél rendben. Másnap a láz állandóan magas marad, beteg fejfájásról panaszkodik, erős hányingere van, minden nyelés után égető göresöket érez az epigastriumban. Bal hypochondrium nyomásra igen érzékeny, ugyanitt négy ujjnyi széles tompulat. Tekintetbe véve, hogy meteorismus nincs jelen és a has különben érzéketlen, egy eltokolt *genyes perigastritist* kellett feltételeznünk, mely mindenek szerint a *gyomor valamelyest átfúródásából* indulhatott ki. Bizonyossággá vált e gyanu harmadnap reggel, midőn is az eddig normalis májtompulat hirtelen eltűnt és helyét dobos hang váltotta fel, miközben a mellkas alsó része hordószerűleg felpuffadt és az epigastrium erősen elődomborodott.*

Herczel azonnal relaparotomiára határozta el magát. Tizenegy nappal a műtét után a régi hegvonalba bemetszett és egy mintegy liternyi, savanyú szagú hig genyet és sok gázt tartalmazó üreget nyitott meg, melynek fenekét a fibrinosus lepedékkel bevont māj és a gyomor képezte. Lefelé a tályogúr összetapadás folytán a szabad hasüregtől el volt zárva. Az üreg fenekén egy sűrű genyet secernáló, ujjnyi vastag, circa 6 cm. mélyen a gyomor mögé vezető sipolymentet lehetett látni, melyhez csak a bal rectus harántátmetszése után lehetett hozzáférni és belőle kanállal két selyemfonalat eltávolítani. A tályog ürege gaze-csikokkal kifelé tamponáltattott. A beteg láza erre leestt. A nagy tályogüreg gyorsan kisebbedett. A gyűrű 31-dik napon távozott.

Valószínű, hogy ezen esetben a gyomorperforatio azon helyről indult ki, mely a Doyen-féle leköteés alkalmával az összehúzó ligatura alól kiesűszott és később pár selyemvarrattal át lett varrva. Daczára ezen kellemetlen incidensnek, mely esetleg vésszessé válhatott volna a betegre nézve, Herczel a Doyen-féle eljárást ott, a hol gyorsan kell operálni, alkalmazhatónak véli. A csomk kiesűszásának meggátlása czéljából azonban ajánlja, hogy a fonalat 4-5 helyen a leszorítási barázdában a gyomor serosáján és morzsolt muscularisán keresztül vezessük.

Heges pylorusszűkület miatt gastroenterostomia. Később gastroenteroplastika.

Herczel Manó: K. Gáborné 27 éves cseléd 1900. május 7-dikén öngyilkossági szándékból fél pohár vízben körülbelül 100 gm. maró-lúgot oldott s ebből két kortyot ivott. Esméletlen állapotban szállították a szt. István-kórházba, Korányi osztályára, a hol hat héttel a mérgezés után megkezdték a bázisng rendszeres sondázását. Két héttel reá a beteg hányni kezdett, eleinte csak 3-4 naponként, utóbb napjában többször; rohamosan gyengült, miért is pylorusszűkület gyanuja miatt műtét czéljából Herczel osztályára lett áttéve 1900. július 21-dikén.

Ekkor a 35.5 kgm.-ra lefogyott, igen elesett betegnél a gyomortájéka igen fájdalmas, de resistentiát sehol tapintani nem lehetett. Beteg csak folyékony táplálékkal él, de ezt is 1-1½ óra múlva teljesen kihányja.

Gyomornedv igen bűzös, barnás, sem sósavat, sem tejsavat nem tartalmaz.

Diagnosis: stenosis pylori cicatricea.

A műtétet, melybe a beteg csak akkor egyezett bele, mikor már a végletekig ki volt merülve, *Herczel infiltratio anaesthetisben* végezte 1900. július 12-dikén, előzetesen 1000 gm. konyhasó-oidatot feeskendezvén a beteg bőre alá. A hasüreget megnyitáskor kitűnt, hogy a gyomor friss perigastritis folytán, főleg a pylorus táján a belekkel és mellő hasfallal össze van növe. Ezen összenövés leválasztása meglehetősen fájdalommal járt. A gyomor fala a kis curvatura mentén és a pyloruson hegesen megvastagodott, Loreta-féle kísérletnél átjárhatatlan. Ezért *Herczel gastroenterostomia retrocolica posteriori* végezte a szokásos 22 mm. átmérőjű *Murphy-gombbal*, mert a beteg elesettsége és a narkosis hiánya gyors műtétet igényelt.

Lefolyás láztalan, a gyűrű a 11-dik napon távozott. A beteg, ki a végletekig ki volt merülve, rohamosan erősbödött, két hó alatt testsúlyában 5 kgm.-mal gyarapodott.

1900. szeptember közepén azonban étkezés után újból gyomortáji fájdalmak léptek fel, melyek mindinkább fokozódnak. Két hét múlva hányni kezd, a hányás mind sűrűbben napjában többször is jelentkezik, úgy hogy a beteg három hónappal a gastroenterostomia után ismét a pylorus stenosis tüneteit mutatja. Gyomor felfújva a köldökig ér, gyomornedv sem sósavat, sem tejsavat nem tartalmaz, beteg rohamosan gyengül.

Fel kellett tételni, hogy a gyomorbélisipoly három hónap alatt annyira szűkült, hogy a táplálék azon keresztül nem hatolhat. Hasonló eseteket észlelték régebben a varrasi eljárásnál, újabban *Murphy-gyűrű* alkalmazása után is, *Czerny, König* és mások, különösen akkor, ha a pylorus még átjárható.

Ezek után nem maradt más hátra, mint *újabb műtét*, melyet *Herczel 1900. november 8-dikán* chloroform-, majd aether-narkosisban végezt. Megnyitván a hasüreget, a régi hegyonalban csak laza összenövéseket talált a cseplesz és mellő hasfal között, melyek könnyen leválaszthatók voltak. A gastro-enterostomia helye széles hártyszerű összenövésbe volt beágyazva, melyek szétfejtése után kitűnt, hogy a gyomorbélegyesítés sajátosan vékonyra megnyulott, nyílása pedig alig tollszárvastagságú. Ezért *Herczel gastroenteroplasticiát*, illetve új gastroenterostomiát végezt, még pedig ez alkalommal varratokkal oly módon, hogy a régi sipolyból kiindulól a pylorus felé menőleg úgy a belet, mint a gyomrot, hogy az új nyílás elég tág legyen, 5—5 cm. hosszúságban vízszintes irányban bemetszette. A bél már meglevő odanövése miatt a hátsó sero-serosus varrat elmaradt, ellenben az izom-submucosus réteg körkörösén 17 varrattal lett egyesítve és e fölé 10 sero-serosus varrat alkalmaztatott.

Ezen műtét után a hányás azonnal megszűnt és többé nem is jelentkezett. Beteg testsúlya a második műtét óta 17 kgm.-mal szaporodott.

Dollinger Gyula felemlíti egy 35 éves beteg esetét, a kit *Hirschler* utasított hozzá és a kinek 5 hó óta volt carcinomája és a kinnél szóló 12 nappal ezelőtt teljes gyomorresectiót végezt. A beteg jól van és a teljes gyógyulás után be fogja mutatni.

Kövesi Géza: Néhány szóval említi fel azon elméleti és gyakorlati szempontokat, a melyek ezen eset kapcsán felmerülnek. Első sorban is vajjon mutatkoznak-e zavarok a tápfelvételben, valamint a különböző tápanyagok kihasználásában. Beteg étrendje a következő: 600 cm³ tej, 100 gm. hús, 100 gm. sonka, 150 gm. zsemlye, 350 cm³ leves, 40 gm. vaj. Ezen tápanyagok 82 gm. fehérjének, 64 gm. zsírnak és 134 gr. szénhidratnak felelnek meg. Tehát a mint látható, teljesea normalis értékek. A caloriabevétel 1 kgm. testsúlyra 33 caloriának felel meg. Napi folyadékbevitel pedig 1800 cm³ és a beteg egy adagra 200—300 cm³ folyadékot vesz magához. A mi a fehérjenemű tápanyagok kihasználását illeti, az semminemű zavart nem tüntet fel, a mennyiben az eddigi egy heti vizsgálatok folyamán állandó nitrogen-retentio mutatkozik, a mely naponta megközelítőleg 3 gm.-nak felel meg és testsúlya e hét folyamán 1 kgm.-mal gyarapodott. Hasonlóképpen a sóforralom is teljesen normalis, a mennyiben ezen egyén jelenleg konyhasó-egyensúlyban van 12 gm. konyhasóbevitel mellett.

A fehérjeanyagok kihasználása a bélben szintén normalis értékeket szolgáltat, a mennyiben a bélutakban történő nitrogenvesztés megközelítőleg 6%.

A közepes napi zsírfelvétel, t. i. 64 gm., kihasználatik. Tehát a gyomor hiánya a tápanyagok kihasználásában lényegesebb zavart nem okoz.

Számos pathologiai kérdés vizsgálatára alkalmas e beteg. Első sorban, vajjon mily szabályozó tényező a gyomor a szervezet folyadék cseréjében, t. i. ismeretes *Mering* vizsgálatai alapján, hogy a gyomor resorbeáló képessége igen csekély, mely talán oly berendezés, hogy a szervezet ne árasztassék el hirtelen fölösleges folyadékkal, a mely körülmény esetleg a szövetnedvek koncentrációjában idézne elő gyors változást. Hasonlóképpen vizsgálandó a gyomor védő szerepe a gyors só-resorptioval szemben.

Másodsorban mint experimentum crucis ejthető meg az iránt, hogy a sósavválasztás és a vér alcalicitása között szoros kapcsolat áll-e fenn? A mely kérdést már *Noorden* anacid és subacid gyomornedveknél vizsgálat alá vett, azonban eredmény nélkül; ezzel kapcsolatban a vizelet aciditásának változásai is vizsgálandók.

Felmerülhetne azon kérdés, hogy vajjon sósav és pepsin, avagy gasterin adagolásával nem volna-e fokozható a tápanyagok kihasználása, a mint ezt *Hoffmann Slatler* esetében megkísérelte, azonban nem feltételezhető, hogy ezeknek alkalmazása nagyobb haszonnal járna, mint hogy egyrészt a sósav a belekben csakhamar közömbösítettik, a pepsin hatása pedig alkalikus közegben csakhamar megszűnik.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(1901. február 20-dikán tartott IV. ülése.)

Elnök: *Ludvik Endre*, később *Bradách Antal*; jegyző: *Terray Pál*.

A mellékvesekivonatnak a szemre való hatása.

Grósz Emil: 1898-ban *Fenyvessy Béla* a gyógyszerintézetben végzett a szerrrel kísérleteket. A szemorvosok a continens három készítményt használnak: a lyoni *Jacquet-félet*, a höchsti *suprarenint* és a boroszlói *atrabilit*. Lényegében valamennyi azonos hatású, de mellékhatásuk különböző, innen keletkeztek a literatúrában olvasható eltérő vélemények. A Rókus-kórház szemészeti osztályán mind a három szert kipróbálták s bemutatónak a véleményre jutott, hogy az *atrabilin* a leggyengébb hatású, a höchsti erősen csip, míg a lyoni számbavehető csipés nélkül legtekélyesebben fejti ki hatását. Ez abban áll, hogy 1/2 perc alatt a szem felszínes injectioja eltűnik, a mély pedig lényegesen mérséklődik. E hatás órákig tart. A kötőhártyagyulladásnál subjective jó hatású, az episcleritisnek nemcsak fájdalmait csökkenti, hanem a betegség lefolyására is kedvező hatású. A glaucoma inflammatorium eseteiben a *cocain* hatását műtét előtt támogatja, felszínes operálásnál (*tenotomia conjunctiva*) vértelen végrehajtását lehetővé teszi. A ki a physiologikus határból magyarázható ezen előnyökkel megelégszik, az meg lesz elégedve.

Többszörös szemidegbenulás (meningitis basilaris gummosa) esete.

Grósz Emil: 36 éves nőt mutat be, kinek baloldali oculomotorius, trochlearis, abducens, facialis, trigeminus benulása, következményes keratitis s jobboldali facialis paresise van. A beteg 11 izben volt terhes, egy élő gyermeke van, kettő halva született, nyolcz kis korban halt el. A *diagnosis meningitis basilaris gummosa* tettek, a megkezdett antiluetikus kúra javulást eredményezett. A cornea elváltozását az érzéstelenség s facialis benulás együttes hatásából magyarázza.

Donáth Gyula. A január 28-dikán megejtett vizsgálat mutatta a bal n. facialis paresisét.

A bal homlok és pofa, valamint az ezen oldali nyákhártyák: *conjunctiva*, orr-, pofa és ezen nyelvfél nyákhártyája tapintás, fájdalom és hő iránt érzéketlenek. De az izézés a nyelv mindkét felében egyenlő jó volt. A fültő előtt azonban az érzés rendes volt, úgy szintén a hajas fejen és a nyakon. A bal szemem teljes oculomotorius és trochlearis benulása. Az inunctio kúra megkezdése után a javulás már február 16-dikán mutatkozott, a mennyiben a facialiságak közül csak a sphincter palpebrarum nem működött még, tehát lagophthalmus még jelen volt, a szem azonban már kissé befelé és lefelé kevés rotálással mozoghatott. A sphincter palpebrarum faradicus és gálvánáramra jól reagált. A nyelv mozgása is kissé akadályozottnak mutatkozott. Kétségkívül egy lueses folyamattal az agyalon van dolgunk és pedig vagy meningitis gummosa vagy periostitis luetica alakjában, mely a baloldali n. oculomotorius, trochlearis, trigeminus, facialis és hypoglossus hűdését okozta.

Adat a Pick-féle pericarditises pseudocirrhosis kérdéséhez.

Hochhalt Károly: Régotha észlelik a klinikusok azt a sajátos kórkepet, mely szerint a szívurok lemezeinek összenövése nyomán izolált ascites jó létre, a nélkül, hogy előzetes végtagvizényő vagy általános vízkór lépne fel. *Bamberger, Schrötter, Rosenbach* a pericardialis synechiák okozta edénynyomásra vagy a nagy vívőerek útján a májurokra leterjedő gyuladós folyamatra gondoltak. Néhány év előtt *Pick* ugyancsak pangási okokra utalt, de olyképen, hogy szívurok-összenövés folytán előbb-utóbb szívizomelfajulás támad, ennek révén szerezendiomáj képződik, a melynél a *Glisson-tokból* kiinduló kötőszöveti bujalkodás májsorvadást, szerinte pseudocirrhosis, utána következő hasvízzel hozna létre. *Pick* elméletét újabban több oldalról támogatták, de még többen elvetették.

Bemutatón a fenforgó kérdést egy idevágó esettel kívánja illustrálni. *Chl. J. 30* éves asztalos, öt év előtt baloldali mellhártyalobot állott ki, mult év október havában pedig jobboldali izzadmányos pleuritis lépett fel s ezzel majdnem egyidejűleg szabad hasvíz jelei. A tüdők épek. A szivesűs kissé kihelyezett, elterülő, de nem emelő, az egész szívterület felett az 5., 4. és 3-dik bordaközben kiterjedt systoles behűződés, a szív-határa felfelé magasabban, jobb felé a szegycsont szélén terül el, a nyaki vívőerek rendellenes magatartást nem mutatnak. Jobboldalt az ötödik hátesigolya színvonaláig emelkedő mellhártyaizzadmány. A máj alsó széle nem észlelhető, mindjárt a bordaszélek alatt bélhangot nyerünk. Léptompulat nem nagyobb.

Szabad hasvíz kifejezett tünetei. Ez utóbbit illetőleg kérdés, mi képezi a kóroktani mozzanatot: *Laënnec-féle* májszregor, idült hashártyalob vagy *Pick-féle* pseudocirrhosis hepatitis, annál is inkább, mivel adhaesiv pericarditis látszik jelen lenni. Előadó azután fejtegeti a szívurok odanövés kórisméjének nehézségeit, a melynek támpontjai közül még legmegbízhatóbbnak az egész szívterületnek systoles behűződését ismeri el akkor, ha bal szív hypertrophia kizárható s ez alapon jelen esetben a pericardialis obliteratio kórisméjét fentartja. Ha már most igazolva van a synechias idült szívuroklob fölvétele, úgy annak vonatkozása az izolált asciteshez még inkább jogosult, de nem a *Pick-féle* elmélet alapján, mert hiszen a máj alsó széle ki nem tapintható. Szerezendiomájánál pedig, mely a vis a tergo gyöngülése folytán létesült, a máj alsó széle még nagyobb vízkór bekövetkezése mellett és másodlagos zsugorodás esetében is palpabilis szokott maradni. Ha így egy-

részt kizárólag a pangásos máj kórisméje, másrészt konstatálnunk kell jelen esetben a savós hártványok csoportos megbetegedését: a medias-tinumnak, szívburoknak, bal- majd jobboldali mellhártyának idült, lap-pangva lefolyó gyuladást, a melyhez minden valószínűség szerint a hashártya idült izzadmányos gyuladása társult. Ezek szerint esetünk megfelelne azon kórképnek, melyet francia szerzők *polyserositis chronica* név alatt ismertetnek, mint a *pericarditis ascites* kimagya-ázó kórkört. *Hutinél* ezen csoportosan fellépő savós hártyalobok fejlődését fertőző gümőkóros alpra vezeti vissza, a mely felvétel helyessége mellett nagyon sok érv szól. Mi azonban bemutatott esetünkönél sem a kö-pésben, sem a pungált folyadékok üledékében, sem az állatoltások útján gümőkórosra bizonyító jeleket felfedezni eddig nem voltunk képesek.

Hirschler Ágoston. Egy általa Kussmaul tanár strassburgi kóro-dáján észlelt és 1886-ban az „Orvosi Hetilap”-ban közölt esetet említi, melyben szerfelett nagyfokú hasvízkór mint egyetlen pangási tünetmenny hosszú időn át uralta az egész kórképet és a melynek okán a bonczolat a szívburoklemezek teljes összenövését és e mellett tömeges jobb-oldali mellhártyaizzadmányt derített ki.

Nagyfokú vérzés az üvegtestben.

Fejér Gyula bemutat egy vasesztergályost, ki előadja, hogy 1873-ban bal szemébe egy vasszilánk ugrott, s hogy ezen szemével azóta rosszul lát. Ezen alkalommal gyuladás zajlott le, a lenese hályogos lett, zsugorodott és meszesen degenerált. 1894-ben újra vasdarab vágódott bal szemébe, mely ütés után fájdalom lépett fel, ciliaris izgalom támadt és a meszes és zsugorodott lenese a mellő csarnokban luxálódott. Ilyen állapotban vétette fel magát az izr. kórház szemosztályára, hol Szili tanár bemutató segédkezése mellett alsó lebenyes metszéssel a zsugorodott tokrészellettel összefüggő lenesét csipő segítségével eltávolította, a mellő csarnokot langyos steril bőrvízzel kiöblítette, mely alkalommal sok üvegtest elfolyt. A gyógyulás zavartalanul folyt le, a beteg mély csarnokkal, rezgő irissel, számtalan uszkáló üvegtestfoszlánnyal távozott a kórházból. A reczehártya alul-kivül teljesen le volt válya, beteg — az ép belső reczehártyarészletnek megfelelőleg — csak kívül-ről olvasott egy meter távolságról ujjakat.

Pár hét előtt beteg újra felkereste előadót Margit-kórházi rendelésén, mert elesett és arczát, szemét megütötte. Szemhéjai mindkét oldalon duzzadtak, kékesszínű véraláfutás látható. A homlok közepén és az orrgyök bal oldalán pörkkel fedett sebzés helye. A jobb szemteke teljesen ép, visusa $\frac{5}{10}$. A bal oldalon a kötőhártya kissé duzzadt, a szemtéken csekély felületen izgalom. A száruhártján alul a limbuson félkör alakú heg.

A pupilla ad maximum tágult, az iris látható széle erősen odasimul a cornea hátlapjához és a csarnokzúgot kitölti, a szem mélyéből sötétvörös reflex kapható. Szem belnyomása kissé emelkedett, érintésre alig fájdalmas. Tükörrel a szemből veres fényt kapni nem lehet, fény-érzése nincs.

E sokat szenvedett szemnél, egy a szem környékét érő ütés elégséges volt arra, hogy ilyen nagy vérzést okozzon az üvegtestben.

A vérzés oly nagyfokú, hogy belnyomás-emelkedést okozott és az irist teljesen odaszorította a corneo-scleralis zúgba. Valószínűleg a szem belső hártványának és edényeinek degeneratioja képezte alapját a nagyfokú vérzésnek. Hiszen *Fehr* a recidiváló fiatalkori reczehártya és üvegtesti képzéseknél boncztanilag és górcsövileg kimutatta, hogy a reczehártya edényei közül különösen a vénák megvastagodott, elfajult falakkal bírnak, hyalin elfajulás által részint szűkültek, részint teljesen zártak. Igaz, hogy ezen eseteket az előadóval egy kategóriába sorozni nem lehet, mert a recidiváló vérzéseket fiatal, vérszegény, vérzésekből vagy constitutionális bajokban szenvedő egyéneknél lehet feltalálni, de bemutató meg van győződve, hogy ha alkalma volna e szemteket górcsövileg megvizsgálni, a sok insulzus következtében degenerált belső hártványban az edények degeneratioját szintén találhatná, mert csak így lehet e nagy vérzést magyarázni.

Miután a szem fájdalmat nem okoz — enucleatio egyelőre javalva nincs.

Az esetet csak azon okból tartotta szóló érdemesnek a bemutatásra, mert ritka dolog, hogy egy aphakiás szemtéken oly nagyfokú vérzés támadjon, hogy belnyomás-emelkedést okozzon és ennek következtében a visszahúzódott irist odaszorítsa a sclero-cornealis zúgba.

Appendicitis jobboldali lágyéksérben.

Seyfried János: Azon bántalmak között, melyek a belgyógyászat és sebészet határterületébe sorolhatók, jelenleg is napirenden van a féregnyulvány megbetegedése.

Egy ilyen a szt. János-kórház sebészi osztályán kezelt bántalomról óhajt referálni.

Folyó év január 25-dikén Ó-Budáról szállítottak be egy 28 éves gyári munkást (lakatos), ki előadja, hogy három nappal azelőtt hirtelen rosszul lett heves hasgöreséssel, széke azóta nem volt.

Ezen betegnek három év óta szabad lágyéksérve volt a jobb oldalon s minthogy a fájdalom itt volt a legnagyobb, a kezelő orvos ezt reponálta.

Másnapra a tünetek súlyosbodtak; csuklás, hányás lépett fel, ezért kórházba szállították.

Felvételkor hőmérsék 38,8, pulsus 92, facies abdominalis. A has inkább homorú, izomzat összehúzódott; a jobb csipőlapát felett leg-hevesebb a fájdalom.

Az ujjnyi lágyéksatorna üres, köhögésre kissé ellenálló, keményded képletet érez a vizsgáló ujj.

Eredménytelen beöntés után narkosisban herniotomiát végeznek. Ugyanis az elzáródásos tüneteket a sérv részéről vélte előidézetteknek és feltárva a lágyéksatornát, az üres tömlő ránczai között majdnem kis-ujjnyi vastag, hengeres képletet találnak, mely a 8 cm. hosszú, duzzadt féregnyulványnak bizonyult. Középe táján tompa szögletben megtörve, mákszemnyi pirosas foltocskákkal, ezen helyen a mesenteriolum heges. Helyenként fibrinosus exsudatummal fedett.

A féregnyulványt töben reszecálva, a csonkot Czerny-Lambert-var-rattal zárja. Fascia- és bőrvarrat.

Majd a narkosisból való felocsudás után megjavult a közérzet, a győgyelfolyás zavartalan, beteg február 8-dikán gyógyultan távozott.

A kiirtott féregnyulvány ürében három búzaszemnyi bélsár-kövecske; a distalis részletben sűrű nyákos váladék volt.

A falzat 5—7 mm. vastagságú. Ezen lelet után tüzetesebben kutatva az előzményeket, beteg elmondja, hogy két év előtt egy ilyen rohamszerű bántalmon keresztül ment, akkor jeges borogatásokat kapott és eseppeket szedett, mire meggyógyult.

Az utóbbi három hóban pedig időnként voltak jobb alhas-táji fájdalmak, miket azonban a sérvnek tulajdonított.

A sérv jelenléte okozta azt, hogy a bántalom ilyen stadium-ban jutott orvosi kezelés alá, mert rendes viszonyok között felvehető, hogy a második attacke is első sorban belgyógyászati kezelésben részesült volna. Nyílt kérdés marad, hogy ez esetben milyen kifejlődést vett volna.

A külföldi jobb eredmények ezen bántalomnál a sebészi beavatkozás időpontjában lelik magyarázatukat.

A Ducrey-féle fekély új kezelési módja.

Poór Ferenc: Előadó nem szándékozik a jelenleg divó gyógyító eljárások kritikájába bocsátkozni, hanem inkább a kartársak figyelmét felhívni egy újabb inkább physikai eljárásra, mely szerinte alkalmasnak látszik arra, hogy e ma is még elég hosszadalmas megbetegedés tartamát némileg megrövidítse. Okadatulja, hogy miért nevezi Ducrey-féle fekélynek a megbetegedést, az eddig divó „ulcus molle” vagy „venereum” elnevezések helyett.

1. Bebizonyosodván az, hogy a nem syphilitikus fekélyeknek alapja is nagyon gyakran infiltrálódik, megkeményedik, az „ulcus molle” elnevezés létjogosultsága megszűnt. 2. A „venereum” jelző mintegy azon hitet látszik ébreszteni, hogy a megbetegedés esakis nemi úton (coitus útján) jöhet létre, a mi az infectio tanának mai álláspontjával ellenkezik. 3. A Ducrey-féle fekély elnevezés már magában involválja, hogy alatta kizárólag azon ulcusokat értsük, melyeket a Ducrey-féle streptococcusok idéznek elő s így kizárja a tisztán staphylogen infection alapuló fekélyek hozzáfoglalását.

A therapiában ma az antiseptikus szerek az uralkodók, de nem ezekről szól, hanem azon kezeléstről, mely eszközt inkább a physika köréből veszi. Azon fölfogás, hogy a pathogen mikroorganizmusokat életviszonyaik a környező elemek bizonyos hőmérsékletéhez kötik, mely hőmérsékletnek akár túlmagas fokra való emelkedése, akár túlalacsony fokra való alászállása a bacteriumok nagy részére pusztító vagy legalább virus gyengítő, avagy szaporodási képességüket kedvezőtlenül befolyásoló hatást gyakorol, volt az alapja *Saalfeld* kísérleteinek, a ki a Ducrey-féle fekély gyógyításánál a magas hő alkalmazó *W. Boek, Aubert, Martineau, Hebra, Wclander, Andry, Haralamb* és *Holländerrel* szemben az alacsony hő, a fagyást alkalmazta oly volatilis, liquid, aetherikus anyagokkal, melyek a bőrön való szétporlasztásuk alkalmával annak erős megfagyását képesek előidézni. *Saalfeld* nyomán az egyet. bőrklinikán előadó 25 esetben alkalmazta a fagyasztást, még pedig úgy, hogy a $+10^{\circ}$ C.-nál már forrásnak induló és a hőmérő gombján való porlasztás alatt -14° -ot előidézni képes chloraethylt (Kelen), alkalmazta. Tapasztalatai: első két esetében nyolcz napon át $1-1\frac{1}{2}$ perczen át naponta hagyta behatni a chloraethylt. Ily alkalmazás mellett már a 2—3. porlasztás után a fekély pyoid jellege megszűnt s a váladék inkább serosussá vált, de a negyedik napon a széleken oedema, az ötödik s még inkább a hatodik napon a bőr felületen rétegeinek necrosisá lépett fel s a fekély nagyobb lett. Ebből okulva, a többi 23 eseténél a fagyasztást csak addig alkalmazta, míg a fekély pyoid jellegét vesztve, serosus váladékot produkált s azután áttért az általános használatnak örvendő antisepticákra, midőn a fekély mint egy pathogen organismusoktól ment seb 11—12 nap alatt gyógyult, a mi tekintve azt, hogy *Neumann* az ulcus Ducrey gyógyulását rendes körülmények között zavaró accidentiák kizárásával 6—7 hétre teszi, előadó véleménye szerint némi eredményt képez. Megjegyzni, hogy eseteinél a typosus közönséges ulcusokkal állott szemben s így ez eljárást a komplikált (erethikus, gangraenosus, serpiginosus) fekélyeknél nem alkalmazta. Huszonöt esete közül egy esetben sem lépett fel complicatio (pl. bubo).

Előadó az eredményt — s ebben *Saalfeld* nézetétől eltér — nem annyira a nagy hidegnek, mint más tényezőnek tudja be. Tudjuk, hogy a path. bacteriumok mily különös ellenállást fejtenek ki a hideg iránt s pl. a cholera-bacillus Nékám kísérletei szerint négy napon át -25° -nak téve ki, kedvezőbb hő körülmények közé jutva ismét visszanyeri élet-képességét s így a Ducrey-féle streptococcus ma még ismeretlen biologiai viszonyai dacára nincs jogunk azt supponálni, hogy az a hideg iránt oly érzékeny lenne. Előadó inkább annak tulajdonít fontosságot, hogy a túlalacsony hőfok behatására a szervezet localisan, reactiv lobbal felel s az állandó hyperaemia alkalmával a szöveteken bővebben áramlik át a friss vér, melynek baktericid voltát *Fodor* oly meg-

győzően bizonyította be. Az eljárást előadó a kartársak figyelmébe ajánlja.

Nyelvráknak Regnoli-Billroth szerint operált esete.

Fischer Aladár: T. A. 52 éves kőműves 1900. november hó 20-dikán vétetett fel a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára. Betegnél carcinoma áll fenn, mely a nyelv alsó felületére, a frenulumra és a szájfénék szomszédos részeire terjed. Betegét bemutató 1900. év december hó 1-én operálta. A Regnoli-Billroth-féle eljárásnak megfelelőleg a szájfénék felől irtotta ki a tumort, de ezen eljárástól annyiban eltérőleg, hogy az eredetileg előirt metszés helyett az állalatti tájban egy gallérmetszést vezetett, ezen metszésből először is kitakarította mindkét oldalon az állalatti tájat, azután a musculus myohyoideus és geniohyoideus átmetszése után a nyelv mellső-alsó részét és a szájfénék beteg részeit kiirtotta. Szabályos seblefolyás. Beteg 1900. december hó 27-dikén gyógyultán távozott.

(Folytatása köv.)

Nemzetközi társulás a venereás betegségek prophylaxisa érdekében.

A syphilis és a venereás betegségek prophylaxisa érdekében Brüsszelben 1899-ben összegyűlt nemzetközi konferencián a következő óhajok fejeztettek ki:

Az értekezlet óhajja, hogy a jelen gyűlés kiindulását képezze egy olyan Társulat megalapításának, amely a *hygiene* és a *moralis* érdekeit lesz hivatva szolgálni, amelynek székhelye Brüsszel leendő és amely életrevalóságáról a következő tényezők útján teendő bizonyosságot:

a) Három havonta megjelenő *bulletin* által, amelynek célja az említett Társulat érdekeit szolgáló jelentéseknek és dolgozatoknak közlése.

b) Congressusok összehívása által.

Az értekezlet a következőket határozza:

A legközelebbi congressus 1902-ben Brüsszelben gyűlt össze.

Kinevez egy ideiglenes bizottságot, amely a jövő congressus idejéig mint állandó bizottság működik, amely célból a bizottság tagjaiul a következőket jelöli ki:

Elnöknek: Le Jeune ministert.

Alelnöknek: Beco-t, a földművelésügyi ministeriumnak közegészségügyi teendőivel megbízott közigazgatási közegét.

Főtábornak: Dubois-Havenith dr.-t, a syphilis prophylaxisa érdekében összehívott nemzetközi értekezletnek főtábornak, a brüsszeli egyetem agrégé-jét.

Ezen állandó bizottság feladata, hogy a legközelebbi congressuson a Társulat végleges szervezésére vonatkozó alapszabályokat és javaslatokat előterjessze. A bizottság már most foganatosít ideiglenes jellegű intézkedéseket, hogy így a Társulat működéséhez és a három havi *bulletin* közléséhez szükséges eszközöket és módozatokat magának biztosítsa.

A konferencia elvben engedélyezi évi illetékek beszedését.

Az határozta végül, hogy a szerzőknek módjukban lesz közleményeiket *francia, angol, német vagy olasz* nyelven megírni, kéretnek azonban, hogy dolgozataikhoz *igen rövid* részüket csatoljanak. Ezen részüknél a többi nyelvekre való lefordítását a főtábornak gondjaira bízák.

A fentebbi állandó bizottság az internationalis egyesület számára a következő szabályjavaslatot hozza ajánlatba:

I. Nemzetközi Társulat alakult, amelynek célja, hogy mindazon kérdéseket tanulmányozza, amelyek a syphilis és a venereás betegségek prophylaxisát illető közegészségi és morális rendszabályokra vonatkoznak.

Ezen társulat címe: „Société internationale de prophylaxie sanitaire et morale”. Székhelye: Bruxelles.

II. A Társulat administrationalis ügyeit egy Központi Bizottság végzi, amelynek minden országban levelezői minőségben egy Nemzeti Bizottság nyújt segítséget.

A Központi Bizottság áll: egy elnökből, egy alelnökből, egy főtábornakból és két olyan tagból, akiket a nemzetközi bizottságban székelő Társulat nevez ki.

A nemzeti bizottságok hasonló módon szervezendők.

III. A Társulat áll rendes tagokból, akik évi húsz frankot fizetnek.

Az évi tagsági illeték megváltható egyszer s mindenkorra legalább kétszáz frank lefizetése által.

A Társulatba való belépést a nemzeti Bizottságok közvetítik.

Felhívtnak a Társulatba való belépésre mindazon orvosok és más egyének, akik tudományos működésüknél, hivataluknál, avagy specialis ismereteiknél fogva a Társulat érdekeit haszonnal szolgálni képesek.

IV. A Társulat időnként nemzetközi konferencia alakjában gyűlt össze, amelyre a központi bizottság útján meghívja a kormányokat és közintézeteket, hogy ezek kiküldöttük által képviseltesék magukat a konferencián.

A konferenciák tárgya főleg az lesz, hogy a Központi Bizottság jelentése alapján megállapítsák a Társulat haladása és eredménye, ellenőrizzessék és helybenhagyassák a Társulat tőkájének mikénti felhasználása és hogy megvitassanak a Comité által előterjesztett különböző kérdések.

A konferenciák ülésén fentartunk egy napot, amelyen a három évre szóló programban benn nem foglalt és a konferencia tagjaitól származó kérdések lesznek előterjeszthetők és megvitathatók.

A legközelebbi összejövetel Bruxellesben tartatik meg 1902-ben.

A Társulat minden egyes nemzetközi konferenciának teljes ülésén megállapítja a következő konferencia idejét és helyét.

V. A Társulatnak közlönye egy lap, amely a központi bizottság ellenőrzése mellett lát napvilágot.

Ezen lap a Társulat tagjai között lesz kiosztva.

* * *

Az imént jelzett internationalis Comité főtábornak Róna Sámuel egyet. rk. tanárt kérte fel a magyar Comité megalakítására. A megalakítás nagyjában megtörtént, elnök: Chyzer Kornél minist. tanácsos, alelnök: Havas Adolf m.-tanár lett; Róna tanár ezen úton is kéri az érdekletteket a Társulatba való belépésre és az ügy érdekében propaganda csinálására.

Jelentkezhetni nála vagy az elnöknel.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gümőkór fahéjsav-kezeléséről tartott előadást Landerer tanár december 9-dikén a stuttgarti „Aerztlicher Bezirksverein I.”-ben. Mindenekelőtt 60 tuberculosis-esetet mutatott be; az esetek nagy része gyógyult, részben már 4–5 év óta, csak csekély rész áll még kezelés alatt. Azután elmondta a fahéjsav-kezelés történetét és fejlődését. Eleinte perubalsammal dolgozott, majd 1890-ben áttért a fahéjsavra emulsió alakjában, 1892-ben pedig a fahéjsavas natrium vizes oldatára, miután felismerte, hogy a fahéjsav hatásának lényege chemotaktikus sajátágaiban rejlik. Felemlíti ezután, hogy fahéjsav intravenosus befeeszkendzése után a fehér vérszámok száma a vérben 3–6-szorosan megszorodik. A gümös góczok körül leucocyták halmozódnak fel, köztöszövetképződés indul meg és a góczok elhagyesednek. A fahéjsavas natrium (hetol) nem mérgező, a veséket és a vörös vérszámokat nem támadja meg. A kezelés nem drága, 60 befeeszkendésre való anyag ára 10 márká. Az intravenosus befeeszkendezés sokkal hatásosabb, mint a subcutan vagy a glutaealis. A befeeszkendések fájdalmatlanok, káros következményekkel nem járnak. Nem complicált tüdőgümőkór-esetek néhány hónap alatt csaknem kivétel nélkül meggyógyulnak; a kezelés első heteiben tüdővérzés elkerülése végett célszerű a betegeket nyugalomban tartani. Caverna-tünetek az esetek 30%-ában tűnnek el, ugyanannyi százalékban kiszáradnak a cavernák; a többi eset változatlan marad. Idült nephritis és kifejezett diabetes egyidejű jelenléte esetén legjobb a kezelést meg sem kezdeni. Belsőtüdőgümőkór 80%-os gyógyulást adtak. Kedvezőtlenek az eredmények előrehaladt hólyag- és veségümőkórban. A nemi szervek gümőkórjánál már kedvezőbbek a kilátások; mellékere-tuberculosis öt esetében hetol használata mellett gyógyulás következett be. Teljesen negatívok az eredmények agyhártya-gümőkórban; közvetlenül a duralis zsákba végzett hetol-befeeszkendésekkel sem sikerült eredményt elérni. A fahéjsavkezelés nagyon kedvezően hat mirigygümőkórban; a már elgyengedett mirigyek feltárandók és kikaparandók, azután behintés hetolkresollal és tamponálás. Gégegümőkór azon esetei, melyek lázmentesek és az erőbeli állapot még jó, kedvező prognoszt adnak. A sebészi gümös bajok gyógyításánál az intravenosus hetol-befeeszkendések összeköthetők jodoform-befeeszkendésekkel a kóros góczokba. A fahéjsavkezelés előnyei a jodoformkezeléssel szemben következők: a fahéjsavkezeléssel egyidejűleg a belső kóros góczokat is kedvezően befolyásoljuk, a kezelés tartama rövidebb, az izületek mozgathatósága sokkal jobb, a recidívák ritkábbak. Zárt góczokba 50%-os hetol-oldatot fecskendez, e mellett az intravenosus injectiókat is végzi. Ha conservatív kezelésre nem áll be gyógyulás vagy ha láz van jelen, akkor műtétet végez, a kóros góczokat nagy metszésekkel feltárja, hetolkresollal behintés és jodoformgázzal tamponálja. Előadó má is azon az állásponton van, melyet két év előtt megjelent munkájában elfoglalt, hogy tudniillik a fahéjsav ugyan tulajdonképpen nem specificuma a gümőkórban, ezt azonban mégis erősen befolyásolja.

Bordamyeloma esetét albumosuriával ismertette Kalischer a „Verein für innere Medicin zu Berlin” november 26-dikén tartott ülésén. A 67 éves nőnél a betegség, mely összesen két évig tartott, neuralgiás rohamokkal kezdődött a mellkas alsó felében; a fájdalmak mind hevesebbek lettek és végül állandósultak. A vizeletben csak későn mutatkozott fehérje, továbbá a Bence Jones-féle anyag. A betegség előrehaladt szakában kimutatható volt a bordák légysága, hajlíthatósága; úgy a bordákon, mint a kulcsesonton és a lapoczkán számos dudorodás volt tapintható. A halál nagymérvű cachexia következtében állott be. Bonczoláskor a bordákat légysáknak, helyenként eltörtéknek találták, azonkívül bunkóalakúlag duzzadtak is voltak; a velős ürök tágtáltak, a bordafalak papírvékonyaságúak. Az eddig észlelt esetek — szám szerint 11 — mind halálosan végződtek.

Antimellin nevű új szerrel tett kísérleteiről számolt be Hirschfeld a berlini „Verein für innere Medicin” december 10-dikén tartott ülésén. Az antimellin állítólag jumbul-készítmény és sálicylsavat is tartalmaz; vöröses-barna, tiszta, gyengén savi kémhatású folyadék, melynek belső használatára (150 köbcéntiméter 2 órával az első reggeli előtt) diabetesben szenvedők toleranciája a szénhidrátokkal szemben állítólag fokozódik. Előadó Goldscheider tanár osztályán 5 diabetes-esetben kísérlette meg az antimellint, még pedig minden eredmény nélkül, noha az esetek

közül négy könnyű volt. Lenné szintén eredmény nélkül alkalmazta az antimellint három esetben.

Súlyos égéseknél konyhasó-olajat bőr alá fecskendezését ajánlja Besson egy előadásában, melyet a lille-i „Société anatomo-clinique“ december 16-diki ülésén tartott. Felemlíti, hogy ezen módszert csaknem egyidejűleg kísérelték meg Tomaselli (Palermo) és Duret (Lille). Előadó eddig 17 esetet gyűjtött össze, melyben ezen kezelést sikerrel használták, naponként 500–2000 köbcentiméter konyhasó-olajat fecskendezve a bőr alá. Súlyos égések után emboliák képződnek a különböző szervekben, így a szervezet tisztító szerveiben (máj, vese) is, minek folytán ezek működése zavart szenved és toxinok szaporodnak fel a szervezetben. A konyhasó-befecskendezések a toxinok kiküszöbölését segítik elő.

Cholelithiasis gyógyítása oleum olivarummal. A „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ december 21-dikén tartott ülésén G. Singer magántanár három beteget mutatott be, kiknél oleum olivarum belső használatára gyógyulás következett be. Az első betegnél a kórismét cholangitissal és cholecystitissal járó idült epekövetegységre tették és a beteg cachectikus külseje miatt az epehólyag rákjára is gondoltak. Minthogy a beteg műtétbe nem egyezett, olajkúrának vetették alá, a mely szünetekkel megszakítva hét hónapig tartott. A beteg naponként három evőkanál oleum olivarumot vett be magában vagy karlsbadi vízzel együtt és a mondott idő alatt összesen 52 cholestearin-concrementumot ürített, a melyek némelyike mogyorónagyságú volt; e mellett az összes tünetek visszafejlődtek. Aetiologiai szempontból is érdekes az eset, mert a betegnek 16 éven át olyan foglalkozása volt, melynél a jobb hypochondrium úgyszólván folytonosan erős nyomásnak volt kitéve. A második esetben a 62 éves embernél hosszú évek óta fennállottak cholelithiasisra és cholangitisre utaló tünetek. Salicylkészítmények és karlsbadi víz használata után láza ugyan esökkent, a fájdalmak és icterus azonban megmaradtak. 1/4 liter oleum olivarumnak egyszerre bevitelétől számítva a beteg állapota rohamosan javult és nemsokára teljes gyógyulás következett be. Epeköveket a bélsárban nem találtak, de lehet, hogy olyankor ürültek, a mikor nem kutattak utána. Végül a harmadik esetben a 41 éves nőnél szintén már évek óta állottak fenn az epekövetegység tünetei, melyekhez fél év óta cholangitis és hydrops vesicae felleae tünetei társultak. Oleum olivarum több kisebb adaga után az összes objectív és subjectív tünetek elmúltak, a beteg azóta jól érzi magát. Itt sem lehetett a bélsárban köveket találni, lehetséges, hogy csupán az epeutak hurutja volt jelen köképződés nélkül. Ezen esetek tehát mutatják, hogy az olajkúra sok esetben hasznos és hogy azon skeptikus megítélés, melyben sok tekintélyes bűvár részéről részesül, nem jogos.

PÁLYÁZATOK.

105/901. főisp. szám.

A kormányzatomra bízott Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen Koncza község székhelyhez kötött, 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott járási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám márczius hó 25-dikéig annál is inkább terjesszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendőm.

N a g y - E n y e d., 1901. február hó 18-dikán.

Alsófehér vármegye főispánjától:

3-1

Zeyk Dániel, főispán.

Üresedésben levő egyéb állomások:

Lejárat márczius 10.

Körorvos. Bethlen-Szt.-Miklós (13 község, Kis-Küküllőm.). F. 1200 korona. Czim: Keszegh Ferencz dr., főszolgabíró, Hossziaszó.

Lejárat márczius 12.

Körorvos. Mikeszásza (12 község, Kis-Küküllőm.). F. 1200 k. és 240 k. l. á. Czim: Keszegh Ferencz dr., főszolgabíró.

Lejárat márczius 15.

Körorvos. Bilke. (8 község). F. 800 k., fuv. d. 200 k. Cz: Komlóssy György, Bereg-Ilosva.

Körorvos. Hátteg, Kis-Almás. (35 község.) F. 1200 k., fuv. d. 500 k. Czim: Komlóssy György, Bereg-Ilosva.

Körorvos. Bossács. (7 község, Trencsén m.). F. 1200 k. Cz: Schwertner dr., főszolgabíró, Erdőd.

Lejárat márczius 17.

Körorvos. Király-Daróc (7 község, Szatmárm.). F. 1233 k. Cz: Domokos Ferencz főszolgabíró.

Lejárat márczius 25.

Járásorvos. Konecsa. F. 1200 k. Átal. 200 k. Cz: Zeyk Dániel, főispán.

HIRDETÉSEK.

Lucsivna-fürdőt

klimatikus gyógyhelyet, berendezett hidegvízgyógyintézettel teljesen felszerelve, a hozzátartozó 40 holdas fenyves parkkal, előrehaladt koromnál fogva, jutányos áron

ELADNI

hajlandó vagyok.

A fürdő a Magas-Tátra tövében (Szepesmegye), közvetlen a kassai-oderbergi vasút mellett — vasúti megállóhelyllyel — fekszik.

Érdeklődőknek minden felvilágosítással szívesen szolgál **úr. Szász Ágoston** volt fürdőorvos (lakik Szepes-Szombaton), vagy alólírt fürdőtulajdonos **Lucsivnán.**

V. Szakmárj Donát.

<h1>Haemorrhoidák</h1> <p>minden neme ellen</p> <p>Nem narcootica. Minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Kapható valamennyi gyógytárban, dobozonként 12 drb frt 2.50.</p> <p>Főraktár Ausztria-Magyarország részére: Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).</p>	<p>nők és gyermekeknél is a jod-resorcín-sulfonsavas wismuth</p>
	<h1>Anusol</h1> <p>elnevezés alatt Suppositoria haemorrhoidalia Anusoli alakban a tisztelt orvos uraknak melegen ajánlatik.</p>

<h1>TAMAR INDIEN GRILLON</h1> <p>frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.</p> <p>A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.</p> <p>Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknél. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szornálásban szenvednek.</p> <p>A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.</p> <p>Magyarországi főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12. Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.</p>

A heveny köszvényroham gyógykezelésére
valamint mindazon bántalmak ellen, a melyek a húgysavas diathesis által vannak feltételezve, a

SIDONAL

klinikailag és tudományosan kipróbált szer.

Adagolás naponta a roham tartama alatt legalább 5 gramm.

Irodalom díjmentesen küldetik.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE ACTIEN-GESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tomka Samu: A haemophil fülvérzésekről. 155. l.

Tóvölgyi Elemér: A gégegyümökről. 157. l.

Róth Jenő: Újabb adatok a Bottini-féle mütét kérdéséhez. 139. l.

Tárca. Tóvölgyi Elemér: Berliini levél. 161. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Zirkelbach Antal:* Mily értékkel bír a gelatina-injectio az aneurysmák gyógykezelésénél? 162. l. — *Könyvismertetés. Max Fränkel:* Die Samenblasen des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie. (Ráskai D.) *Wilhelm Rudeck:* Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht. (Ráskai D.) 163. l. *Lapszemle. Gyógyszertan és mérgektan. Werner és Pajic:* A bacillol. — *Kraus és Bass:* A fluor-epidermin. — *Gaucher, Balzer, Danlos:* A nem oldódó higany sók. (Pódr F.) — *Hennig, Lasker:* Guacamphol. — *Grawitz, L. Müller:* Aspirin. — *Általános kór- és gyógytan. Ch. Viannay:* A vaccinatio okozta immunitás rendkívül rövid tartama. — *D'Arrigo:* A vesék elváltozása tüdőgyümökről. (Torday Árpád.) — *L. Levin:* A nárkosis után beálló hányás. — *Belgyógyászat. Fillette:* A Basedow-kór kezelése. (—ts.) —

Perlís: Enuresis gyógyítása. (—ts.) — *Lacaille:* A nagy feszültségű áram. (—ts.) — *Javorski:* Aqua magnesia effervescens. *Folyóiratok átnézete.* 164—165. l. **Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Az országos balneológiai egyesület. — Laufenauer tanár. — Egyetemi orvostudományi alkalmaztatások. — Az Orvostanhallgatók Segélyző és Önképző Egyesülete Önképző Alosztálya. — Pestis-laboratorium Kolozsvárt. — Tuberculosis-congressus. — Pettenkofer tanár felboncolása. — Kísérleti fertőzés typhus-bacillusokkal. — Ritka ovatio egy gyakorló orvosnak. — Az orvosegyesület dermatológiai és urológiai szakosztálya. — Az orvosi könyvkiadó társulat közgyűlése. — Új orvosi klub. — A francia sebészeti congressus. — Iszlay József dr. — Janosó Miklós dr. — Kitüntetés. — Felhívás. — A háromszék vármegyei „Ferenc József-kórház.” — A marosvásárhelyi országos kórház. — A Kézmarszky-féle szülészeti poliklinika. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Herezel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 166—167. l. — Pályázatok. — Hirdetések. **Tudományos társulatok és egyesületek.** Budapesti kir. orvosegyesület. — Kórházi orvostársulat. — Szemlények külföldi tudományos társulatok ülésiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A haemophil fülvérzésekről.¹

Közli: Tomka Samu dr., szent János-kórházi rendelő fülorvos.

A haemophiliával meglehetősen ritkán találkozunk; a fül-orvosi gyakorlatban pedig alig fordul elő. Innen van, hogy az irodalomban mindössze csak Rohrer¹ 1889-ben, Haug² 1893-ban és Ziem³ 1895-ben közöltek idevágó eseteket.

L. 2½ hónapos fiú, elég jól fejlett, két nap óta nyugtalan, folyton sír, nem alszik, lázas, gyakran a bal füléhez kap.

1899. január 25-dikén hívtak először a beteghez. Megvizsgálván őt, baloldalt *heveny középfüllobot* találtam; a *halljártat* korának megfelelően tág, benne semmi rendellenes; a *dobhártya* vörös, mellfelé türemkedett, a kalapács nem látható. Az *orr-garat* normalis.

Tekintve a magas, 39°²⁰ lázat, a gyermek nyugtalanságát, paracentesist végeztem a dobhártya mellső alsó részén, a mely alkalommal kevés, sárgás-vöröses váladék ürült ki a dobüregből. A fül kezelése abból állott, hogy a váladékot a halljártatból száraz úton, vattával eltávolítottam és a csecsnýújtványra óvatosságból hideg borogatásokat tettem, jóllehet az nem mutatott eltérést a rendestől, de a melynek esetleges érzékenységéről a gyermek folytonos sírása folytán nem lehetett meggyőződni.

A láz másnapra megszűnt, a beteg elég nyugodt volt.

27—29-dikén láztalan, beteg esendes, váladék csekély.

Január 30-dikán a váladék igen kevés volt. A gyermeknek sem láza, sem fájdalma: nines; a dobhártya kiterjedt felületen halvány, úgy hogy ekkor már a Politzer-féle légbefúvást végeztem.

Az állapot napról napra javult, a váladékképződés mini-

¹ Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1900. november 3-dikán tartott rendes ülésén.

malis, a dobhártya nagy részt rendes színű, a légbefúvás alkalmával széles áramban hatolt ki a fülön a levegő.

Február 2-dikán hajnalban sürgősen hívtak a beteghez, mert az éjjel óta folyton vérzik a bal füle. Az egész halljártat friss vérrrel telt, ezt kifecskendezve, sem a halljártatban, sem a dobhártyán nem találtam a vérzésnek semmi okát. A vérzés fellépte annál meglepőbb volt reám nézve, mert beteget előző napon láttam és a fül teljes gyógyulása már néhány nap múlva várható volt.

Csak most mondták a szülők, hogy családjukban többen vérzékenységben szenvednek. A beteg fivérének egy foghúzás alkalmával alig lehetett a vérzést megszüntetni; nagybátyja pedig gyermekkorában végzett circumcisio alkalmával csaknem elvérzett, anyjának többi fivérei is haemophilek. Ha a gyermekek a legkisebb mértékben is megütik magukat, nagy véraláfutások keletkeznek testükön, a mint betegem kis fivérének is láttam ily suffusioikat.

A vérzés fellépte előtt beteg nem ütötte meg magát, ütésnek semmi nyomát sem láttuk rajta.

A vérzés csillapítására a halljártatot steril gaze-zel jól tamponáltam, de a tampon rövid idő múlva egészen átázott és a fülből a vér ismét folyt. Majd timsóba mártott gaze-zel tamponáltam erősen a halljártatot, néhány óra múlva azonban újból átázott a tampon. Szintén így történt a következő tamponokkal is. Forró, majd hideg kifecskendéseket kíséreltem meg, azonban eredmény nélkül.

A vérzések negyedik napján a család előtte régen ismerős Bókay János tanárt óhajtott lefogyott és folyton szünet nélkül síró gyermekéhez, a kinek ajánlatára belsőleg secale cornutumot szedett a gyermek.

Mindezen kezelés dacára a vérzés nyolcz napig fennállott. Bókay tanár a családdal szemben a folytonos vérzés folytán a

gyermek élete miatti aggodalmának adott kifejezést, szerencsére azonban a nyolczadik napon, február 9-dikén megszűnt a vérzés.

A fülből való vérzés egész tartama alatt nem folyt le vér a tubán át.

A halljáratból a vérzés hatodik napján kis véres alvadékat vettem ki megvizsgálás végett. A készítményen genysejteknek nyák vett körül.

A vérzés megszűnte után rohamosan következett be a gyógyulás. A fülfolys teljesen megszűnt, a dobhártya négy nap mulva összenőtt. A vérzés megszűntével a gyermek is azonnal esendés lett, jól aludt. A midőn február 28-dikán utoljára láttam a beteget, a dobhártya a normalis képet mutatta és a gyermek újból jól nézett ki.

Haugnak a mult évben szintén volt egy haemophil esete, a melynek eddig nem közölt érdekes kórtörténetét felhasználás végett rendelkezésemre bocsátotta. Az eset röviden a következő:

15 éves haemophil családból származó, haemophil fiú három év óta jobboldali genyes középfüllobban szenved. Állítólag vagy 14 nap óta, napjában kétszer ismétlődő erős vérzése van ezen füléből; fájdalmai ninesenek, kezelés alatt eddig nem állott.

1899. február 10-dikén kereste fel először a beteg. A halljárat telve volt nyákos-genyes váladékkal, mit eltávolítva, a perforált dobhártya hátsó felében borsónyi polypus volt látható. A polypus eltávolítása után vérzés lépett fel, a mely többszöri erős tamponálás, a galvanocaustica alkalmazása daczára is folyton tartott, míg végre több óra liquor ferriben mártott vatta és fölébe erős tamponálás elállította a vérzést. Három nap mulva a tampon a képződött geny folytán kiesűszott. Ezután gyorsan bekövetkezett a gyógyulás. Később egy furunculus bemetszése után ugyanilyen makaes vérzés lépett fel. Egy acut nátha alkalmával, tüszűszentés után a bal dobhártyán számtalan eechymosis, a jobb fülben pedig haematotympanum lépett fel.

A polypus eltávolítása után fellépett vérzéskor a polypus fekvésénél fogva a vele esetleg összefüggésben levő bulbus venae jugularis megsértésére is lehetett gondolni. Ebben az esetben azonban a vérzés nem cseppekben, lassan folyt volna, hanem nagyfokú lett volna. Angiomás polypus a vizsgálat folytán ki volt zárva, tehát a vérzés csak a haemophilára volt visszavezethető, a mit később az anamnesis adatai igazoltak is.

Nem tartom érdektelennek e helyt a megfelelő bonczani viszonyok felemlítése mellett azokra a vérzésekre is kiterjeszkedni, a melyek a fülorvosi intratympanalis műtétek közben a *vena jugularis interna* és a *carotis* megsértése által keletkeznek és a melyek esetleg haemophil vérzésekkel összetéveszthetők.

Igy *Ludewig*,⁴ továbbá *Müller*^{4a} és *Hildebrandt*⁵ közöltek eseteket a vénának a paracentesis, *Jacoby* pedig a dobhártyának galvanocaustikus perforatioja alkalmával való megsértéséről; a vérzés tamponálás után megszűnt. A *Jacoby* esetében azonban a negyedik napon pyaemiás láz lépett fel thrombosisképződéssel és a nyolczadik napon bekövetkezett a halál. *Moos*⁶ egy állítólag a dobüregben idegen testnek eltávolítási kísérlete alkalmával a vena megsértése folytán létrejött nagy vérzést irt le. Érdekes, hogy *Ludewig* esetében a paracentesis előtt a dobhártyának hátsó alsó, *Hildebrandt* esetében pedig mindkét alsó felében áttetsző, kékes elszínesedés volt látható.

Utóbbi esetben a nyakon a vena jugularis internának összenyomása alkalmával változott a dobhártyán a fénykúp alakja. A beteg oldalon a vena jugularis teltebb volt, mint a másik oldalon. A rendszeren csak egyik oldalon előforduló fossa jugularis tágulásának oka *Friedlowsky*⁷ szerint az ugyanazon oldali sinus transversus különös nagyságában rejlik. *Zuckerhandl*⁸ szerint az inkább egyenes sinus transversus és fossa jugularis mellett a vérpangás okozta nyomás az agysinus felé hat, ellenben a sinus transversus és fossa jugularis hajlott lefutása mellett a nyomás a fossa jugularis felé hat, minek következtében az tágul.

A dobüreg mellső, rendszeren 1—2 mm. vastag, néha papírvékony falán is előfordul nagy ritkán dehiscencia, úgy hogy azon át a paracentesis alkalmával a carotis megsérthető (*Körner*,⁹ *Zaufal*,¹⁰ *Friedlowsky*,¹¹ *Zuckerhandl*¹²). Ez főképp akkor fordul elő, ha a carotis rendkívül lateralisan fekszik, lefutásában részleges kiszélesedése által a promontoriumot nagyon hát- és felfelé nyomja és a labirinthfal

alsó felében igen vékony falzattal a dobüregét szűkítve, szokatlanul közel van a dobhártyához.

Igy történhetik azután meg, hogy a részben a promontoriumon fekvő carotis lüktetése átterjed a n. cochlearisra, a mi által a normalis hallószerv mellett lüktető zörejek keletkezhetnek a fülben.

A vena jugularis megsértése a bonczani és fejlődési viszonyok folytán könnyen előfordulhat.

A dobüreg alsó fala szolgál ugyanis választófalul a vena jugularis internától. A dobüreg alsó fala azonban különböző vastagságú. Igy *Zaufal*¹⁵ szerint $\frac{1}{4}$ —1 mm., *Merkel*¹⁶ szerint csaknem 2 mm., olykor azonban papírvékonyosságú, máskor dehiscenciákat tüntet fel, sőt olykor egészen hiányozhatik is, a mely esetekben a vena direct a dobüreg nyákhártyájával jön érintkezésbe.

A dehiscenciát többféleképp lehet magyarázni. Igy a dehiscencia lehet congenital, keletkezhetik a dobüreg alsó csontos falának fejlődési akadályai, hiányos csontosodása által. *Schwalbe*¹⁷ szerint újszülötteknél a dobüreg alsó falát vékony porcz, áttetsző csontlemez képezi. *Joseph*¹⁸ szerint a dobüreg alsó fala a negyedik embryonalis hónapig hártás, sőt némely állatnál az egész életén át ilyen marad. *Urbantschitsch*¹⁹ egy három éves gyermekhullán találta, hogy mindkét oldalt a dobüreg egész fenekét hártás képezte.

A dehiscencia keletkezhetik továbbá a fossa jugularis túlságos megnagyobbodása által. A dobüreg alsó fala képezvén a fossa jugularis fedelét, ennek különböző alakjával és nagyságával tehát szoros összefüggésben van. A fossa jugularis néha igen kicsiny, csaknem lapos, máskor ellenben túlságosan nagy, úgy hogy a dobüreg rovására a dobüreg felé domborodik. A fossa jugularis túlságos megnagyobbodása által a dobüreg alsó fala nagyon megvékonyodik, sőt dehiscens is lehet; szintúgy megvékonyodhatik a csont a túlságosan megtelt vena állandó nyomása által. Aggsági atrophia, rhachitis, caries szintén okozhatják a dobüreg csontos alsó falának eme bonczani változatosságát. Többnyire azonban oly koponyákon észlelhetők e defectusok, a melyeken egyéb anomaliák és defectusok is vannak.

Ezen viszonyok feltüntetésére bemutatok gyűjteményemből több praeparatumot. A jugularis és carotis különböző helyzete, nagysága, a jugularisnak a dobüreg felé való jelentékeny domborodása jól látható. Észlelhetjük, főképp a metszeteken, a dobüreg alsó fala vastagságának változatosságát, sőt az egyik praeparatumon a jugularis fala papírvékony, sőt helyenként dehiscens és erősen a dobüreg felé domborodott.

A dobüreg alsó csontos falának dehiscenciáját többen leírták. Igy *Toynbee*,²⁰ *Joseph*,²¹ *Hyrll*,²² *Zaufal*,²³ *Trölttsch*,²⁴ *Friedlowsky*,²⁵ *Kiesselbach*,²⁶ *Wagenhäuser*,²⁷ *Bürkner*,²⁸ *Zuckerhandl*,²⁹ *Urbantschitsch*,³⁰ *Politzer*,³¹ *Körner*,³² *Katz*,³³ *Müller*,³⁴ *Budde*,³⁵ *Gruber*³⁶ a külső halljárat csontos alsó falának dehiscenciáját írta le, a bulbus venae jugularis ezen üregbe helyezkedett. Valószínűleg *Seligmann*,³⁷ *Brieger*³⁸ eseteiben is dehiscencia forgott fenn. Utóbbi esetében a dobüreg váladéka a vérkeringésbe jutva pyaemiát okozott, a melyben a beteg elpusztult.

Hogy nem okoz az intratympanalis fülműtétek alkalmával az alsó dobüregfal hiányossága gyakrabban kellemetlenséget, ennek oka abban kereshető, hogy ritkábban jut a műtő eszköz a csontig, továbbá hogy a vékony alsó csontos fal is részben megerősítettik a benne lefutó csontléccek és gerendák által.

Több theoria van ugyan, de a haemophilia oka még teljesen ismeretlen. A bonczani vizsgálat eddig sem jellegzetes, sem állandó leletet nem nyújtott.

Az első vérzés rendszeren a második életév befejezése előtt lép fel, elvéve a 22-dik évig észlelhető. A kor növekedésével esökken a haemophil hajlam.

A haemophilának főtünete a minden kimutatható ok nélkül vagy a legesekélyebb külbehátás folytán bekövetkező aránylag nagyfokú vérzés. A vér úgy hatol ki a sebből, mint egy vérrel telített szivacsból; a vér folyton, órákon át folyik, sohasem lehet feeskendő arteriát látni. Kis sebek jobban vérzenek, mint nagyok. Véletlen sebészek sokkal súlyosabb vérzéseket okoznak, mint a tervszerűleg végzett műtétek. Ezen körülményre a hivatás, foglalkozás választásánál tekintettel kell lenni. Leggyakoribb az orr nyákhártyáján a spontán vérzés, továbbá a foghúson, gyakoriak bélvérzések, vérzések a bőrön, nyákhártyákon, izületekben, con-

junctiván, metrorrhagiák. Hoffmann³⁰ szerint 236 vérzés közül 122-szer az orrból történt a vérzés.

Érdekes, hogy egyes esetekben parosmiák előzik meg a vérzést (Eichhorst⁴⁰). Így egy beteg megszagolta, másik izlésén megérezte előre a vérzést.

A prognózis kedvezőtlen. A vérzés nehéz csillapíthatósága képezi a legnagyobb veszélyt és ebben rejlik az oka annak, hogy a vérzékenyek csak oly ritkán érnek el idősebb kort. A legtöbb vérzékeny az első életévekben elpusztul, de létezik 70 éves haemophil is.

A haemophileknél a vérelvonás, a piócázás, köhögés, bőrizgató szerek alkalmazása, a processus mastoideus műtét, a nyúlajk, farkastorok műtete, a nyelvfelek átmetszése, foghúzás, tonsillotomia, adenotomia, polypextractio, paracentesis, leányoknál a fülcimpa átlukasztása és egyéb műtétek végzése lehetőleg kerüljék, illetőleg csakis a feltétlenül szükséges műtét végzése engedhető esetleg meg.

A vérzés fennállásakor a kezelés tamponadban, vaschlorid, galvanocaustica alkalmazásában áll, ezélszerű továbbá megkísérlni a gelatine localis alkalmazását és bőr alá fecskendését. A pilocarpinum muriaticum bőr alá fecskendését, chlorcalcium (0.6 pro dos.), secale cornutum, hydrastis canadensis belső adagolását és esetleg a carotis alakötését ajánlják. A nem vérző időben vas, chininkészítmények, csukamájolaj és a fenti és egyéb szerek is több oldalról ajánlatnak.

A vérzékenyek életmódjára és érendjére különös gond fordítandó. Kerülendők az edényizgató ételek és italok, mint bor, kávé, tea; fontos a szervezet erősítése. Jó táplálkozás, tejkúra, fürdők használata, tengeri fürdők látogatása ajánlatos. Tornázás és egyéb sport meg nem egedhető.

Irodalom. 1. Rohrer: Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1899. XIII. — 2. Haug: Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. 1893. — 3. Ziem: Transactions of the British Laryngol. Assoc. 1895. App. p. 12. — 4. Ludewig: Arch. f. Ohrenh. XXIX. 235. — 4a. Müller: Dissertatio, Halle. 1890. Ludewig esete. — 5. Hildebrandt: Arch. f. Ohrenheilk. XXX. 183. — 6. Moos: Arch. f. Aug. u. Ohr. II. 249. — Friedlowsky: Monatschr. f. Ohr. 1868. 121 és 122. — 8. Zuckerkanal: Mon. f. Ohr. 1874. VII. 81. — 9. Körner: Zeitschr. f. Ohr. XXII. 182. — 10. Zaufal: Wiener med. Wochenschrift 1866, 985. Arch. f. Ohrenh. II. 50. — 11. Friedlowsky: ugyanott. — 12. Zuckerkanal: ugyanott. — 13. Rohrer: ugyanott. — 14. Haug: ugyanott. — 15. Zaufal: ugyanott. — 16. Merkel: Topogr. Anat. I. 534. — 17. Schwalbe: Lehrbuch der Anat. d. Sinnesorg. 469. — 18. Joseph: Zeitschr. f. rat. Mediz. XXVIII. 111. Arch. f. Ohr. III. — 19. Urbantschitsch: Lehrb. d. Ohrenh. III. Auflage, 246. — 20. Toynee: Descript. Catalogue. 1857. — 21. Joseph: ugyanott. — 22. Hyrtl: Sitzungsbericht d. Akademie. XXX. — 23. Zaufal: ugyanott. — 24. Tröltzsch: Chirurgische Krankheiten des Ohres. — 25. Friedlowsky: ugyanott. — 26. Kiesselbach: Arch. f. Ohr. XV. und Habilitationsschrift, 1880. — 27. Wagenhäuser: Arch. f. Ohr. XIX. — 28. Bürkner: Arch. f. Ohr. XIII., XVIII., XIX. — 29. Zuckerkanal: ugyanott. — 30. Urbantschitsch: ugyanott. — 31. Politzer: Monatschr. f. Ohr. 1897. 74. — 32. Körner: ugyanott. — 33. Katz: Berl. klin. Wochenschrift. 1879. XVI. — 34. Müller: ugyanott. — 35. Budde: Dissertatio, Göttingen. 1891. — 36. Gruber: Monatschr. f. Ohrenh. 1900. I. — 37. Seligmann: Arch. f. Ohr. XXXV. 135. — 38. Brieger: Klinische Beiträge zur Ohrenh. 1896. — 39. Hoffmann: Constitutionskrankheiten, 43. 121. — 40. Eichhorst: Hoffmannból idézve.

A gégegyümökről.

Irta: Tóvölgyi Elemér dr.

Hogy a gégében megtelepedett tuberculosissal és főleg annak kezdeti szakával szemben a gyógykezelés sikerre is vezessen, arra nézve szükséges volna ama sokat vitatott kérdés tisztázása is, hogy tulajdonképpen mely út is az, a melyen a fertőző anyag a gége szövetébe kerül.

Mert bár igaz, hogy akár a vér- és lymphatikus edényeken át, akár kívülről, avagy a köpet útján történik is az infectio, igyekeznünk kell úgy az általános, valamint a helybeli kezelés segélyével mindent elkövetni, a mivel esetleg gyógyulást érhetünk el: mindaddig azonban, míg ama kérdésre, hogy mely oldalról van tulajdonképpen a gége megtámadva, kielégítő feleletet adni nem tudunk, nem vagyunk képesek eldönteni azt sem, hogy a kezelés melyik részletére fektessük a fősúlyt.

Mert bármily betegség ellen is küzdünk, a gyógykezelésben mindig meg kell lenni ama megszabott főiránynak, a melyre

a legnagyobb súlyt helyezzük és a mely köré a kezelés többi részletei mint hathatós segítő eszközök csoportosulnak. Így van ez, azaz így kellene lenni a gégegyümökről is, de sőt figyelembe véve azt, hogy e bajnál a tüdők állapota esetről esetre épen olyan, avagy még döntőbb szerepet játszik, mint a gégében előforduló változások, e szabály még csak nyer fontos ságában.

Tudnunk kellene, hogy mikor várhatunk szebb eredményt, ha főképp az általános, és mikor, ha a helybeli kezelésre fordítunk nagyobb gondot. Nem tagadható ugyan, hogy napjainkban már a szabályok egész serege áll rendelkezésünkre, mert nincs egy autor sem, ki közleményében erről megfejtkezne, ezek azonban többnyire a szélső határok között ingadozó esetekre vonatkoznak, hol egy körültekintő orvos magától is megtalálja amaz útát, a melyet követnie és a melyen haladnia kell. Nem ütközik különös nehézségekbe annak az eldöntése sem, hogy mily esetekben várhatunk az ecsettől és mikor a curettézéstől hasznot, de igen nehéz az eligazodás ama betegeknek, a kik a baj kezdetleges szakában vannak és a hol sem a tüdő, sem a gége nagyobb fokú elváltozást még nem mutat. A betegek e fájánál egy jól irányított kezeléssel még igen sokat nyerhetünk, viszont helytelen beavatkozással mindent elrontathatunk.

Mielőtt azonban mélyebben beleboacsátkoznám annak a fejtegetésébe, hogy főleg a kezdeti gyógykezelést mennyiben befolyásolja a fertőzés útjának az ismerete, előzőleg a kérdés jelenlegi állásával óhajtánék kissé foglalkozni.

Még a nyolczvanas években Korkunoff azt hangoztatta, hogy a gégetuberculosis ama fertőző csírok okozzák, a melyek a vér- és lymphatikus edényeken át, az elsődlegesen megbetegedett szervből a gége szövetébe átvándorolnak. Nézetét szövetszettekkel igyekezett igazolni. Kimutatta ugyanis, hogy a tuberculomok a subepithelial szövetrétegekben képződnek, a miből azon következtetésre jutott, hogy a folyamat belülről terjed a kifelé eső rétegekbe az egyes hámsejtek között helyet foglaló lymphatikus hasadékokon keresztül; nem tagadja azt sem, hogy a Kochféle bacillusokat magában rejtő köpet is létrehozhatja az infectiot, de csakis azon esetben, ha a gége nyákhártyáján valahol egy laesio áll fenn, a melyen át a bacillusok akadály nélkül bevándorolhatnak. Korkunoff tehát épen úgy, mint Mackenzie, Heinze és Kafemann azon álláspontra helyezkedett, hogy a sértetlen epithelen keresztül a tuberculotikus virus nem hatolhat be a gége szövetébe. Ugyane nézet híve Baumgarten is.

Annak az eldöntése, hogy a gége nyákhártyája mikor sértetlen és mikor nem az, igen nehéz, úgyszólván lehetetlen, ha tekintetbe vesszük, hogy a számtalan ártalmas behatások következtében, a miknek a gége szövege ki van téve, mindig akadhat egy fel sem fedezhető kis felhámhiány, a mely azonban elég nagy arra, hogy a kört okozó bakteriumok bevándorlási kapunak felhasználják.

Példakép vehetjük akár az orbánczot. E bajnak úgy a létrejövele, mint bizonyos egyéneknek a gyakori recidiva oka sokszor az orrnyákhártya felhámhiányaiban rejlik. Itt vándorolnak be a coccusok és bár igen sok esetben e hiányt kicsinyiségénél vagy elrejtett voltánál fogva felfedeznünk nem sikerül, azért még sem állíthatjuk, hogy ezek szerint a fertőzés nem is jöhetett létre az orrnyákhártyán keresztül. De hogy eme bizonyos sokat emlegetett laesio nélkül is fertőzheti a köpet a gégét, azt bizonyítják a következők.

Régebben már Orth állította, hogy a gégegyümökről mindazon esetekben létrejöhet, hol a gége e bajra disponált, azaz szövegei már a fertőzést megelőzőleg ellentállásukban igen meggyengültek. Az anyaghiány azonban nem okvetlenül szükséges, miután a bacillusok bevándorlása a sértetlen epithelen át is létrejöhet. (E. Fränkel). A bevándorlási kaput sem találhatjuk meg minden esetben, miután nem feltétel, hogy a tuberculotikus virus már a belépési helyen elváltozásokat hozzon létre.

Az összefüggés kedvéért e helyen meg kell említenem, hogy Tanql 1890-ben nyulakon és tengerimalaczokon végezett kísérletek alapján kimondotta, hogy a tuberculosis sehol sem hatolhat be úgy a testbe, hogy a bemenet helyén elváltozásokat ne hozna létre; azonban újabban is más szerzők kísérletei ellenkező eredményre vezettek. J. Wright tuberculotikus gégemetszetek

vizsgálatánál szintén úgy találta, hogy a bacillusok a sértetlen hámrétegen is keresztül hatolhatnak és állításának valódiságáról annyira meg van győződve, miszerint kimondja, hogy e tény megdönthetetlen.

A két nézet tábora között mintegy középhelyet foglal el *Thost*, mikor kimondja, hogy bár nem hiszi, miszerint a gümőkór a nyirkutakon átterjedne a gégére, azonban tagadásba veszi azt is, hogy a sértetlen hámrétegen át a köpet fertőzhető. Ha figyelembe vesszük, miszerint primaer gümőkórnál az infectio útjaként egyrészt a mirigy kivezető csövek, másrészt az intact nyálkahártya is szerepelhetnek (*Schech* és *Angerer*), mennyivel inkább megeshetik a fertőzés a nyálkahártyával több-kevesebb ideig közvetlenül érintkező köpet részéről, a tüdőbaj által már amúgy is igen elgyengült szervezetű egyénnél.

De nem bizonyít a köpetfertőzés teoriája ellenében *Baumgarten* ama negatív eredményű kísérlete sem, hogy dacára a légesőbe beoltott virulens Koch-féle bacillusoknak, a tuberculosis még sem fejlődött ki kísérleti állatainál. Szerény magam is igen sok esetben kísérlettem meg állatoknál a gégeben létrehozni a tuberculosis, szintén eredmény nélkül. Kísérleteimnél arra is gondot fordítottam, hogy az állatnak a gümőkór iránti fogékonyságát növeljem, a mennyiben előzőleg a hát bőrébe fecskendezett virulens staphylococcusokkal a szervezet ellentállási képességét igyekeztem meggyengíteni.

A kísérleteket, mint az ide iktatott példa mutatja, a következőképpen végeztem:

1900. április 3-dikán 1940 gramm súlyú, szürke nyúlak a hátizomzatába két Pravaz-fecskendő staphylococcus injiciáltatott. Hőmérsék: 39° C.

Május 1-jén. Az állat kissé bágyadt, hőmérséke 39°7' C.

Május 3-dikán. Bágyadtság növekedésben, hő 40°6' C., súly 1850 gm.

Május 5-dikén. Hő 40°1' C.

Május 7-dikén. Hő 39°7' C. Súly 1810 gm.

Május 11-dikén. Az utóbbi négy nap alatt a nyúl ismét vidámabb, étvágya növekedésben. Hő 39°6' C. Súly 1860 gm.

Május 12-dikén. Aether-narkosis mellett laryngofissio végeztetett. A hangszálagok kettémetszése és az így készített sebbe virulens Koch-féle bacillus beoltása után a gégeporczok, valamint a külső sebfalak újlag egyesítettek.

Május 13-dikán. Állat levert, alig táplálkozik. Hő 40°8' C. Súly 1840 gm.

Május 14-dikén. Hő 40°5' C. Súly 1805 gm.

Az állat a további három hét folyamán 300 gm.-ot vesztett súlyából, a hőmérséke pedig rendszeren 39–40° C. között ingadozott. Folyton igen levertnek látszott és alig táplálkozott, míg végül június 10-dikén kimult. A bonczolatnál kiderült, hogy a gégeséb minden nyom nélkül szépen begyógyult, hangszálagok újból összeforrak. Sem a gége szövetében, sem a tüdőben a tuberculosisnak semmi nyoma sem volt található. A halál oka a laryngofissio külső sebnnyílása körül képződött genyes beszűrődésnek és az ennek következtében másodizben létrejött staphylo- és streptococcus-fertőzésnek volt tulajdonítható.

Az ily negatív eredményű kísérletek csupán azt bizonyítják, hogy a gége szöveteinek nagyobbfokú ellentállási gyengesége nélkül a gümőkór bacillusai ott megtelepedni nem képesek.

Veragut 1883-ban kísérleti állatainál a hangszálagokat megsebezte, azután tuberculotikus egyén köpetét inhaláltatta az állat, szintén minden eredmény nélkül, míg végül *Fischer* és *Schillnek*, majd legutóbb *Masseinek* állatoknál a gümőkórnak a gégeben való megtelepítése már kitűnően sikerült.

A *Korkunoff* nézetét pártolja *Trasher* is. Az ő véleménye szerint, ha az infectio a köpet útján terjedne, míg egyrészt az orrnyálkahártya sokkal több esetben volna megtámadva, a mint az tényleg előfordul, másrészt az elsődleges gümőkóros elváltozások nem is a mélyben fekvő, hanem a legfelületesebb rétegekben jutnának kifejezésre. Igen érdekes, hogy *Stoerk* ugyanezen körülményből indulva ki, miből *Trasher*, épen homlokegyenest ellenkező megoldáshoz jut.

Nevezett szerző ugyanis azt mondja, miszerint ha megfigyeljük, hogy a vér- és nyirokedényeken keresztül mily gyakran telepszik meg a legkülönbözőbb szervekben a gümőkór, úgy igen

nehezen találunk magyarázatot arra, hogy miért épen az orrtuberculosis olyan ritka.

Az orrtuberculosis ritkasága, úgy vélem, csakis a külső, a köpet, a levegő stb. útján terjedő fertőzés mellett szól. E ritkaság oka nemcsak abban keresendő, hogy az orrüreg félreeső, zártabb voltánál fogva ritkábban érintkezik a köpettel, hanem szerepe van a védekezésben az orrüreg nyálkahártyájának is, a mennyiben minden külső behatással szemben igen érzékeny. Védelmi eszközökkel bir a számtalan nyák mirigyekben, a ciliák élénk mozgásában (*Wright*, *Gerber*), valamint az olfactorius és trigeminus különleges beidegzésében (*Stoerk*). Miután a gümőkóros elváltozások rendszerint az orrsövény elülső részletén foglalnak helyet, következik, hogy az infectio itt nem is annyira köpet, mint inkább a külső káros behatások révén jön létre. A gümőkórnak e helyen való megtelepedését elősegítik a pathogen mikroorganizmusok is, a melyek *Carlo-Monari* vizsgálatai alapján nagyobb számban csupán az orr elülső részletében foglalnak helyet, míg mélyebben az orrüreg belsejében csak nyomokban találhatók. Egy hatalmas védelmi eszközt szolgáltat azonkívül az orr váladéka, melynek antibactericid hatását ez idő szerint egy nevesebb szerző sem tagadja (*M. Schmidt*, *Gerber*, *Rosenthal*, *Hayek* stb.). Az orrnyálkahártya basalis csövecskéi szabadon nyílnak a felületre és így e kis nyílásokon át a fertőző csírok könnyen bejuthatnának a mélyebb rétegekbe, ha e nyílásokat befedő váladék antibactericid hatásánál fogva azok bejutása elé akadályt nem gördítene (*Schieferdecker*).

Az orrváladék bakteriumellenes hatását igen szépen illusztrálja egy általam megfigyelt eset.

Az I. belkóródán az Irsai tanár vezetése alatt álló gégeszeti ambulatóriumban a gégegümőkórban szenvedő betegek köpetét minden második héten, a gége- és orrváladékot pedig minden nyolcz napban egyszer göresövi vizsgálatnak vetettem alá.

Általánosan ismeretes, hogy a gége-, de főleg az orrváladékban a Koch-féle bacillusok igen ritkán találhatók fel, így a két és félév folyamán kezelésem alatt álló huszonöt gümőkóros betegemnél a gégeből vett váladék alig két-három, az orr váladéka pedig csupán egy esetben volt a tuberculosis bacillusait illetőleg positiv.

Nem hagyhatom említés nélkül B. Fränkelnek 1883-ban hangoztatott ama véleményét, a mely szerint minden gümőkóros gégefekélynél a Koch-féle bacillus okvetlen feltalálható és az oly fekély, hol háromszori vizsgálattal a lelet nem positiv, nem is tuberculotikus eredetű. E nézet ellenében többek között *Botey* nyolczvanhét kifejezett gégegümőkór eset közül csupán nyolcznál volt pes a gége váladékában a Koch-féle bacillust kimutatni és egyéb szerzők vizsgálatai is ellene szólnak a Fränkel-féle nézetnek.

Az általam megfigyelt eset a következő:

Sz. I. a gégeszeti ambulantián 1899. február 11-dikén jelentkezett első ízben, a következő belkóródai lelettel. Cat. apic. I. dextri. Infiltr. apic. sinistr.

Therapia: Chinin 1'5. Codein 0'15. Natr. bicarb. 3'0. Mfp. Div. in doses No. X. Ds. 3 port napjában. Guajacolpilulák; háromszor napjában két szemet.

Három hó óta keveset és gyengén köhög, ugyanez idő óta rekedt és nyelésnél élénk fájalmakat érez a gége táján.

Lelet: Mindkét orrüreg nyálkahártyája nagyfokú atrophíát mutat. A zsugorodott orrkagylók, valamint az orrsövény elülső része beszáradt, szürkés-zöldes váladékkal fedett, a melyek eltávolítása után a részben hámosztott, kissé lobos nyálkahártya tűnik elő. Ugy az orrgaratüregben, mint a pharynx oldalsó részein szintén nehezen eltávolítható beszáradt váladék látható, a mely az aryaenoid porczokra, valamint a mindkétoldali valódi hanyálagra is reáterjed. Epiglottis rendes, az ary-porczok, ary-epiglottikus redők duzzadtak, lobosak. Az inter aryaenoid tájon egy félborsónyi, apró dudorokkal behintett granulatio látható. A valódi hangszálagok az idült lobosodás képét mutatják. Köpetben és gége-váladékban sok staphylo- és streptococcus-faj, közepes mennyiségű Koch-féle bacillus található.

Az orr váladékában nagyobb számú Koch-féle bacillus mutatható ki.

Az első vizsgálattól számított két és fél hónap folyamán, az orrváladékban rendszeresen ki lehetett mutatni a gümőkór

bacillusát, majd utóbb számuk folytonosan esökkent, végül teljesen eltűntek. Beteg június 22-dikén jelentékenyen javulva, vidékre távozott.

Valószínű a feltevés, hogy a tüdő- és gümőkórhoz társuló rhinitis sicca következtében az orrnyákhártya nagyjára elvesztvén váladék termelő képességét, a Koch-féle bacillusnak az orrban való megtelepedését és szaporodását mi sem akadályozta többé. Hogy ennek dacára nagyjából gümőkóros elváltozás az orrüregben nem fejlődött ki, bizonyára az idejében megindított energikus kezelésnek tulajdonítható.

Több szerző vizsgálatai szerint sokszor egészséges egyének orrváladékában is felfedezhető a gümőkór bacillus, áll ez leginkább oly egyénekre nézve, a kik állandóan tüdővészések társaságában tartózkodnak, azokat ápolják. *Strauss* szerint azonban úgy ezeknél, valamint a gége- és tüdővészben szenvedő betegeknek a Koch-féle bacillus csak időlegesen és akkor is igen csekély számban mutatható ki az orr váladékában, míg az általam felhozott esetben a bacillusok nagy számban két és fél hónapig állandóan fel voltak találhatók. Azt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy gümőkóros orrsövény tumoroknál is a bacillus csak elvétve és kis számban fordul elő (*Schaeffer* és *Nasse*). *Kikuzi* pedig 1888-ban két ortuberculosisról tesz említést, hol dacára a többszöri vizsgálatnak, a Koch-féle bacillusok egy esetben sem voltak találhatók. *Lukasiewicz* hasonlóan nyilatkozik, *Hayek* pedig úgy vélekedik, hogy még az orr gümőkóros fekélyeinél sem számíthatunk biztosan arra, hogy a gümőkór bacillussait felfedezzük.

E kis kitérés után, a melyet azonban mégis szükségesnek véltem, az előbbi tárgyhoz visszatérve, *Stoerk* azt állítja, hogy bárhol is forduljon elő egy gümőkóros fekély a bőrön, ajkon, nyelven, gégeben stb., az mindig a szervezet általános tuberculositikus fertőzésének a következménye. *Stoerk* e nézete érthetőbbé válik, ha figyelembe vesszük, hogy a primaer gégetuberculosist szerző tagadta. Az irodalomban viszont igen sok esetben leírva, hol az addig egészséges egyéneknél a száj nyálkahártyán kifejlődő gümőkórt egy tollszár, avagy egy cigaretté közvetítette, sőt közöltek oly eseteket is, hol egy genitál tuberculosiban szenvedő maitresse több pervers szeretőjét per os inficiálta (*Petit*). *Stoerk* szerint kiterjedt tüdővészés folyamatnál a hörgők kiterjedt genyeredése a légesövön keresztül igen is reáterjedhet a gégebe, egyéb esetekben az infectio a vér és lymphatikus edényeken át megy véghez. *Trousseau* és *Beloe* azzal érvelnek, hogy a gége nagyobb fokú gümőkóros elváltozása gyakran található oly esetekben, hol a tüdők részéről úgyszólván semmi secretio sem áll fenn. Szerzők, épen úgy mint *Rühle*, minden esetben egy általános gümőkóros infectiót vesznek fel, a melyben a megtámadott tüdő, bél, gége stb. csak mint az általános bántalom egy-egy részjelensége szerepel. Állításuk igazolására oly eseteket hoznak fel, hol a gümőkóros egyénnél a gége megbetegedése megelőzte a tüdőbajt.

Hogy a gégegümőkór létrejövételére számba vehető tüdőbéli secretio szükségtelen, azt bizonyítják azon esetek, hol a gégebaj egy addig teljesen egészséges egyénnél állott elő, azaz közvetítőként a levegő szerepelt. Nem a tüdősecretio nagysága, hanem a gégeszövet ellentálló képességének a foka játszsza ebben a főszerepet. Egy oly betegnél, hol előrement hurutok, nagyfokú vérszegénység következtében e szövet védekező képessége alacsonyabb, teljesen elégséges a beteg tüdőből kikerülő bacillusokkal telt levegő a fertőzés létrehozására. Nem fogadható el érv gyanánt az sem, hogy egy gümőkóros egyénnél a tüdőbántalom előtt lépett fel a gégebaj, mintán annak a megállapítása, hogy a tüdő teljesen egészséges, az élet folyamán igen nehéz, úgyszólván lehetetlen. *Krieg* szerint a nyirokárám útján létrejövő fertőzés mellett az bizonyít, hogy a gégeben az első gümőkóros jelek azon az oldalon mutatkoznak, a mely félen a tüdőfolyamat is kifejezettebb. E tünetnyre már *Türk* és *Friedreich* is figyelmeztettek és *Schrötter* e jelenségre oly nagy súlyt helyez, miszerint ez esetleg a kórisme megállapításánál is fontos szerepet játszhatik.

(Folytatása következik.)

Ujabb adatok a Bottini-féle műtét kérdéséhez.

Irta: *Róth Jenő* dr.

(Vége.)

L. L. 76 $\frac{1}{2}$ éves magánzó, eltekintve egyszeri pneumoniától, mindig egészséges volt. Húgyszervi zavarokban azonban szenvedett néha, így 1892-ben is, a midőn acut complet retentiót kapott, mely 8—10 napig tartott, 1894-ben pedig 14 napig is fennállott. Ily állapotok gyakran ismétlődtek, de csakhamar egy-két nap alatt vissza is fejlődtek a retentiók megfelelő gyógykezelés mellett. Utóbbi időben azonban éjjeli nyugalma állandóan meg volt zavarva és ez által annyit szenvedett, hogy sürgős segínyt kért. 1899 december 16-dikán keresett fel a beteg, a kinél a vizsgálat alkalmával kisméretű prosztatát találtam, mely meglehetősen kemény és főleg a jobbik lebenyben volt megnagyobbodva.

Sondával a hólyagba behatolva, nagy akadályra bukkanunk a meghosszabbodott pars prostaticában, residualis vizelet 120 cm³, vizelet tiszta, semmi fehérje, semmi cukor, fajsúly 1022. Tekintettel az aránylag életvidor férfi kínos állapotára, a mely főleg éjjeli nyugalmától fosztotta meg, továbbá a kínos vizeleti ingerre és tekintettel az ismételt fellépő acut retentio folytán szükségessé vált gyakori katheterizálásra és az ezzel járó infectio veszélyére és végül tekintettel a kedvező esélyre, a melyet itt a húgyhólyag steril állapota nyújt és last not least a beteg kívánatára, a kinél az élete így módon egészen el van keserítve, elhatároztam magamat a Bottini-féle galvanokaustikus műtét végrehajtására. A tapasztalás ugyanis azt tanítja, hogy a gyakori acut retentióknak egyike előbb-utóbb állandó marad és a systematikus katheterizálást elkerülhetlenné teszi.

1899. december 21-dikén d. e. 11 órakor helyi anaesthesia mellett és üres hólyagnál eszközöltem a Bottini-Freudenberg-féle incisorral egy 3,2 cm. hosszú bemetszést hosszirányban jobbról hátulról mellfelé balfelé, ezt azonban oly nagyfokú izzóhővel és oly lassú kivitelben (6 percig tartott ezen egyetlen bemetszés), hogy további bemetszéstől, tekintettel a helyi viszonyokra, műtét közben elálltam.

Semmi fájdalom, semmi vérzés; a kére pörk volt tapadva, dacára a 46—48 ampère-nyi izzóhőnek, melyet a műtétnél alkalmaztam.

Lefolyás teljesen láztalan. Délután az eleintén kissé véres vizelet immár tiszta. Az első öt napon a beteg 10—18-szori vizeletben 800—900 cm³ vizeletet ürít. A műtétet követő 6-dik napon residualis vizelet immár nem mutatkozik. 29-dikéig az állapot változatlan marad.

Ezen a napon, tehát a műtétet követő 9-dik napon a vizelet kissé véres és máris pörkrészek mutatkoznak. Ettől kezdve mind gyakoriabbakká válnak a mictiok és inkább már vizeleti ingerről lehet szó. A beteg most 24 óránként 20—30-szor mindig véresen vizelet. 1900 január 4-dikén teljes vizeletszűrés áll be. Állandó katheter alkalmaztatik, a mely azonban 48 óra után el lesz távolítva és azután háromszor naponta katheterizáltatik a beteg. A vérzés átlag igen csekély, bárha a vizelet január 10-dikén még mindig kissé véres. Január 14-dikén kezd a beteg önként vizelet. A vizelet catarrhalis. Ettől kezdve napról napra javul az állapot, a mictiok mindinkább ritkábbak lesznek, a vizelet pedig szebb. Január 28-dikén a beteg elhagyja a sanatoriumot gyöngye cystitis nyomaival, de minden residualis vizelet nélkül.

További házi kezelés után egyre világosabbá válik a vizelet, úgy hogy a katheter, a mely már csak egyszer lesz naponta alkalmazva hólyagmosás végett, egészen szükségtelenné válik.

A beteg, a kinél a véres vizelete folytán (arterio-sclerosis!) huzamosabb ideig (4 hétig) kellett az ágyat őrizni, a legjobb zavartalan egészséggel örvend és hazájába is visszautazhatott. Naponként 3—4-szer vizelet, éjjelenként egyszer, a vizelet megtisztult.

Második esetem, a mely az előbbihez nagyon hasonlít és a mely szintén teljes gyógyulással járt, csupán abban különbözik az előbbiétől, hogy 15—20 gramm residualis vizelet maradt fenn.

K. T. 74 éves földbirtokos acut vizelet rekedése miatt

¹ Azóta tudósításem van, hogy 4 kg.-mot hizott három hét lefolyása alatt.

keresett fel, a mely őt a fővárosba való érkeztekor lepte meg. Ennek okát a fennálló prostata hypertrophiában találtam, mely súlyosbítva volt az által, hogy a szokatlan utazás és városban járkálás által a mirigyben congestio lépett fel. A prostata jó almanagyságú és symmetrikusan hypertrophizált. Mindannak dacára az obturatio a meghosszabbodott pars prostaticában nem nagy, de az út balra kitérő. A mirigy consistentiája közepkemény, a vizelet tiszta, fehérje és cukor nincs.

A beteg, a ki a retentionnak ezen kinos állapotától nagyon megijedt és a baj ismétlődésétől félt (mint vidéken lakó), azonnali segítséget kért akár operatív úton is. A mirigy nagymérvű túltengésére való tekintettel, a mely már egyszer acut complet retentiot idézett elő, melynek bizonyára egy chronikus incomplet retentio volt az előfeltétele és tekintettel azon körülményre, hogy éjjel igen gyakori volt a vizelési inger és végül tekintettel a hólyag kedvező állapotára, a mennyiben a vizelet nem volt infectiosus, elhatároztam magamat a műtetre.

1899 november 6-dikán helyi érzéstelenítés mellett (eucain) üres hólyagnál, miután megelőzőleg cystoskopáltam, 3 bemetszést eszközöltem és pedig az elsőt a középvonalban 3·4 cm. hosszúságban, a másodikat balra ferdén 3·2 cm. hosszúságban, a harmadikat jobbra ferdén 3·0 cm. hosszúságban. Az ampérmeter foka 42—46. Az egyes incisiók időtartama 3—4 percnyi volt. Semmi vérzés, fájdalomnyilvánulás kevés és az is csak az utolsó bemetszésnél.

Lefolyás láztalan és zavartalan. Az első napokban a mictiok gyakoriabbak voltak (15—18), a vizeletmennyiség napi közép-átlagá 1200 cm³. 11-dik és 12-dik napon a vizelet kissé véres. A 15-dik napon a beteg következő statussal hagyja el az ágyat: Minden két-három órában vizel, éjjelenként háromszor, residualis vizelet 30 és 60 cm³ között, vizelet kissé zavaros, napi mennyiség 1400 cm³. További 4 heti kezelés után mindinkább megtisztul a vizelet, beteg nappal 4—5 órai időközökben vizel, éjjel pedig kétszer. Residualis vizelet 10—20 cm³, későbbben még további apadás. Eredmény ideális.

Tehát világos, hogy e két utóbbi esetben azért értem el teljes sikert, mert igen kedvezők voltak az előfeltételek, úgy-mint: tiszta vizelet, jól működő hólyag és a magas életkor dacára teljesen jó testi conditio.

Úgy vélem, hogy ezen esetekben sikerült a jelenlevő mechanikus akadályt teljesen eltávolítani.

Első esetből az tűnik ki, hogy adott esetben egy bemetszés is elegendő lehet, hogy ha az kellő ezéltudatossággal eszközöltetik. Hogy a második esetben a residualis vizelet nem akart 0-ra süllyedni, ennek a természetes magyarázata nem abban rejlik, hogy a húgyútban holmi csekély akadály állana még fenn, mely ezen maradék kiürítését akadályozza, hanem abban a körülményben, hogy ezen hólyag, melynek számos trabeculája van, nem képes oly exact összehúzóást végezni, mint olyan hólyag, melynek izomzata kevésbé rigid.

Azért tartottam érdemesnek ezt a két utóbbi kórtörténetet a közlésre, mert általuk óhajtom megvilágítani a már más alkalommal¹ jelzett álláspontomat, a melyet már ott akkép fejeztem ki, hogy kedvezőbb boneztani viszonyok kedvezőbb eredményeket szülnék. Azonban még nem voltam oly szerenesés, hogy lássam azt, miszerint egy igen distendált hólyag ideális összehúzóó képességre szert tegyen, mint a hogy azt más szerzők látták (Freundenberg, Bottini), a kik minden bizonynyal ezen tapasztalatok árán ad pejus eredményeket is bőségesen észleltek.

A második kórtörténetet azért tartom a közlésre érdemesnek, mert véleményem szerint ez egy par excellence bizonyosság a Bottini-féle műtét eredményes alkalmazhatósága mellett, még ha nemcsak a vizeleti szervek, hanem az összorganismus is súlyos megtámadásnak voltak kitéve.

Az első kórtörténet igazolja a prostata hypertrophiának lithiasissal véletlen összetalálkozását.

Ha már most az általam észlelt 8 esetet összegezzük, úgy a következő eredményre jutunk:

Egy eset nem gyógyult, egy eset javult, két eset tökéletlenül gyógyult, négy eset tökéletesen gyógyult.

A *tökéletesen gyógyult* esetek, vagyis azok, a melyeknél a hólyagnak önkényes működési képessége teljesen visszatért, az én tapasztalataimban az operált esetek felét teszik ki, tehát négyet, a melyek közül három steril vizelet mellett lett operálva és később a vizelet ismét sterillé vált; egy esetben pedig a műtét előtt hurutos vizelet műtét után is csak olyan maradt, míg egyidejűleg igen csekély residualis vizeletmennyiség is visszamaradt.

A *tökéletlenül gyógyult* esetek közül kettő jelen volt hólyag-distensiora vonatkozik, sőt az operáltak közül egyik már urotoxikus állapotban volt.

A *javult eset* idült complet retentiora vonatkozik, a mely a műtét következtében incompletté vált.

Mind a három utóbbi eset alkalmas az operatio megismétlésére, mindannak dacára csupán kettőnél tartottam előnyösnek, hogy a megismétlést ajánljam és most már csak az várandó meg, hogy a két beteg újabb műtétnek vesse alá magát. Még pedig akkor leginkább, hogy ha az egyiknek vagy a másiknak az állapota rosszabbra fordulna, akár a szükséges kezelés hiánya, vagy pedig igazi „recidiva“ folytán.

Végül a *nem gyógyult* eset emlíendő meg, mely quoad functionem semmi eredményt sem mutatott fel, de a melynél az obturált húgyutak szabaddá tétele folytán könnyen végezhető a katheterismus, a minek értékét szerző annak idején¹ megfelelő helyen kellőkép méltatta.

A mennyiben már említettem a recidivát, ez által azon szerzők mellé szegődtem, a kik ezt a Bottini-féle műtét után épen-séggel nem tartják kizártnak. Hogy is lehetne ezt tagadásba venni, hiszen már az eljárás lényegéből kitűnik, hogy olykor a körülményeket nem ismerve fel teljesen, eljárásunk sem lehet teljesen megfelelő; a miért is a többé-kevésbé tökéletlen műtét hibái folytán az eleinte kedvező eredmény a mirigy folytatólagos túltengése következtében kárba vész és így recidiva állhat be.

Hogy pedig az elért eredmények leghamarább ott mennek veszendőbe, a hol csak javulás lett elérve és a hol az utókezelés figyelmen kívül lett hagyva, ez szerintem nem az operatio sikerének a rovására irandó s így tehát, szigorúan véve nem mint recidiva tekintendő.

Tulajdonképeni recidiva csak igen parenchymatosus mirigynél valószínű és szerző is abban a helyzetben van, hogy ily esetre saját tapasztalásából hivatkozhatik.

Rövid áttekintést a következő táblázat nyújt, a mely minden fontosabb momentumot feltüntet. (Lásd a táblát.)

Az, hogy betegeim hosszabb időn át őrizték az ágyat (eltekintve a complicált esetektől), inkább a szigorú óvatosság-nak, mint az okvetlen szükségnek tudható be, jóllehet némely esetben megengedhető, hogy az operált már 2-dik vagy 3-dik napon az ágyat elhagyja.

Ily műtétnek ambulatorikus végzését azonban, a minek az irodalomban szintén vannak szószólói, határozottan könnyelmű eljárásnak tartom, mely épenséggel nem utánzandó, mert ez annyit tenne, mintha a műtét komolyságát egyenesen félreismernők.

Mindezek után saját tapasztalataim és mások közléseinek objectív megítélése alapján ki kell jelentenem, hogy véleményem szerint a Bottini-féle operatio minden más hasonló műtét fölé helyezendő, a melynek annál több híve lesz, minél inkább közkincesé válik az eljárás lényege és módszere.

Végül személyes tapasztalataim alapján a műtét *korai* végrehajtását ajánlanám, mi által — mint a közölt kórtörténetekből ki-világlik — a műtét könnyű beavatkozásá válik; míg a palliativ kezeléssel, valamint a radicalis beavatkozás elhalasztásával a vizeleti rendszerben oly komolyabb laesiok jöhetnek létre, melyek a be-avatkozás esélyeit, valamint az eredményt is sokkal kedvezőtlenebbé tennék.

A prostatabántalmak therapiájában is áll az a példaszó: „*Bis dat, qui cito dat.*“

¹ Orvosi Hetilap 1899. 17—19. szám.

¹ Orvosi Hetilap 1899. 17—19. szám.

	A beteg kora	A retentio minősége	A vizelet minősége	A hólyag állapota	A bemetszések száma	A körlelfolyás complicatioi	A műtét végrehajtása után hány napig feküdt?	Eredmény	Megjegyzések
1.	67 éves	incomplet	steril	trabecularis	három	semmi	15 napig	tökéletesen gyógyult	—
2.	52 éves	complet	erősen hurutos	nagy diverticulum	három	rázó hideg és 40° láz	12 napig	nem gyógyult	némi eredmény mégis volt
3.	74 ¹ / ₂ éves	complet	hurutos	—	kettő	semmi	14 napig	tökéletesen gyógyult	—
4.	65 éves	complet	erősen hurutos	trabecularis	kettő	38-40° láz	13 napig	tökéletesen gyógyult	—
5.	76 ¹ / ₂ éves	incomplet	steril	—	egy	vérzés	38 napig	tökéletesen gyógyult	a hosszas fekvést a pörkök leválása alkalmából származó vérzés okozta
6.	70 éves	incomplet	steril	lithiasis	egy	epididymitis	6 hétig	tökéletesen gyógyult	a hosszas fekvést az ezen esetben szükségessé vált sectio alta okozta
7.	60 éves	complet	hurutos	trabecularis	három	vérzés és 38-80° láz	18 napig	tökéletesen gyógyult	csak a műtét napján némi vérzés
8.	68 éves	complet	hurutos	több diverticulum	kettő	gyenge rázó hideg, 39-60° láz	15 napig	javult	—

Eredmény: 6 gyógyult, 1 javult, 1 nem gyógyult, 0 meghalt.

T Á R C Z A.

Berlini levél.

(A pharyngitis lateralis gyógykezelése és az influenzás laryngitis.)

A pharyngitis lateralis a torokhurutok egyik legkellemetlenebb fajához tartozik, miután rendszeren az oly egyéneket lepi meg, a kik — énekesek, szónokok, színészek — hivatásuknál fogva hosszú időn át kénytelenek igen hangosan beszélni.

A baj kezdeti stadiumában a betegek mindössze a torok szárazságáról és a huzamos beszéd után fellépő könnyebb fajta gégefáradásról panaszkodnak, a midőn még a garat oldalsó falának a pirján és egy kissé bővebb váladékon kívül egyebet nem találunk. A betegek legnagyobb része ilyenkor még egyáltalában nem sokat törődik a bajával és csupán akkor fordul az orvoshoz, mikor már minden hangosabban kiejtett szó nagy megerőltetésébe kerül, gyorsan elreked, nyelvénél szűró fájdalmakat érez, a képződő szívós-tapadós váladékokat csak nagy nehezen képes kiköhögni stb., szóval midőn mindazok a kellemetlen tünetek előállanak, a melyek egy idült torok- és gégehurutra jellemzők. Ily körülmények között a vizsgálat alkalmával már első pillanatra élénken szembetűnnek a pharynx két oldalán a szájpadivek mögül előtolluló lúdtoll-, avagy kisujvastagságú élénk piros kötegek, a melyek, bár közvetlenül a szájpadivek mögött mutatják a túltengés legnagyobb fokát, mégis többnyire felfelé egész a tubák szomszédságáig, lefelé majdnem az ary-porcokig követhetők. E túltengett lobos oldalfalak nem csak a pharynx-izomzat mozgékonytá akadályozzák, de a hangrés tökéletes záródását is megnehezítik, sőt esetlegesen egy középfülgyulladásnak is okozóivá válhatnak.

A sokféle eljárás közül, a mely jelenleg a pharyngitis lateralis kezelésében szerepet játszik, igen természetes, hogy az érdemi meg leginkább a pártfogást, a mely nem csak alaposan, de egyszersmind a leggyorsabban is képes segíteni.

A Heymann-féle poliklinikán a pharyngitis lateralis kezdeti szakában, tekintettel arra, hogy a jód a lymphoidszövetekre a legnagyobb hatást gyakorolja, a Mandel-féle oldattal végezzük az eseteléseket. (Jód puri 1:0, Acidi carbol. 1:0, Káli jodati 10:0, Glycerini 100:0). Ha az oldalkötegek még nem igen betegedtek meg és nem igen vastagok, az eseteléssel, mely eleinte naponta végzendő, gyógyulást lehet elérni. Az idült eseteknél csupán akkor számíthatunk eredményre, ha az oldalkötegeket, a mennyire az hatalmunkban áll, elpusztítjuk. Az említett poliklinikán e célra az éles kanalat, avagy a derékszögben behajlított galvanocautert használják. Miután a főgond arra fordítandó, hogy a gyógyulás folyamán kiterjedt hegek ne képződjenek, célszerűbb ezt az utóbbi methodust választani, mert az éles kanállal, bármennyire is vigyázunk, nemcsak hogy nagyobb roncsolásokat okozunk, mint az égetéssel, de figyelembe véve, hogy a pharynx oldalsó fala igen érzékeny, dacára a cocainozásnak, e műtét még hozzá igen fájdalmas is.

A Krause professor klinikáján, hol elvéve szintén alkalmazzák a

galvanocautert, a nagy reactiot elkerülendő, egy ülésben csak az egyik oldali köteget cauterizálják.

A Fränkel-féle klinikán az electrolysisnek adnak előnyt, ugyanazon okból, mint azt az orrsövényűvisek therapiájánál említettem. A műtétet ez esetekben is a bipolaris elektroddal eszközlik. Mindezen methodusoknál határozottan sokkal előnyösebbnek tűnik fel az a kezelési mód, a melyet Krause professor klinikáján a pharyngitis lateralis legtöbb esetében alkalmaznak.

Valóban e sorokat már szinte némi félelemmel írom, miután eddigi leveleimben is nagyobbára a Krause-féle klinika eljárásait emeltem a legelső helyre. Részrehajló pedig nem akarok lenni és a mennyire csekély erőmtől kitelik, lehetőleg objective igyekezem az egyes methodusoknak úgy az előnyeiket, mint a hátrányait is megfigyelni. Miután épen ez utóbbi klinika az, hol minden esetben az eljárások közül a legcélszerűbbet és egyszersmind a legegyszerűbbet alkalmazzák, úgy hiszem, ez nem annyira az én részrehajlóságomat, mint inkább a Krause professor genialitását bizonyítja.

Ismétlem tehát, ezt az eljárást tartom részemről az adott esetben legjobbnak, a mennyiben a túltengett oldalkötegeket derékszögben behajlított ollóval bemetszik és az így támadt sekély sebhelyet a begyógyulásig orthoform-porral behintik.

A reactio igen csekély, a gyógyulás gyors, hegek nem fejlődnek és a beteg e műtét után kerül leghamarább abba a helyzetbe, hogy hivatását újból folytathassa.

A lapis mitigatussal való égetéseket, melyeket főleg Moritz Schmidt, a pharyngitis lateralis első ismertetője ajánlott, valamint a trichlor-ezetsavat, a melyről tapasztalataim nékem is vannak, miután odahaza több hasonló bajnál sikerrel kísérlettem meg, itt ez idő szerint sehol alkalmazni nem láttam.

A pharyngitis lateralis igen gyakran kellemetlen távolhatásoknak az okozója. Ezek közé tartozik első sorban a köhögés. A köhögési rohamok különben, eltekintve a pharyngitis lateralistól, más bajoknál is sokkal gyakrabban lépnek fel távolhatásként, mint azt általában felveszik. Erre nézve egy igen érdekes és tanulságos esetet hallottam Heymann professortól.

Egy leány, tizenhárom éves korától kezdve, hat éven át folyton igen heves köhögési rohamokban szenvedett. A beteget sorban gyógykezelték Ziemssen, Leyden, Senator. Elküldötték Emsbe, Hallba, majd Reichenhallba, mindez azonban mit sem használt, a leány, ki időközben tizenkilencedik évét elérte, tovább köhögött, mindinkább elgyengült és lesóványodott, úgy hogy egy consilium alkalmával már egyhangúan tüdővésznek deklarálták és azt ajánlották, utazzék rögtön a Rivierára.

Közvetlenül az elutazás előtt a háziorvost mégis némi kétely szállotta meg és nem bizva egészen a tüdővész valódiságában, Heymann professort kérte betegéhez. Heymann tanár mindössze a mandolák közepes fokú túltengését állapította meg, egyéb elváltozást ő sem talált. A mandolák kivételét a háziorvos egyideig ellenezte, majd végül mégis belegyezett. A műtét megtörtént és a köhögés azon mód rögtön megszűnt, a beteg visszanyerte viruló kinézését, csakhamar férjhez ment és ma a műtétet követő második évben már egy egészséges gyermek anyja.

Egy hasonló érdekes esetet magam is tapasztaltam. Ezelőtt másfél évvel egy harminczöt éves nőbeteg keresett fel ugyancsak azzal a panaszszal, hogy csillapíthatatlan köhögési rohamokban szenved. A rohamok kivált akkor léptek fel nagyobb fokban, ha a beteg gyors temperaturaváltozásnak volt kitéve. Ha például a hideg levegőről meleg szobába lépett vagy megfordítva. A beteg már évek óta szenvedett e bajban és főleg télvíz idején kizárólagosan a köhögés. A beteg már mindent megpróbált és mint általában hysteriásnak declarált egyén, orvosi rendeletre hónapokon át nagyobb mennyiségű bromkalit szedett be, minden eredmény nélkül. A beteg nő közel volt már a kétségbeeséshez, miután a családok, hol nyelveket tanított, azon hitben, hogy tüdővész, csakhamar elbocsátották. Betegnél a körülményes vizsgálatra egyéb elváltozást sehol nem találtam, csupán a posthinoskopiai tükrözésnél a tubák körülírt lobosságát, mit azonnal sondára olvasztott lapis-gyöngygel mindkét oldalon kiegészíttem. Az étetést még párszor megismételtem és ez időtől fogva a köhögési rohamok teljesen elmaradtak.

Az influenzás betegeknek a hangszálagokon gyakorta igen jellemző elváltozásokat észlelhetünk, a melyek dacára, hogy már régebben ismeretesek, csak ez utóbbi időben részesülnek nagyobb figyelemben.

Az influenzás laryngitisnél a hangszálagok egy heveny gyulladás képét mutatják és az élénk vörös felület elülső harmadán, egymással szemben, két domborulatával kifelé tekintő fehér folt látható. A későbbi stádiumban a két folt vaskularizál és ugyanolyan vörössé válik, mint a hangszálag többi részlete, a midőn e jellemző sajátosságát elveszítvén, semmiben sem különbözik az egyszerű heveny gégelektől.

B. Fränkel professor véleménye szerint e fehér foltok fibrinlerakodásnak volnának a következményei. (Mint tudjuk, Moritz Schmidt azt tartja, hogy e fehér foltok olyképen jönnek létre, hogy e jellemző helyen az epithel elhal, majd megduzzad és utóbb leválik, egy felületes fekélyesedést hagyva maga után. Szóval miben sem különbözik egy egyszerű catarrhalis fekélytől.)

Fontos annak a megállapítása, hogy vajjon e fehér foltok fénylő felülettel bírnak-e, miután ez a körülmény az influenzás gégelektokra szintén jellemző. Mégis hasonló leleteknél ne mulasztjuk el sohasem a tüdők alapos vizsgálatát.

Az influenzás laryngitis időtartama rendszerint öt-hat hét között ingadozik, különleges kezelést nem igényel. *Tóvölgyi Elemér dr.*

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Mily értékkel bír a gelatina-injectio az aneurysmák gyógykezelésénél?

Közli: Zirkelbach Antal dr. II. belklinikai gyakornok.

Irodalom. 1. *Boinet E.*: Traitement par la methode de Lanceraux. Revue de méd. XVIII. 509. 1. 1898. — 2. *Carnot Paul*: Gelatine als blutstillendes Mittel. La presse médicale. 94. sz. 1898. — 3. *Empedocle Gaglio*: Sul valore della gelatine come agente emostatico. La riforma medica. 1900. 171—172. sz. — 4. *Fraenkel A.*: Vorstellung eines mit subcutanen Gelatininjectionen behandelten Falles von Aortenaneurysma. Vereins-Beilage Nr. 26 der Deutschen med. Wochenschrift. 1899. — 5. *Fraenkel A.*: Demonstration eines mit Gelatininjectionen behandelten Falles von Aortenaneurysma. Vereins-Beilage Nr. 10. der Deutschen med. W. 1900. — 6. *Fletcher*: The treatment of aneurysms by subcutan gelatin injections. The Journal of the American Medic. Assoc. 1900. 4. sz. — 7. *Geraldini*: Alcuni aneurismi aortici curati con le iniezioni di gelatina. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1900. 15. sz. — 8. *Golubinin*: Die Wirkung subcutaner Gelatininjectionen. Die Therapie der Gegenwart. 1899. 561. 1. — 9. *Hochhalt Károly*: A gelatina-kezelés értékéről aneurysmánál egy eset kapcsán. Közkórházi orvosok. évkönyve. Budapest, 1899. — 10. *Huchard H.*: Traitement des aneurysmes aortiques par les injections gelatineuses. Bull. de l'Acad. de méd. LXII. 43. 1898. — 11. *Kalenderu*: Die Behandlung der Aortenaneurysmen mit subcutanen Gelatininjectionen. Klin. therap. Wochenschr. 1900. 4. sz. — 12. *Lanceraux et Paulesco*: Traitement des aneurysmes par la gelatine en injections sous-cutanées. Gaz. des Hop. LXXI. 117. 1898. és 1897. 71. sz. — 13. *Lanceraux*: Traitement des aneurysmes par la gelatine en injections sous-cutanées. Semaine méd. XVIII. 51., 415. 1. 1898. — 14. *Laborde J. V.*: Les injections de gelatine dans le traitement des aneurysmes. Bull. de l'Acad. de méd. LXXII. 44. 1898. — 15. *Lejden*: Ein Fall von Aneurysma aortae descendentes. Vereins-Beilage Nr. 5. der Deutschen med. W. 1900. — 16. *Neitzke*: Gelatininjectionen bei Aortenaneurysma. Die Therap. der Gegenwart. 1899. 429. 1. — 17. *Sorgo J.*: Ueber die Behandlung der Aneurysmen u. Blutungen mit Gelatine. Die Ther. der Gegenwart. 1900. 9. f. — 18. *Wagner M.*: Ueber die Verwendung subcutaner Gelatininjectionen zur Blutstillung. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. VI k., 5. f. 1900.

A gelatinának mint vérzést csillapító szernek alkalmazását először *Carnot* ajánlotta 1896-ban, *Dastre*-nak és *Paulesco*-nak állatokon végzett kísérleteiből pedig kitűnt, hogy a gelatina nemcsak helybelileg képes a vér megalvasztása által vérzéscsillapítólag hatni, hanem hogy a subcutan alkalmazott gelatina-injectio is lényegesen növeli a vér megalvasztási képességét. A gelatina eme tulajdonságát ismervé *Lanceraux*, a mellkasi aneurysmáknak egy új kezelési módját a gelatinának bőr alá fecskendezésével kísérlete meg. Előzetesen azonban egy kutya peritoneumába fecskendített gelatinát s azt tapasztalta, hogy ha a befecskendezés után egy félórával a kutyaórt vért bocsátott ki, akkor az már mintegy 10 másodpercnyi állás után is megkoesonyosodott, míg a befecskendezés előtt vett vér csak 2—3 percz eltelte után alvadt meg. Ezen kísérlet által *Lanceraux*, *Dastre* és *Paulesco*-nak vizsgálatait beigazolválta s ama következtetésre jutott, hogy a gelatinás vér ezen gyorsabb alvasztási képessége még inkább fog érvényesülhetni aneurysmánál (még pedig inkább a sacciformisoknál, mint a cylindrikus alakúaknál), mivel ezeknél először a vér áramlási sebessége csökkenvén, örvénymozgások

létesülhetnek, másodsor, mivel az aneurysmák edény intimája nem egészen sima, részint a kóros elváltozások, részint pedig alvadékok jelenléte folytán. A párisi „Academie de médecine”-nek 1897. júniusi ülésén *Lanceraux* bemutatott egy aneurysmás beteget, kinél a gelatinás injectio alkalmazásával relatív gyógyulást ért el. A betegnél a gyógykezelés megkezdése előtt az aorta ascendensten egy körülbelül gyermekfejnyi aneurysma volt jelen, s eme tumor nyomása által uzurálván a sternumot s a bordaporcok egy részét, úgyszólván közvetlenül a bőr alatt feküdt.

Lanceraux két hónapon át több mint 2000 kem. 20%-os gelatin-oldatot fecskendített subcutan betegének glutealis tájékába, s ezen kezelési eredménye az lett, hogy a beteg subjectiv panaszai teljesen megszűntek, maga a tumor pedig megkeményedett és kisebb lett. A befecskendezésre használt oldatot akként készítjük, hogy 10 gm. fehér gelatinát feloldunk 100 gm. forró vízben (előzőleg azonban abban 0.5 gm. szóda vagy konyhasó oldandó), azután az egészet 15—20 perczig sterilizáljuk. Az így nyert oldatot lehűtjük, majd 37°-ra hevítve, egy 100 kem.-es fecskendővel az alaposan desinficiált bőr alá injiciáljuk. Ujabb befecskendezés csak néhány nap múlva eszközölhető.

A gelatinás gyógykezelés egész lefolyása alatt a beteget ágyban tartjuk s nyugalomra intjük. Az étrendet illetőleg a betegnek megtiltjuk mindazon anyagok élvezetét, melyek esetleg a véryomást nagyobb fokban növelve, a vér alvasztását csökkenthetnék. *Lanceraux* szerint a relatív gyógyulás elérésére átlag 15—25 injectiora van szükség, ugyanakkor szerinte a szervezetbe jutott gelatina ott feloldódik s a nyirkedények útján jut a vérkörbe, alvasztó hatását azonban csak ott fogja kifejteni, hol az intima meg van támadva. *Lanceraux* felfogását a subcutan alkalmazott gelatina felszívódási módját és hatását illetőleg több oldalról hevesen megtámadták. Így *Laborde* kiindulva abból, hogy a gelatina nem oldódik fel a vízben, hanem abban csak suspensiót képez, lehetetlennek tartja, miszerint a gelatina a nyirkedények útján felszívódva jusson a vérbe, véralvasztási képességét pedig egyedül ama apró idegen testként szereplő részecskének tulajdonítja, mit a gelatina suspensioja tartalmaz. *Camus* és *Gley*, midőn állatok intraperitonealis ürbe gelatinát fecskendeztek be, azt észlelték, hogy maga a folyadék felszívódott, de a gelatina csapadék alakjában visszamaradt, a mint azt az állat leölése után constatálhatták. Ok a gelatinának vérmegalvasztási elősegítő képességét ama savanyú vegyhatásnak, illetve savtartalomnak tulajdonítják, a melylyel a kereskedésben levő gelatina fel van ruházva. *Camus*-szal és *Gley*-jel ellentétben *Boinet* azt találta, hogy hosszabb idő (24—48 óra) múlva az intraperitonealis ürbe befecskendített gelatina is eltűnik, de ilyenkor valószínűleg albumosavá és peptonná változik át, s ily alakban történik felszívata.

Hayem (Semaine méd. 1898. 445. 1.) egyenesen kétségbe vonja, hogy subcutan a vérbe jutott gelatina csak némiképen is fokozná az alvasztási képességet; *Empedocle Gaglio* pedig vizsgálatai alapján azt írja, miszerint a gelatina-injectio benn az organismusban nem képes a vér megalvasztását fokozni, de ha az ilyen vér a külvilágba jut, hamarabb alvad meg, mint más vér.

Mindezekből kiviláglik, hogy a *Lanceraux*-féle eljárásnak élettani alapja, vagyis a gelatina felszívódásának s alvasztási elősegítő hatásának kérdése tisztázva még egyáltalában nincs.

Az aneurysmák gyógykezelésénél egyes klinikusoknak ezen eljárással elért eredményeit az alábbiakban közlöm.

A párisi orvosi akadémia 1898. októberi ülésén *Lanceraux* újból két beteget mutatott be, kinél az aneurysma subcutan alkalmazott gelatina-injectiokra lényegesen javult. Ekkor említé *Lanceraux* ama megfigyelését is, hogy a gelatina befecskendezésekkel csak a sacciformis aneurysmáknál érhetünk el sikert, mert ezeknél az intima érdességétől eltekintve, a vér áramlása is egy bizonyos fokig stagnálván, ez az alvasztást elősegíti. Ugyancsak ezen ülésen *Huchard* előadja, hogy ő *Lanceraux* módszerével egy aneurysmás betegénél relatív gyógyulást volt képes ugyan elérni, de *Boinet*-nek Marseillenben, *Barth*-nak pedig Párisban eszközölt kísérlete exitus letalissal végződött. Az autopsia kimutatta, hogy *Boinet* betegénél nemcsak az aortában, de a pulmonalisban is létrejött coagulatio s a beteg tüdőtuberculosisban halt el. *Barth* aneurysmás betegének az 10%-os gelatina-oldatból 12 injectiot adott, s ezeket a patiens elég jól tűrte, de a mint áttért a 20%-os oldatra, minden befecskendezés után ájulás és hőemelkedés jelentkezett s a negyedik injectio után a beteg hirtelen elhalt. A sectionál azután kitént, hogy a gelatina nemcsak az aneurysmában, hanem az aorta egyéb helyein is nagyfokú alvasztásokat hozott létre.

Neitzke egy aneurysmában szlindó 50 éves patientsének 26 nap alatt 10 injectiot adott az 10%-os gelatina-oldatból, mindenkor 100 kem. mennyiségben. Kellően melléküneteket, eltekintve a kisebb fokú fájdalmaktól, nem észlelt. Betegének subjectiv panaszai már a harmadik befecskendezésre megszűntek, a tizedik befecskendezésre pedig a terimegy nagyobbodás kisebb lett, a pulsatio szemmel már nem volt látható, a pulsus, mely a gyógykezelés megkezdése előtt a jobb radialison alig volt tapintható, jól érezhetővé s a baloldallal isochronná lett.

Hochhalt betegénél a névtelen ütőer törzsének és valószínűséggel az aorta felhágó részének aneurysmáját állapította meg. Betegénél a *Lanceraux*-féle gelatina bőr alá fecskendezéseket 26 nap alatt 7 ízben alkalmazta 20—100 kem.-nyi adagokban. Nagyobb, a befecskendezésekkel járó fájdalmakat nem észlelt, de néhány óráig tartó hőemelkedést igen, de ezt sem mindig, hanem csak akkor, ha a gyógyszer nagyobb mennyiségben applicálta. Esetében a subjectiv panaszok megszűntek, a tömlő teriméjében szemlátomást megkisebbedett s a pulsatio többé látható nem volt.

Kalenderu egy aneurysmás betegénél, kinél lues ment előre, az

először elrendelt higanykúrával semmi javulást sem tudott létrehozni, míg öt gelatina-injectioval fényes eredményt ért el.

Senator a „XVII. Kongress für innere Medicin“-nek Karlsbadban tartott ülésén szintén említ egy esetet, hol 10%-os gelatina-injectiokkal jó eredményt ért el aneurysmáért.

Geraldini több aneurysmás betegnél alkalmazta igen jó sikerrel az 1—20%-os gelatina-befecskendéseket.

Futcher aneurysmában szenvedő 9 betegnél alkalmazta a *Lanceraux*-féle eljárást s mint előadja, gyógyulás ugyan eseteinek egyikében sem következett be, de igenis feltűnő javulás. Betegjei az injectio fájdalomsságáról panaszkodtak.

A berlini „Verein für innere Medicin“ 1899. május 1-jén tartott ülésén *Klemperer* két aneurysmás esetről referált, melyeket ő subcutan gelatina-injectiokkal kezelte, egyiknél azonban a befecskendéseket kísérő nagy fájdalom miatt a műveletet a második injectio után abba kellett hagyni, míg a másik esetében 8 befecskendésre a fájdalom megszűnt, a pulsatio gyengült, a tempulát pedig megkisebbedett. Felhozta *Unverricht* egy esetét, a hol a beteg az injectio alatt halt meg, itt az okot embolusban keresi.

Golubinin Scherwinsky moszkvai klinikáján négy sacciformis aneurysmában szenvedő beteget kezelte subcutan gelatina-injectiokkal. Első esetében egy almanagságú aneurysma volt az aorta ascendens, a beteg két 20%-os gelatina-injectiot kapott s azután elhalt. Az autopsia régebb és frisebb vérrögöket mutatott ki az aneurysmás zsákban. Második esetében nyolcz, harmadik esetében pedig hat injectiot kapott a beteg, egyik esetben sem volt objectiv javulás kimutatható, sőt a harmadik esetében láz és igen erős fájdalom kísérte a befecskendéseket és az aneurysma még nagyobbodott. Negyedik esetében daczára a 16 befecskendezésnek a tumor lassan bár, de folyton növekedett.

Fraenkel egy betegénél 10 injectiot alkalmazott, az elsőt 1, a többit pedig 20%-os gelatina-oldatból adta a has bőre alá. Nagyobb fájdalmak csak a két első injectiot kísérték. Kezelésének eredménye az volt, hogy a mediastinalis tumor nagyfokban megkisebbedett s alig pulzált, megjegyzi még, hogy ily szép sikert az aneurysma gyógyításánál eddig semmiféle más kezelési methodussal elérnie nem sikerült.

Sorgo hat esetet gyógyított gelatin-injectiokkal, teljesen jó eredményt azonban csak egy aneurysmás betegnél tudott elérni.

Leyden a berlini „Verein für innere Medicin“ 1900. január 15-dikén tartott ülésén gelatina-injectioval kezelte két aneurysmás betegéről referál, kiknél a befecskendésekre a subjectiv tünetek javultak ugyan, de az objectiv tüneteknek legkisebb javulása sem volt kimutatható. Ugyan-csak ezen ülésen *Fraenkel* gelatinával kezelte öt újabb betegének esetét hozza fel, kiknél az aneurysma e gyógymethodusra lényegesen egyáltalában nem javult.

Már most összegezve az irodalomban előforduló eseteket, azt látjuk, hogy subcutan gelatina-injectioval kezelte 42 beteg közül 21-nél e kezelésre úgy az objectiv, mint a subjectiv tünetek kifejezetten javultak, sőt relative gyógyultak. Nyolcz esetben objectiv eredményt kimutatható nem volt ugyan, de a beteg subjectiv panaszai enyhültek, kilencz esetben az injectio semmi eredménnyel sem jártak, négy esetben pedig exitus letalis következett be. Az objectiv tünetek javulása az aneurysma megkisebbedésében, megkeményedésében s a pulsatio elmaradásában vagy nagyobb fokú esőkkenésében nyilvánul. A subjectiv tünetek javulását akkor ismerjük el, ha a szívtáji szúrás, neuralgia-szerű fájdalmak, nehézlégzés stb. elmúlnak; eme tünetek eltűnése, továbbá egyedül a compressionalis tüneteknek (bronchusok stenosisa, recurrens hűdés), a pulsus differentianak megszűnté, még egyáltalában nem bizonyítja azt, hogy az aneurysmában alvadás állott be. Ezt *Sorgo* szerint csak akkor vehetjük fel 1. ha az aneurysma által előidézett körülírt kidomborodáson a kezelés megkezdése előtt észlelt pulsatio már nem látható, 2. ha a palzáló tumoron megkeményedést és megkisebbedést veszünk észre, 3. ha mellkasi aneurysmáknál a trachea falának gégetükörrel látott s pulsatiót mutató elődomborodása megszűnik.

A mi a gelatina-befecskendéseket egyes esetekben követő fájdalmakat s látat illeti, arra nézve az észlelők legnagyobb része akként nyilatkozik, hogy a fájdalom nem tűrhetetlenek, feltéve, miszerint nem nagyon concentrált gelatina-oldattal történik az injectio, a láz pedig ama kevés esetben, hol fellép, csak néhány óráig szokott tartani. Itt jegyzem meg, hogy vesebajosnak subcutan adni a gelatinát nem tanácsos.

Ama kérdés eldöntése, hogy a gelatina-injectiokkal elért eredmények mennyiben tudhatók be a gelatina hatásának s mennyiben a nyugalomnak, diétának stb., még a jövőbeni eldöntésre vár. *Fraenkel* az elérhető javulást kizárólag csak a hosszas fekvésnek, *Leyden* pedig az eljárás suggestiv hatásának tulajdonítja. Bármiként álljon is a dolog, azt mondhatjuk, hogy tekintetbe véve a gelatinás injectiokkal elért eddigi eredményeket s ama kevés veszélyt, melylyel alkalmazásuk jár, a velük való további kísérletezés megengedhető.

Könyvismertetés.

Max Fränkel: Die Samenblasen des Menschen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Topographie. Berlin, 1901, Verlag von A. Hirschwald.

A klinikai vizsgálati módszerek haladásával, a diagnostikai segédeszközök szaporulatával, valamint a helyi kezelésnek oly szervekre való kiterjesztésével, a melyek még néhány év előtt abból tel-

jesen ki voltak zárva, a boncztanilag elég jól ismert szerveknek ezen új szempontok szerint való vizsgálata, boncztani és élettani viszonyaiknak újlagos áttanulmányozása szükségessé válik.

Ezen szempontok vezérelték szerzőt tanulmánya megírásánál, mely német nyelven az első e szervre vonatkozó önálló munka. Szinte csodálatosnak mondható az a mostoha elbánás, a melyben e szerv boncztani és élettani sajátosságainak tanulmányozása, kiváló kórtani fontossága daczára részesült. Az oly gazdagon burjánzó selejtes specialistikus irodalom a valótlanságok egész sűrű szövetségét fonta a sexualis mirigyek ismerete köré. A rendellenes magömlések, sexualis neurasthenia, onaniás rémhistoriák ügyes mesemondói hypothetikus magyarázataikkal, durva ontologiai módszerekkel túlzott és rossz-hiszeműleg észlelt kórtünetekből következtetve élettani működésre és boncztani viszonyokra, az újlagos, exact vizsgálatokon alapuló kutatások felette kívánatosaknak mutatkoznak.

E munka sok vitás kérdés tisztázásához fog hozzájárulni. Ilyen például a vas deferens viszonya az ondóhólyagszakhoz, valamint ez utóbbiak sebészetileg nagy fontosságú viszonya a peritonéumhoz. Kimutatása annak a rendkívül dúsz edényhálózatnak és számtalan anastomosisnak, a mely e szervet körülveszi. Pontos szövettani vizsgálatok e szerv finomabb szerkezetét illetőleg az eddig ismertektől eltérő eredményeket adtak, melyek közül mint legfontosabbat kiemeljük, hogy az ondóhólyagszában mirigyek nincsenek és hogy a hám hengerhám szerkezetű.

A mi az ondóhólyagszak tartalmát illeti, tudjuk, mily mohóság-gal vizsgálták egy időben (még napjainkban is) a halálos ítélet végrehajtása után bonczoltak ondóhólyagszáit élő spermatozoákra. A változó lelet szerint hol receptaculum seminisnek, hol saját secretumának befogadására rendeltnek mondták, minden vonatkozás nélkül a here váladékára. Ma kétségtelen, hogy az ondóhólyagszak fõmennyisége itt válasszatik el, és hogy nemzõképes egyéneknek élõ spermatozoákat mindig tartalmaz. Az ondóhólyagszak igen rövid pathologiája fejezi be a munkát, melynek boncztani és szövettani eredményeit négy gyönyörű lithographirozott tábla adja vissza. A kiadó ezeg a nagy negyedrért alakban nyomtatott mű külső kiállításában valósággal remekel.

Ráskai Dezső dr.

Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht. Von Dr. med. Wilhelm Rudeck. Costenoble Hermann kiadása. Jena, 1900.

Első tekintetre kissé különösnek tetszhetik egy orvosi vonatkozásai-ban látszólag alárendelt jelentőségű büntetőjogi kérdésnek, mely pl. hazai büntető törvénykezésünkben önállóan csak igen ritkán képezi az eljárás tárgyát, ilyen monographikus tárgyalása. Az előtünk fekvő könyvnek azonban csak egyszeri átlapozása is: a felhalmozott adatoknak tömege, a német, osztrák és svájci törvényeknek igen sok és nagyon érdekes rendelkezése, azok kimerítő ismertetése, számos jogeset általi megvilágosítása, szóval mindannak csoportosítása, a mi külön-külön csak igen nehezen található fel, mutatja, milyen szép feladatra vállalkozott szerző. Itt csak néhányat emlíünk. Egy szörnyű bábona, egy majdnem az egész világ alsóbb néprétegeiben elterjedt tévhit a régi syphilis és makacs gonorrhoea egyik legbiztosabb gyógyszerének a még ártatlan serdülő leánynyal való cohabitatiót tartja. Sok erőszakos nem közösül-lesnek ez képezi indító okát. Erről szól a könyv első fejezete, mely a másodikban a venerikus betegségekkel való tudatos fertőzés büntetőjogi következményeiről szól, a fent említett három törvénykönyv rendelkezései szerint. A további fejezetekben a venerikus megbetegedéseknek és az orvosi titoktartásnak sok nehéz kérdését tárgyalja, továbbá a munkások baleset és betegség biztosítását venerikus megbetegedés esetén. Az ezzel összefüggő néha kóroktanilag is igen nehezen megoldható kérdéssel végződik a könyvnek első része, mely második részében a nemi megbetegedéseket és a házasságjogot tárgyalja.

Szerző előadása mindvégig rendkívül vonzó és világos, igen szerencsésen kerül el úgy az orvosi, mint a jogi kérdések fejtegetésében a túlságos aprólékosságot, casustikája nem az érdekes esetek szórakoztató csoportosítása, hanem az igazi típusok felállításában igen fontos kiegészítése az elméleti fejtegetéseknek és a törvény alkalmazásának megmagyarázója.

Ráskai Dezső dr.

Új könyvek. *Urbantschitsch*: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Vierte, neu bearbeitete Auflage. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *S. Fränkel*: Die Arzneimittel-Synthese. Berlin, Springer. — *Noorden*: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Dritte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Berlin, Hirschwald. — *Calmer*: Die Berufsgefahren der Steinarbeiter. Rixdorf, Mischke. — *Brunner*: Grundriss der Krankenpflege. Zürich, Schulthess und Co. — *König*: Das kleine Krankenhaus. Halle, Knapp. — *Schlöss*: Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. Wien und Leipzig, Deuticke. *Réthy*: Die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien und Leipzig, Deuticke. — *Fritsch*: Die Krankheiten der Frauen. Neunte, völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig, Hirzel. — *L. Schenk*: Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung. Halle, 1901. — *Lautanié*: Eléments de physiologie. Paris, Asselin et Houzeau. — *Dubois et Couvreur*: Leçons de physiologie expérimentale. Paris, Carré et Naud. — *Lacroix*: Des résultats mécaniques du déubitus dorsal sur le plan horizontal employé pour le traitement du mal de Pott. Paris, Coccoz. — *Rotschild*: Bibliographia lactaria. Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899. Paris, Doin. — *Joannel*: Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel Dieu de Toulouse. Paris, Institut de bibliographie scientifique. — *Gardner*: The asphyxial factor in anaesthesia. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Hunter*: Oral sepsis as a cause of septic gastritis, toxic neuritis and other septic conditions. London, Cassel and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A bacillol nem más, mint kátrányolajának oldata szappanban. Sötétbarna, olaj-consistentiájú, nagyon gyengén creosotszagú, alkalikus kémhatású folyadék, mely Paltauf, Heinrich, Behrend, Fröhner és mások vizsgálatai szerint 1—2%-os oldatban legalább is olyan erős bacteriumölő hatást gyakorol, mint a lysol, a carbolsav hatását pedig messze túlhaladja. Weinlechner tanár osztályán a bécsi közkórházban Werner és Pajic betegekben próbálták ki a bacillolt és arra az eredményre jutottak, hogy e szer vízben könnyen oldhatósága, relatív ártalmatlan volta, erős antiseptikus tulajdonsága és olcsósága miatt nagyon ajánlható. (Wiener klinische Rundschau, 1901. 5. szám.)

A fluor-epidermin kenősszerű anyag, melynek összetétele a következő: Fluor-pseudocumol 1:0, Difluor-diphenyl 4:0, Unguentum vaselini 10:0, Adeps lanae anhydr. 85:0. Színe sötét borostyánkőszárga, áttetsző, szaga erősen aromatikussá, de nem kellemetlen. Kraus és Bass heveny és idült eczema, továbbá prurigo sok esetben használták ezen kenőcsöt és azt találták, hogy nem specificum ugyan és nem is gyógyít meg minden eczema- és prurigo-esetet, a legtöbb esetben azonban határozottan gyors javulást, illetve gyógyulást hoz létre. Különösen dicsérik a szernek a kinzó viszketésre gyakorolt gyors és kedvező befolyását. Minden esetre olyan esetekben, melyekben egyéb szerek hatásalanok maradtak, az eredményességre kilátással vehetjük majd igénybe a fluor epidermint. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1900.)

A nem oldódó higánysókkal, különösen a calomellel végzett befejskendések veszélyes voltára figyelmeztet Gaucher esete kapcsán. Az illető beteg — egy 50 éves paralytikus — négy hóval előbb három ízben kapott 5—5 centigramm calomelt bőre alá, öt napi időközökben. A beteg a következő tüneteket észlelte Gaucher: vörhenyszerű kiütés az egész testen, diarrhoea, hányás, majd az iny és nyelv lobosodása, ragadós, zöldes köpet, diarrhoea véres széklettel, csillapíthatatlan hányás, zöldes tömegekkel a hányadékban, fehérjementes oliguria s végre komához hasonló állapot s exitus lethalis. Gaucher a higany oldható sóinak alkalmazását ajánlja. Az eset feletti discussionál Balzer óv attól, hogy injectiok alkalmaztassanak hűdött testrészekbe. Másrészt az albuminuria hiánya miatt kételkedik a diagnosistnak helyes voltában, mire Gaucher válaszolja, hogy a halált megelőző legutolsó napokban a beteg vizelete fehérjére nem vizsgáltatott. Kiemeli, hogy a higany az idegcentrumokra való hatása által is halálos hatást fejthet ki. Danlos utal arra, hogy nemcsak a calomel, hanem az oldható higánysók is okozhatnak hasonló hatást, úgy hogy ő inkább hajlandó azt a fenforgó idiosyncrasiának tulajdonítani, mint a higánysók oldható vagy oldhatatlan voltának. A calomel alkalmazását különben a különösen macacs esetek (syphilis palmaris et lingualis) számára óhajtja fentartani. (Soc. médical des hôpitaux 1899. nov. 17-diki üléséből. La médecine moderne, 1899. 76. sz.) Poór dr.

Guacamphol névvel egy új szert állított elő Henning. A szer guajacolból és kámforsavból áll és belső használatkor ezen alkotó részre bomlik. Kámforsavtartalma folytán állítólag jó eredménnyel használható tüdővészések éjjeli izzadása ellen. A berlini Urban-kórházban Stadelmann osztályán Lasker 56 esetben adta a guacampholt és csak négy esetben nem mutatkozott eredmény; a többi esetben tetemesen csökkent, sőt meg is szűnt az izzadás, három esetben véglegesen. Az adag eleinte 0.2 gramm, melyet növelni lehet 1.0 grammig. Rendesen 8—10 napon át kaptak a betegeket esténként egy adagot. A szer nem okoz kellemetlen mellékhatásokat. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900. 17. füzet.)

Aspirin. Gravitz tanár az aspirin használatáról szóló egy újabb közleményében azt a gyakorlati szempontból fontos megjegyzést teszi, hogy újabb tapasztalatai szerint heveny izületi csúznál legjobb az aspirin öt gramm napi adagát a nap 24 órájára elosztva adni. Ilyen adagolás mellett az összes tünetek csaknem kivétel nélkül két nap alatt már csökkentek. Ezután leszállunk az adaggal 4, 3, 2 grammra pro die. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1901. 2. szám.) L. Müller az aspirinra vonatkozó tapasztalatait a következő két pontban foglalja össze: 1. Az aspirin hatásában a salicylsavat felülmúlja, mert kellemetlen mellékhatásokat nem okozván, hosszabb időn át használható. 2. A mi a mellékhatásokat illeti, csak egy esetben, melyben a beteg három gramm aspirint három óra alatt vett be, jelentkezett fülzúgás; a mikor azonban ugyanezen beteg a három gramm aspirint az egész napra elosztva vette be, fülzúgásról többé nem panaszkodott, noha még hosszabb időn át használta a szert. (Wiener klinische Rundschau, 1900. 50. szám.)

Általános kór- és gyógytan.

A vaccinatio okozta immunitás rendkívül rövid tartamának két esetét közli Ch. Viannay. Szerző nővére és anyja ugyanis ápolván a himlőben megbetegedett szerzőt, megkapták a himlőt, noha mindketten 5, illetve 7 hónappal előbb sikeresen lettek beoltva himlő ellen. Egyébként mindkét eset könnyű lefolyású volt. Szerző még a saját esetét is felemlíti, a mely szintén nem érdekesség nélkül való. Tekintettel ugyanis a lakóhelyén fellépett himlőjárványra, rövid idő alatt 5 ízben olttatta be magát minden eredménnyel nélkül, sőt egy hatodik beoltás, melyet 24 órával azután végeztetett, hogy egy haemorrhagikus variolában elhalt egyént boncolt, szintén nem fogamzott meg. Különben az ő megbetegedése is enyhe lefolyású volt. (Lyon médical, 1900. október 14.)

A vesék elváltozása tüdőgümőkórnál. D'Arrigo nagyszámú vizsgálata alapján arra az eredményre jutott, hogy a tüdőmegbetegedés megindulása után csakhamar elváltozások lépnek fel a vesékben, a mennyi-

ben a vese véredényeinek fala megvastagodik, néha oly mértékben, hogy az edények egészen elzáródnak, továbbá a glomerulusok, úgyszintén a húgycsatornák epithelje súlyos elváltozásokat szenved. Ezen elváltozásokat eleinte a gümöbacillus termelte toxin okozza, később azonban maguk a bacillusok is részt vesznek az elváltozások létrehozásában, illetve fokozásában. (Centralblatt für Bakteriologie, 28. kötet, 8. és 9. szám.) Torday Árpád dr.

A narkosis után beálló hányásról nehezen dönthető el, vajjon az agy vagy pedig a gyomor izgatása folytán keletkezik-e. L. Lewin hajlandóbb ez utóbbit felvenni. Chloroform és más narkotikus szerek belégzésekor ugyanis a száj belseje izgatódik, a minek következtében a nyáleválasztás bőségebb lesz; a narkotikumok a nyálban oldódván, a lenyelt sok nyállal meglehetősen mennyiségű narkotikus szer juthat a gyomorba. Tekintetbe veendő továbbá, hogy chloroformozásnál például meglehetősen sok chloroform-gőzt is nyel le az illető, úgyszintén, hogy a nedvkeringésbe jutott narkotikus szer egy része a gyomormirigyek útján választatik ki. Ily módon elég mennyiség gyűlhet össze a gyomorban, hogy arra izgatólag hatva, a hányást kiváltsa. A gyomor izgatásának megakadályozására két mód áll rendelkezésünkre, ú. m. 1. a reflexet közvetítő gyomoridegek érzéstelenítése és 2. a gyomornyákhártya fedése olyan anyagokkal, a melyek a narkotikus szerrel való érintkezését meggátolják vagy csökkentik. Az első illetőleg meg lehetne kísérteni a cocaint 0.05—0.10:500 oldatban; ebből 300—500 köbcentiméternek elfogyasztása a narkosis előtt, s esetleg utána is elegendő volna a gyomornyákhártya érzéstelenítésére. A másodikra vonatkozólag nyákos, illetve gummosus szerek oldatait lehetne itatni nagyobb mennyiségben; ilyenek volnának a mucilago gummi arabici (kétannyi vízzel hígítva), tragacantha (1—2:100—200 vízre), mucilago salep kellő hígításban, salep főzet (1—2:100 vízre), carrageen-főzet (3—5:500 vízre), végül althaea-gyökér maceratioja. Ezek a szájat és a torkot is bevonván, esetleg a bőséges nyál-, illetve nyák-képződést is csökkentenék. (Deutsche medicin. Wochenschrift, 1901. 2. szám.)

Belgyógyászat.

A Basedow-kór kezelésében Folliatre igen helyesen elítéli a sebészi beavatkozást, a mely gyakran halálra vezet. Különösen azon nézet ellen kel ki, mely operatiót ajánl a Basedow-kór heveny kiújulásai miatt. Tapasztalat szerint ezek legtöbbször jól végződnek a nélkül is. A therapiában a hygienés eljárásoknak és a villamos kezelésnek látta legjobb hasznát. (Thèse de Paris. 1900.) —ts.

Enuresis ellen Perlis 156 esetre támaszkodva 15—40 csepp extract. rhois aromaticae alkalmazását ajánlja. (Thèse de Paris. 1900.) —ts.

A nagy feszültségű áramok jó hatását dicséri Lacaille; neurastheniában, sőt egy uraemiás esetben is, bár nem hosszan tartó, de kifejezett javulást látott. (Ref. Revue neurol. 1900. 21. sz.) —ts.

Aqua magnesia effervescens. Savanyú gyomorhypersecretio és savanyú gyomorhurut olyan eseteiben, melyek macacs székszorulással járnak, továbbá fermentativ dyspepsiánál, mely szintén gyakran jár székszorulással, Jaworski krakói tanár jó eredménnyel használja az aqua magnesia effervescens-t, még pedig két alakban: mint gyengébbet és mint erősebbet. A gyengének (aqua magnesia effervescens mitior) összetétele a következő: Magnesia carbonicae 5.0, Magnesia salicylica 1.0, Solve in aquae acido carbonico impregnatae 1000.0. Ebből a betegek minden étkezés után 1/2—1 órával (naponként 4—6-szor) 1/4—1/2 vizes pohárnyit isznak, hogy a gyomortartalom aciditása csökkenjen avagy savanyú erjedése mérséklődjék, még pedig olyan esetekben, melyekben nem nagymérvű nehéz székelés van jelen. Az erősebb vizet, mely következő összeállítású: Magnesia carbonicae 10.0, Natrii chlorati 5.0, solve in aquae acido carbonico impregnatae 1000.0, vagy egyedül vagy gyengébb vízzel együtt használhatja, még pedig úgy, hogy a beteg csak egyszer vesz naponként belőle 1—2 1/2 ivópohárnyit, még pedig vagy reggel éhombra vagy pedig este a lefekvés előtt; az említett mennyiséget 1/4—1/2 óra alatt fogyasztja el. Szerző már több éve használhatja a magnesia-vizet, mely a következő javaslatoknak tesz eleget: a gyomorsavat, úgyszintén a gyomortartalom más organikus savait tompítja; egyúttal csökkenti a gyomorhyperaciditásban szenvedők kinzó szomjúságát és a mi fő, enyhe hashajtó hatása van. A keserűvízhez fölött az az előnye, hogy ize nem kellemetlen, mert a szódavízhez hasonló és hogy magnesia-sulfatot és magnesiachloridot nem tartalmazván, a belet nem izgatja és hosszú időn át használható. Hátrány gyanánt felemlíti, hogy némely betegnél az erősebb magnesia vizet naponként egyszeri bélürülés helyett több kisebb széklet okoz, másrészt olyan betegeknek, a kik drastikus szerekkel vagy keserűvízzel hosszabb időn át visszaélést követtek el, többnyire nem okoz széklet. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 1. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 9. szám. Sarbó Arthur: Narkosisban fellépett lueses ideglob. Felletár Emil: Tej által okozott mérgezés. Herszky Manó: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. Aczél Károly: Az életbiztosítási orvosi vizsgálatról.

Orvosok lapja, 1901. 9. szám. Poór Ferenc: A Ducrey-féle fekély új kezelés módja. Ráskai Dezső: A gonorrhoea fertőző képességének tartama. Neumann Jákó: Carcinoma cervicis uteri mint szülési akadály. 10. szám. Herczel Manó: Rákos gyomor teljes kiirtása. Idányi Ernő: Az epicarin scabiesnél. Ráskai Dezső: A gonorrhoea fertőzőképességének tartama.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 9. szám. *Pollak*: Adat a gümőkór fahéjsav-kezeléséhez. *Hödlmoser*: A gümőkór kezelése fahéjsav intravenosus befejeskeztésével. *Sublotie*: Sebészeti adatok. I. Ritka bélsérülés. II. Ruptura subcutanea traumatica ductus hepatici. *Gruber*: Pettenkofer.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 9. szám. *Rubin*: Új módszer kénhidrogén kimutatására a vizeletben. *Jolles*: A huyagany quantitativ meghatározása a vizeletben. Albumin kimutatása a vizeletben. *Dommer*: Végbélső öblítő szerkezettel. *Mayer*: A conjunctiva-zsákból kiinduló fertőzés. *Stekel*: A köszvény pathológiája és terapiája. *Schoenfeld*: Az idült gonorrhoea viszonya az impotentiához.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 9. szám. *Lindner*: A gyomorrák sebészete. *De la Camp*: Ritka syringomyelia-alakok. *Friedländer*: Stramoniummérgezés. *Piorkowski*: A diphtheria-bacillusok festése. *Bial*: Czukorképződés az állati szervezetben. *Patschkowski*: Ischia.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 9. szám. *Friedmann*: A gümőkór öröklése. *Funck*: A vaccina és variola okozója. *Prochaska*: Genyedések typhusos betegeknél. *Schumburg*: Typhusos betegek vizeletének fertőtlenítése urotropinnal. *Stern*: Embervér kimutatása antiserummal. *Petersen*: Úszkös sérvek kezelése.

Centralblatt für innere Medizin, 1901. 7. szám. *Prüscher*: A bilirubin kimutatása a vizeletben Ehrlich-féle diazoreactioval. 8. és 9. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 8. szám. *Lennander*: A hasútr sensitibilitása; helyi és általános érzéstelenítés sérv- és hasműtéteknél.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 9. szám. *Sticher*: A vajúdo fűrésztoése mint fertőzősi forrás. *Fenger Just és Madsen*: Operatio-asztal laparotomiák és kis medencebeli műtétek számára.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901. február. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Dermatologisches Centralblatt, 1901. február. *Bruck*: Salipyrin-mérgezés esete. *Behrmann*: Pruritus cutaneus és viszonya a tuberculosishoz.

Virchow's Archiv, 163. kötet, 2. füzet. *Maass*: A csontnövési mechanikai zavarai. *Engel*: Glomerulitis adhaesiva. *Steinhaus*: Vele-született tibialhiány. *Becker*: A here valódi izomdaganatai. *Heile*: A hyalin izületi és epiphysisporoz elpusztulása tuberculosisnál és genyedés-nél. *Kurjuweit*: Lobbisérletek csonton. *Grünberg*: Adatok a leukocyták összehasonlító morphológiájához. *Beitzke*: Az úgynevezett fehér foltok a mitralis nagy vitorláján. *Howland*: Glomerulo-nephritis typhus abdominalisnál.

Archiv für klinische Chirurgie, 63. kötet, 1. füzet. *Körte és Herzfeld*: A gyomorfekély és következményei sebészi kezelése. *Oppel*: Idegen testek a szívben. *Mohr*: Kis kaliberű puskák okozta lött sebek. *Beck*: A carpalis radiusepiphysis törése. *Detlev Mulert*: A fejbőr sokszoros endotheliomája. *Hippel*: A gége teljes kiirtása. *Staffel*: Az os scaphoideum és az os lunatum luxatioja. *Rasumowsky*: Az echinococcus-tömlők operatív kezelése. *Berndt*: A csonthiány improvizált pótlása az alsó állcsont féloldali resectioja után. *Pichler*: A sacralis úton műtett rectum-carcinomák statistikájához. *Pruz*: Válasz Pichler cikkére. *Franke*: Subcutan epidermoidok rákos elfajulása.

Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, 29. kötet, 1. füzet. *Lengemann*: Csontpölváltozások mint a leukocytosis és az óriásmag-elhurcolások alapja (myelocytosis). *Williamson*: A leukocytosis viselkedése pneumococcusok okozta betegségekben. *Jürgelinas*: A granulatio-szövet átjárhatósága pathogen bakteriumok számára. *Murawieff*: Az átmetesztett idegrostok körzeti részének finomabb elváltozásai. *Abbe*: Hernia duodenojejunalis. *Drago*: Adat a typhus-szív histopathológiájához. *Motta-Coco*: Reticulum jelenléte a harántul csikolt izomrostban.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 33. kötet, 1. füzet. A „Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ 25. gyűlésének tárgyalásai: *Gaffley*: A pestis leküzdése. *C. Fraenkel és Intze*: Vizzel ellátás „Thalsperre“ útján. *Praussnitz*: A magas csecsemőhalandóság okai és leküzdése. *Merkel*: A kerékpározás hygienéje. *Reincke, Stübgen és Adickes*: A városi kis lakásoknak javítása.

La presse médicale, 1901. 14. szám. *Lannois*: A spermatozoák története. 15. szám. *Tuffier*: A cocain-oldatok sterilizálása. *Lesné és Ravant*: A cryoskopos és chlorür-adagolás fontossága sero-fibrinosus pleuritiseknél.

La semaine médicale, 1901. 9. szám. *Quervain*: A hypospadiasis műtéve. *Cheynisse*: Módszer az ember és az állatok vérenek megkülönböztetésére.

Le bulletin médical, 1901. 9. szám. *Debove*: Typhus utáni paraplegia esete. *Sergent*: Az Ehrlich féle diazoreactio variolánál. 14. szám. *Lannelongue*: Pharyngo-larymo-facialis congenitalis fistula. *Monié*: Typhushoz hasonló influenza-eset roseolával.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 9. szám. *Mahillon*: A pulsus életbiztosítási szempontból. *Pechère*: A vizelet klinikai elemzése. *Lemoine*: A morphium-használatáról.

Progrès médical, 1901. 9. szám. *Patrick Manson*: A malaria moszkító-elméletének kísérletes bebizonyítása. *Johanessen*: A sterilizált tej.

The practitioner, 1901. márczius. *Patrick Manson*: A malaria aetiologiája, prophylaxisa és gyógyítása. *C. D. Rees*: A malaria parasitologiája. *L. W. Sambon*: Az intermittens lázak. *E. Austen*: Az anopheles genus.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 4. füzet. *Muselier*: Pneumonia gyógyítása. *Leredde*: Phototerapia bőrbajoknál. 5. füzet. *Muselier*: Pneumonia gyógyítása. *Bardet*: Az emésztés befolyása a vizelet kémhatására. *Robin*: A natrium persulfat és a natrium metavanadat használatáról. 6. füzet. *Cabanès*: Mérgek a történelemben. *Allahverdiantz*: Varixok, varicocele, hydrocele kezelése guajacollal. *Robin*: Albuminuriások étrendje. *Legrand*: A variola gyógyítása.

The lancet, 1901. I. 9. szám. *J. F. Sykes*: A lakás befolyása az egészségre. *A. Ransome és A. G. R. Foulerton*: Az ozon befolyása néhány bacterium vitalitására. *A. E. Wright*: A vér bacteriumölő erejének quantitativ meghatározása. *H. Brunton Angus*: Antiseptikusan kezelt nagyobb amputatiók. *William Hunter*: A typhus- és coli-bacillus megkülönböztetése „Neutralroth“ segélyével. *A. Foster*: Meningitissel szövődött influenza. *J. H. Nicoll*: Nyílt operatioval ambulanter kezelt spina bifida esetek. *J. Sackville Martin*: A szegycsont törése. *Francis Riley*: Meningitis cerebro-spinalis esete. *E. A. Peters*: A mellékvesekivonat fájdalomcsillapító hatása. *D. Newmann*: A vesesebészet története. *G. Elder*: A puerperalis méh teljes inversioja. *Normann Meachen*: A chinin-küteg rendellenes alakja. *O. F. Grünbaum*: Anaesthesia gége-hüdnél. *Alban Doran*: Méhkiirtás fibroid miatt a terhesség ötödik hónapjában.

British medical journal, 1901. márczius 2. *W. H. Bennett*: Varicocele. *J. F. Sykes*: A lakás befolyása az egészségre. *Alban Doran*: Fájdalom és láz nélküli calculosus pyonephrosis műtett és gyógyult esete. *R. Jardine*: Puerperalis eclampsia gyógyítása sóoldat-infusiókkal. *G. Elder*: Puerperalis eclampsia gyógyítása morphiummal. *Percy Marsh és Keith Monsarrat*: Az omentum multilocularis cystomájának műtett és gyógyult esete. *H. E. Durham*: Küzdelem a malaria ellen. *H. Leslie Jones*: Acne pustulosa gyógyítása. *R. L. Bealey-Smith*: Diabetes pancreaticus esete. *E. H. Monks*: Velezületett szívvelhelyezés. *T. S. Finch-Hudson*: Kanálalakú indentatiók a gyermek koponyáján. *F. Taylor*: A szájjad hüdnése typhus után. *A. Hunnard*: A húgyhólyag intraabdominalis repedése, műtét, gyógyulás.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. márczius 8.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 8. hetében (1901. február 17-dikétől február 23-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 486 gyermek, elhalt 304 egyén, a születések tehát 182-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34:1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21:3, az egy éven felüli lakosságnál: 16:9, az öt éven felüli lakosságnál: 16:1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 3, pertussis 1, morbilli 8, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 14, apoplexia 5, eclampsia 6, szervi szívbaj 20, pneumonia 28, pleuritis 1, pneum. catarrh. 15, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 66, enteritis 7, carcinoma 9, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletok 6, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 16, paedatrophia 2, marasmus senilis 14, erőszakos haláleset 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, baleset 3, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi közokórházakban. A mult hét végén volt 3066 beteg, szaporodás e héten 864, esökkenés 867, maradt e hét végén 3063 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi február 19.-étől február 25.-éig terjedő 8. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 35 (45), diphtheria, croup 26 (17), hagymáz (typhus) 0 (3), kanyaró (morbilli) 128 (128), trachoma 15 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 37 (31), orbáncz (erysipelas) 25 (11), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 15 (24).

☒ Az országos balneologiai egyesület évi közgyűlését folyó évi márczius hó 25-dikén, délelőtt 10 órakor, a budapesti királyi orvosegyesület üléstermében (VIII. Szentkirályi-u. 21) fogja tartani. *Tárgyak*: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Indítványok. 6. A tisztikar választása.

Közvetlenül a közgyűlés előtt, reggel 9 órakor, az egyesület gazdasági osztálya a megnevezett helyiségben évi ülését tartja. Ezen évi ülés tárgyai: a) *Papp Sámuel* dr. országgyűlési képviselő jelentése a hazai ásványvizek kiviteli vámtételeiről. b) *Ladik Gusztáv* dr. jelentése az országos forrás- és furdőgyi bizottság által letárgyalt és elfogadott furdőtörvény-javaslatról.

Ezzel kapcsolatban a XI. magyar balneologiai congressus következő üléseket tart:

I. ülés márczius hó 25-dikén, délelőtt fél 12 órakor. 1. Elnöki megnyitó. 2. *Ónodi Adolf* dr., egyetemi tanár: A felső légutak bajai és a furdőhelyek. 3. *Smialovszky Valér* dr. országgy. képviselő: Idegenforgalom és furdőgy hazánkban és külföldön. 4. *Russai Gábor Lajos*

dr. fürdőorvos (Szobráncz): A hazai fürdők nemzetgazdasági szempontból.

II. ülés márczius hó 26-dikén, délelőtt 11 órakor. 1. *Kuthy Dezső* dr. egyetemi m. tanár: A vizgyógyászat külföldi tüdőbeteg-sanatoriumokban. 2. *Rottenbiller Odön* dr. fürdőorvos (Trencsén-Teplisz): A rachitis balneotherapiája. 3. *Weiner Emil* dr.: A bőrbetegségek balneotherapiája. 4. *Fai Mátyás Miklós* dr. fürdőorvos (Új-Tátrafüred): A tüdővészesek téli kúrájáról. 5. *Fialka Gusztáv* dr.: Korond sós levegőjének hatása a légző szervekre.

III. ülés márczius hó 26-dikén, délután 6 órakor. 1. *Alapi Henrik* dr. egyetemi m. tanár: A gyermekek gümőkóros izület- és csontbántalmainak fürdőkezelése. 2. *Reich Miklós* dr. főorvos: A túlhevített száraz levegő alkalmazása. 3. *Bosányi Béla* dr. kir. tanácsos, fürdőorvos (Szt.-Lukácsfürdő): A syphilis kezelése kénes hőfürdőkben. 4. *Weisz Ede* dr. fürdőorvos (Pöstyén): A köszvényről. 5. *Boleman István* dr. kir. tanácsos, fürdőorvos (Vihnye): A hazai fürdők látogatottsága 1898-ban és 1899-ben (hivatalos adatok alapján).

A zárülés után, este 9 órakor, *közös vacsora* lesz az „István főherceg”-szállodában; jelentkezés a főtítkárnál. Budapest, 1901. márczius 1-én. *Taufer Vilmos* dr. elnök, *Löv Sámuel* dr. főtítkárn.

○ *Laufenauer Károly* tanár 400 koronával az *orrosi könyvkiadó társulat* alapító tagjai közé lép.

☒ **Egyetemi orvoskari alkalmaztatások.** *Brokés Győző* V. é. oh. díjazott gyakornok alkalmaztatott az ált. kór- és gyógytani tanszékhez; *Nagy Pál* dr. díjtalanul a II. belklinikához; *Földes Mór* dr. díjtalanul a bőrkórtani tanszékhez; *Kovács József* dr. díjtalanul az I. belklinikához (meghosszabbítás); *Rajnai Béla* dr. díjazott műtönövendéknek léptetett elő a II. seb. klinikánál; *Schuster Bruno L.* dr. internistául a II. szül. klinikához; *Szentkirályi István* szig. orvos díjazott gyakornok lett a gyógyszerintézetben; *Dapsy Viktor* dr. I. tanársegéd, *Borszék Károly* dr. II. tanársegéd lett a I. seb. klinikán; *Hauer Ferencz* dr. díjazott műtönövendék ugyanott; *Sipőcz Géza* dr. és *Ringer Jenő* dr. díjtalan gyakornoki állásukon még egy évre meghagyták az elme- és idegkórtani tanszék mellett.

— Az „Orvostanhallgatók Segélyző és Önképző Egyesülete Önképző Alosztálya” február hó 23-dikén tartotta első felolvasó ülését, melyet *Bókay Árpád* dr. dékán helyettesének, *Thanhoffer Lajos* dr. tanárnak buzdító szavai nyitották meg. Örömmel üdvözlő e mozgalmat és sok sikert kíván. Ezután *Lichtenberg Sándor* az önképző alosztály elnöke mond megnyitó beszédet, melyben a dékánnak és a tanártestületnek mond a szíves támogatásért köszönetet, kollegáit pedig munkásságra szólítja fel.

Ezek után *Fonyó János* IV. orvostanhallgató értekezett a „kettős ureterről és kettős vesevérőrről” egy a II. sz. benczani intézetben észlelt eset és az irodalom szorgalmas és lelkiismeretes összeállítása alapján; arra az eredményre jut, hogy a kettős ureter akként fejlődik, miszerint két ductus Kupfferi nő ki a ductus Wolffii-ből s így két ureter, két vesekehely, két vese fejlődik az abnormis oldalon.

E nézetet bizonyítja bemutatott praeparatumnak azon nevezetessége, hogy az abnormis oldalon csakugyan két veseítőér látszik, megfelelőleg a kettős veseifejlődésnek. Hasonló eset még nincs megemlítve az irodalomban.

A felolvasás után hozzászólnak: *Bihari Jenő* V. és *Kanitz Henrik* IV. é. orvostanhallgatók, az utóbbi sebészi szempontból tárgyalván a kettős ureterek s egyáltalán az ureterabnormitások ismeretének fontosságát.

Miután *Fonyó* bemutatta praeparatumát, *Thanhoffer* tanár dícsérő szavai bezárták az ülést.

A legközelebbi ülésen (márczius 9.) *Dalmady Zoltán* IV. é. orvostanhallgató tart szabad előadást „Az alvás egészségtana” czím alatt.

± **Pestis-laboratorium Kolozsvárt.** *Riegler* tanár a közegészségügyi intézet mellett pestis-laboratoriumot rendezett be.

⊕ **Tuberculosis-congressus** tartanak Londonban ez év július 22., 23. és 24-dikén. Ugyanez alkalommal e tárgyban három népszerű előadást is tartanak; az elsőt tartja *Koch* tanár Berlinből, a másodikat *Brouardel* tanár Párisból, a harmadikat *I. Mc Fadyean* Londonból.

□ **Az elhunyt Pettenkofer tanárt** *Bollinger* tanár felboncolta. A kemény agyburkon idült gyuladás okozta vastagodást és túltengést talált; az agyütőerek el voltak meszesedve; a jobb térdizületben arthritis deformans volt és sok epekő az epehólyagban. *Pettenkofer* az utóbbi években diabetesben szenvedett, térdizületi baja időnként heves fájdalmakat okozott, életének utolsó két hetében szájában és garatjában üszkösödési folyamat lépett fel. Öngyilkosságára tehát meg van a magyarázó ok. Február 12-dikén temették el, temetésén jelen volt Münchennek minden rendű és rangú polgára.

○ **Kísérleti fertőzés typhus-bacillusokkal.** *Homann Gyula* dr. a kieli egyetem közegészségügyi assistense kísérletei közben typhus-bacillus-fertőzést kapott és belehalt.

× **Ritka ovatio egy gyakorló orvosnak.** Egy vidéki község orvosát megválasztották egy másik község orvosának. Mikor ezt a megválasztott orvos eddigi községe megtudta, elhatározta, hogy a mit lehet, mindent megtesz, hogy szeretett orvosát visszatartsa. Rendkívüli gyűlést hívott össze, estve fátylaszenét rendeztek tiszteletére, melyen a helység plebánosa mondott üdvözlő beszédet. E ragaszkodás az orvost annyira meghatotta, hogy megmaradt előbbi helyén, sőt e szép nap emlékére alapítványt is tett iskolai célokra. Örvendetes példa arra, hogy orvos és község nemcsak üzleti viszonyban, hanem a kölcsönös szeretet és becsülés kapcsolatában is állhat egymással.

⊕ **Az orvosegyesület dermatologiai és urológiai szakosztályának** február 25-diki ülésén a következő bemutatók voltak: *Feleki* dr.: Urethritis irritativa esete. *Ráskai* dr.: Ondóhólyagosa cysta esete 17 éves fiúnál. *Csillag* dr.: Linearis bőrelváltozás altagon. *Seborrhoea* circinata. Előadást tartott: *Török* magántanár: A hydroadenitis disseminata suppurativa szövetváltozásairól; a bőrelváltozások pathogenesiséről psoriasis vulgarisnál; a syringo-cystadenoma kérdéséhez kritikai megjegyzések.

⊕ **Az orvosi könyvkiadó társulat** ez évi közgyűlését folyó hó 29-dikén d. u. 6 órakor fogja megtartani a szokott helyen.

= **Uj orvosi klub** van alakulóban Budapesten, melybe a belépésre már eddigel is igen sokan jelentkeztek.

□ **A francia sebészeti congressus** az idén Párisban tartják október 21-dikétől 26-dikéig. Tárgyalásra kitűzték a lép sebészeti (referens: *Férier* nancy-i tanár) és a gümőkóros lymphadenitis kezelését (referens: *Broca* párisi tanár).

△ **Iszlay József** dr. egyetemi m. tanárt *Ő Felsege* a budapesti kir. tud.-egyetem orvosi karán a fogászati propaedeutika ny. rk. tanárává nevezte ki.

= **Jancsó Miklós** dr.-nak, a kolozsvári k. m. tud.-egyetem belgyógyászati tanszéke első tanársegédének ugyanazon egyetemen a klinikai propaedeutikából magántanárrá képesítését a közoktatásügyi miniszter jóváhagyta, tudomásul vette és nevezett e minőségben megerősítette.

+ **Kitüntetés.** *Spatz Dávid* dr. kassai járásorvos és abaújmezei tb. főorvosnak a király a közegészségügyi szolgálat terén kifejtett sok évi működése elismerésül a koronás arany érdemkeresztet adományozta. — Az egyetemi klinikákon alkalmazott paulai szent Vencze-rendi irgalmas testvérek főnöknője *Neubauer Vincentia* testvérnek hosszú és hí szolgálatának elismerése fejében *Ő Felsege* az arany érdemkeresztet adományozta.

□ **Felhívás.** Községorvos helyettesítésére kerestetik egy szigorló orvos vagy orvosdoktor néhány heti időtartamra. Értesítést ad *Kerké-polyi Gyula* dr. Kecelen, Pestmegye.

* **A háromszékvármegyei „Ferencz József közkórház”-ban** — mint azt *Daday Vilmos* dr. igazgató főorvos kimutatásából látjuk — az 1900. év folyamán 14,590 ápolási nappal 633 beteg nyert ápolást. Műtét volt 349.

△ **A marosvásárhelyi országos kórházban** az 1900-dik év folyamán, a mint azt *Marossy Kálmán* dr. műtő és igazgató főorvos kimutatásából olvassuk, 2003 beteg nyert ápolást. Egy betegre esett átlag 23-9 ápolási nap. 111 esetben végeztek műtétet.

△ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét február hóban 61 esetben vették igénybe, 31 műtéttel. Gyermekekégyasok látogatása 18 esetben történt. Évi folyó szám: 127.

○ **A budapesti általános poliklinika** február hóban 2753 új betegnek 10,022 rendelést tett. Laboratoriumi vizsgálat 75 esetben történt.

\\ **Megjelent.** *Nagy képes világtörténet* 95. és 96. füzet. A mór-stylus emlékeit tárgyalja. Egy füzet ára 60 fillér.

† **Elhunyt:** *Müller Bernát* dr. gyógyszerész-doktor f. hó 3-dikán Budapesten 91 éves korában. A boldogult hosszú éveken át volt a budapesti kir. tudomány-egyetem orvosi karán a gyógyszerészeti mútan vizsgálója. Az egyetemi gyógyszerintézet számára saját költségén még a múlt század hatvanas éveiben szép gyógyszerintézet gyűjteményt rendezett be. Mindig buzgó előmozdítója volt a hazai gyógyszerész-ügyek fejlesztésének. Halálát *Müller Kálmán* dr. egyetemi tanár, Rókus-kórházi igazgató és az országos közegészségügyi tanács elnöke is, mint fia, gyászolja. Nyugodjanak békében hamvai!

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megújul, **loccális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-tüzdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemben. 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: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes ülés 1901. február 23-dikán.) 167. lap. — (VII. rendes ülés 1901. márczius 2-dikán.) 168. lap. — Közkórházi orvostársulat. (1901. február 20-dikán tartott IV. ülés.) 171. lap. — (1901. február 27-dikén tartott V. ülés.) 171. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 172. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1901. február 23-dikán.)

(Vége.)

Sérvek sebészeti gyógykezelése.

Dollinger Gyula: A vezetése alatt álló egyetemi I-ső számú sebészeti klinikán 1897. szeptember havától 1901. év február hó közepéig összesen 191 sérv állott gyógykezelés alatt, ezek között szabad sérv volt 150, kizárt sérv 41. A szabad sérveknél ma még kétféle gyógykezelés áll egymással szemben, a sebészeti gyógykezelés és a sérvkötő alkalmazása. Előbb a sebészeti gyógykezeléssel elérhető eredményekről számol be.

A szabad lágyéksérvek sebészeti gyógykezelése. Nagyjában a Bassini-féle módszer szerint operál. A bevarrásnál a hasizmok egész vastagságából egy jókora nagy nyalábot fog fel minden öltéssel és azt nem a Poupart-szalag szabad széléhez, hanem az alatt mintegy másfél centimetryire varrja oda. A szalag szabad szélét azután a varratra fektetett hasi pólyával csomós varrattal egyesíti. A sebgyógyulást egyszerűen máskor a fonálgennyedés zavarja. A mély varratot ez egy esetben sem zavarta. Halállal végződő súlyos complicatio csupán a lágyéksérveknél fordult elő, míg a többi szabad sérveknél műtött betegek mind meggyógyultak. Két beteg halt meg, az egyik egy 65 éves ember, a kinek sérve igen nagy volt. Ez a műtét után 20 nappal pneumoniában halt meg. A másik egy 1 és fél esztendő gyermek, a ki a műtét után 32 órával, kívülről bevitt sepsisben halt meg. Halt ugyan meg még egy férfi 3 héttel a műtét után, de halála a műtétet oki összefüggésben nincsen, mert a mint a Genersich tanár által végzett boncolat kiderítette, a beteg kerek duodenalis fekélyből hirtelen elvérzett. Recidiva eddig két betegnél jelentkezett, az egyik egyoldali, a másik kétoldali sérvvel. Az egyik másodszer meg lett operálva, a másik a napokban lesz.

Szabad czombsérvek. A sérvtömlővel és tartalmával úgy jár el mint a lágyéksérvnél. A sérvkapu elzárása az által történik, hogy a Poupart-szalagot odavarrja jól hátul a ligamentum Cooperihez. A plica falciformist külön nem varrja be. Operáltatott 12 szabad czombsérv. A betegek mind meggyógyultak, recidiva eddig nem jelentkezett.

Szabad köldöksérvet 6 éven aluli gyermeknél nem kell operálni, mert jól alkalmazott ragasztó tapasztás alatt meggyógyulnak. Hat éven túl a sérv meg nem gyógyul, ekkor azt meg kell operálni és nem kell engedni, hogy a beteg azt a pubertás éveibe magával vigye. A bemetszés nem a sérv domborúságán történik, hanem a sérv az alapjánál körül lesz metszve. A behatolás végett a sérv alatt a linea alba egy kis likat ejt, ezen át behatol a mutatóujjával, azt visszakunkorítva a köldökgyűrűt át benyúl a sérvtömlőbe és ujjának vezetése mellett vágja át a gyűrűt és a sérvtömlő alsó falát. Ekkor a sérvtömlőt kifordítja és tartalma szabadon fekvődvén előtte, azzal a szokás szerint bán el. Ezután a köldökgyűrűt és vele az egész sérvtömlőt ki lesz metszve. A bevarrás Maydl eljárása szerint történik, ha a két egyenes hasizom messze széjjelválna nincsen. Azok hüvelyke mellül, a szélüktől egy centimetryire kifelé meg lesz nyitva és a hashártya összevarrása után előbb a hüvelyke belső szélei, azután a külsők külön összevarrva. De kövér egyéneknél a hasizmok egymástól néha 20, sőt több centimetryire fekszenek egymástól. Ily esetben csupán a kiszélesedett linea albat varrja össze és pedig két rétegben egymás felett. Operált ezen eljárás szerint a klinikán 10 szabad köldöksérvet, a betegek mind meggyógyultak, recidiva egy esetben sem mutatkozott.

Bármely sérvműtét után a betegnek három hétig fekvé kell maradnia, ha felkel, sérvkötőt viselnie nem szabad.

A sérvkötő. A szabad sérvek műteti gyógykezelésével szembeállítják a sérvkötőviselést. Ennek indicatioja a jó sebészeti eredmények mellett mindinkább szűkebb körre szorítkozik. Kicsiny gyermekeknek igen jó szolgálatokat tesz, ha éjjel-nappal pedánsan alkalmaznak. Ily körülmények között a legtöbb lágyéksérv gyermekeknek meggyógyul. Felnőtteknél a sérvkötő, még ha pedánsan lesz is alkalmazva, a kiszorulás ellen teljes biztosítékot nem nyújt. Legjobban tartja még vissza kevés mozgású egyének lágyéksérvét, a czombsérvre már nagyon nehéz jól elzáró sérvkötőt készíttetni, a köldöksérvet pedig sérvkötővel megbízhatóan visszatartani nem lehet. A ki sérvkötőt visel, annak azt éjjel-nappal kell viselnie, mert betegek között volt olyan, a kinek a sérve az ágyban fekvé egy köhögés alkalmával szorult ki. De fenjárva nemesak a nagyobb mozgás okozhat kiszorulást, mert egyik betegünk sérve a kocsin ülve, a sérvkötő alatt a kocsiirázástól szorult ki, egy másiké, a mikor lábával egy kiálló kőbe ütődött. A míg a sérvkapu nyitva van, addig a beteg a sérvkötő dacára minden pillanatban ki van téve a kiszorulásnak. Ezen veszélytől öt egyedül a sérvkapu bevarrása menti fel. A míg sérve szabad, maga választja meg a műtét és a műtét helyét és idejét, ha az kiszorul bárhol, azonnal, esetleg a legkedvezőtlenebb helyi viszonyok, minden esetre azonban sokkal kedvezőtlenebb körülmények között kénytelen magát megoperáltatni. A

szabad sérv műtétét a beteg magas életkora, egyéb súlyos betegségek contraindicálják. Ezeket eltekintve, az első gyermekéveken túl levő minden betegnek, a kinek bármilyen szabad sérve van, a műtétet kell ajánlani, mert a sérvkötő a sérvkapu bevarrásának egy teljesen megbízhatatlan surrogatuma. Még sürgősebb indicatit képez a műtétre az, ha a sérv nem helyezhető vissza. Az ilyen sérvet a sérvkötő egyáltalában nem képes többé visszatartani és a sérvkötő dacára növekedik.

A kizárt sérvek. Leírja a kizárt sérv klinikai és anatómiai tüneteit, a gyűrű helyén keletkező lefűzési barázdát, a bélen mutatkozó elhalás jeleit, a mesenterialis thrombosist és az odavezető bélben magasra terjedő változásokat. Ez utóbbiak a bélsárpangás következményei, egy septikus bélhurutból állanak és a kiszorulás után folyton fokozódnak. Az első két napon e változások csekélyek, inentől fogva némely esetben rohamosan súlyosbodnak. E másodlagos bélváltozásokból származó sepsis erősen belejátszik a kiszorult sérv kórképébe. Ez okozza a régebben kiszorult eseteknél a nagy halálozási százalékot. A beteg a sérvműtét dacára meghal sepsisben, nem egy kívülről belé vitt sepsisben, hanem abban, a mely a sérvműtét halogatása következtében benne fejlődött. Kiszorult sérvvel a klinikára felvett betegek közül, a kinek a kizárás három nappal fiatalabb volt, 26 közül meghalt 3, három egész hat napos kiszorulásnál 10 közül meghalt 2, ezenfelül egész nyolcz napos kizárásnál 15 beteg közül meghalt 4.

A taxis. A sérv kiszorulását követő első 12 órában a taxis megengedhető. Azon időn túl minden órával nő veszélye, hogy olyan bélkacsot helyezünk vissza, a mely már nem impermeabilis. Régebben, a míg minden sérvmetszésnél a sepsistől kellett tartani, indokolva volt régebbi sérveknél is megkoczkáztatni a taxist, ma a kívülről bevitt sepsis veszélye minimalis.

A sérvmetszés. Itt a következő momentumok fontosak.

1. A sérvviz és a sérvbennék megvizsgálása. 2. A sérvgyűrű megnyitása, a melyet kívülről befelé vitt metszésekkel eszközöl. A régi módszer szerint belülről kifelé történő tágitást mint veszélyeset nem ajánlja. 3. A sérvkapu kitérítése után a bél előhúzója és megvizsgálása a leszorítás helyének és az a feletti bélrésznek.

Ha a kiszorult bélen üszkös vagy arra gyanus részek nincsenek, akkor a belet reponálja és a sérvkaput ugyanazon varratokkal zárja el, a melyeket a szabad sérvek műtéténél leirt. A hasüreget nyitva tartani csak akkor kell, ha hashártyagyulladás jelei volnának, ekkor azonban előbb még laparotomiát kellene végezni.

Kiszorult sérv műtete után egyszerű repositio történt 29 esetben, ezek közül meghalt 4. Egy kis follicularis fekély bevarrása után történt repositio 1 esetben. A bél üszkös volt és azért resectio történt 7 esetben, meghalt 1 beteg. Nagyon kimerült beteg resectio történt és utána anus praeternaturalis képezetett 4 esetben. Ezek közül meghalt a műtét után rövid idővel 3, három hét után, a mint Genersich tanár constatalta a gyomor felfűződéséből származó ileus következtében egy beteg.

Ha bélresectio szükséges, utána circularis varratot alkalmaz selyemmel. Anus praeternaturalist csak a legkétségbeesettebb esetekben készít, a melyekben ez még egy utolsó életmentési kísérlet.

Tekintve, hogy a kiszorult sérvnél a beteg állapotát óráról órára súlyosbodik, a műtét semmiféle halogatást nem enged meg. Ha a sérv esetleg taxissal reponálva lett, a beteg maradjon fekvé és ha a lobos tünetek elmúltak, azonnal operáltassa meg a sérvét, mert a recidiva veszélye jelentékeny. A klinikára behozott betegnek a medence magasabb elhelyezésével, fürdővel stb. kísérletet sem tesz, hanem a beteget azonnal még behozatalának órájában megoperálja.

Conclusioit azzal zárja be, hogy miután az előadottakból látható, hogy a szabad lágyéksérv milyen csekély veszélyvel, biztosan elzárható, másrészt pedig, ha ez nem történik, a sérvkötő dacára milyen életveszélyes complicatioknak teszi ki a beteget, ezért minden műveleg el nem zárt sérv tulajdonképpen egy elhanyagolt életveszélyes defectus.

Genersich Antal: A kórbonczati viszonyokhoz van néhány megjegyzése. Előadó azt mondta, hogy resectiot kell végezni akkor, ha a kizáródás helyén a bél átlukad vagy csak a peritoneum által képezetik a fal. A dolog nem egészen így áll. Az elhalás a nyákhártyán kezdődik ott, a hol kiemelkedik, a hol diphtheriás esik mutatkozik. Ez a rész a submucosáig gyorsan kiesik, úgy hogy a bélfal az izomrétegből és savós hártlyából áll, de azért a resectio már szükséges; de szükséges ez már akkor is, ha a bélfal nincs is szembetűnőleg megvékonyodva, mert az elhalt nyákhártyarészlet akkor is kiesik, ha a bél vissza is helyzetetett és körülfutó fekély képződik, mely lehet, hogy meggyógyul, de az is lehet, hogy utólag átfürdik.

Hogy miképpen fogja a sebész ezt kívülről felismerni, azt szóló nem tudja, inkább útmutató, hogy mily erős volt a kizáródás, mert azt hiszi szóló, hogy kétszer 24 óra alatt vagy még korábban is bekövetkezhetik az elhalás.

A második megjegyzése szólónak az, hogy nagyon helyes előadónak az a kijelentése, hogy a bélhalás nemesak a kizáródás helyére szorítkozik, oda a hol a bezsinegelés történt, hanem feljebb is terjed és így magasabban is kell resecálni egy darabot. Ezenkívül felhívja a szót,

hogy a pangó bélsár a kitágult belekben nemcsak azon helyen hoz létre diphtheriás elhalást, a hol a kizárás volt, hanem messzire fenn 2—3 meternyre is okozhat átfúródást. T. i. az erősen megfeszült, híg és romlott bennéül bélben az az anyag egyrészt a fesztítés, másrészt vegyi alkatrészei által hat ölöleg, azután a coli és egyéb bacteriumok megtámadják a nyákhártyát ott, a hol a fesztítés által a keringés akadályozva van. Így lehetséges az, hogy közbeesőleg nincs elváltozás és 3—4—5—6 helyen lehet ezen mélybe ható üszkös fekélyeket látni, melyek átfúródáshoz vezethetnek. Ezért, ha a bélkizáródás nagyon sokáig tartott, 3—4 napig, a hol gyanu lehet, hogy ilyen fekélyesedések létrejöhetnek, akkor a sebész, ha ilyen beteg műtétéhez hozzáfog és resectiót csinált, győződjék meg, hogy milyen állapotban van a bél, különösen az odatapadással szemben levő béldarabok; persze ezt csak laparotomia útján teheti. De mert veszély forog fenn, szülő szükségesnek tartja, hogy megtegye.

Harmadik megjegyzése szólónak arra az esetre vonatkozik, hogy a gyomor, mikor összenyomta a beleket, levegővel volt tele. Volt ott még sok mindenféle, viz, ételmaradékok, és oly erősen volt kitágulva, hogy leszorította a duodenumot, összenyomta a beleket és halált okozott. Ilyen esetről szólónak szép készítménye van, mely fiatal embertől származik, ki jóllakott tisztességesen, nehézségek léptek fel, hányni nem tudott, orvos nem tudott rajta segíteni, beküldte a kórházba, ott harmadnapra meghalt, nem volt már operatióra való. Meghalt, mert a kitágult gyomor összenyomta a beleket és a communicatiót elzárta.

Taufer Vilmos: Ha daganat nagyon kitágítja a köldökgyűrűt, hogy a hasfal jól zárjon és utólag sérv ne képződjék, szülő úgy jár el, hogy rétegben varrja a hashártyát, subperitonealis kötőszövetet, belső fasciát, rectus izomzatot, az ezt borító külső lemezt, bőr alatti kötőszövetet, bőrt. Ha a rés olyan nagy, hogy a középvonalba való behozatal csak fesztítéssel lehetséges, és ez minden erősebb mozdulatnál szétrepedéssel fenyeget, ilyen esetekben mélyen bepraeparál a fasciába a bőrről párhuzamosan és azután függélyesen bemetszi, a fasciát folytonosságában megszakítva. Azután a fasciát az izomzattól más bemetszéssel mozgathatóvá téve, az izomzat megnyílik 2—3 cm-re, továbbmozgatható ugyanezt cselekszik esetleg a másik oldalon is, ez által a rétegeket összehozhatja, a közvetlen egyesítés lehetséges és a herniának nem nyílik út.

Lévai József: Mint az „Általános munkás-betegsegélyző pénztár” sebészenek sok (1900-ban 249, 10 év alatt 2000) sérves beteget volt alkalmá észlelnie, e mellett a pénztár szervezeténél fogva úgy a maga operálta, mint a mások által operált betegeket állandóan figyelemmel kísérheti. Ugy tapasztalta, hogy a gyökeres sérvműtéteknek két arnyoldala, a fonalgenyedés és kiújulás, sokkal gyakoribb, semmint ez a legtöbb ide vonatkozó közleményből kitetszik. Több ide vágó tanulságos esete van összegyűjtve.

Ha hozzászóló felteszi is, hogy azon statistikák, a melyek szerint a sérves gyökeres műtete után a halálozás csak 0.5%, a kiújulás csak 3—4%-ot tesz ki, mivel őszinte adatokra építvük, igen szépek a sebész szempontjából, de a különben egészséges betegekre nézve azt jelenti, hogy a műtét következtében mégis elhalhat és sérv a műtét után kiújulhat. Ezért — bár egyébként teljesen egyetért előadóval — a szabad-sérves operálásának javallatát úgy módosítaná, hogy olyan egyént, a kinek sérvét a sérvkötő jól visszatartja, csak akkor operál, ha kitűnik, hogy a sérvkötő nem minden körülmény között tartja vissza sérvét és a sérvkötő viselése is veszélyes jár reá nézve.

A fonalgenyedés elkerülése céljából hozzászóló a köztakarótól eredő fertőzést akarja kirekeszteni subcutan varrat alkalmazásával. A mult év eleje óta ilyen módon operált sérves betegek egyikénél sem fordult elő a legcsekélyebb genyedés sem. A leggyakoribb lágyéksérves kiújulására nézve fontos, hogy a lágyékesatorna erősebb legyen, mint volt a sérv keletkezése előtt. Az előadó által javasolt varrási mód ennek a céljának megfelel és szülő saját tapasztalatából ajánlja.

Kuzmik Pál: A hernia a második sebészeti klinikumnak dédelgetett gyermeke, az utolsó évtizedben közel 1000 herniát operáltak. Ezeknél mindig jelen volt és így bizonyos gyakorlati tapasztalatot sajátított szülő el, melyekből következtetve az előadó nézete mellett van, nézeteit pártolja és azokkal identifikálja magát. Igenis, a herniát operálni kell, még olyankor is, mikor reponibilis és sérvkötővel visszatartható; különösen fiatal egyéknél, mert az ilyen egyén betegnek érzi magát, ha szegény, nem képes emelni, a sérvkötő az incarcerationától meg nem óvja, ha pedig gazdag, úri passioit nem követheti. És az a rendkívüli ritka esély, hogy az operatio következtében halál áll be — pontos statistikát nem tud, mert ennek közlését főnöke, Réczey tanár magának tartotta fenn; összesen két esetre emlékszik, — oly ritkaság, hogy ezért a szabad sérv operatióját indokoltnak tartja.

A recidivák szempontjából nincsenek oly megbízható adatai mint **Lévainak**, mert a beteg nem tér vissza, tán csak 10% recidiváról tud, de ez nem oly szám, mely a sebészt visszatartaná a beteg munkaképessé tevő operatiótól.

Legáltalánosabb a Bassini-féle eljárás, kisebb-nagyobb módosításokkal. A fő az, hogy az obliquus praecise egyesítve legyen és erre reáhelyeztessék a funiculus spermaticus, felette harmadik réteg a bőr. A kipaeparálásnál, a sérvtömlő felkeresésénél úgy a szabad, mint az incarcerationált herniánál eljárásuk az, hogy a Poupart-szalag fölött, azzal párhuzamosan ejtik a metszést oly magasra, mint a viszonyok szerint szükségük van, hogy a canalis inguinalis belső nyílásának magasságig feljussanak. Azért teszik ezt, mert igen gyakran erre már megszűnik az incarcerationatio, és ha nem túlságos vékony a tömlő vagy odanövések nincsenek, extraperitonealiter dolgoznak és így a rossz esélyek kisebb-

bek, de ha vastagabb a tömlő vagy heges gyűrűk vannak benne, akkor megnyitják, hogy később ne legyenek complicatiók.

Előadó nem szokta kiirtani a kis tömlőket, szülőék a legkisebbet is kiirtják, de csak akkor, ha a lágyékesatorna tág, ellenkező esetben nem nyitják meg, csak egyesítik felette az izomzatot. A kiirtásnál jól előre húzzák a tömlőt az art. epigastrica ascendensig, jól kifeszítve a peritoneumot, hogy plica ne maradjon, melyhez való belodautódás alkalmat adhat új sérvképződésre.

Az izomvarratnál tekintettel kell lenni a fonalgenyedésre, ha ezek mélyek, alkalmat adhatnak recidivára, a bőrvarratok nem. Azelőtt szülőék is Bassini szerint selyemmel varrtak, de gyakori volt a fonalgenyedés, néha hónapok mulva, ezért most 6—7 év óta a mély varrat-hoz catgutot használnak, a melylyel meg vannak elégedve, ritka a fonalgenyedés és hamar lezajlik. Erős catgutot használnak e célra, mely feltétlenül biztos.

A recidiváknak néha az az oka, hogy a canalis inguinalis apertura internája magasabban megy fel, mint a spermaticus kijövele, ezért a funiculus spermaticus felett gondosan meg kell még nézni a hiastust és elzárni.

Sokkal fontosabb még egy harmadik szempont, melyre nézve nehéz megbízható adatokat szerezni. És ez az impotentia generandi, mert néha thrombusok képződnek, melyek a herék működését megzavarják.

A köldöksérveknél a jó esély és a recidivák kikerülése csak akkor várható, ha nem en masse, hanem egyenként varrjuk össze a hasfal rétegeit. Erre nézve eclatans példa egy negyedik hónapban terhes nő, kinek terhessége alatt kétszer volt incarcerationatio, szülő megoperálta a terhesség daczára, abortus nem jött létre és a szülés után két év mulva tart még a varrat.

Recidiva egyéb herniáknál is bekövetkezhetik. Ez individualis. Cruralis herniák chanceai a legkedvezőtlenebbek e tekintetben. Ezért a tömlőt kiirtáskor jól előre kell húzni, megfeszíteni, hogy plica ne képződjék.

Incarcerált herniát azonnal kell operálni és utána csináljunk azonnal radikális operatiót is. Hogy mikor resecáljunk, ez a műtő gyakorlatától függ, ezt paragraphusba szedni nem lehet. Ha színét veszítette a bél, ha véredényeit nem látjuk, puha, nem ruganyos, akkor feltétlenül kiirtandó, ezt visszahelyezni nem szabad. A resectio határát se lehet paragraphusba szorítani. Elő kell húzni jó magas részleteket control végett és a mesenteriumot is, nincs-e ott thrombosis.

A sérvkaput szülő nem tágitja, csak rámetesz. Cruralis herniánál azonban ez néha technikai nehézségekbe ütközik, ezért óvatosan, vajt sondával lehet tágitani a sérvkaput.

(A vita folytatása a jövő ülésre halasztatik.)

(VII. rendes ülés 1901. márczius hó 2-dikán.)

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

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesítettnek jelenti ki. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Deutsch László, Aldor Lajos** és **Sugár Márton** tagtársakat. Jelenti, hogy a mai ülésen **Neumann Leó dr.** mint vendég vesz részt.

Napirend:

Dollinger Gyula: A sérves sebészeti gyógykezeléséről tartott előadásának megbeszélése.

Hozzászóló folytatólagosan:

Rottenbiller Ödön 6 éves sebészeti multjára való hivatkozással az annyira perhorreskált sérvkötők mellett szólal fel. Ma, a mikor a statistikák még kedvező eredményeket nem tüntetnek fel, nem tartja helyén valónak, hogy a sérvkötők használatáról lemondjunk. Főként olasz statistikákról szól. Olaszországban jelenleg a hadkötelesekre nézve kötelező a Bassini-féle sérvműtét. Bassini, Trombetta, Bottini, Clementi szülő előtt kijelentették, hogy a recidivák gyakoriabbak, mint hinnők. Előadó csak 1 1/2 év óta szerzte tapasztalatait, a mi rövid idő. Szülő helyesli **Lévai** felszólalását, a ki szintén híve a sérvkötőnek. Olasz sebészek is a sérvkötő mellett vannak, mert a halálozás — bár pneumonia, chloroform, peritonitis, phlegmoné folytán következik be — mégis a sérvműtét rovására irandó. A sérv elterjedt betegség. Olaszországban 42 egészséges emberre esik egy sérvbeteg, német statistika is ennyit mutat, míg **Malgaigne** szerint 30 egészségesre esik egy sérves. Szülő a műtétet csak azon esetben tartja indokoltnak, ha a betegnek olyan foglalkozása volt, mely sérvvel nem teljesíthető, de még itt szükségesnek tartja annak kijelentését, hogy a sérvműtét ellenére is léphet fel recidiva és a hogy műtét nem veszély nélküli. Hivatkozik ezen véleményének támogatására végett **Königre** is.

Lumniczer azon véleményének ad kifejezést, hogy **Dollinger** tanár eredményei teljesen megfelelnek azon várakozásnak, melyet a Bassini által ajánlott módszerhez kötöttünk akkor, midőn elhagyván a régebbi módszereket, a sebészek ezen újabb eljárási módot felkarolták. Kilenz év előtt mint első mutatót be az orvosegyletben négy esetet s ugyanakkor annak adott kifejezést, hogy Bassini műtét eljárással a legjobb eredményeket lehet elérni és nem kétféle, hogy rövid idő alatt el fog terjedni. Úgy is lett. Alig 5 év óta, a sebészek legnagyobb része elfogadta s mindenfelől megindultak az észleletek, valamint adatok gyűjtése az állandó eredmény megállapítása iránt. Ezen kutatások közben az eredeti eljárást egyik-másik sebész változtatta is. A módosítások részint a műtét egyszerűsítésére irányultak, mint **Koher**, részint a

tapasztalt kiújulások elkerülése végett eszközöltettek, leginkább complicálva a műtét beavatkozást (Frank). Az elv azonban minden sebésznél megmaradt: magasan kiirtani és lekötöni a sérvtömlőt és egyesíteni a lágyéksatorna falait izomplastica segítségével úgy, hogy a hasfalizmok által képzett rés megszűnjék. A Dollinger által gyakorlatba vett azon eljárás, hogy a mély hasfalizmokat vastag rétegben felnyalabolva nem a Poupart-szalag szabad széléhez rögzíti, hanem az alá $1\frac{1}{2}$ cm.-re húzza, szintén az izomplastica precíz kivitelére irányul. Jól tudjuk, hogy azon izmokat le kell húzni azért, hogy a lágyéksatorna hátsó fala mennél erősebb legyen, de hogy *minő fokban* történjék az izom letolása, erre nézve Dollinger tanár meghatározása támpontot nyújt. Nézete szerint, ha ezen módosítást követni fogjuk, a recidívát inkább kikerülhetjük és a complicáltabb módosítások fölöslegessé fogunk válni. Az előadó eseteiben 20% kiújulást észlelt, a mi megfelel azon eredménynek, a melyet több sebésznél találunk. Felszólaló hangsúlyozza azt, hogy az állandó eredmény megítélésénél mindig szem előtt kell tartani a controlvizsgálatokat. Fel kell venni, hogy teljesen meggyógyult azon sérv, hol műtét után *másfél évre* kiújulás nem történt. Ha ilyen szempontból ítéljük meg a statisztikai adatokat, akkor azon eredményeket, melyeket némely szerzőnél találunk, jelentékenyen redukálni szükséges. Így pl. Bassini 262 esetében $2\frac{1}{2}$ % recidívát tüntet fel, melyek közül 98 esetben a műtét 1—6 hónap előtt végeztetett. Helyesíteni kell tehát a statisztikát az említett megállapodás szerint és akkor a recidiva $2\frac{1}{2}$ % helyett $5\frac{2}{10}$ leend. Kochernél, a kinél a legjobb statisztikát találjuk, hasonlóképen $4\frac{3}{10}$ % recidívát kell elfogadni. A Kuzmik által feltüntetett 15% recidívát a felszólaló igen magasnak találja s reményli, hogy ez csak hozzávetőleges számításból eredt s csakis specialis tapasztalatból származott.

Előadó közli lágyéksérves eseteinek statisztikáját a magán-gyakorlatban, valamint az államvasút s postatávirada alkalmazottainál végzett műtétekről. Ezen esetek műtét ideje 9 és $1\frac{1}{2}$ év között változik és folytonosan ellenőrizhető, összesen 51 eset közül kétszer észlelt recidívát, tehát 4% kiújulást tüntethet fel. Legnagyobb rész szabad lágyéksérv, de van közöttük kizárt sérv is, sőt olyan is, hol a bél resectioja is szükségeltetett. Betegek kora 2—68 év között volt. Felszólaló kiterjeszkedik a műtét után fellépő szövődményekre is, kiváltképpen a fonalgennyedésre, melyet mindenkor a nem kellően sterilizált varróanyagra vezet vissza. Nem volt oka mindeddig a selyemfonal használatától eltérni, mert a míg egyrészt a catgut nem biztosít minden körülmény közt az utólagos genyedésről, másrészt a selyemfonnal állandóbban tudja összehúzni az egyesítendő kötőszövetet az izomszövetekkel. Azon kívül a selyemfonalak erős támpontot képeznek a lágyéksatorna hátsó falainak. Felszólaló nézete szerint catgutfonállal történő elzáródásnál gyakoribb lesz a recidiva.

Egészben pedig csatlakozik az előadó véleményéhez, hogy a művelet el nem zárt sérv defectus, melyet az előadó által kifejtett okoknál fogva minél hamarabb műteni kell, a beavatkozásnak veszélytelennek kell lenni s az eredmény minden tekintetben kielégítő. Nem kért a felszólaló, hogy a 9 év előtt Bassini eljárására felállított prognózis pontos és lelkiismeretes statisztikai adatokkal is igazolva lesz.

Herczel Manó. A szabad sérveknek operatív kezelése mellett nyilatkozik, mert számtalan esete dacára halál esete nem volt. Csak egy 39 éves férfinál következett be 19-dik napon a halál, mert appendicitis roham lépett fel és pedig már harmadszor. Szóló azt hitte, hogy tán a műtétnél vongáltatott a coecum, de lehetséges, hogy ez a roham úgyszólván bekövetkezett volna.

Szóló határozottan a műtét mellett foglal állást. Recidívákra nézve nem oly kedvező a szóló benyomása, mint eleve hinni lehetne, szóló azt hiszi, hogy ezek gyakoribbak, mint gondoljuk. Oka ennek a fonalgennyedés és ha a mély varratok engednek, rosszabb állapotban van, mint azelőtt. Szóló e tekintetben osztja Kuzmik nézetét; a mióta catgutot használ, jobbak az eredmények.

Szóló megpróbálta a Kocher módszerét is 39 esetben, elég jó, de nem konkurrálhat a Bassini módszerével.

A czombsérvek operatiojára nézve nincs biztos módszerünk. Úgy jár el, mint előadó, de nincs az eredménynyel megelégedve.

Umbilicalis sérvet 16-ot operált, 1 volt a halálozás, de nem közvetlen a műtét folytán. Negyvenhat éves nőnél 9-dik napra teljesen steril lefolyás mellett parotitis suppurativa lép fel, melyben elpusztult. Lehetséges, hogy infectio. Ez annál kellemetlenebb volt, mert rövid időn belül egy másik laparotomizálást hasonló módon veszített el. Gastroenterostomia volt, 13-dik napon genyes parotitis lépett fel, a beteg elpusztult.

A szabad umbilicalis sérveket szóló rétegenként varrja, de ez csak ritkán lehetséges, csak akkor t. i., ha a sérvkapu csak 3—4 ujjnyi tág, a hol össze lehet húzni a széleket is, a mely esetekben a Tauffer eljárása bevált. Ha a diastasis régi, 25—30 cm.-nyi, akkor semmiképen se lehet összehozni a széleket és akkor csak palliative lehet eljárni. Sok recidívát látott, különösen, ha a betegek kövérek. Mivel incarcérált umbilicalis sérv operatioja nagyon veszélyes, mert a gyulladás gyorsan átterjed a peritoneumra, szóló a korai operálás mellett van.

Incarcerált herniák, ha nem reponálhatók, operálandók. Nem menne oly messzire, mint előadó, hogy 12 órán túl okvetlenül operál, mert néha 2—3 napig sincsenek fenyegető veszélyek. De ha fenyegető tünetek vannak, rögtön operál és pedig kívülről befelé, mert különben könnyen lehet perforatiót okozni.

Tizenöt esetben látott befűződési barázdát a bélen, mely mely volt, szürkés is volt, de szóló nem resecálta, hanem sero-serosus var-

rattal körülzárta. De ezt csak akkor teszi, ha a bezárt bélkaes jól van táplálva.

A resectio és anus praeternaturalis kérdése még nincs eldöntve. Azt hiszi szóló, hogy az anus praeternaturalisnak súlyos esélyei vannak, melyek nincsenek a műtét kezében, mert lehet magas bélkaes incarcérálva és ekkor inanitióban halnak el a betegek vagy septikus phlegmone áll be, ez csak ritkán gyógyul plastikus műtétre. Ezért e kitűnő technikai eljárás és a narkosis elhagyása (Schleich) mellett határozottan a primaer resectio mellett foglal szóló állást, mert eredményei olyan jók, mint előadói, 12 eset közül 3 halt meg = 25%. Azelőtt 40—60% volt a mortalitás.

Anus praeternaturalist súlyosan elesett gangraenás esetekben végzett szóló, 6 esetből 4 halt meg, 3 inanitio, 1 kimerülés folytán. A két gyógyult közül 1 spontán zárult, egyet varrattal kellett elzárni. Ezenkívül 5 anus praeternaturalis esetben végzett varratot. Az utókezelésre nézve megjegyzi, hogy ilyen esetekben bármilyen operatiót végzett, a hasüreget rendszerint szabadon hagyja, steril gázecsigot vezet be és a jó eredményeket ennek köszöni.

Alapy Henrik. A gyermekkorbeli sérvműtétek javalatai nincsenek teljesen tisztázva. Általánosan el van az a nézet terjedve, hogy a gyermekek sérveit operálni nem szükséges, minthogy azok sérvkötő alatt úgyszólván gyógyulnak. A mennyiben ez az állítás csecsemőkortban vonatkozik, legnagyobb részben igaz, de épenséggel nem állhat meg idősebb gyermekekre nézve. A legmegbízhatóbb statisztikák szerint a lágyéksérveknek, ha azok gyógykezelését a csecsemőkortban kezdik el, több mint fele meggyógyul a sérvkötő alatt. Az 1—5 évesek közül már csak 10% gyógyul, idősebb gyermekek csak egész kivételesen gyógyulnak meg. Tekintettel erre, valamint arra a körülményre, hogy a gyökeres műtét a gyermekkorban sokkal jobb eredményt ad, mint a későbbi korban, gyökeres műtétet kell ajánlani már egész fiatal korban is, ha 1. a sérv kiszorult; 2. ha vissza nem helyezhető; 3. ha igen nagy; 4. ha a sérvkapu igen tág; 5. ha sérvkötő által vissza nem tartható; 6. ha sérvkötő viselése dacára folyton nagyobbodik. Öt évnél idősebb gyermekek sérveinél a javalatok a felnőttekéivel azonosak.

Bókay János a műtét indicatioira nézve nem osztja Alapy nézetét. A gyermekkorházi statistika 1881—1900-ig terjedő 20 évről azt mutatja, hogy

	összesen	fiú	leány	0—1 év	1—3 év	3—7 év	7—14 év
hernia umbilicalis							
acquisita	1002	532	470	786	193	22	1
hernia inguinalis	1703	1486	217	794	562	252	155

E statistika azt mutatja, hogy a gyermekkorban az esetek túlnyomó számában meggyógyul a sérv. Kisebb fokú herniákat nem vesznek tudomásul, ha nem e miatt, hanem más súlyosabb baj miatt jelentkezett a beteg. Nem tudja szóló, a szülészek találkoztak-e fiatal nőekkel, kik a gyermekkorból vitték át a hernia umbilicalist, mert szóló valószínűnek tartja, hogy a gyermekkorban meggyógyul és csak a terhesség hozza ismét létre a hasfalak diastasisát.

Nem osztja szóló előadó nézetét, hogy a hernia umbilicalis acquisita a hatodik életévén túl operálandó, csak akkor tartja operálandónak, ha nem mutat tendenciát a gyógyulásra.

A hernia inguinalist szóló is operálandónak tartja, ha a sérvkötő alkalmazása lehetetlen vagy a gyógyulásra nincs kilátás. Broca 1000 herniotomia közül 900-at gyermekeknek végzett, halálozási százaléka alacsony, recidívát gyéren látott.

Chudovszky Mór a sérvműtéttel kapcsolatos veszedelmekről szól. Többen érintették e kérdést. Szóló Lucas Championnière-re hivatkozik, ki 650 eset közül 5 és Colleyre, ki 600 közül 1 halálesetet látott. Ezért a sebészek a műtétet veszedelmesnek nem tartják. Fonalgennyedés és recidiva képezik a punctum salienst. Colley 96%-ban prima gyógyulást látott, Kossalkovszky 87%-ban. A II. sebészi klinikumon az eredmények a Colleyéihez hasonlóak. Szóló egy fiatal sebésztől hallotta, hogy 62 esetben prima gyógyulást látott egy sorban, szóló 35 elsődleges gyógyulást ért el egymásután. Recidívát Kuzmik közel 10%-ot említ, Colley csak 1%-ot, Roux 16%-ot, tehát nagyobb számban van recidiva, mint genyedés. A felület genyedéstől a sebész nem fél, ezért a Lévai említette subcutan vagy intracutan varrat nem indokolt, mert könnyen meg is szüntethető. De a mély, a tömlőt lekötő fonalgennyedés, ez kellemetlen, kivált mindjárt a műtét után. Az ú. n. másodlagos genyedések, a kilökődések, a csont lekötőfonalgennyedés kellemetlen. Ezért inkább varrják a csontot catguttal.

A recidívák beállhatnak a beteg helytelen viselkedése miatt az első gyógyulási idő alatt, ha nyugtalan, székel, megfordul, köhög, a narkosis folytán hány. Vagy később, ha a kórházat elhagyja, súlyos munkát végez, székrekedésekben szenved.

Azután az anatómiai viszonyok is okai lehetnek a recidíváknak. A cruralis sérvet sok esetben nem zárhatjuk, bár erre való a Trendelenburg-féle osteoplastikus lebeny vagy sodronyháló behelyezése, de ez megidegen test módjára hat.

De ha meg tudjuk óvni a beteget a hátrányoktól és kioktatjuk, hogyan viselkedjék, meggyőződéssé fog válni, hogy minden szabad, de főképp minden odanőtt sérv műteendő.

Fischer Aladár: A szt. Rókus-kórház Navratil főorvos vezetése alatt álló II. sebészeti osztályán a legutóbbi 3 év alatt 293 sérv-operatio végeztetett. Ezek közül 215 szabad sérv volt, 78 kizárt. Béltresectio végeztetett 11 esetben, anus praeternaturalis etablioztatott hatszor. A mi a használt műtét eljárásokat illeti, az inguinalis sérveket Bassini szerint, a cruralis sérveket Fabritius, az umbilicalis sérveket Condamin

szerint operálják a II. sebészeti osztályon. A Bassini-féle elv helyesége, azaz, hogy a sérvkapu élő, contractilis izomszövettel zárassék, ma már vita felett áll. De ebből természetesen folyik az is, hogy quoad recidivam csakis a primára gyógyult sérv ad jó eredményt. Recidivára szolgáltatnak még okot prima reunio esetében is 1. a funiculus kibocsátására hagyott rés; 2. a hasfalak vékonysága, gyengesége; 3. a leszorított izom esetleg beálló atrophia. Az 1. alatt említett hibaforrás kikerülésére hozzászólok azt ajánlja, hogy a funiculus az izomvarratok betételekor jól oldalt húzassék és azután visszafektetése után a funiculus felé is téessék egy varrat. A 2. alatt említett esetben hozzászólok a rectus hüvely megnyitását és a rectus lehúzását ajánlja. A 3. alatt jelzett lehetőség talán ki lesz kerülhető, ha a Dollinger által ajánlott módon végeztetnek a varratok. Nagy súlyt helyez továbbá hozzászólok a gondos, éles praeparálásra, a praecis vérzés csillapításra és az ujjal való praeparálás, sebbe való nyulókálás elkerülésére.

Kizárt sérvéknél a II. sebészeti osztályon ugyancsak a külső tágitás végeztetik; a bél állapotára a legnagyobb figyelem kell hogy fordítassék; már 12 óránál rövidebb kizáródási idő alatt észlelték a bélkaes elhalását.

A mi az eredményeket illeti, az összes 215 szabad sérv-operatióra csak egy haláleset esik, tehát a mortalitas fél percenél is kisebb. A kizárt sérvék közül azon esetekben, mikor a bél részéről súlyos elváltozás nem volt jelen, épen olyan jó eredményeket értek el, mint a szabad sérvéknél. A 11 béresectio közül meghalt 4; mind a négy esetben a műtét végzésekor már universalis peritonitis volt jelen. A 6 anus praeternaturalis eset közül meghalt 4, minthogy anus praeternaturalis képzés csak a legsúlyosabb esetekben, mikor már a sérvtakarók is phlegmonosusak voltak, végeztetett.

Igen fontos, főleg szabad sérvéknél, a fonálgenyedések kérdése. Be kell vallani, hogy a legnagyobb elővigyázat mellett sem küszöbölhető ki egészen ezen kellemetlen complicatio. A catgut nem megbízható; igen sokszor okoz profus és kiterjedt genyedéseket. A nem resorbeálható anyagok közt legjobb még ez idő szerint a silkworm. A fonálgenyedés kérdése csak akkor lesz megoldva, ha egy resorbeálható és e mellett gyorsan és biztosan sterilizálható varróanyagunk lesz.

Thrig Lajos a sérvműtétek szelleméhez szól. A sérvék sebészi kezelését oly jelentékeny problémának tartja, hogy ezt egy előadás keretében kimeríteni nem lehet és egyéni izlés dolga, melyik részével foglalkozunk.

A sérv anatomicum sem olyan egyszerű, mint látszik. Az egyes alkatrészek mind fontosak, mert a kizáródásban szerepelhetnek; hasonlóképen a sérv tartalma annyira különböző lehet, hogy schemát felállítani nem lehet, de nem is szabad. Minden egyes kizáródás egy tanulmány azért, mert a kizáródás eminens fontossága mellett a physikai viszonyokkal sincsenek még tisztában. A bél viselkedése a kizárt sérvben is rendkívül különböző. Így pár óra alatt elhalhat, máskor napok múlva is ép lehet a strangulatio foka szerint; máskor messzire felterjedhet az elhalás, mert a mesenterium is szenved a torqueálás folytán. Ezek mind érdekes részletek és előadó hálára kötelezte volna az orvosegyesületet, ha tapasztalataival gazdagította volna ezt a fontos anyagot, mely távolról sincs annyira kimerítve, mint a technikai részlet. Csak fel akarta a figyelmet hívni ezen részletekre.

Előadó nem barátja a sérvkötőnek, ezért operál. Szólok is aláírja ezt, bár praxisában is volt esete, melyben felnőtt egyén sérvé meggyógyult sérvkötő viselése mellett. Halálesetnek sérvműtétnél nem szabad előfordulnia, ha előfordul, ez technikai hiba, bár szólnak első esete is halálosan végződött pericystitises genyedés folytán. Ilyen esetben a technikai hibát keresni kell és mint Wagner mondta, minden egyes obductio, mely diagnosisunkat megdönti, tanulságosabb, mint 100, mely azt beigazolja, így a halál-ok kiderítése tanulságosabb, mint 100 sikerült műtét. A funiculus spermaticus leválasztása ilyen ok lehet, a turkálás oka lehet fertőzésnek. A narkosíról nem szól, ma Schleich szerint kell operálni, mert nemcsak nincs haláleset, hanem az utólagos hányás is kizárható.

A recidivát illetőleg, mit ígérhetünk a betegnek? Daczára a fényes eredményeknek, a recidiva gyakori. Szólnak 18 prima gyógyult betegek közül kettőnél recidiva volt és ez előre meg volt mondható, mert a hasizmok igen hitványak voltak. Ilyen esetekben a sérvkötő tovább hordandó vagy a hasizmok alkalmas módon tornáztatandók. A sérvtömlő megnyitás nélkül való visszahelyezését szólnak nem helyesnek, mert kis kiöblösödés maradhat vissza, mely belső elzáródás fészkevé válhat. Ez különben nem herniotomia, hanem véres taxis.

Az egyenes herniákat és a veleszületett herniák operálását nem említette előadó. A cruralis herniákat előadó úgy zárja, hogy a Poupartot hozzávarrja a Cooperhez. Ez nem helyes, mert Bassini a plica falciformist varrja a Pouparthoz.

Előadó nem barátja a taxisnak, csak hogy az esetek nem a klinikán záródnak ki, hanem ott, a hol nincs műtéti beavatkozásra lehetőség és ott életmentő eljárás. Figyelembe kell venni a repositionál, hogy előbb ki kell üríteni a communicatio nyíláson át a gázakat és akkor a sérv visszahelyezhető. A gyakorló orvosra nézve, mely az első forum, kötelesség a taxis megkísérlése.

Kuzmik Pál félreértett szavait igazítja helyre. Szólok csak approximative említette a 10% recidivát pontosabb adatok nélkül.

Dollinger Gyula: Genersich tanár nézetét, hogy az olyan bélkaes sem biztosan impermeabilis, a melynek csak a nyákhártyája van elbalva, a gyakorlatban a legszigorúbban alkalmazza, mert mihelyt csak a legkisebb gyanu fér hozzá, hogy a bélkaes esetleg talán ninesen teljesen megbízható jó karban, azt resecálja. A mióta ezt az elvet követi, azóta igen jók az eredményei. Az odavezető bélkaesot a legszigorúbban

megvizsgálja, a mint azt ki is emelte és ha nagyobb fokú elváltozást talál rajta, resecálja. Külön laparotomiát e miatt, ha csak nem okvetlenül szükséges, nem végez, mert a betegek többnyire igen gyengék, a laparotomia sebének bevarrása pedig nagyon megnyújtja a műtétet. Nagyon fontosnak tartja az odavezető bélkaes tartalmának kiürítését, sőt kiöblítését. E septikus váladék eltávolítása nagyon gyorsítja a reconvalescentiát.

Lévay leginkább a szabad sérvék műtéteinek hátrányaival foglalkozik. Ezek közül kiemeli a fonálgenyedést, a recidivát és a halálozást. A fonálgenyedést előadó rendszeren gyorsan látta lefolyni, az súlyos complicationnak nem nevezhető, mert azon három hét alatt, a melyet a beteg a kórházban fekvé tölt, többnyire le is foly. A mély fonalak elgenyedését előadó nem tapasztalta. Recidiva 150 szabad sérvműtete közül eddig csak három esetben mutatkozott. Ezeket újra bevarrta. A halált egyik esetben a pneumonia okozta egy öreg embernél. Ezenél csak akkor operál, ha okvetlenül szükséges. A sepsis egy esetében okozott halált. A klinikán ennek elkerülésére minden megtörténik. A septikus területen végzett műtétnél a sepsist ma egy olyan kivételes ritka szerencsétlenségnek tekintik, mint akár pl. egy chloroformhalált. Nem fogadja el Lévay azon álláspontját, hogy a míg a sérvkötő állandóan visszatartja a sérvet, addig a beteget ne operáljuk, mert a legtöbb beteg azért visel sérvkötőt, mert meg van róla győződve, hogy a sérvkötője megbízható teljesen. Az egyedüli megbízható sérvkötő a sérv bevarrása. 20 esztendő előtt a szabad sérv miatt operált betegek 20%-a halt meg, ma a halálozás, pl. az előadóé 1—1½%. Ez igen nagy haladás, a melyet azért tettünk, mert sok herniát operáltunk. A további gyakorlat olyan módszerekhez fog vezetni, a melyek a jelenlegiek esékly hátrányaitól is mentesek lesznek.

Kuzmik felszólalásából látja, hogy az eltérés a két sebészeti klinika álláspontja között nem sokban különbözik. A taxist azonban Dollinger igen hasznos beavatkozásnak tartja, különösen, ha a kiszorulás olyan körülmények között történik, a mikor a betegnél azonnal sérvműtétet végezni nem lehet. Ilyenkor a műtét megérkezéséig vagy a betegnek műtetre alkalmas helyre való szállításaig a taxissal megakadályozzuk, hogy a bél a kiszorulás alatt tovább ne szenvedjen, a beteget pedig azonnal felmentjük a kiszorulás kínjaitól. Ha a taxis nem sikerül, azonnal meg kell tenni a műtétet a szükséges előkészületekkel. A különböző halogató kísérleteket, mint a beteg medencéjének magasabbra való fektetését stb., a meghatározottabban elítéli. A sérvkapu belülről kifelé való tágitásának nem barátja, régebben ő is így járt el, de a kívülről befelé való metszés egyszerűbb és könnyebb. Czombsérvnél a Poupart-szalagot vágja át, a melyet azután esetleg ismét egyesíteni lehet.

Rottenbiller felszólalására megjegyzi, hogy ma csupán az egyetemi klinika anyagáról beszélt, a mely bármikor nyilvánosan ellenőrizhető. Ez az anyag három esztendő. Ez idő alatt 200 sérvműtétet végezték, a mely elég nagy szám a gondos észleléssel együtt elég tapasztalati anyagot képez. A privat műtéteiről egyáltalában nem szólt. A halálozás szabad sérvéknél két eset volt, a mint azt megemlítette. Ezenkívül szabad sérvműtét után betegek nem halt meg. Egy beteg elvérzett három héttel a sérvműtét után egy duodenalis kerek fekélyből, a mint azt a bonczolat minden kétséget kizárólag kimutatta. Ennek halála tehát a műtéttel semmi összefüggésben nem állott. Felszólalónak Bassiniról említett adatai tévesek, mert B. egyik segédeje 700 esetet közül a Deutsche Chirurgieban, melyekben nem volt recidiva.

Herczel felszólalása alkalmat ad, hogy megismertesse eljárását azon esetekben, a mikor a vakbél és a féregnyújtvány képezik a sérv tartalmát. Az ilyen esetekben, nehogy a vakbél tápláló véredényeit, különösen pedig az arteria és a vena appendicularist elvágja, a mely utóbbi eset a féregnyújtvány elhalását vonhatná maga után, a vakbél előtt a sérvtömlőt elvágja és bevarrja. Igaz, hogy így egy tömlőrészt reponál, de a beteget egy esetleges veszélytől menti meg. Czombsérvműtét után Herczel sérvkötőt viseltet, mert a radicalis műtét eredményeit itt épen úgy mint köldöksérvnél nem tartja egészen biztosnak. Dollinger a sérvkötőt szükségesnek tartja, sőt károsnak tartja, ő, a mint előadásában hangsúlyozta, sem czombsérv, sem köldöksérv után recidivát még nem látott.

Alapy felszólalásához megjegyzi, hogy nézete szerint azért gyógyul egy éven aluli gyermeknél a sérvkötő alatt a sérv, mert a gyermekek addig sokat vannak a polyában és így a sérvkötő jobban tartható helyben.

Bókayval szemben megmarad azon álláspontján, hogy a köldöksérv, ha a hatodik évig meg nem gyógyul, operálandó, mert ha ez nem történik, a gyermeket vissza kell a sérv miatt az erősebb testedző mozgásoktól tartani, a mi annak kifejlődését hátráltatja.

Chudovszkyval egyetért abban, hogy a recidivának az okai közé felveendő, hogy a beteg titokban három hétnél előbb is felkel, hogy erősen köhög, felveendő a kemény széket stb., azonban legfőbb okát Dollinger abban keresi, hogy a varrat nem jó. Az izomból egy jókora vastag izomzatot kell felöltetni, mert különben a fonál átvág. A klinikán operált betegek egy jó nagy részét Dollinger operálta. Az általa személyesen operált esetek közül eddig egy recidiva sem jelentkezett.

Fischer felszólalására megjegyzi, hogy két recidiva esetében, a melyeket tegnap operált, a hasfalak gyengesége miatt a rectusokhoz varrta oda a Poupart-szalagot, mivel más megbízható izomanyag nem állott rendelkezésre.

Thrig több megjegyzésére már fentebb megfelelt. A taxisra vonatkozó mondásait felszólaló úgy látszik félreértette, mert ő is ajánlja a taxist bizonyos körülmények között és azt csakis olyan kiméletesen ajánlja végezni, a mint azt a felszólaló szükségesnek tartja. Az erőszakos taxis-kísérlet csakis kárt okozhat és ezért elítélendő. Mihelyt a

sérv egy bizonyos nagyságot elér, a hernia directa és indirecta között a műtét asztalon alig lehet különbséget tenni, de ez nem is szükséges, mert a műtét eljárás a kettőnél e stadiumban ugyanaz. A hernia cruralisnál elegendőnek tartja az általa leírt és alkalmazott varratot. Ettől sohasem látott recidivát és azért itt a Bassini-módot nem tartja szükségesnek.

Herzél Manó félreértett szavainak helyreigazítása végett szólal fel. Ha befűződés van is a bélen, de az ép, visszahelyezi a belet, de előbb a barázdát két sor sero-serosus varrattal átvarrja; 14 eset közül csak egyben volt perforatio és pedig magas helyen, olyanon, a melyt Genersich említett. Szó is kiüríti a belet, sőt puha sóndával kiirrigálja. A mi szólnak elhalt esetét illeti, egy huszárkapitány volt szabad sérvvel, reponálta és ujjával győződött meg róla, hogy nincs-e odanövés. A coecumot nem látta, odatapadva nem volt. Bassini szerint varrta. 14 napig jól volt, a 15-dik napon hirtelen septikus peritonitis lépett fel. Szó távollétében Récey és Bartha megnyitották a sérvsebet a cavum Retzii felé is és nem találtak semmit. Csak az anamnesisből derült ki, hogy már kétszer volt epityphlitis rohama. A boncolásnál Pertik a proc. vermiformis csücsán talált perforatiót, mely a sérvoperatio nélkül is bekövetkezett volna. Csak szó maga vette fel, hogy a sérvcsontok lehúzása vongálta talán a vakbelet és ennek folytán thrombotizáltatott a végűtér és következett be a perforatio. Pedig ez volt már a harmadik attackeja.

A második esetben a hernia umbilicalis esetében szintén látszólag a műtét folyományaként állott be a halál, mert 9 napig láztalan volt és csak később lépett fel a septikus parotitis.

Rottenbiller Ödön szintén félreértett szavai helyreigazítása végett szólal fel. Látható ellenmondás van előadó és szólo kijelentése között, az t. i., mintha Bassini assistense desavouálta volna. Szólo 1897-98-ban beszélt Bassinival, a ki azt mondta, hogy úgy tetszik neki, hogy az eredmény a recidivák szempontjából nem mondható ideálisnak és 40%-ot említett. Assistense később referálhatott kedvezőbb eredményekről.

Elnök előadónak érdekes előadásért jegyzőkönyvi köszönetet indítványoz, a mit az egyesület elfogad.

Közkórházi orvostársulat.

(1901. február 20-dikán tartott IV. ülése.)

Elnök: Ludvik Endre, később Bradách Antal; **jegyző:** Terray Pál.

(Vége.)

Nyelvráknak Langenbeck szerint operált esete.

Fischer Aladár: K. A. 66 éves földmives f. é. január hó 6-dikán vétetett fel a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára. Betegnél a nyelv egész bal fele és a bal elülső garatív egy része cancrösusan elfajultnak találtatik. Bemutató január hó 16-dikán operálta beteget és pedig, hogy a mélyen hátra és a bal garatívre is ráterjedő tumort eltávolíthassa, a Langenbeck-féle eljárást használta a Bergmann-féle módosítás figyelembe vételével.

Előzetes tracheotomia inferior és a garatüreg tamponádja mellett bemutató felhasította a pofát és azután az alsó állkapcsot a bal szöglet előtt átfűrészelte. Így elég teret kapott arra nézve, hogy a bal mellősi garatívet és a nyelvnek egész megbetegedett részét a nyelvvalatti mirigyekkel együtt egész az os hyoideumtól kezdve kiirrhassa, úgy hogy a nyelvből csak a jobb oldalon maradt vissza egy keskeny előfelé szélesülő csík. Az utókezelés — mely ily esetekben igen fáradságos — a szájjüreg tisztán tartásából és a beteg mesterséges táplálásából állott lényegileg.

Lágyéktáji sérv ritkább alakja.

Skrilecz Mihály: A bemutatandó készítménynél lágyéktáji cseplesz-sérv sarcokével van complicálva és származik egy 29 éves betegől, a ki két hét előtt operáltatott meg Récey tanár klinikáján. A készítményen látunk egy jó férfikölnagyságú gömbölyded terimenagyobbdást, a mely tömött tapintatú, egészben véve meglehetősen sima felületű, alsó polusán egy kis almanagyságú kidudorodással. E terimenagyobbdáshoz structurájában teljesen változatlan cseplesz lapszerint van odanöve. Úgy a csepleszt, mint a fent említett terimenagyobbdást egy burok veszi körül, a melyhez az operationál talált elhelyezés szerint a medialis alsó részlete a terimenagyobbdásnak oda van növe és a melynek medialis hátsó részén vonul fel a funiculus spermaticus, a mi tehát a sérvet illeti, azt ezen anatomiai viszonyoknál fogva mint véleszületett kell jelezniünk. A tumor friss metszéslapja vörhenyes barna volt, szabálytalan alakú sárgás csíkokkal és foltokkal, lágyulás vagy retentios cysta stb. nem találtatott.

Gócsó alatt elég gazdagon erősen tágult mirigyesöveket találunk, a melyeknek hájuk azonban különböző, egyeseknél evidensen hengerhám, másokban köb- vagy többrétegű laphám, a kis cysták tartalma is hol alaktalan csapadék, hol a lumenbe pergett hámsejtek. Ez tehát eddig egy kystadenoma volna aránylag kis cystákkal, csak hogy itt-ott találunk még elég sejtűs alapstromában szilárd hámsejtekből álló csopokat, úgy hogy jogosult arra gondolni, hogy ez a daganat túllépte már az adenoma határát, határozott gonosz indulatot vett fel s így az adenocarcinomák sorába lépett.

A beteg most már előadja, hogy a mennyire ő vissza tud emlékezni, gyermekkorában csak fél heréje volt és mindig herenyomás

érzését váltotta az ki, ha inguinalis tájéka valahova hozzányomódott. Sérve állítólag 12 év előtt támadt, eleinte kicsiny volt és vissza tudta helyezni, majd 4 év óta ez nem lehetséges többé, ugyancsak 4 év előtt vette észre, hogy a jobb oldali herezacskójában egy kemény tapintatú csomó támadt, a mely azóta állandóan nő és fájdalmakat okozott. Ha ezen anamnestikus adatokat igazaknak fogadjuk el, akkor fel kell vennünk, hogy a betegnek kryptorchismusa volt. A nyitva maradt proc. vaginalisn azután cseplesz tolakodott be, a mely súlyánál fogva és az intraabdominalis nyomás miatt a herét maga előtt lefelé nyomta a herezacskóba és időközben odanőtt a heréhez.

Míg a here tumorosan nem fajult el, a cseplesz vissza volt helyezhető abban az esetben, ha a here is visszatolatott a hasüregebe. Mihelyt azonban a heretumor nagyobb lett, a visszahelyezés nem volt lehetséges. Ha ellenben felvesszük, hogy kryptorchismusa nem volt a betegnek, úgy abban a pillanatban szűnt meg a visszatolatóság lehetősége, a mikor a cseplesz odanőtt a heréhez.

Here-tuberculosis ritka képe.

Skrilecz Mihály: A here-tuberculosis egy ritkább képét mutatja a következő praeparatum, a mely egy 42 éves erőteljes betegől származik, a ki a tegnapi nap folyamán operáltatott meg.

A mellékhere feje sajtós, szétkenhető masszává alakult át, környezetében a here állománya egynemű szürke-sárga, száraz, intransparens, szóval necrotizált és részben sajtósan elfajult. A mi most feltűnő ezen a herén, az az, hogy a here többi részéből ondócsövek húzhatók ki, a mi ezen csövecsek épsége mellett mutat; de elszórtan kölesnagyságú, a metszfelületről erősen kiemelkedő, szürke-sárga, elég tömött göbcsék láthatók, a melyek egyikénél-másikánál még lumen is látható, tuberculotikus megátamadott és elsajtosodott ondócsövek ezek. A folyamat tehát itt egyes tubuli seminalesek mentén terjedt tovább. Ily alakjai a here-tuberculosisnak igen chronikusan szoktak befolyjni és tényleg 6-8 év óta voltak már fájdalmai a betegnek ezen jobb oldali herében.

(1901. február 27-dikén tartott V. ülése.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. **Jegyző:** Terray Pál.

A járókötések eredménye az alsó végtag töréseinek kezelésénél.

Prochnow József: Kiindulva abból, hogy a csonttörés consolidatioja szinte törvényszerű egymásutáni folyamatok mellett következik be, természetesen találja, hogy mindenik sebész a maga módszerét jól kezelve eredményeket tud felmutatni, és elvéve mindenik kezelési mód mellett előfordulnak hibásan gyógyult esetek.

Szó azután a törekvésről, hogy újabb kezelési mód bevezetésével főképp az utóbajokat elhárítani lehessen. Röviden érintve *Kovács* tanár sinkezelését, felemlíti a massage-kezelést s a járókötést. Utóbbit abban a formájában, mely megkeményedő gypszkötés feltevéssel igyekszik az alsó végtag töréseit gyógyítani. Itt azután *Coste* közleménye nyomán a *Krause-Korsch*-féle járó gypszkötések eredményeit mutatja be, majd *Dumstrey*, *Dollinger*, *Tietze*, *Wörmer*, *Goljachowski* közleményeit is figyelembe véve, a járókötés előnyeit adja elő rövid kritikai méltatással; ezután megemlíti a járókötés hátrányait, a melyek *Hennequin*, *Wollenberg*, *Hoffa*, *Reichel*, *Nane*, *Borchardt* szerint keringési zavarokban, a törésvegek eltoldásában (deformitasban) nyilvánulhatnak, egyúttal kiemeli a szerzők azon kívánalmát is, mely a járókötés általános elterjedésének útjában áll, hogy a járókötést csak a technikájában különösen gyakorlott, tapasztalt sebész alkalmazhatja.

Tényleg még Németországban sem tudott nagyon elterjedni a járókötés. Franciaországban *Reclus* alkalmazza, de ott inkább *Lucas-Champonnière* eljárása hódít. *Bennett* Angliában közli 300 sebész eljárását töréseknél, de a járókezelésről nincs tapasztalati adata.

Végeredményképen előadó a következő pontokba foglalja véleményét a járókötésekről.

1. A járókötés az alsó végtag töréseinek szokásos kezelési módjait egy újabb és értékes kezelési móddal gazdagítja.

2. A járókötés nem minden törés esetében alkalmazható: nyílt, szövődmenyes törések eleve kizárják alkalmazását legalább addig, míg a sebész részéről complicatiók fennállanak, vagy ilyenek még ki nem zárhatók; fedett törések közül azok, melyek nagyobb dislocatióra hajlanak, különösen czombtörések, szintén nem alkalmasak, legalább az első időben, járókötésre, kivéve ha *Dollinger* distráláló módszerével kezeltetnek.

3. A járókötés feltevése különös gyakorlottságot és gondot igényel.

4. A járókötés előnyei, a szabadabb mozgás, könnyebb ápolás, könnyebb továbbítás; egyúttal könnyebb foglalkozásra képesíti a sérültet. A fekvőkezelés hátrányait megszünteti.

5. A járókötésben lévő sérültet továbbra is ellenőrizni kell.

Chudovszky Móricz: Az alsó végtagok csonttöréseinek járókötésével való kezelése actualis kérdést képez és a párisi congressuson *Bergmann* és *Collier* multjukhoz méltó témának tartották az e kérdéssel való foglalkozást.

Szólnak a II. számú sebészi klinikumon és a szt. János-kórházban volt alkalma e kérdéssel foglalkozni és tapasztalatokat szerezni. Alszártöréseknél, ha azok fedettek és frissek, rendszeren járókötést alkalmaznak. Erre a célra jó az organtin-kötés vargákkal. Ritkán gipsz, azután pléhtengelyvel gipsz-, gépkötés vagy celluloid-kötés. Fontos a törésnél eldönteni azt, hogy közvetlen vagy közvetett erőművi úton jött-e létre, hogy a törés jellegét megítélhessük a kötés szempontjából.

Néhány példával illusztrálja ezt. 40 éves napszámos indirect trauma folytán eltörte mindkét alszársontját alsó harmadában, ferdén; dislocatio; organin-járókötés Dollinger szerint.

Másnap a beteg jól járt, 16-dik napra consolidálódott, utána fűrésztés, massage, 25 nap mulva teljesen munkaképes. A Röntgen-felvétel igazolja a teljes beigazítást.

Két nap mulva 35 éves napszámos indirect úton ferde törést szenved mindkét alszársontján. A szárkapocs egy részlete szúrja az izmot. Narkosisban helyreigazítás (Röntgen-control), organinkötés. Nem tudott járni. 16 nap mulva a kötés levételekor nem volt consolidatio, úgy hogy csak 10 hét mulva lett munkaképes.

Egy 14 éves fiú indirect trauma által spirális törést szenvedett a tibia középső harmadában, beigazítás, gypszkötés; 16 nap mulva levételekor a kötés, 21-dik napra elment.

28 éves nőnek indirect úton eltörik a tibiája az alsó harmadban ferdén, beékelődik; gypszkötés, 35 nap mulva is rosszul jár.

Ötödik eset 24 éves sváb fiú, indirect trauma folytán alszársának mindkét csontja alsó harmadában eltörik. Prothesis. Jól jár, három hét mulva még nem volt consolidálva. Törésvégek összeillesztettek, de deviatiót mutatott a Röntgen. 21 nap mulva massage, fürdetés, azután gyógyulás.

Szólok ezzel csak azt akarja mondani, hogy a járókötés csakis kritikával alkalmazott esetekben felel meg feladatának. Czélszerű a járókötés talustörésnél, bokatörésnél, fibula-tibia törésnél az alsó harmadban, ha az haránt vagy kis fokban ferde.

Nagyobb fokú ferde törésnél nem mindig alkalmas, darabos törésnél nem alkalmas. Középső harmadban csak haránt vagy kis fokban ferde törésnél. Ferde és szállás törés nem alkalmas járókötésre. A felső harmadban haránttörésnél vagy csontrepedésnél (Röntgen) alkalmas, egyébként nem. Czombtörés csak az alsó harmadban és haránt alkalmas. Utolsó időben 3 Macewen-osteotomiát végeztek és másnap már járt a beteg — mankóval persze. 6—8 hét mulva massage és fűrésztéssel meggyógyult a beteg. Egyéb czombtörésnél distractio vagy fixáló kötés.

A Röntgen-sugár értékes diagnostikus eszköz éppen ebben a kérdésben, mert a törés jellegét kideríti és ez dönt a járókötés alkalmazása felett. Ezért 2—3 sikkból azonnal Röntgen-felvételt eszközölnék.

Szólok előadó véleményéhez hozzájárul, csak azt jegyzi meg, hogy a magyar statisztikák rövidebb gyógyulási tartamot mutatnak fel.

Donáth Gyula mint a rókusi Röntgen-laboratorium vezetője sok csonttörést látott és eleinte a Röntgen sok kellemetlen meglepetést szerzett a sebészeknek. Ez alkalmas volt önértéküket lefokozni, mikor látták, hogy a legjobb kötés után is, különösen a czomb és humerus törésvégei nem voltak adaptálva, sőt az ideális csontgyógyulástól messze állottak.

Ezt régen a callus rovására írták, de a Röntgen megmutatta, hogy sokszor a sebész azt hitte, hogy distractio van és a törésvégek egymáson nyargaltak. De a Röntgen útmutatást adott arra nézve is, hogy mikor vannak összeillesztve a törési végek. Ezért a gyógyulási tartama alatt is meg kell ejteni a röntgenezést, különösen a czomb és humerus törések eseteiben.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gyomor teljes kiirtásának gyógyulással végződött esete A párisi „Académie de médecine” január 8-dikán tartott ülésén Boeckel (Strassburg) egy 38 éves nő körtörténetét adta elő, a kinél néhány hónap előtt a gyomor kis görbületét egész kiterjedésében elfoglaló rákos daganat miatt a gyomrot kiirtotta. A seb prima intentione gyógyult, a beteg a műtét utáni 22-dik napon felkelt és a 33-dik napon elhagyta a kórházat. A mi az emésztést illeti, könnyen emészthető ételeknek gyakori nyújtása mellett a beteg rövid idő alatt 20 fonttal gyarapodott, jelöl annak, hogy az assimilatio jó. A műtét, mely úgyszólván vérzés nélkül folyt le és összesen másfél óráig tartott, következő szakokból állt: 1. Felszabádítás a nagy görbület szintjén a ligamentum gastro-colicum átmetésével. 2. A gyomor felső polusának felszabádítása két belpince között, melyek közül a felső a cardia fölött vagy közvetlenül a cardia alatt alkalmaztatik. 3. A gyomor felszabádítása a kis görbület szintjén a ligamentum gastro-hepaticum átmetésével. 4. Az alsó polus felszabádítása a duodenum elejére helyezett két pince között történő átmetéssel. 5. A cardia anastomosisa a duodenummal. 6. A hasfal zárása drainage nélkül.

Új czukorpróbat demonstrált Offer a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” január 25-dikén tartott ülésén. Öt köbcentiméter vizelethez egy kevés kristályos phenylhydrazinsulfosavat adunk és forrásig hevítve, lassan 10 köbcentiméter 15%-os lúgot eresztünk hozzá. Teljes lehülés után egyszeri erőlyes felrázásra a folyadék rózsaszínt ölt, ha kóros mennyiségű (0.1%-nál több) czukor volt benne. Hasonló reactio mutatkozik naphthylhydrazinsulfosav vagy sósavas, illetve ecetsavas phenylhydrazin használatkor.

A catgut, valamint az elastikus katheterek sterilizálására Kümmell az „Aerztlicher Verein in Hamburg” november 27-dikén tartott ülésén az ammonium sulfuricum telített oldatában (3 rész ammonium sulfuricum 5 rész vízre) való főzést ajánlotta. A catgutnak ily módon való sterilizálását Elsberg (New-York) ajánlotta először mint olyat, melynél a catgut nem szenved és e mellett biztosan sterilizálódik. Az

elastikus kathetereknek ily módon sterilizálására pedig a lengyel sebészek congressusán hozták szóba. Emilitett oldatban 5—10 percig főzésrel a katheterek teljesen sterilizálhatók; utána steril vizzel leöblítés és paraffinum liquidumba eltevés.

Subcutan gelatina-befecskendezéssel kezelt makacs vesevérzés esetét mutatta be Gossner a „Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg” november 19-dikén tartott ülésén. Az illető beteg (altiszt) hónapok óta erős vérvezelésben szenvedett. Az endoskoppal végzett vizsgálat kimutatta, hogy a vér a jobb oldali ureterből ürül. A kórismét pyelitis haemato-membranacea-ra tették. A szokásos vérzéscsillapító eljárások nem jártak eredménnyel, úgyszintén 10%-os gelatina-konyhasó-befecskendezések a hólyagba sem idéztek elő javulást. Gelatinának egyszeri befecskendezésére a mellkas felső részének bőre alá a vérzés már másnap megszűnt s azóta — 3 hónap óta — nem is ismétlődött. Megjegyzendő, hogy ezen befecskendezés erős helyi és általános izgalmi tünetekkel járt.

Foetalis inclusio a colon ascendensben. A Schede által operált érdekes esetről Ahrens számolt be a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde” október 29-dikén tartott ülésén. Az egészséges külsejű, erőteljes fiatal leány egy az utolsó félévben fejlődött nagy cystikus hasdaganattal jött a klinikára. A daganat alakja és a szomszéd szervekhez való viszonya miatt hydronephrosist vettek fel. A zsák punctioja alkalmával azonban sűrű véres folyadék ürült. Műtétkor sikerült egy a mesocolon ascendens lemezei közé fejlődött, 4 liter folyadékot tartalmazó, a kitágult gyomor alakjához hasonló, vastagfalú zsákot kipraeparálni, melyhez egy 26 centimeter hosszú bélfüggelék csatlakozott. A mikroskopi vizsgálat szerint ezen képlet a foetalis primaer gyomorbéles összes elemeit tartalmazta. A tömlő véres tartalma onnan eredt, hogy belsejében nagy fekélyek képződtek, valószínűleg a pepsin és sósav behatása következtében (pepsin és sósav kimutathatók voltak a tömlőben) és ezen fekélyek okoztak erős vérzést. A gyógyulás simán, rövid idő alatt folyt le, az illető jelenleg viruló egészséges képét mutatja.

Óriási húgyhólyagkővet mutatott be Graff a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde” október 29-dikén tartott ülésén. A 34 éves férfi 3 év óta érzett némi kellemetlenségeket, ezek azonban nem voltak nagymérvűek, úgy hogy egy fél év előtt még dolgozott. A kórisme könnyű volt; kösöndával, bimanualis vizsgálatnál, cystoskoppal és radiographiával a kő alakját is meghatározhatták. A kő kifejtése nehézséggel járt, a mennyiben a kő tuskéivel erősen összekapaszkodott volt a hólyag nyákhártyájával, a melyen azonban csodálatos módon ulceratio nem volt és a hurut is csak mérsékelt volt. A gyógyulás zavartalan volt. Az eltávolított kő billardgolyó nagyságával és alakjával birt; kerülete 17 cm., átmérője 6 cm., súlya 84 gramm. Felülete dudorzos és tuskés, a tuskék rendkívül élesek. A kő vegyileg tiszta oxalatkő volt.

Hysteriás sükettség esetét mutatta be Schultze a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde” október 29-dikén tartott ülésén. Az egészséges családból származó, előzőleg mindig egészséges 14 éves fiú egy váratlanul becsapódott ajtó zajától erősen megijedve, hirtelen megsüketedett. Daczára, hogy a vizsgálatkor hysteriára utaló tünetek nem voltak jelen, mégis hysteriás süketséget vettek fel, a mit azután a kórlefolys igazolt. Simulatoról szó sem lehetett. Érdekes ezen esetben, hogy a különben is ritka hysteriás sükettség a hysteria első tünete volt és hogy hat héten át tartott. A betegnek kórházban elkülönítésére és suggestiora gyorsan elmúlt a baj.

A gyermekkori agybetegségek prognosisa. A „Berliner medicnische Gesellschaft” január 23-dikán tartott ülésén Oppenheim néhány esetről számolt be, melyekben gyermekeknél agydaganatra utaló tünetek voltak jelen, úgy hogy már a műtét beavatkozás kérdése is felmerült, később azonban a tünetek vagy spontán vagy belső kezelésre teljesen visszafejlődtek. Első esete egy egészséges családból származó, addig egészséges 11 éves fiú volt, a kinél veleszületett lues kizárható s a ki heves homlok- és halántéktáji fájdalmakkal betegedett meg; időnként hányás és göresök (a jobb arcfél rángatózása, a szemek és a fej jobbra forgása, aphasia) jelentkeztek. Később eszméletlenség csatlakozott e tünetekhez, a jobb kar parietikus lett, a beszéd pedig nehezített. A szemtükrü vizsgálat neuritis opticát derített ki. A belső szervek épek voltak. Jod- és bromkésztményekre, később opiátokra a tünetek lassanként visszafejlődtek és teljes gyógyulás következett be. Hasonló lefolyású volt még négy eset. A mi a kórkép értelmezését illeti, gondolni lehet gümőkórra, de nem solitaer gümöre az agyban, hanem lokalizált meningo-encephalitis tuberculosa-ra és ezt a felvételt tartja előadó is legvalószínűbbnek. A további lehetőségek: nem haemorrhagikus encephalitis vagy pedig egy eddig még nem ismert kórfolyamat.

PÁLYÁZATOK.

541/1901. kig. sz.

Felsőbánya r. t. városnál üresedésbe levő s évi 1200 korona fizetéssel, annak 15%-ával egyenlő, azonban bármikor elvonható lakpénzzel, 96 köbmeter tűzfajárandósággal — nyugdíj jogosultsággal — nappal 60 fillér, éjjel 1 korona és otthon 40 fillér látogatási, illetve rendelési díjjal egybekötött városi főorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előírt minősítéseket, esetleg jelenlegi alkalmaztatásukat s mennyiben hivatalos állásban volnának, felsőhatóságuk által ezen állás mikénti betöltését igazoló bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket Felsőbánya város polgármesteréhez f. é. márczius 21-dik napjának

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 Arpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárszky 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.

Jendrassik Ernő: Kelle orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? 173. l.
 Antal János: Közlemény a budapesti Irgalmas-kórház fogászati osztályából. (Főorvos: Antal János dr.) Adatok a caries dentium gyógykezeléséhez. 175. l.
 Tóvölgyi Elemér: A gégegümőkorról. 177. l.
 Ligeti Armin: Csoportos atropin-mérgezés esete a datura stramonium L. (maszlagos redősirom) magvaival. 179. l.
 Tárcza. Pekár Mihály és Heim Pál: Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 180. l.
 Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Holzwarth Jenő: A művégtagok. 181. l. — Könyvismertetés. Rosenthal: Lehrbuch der allgemeinen Physiologie. 182. l. — Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Stadelmann: A Heyden-féle tápanyag. — Viett: Argentum colloidalis. — Belyógyászat. Ballet: Leonardo da Vinci írása. (—ts.) — Marinisco: A heveny gerincvelőgyulladás kezelése. (—ts.) — Simon, Edel: Az izzadás befolyása a gyomornedvelválasztásra. — Neufeld: Typhus-bacillusok a vizeletben. — Teschenmacher: A salol hatásáról diabetes mellitusnál. — Curschmann: A cystitis typhosa. (R á s k a i D.) — Sebészet. Zechmeister és Matzenauer: Cystitis colli proliferans oedematosa. (R á s k a i D.) — Niehaus: A sebészeti tuberculososok fahéjsavval való kezelésének eredménye. (Pesthy I.) — Franke Felix: A májchococcus egy újabb kezelési módja. (Pesthy I.) — Bürkörtan. Rausch: Ép bőr színével bíró kenőcsök és pasták. (Poór F.) — Löwenbach: A lymphoma gummosum. (Poór F.) — Gallard: A

jodnak a bőrön át való felszívódása. (Poór F.) — Fitz: Verruca gyógyítása. (Poór F.) — Unna: Pulvis cuticular. (Poór F.) — Richter: Psoriasis gyógyítása. (Poór F.) — Venerés bántalmak. Karconen: Congenitalis lues. (Sellei.) — Bernheim: Tuberculosis és syphillis. (Sellei.) — Gay: Reinfectio syphilitica. (Sellei.) — Orr, torok- és gégebajok. Moszkovszki: Influenzához csatlakozó heveny Highmor-empyema. (Tóvölgyi E.) — Rupprecht: A gégetűkór elhomályosodásának megakadályozása. (Tóvölgyi E.) — Rosenberg: Egy új műszer. (Tóvölgyi E.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Az aspirin rendelésmódja. Maguire: A tüdőgümőkör kezelése formol intravenosus befejesítésével. — Folyóiratok átnézete. 183—186. l.
 Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlésére. 186. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetsége. — A természettudományi társulat. — Reichert K. — Hógyes tanár Pasteur-intézete. — Lelenczly. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikuma. — A kolozsvári egyetemi klinikák és a „Karolina orsz. kórház” betegforgalma. — Hall gyógyfürdő Felső-Ausztriában. — Elhunytak. — Hercul dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 167. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Orvostanhallgatók segélyező és önképző egyesülete.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kelle orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan?

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanár.¹

A midőn a láz orvoslása kérdését a mai napon megbeszélés tárgyává teszem: úgy vélem, nem kell a kérdés felvetése miatt mentegetődzennem. Kétségtelen, hogy jelenlegi orvoslási módszereinkkel a lázat, a fertőző betegségek ezen igen kimagasló tünetét, hathatósan befolyásolni képesek vagyunk, de még mindig távol állunk attól, hogy a láz kezelésének szükségességéről, sőt ártalmatlanságáról is megállapodott nézetet volnánk. Még csak legújabbban is a nyáron Párisban lefolyt nemzetközi orvostudományi congressusnak belorvosi szakosztályában három eltérő nézet került egymással szembe: Lépine a lázorvoslás védelmére kelt, Stokvis csakis a súlyos esetekben, ijesztő tünetek kíséretében találta alkalmazandónak, Robin ellenben teljesen elítélte a lázellenes eljárásokat a nagy hőemelkedéssel járó, súlyos fertőzésen alapuló kórállapotokban. A vélemények, ha lehetséges, még elágazóbbak a mikor a láz ellen követendő eljárás megválasztásáról van szó.

Minek tulajdonítsuk az álláspontok ezen homlokegyenest való összetűzését olyan kérdésben, a mely már oly igen sokszor volt a megvitatás tárgya és a melynek tanulmányozása nem is látszik oly igen nehéznek? Részemről úgy vélem, sőt ez meggyőződés, hogy az út, a melyen ezen kérdés megoldását eddig próbálgatták, egyáltalában nem volt alkalmas általános elfogadható eredmény elérésére. A congressusokon és orvosegyesületekben gyakran biztak meg referatummal oly, különben kiváló szakembereket, a kik csak állatkísérletek alapján tanulmányozták a kérdést, ily módon ugyan többször igen érdemes dolgozatok kelet-

keztek, de azok eredményeinek átvitele az ember gyógyítására nem volt és nem is lehetett teljesen kielégítő. A klinikai férfiak pedig a divatból kiment dogmák helyébe új dogmákat állítottak, ők is a fősúlyt az állatkísérletekre fektették, a nélkül, hogy az állatokat a lázas ember körülményei közé helyezték volna, továbbá pedig a statistika esábitó mezejére tették át a kérdést, megforgatva a számokat azon theoria szerint, a melyet épen védeni akartak, és soha, majdnem soha sem vették tekintetbe a beteg magát.

A szerzők legnagyobb része ezen kérdéstről irván, az orvostörténelem különböző időszakzaiban felmerült véleményeket bőven ismerteti, s tárgyalja ezen alapon a láz hasznos vagy káros befolyását a szervezetre és a betegségre. És, mily különös dolog! a láz kedvező befolyásának elismerése, ezen az egyszerű logikával ellentétesnek látszó felfogás, a melyet, talán hibásan, Hippokratés-re vezetnek vissza, évszázadokon keresztül, még napjainkban is uralkodik. Igaz, hogy volt egy rövidebb időszak, a midőn Jürgensen, Liebermeister és Brand megkezdték tanulmányaik közzétételét, a melyben a hyperthermiát a betegség valódi veszedelmének vették, s a súlyos szöveti elváltozásokat egyenesen az emelkedett hőmérsék közvetlen befolyásának tekintették s ezzel szemben a láz kezelését nagy energiával követelték és végezték: de a midőn csakhamar kiderült, hogy a jelzett elváltozások nem a forróságnak elmaradhatatlan következményei, újra a láz védelmére keltek a búvárok, s maga Liebermeister egy újabb közlésében régi kitűnő munkálatának legérdemesebb részeit most letagadja, kiemelve ezen közleményeinek épen azon részeit, a melyek legkevésbé voltak régen harmoniában álláspontjával. Ezen évszázados ezikkében (helyesebben évezredesnek kellene mondani, mert főleg a régi görög írókra s a középkoriakra támaszkodik) ő maga is felcsap a lázat teleologiai értelemben magyarázó táborába.

Milyen érveléssel küzdenek a láz védelme mellett a búvárok? Először is a statistikával állanak sorompóba, erre még részben

¹ Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1901. január 26-dikán tartott ülésén.

visszatérünk, felhozzák, hogy a halálozási arányszám nem változott meg, s épen nem olyan mértékben, a hogyan azt ily nagy hatóképességű szerektől, a milyenek a lázesillapítók, várni lehetett volna; sőt néhány észlelő állítja, hogy azon osztályokon, a melyeken a láz kezelését fogantatosították, még nagyobbodott a mortalitás.

Nem czéлом itt az eddig közölt s eléggé ismert statisztikai adatokat újból összeállítani, már azért sem teszem ezt, mert hiszen azon adatok sok tekintetben ellentmondók, s leggyakrabban a hasi hagymázra vonatkoznak, csak felemlitem *Brand* lelkesült iratait, a melyeket a lyoni iskola is magáévá tett, ezen adatokban a lázkezelés igen sikeresnek látszik, míg *Gläser* Hamburgban már nem nyilatkozott ily értelemben. A többi bűvár statisztikája hasonlóan eltérő eredményeiben, de a többség dicséri a lázorvoslást. Általában a hasi hagymázat tekintették ezen statisztika gyűjtésére legalkalmasabb betegségnek, véleményem szerint tévesen, mert az rendkívül ritka eset, a midőn a hagymáz fertőzés direct okozza a halálos véget, ellenkezőleg, ezen bántalomban, legalább a rendes hevességű epidemiákban, a halálos kimenet vagy traumás eredetű: bélátfúrásból, bélvérzésből, vagy másodlagos fertőzésből származik, a mely ellen természetesen a láz orvoslása sem nem véd, sem nem használ. *Lépine*-nel szemben úgy vélem, hogy a tüdőgyulladás sokkal alkalmasabb volna ezen statisztikai megítélésre, mint a hasi hagymáz, mert a pneumoniában a halált a gyulladás körülményei idézik elő s nem a szövődések. Ezen irányban azonban nem ismerek eléggé megbízható statisztikát; vagy különböző időszakoknak különböző gyógyításmóddal járó összehasonlítását adták a bűvárok (*Penzoldt*), vagy pedig s ez a gyakoribb eset, elégtelen módon végzett antipyresist alkalmaztak (pl. *Jaksch*). Ezen statisztikát tehát újra kellene összegyűjteni, főleg az orvosságos lázesillapításra vonatkozólag.

De mindezen halálozási statisztikáknak nincs nagy értéke ezen kérdésben. Ha azt bizonyítanák, hogy a láz csillapítása biztosan növeli a mortalitást, ezen esetben persze bizonyára komolyan kellene megbírálni, hogy a láz enyhítése felér-e a végkimenet nagyobb veszedelmével? Természetesen az antipyresis jó tulajdonságainak igen határozottaknak kellene lenniök, ha mi a végkimenet rosszabb eshetőségeivel szemben mégis alkalmaznánk, a mint azt a sebészek teszik bizonyos körülmények között az ő működésük terén. De mind ez ideig a végkimenet rosszabb voltának bizonyítása a legtávolabbról sincs megállapítva statisztikai vagy egyéb adatokkal. Mindazok szemében, a kik megkivánják, hogy a statisztikák ugyanazon időben lefolyt esetek összehasonlításán alapuljanak, a nélkül, hogy az esetek egy részét a vizsgáló contra-indicatio czimén különválassza, s a statistika a módszereket illetőleg is kifogástalan legyen: azok előtt kétségtelen, hogy a ma rendelkezésünkre álló adatok e tekintetben nem bizonyítanak sem a lázesillapítás ellen, sem mellette. A statisztikai adatok általános benyomása azon véleményre kelti bennünk, hogy a láz-orvoslás módszerei a halálozást lényegesen nem módosítják, talán kissé csökken a halálozási százalék; olyan megbízható számokat, a melyek az ellenkezőjét tanúsítanak, nem ismerek, tehát az eddigi adatok szerint azt nem lehet mondani, hogy ezen eljárás a betegség kimenetelét rosszabbítaná. Szívesen mondanék egyéni meggyőződésnek megfelelőleg jobbat, de nem akarok túlmenni azon, a mit a mai adatok kétségtelenül megállapítanak.

A lázesillapítás első idejében nagy számbeli eredményeket vártak a vizsgálók s azon iparkodásuk közben, hogy ezt statisztikai alapon kimutassák, oly módon választották ki — ellenjavallatok czimén — betegeiket a rendelkezésre álló anyagból, hogy már ez magában elég volt a halálozási számok megjavítására; de a lelkesedés első idejének multával a követett módszer inkább ellenkező meggyőződést támasztott azokban, a kik saját anyagukon hasonló kedvező eredményt nem tudtak elérni. Ekkor, a helyett, hogy magyarázatát keresték volna azon valóban meglepő ellentétnek, a mely a lázellenes orvoslásnak közvetlenül oly szembeszökő hatása és a végkimenetnek alig befolyásolása között van, inkább abban hagyta a klinikusok nagy része az egész eljárást, sőt gondolkodásában is visszatért a régiek teoriáira.

És mégis ezen látszólagos ellentétnek megoldása nem is olyan nagyon nehéz, csak szemünk előtt kell tartanunk, hogy az antipyresis legyőzi a lázat, de nem a betegséget, tehát, ha a

betegség jó lefolyásához nem szükséges a láz — és erre még visszatérünk —, akkor nem jogosult a halálozás megjavulását kívánnunk ezen eljárástól, hanem csak azt kell tekintenünk, hogy a betegek hogyan érzik magukat ezen orvoslás mellett vagy a nélkül. De a betegekről egyike sem, csaknem egyike sem szól az antipyresis irodalmában kiváló íróknak. A mai belorvostan inkább foglalkozik a betegségekkel, mint a betegekkel!

Ime egy nagy jelentőségű különbség a belorvos és a sebész között; ezek személyesen gyógyítják, kezelik betegüket, sokkal közelebről figyelik meg a beteg szempontjából a bántalom lefolyását, mint a belorvosok. Igaz, hogy ezen körülmény jórészt okát találja a gyógyítási módszernek eltérő voltában, azután azon egyébként igen értékes vizsgálatokban, melyeket a belorvostan az élettan és kórtan mezejéről az ember pathológiája körébe átvitt; de attól félek, ez legalább személyes benyomásom, hogy ezen tudományos törekvések közepette kissé elfelejtjük betegeinket, s gyógyítási eljárásaink kevésbé haladnak előre. Ez persze nagy veszedelem lenne nem csak a therapia, hanem a theoria tekintetében is, mert a betegekre alapított vizsgálatoknak a betegészlelésből kell kiindulniök. És semmi inkább, mint az antipyresis története napjainkban nem bizonyítja élesebben, hogy ezen veszedelem küszöbén állunk, hogy a klinikai észlelés szilárd alapja helyett a theoriai spekulálás mezejére kalandozunk. Nem a theoria ellen szólok én itt, hanem a régi philosophiai spekulálás ellen, a mely ismét kísért, az értelem ezen lenyűgöző fékje ellen, a mely alól az elmúlt század nagy férfiai és nagy eszméi szabadítottak meg s a mely a mostani reactio korszakban újra divatossá kezd válni. Néhány példa segítségével iparkodom bemutatni, hogy mennyire letértünk ezen kérdésben a tudományos módszer talajáról.

Kezdjük az állatkísérleteken, ez a leghelyesebb, hiszen a legtöbb szerző ezen kezdi. Van a kísérleteknek egy sorozata, a melyet igaz, aránylag kevés számú vizsgáló végzett, de a melyben azon meggyőződés keletkezett a kísérletezőkben — sőt ezek alapján az írók legtöbbjében —, hogy az állatok a fertőzésnek jobban ellent tudnak állni, ha azokat melegítő szekrényben tartjuk, vagy ha hőmérsékletüket más módon magasabbra beállítjuk. E czélból a kísérletezők elég különös módokhoz is folyamodtak, mint a gerinczvelő átmetszéséhez, a *Sachs-Aronsohn*-féle agyvelőszűráshoz (a corp. striatumba).

Loewy és *Richter*, a kik ezen utóbbi eljárást használták, erősen megbírálják *Walter*, *Rovighi*, *Filchne* kísérleteit, mivel ezen utóbbiak az állat testhőmérsékét melegítő szekrénybe tévés útján szabályozták és ezen módon csakugyan nem nyerhetünk a valódi láznak megfelelő hőemelkedést, ilyenkor ugyanis tulajdonképpen csak hővisszatartásról (hőpangás) lehet szó s ebben a hőképződés és hővesztés aránylagos mértéke nem felel meg a lázban észlelhetőnek. De más részről *Loewy* és *Richter* is kénytelenek bevallani, hogy az agyvelőszűrást követő hőemelkedés sem felel meg teljesen a láz fogalmának, hiszen az állatok a hőemelkedés, az agyvelő sértés daczára, ép úgy viselkednek, mint a sértetlenek, mozognak, esznek, mint ép állapotukban. Ha pedig elfogadnók az állított kedvező befolyást s azt a klinikai téren is kihasználni akarnók: természetesen csak a meleg visszatartásáról lehetne szó s így *Loewy* és *Richter*nek nincsen igaza, a midőn az előbbi kísérletezők eljárása helyébe az agyvelőszűrés mód-szerét tették.

A testhőmérséknek a lázas betegségre gyakorolt befolyása mindenesetre oly nagyfontosságú kérdés, hogy különösnek kell találnunk főleg a közlési láz mai magaslatán, hogy a jelzett dolgozatok, azaz 1896 óta újabb közlemény e téren nem jelent meg. Lássuk tehát közelebről ezen dolgozatokat, bíráljuk meg, hogy az orvosi gyakorlatnak milyen mértékben kell vagy lehet ezen kísérleti eredményeket felhasználni. A tárgy fontosságával szemben a kísérletek bizony csekély számúak és még akkor is kevésbé biztatók. *Walther* és *Rovighi* öt kísérleti sorozatban, a melyeket egyenként egy házinyúlón és egy ellenőrző állaton végeztek, azt találták, hogy a fertőzés után a melegített állatokon a betegség lassabban tört ki, az állatok azonban mind elpusztultak. *Filchne* kísérletei sem bizonyítanak többet, ezen kísérletező szerint a házinyúl fülébe oltott orbáncz kissé elkésve és nem túlhevességgel folyik le, ha az állatot 37° C-os melegítő szekrényben tartjuk. Egy ilyen melegített állat gyógyulása után visszaesett bajába. De

ugyanazon szerző hasonló kését észlelt a bántalom kitörésében, mint a többi kísérletező is, ha az állatot, a helyett, hogy melegíté, 1–2° C. hőmérsékletű levegőkörben tartotta; az orbáncz mindezen esetekben hevesen előállott, mihelyt az állatot szoba-hőmérsékletre vitte át. *Loewy* és *Richter* kísérleti jegyzőkönyveik szerint kilencz próbát tettek a pneumococcusokkal. Ezen kilencz kísérlet közül hármát kizárnak, mert szerintük azok nem sikerültek, a sikertelenség okát nem mondják meg s azt lehetne gondolni, hogy azok eredménye nem felelt meg annak, a mit bizonyítani akarnak.¹ A hat további kísérletben a melegített állatok néhány órával túlélték az ellenőrző és hasonlólag fertőzött állatot, sőt kettő el is kerülte a halált. Más fertőző anyagokkal végzett kísérletek kevésbé feltűnő eredménnyel végződtek, de a kísérletekről nyert általános benyomás azt látszott tanúsítani, hogy azon körülmények, melyekbe az állat a műtétel folytán jutott, visszatartják a betegséget, sőt az néha nem is kap lábra.

Nem lehet ezen dolgozatokból végleges és döntő következtetéseket levonni, ezen célra mind a kísérletek, mind a kísérletezők száma túlságosan csekély, de teljesen kétségtelennek látszik előttem, hogy *Loewy* és *Richter* végső következtetése, t. i. hogy a test hőemelkedése kedvező volna állatokon a fertőző bajok lefolyására, túlmegy a kísérletekből vonható tételre. Az állatok hőmérséke, dacára a fertőzésnek és az agyvelőszűrásnak, a mint azt a néhány közlött hőmérési adat tanúsítja, alig 1–2° C-sal volt emelkedett s alig 1° C-sal több, mint a fertőzött, de agyvelejében sértetlen ellenőrző állaté. Ha ezen hőemelkedést láznak akarjuk nevezni, csupán igen csekély lázról szólhatunk. De tovább kutatva azt találjuk, hogy *Dochmann*, *Hildebrandt*, *Zeehuisen* kísérleteiből kiderül az állat melegítésének igen szembetűnően védő hatása a curarával, a ferment-intoxicatioval, sőt az alkaloidakkal szemben is. Lehet-e ezen hatásokat egyszerűen a hőmérséklet emelkedett voltának betudni? Nincsenek ezen körülmények között a szervezetben más változások is jelen? Kétségtelen, hogy sem a melegítés, sem az agyvelő-szűrás nem hozza valódi lázba az állatot és hogy mindezen kísérletekből egyáltalában nem következik, hogy a láznak gyógyító hatása volna általában a lázas betegségekre, vagy azok egyik alakjára. *Lépine* és *Lyonnet* azt is kimutatták, hogy elégséges ezen kísérletekben egyetlen szervet melegíteni, így pl. a midőn a lépet melegítették külön, az állat a toxinokkal szemben az előbbi kísérletekéhez hasonló ellenállást tanúsított, dacára annak, hogy az állat testhőmérséklete a kísérlet folyamán inkább a rendes alatt maradt. Talán a vasomotoros beidegzés megváltozása kísérleti némiképen a toxinok hatását, de a végeredmény mindazonáltal aligha változik meg; a néhány gyógyulásnak vett kísérleti eredmény, tekintve a kísérletek kis számát, bizony a véletlen játéka is lehet. A legtöbb még, a mit ezen kísérletekből következtetni lehetne, az csak annyi, hogy a test valamely módon való felmelegítése a fertőzésekkel, mérgezésekkel szemben megóvó, praeventiv hatással bír, mielőtt a szervezetben még a toxinhatás megindult volna.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti Irgalmaskórház fogászati osztályából. (Főorvos: Antal János dr.)

Adatok a caries dentium gyógykezeléséhez.

Antal János dr.-tól.

A caries dentium (fogszuvasodás) helyes gyógykezelésének egyik legfontosabb kelléke, hogy a cariosus fogállomány eltávolítása után a fogban létrejött üreg (cavitas) a tömőanyag bevitele előtt teljesen tiszta, vagyis asepticus legyen. A fogüregnek asepticus tételére használnak is már régóta különböző antisepticumokat, de nem mindig teljes eredménnyel. És ép ezen eredménytelenség, hogy t. i. antisepticum alkalmazása dacára is fellépett gyakran és néha elég gyorsan a tömés elkészítése után caries recidiva, szülte ama különböző, sokszor homlokegyenest ellenkező vélemény-

¹ Ezen három eseten kívül még egy jelentékeny számát kísérleteknek (62 közül 23-at) már előzetesen kizárták, okul „a culturák elégtelen virulensségét, véletlen sértést, a sérülés másodlagos fertőzését” hozva fel, mindezek még nehezebbé teszik a sikerültnek mondott kísérletek kellő megbíráását.

nyeket, melyek e téren még most is uralkodnak. Hisz elég gyakran hallani gyakorló fogorvosoktól ama nézetet hangoztatni, hogy elegendő a cariosusan megbetegedett fogállomány müleges eltávolítása, antisepticum használata a tömés elkészítése előtt pedig teljesen felesleges. Pedig a kik így vélekednek, azoknál az antisepticum alkalmazása dacára fellépett caries recidiva arra vezetendő vissza, hogy vagy helytelenül alkalmazták az antisepticumot, vagy pedig oly szert használtak antisepticumként, a melynek tulajdonképen antisepticus hatása nincs.

Ama kérdésre, hogy antisepticum alkalmazása a tömés elkészítése előtt egyáltalában szükséges-e, megfelelt *Miller*: „Über die Schnelligkeit mit welcher verschiedene Antiseptica in das Zahnbein eindringen, resp. dasselbe sterilisieren“ (Verhandl. d. deutschen odontolog. Gesellsch. 1891) című munkájában elég világosan:

„Die Fortschritte der letzten Jahrzehnte in Bezug auf die Aetiologie der Caries und auf die Physiologie derjenigen niederen Lebewesen, die als Bakterien bezeichnet werden, haben uns gelehrt, dass dieses Verfahren seine volle Berechtigung hat. Wir wissen, dass viele Bakterien ihre Lebensbedingungen unter Luftabschluss vollkommen erfüllt finden; wenn wir daher beim Excavieren einer zur Aufnahme einer Füllung bestimmten Höhle selbst nur Spuren von erweichtem Zahnbein zurücklassen und dieselben nicht gründlich sterilisieren, so wird selbst eine luftdichte Füllung das Fortschreiten der Caries in den schon erweichten Partien nicht verhindern können. Ganz besonders in solchen Fällen, wo wir absichtlich cariöses Zahnbein am Boden der Höhle zurückgelassen haben, um das Freilegen der Pulpa zu verhüten, ist es absolut nothwendig, eine vollkommene Sterilisation desselben vor dem Einlegen der Füllung herbeizuführen, da wir sonst gar keine Garantie haben, dass das erweichte Zahnbein nicht zerfallen wird, oder dass nicht durch die in demselben vorhandenen Bakterien eine septische Entzündung der Pulpa veranlasst werden kann.“

Nagyon természetes is e felfogás, csak egybe kell vetnünk két körülményt, 1. hogy a caries dentium infectiosus betegség, mit bakteriumok idéznek elő erre alkalmas talajon, t. i. erjedési savak által felpuhított fogállományon, 2. a fogállomány szöveti szerkezetét, mely azt mutatja, hogy a fog belsejében lévő pulpa-ürből sugárirányban haladnak számtalan vékony csatornácska alakjában az ugynevezett dentinesatornácskák a cement-, illetve zománcrétegig, sőt azok némelyike még magában a zománcrétegben is követhető.

A caries dentium tovaterjedése a dentinesatornácskák mentén pedig oly tapasztalati tény, mit minden bakteriológiával is foglalkozó stomatologus megerősített.

Ezek után pedig nyilvánvaló, hogy eltávolíthatjuk ugyan fúróval vagy más erre alkalmas eszközzel az elszinesedett, tehát makroszkopikusan cariosusan elváltozott dentinréteget, de nem tudjuk eldönteni azt, hogy ezen felpuhult és elszinesedett réteg eltávolítása után a visszamaradt egyszínű kemény dentinréteg asepticus-e vagy már inficiált réteg-e.

Scheff, *Miller* és mások ugyan gyönyörűen leírták a caries dentium fejlődésének útját, a keletkező különböző rétegeket, és ha ezen vizsgálatok alapján eltávolítanók a cariosus rétegeket a zona transparensig, úgy körülbelül biztonsággal állíthatnók, hogy az összes inficiált rétegeket eltávolítottuk; csak hogy a zona transparent biztonsággal csak ezen célra alkalmasan készített metszeteken látjuk minden esetben, a szájban levő fogakon azonban a zona transparens nem ismerhető fel mindig, sőt mondhatjuk inkább csak mellső fogakon, hátsókon azonban ritkán.

Hasztalan távolítottuk el tehát a makroszkopikusan felismerhető cariosus fogállományt, ha a fogban visszamaradt dentinesatornácskák már inficiálva vannak; vagyis ha nem aseptikus a fogüreg a tömés elkészítése előtt, a caries recidiva fellépése csak idő kérdése lehet.

Hogy a fogüregbe alkalmazott antisepticum mennyiben képes hatást kifejteni, azt már *Miller* tanulmány tárgyává tette. Ő extra-hált fogakon különböző kísérleti methodusokkal iparkodott kimutatni, hogy különböző szerek, mint a sublimát, carbol, zinkchlorid, jodtrichlorid stb. mennyiben és mily rövid idő alatt képesek cariosus dentindarabokat sterilizálni. Kísérletei eredményeként azt találta, hogy 5%-os jodtrichloridoldat leghatásosabb, azután következik a higanybichlorid, továbbá a hydrogensuperoxyd, mely

ntóbbi azonban csak felületesen hat. Ezt Miller úgy magyarázza, hogy a cariosus dentinben levő ródhadási termékek (Fäulnisproducte) behatására felbomlik a hydrogensuperoxyd, mi által éleny lesz szabaddá, mely elszabadul és csak víz marad vissza. A felső rétegeket ilyenkor az éleny desiniciálja, de a mélyebb rétegekben, melyek csak vízzel lettek átitatva, nem észlelhető antiseptikus hatás. Legrosszabb eredményeket látott az illó olajoktól. 16 eset közül, midőn a fogak $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{3}{4}$ órán át feküdtek különböző illóolajokban, egyetlen egy eset sem volt, hogy nem talált volna ezen idő után élő bakteriumokat a cariosus fogállományban.

Miller kísérleteinek eredményét következőkben összegezi: 1. Hogy a cavitas teljesen sterillé legyen, szükséges, hogy az antisepticumot hosszabb időn át legalább $\frac{1}{2}$ —1 órán át hagyjuk az üregben. 2. Legjobb eredményt látott könnyen oldható anyagoktól.

Legjobbnek találta a jodtrichloridot, de erősen savi reactioja miatt nem tartja alkalmazhatónak; ajánlja továbbá a higanyt 5%-os oldatban, de tekintve elszinesítő hatását, csak hátsó fogaknál.

Fontosnak tartja továbbá Miller, hogy az antisepticumot vivő vattagombolyag jól át legyen itatva az antisepticummal, mert csak így juthat a mélyebb rétegekbe.

Miller ezen tanulmányai sok értékes dolgot eredményeztek, de azon kérdést, hogy az antisepticumok a mélyebben fekvő dentinrészeket mennyiben teszik aseptikusá, nem tisztázták. Miller ugyanis nem antisepticumokkal, hanem causticumokkal kísérletezett, a mennyiben ő a sublimatot, carbolt, zinkchloridot stb. oly tömény — 5%-os usque telített vizes — oldatokban használta, hogy ezek, mint causticumok hatottak. Sterillé tették ugyanis a legfelső rétegeket, melyekkel legelőbb érintkeztek, de ugyanekkor, mint a causticumok rendesen, minden élő fehérjét holt fehérjévé változtattak és épen ezen kicsapott fehérje a dentin-esatornában azután útját állotta, hogy az antisepticumok a mélyebb rétegekbe is eljussanak.

Miller itt ugyanazon tévedésbe esett, mint a legtöbb szerző, kik antisepticum helyett causticummal kísérleteztek.

Ezek után már most mily tulajdonságokkal kell birnia azon szernek, mely a fogállomány mélyebb rétegeinek sterillé tételére alkalmas legyen a nélkül, hogy egyébként káros mellékhatásokkal legyen a fogra, illetve annak részeire.

1. Legyen a szer oly erős antisepticum, mely megöli nemcsak a bakteriumokat, hanem azok spóráit is.

2. Ne legyen a szer caustikus hatású; mert ha causticum, akkor a dentinesatornáskákban vele érintkező fehérjét kicsapja, ez által megakadályozza a szer diffundálását és így a mélyebb rétegek desiniciálását. Pedig épen ezen mélyebb rétegek sterilitása a legfontosabb a pulpára való tekintetből.

Ha pedig a caries már nagyon előhaladott stadiumban van és már csak nagyon vékony dentinréteg választja el a cariosus üreget a pulpától, úgy hogy a causticum a rövid dentin-tubulusokon át a pulpára is eljuthat, akkor a szer a pulpára is kifejti caustikus hatását, a mennyiben annak vitalitását tönkreteszti, a mi pedig homlokegyenest ellenkezik a conservatív fogászat feladatával.

Árkövy „Über die Pathologie und Therapie der Caries profunda“ című munkájában (Öst-Ung. Viertelj. 1897.) utal ama fontos körülményre, hogy a korrall másodlagos dentinképződés folytán a cavum pulpae kisebbedik, a pulpa felett levő dentinréteg pedig ennek megfelelőleg vastagodik. Fontos ez különösen fiatal egyéneknek, hol nagyon előrehaladott cariesnél az érzékeny pulpa közelsége miatt a tökéletes excaválás kivihetetlen. Ily esetekben kiválóan fontos az antisepticum helyes megválasztása és hogy az ne legyen maró hatású; mert utóbbi esetben az diffundálva a már nagyon vékony, felpuhult dentinrétegen a pulpára jut, annak vitalitását tönkreteszti, mivel egyúttal megszűnik a másodlagos dentinképződés lehetősége.

3. Ne támadja meg a fog csontállományát.

4. Az antisepticum könnyen oldható anyag legyen, mert csak így lesz képes a dentinfibrillákban diffundálni.

5. Az antisepticumnak ne legyen elszinesítő hatása, kosmetikus szempontból.

6. A szer ne legyen köhögésre indító, undorító szagú.

Csak azon szer, mely a fent vázolt tulajdonságokkal bir, felel meg teljesen feladatának és lesz képes a dentin mélyebben fekvő rétegeit sterilizálva, a cavitást aseptikusá tenni.

A következőkben vizsgáljuk meg, hogy az egyes antisepticumok mennyiben felelnek meg a fenti követelményeknek; a sorrendben Husemann: Handb. d. Arzneimittellehre III. kiadásához tartottam magamat:

Ozon, nagyon nehezen alkalmazható, különben is erősen szúrós szagú, könnyen elillanó gáz.

Hydrogenium hyperoxydatum. Mint Miller kimutatta, csak felületesen hat, mélyebb rétegekben hatástalan.

Acidum sulfurosum. Fojtó szagú gáz.

Chlorum (Aqua chlori). Irrespirabilis gáz.

Calcium hypochlorosum. Chlorozagú. Vízben tökéletlenül oldódik. Víz jelenlétében sósav képződik ($Cl_2 + H_2O = 2 ClH + O$).

Kalium chloricum. Antiseptikus hatása gyenge.

Bromum. Irrespirabilis. Híg oldatban is sárgára festi a fogállományt.

Jodoformium. Átható büzös szaga miatt fogászati czélokra alkalmatlan.

Acidum fluoricum. Rendkívül maró, irrespirabilis gáz.

Acidum boricum, *Natrium boracicum* és *Liquor ammonii acetici* antiseptikus hatása gyenge.

Ferrum sulfuricum. Antiseptikus hatása nagyon gyenge, a fogállományt barnára festi.

Kalium hypermanganicum. Antiseptikus hatása gyenge, a fogállományt barnára festi.

Carbo ligni pulveratus. Oldhatatlanságánál fogva nem diffundál.

Acidum carbolicum. Egyike a legelterjedtebb szereknek, melyek fogüreg sterilizálására jelenleg használtatnak. Alkalmazása pedig nagyon helytelen. Vizes oldatainak usque 5%-ig antiseptikus hatása alig van. Tömény spirituosus oldatai pedig csak causticumként hatnak.

Acetum pyrolignosum. Barnás színű, eczet- és kátrányszagú folyadék. Hatása mint a carbolé. Ugyanez áll a *creolinról* és *lysolról*.

Resorcinum. In substantia maró, antiseptikus hatása gyenge.

Kresotum. Kellemetlen szagú, égető ízű. Hatása mint a carbolé.

Thymolum. Jó antisepticum, caustikus hatása nincs. Vízben nehezen, zsíros olajokban könnyen oldódik.

Acidum salicylicum. Vízben nagyon nehezen oldódik, helybelileg maró hatású.

Natrium salicylicum. Antiseptikus hatása gyenge.

Salol. Vízben csaknem oldhatlan, antiseptikus hatása mint a natrium salicylicumé.

Acidum és natrium benzoicum. Antiseptikus hatása nagyon csekély.

Naphthalinum. Kátrányszagú, vízben nem oldódik. Antiseptikus hatása gyenge.

Naphtolum. Hatása mint a naphthaliné.

Illó olajok. Antiseptikus hatásuk gyenge; helybelileg izgatók.

A causticumok közül egyedül a sublimat említhető fel mint oly szer, mely még oly nagy dilutióban is, midőn már elvesztette maró hatását, még mindig bir antiseptikus hatással. Nagy mértékben elszinesítő hatása folytán azonban alkalmazása csak hátsó fogakra szorítkozhatik.

Összehasonlítva a felsorolt antisepticumokat, azt látjuk, hogy valamennyi közül a *thymol* felel meg leginkább azon követelményeknek, melyeket a fogállomány sterillé tételére szolgáló antisepticumtól megkívánunk.

A *thymol* ugyanis kitünő antisepticum, nem bir caustikus hatással, nincs káros hatással a fog csontállományára, nem kellemetlen szagú és nem színesíti el a fogat. Egyedül oldódási viszonyai nem a legkedvezőbbek, a mennyiben vízben csak nehezen, ellenben jól oldódik zsíros olajokban. Utóbbi tulajdonságánál fogva azonban, mint azt később látni fogjuk, teljesen jól használható, czélunknak tökéletesen megfelelő antisepticummá lesz.

A *thymol* a fogászatban antiseptikus czélokra már többen ajánlották. Így Heller Th. (Oest.-ung. Viertelj. 1896.) „Ein Beitrag zur Theorie der Wurzelfüllung“ című munkájában következőképen nyilatkozik: „Bei Pulpitis acuta superficialis genügt es vollständig die sorgfältig excavirte Höhle durch 24 Stunden in einem temporären antiseptischen Verband zu belassen und hinter-

her kunstgerecht definitiv zu füllen. Als Antisepticum für den provisorischen Verband erscheint mir *Thymol* als das vortheilhafteste Mittel.“

Söderberg Th. (Dental Cosmos 1895.) a pulpaamumificatoról értekezve, a *thymol*t ajánlja mint antisepticumot igen kedvező eredménnyel pulpaamumificationál.

Martens (Virchow's Archiv CXIII.) megvizsgálta az antisepticumok desinfiáló hatását a staphylococcus pyogenesre (aureus et albus) és azt találta, hogy a tiszta jód után a *thymol* leghatásosabb, a mennyiben az eredmény 1:5000, holott a sublimatnál, argentum nitricumnál csak 1:1000, az acid. carbolieumnál 1:25.

A *thymol*nak 1:1000-re vizes oldatát nem tartottam elegendő töménységnek, vízben való nehéz oldhatóságán tehát úgy segitettem, hogy *oleum amygdalarum dulciummal* készítettem 1%-os oldatot. Ez által oly tömény és egyúttal jól diffundáló oldatot nyertem, mely minden követelménynek megfelelt.

Hogy a *thymol* 1%-os olajos oldata tényleg sterilizálja-e a mélyebben fekvő dentinrétegeket, arról következő kísérlet útján győződtem meg: Cofferdam alkalmazása mellett fűrő segítségével eltávolítottam a cariesben szenvedő fogból a cariosus részeket; azután 1%-os thymololdatba mártott vattagombolyagot tettem a cavitas fenekére, rá száraz vattát és elzártam az üreget Fletscher-féle artificial dentinnal. 24 óra múlva, szintén cofferdam alkalmazása mellett eltávolítottam a záró kötést, steril eszközzel a thymolos vattagombolyagot és steril excavatorral lekapartam a cavitas fenekéről kis dentinrétegeket és ezeket részben agar-agar-lemezre, részben bouillonba tettem. Két napi megfigyelés után sem láttam bakteriumfejlődést az agar-agaron, sem a bouillon megzavarodását nem tapasztaltam és így bizottsággal felvehető, hogy a thymolkötés alkalmazása után a visszamaradt dentinállomány steril. Ezen kísérletet több ízben ismételtam, mindig hasonló eredménnyel.

Mindezek után caries dentium gyógykezelésénél a felpuhult és elszínesedett fogállomány müleges eltávolítása után a cavitas aseptiussá tételére a *thymol* 1%-os oldatát, *oleum amygdal. dulc.-ban* oldva, ajánlom.

Súlyt fektetek arra, hogy az antiseptikus kötés hosszabb időn, lehetőleg 24 órán át alkalmaztassék és hogy a *thymol*t vívő vattagombolyag a szerrel jól át legyen itatva.

Caustikus mellékhatás ki van zárva. A kötés eltávolítása után a tömés elkészítése előtt a cavitást aether sulfuricussal jól kitöröltem, hogy így olaj ne maradjon vissza a cavitas falán, mi a tömőanyag odatapadását megnehezíthetné. A zárókötés semmi esetre sem mastixba mártott vattával, de még fehér guttaperchéval sem eszközözendő, mert utóbbinak a nyálban való könnyű oldhatósága ép a cavitas szélén, hol sokszor legvékonyabb a guttapercharéteg, érvényesül legelőbb és nyit újabb kaput az infectionak. Legezészerűbb a záró-kötést Fletscher artificialdentinjével, vörös guttaperchéval vagy tömésre használtatni szokott ezementtel eszközölni.

A gégegümökörről.

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Folytatás.)

Magenan statisztikai adatai azonban ellene mondanak e feltevésnek, miután 400 betege közül mindössze csak 26 mutatott egyoldali elváltozást, a kétoldali gégegümökörosak közül 22-nél a megfelelő, 39-nél pedig épen az ellenoldalon volt a gümökór nagyobb fokban kifejlődve. *Jolly* viszont 200 beteg vizsgálata alapján 65 százalékban állapította meg a lateralis correspondentiát.

Épen ilyen eltérők egymástól a többi szerzők tapasztalatai is és hogy a zürzavar még nagyobb legyen, saját szerény vizsgálataimat is megemlíthetem. 175 gümököros betegem közül mindössze 7 betegnél volt a folyamat egyoldali, 12-nél ellenoldali, 93-nál vagy a gége vagy a tüdő mindkét oldalán nagyobb fokban meg volt támadva. (A többi 63 beteg gégejében elváltozást nem találtam.)

Ily egymásnak ellentmondó statisztikák alapján e tünet léte vagy nem léte nem értékesíthető sem az egyik, sem a másik irányban.

Dolkowsky ama felfogásnak hódol, hogy a gümökört a tüdővést kísérő idült hörggyulladás folytán a basalis membrana alatt összegyülekezett fehér véresejtek hurezolnák tova a gége szöveteibe.

Teljesen egyedül álló *Liebermann* nézete, a mely szerint a fertőzés a vagus rostjai közvetítik. A szerzők másik és hozzá tehetem jóval nagyobb csoportja azon a véleményen van, hogy a gégegümökört a beteg tüdőből távozó bacillusokkal telt köpet hozza létre. E nézetnek hódolt már *Sylvius* is, majd utóbb *Louis*. *Klebs*, *Gottstein* vizsgálataik alapján kimondották, hogy a gümököros folyamatnál a gége azon részletei betegszenek meg legelőször, a melyek a köpettel leggyakrabban érintkeznek.

Fischer már ezelőtt 15 évvel hangsúlyozta, hogy a gégetuberculosis gyógyulása azért sokkal kedvezőbb, ha a fennálló tüdőbaj esetleg megállapodik, miután a tüdősecretio megszüntével a gége a folytonos és újlagos fertőzéstől felszabadul.

Az olyan beteg is, kinél tracheotomia végeztetett, gyorsabban gyógyul, mivel a köpet ez esetben nem a gégen át, hanem a tracheotomia nyílásán távozik.

Fischer szerint a gégebaj annál hamarabb kifejlődik, minél rosszabb az általános állapot, minél több a köpetben a Koch-féle bacillus, függ azonkívül a köpetnek a gégeében való időzésétől és a gége esetlegesen fennálló hurutjától.

Kafemann úgy vélekedik, hogy a tuberculosis bacillusa a nyálmirigyek kivezető nyílásain át vándorolnak mélyebb rétegekbe, ugyanezen nézetnek adott kifejezést ezelőtt két évvel *Jobson-Horne*, míg *E. Fränkel* a fertőzés ily módon való létrejvetelét soha nem tapasztalta (*Schech*).

A köpetfertőzés nézetét vallják azonkívül *Schrötter*, *Bolinger*, *M. Schmidt*, *Bresgen*, *Strassmann*, ez utóbbi a mandolákban talált miliaris tuberculomokat is az ez úton létrejött infectio következményének tekintí, miután azonban úgy a garat, mint a nyelvmandolákon is majdnem mindig előfordulnak kis felhámhiányok, fel kell vennünk, hogy a fertőzés csupán akkor jöhet létre, ha a szájban élősködő mikrobák bizonyos kedvező körülmények között igen megsaporodva, a tuberculosis megtelepedését megkönnyítik. (*Michelson*.)

Orth azt állítja, hogy a gégeében gyakorta előforduló mechanikus behatások folytán, főleg ha a nyálkahártya ellentállása is megcsökken, a gümökór megtelepedése igen meg van könnyítve.

M. Schmidt, úgyszintén *Fischer* néhány esetben a gümököros processusnak egyik hangszálagról a másikra való átterjedését is tapasztalták.

Koch, *Cohnheim*, *Cornet*, *Berger* stb. hangsúlyozzák, hogy a gümökór a legtöbb esetben aërogen úton jön létre, azaz más szavakkal, a levegővel beszívott csirok fertőzik meg a szervezetet. Ha ezt, mint jelenleg már megdönthetetlen tény felvesszük, mennyivel inkább felvehetjük, hogy a fertőző csirokkal telt és a nyálkahártyával közvetlen érintkező köpet hozza létre a gégegümökört, annyival is inkább, miután a gégegümökór is létrejöhet aërogen úton, mint azt a primaer gégephthisis esetei bizonyítják. E helyen azonban újlag meg kell állapodnunk kissé, miután még máig is akadnak egyes szerzők, a kik a primaer gégegümökór előfordulását tagadásba veszik.

Baumgarten szerint oly esetek hol a gégebajon kívül más szervek manifest tuberculosisisa nem található fel, tényleg előfordulnak, de hogy a gégegümökörnak szigorúan localizált primaer alakjai is léteznének, ez nagyon kérdéses. Ugyanezen a véleményen van *Mackenzie*.

Kruse 742 tüdővésztes beteg közül 123-nál talált egyidejűleg gégegümökört is, azonban az utóbbi esetek között egy sem volt olyan, a hol meg lehetett volna állapítani, hogy a tuberculosis a gégeében vette kezdetét.

Magától értetődik, hogyha egyszer már a tüdő is meg van támadva, ama kérdésre, hogy a folyamat honnan indult ki, megfelelni igen nehéz, sőt bizottsággal nem is lehet. Hogy a primaer gégegümökörnél sokan máig sem hisznek, annak a diagnózis nehézségei mellett még egy más oka is van, még pedig, hogy igen ritkán fordul elő, sokkal ritkábban, mint akár a tüdő, a bél avagy a nyírkmirigyek elsődleges gümökörtje.

A gége ugyanis nagyon sok védelmi eszközzel rendelkezik. Egy egészséges gége csillóhámja gyorsan kiküszöböli az aránylag lassan szaporodó gümöbacillust (Koch), ugyanezért hasonló

szerepe van ebben a felfelé húzó és köhögés segélyével eltávolító nyáknak is (Cornet), azonkívül önmozgással nem bíró micro-organismuskok behatolását *Michelson* szerint a leucocyta is megakadályozzák.

Csupán a gége localizált, kétségtelenül gümőkóros esetekről számolnak be *Dehio*, *Demme*, *E. Fränkel*, *Progrebinszky*.

E kérdés kapcsán e helyen egy érdekes esetről számolhatok be.

1899. márczius hónapjában egy már másfél év óta kiterjedtebb gümőkórban szenvedő collega került a kezelésem alá. Miután a tüdővizsgálat épen úgy, mint a gégetükör is, a szervek nagyfokú elroncsolódására mutatott, azonkívül a beteg részint a nagy nyelési fájdalmak, részint az étvágytalanság következtében csak hiányosan táplálkozva, rohamosan hanyatlott, megmentéséről már nem lehetett szó. Két heti sedatív kezelés mellett a dysphagia mégis annyira esökkent, hogy a tápfevétel nem okozott nagy fájdalmakat, midőn is a beteg öt ápoló nejevel együtt haza utazott és nemsokára el is halt. Pár hét elteltével özvegye újból felkeresett és rekedtségről, valamint nagy nyelési fájdalmakról panaszkodott. A gégetükör a duzzadt, lobos arytaenoid porczok között egy lencsényi, piszkos-szürkés sarjakkal körülvett fekélyt mutatott. A tüdővizsgálat úgy ekkor, mint a betegség további folyamán semmi rendellenességet nem szolgáltatott. Beteg csak reggelenként köhögött keveset és köpetet egyáltalán nem ürített.

Három heti tejsavval és phenolum natrio-sulfuricummal végezett esetelésre a sarjak eltűntek, a fekély begyógyult és ez időtől fogva a több hónapig tartó állandó megfigyelés alatt a gége gyógyultnak volt mondható.

Habár ez esetben sem mondhatjuk ki határozottan, de a legnagyobb valószínűséggel egy elsődleges gégegümőkört vehetünk fel, annyival is inkább, miután az erős, kifejtett mellkassal bíró beteg családjában soha senki a tüdővészre hajlamot nem mutatott. Felvehető, hogy a gége nek egy előzetesen esetleg fenálló kisebb fokú hurutja a fertőzés létrejövetelét megkönnyítette, de ettől is eltekintve, a férje részéről, ki rengeteg váladékot ürített, oly intenzív fertőzésnek volt folyton kitéve, hogy a gümőkór elvégre is a gégeben megtelepedett.

Kafemann a legutóbbi königsbergi gyűlésen oda nyilatkozott, hogy ha tekintetbe vesszük *Bollinger* vizsgálatait, ki az emberiség 40–50%-ában kimutatta a gümőkór jelenlétét, úgy a klinikai megfigyelések alapján soha sem mondhatjuk ki a primaer gégegümőkór diagnózisát. Szerző nézetét teljesen osztom szerény magam is és épen ezért ismétlem, hogy ez imént ismertett esetben nem bizossággal, de a körülmények folytán nagy valószínűséggel az elsődleges gégegümőkört veszem fel.

Abból a feltevésből kiindulva, hogy a köpetfertőzés nézetének alapján az oly tüdővész betegeknek, a hol az egyszersmind bő váladék a gégeben relative hosszú ideig stagnál, a gégebántalomnak valószínűséggel kifejezettebbnek kell lennie, mint azoknál, a hol a váladék a köhögéssel gyorsan eltávolíttatik, a gümőkóros betegek egy nagy csoportját arra nézve vizsgáltam, hogy nagyobb fokú tüdőbaj eseteiben minő viszonyban állanak a gégeben található elváltozások a köhögési rohamok nagyságával és gyakoriságával?

Mindjárt e helyen előre becsátom, hogy lehetőleg igyekezzem az ily statistikákkal rendszerint járó tévedéseket elkerülni és azon betegeket, kik a legtávolabbról is határozatlan avagy homályos válaszokat adtak, nem vettem be a táblázatba, úgyszintén azokat sem, a kiknek a köpetében a gümö bacillusait felfedeznem nem sikerült. Szándékom volt csupán a biztos körismével bíró és a köhögést illetőleg lehetőleg extrem eseteket kiválogatni, hogy a netalán előforduló különbségek annál feltűnőbbek legyenek. Így történt, hogy az átvizsgált 250 beteg közül mindössze 165 betegről számolhatok be. (l. a táblákat.)

Az eredmény tehát a következő:

A 165 beteg közül 81-nél a baj kezdete óta folyton erős köhögési rohamok voltak jelen. Ezek közül 35 betegnél a gégeben, az esetleges anaemiát leszámítva, elváltozások nem voltak találhatóak, kisebb fajta hurutos elváltozás (az interarytenoid táj tel-

A tüdőbaj nyilvánulásának kezdetétől nagyfokú köhögési rohamok.

A tüdőbaj időtartama	Anaemia laryngis	Sine morbo laryngis	Arytaenoiditis min. grad.	Laryngit. diff. chronica	Laryngitis tub. (granulationes interarytaen. ulcus tubercul.)
1 év	15	9	14	9	2
5 éven belül	7	—	7	5	2
5—10 év között	2	1	1	2	—
10—20 év között	—	1	—	2	2
	35		40		6
Összesen 81 beteg.					

A tüdőbaj nyilvánulásának kezdetétől gyenge és kihagyó köhögés.

A tüdőbaj időtartama	Arytaenoiditis et chondritis	Laryngitis tubere. (granulationes interarytaen.)	Laryng. tub. (chondritis ulcerosa)	Laryng. tub. (perichondritis)
1 év	24	11	13	4
5 éven belül	7	8	10	—
5—10 év között	1	2	1	—
10—20 év között	—	2	1	—
	32		52	
Összesen 84 beteg.				

jesen érintetlen volta mellett) 40 betegnél és gümőkóros elváltozás csupán hat esetben fordult elő.

A további 84 betegnél a köhögés igen gyenge volt és csak hosszú időközökben pár napig állott fenn. Ezek közül 32-nél hurutos elváltozások, 52-nél pedig kifejezett gümőkóros folyamat volt a gégeben található, olyanra azonban az utóbbiak közül egyre sem akadtam, kinél a gége teljesen érintetlen lett volna.

Hogy magamat mindenféle esalódástól a legtávolabbról is megkíméljem, a pontos anamnesist mindig a gégevizsgálat előtt vettem fel, nehogy esetleg azon vád érhessem, miszerint a beteg bemonadását valamely irányban, habár önkaratomon kívül elferdítettem.

Az első következtetés, mit e vizsgálat alapján vonhatok, megerősítése ama ténynek, hogy a gégegümőkór rendszerint a köpetfertőzés következménye, miután mindazon esetekben, hol a köpetnek a gégeben való veszteglése csak rövid ideig tartott, azaz a váladék az erős köhögéssel gyorsan eltávolíttatik, aránytalanul kevesebb esetben és sokkal kisebbek voltak az elváltozások, mint ott, hol a hiányos köhögés következtében a gége nyákhártyája állandóan váladékkal volt fedve.

Hajlandó vagyok továbbá felvenni, hogy ennél fogva épen e kitűnő védelmi eszköznek, a köhögésnek, azaz a köhögés fokának tulajdonítandó főleg, hogy miért támadja meg a gümőkór az egyik géget hamarabb, mint a másikat és miért maradhat egy különben évtizedeken át tüdővészben szenvedő egyén gégeje ment minden betegségtől.

Mindazonáltal a másik túlságba sem akarok esni. Nem tagadható, hogy a gégegümőkór létrejövetelénél más oly kártékony behatások is szerepet játszanak, a melyeknek az egyén már esetleg hivatásánál fogva is ki van téve. Épen úgy a szesz ital, nagyfokú dohányzás stb. is károsan hatnak. De viszont nem hagyhatom figyelmen kívül azt sem, hogy az általam vizsgált egyének közül is sokan már öt évtől egész húsz évig terjedően tüdőbetegek voltak, a hol tehát teljesen kizártnak vehető, miszerint egy vagy más kártékony behatás ne érte volna a géget oly hosszú idők folyamán. Hogy ez egyének mégis megmenekültek a gége-

gümőkór veszélyétől, az az idejében beálló köhögésnek volt a legnagyobb valószínűség szerint köszönhető.

Különösen hangsúlyozom e szót, hogy idejében. Igen sok esetben a beteg épen azon kezd a panaszait, hogy köhögése túl erős, kínzó. A további kérdéseknél azonban kiviláglik, hogy míg az egyén már évek óta szenved tüdőbajban, a köhögési rohamai csupán az utóbbi pár hónap óta állanak fenn. Ha azután az ily betegek gégejében nagyobb fokú elváltozásokat találunk, azok nem úgy értelmezendők, hogy ime dacára a nagy köhögésnek, a gége mégsem lett megkímélve a gümőkóros processustól, hanem úgy, hogy minekutána a gégejében a gümőkóros elváltozások kifejlődtek egy bizonyos fokig, az ennek folytán előálló izgalom idézte elő a köhögési rohamokat.

Egy másik következtetés, mi önkéntelen folyik az elsőből, hogy a legnagyobb hibát akkor követjük el, mikor a tüdővészések köhögését a különféle csillapító szerekkel minden áron elfojtani igyekezünk.

Azon esetekről, hol a köhögés oly nagyfokú, hogy kinossá válik, azon esetekről, hol az élet vége felé járó és ronesolt gégejű beteget a legkisebb köhögés okozta rázkódtatásra kimondhatatlanul fájdalmak gyöttrik, nincs e helyen szó, ezek oly kivételek, hol a köhögés nagyobb fokú csillapítása, utóbbi esetben lehetőleg teljes megszüntetése igen kívánatos, miután az egyiknél a szervezet túlhajtott védekezését igyekezünk mérsékelni, a másikonál egy halokló szenvedésén igyekezünk könnyíteni.

A methodikus köhögés-csillapítás helyett, mielőtt egy tüdőbajos embernek valamit egyáltalán rendelnénk, a gégevizsgálatot soha nem volna szabad elmulasztani. Mert a mint valószínű, hogy a köhögés oka csupán a váladék felhalmozódásában keresendő, épen úgy lehetséges, hogy a gégeizgalom már valamely fennálló fekély avagy lob következménye, a mely hovatovább annál rosszabb prognosztis fog nyújtani, minél későbben kezdjük meg a kezelését. Ha ugyanis kiderül, miszerint a nyálkahártya valamelyes elváltozása fennáll, minden köhögést csillapító szernél többet fog érne az izgalmat előidéző lobbak, fekélynek stb. a kezelése, miután ez a köhögés okát fogja megszüntetni, míg ezzel ellentétben a narcoticumok, míg egyrészt az okot sem szüntetik meg, a gége érzékenységének az alászállításával a váladéknak a gégejében hosszabb időre kiterjedő veszteglését és ez által a baj terjedését idézik elő.

Sokan a köhögést mindenféle kártékony tulajdonságokkal ruhazzák fel, de csökkenteni főképp azért akarják, hogy ez által a gége lobosodását és a gümőkóros elváltozások továbbfejlődését meggátolhassák. E következtetésre — a minék a végeredménye a codein, heroin, morhium nagy dosisokban való adagolása — az által jutnak, miszerint a köhögéssel járó nagy mechanikus behatás, ott a hol a gége még jó karban van, a nyálkahártya szakadását és így a gümöbacillusok gyors megtelepedését, a hol pedig már laesio áll fenn, ennek a növekedését fogja előidézni. Egy esetben tehát épen úgy, mint a másikkban, a nélkül, hogy a géget megvizsgálták volna, a narcoticumot elengedhetetlennek tartják. Tekintetbe véve, hogy az előbb mondottak alapján a gümöbacillus a sértetlen hámrétegen keresztül is megtelepedhetik a mélyebb rétegekben, nagy kérdés, hogy melyik izgalom jár nagyobb veszéllyel, a köhögés-e, avagy a gégenyálkahártyán hosszan tapadó gümö- és más kórtnevező bacillusokkal és coccusokkal telt váladék.

A köhögés maga sokkal ártalmatlanabb, mint általában felveszik, erre nézve élénk példát szolgáltatnak az ideges köhögésben szenvedő betegek. Hónapokig, sőt évekig köhögnek igen erősen, sokszor több napon át úgy szólván szakadatlanul (*Ph. Schech*) és dacára ennek, egy kis pirt esetleg leszámítva, a gégejében kóros elváltozást nem találunk.

E tény illusztrálására még megfelelőbb példáját szolgáltatja egy albiró ismerősöm, ki dacára annak, hogy nagyfokú tüdővészben szenvedett és e mellett évek hosszú során át rendkívül heves, percekig tartó köhögési rohamai voltak, a gégejében a hangszalagok kistokú idült hurutján kívül semmi rendellenességet nem mutatott.

Az eszme, hogy a köhögést a legtöbb esetben nem szabad elfojtani, nem újdonság. Egyik leghatásosabb védője *M. Schmidt*, és újabban *Schech* is hangoztatja. Hogy az orvosok egy nagy része ez intést mégis figyelmen kívül hagyja, abban úgy vélem az is nagy szerepet játszik, miszerint a kezelésnél összes figyelemüket a tüdőre irányítják és a géget teljesen elhanyagolják mindaddig, míg csak a beteg panaszai egyenesen a gége beteg állapotára nem mutatnak. És még akkor is a helyett, hogy e szervet behatóbb vizsgálatnak vetnék alá, megkísérlik, nem segíthetnek-e a narcoticumok?

(Folytatása következik.)

Csoportos atropin-mérgezés esete a *datura stramonium* L. (maszlagos redőszírom) magvaival.

Közli: *Ligeti Armin* dr.

Mint hogy a *datura stramonium* magvaival történt csoportos mérgezés esetei elég ritkán közöltettek, azért a következőkben leírom az általam észlelt esetet.

1900. évi szeptember hó 27-dikén délután 1/2 órakor Visegrád északi határában lévő Szt.-György pusztán lakó K. T. kőbányamunkás szekéren hozta hirtelen megbetegedett három gyermekét, még pedig 9 éves fiát, 6 éves és 3 éves leányát hozzám Visegrádra.

A szülők gyermekeik betegségére nézve közelebbi adatot nem szolgáltathattak, mert azokat egyedül hagyták otthon, s mire haza jöttek, a gyermekeket már göresös állapotban találták, csak annyit tudtak, hogy a gyermekek burgonyafőzeléket ettek.

Mind a három gyermekben a következő tünetek voltak észlelhetők: 1. legnagyobb mértékben tágult merev pupillák, 2. nagyon szapora szivlökés, 3. nagy piros foltok a bőrön, kivált az arez bőrén, 4. tonicus és clonicus göresök a végtágokban, 5. hangos, kiabáló, parancsoló beszéd és nevetés. Legrosszabb állapotban volt a 6 éves leány, ki a göresök miatt állni sem volt képes; a 3 éves leány, különösen a 9 éves fiú tántorgott.

Mint hogy e tünetek szerint azonnal atropin-mérgezésre gondoltam, azért első sorban a gyermekek gyomrát *cuprum sulfuricum*-oldattal való hánytattással, a beleket pedig csőrékkel kiürítettem. Ez után a gyermekeknek hideg fejburogatást, továbbá tannin és natrium bicarbonicum port adtam.

A gyermekek hányadékában, mely nagy mennyiségű burgonyafőzelékből állott, megtaláltam a *datura stramonium* jellemző, veseidomú, lapos s mintegy négy millimeter nagyságú magvait, melyeknek atropin s az ezzel qualitative megegyező hatású hyoscyamin és scopolamin tartalma okozta a szóban forgó elég súlyos mérgezést.

Este 7 órakor a 6 éves leány szivlökéseinek száma percenként 148 volt, azaz a rendesnél (mely 6 éves gyermeknél mintegy 90-nek felel meg) jóval több.

Este 9 órakor, vagyis három órával a gyomor és belek kiürítése után, a fiú és a 3 éves leány sokkal, a 6 éves leány pedig kevéssel nyugodtabb volt. Azonban ez utóbbinak görcsei éjfélkor szintén sokkal alább hagytak.

Réggel 6 órakor a gyermekek állapota tetemesen javult, ekkor a 6 éves leány szivlökéseinek száma percenként 96, azaz közel rendes volt, mely körülmény arra utalt, hogy ekkor a méreg legnagyobb része a szervezetből már kiválasztott. Ezen túl is a gyermekek állapota folytonosan javult, úgy hogy néhány nap múlva a mérgezésnek nyoma sem maradt.

Utólag kiderült a gyermekek elbeszéléséből, hogy azok a *datura stramonium* tövises termésével disznóölést játszottak, azt felválták, a kihulló magvakat a burgonyafőzelékre szórták s ezzel megették. E szerint ez esetben a mérgezés hasonló módon történt, mint az a hazai irodalomban 1894-ig közölt négy esetben¹ is létrejött.

¹ *L. Bókay Árpád*: „Gyakorlatilag fontosabb mérgezések” című munkáját a „Belgyógyászat kézikönyvének” II-dik kötetében, hol az e tárgyra vonatkozó további irodalom is található.

T Á R C Z A.

Orvosi dolgok a párisi kiállításon.¹

Következnek az angolok, amerikaiak és németek kiállítása. Egymással mellett helyezkednek el az emeleten. Anglia oktatásügyi csoportjában az egyetemek elég nagy helyet foglalnak el.

Érdekes, hogy az angoloknál ép úgy, mint az amerikaiaknál, csak angol felirásokat, magyarázatokat és brochure-öket találunk, míg más nemzetek mind törekedtek a saját nyelvükön kívül francziául is közölni dolgaikat, sőt a németek három nyelven, németül, francziául és angolul adták ki összes könyveiket, addig az amerikaiak és angolok azzal sem törődtek, hogy csoportvezetőik, a kik felvilágosítást adni lettek volna hivatottak, francziául tudjanak. Nem esoda, ha nem igen törődnek más nyelvvél, hiszen a világon talán a legtöbb ember beszéli az angol nyelvet mint anyanyelvét az európai civilizatio útjára tért területeken.

Education in England, Wales, Scotland and Ireland czímen kis könyvecske (150 oldal) jelent meg, a mely igen érdekes képet ad az angol közoktatásról és szervezetről.

Ismeretes, hogy az lényegesen különbözik a kontinens közoktatási szervezetétől, általában az angol közoktatási intézmények egymástól is annyira különböznek és oly bonyolult képet nyújtanak, hogy alig foglalhatók össze közös keretbe. Nem lehet szándékunk ezeket részletesen tárgyalni; hiszen vannak róla igen becses eredeti magyar munkák. Itt csak az egyetemekről és a mennyiben egyes dolgok megvilágításához okvetlenül szükséges, általában a közoktatási intézményekről fogunk megemlékezni.

Jellemzi úgy az egyetemeket, mint a középoktatási intézményeket, hogy azok egytől-egyig nem az állam, hanem a társadalom alkotásai. Ennek az a következménye, hogy noha a közoktatási ügyek ellátására állami hatóságunk is van (The Board of Education) és noha az egyetem legfőbb személyiségét a „Chancellor“-t a korona nevezi ki, az államnak mégis nagyon csekély, majdnem semmi befolyása sincs. A társadalom ezeket az intézményeket a maga szükséglete és belátása szerint alkotta meg és tartotta fenn és ép ezért ezeknek nagy önkormányzati, de a helyi viszonyoktól erősen befolyásolt jogkörük van.

Az autonomia szelleme egyébként Anglia összes közigazgatási ágait áthatja. Ez a szellem nem engedte, hogy azon alkatrészek, a melyek Nagy-Britanniát képezik, úgy forrjanak össze, mint pl. azon alkatrészek, melyekből Franciaország alakult; az előbb említett könyvecske is külön tárgyalja Anglia, Wales, Skócia és Írország viszonyait. Mi is ezt a sorrendet fogjuk követni.

1. Anglia. Angliának ez idő szerint hat egyeteme van: *Oxford, Cambridge, Durham, London, Viktoria* (Manchesterben) és *Birmingham*. Két legrégebbi egyeteme az *oxfordi és cambridgei*. Alapításuk a középkor homályában vész el. A XIII. században a párisi egyetem mintájára keletkeztek. Csakhamar önállóan tovafejlődve nagy tért és befolyást engednek a collegeknek, az angol közoktatás e sajátos elemeinek, szerveinek.

A collegek testületek, a melyek számos közoktatási és ösztöndíj czélokra szánt alapítvány kapcsán keletkeznek, önálló autonóm jogkörrel.

E testületek nem csupán a mondott czélra és czímen összegyűlt tekintélyes vagyon kezelésével foglalkoznak, hanem az oktatást is teljesítik; növendékeiket az egyetemre vezetik. Ott nemcsak tanításukról, hanem társadalmi nevelésükről és kellő ellátásukról (lakásról és ételmezésről) is gondoskodnak. Még a magaviseletükre is felügyelnek, de e mellett elég tért engednek arra, hogy mint egyetemi hallgatók szabadon mozoghassanak, hajlamaikat követhessék és egyéni képességeiket mentől jobban kifejleszthessék.

A két egyetem, mely erősen versenyez egymással, nagyobb súlyt helyez arra, hogy hallgatói műveltséget, bátorságot, testi ügyességet szerezzenek, mint szorosan vett tudományt, melyet azonban szintén módjukban állott megszerezhetni. A hallgatók evezőversenyei nemcsak Angliában, de az egész világban ismeretesek és országos eseményszámába mennek.

Könnyen érthető, hogy a fent vázolt körülmények folytán a collegek idővel az egyetemek alkatrészeivé váltak és annak belső és külső életére, valamint vezetésére döntő befolyást gyakoroltak annyira, hogy keresztül vitték, hogy hallgatóul az egyetemre csak az vehető fel, ki az illető college kötelékébe tartozik. Lassan a közép és felsőbb oktatás teljesen az ő kezükbe került; tőlük függött kit vegyenek fel vagy utasítsanak el.

Mikor a nagy francia forradalom eszméi Angliába is áthatottak, mozgalom indult meg, hogy az egyetem kapui nemcsak a college kötelékébe tartozóknak, hanem másoknak is megnyitassanak, tekintet nélkül arra, hogy a szükséges ismereteket hol szerezték meg; de a felső ház (House of Lords) azt egészen a mult (XIX.) század hatvanas éveinek végéig meg tudta akadályozni. Volt idő, midőn az egyetemi élet kellemessége túl sok olyan elemet vont oda, a mely csak az ottani társasélet gyönyöreit kívánta élvezni és a tudományval egyáltalában nem törődött, azt teljesen elhanyagolta. Ez az elem lassanként a két egyetemnek nagyon is terhére vált, de csak úgy szabadulhattak tőle, hogy az ott tartózkodókra bizonyos kötelezettségeket és feltételeket állítottak fel és ezt mindazoknak teljesíteni kellett, kik továbbra is ott maradni óhajtottak.

¹ Lásd e lapok mult évi folyamának utolsó számait.

Daczára annak, hogy a mult (XIX.) században Angliában négy új egyetemet állítottak fel és hogy még folyvást új egyetemek felállításával foglalkoznak és bár a felvételi feltételek az új egyetemeken hasonlíthatatlanul enyhébbek, mint a két régi egyetemen, mégis az előkelőbb osztályok fiai mind oda tódnak, úgy hogy alig találunk ott helyet.

Ujabbban kénytelenek voltak még a nőknek is megengedni, hogy az ottani előadásokat hallgathassák és vizsgákat is tehessenek; de nem vezetik be a rendes matriculába, hanem külön lajstromon tartják nyilván és nem adnak nekik egyetemi grádust.

Az egyetemek igazgatása és vezetése eléggé complicált. Az egyetemi hatóság fejt, a chancellort a korona nevezi ki. Ez állás azonban inkább csak díszállás, repraesentálásra való, melyvel országos hírnevű férfiakat tisztelnek meg. A chancellornak joga van az ügyek vezetésére *vice-chancellort* kinevezni. A szokás azonban oda fejlődött, hogy a *vice-chancellort* az anciennitás sorrendében azon „College“-k vezetői közül kell kineveznie, melyek az egyetem alkatrészeit képezik. Oxfordban a kinevezés négy évre, Cambridgeben két évre szól. A *vice-chancellor* mellett működik a „Council“ (tanács), mely a tanári karból és a graduáltak testületéből alakul. A graduáltak testületéhez azok tartoznak, kik az egyetemi grádust legalább már három éve megszerezték és kiknek nevei a lajstromba felvették. Az egyetem anyagi ügyének ellátására a „College“-k bizonyos turnusban magok közül „Proctor“-t választanak, kinek széles hatásköre van.

Kezdetben ezen egyetemeken nyilvános vizsgálat csak egyetlen tudományból volt és csak abban adtak egyetemi grádust; és pedig Oxfordban a bölcészetből, melyet „Arts“-nak neveznek, Cambridgeben pedig a mathematicából. Idővel mindig több ágat vettek fel. Az egyetemi grádusok száma három: Bachelor, Master és Doctor; de nem mindenik tudományból adják mind a hármat. A grádust nem, mint a continensen, a név elé tett betűkkel, hanem a név után teendő rövidítésekkel jelzik. Ez idő szerint következő grádust adnak:

Oxfordban	Cambridge-ben
Bachelor of Arts B. A.	Bachelor of Arts B. A.
Master of Arts M. A.	Master of Arts M. A.
Bachelor of Music B. Mus.	Doctor of Science D. Sc.
Doctor of Music D. Mus.	Doctor of Literature Lit. D.
Bachelor of Letters B. L.	Bachelor of Law L. L. B.
Bachelor of Science B. Sc.	Master of Law L. L. M.
Bachelor of Civil Law B. C. L.	Doctor of Law L. L. D.
Doctor of Civil Law D. C. L.	Bachelor of Divinity B. D.
Bachelor of Medicine B. M.	Doctor of Divinity D. D.
Doctor of Medicine D. M.	Bachelor of Medicine M. B.
Bachelor of Surgery B. Ch.	Doctor of Medicine M. D.
Master of Surgery M. Ch.	Bachelor of Surgery B. C.
Bachelor of Divinity B. D.	Master of Surgery M. C.
Doctor of Divinity D. D.	Bachelor of Music Mus. B.
	Doctor of Music Mus. D.

A *durhami* egyetemet a durhami káptalan a parlament beleegyezésével 1832-ben állította fel, leginkább lelkésznek a kiképzésére. Utóbb, és pedig 1870-ben ezen egyetemhez csatlakozott a *Newcastleben* — mely mintegy 25 klm.-nyi távolságban fekszik *Durhamtól* — 1852-ben keletkezett „College of medicine“. Ennek tanszemélyzetét addig „Readership“ „magántanárok testületé“-nek nevezték; a csatlakozás után tanártestületi, azaz professori címet kaptak. A college pedig az egyetem igazgatásában és vezetésében helyet, szavazatot és befolyást nyert.

Egy évvel később, 1870-ben ugyanazon feltételek mellett csatlakozott a *durhami* egyetemhez a szintén *Newcastleben* keletkezett „College of Physical Science“. E két college csatlakozásával a *durhami* egyetem, melyet az *oxfordi és cambridgei* egyetem mintájára szerveztek, nevezetesen kiegészítést nyert.

Mint hogy e két college továbbra is *Newcastleben* maradt, a *durhami* egyetem jelenleg is egyes részeivel két különböző városban székel. A mint alább látni fogjuk, Angliában ez nem ritka eset. A füzetben nincs említve, de valószínű, hogy a *durhami* egyetem az orvosi tudományokból egyetemi grádust adhat.

A *londoni* egyetem, a londoni „University College“ (1828) és a „Kings College“ (1831) egyesüléséből alakult 1835-ben, melyhez későbbben a „Bedford College“ is csatlakozott, ez szintén Londonban 1849-ben nők számára alakult.

Eleintén itt is csak azokat vették fel hallgatóul, kik ezen collegek kötelékébe tartoztak. Idővel azonban kénytelenek voltak a kört tágítani és más „College“-ból kikerült növendékeket felvenni, mígnem 1858-ban az összes korlátokat ledöntötték és az egyetemet mindenki számára megnyitották, ki Anglia bármely részében és bármilyen módon a szükséges előismereteket megszerezte. Ez az intézkedés mindazokra nézve igen czélszerűnek bizonyult, kik csak igen szerény anyagi eszközökkel rendelkeztek és mégis a felsőbb tanulmányokat folytatni kívánták. De senkit sem fog meglepni, hogy a különböző collegekből, melyek mind egyike autonóm és a maga belátása és anyagi eszköze szerint állapítja meg tanrendjét, kikerült hallgatók készütsége nagyon különböző, a mi utoljára is sűrűlódásokra és vizsályokra kellett, hogy vezessen. Ezek megszüntetésére 1898-ban „London University Commission Act“ czímen bizottságot küldtek ki, azon feladattal, hogy az egyetemet rekonstruálják. A bizottság ezen munkálata azonban csak 1900. év kezdetén készült el, úgy hogy a kiállítás megnyitáskor még elfogadva és végrehajtva nem volt. A bizottság javaslata szerint a londoni egyetem, bizonyos már meglévő és elismert nevelő intézmények (educational institutions) szövetsége lesz. Vezetése egy „Senate“ czímű testület kezébe

kerül, melynek tagjait részben a korona nevezi ki, részben és külön-külön a graduáltak, a szövetséges intézetek, a fakultások választják. A fakultások száma *nyolcz* lesz és pedig theologiai, bölcsészeti, jogi, zenei, orvosi, természettudományi, mérnöki, közgazdasági és politikai. 1. Theology. 2. Arts. 3. Law. 4. Music. 5. Medicine. 6. Science. 7. Engineering. 8. Economics and political science. A tanárokat a „Senate“ állandó választmányának, az „Academic Council“-nak meghallgatása után fogja választani. Ezen választmányt a tanrend megállapításánál és a vizsgálatok vezetésére nézve is meg kell hallgatni. A londoni egyetem a következő gradusokat adhatja: Bachelor and Doctor of Divinity; Bachelor and Master of Arts; Doctor of Litterature; Bachelor and Doctor of Laws; Bachelor and Doctor of Medicine; Bachelor and Master of Surgery és Bachelor and Doctor of Science.

A *Victoria*-egyetem a manchesteri „Owens College“-ból (1851.) a liverpooli „University College“-ból (1882.) és a leedszi „Yorkshire College“-ból (1874.) alakult és egyes alkatrészeivel együtt ezen városokban meg is maradt. Leedsben dominálnak a mérnöki és technikai tudományok, míg Liverpoolban inkább a bölcsészeti tudományok, Manchester pedig kiegészíti a kettőt. Az egyetemi hatóságokról a füzet nem tartalmaz adatokat, de úgy látszik szervezete olyan, mint a londoni javaslaté. A *Victoria*-egyetem a következő gradusokat adhatja: Bachelor and Master of Arts; Doctor of Litterature; Bachelor, Master and Doctor of Science; Bachelor of Laws; Bachelor and Doctor of Medicine; Bachelor and Master of Surgery és Bachelor of Music.

A *Birminghami* egyetem csak újabb időben a *Birminghami* „Mason College“-ból alakult 1880-ban. Közlebbi adatok nincsenek szervezetéről a kis füzetben, valószínűleg itt is a londoni minta volt irányadó.

Egy hetedik egyetem felállítására van készülődés és valószínűleg rövid idő alatt *Bristolban* fog létesülni.

A négy új és két régi egyetem közt egyébként sok tekintetben lényeges különbség van. Míg az új egyetemek inkább gyakorlati irányú követnek, hallgatóikat kenyérkeresetre, a mérnöki, bányamivelési, electro-technikai és efféle életpályára képezik ki, addig Oxfordban és Cambridgeben inkább classici és bölcsészeti tudományok dominálnak és arra törekcsenek, hogy hallgatóiknak szélesebb körű általános műveltséget és alaposabb tudást adjanak. Ennek megfelelőleg a felvételre jóval nagyobb, egységesebb készütséget és magasabb életkort követelnek, míg az új egyetemre tóduló ifjúság készütsége nagyon is különböző, *életkora ritkán haladja meg a 16. évet, sőt némelykor azon alul is van.* Az egyetemek vezetése és igazgatása, valamint a tanrend megállapítása is a két régi egyetemen tisztán kötelekeibe tartozó személyekből alakult testületek kezében van, míg az új egyetemen ezen testületekben számos és pedig mérvadó tagok vannak, kik az egyetem kötelekein kívül állnak.

2. *Wales.* Walesben csak egyetlen, úgynevezett társas (collegiate) egyetem van, mely csak 1893-ban alakult, az aberystwith-i (1872), a cardiff-i (1883), bangor-i (1884) collegekból orvosi facultás nélkül.

Az egyetem vezetése és igazgatása négy testületnek és pedig a „Court“-nak, a „Senate“-nak, a „Guild of Graduates“-nek és a „Theological Board“-nak kezében van.

Az intéző hatóság a court, a mely a chancelloron kívül 100 tagból áll; ezeket különböző számarány szerint a korona nevezi ki, illetve választják Wales járásai, a három college, a közoktatás központi hivatala (Welsh Central Board), a középiskolák igazgatói, a graduáltak testülete.

A mostani chancellor a walesi herceg, az ügyek vezetését ki-nevezett helyettese, a deputy chancellor végzi.

Az egyetem közvetlen feje a senate, ez csak tanácsadó testület, a tanárokból és magántanárokból alakul, elnöke a deputy chancellor.

A „court“ a tanrend és a tanítás menetére nem hozhat semmiféle határozatot a „senate“ meghallgatása nélkül. A guild of graduates, azon graduáltakból alakul, kik legalább már két éve elnyerték az egyetemi gradust és az illető lajstromba bejegyeztettek. Azonkívül, hogy képviselőjüket a court-ba küldik, feladatuk, egyetemi tanulmányukat befejezve, a tudományos működés folytatása.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A művégtagok.

Közlő: Holzwarth Jenő dr.

Irodalom. 1. *Gurlt*: Geschichte der Chirurgie. Berlin, 1898. — 2. *Pilka-Billroth*: Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. Stuttgart, 1881. — 3. *Karpinski*: Studien über künstliche Glieder. — 4. *Hoffa*: Lehrbuch der orthopaedischen Chirurgie. Stuttgart, 1898. — 5. *Bier*: Weitere Mittheilungen über tragfähige Amputationsstumpfe im Bereiche der Diaphysen. Langenbeck's Archiv. Bd. 50. 1895. — 6. *Habs*: Die Exarticulationen des Unterschenkels im Kniegelenk. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1895. 40. kötet.

Bár a végtagok amputatioja és enucleatioja a sebészeti technika haladásával manapság a ritkább műtétek közé tartozik, mégis elég alkalma nyílik a sebésznek ma is rá, hogy azt végrehajtja. Rosszindulatú daganatok, végtagrészek elhalása, elhanyagolt, kiterjedt phlegmonék, tuberculosus folyamatok, hol csak a végtag eltávolítása adhat reményt az élet fentartására, s a technika napról napra haladó fejlődésével úgyszólván egyes arányban szaporodó balesetek elég gyakran kényszerítik a sebészt e nemű műtéti beavatkozásra. S

figyelembe véve még azt is, hogy egy háború esetén a mostoha viszonyok számtalanszor kényszerítik majd az orvost a csonkítást oly esetben is végrehajtani, melyben talán kedvezőbb körülmények között nyugodt megfigyelés mellett conservativ sebkezeléssel a végtagot meg lehetne menteni, be fogjuk látni ama törekvés fontosságát, mely már régi idők óta foglalkoztatott egyeseket, hogy t. i. az ily módon operáltakat használható művégtaggal lássák el, mely az elvesztett végtagot, ha csak némileg és tökéletlenül is, pótolni fogja. Hiszen az amputáltaknak legnagyobb része abból a néposztályból kerül ki, melynek testi munkával kell megszerezni mindennapi kenyerét, s mellynek egy karnak vagy lábnek az elvesztése egyértelmű a koldusbotra való jutással.

A humanismus egyik feltételének teszünk eleget, midőn arra törekcsünk, hogy a csonkítottak elvesztett végtagját használható művégtaggal pótolva képessé teszszük arra, hogy saját munkájával tart-hassa fenn magát, s megmentjük őt attól, hogy embertársai könyörülé-tére utalva tengesse életét. Még kevésbé mostoha anyagi viszonyok között élőt is jobban ki fog békíteni sorsával az a tudat, hogy testi fogyatkozása kevésbé feltűnővé, esetleg észrevehetetlenné válik.

Mégis e kérdéssel az arra leghivatottabbak, az orvosok, s ezek között a sebészek vajmi keveset törődtek egészen a legutóbbi időkig. Bár a prothesis alkalmazása talán ép oly régi, mint maga a csonkítás vagy kiizelés műtéte, mégis azt kell tapasztalunk, hogy az idők hosszú során részben maguk az amputáltak szerkesztettek maguknak alkalmas végtagpótló készülékeket, melyek céljaiknak leginkább megfelelték, részben többé-kevésbé ügyes műszerészek igyekeztek e téren oly készütségeket produkálni, melyek hivatva volnának hol egyszerűbb, hol complicáltabb mechanikusokkal az elvesztett végtagot helyettesíteni. Hosszú idő telt el, míg végre a sebészek maguk is belátták, hogy a beteggel szemben, ha egy-egy kóros végtagjának eltávolításával életét megmentették, összes kötelezettségük még nem szűnt meg. Mert ki volna kompetensebb annak megítélésében, hogy egy adott esetben mily elvek alapján szerkesztett prothesis a legalkalmasabb, mint a sebész, s viszont a különféle elvek alapos ismerete a műtéti mód megválasztásánál döntő befolyással lehet.

Műkarok és kezek.

Már az ifjabb Plinius is említést tesz egy M. Sergius nevű római-ról, ki háborúban elvesztett jobbát műkézzel pótolta s később a XVI. században Barbarossa Henrik nevű kalóz is műkezt hordott. Az első felső végtag-prothesis azonban, melyről részletesebb leírás maradt fenn, a berlichingeni Götz-é (1514); ez pánczéleztyű módjára készült, melynek alkari részletébe a csonk helyeztetett; a kéz vasból volt, melynek ujjai behajlitva az adott helyzetben rögzítettek, míg egy gombra gyakorolt nyomásra rúgók segítségével kiengyenesedtek. Ugyaníly kezdetlegesen lehettek a később szerkesztett műkarok és kezek, melyeket a „kis lotharingi“, Laurent, Gawin Wilson, Karl Heinrich Alingert készítették. Ezek mechanismusa pontosabban nem ismeretes, de az ujjak mozgása valamennyinél az ép megmaradt kéz segítségével történt.

1812-ben Ballif volt az, a ki a csonk mozgásait használta fel az ujjak mozgására, úgy hogy ezen működés a másik ép kéztől függetlenül történhetett. Az ujjak feszítő inait pótló húrokat részben a hónaljban egy a mell körül vezetett övre, részben egy szíj segítségével a váll körül vezetett övre erősítette. Ilyen berendezés mellett, ha nyújtott könyökizület mellett a kar felemeltetett vagy hátra húzatott, az extensorok működtek, különben pedig az ujjakat rúgók állandóan behajlitva tartották. Ugyszólván ugyanekkor Geissler szerkesztett oly művégtagot, melynél a különféle működésekre külön kezek voltak szükségesek.

Ballif elvei alapján, de némi módosítással Eichler Caroline 1836-ban szerkesztett oly műkart, melynél gyengén behajlitott alkar mellett az ujjak extensioiban voltak. Az inakat képező húrok oly módon voltak alkalmazva, hogy a nyújtás a könyökizületben a mutató és hüvelykujj hajlítását eszközölte, míg abduciokor az I. és II. ujjak mérsékelt flexioba jöttek s a III., IV. ujj teljesen behajlitott. Ezenkívül a kéztőizület és az ujjak az ép kéz segítségével is be voltak hajlítottak s ezen fleciált helyzetekben meg is maradtak.

Eltekintve Pfnorr Vilmosnak tulajdonképen csak teoriában meg-szerkesztett prothesisétől, van Peetersennek művégtagjai már újabb haladást mutatnak. Oly egyén számára készültek, kinek jobb végtagja az alkarban, a bal a felkarban volt amputálva. Az alkar prothesis Ballif elvei alapján némi módosítással volt szerkesztve, úgy hogy a könyökizület nyújtásakor az ujjak extensio helyzetbe jöttek, míg behajlitáskor rúgók segítségével az ujjak is flexioba jutottak. A felkar prothesis már complicáltabb volt s itt a felkarcsont mozgásával az ujjak mozgása mellett a könyök izületét is el kellett érní.

A míg az eddig szerkesztett művégtagoknál főleg a csonk mozgásait használták fel a prothesisek egyes izületeinek mozgására, addig Collin párisi műszerész még a törzs mozgásait is igyekezett kihasználni. A körülmények kényszerítették erre egy alkalommal, midőn egy gyermek számára, kinek nagyfokú roncsolás miatt kiizelték bal felkarját a vállizületben, a másik felkarját pedig magasan amputálták, készített prothesiseket, melyek egy corsett útján voltak a törzshöz erősítve. A könyökizülettől a vállon alkalmazott hengeren keresztül egy a csonk felső része körül vezetett gyűrűhöz zsinetek húzódtak, melyek útján a törzs jobbra vagy balra hajlításával voltak a mozgások eszközölhetők.

Mindezen művégtagok drágaságuknál fogva, továbbá mert complicált szerkezetük folytán sok javításra szorultak s mégis csak kis erőkifejtésre képesek, inkább luxus prothesiseknek tekinthetők és szegény ember számára csak nehezen hozzáférhetők. De Beaufort gróf igyekezett tehát egy oly művégtagot szerkeszteni, melynél a szükséges mozgások

és működések egyszerűbb módon eszközölhetők s melynek készítése ennél fogva sokkal olcsóbb, miért is szegény embertől könnyebben beszerezhető s azután nem is szorul oly sok javításra. E kitérőt feladatának igen elmés módon tett eleget: Felkarban amputáltak számára prothesise két bőrtokból állott, melyek egyike a csonkot foglalta magában, másika pedig a hiányzó alkart utánozta; e két tok a könyök-izületnek megfelelőleg oldalsínek útján izületi összeköttetésben volt. Az alkari részhez egy hársfából készült kéz volt mozgathatatlanul odaerősítve, melyen négy mozgathatatlan ujj volt s csak a hüvelykujj volt izülettel mozgatható. A felfüggesztés az amputált és ép oldali váll körül vezetett szíjak segítségével történt. A könyök behajlítását az ép karral kellett végezni s egy igen egyszerű szerkezettel, mely automatikusan működött, a műkar 90° szögben behajlított állapotban rögzíthető volt. A hüvelykujjat rúgók állandóan a kéz mozgathatatlan részlete felé szorították s az extensióját egy az ujjtól a karon és vállon át az ellenkező oldali csípőtájékhoz vezetett zsinég segítségével a csipő forgatásával végezte az amputált. Alkarban csonkítottaknál természetesen a felkart borító és részben helyettesítő tok elmaradt. Könyökküizelésnél lényegtelen módosításokkal ugyanezen műkarral lehetett alkalmazni. Ez ama művégtag, melyet maga Beaufort olcsóságánál és egyszerű szerkezeténél fogva a „prothèse du pauvre“-nak nevezett.

Mielőtt azonban még az előbb leirt prothesis napvilágot látott volna, ugyancsak Beaufort egy complicáltabbal próbálkozott meg, mely a végtag hiányát ugyan jobban elfedte, de drágaságánál fogva csak nagyobb anyagi áldozatok árán volt beszerezhető. Ennél az ép és kóros váll mozgásával a művégtag összes ujjai jól mozgathatók voltak s némi gyakorlat után a beteg számos működést, mint írni, varrni, tűt befűzni stb. megtanult.

Körülbelül egy időben Beauforttal a luxusprothesisek készítése terén Charière valóban bámulatraméltó eredményt mutat fel. Egy operáénekes számára, kinek felkarban amputáltatott a karja, készített oly prothesist, melylyel a csonkított foglalkozását zavartalanul a legnagyobb művészettel folytathatta. Könnyűség, mozgathatóság és a kéz legtöbb működésének lehetőségére voltak a követelmények, melyek e művégtag készítésénél irányadók voltak. A végtag mozgását Ballif és Peetersen elvei szerint csavarok, húrok és rúgók rationalis csoportosításával a kóros oldal vállának és csonkjának abductioja végezte oly tökéletesen, hogy a könyök-, valamint kéztőizület hajlítása, továbbá úgy a pro- és supinatio, mint az ujjak mozgása az egészséges kar működése nélkül lehetséges volt. Ugyanígy némi módosítással Matthieu is kihasználta a vállak előre és hátra való mozgását a prothesis izületeinek mozgására.

A mi a mozgások tökéletességét illeti, még Dalisch az, ki oly prothesist teremtett, mely finomabb működések végzésére alkalmas. Új eszmével lépett fel, a mennyiben az alkar pro- és supinatioját használta ki az ujjak hajlítására. A kéztőizület golyóizületben mozgott. Prothesisével az ujjak hajlításának az erejét is szabályozni lehetett, a mennyiben a pronatiót eszközölő izmok működésének intenzitásától függött a mesterséges kéz ujjainak a hajlítások kifejtett ereje. Igen nagy előnye még, hogy rúgók, zsinégek, húrok alkalmazása el van kerülve, s ennek következtében tartós, nem szorul annyi javításra, mint ilyenmű más eszközök. Dalisch maga hordja e prothesist, s mint műszerész zavartalanul végezheti összes teendőit.

A már sokszor említett drágaság, csekély tartósság, továbbá ama körülmény, hogy csak kis erőfeszítésre alkalmasak, okozzák, hogy e prothesisek nem terjedtek el annyira, mint ezt várhatnók, mert hiszen arra, a mire munkás embernek szüksége van, t. i. nehezebb testi munka végzésére, ha végig tekintünk hosszú sorukon, egyik sem alkalmas, s így inkább cosmeticus értékük van, mint practikus. Ez a tény szülte azután azt a reactiót, hogy most már a külső forma teljes negigálásával a nehezebb munkákra (asztalos, kovács, földműves stb.) alkalmas készülékeket igyekeztek szerkeszteni. E kérdés legegyszerűbb megoldása az, midőn a csonkra egyszerű tokot alkalmazunk, melynek distalis végrészebe különféle működések végzésére egy-egy megfelelő betétdarabot lehet erősíteni. Így terhek hordására aczéllampó, gyűrű; evésre kés, villa; vagy pedig az egyes iparágaknál kalapács, fűrész, gyalú; földművesnél kapa, csákány stb. erősíthetők a prothesis tokjára, s olyankor, mikor a csonkítottnak a végtag működésére szüksége nincsen, egy egyszerű fából készült s bőrrel bevont kezét illeszt ezek helyébe, defectusa palástolására.

Egyes ujjak, ujjperczek pótlása természetesen szintén lehetséges, a mikor is a csonkra alkalmazott vékony bőrhüvelyre a hiányzó ujjpercz másolatát erősíthetjük. A mozgások pótlása itt nem is oly fontos, mert hiszen egy ujjpercz hiányát csakhamar megtanulja az operált többi ujjainak mozgásaival pótolni.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Rosenthal: Lehrbuch der allgemeinen Physiologie. Leipzig, Verlag von Arthur Georgi, 1901.

Az erlangeni egyetem hírneves physiologia tanára sokaktól érzett hiányt pótol jelen munkájával, melyben az élet tüneményeire vonatkozó ismereteink jelen állását tükrözteti vissza. A munka, mely mintegy bevezető akar lenni a természettudományok és az orvostan tanulmányozásához, 21 fejezetre oszlik. Az 1. fejezet röviden körvonalozza a physiologia feladatait és tartalmát, valamint viszonyát más tudományzakokhoz. A 2. fejezet a természettudományok logikai alapjairól szól, érdekesen fejtegetve ezen száraznak látszó themát, míg a 3. fejezet a vizsgá-

lószerkeket a természettudományokban általában, és különösen a physiologiában ismerteti. A 4. fejezet az anyagról és az aetherről, az 5. a mozgásról és az energiáról, a 6. a gázok és a folyadékok viselkedéséről, a 7. pedig az oldásról és a duzzadásról mondja el a szükséges tudnivalókat. A 8., 9. és 10. fejezet tulajdonképen rövidre szabott, de minden lényegre kiterjedő és a tudomány mai színvonalán álló physiologiai chemia. A 11. fejezet általános átnézetet nyújt az életjelenségekről. A 12. fejezet az organismusokat és a legegyszerűbb élőlényeket, a 13. a sejteket, a sejtköteléseket és a szöveteket tárgyalja. A 14. fejezet a légzés és a vérkeringés, a 15. a kiválasztás és a pótlás problémáit fejtegeti. A 16. fejezet az anyagok körforgásáról, a 17. az élőlények energiaeseréről, a 18. a szervezetelek működéséről (melegtermelés, mozgás, világítás stb.), a 19. az izgatásról és az izgathatóságról, a 20. a növekedésről és a szaporodásról mondja el a szükséges tudnivalókat. Az utolsó fejezet az élet eredetének kérdésével foglalkozik. A munkához csatolt függelékek egyikében a grafikai módszerekre vonatkozó megjegyzéseket találunk, másikában pedig egyes fontosabb műkifejezések vannak megmagyarázva. Pontos betűrendes tárgymutató fejezi be az érdekes munkát.

A mint szerző előadásában maga is mondja: még nincsen teljes megegyezés arra nézve, hogy az általános physiologia tartalmát mi képezi. Némelyek az élet lényegére vonatkozó elméleti okoskodásokra fektetik a fősúlyt, míg mások — így szerző is — az élet nyilvánulásainak feltüntetésével iparkodnak némi betekintést nyújtani az élet lényegébe. Céljának elérésére szerző sok, jól megválasztott példát hoz fel az állat- és növényvilágból, mindig gondot fordítva arra, hogy olyanok is könnyen megértsék, a kik ezen tudományzakokban nem otthonosak. Ezen okból az állat-, növény-, vegy- és természettanból azon részeket, melyekre a tárgyalás folyamán szüksége volt, a saját céljaihoz mintegy hozzáidomította, azokat adaptálta. Természetes, hogy némelyek egyes részeket feleslegeseknek fognak találni, míg mások esetleg épen ezen részekért lesznek hálásak szerzőnek, a ki folyton arra törekedett, hogy fejtegetéseiben mindig csak a biztosan megállapított tényekre támaszkodjék; a hol pedig ez nem volt lehetséges, ott mindig határozottan utal ezen körülményre. Általában minden mondatán meglátszik a helyességre, a világosságra és a rövidségre való törekvés.

Véleményünket a munkáról összegezve, mondhatjuk, hogy szerző célját: mindazoknak, kik természettudományokkal foglalkoznak, megadni a módot, hogy az élet alaptüneményeivel megismerkedhessenek — fényesen megoldotta.

A 616 lapra terjedő, jó papírra szépen nyomott, magyarázó rajzokkal bőven ellátott munkát mint hasznos és élvezetes olvasmányt melegen ajánlhatjuk. Ára 14¹/₂ márka.

Új könyvek. Schmaus und Sacki: Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Ribbert: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Lesser: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Zehnte Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Brügelmann: Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Hoffmann: Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Flockemann, Ringel und Wiesing: Kriegererfahrungen der zweiten deutschen Ambulanz der Vereine vom rothen Kreuz aus dem südafrikanischen Kriege. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Hecker: Tetanie und Eclampsie im Kindesalter. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Jung: Zur Diagnostik des Puerperalfiebers. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — Bergmann und Rochs: Anleitende Vorlesungen für den Operations-Cursus an der Leiche. Vierte erweiterte Auflage. I. Theil. Berlin, Hirschwald. — Winkler: Pharmakotherapie. Eine Übersicht der gegenwärtigen Arzneibehandlung. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Leyden: Die Tabes dorsualis. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — Boucharlat: Nouveau formulaire magistral. Paris, Alcan. — Morache: La profession médicale, ses devoirs, ses droits. Paris, Alcan. — Fleury: Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. Paris, Rueff. — Frumèrie: La pratique du massage. Paris, Vigot frères. — Guépin: L'hypertrophie sénile de la prostate. Paris, Vigot frères. — Mousseos: Traitement des fièvres pernicieuses en général et de la fièvre hémoglobinurique en particulier. Paris, Vigot frères. — Potaillon: Affections chirurgicales du tronc, mamelles, organes génitaux de la femme. Paris, Doin. — Moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose. Paris, Masson et comp. — Berlioz: Manuel de thérapeutique. Quatrième édition. Paris, Masson et comp. — Comptes rendus du congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. 3. session — Amsterdam — août 1899. Amsterdam, Scheltema et Holkema. — Shadwell: The Tallermann treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. — Deaver: Treatise on appendicitis. Second edition. London, Rebman. — Harry Campbell: Respiratory exercises in treatment of disease. London, Baillière, Tindall and Cox. — Chapman: Heart disease in childhood and youth. London, Medical publishing comp. — Stewart Mc Kay: History of ancient gynaecology. London, Baillière, Tindall and Cox. — Reginald Harrison: Stone, prostate and other urinary disorders. London, Churchill. — Lyman Greene: The medical examination for life insurance. London, Rebman. — H. Morris: On the origin and progress of renal surgery. London, Churchill. — Herman: Difficult labour. New and revised edition. London, Cassel and co. — Lawrie: Chloroform. London, Churchill. — Scudder and Cotton: The treatment of fractures. Second edition. London, Saunders and co. — Kingscole: Asthma: recent developments in its treatment. London, Glaiser. — Marmaduke Sheila: Lectures on nasal obstruction. London,

Rebman. — *Howard Marsh*: Diseases of the joints and spine. New edition. London, Cassel and co. — *Gyömrői Oszkár*: Utmutató a dajkaságba adottak ápolására. 1901. Schulz, Gödöllő. — *Temesváry Rezső*: A szülészet haladása a XIX. században.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A Heyden-féle tápanyagról közöl tanulmányt *Stadelmann*. A Heyden-féle tápanyag, melyet friss tojások fehérjéből állítanak elő, Schlossmann, Hefelmann, Hauschka, Meitner és mások tapasztalatai szerint nagyon jó eredményre használható gyengeségi állapotokban, idült, hiányos táplálkozással járó betegségekben. A tejelválasztásra is jótékony befolyást gyakorol. Az étvágyat határozottan javítja, csak arra kell ügyelni, hogy kis adagokat (fél kávéskanálnyit 3–4-szer naponként) adjunk és lassan emelkedjünk az előírt adagokhoz (lecsapott kávéskanálnyit 3–4-szer naponként). *Stadelmann* tapasztalatai egyeznek az említett szerzők tapasztalataival. A Heyden-féle tápanyag íze kesernyős, de nem kellemetlen, némely beteg azonban hosszabb időn át nem tűri; főzés csökkenti a szer ízét. Legzelszerűbb úgy adni, hogy a használható adagot hideg vízben feláztatjuk, azután felforraljuk, még pedig keverés mellett, és leveshez, tejhez, kávéhoz adjuk. Különösen ajánlható cacaoval keverve használni, ilyenkor ugyanis épséggel nem éreznék ízt. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, 1901. 4. füzet.)

Argentum colloidalis (collargolum) kezelt esetek kórtörténetét közli *Vielt*. Különösen kiemelendők appendicitis, septicaemia és pyaemia, valamint puerperalis láz esetei, melyeknél feltűnő jó eredménnyel használta a collargolumot, úgy hogy e szert, idejekorán és erősen használva, a sepsis specificumának mondja. A mi az alkalmazást illeti, eleinte 3 grammot dörzsöltetett be naponként a test valamely jól felzívó bőrfelületére (czombok belső felülete, fossa iliaca, mell vagy hát), melyet előzőleg meleg szappanos vízzel jól megtisztított. Később — teljesen ártalmatlanoknak bizonyulván a bedörzsölések — nagyobb adagokra (6–9 gramm pro die) tért át. Néha belsőleg is adta a bedörzsölésekkel párhuzamosan a collargolumot következő módon: Rp. Argenti colloidalis 20; Albuminis 20; Aquae destillatae 180. M. D. S. 2 óránként egy evőkanálnyit. (*Allgemeine medicinische Central-Zeitung*, 1901. 6. és 7. szám.)

Belgyógyászat.

Leonardo da Vinci írása. *Leonardo da Vinci*-től származó anatómiai rajzok alatt *tükörírás*al írt jegyzetekről értekezik *Ballet*. Valószínű, hogy Leonardo da Vinci minden kézírata így van írva. Ballet csatlakozik Vogt nézetéhez, mely szerint a tükörírás a bal kéz normális írása, e nézet mellett egy kórtörténetet is közöl, mely szerint a balog gyermek, a ki tanító nélkül tanult írni, tükörírásal írt, míg a rendest csak nehezen sajátította el. Vogt véleményét azonban oda módosítja, hogy ez csak a balogokra áll és e mellett más szerzők adatait is értékesíti. Természetes, hogy a tanítás folytán ilyenek is legnagyobb részt később rendes módon írnak, de ezt nehezebben tanulják meg, mint a tükörírást. Így magyarázható, hogy 451 jobboldali hemiplegiában szenvedő beteg közül csak 23 használt tükörírást. Több adat egybevetésével Ballet azon eredményre jut, hogy *Leonardo da Vinci* balog volt, különben *Gallichon* is ismétli, hogy ha Leonardo da Vinci hirtelen akart egynehány vonással vázlatot készíteni, mindig a bal kezét használta. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900. 6. füzet.)

—ts.

A heveny gerincvelőgyulladás kezelését *Marinesco* serum terapiával kísérte meg, de sem ez, sem antiseptikus oldatoknak az arachnoidalis csatornába történt befecskendezése eredménnyel nem járt. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900. 6. füzet.)

—ts.

Az izzadás befolyása a gyomornedvelválasztásra. Körülbelül egy évvel ezelőtt közölte *A. Simon* azon kísérleti tapasztalatait, melyek szerint a mesterségesen létesített izzadás (izzasztó fűrdő, pilocarpin-befecskendezés) a gyomornedvelválasztást tetemesen csökkenti, de nem azonnal, hanem egy rövid szak után, melyben a gyomornedvelválasztás normalis, sőt néha kissé fokozott. A csökkent gyomornedvelválasztás néha napokig eltartott. Eredményei alapján *Simon* azon nézetének adott kifejezést, hogy az izzasztást talán hyperaciditás és hypersecretio esetében gyógyítás céljából is fel lehet használni. Riegel tanár ajánlatára *Edel* szintén foglalkozott újabbban e kérdéssel és főleg a gyomornedv aciditására volt tekintettel. Eredményei ellentmondásban állanak *Simon* eredményével, a mennyiben izzasztás után valami lényegesebb eltérést a gyomor savtartalmát illetőleg nem észlelt. Ezen ellentmondó eredmények magyarázatára is kitérve, *Edel* több körülményt hoz fel, mely *Simon* kísérletében hibaforrás gyanánt szerepelhet. (*Zeitschrift für klinische Medicin*, 42. kötet, 1. és 2. füzet.)

Typhus-bacillusok a vizeletben. Ismeretes, hogy typhusban szenvedő betegek vizeletében már sokan mutattak ki typhus-bacillusokat, néha rendkívül nagy számmal. *Neufeld* a fertőző betegségek tanulmányozására alapított intézetben Berlinben újabbban szintén foglalkozott ezen kérdéssel s szintén azt találta, hogy typhus-bacillusok sok esetben találhatóak a typhus-betegek vizeletében, még a reconvalescentia 3–4. hetében is. Másrészt képes volt azon észleleteket is megerősíteni, a melyek szerint urotropin belső használatára a typhus-bacillusok eltűnnek a vizeletből, még pedig többnyire már két nap alatt, néha azonban csak később. Mint prophylacticum tehát ajánlható az urotropin használata (1 gramm háromszor naponként) typhusban szenvedőknél, még

pedig huzamos ideig, a reconvalescentia 3–4. hetéig. E mellett azonban biztosság okáért a beteg által ürített vizelet fertőtlenítése sem hanyagolandó el. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900. 51. szám.)

A salol használatáról diabetes mellitusnál. *Ebstein* klinikájáról a múlt évben egy esetet közöltek, melyben salol használatára a vizelet czukortartalma erősen csökkent. Ezen közlés által indítva, *Teschmacher* neuenahri fűrdőorvos diabetes mellitus 8 esetében tett kísérletet salollal, melyből — úgy mint *Ebstein* klinikáján — 5 nap alatt 20 grammot fogyasztott el, naponként tehát 4 grammot 4 vagy 3 adagra felosztva. A 8 eset közül 3 súlyos volt; ezeknél a salol használata eredménytelen maradt. A többi 5 esetben azonban, a melyek szintén nem tartoztak a nagyon könnyűek közé, salol használatára a vizelet czukortartalma erősen csökkent; így két esetben 15%-ról, egyben 13%-ról és egyben 0.6%-ról 0 illetve 0.1%-ra, sőt egy esetben közel 4%-ról nyomokra, még pedig úgyszólván azonnal. Hogy ez a hatás meddig tart, az még kétes, mert szerző eseteinek nagyobb része csak rövid ideig volt észlelés alatt; egy esetben a szer kihagyása után 6 nap múlva a czukortartalom 0.6%-ra, egy másikban pedig 14 nap múlva 0.9%-ra emelkedett. Felemlítendő még szerző azon tapasztalata, hogy a vizeletbe átmenő salol a polarisatio-síkot balra forgatja, a mely körülményt a czukormennyiségnek polarisatioval meghatározásakor tekintetbe kell venni. (*Therapeutische Monatshefte*, 1901. 1. füzet.)

A cystitis typhosáról ír *Curschmann*. A lipesei belgyógyászati kórodán három oly cystitis eset észleltetett, a melyek kizárólagos okozójául a typhus bacillus volt kimutatható. Egyik esetben a megbetegedés tetőfokán lépett fel a hólyaglob, két esetben a betegek már láztalan állapotában, ezen utóbbi eset a gyakoribb és megfelelő azon tapasztalatnak, mely szerint a bacillusok a betegség vége felé szoktak a vizelet által kiválasztani. A fertőzés minden esetben a vesék útján jön létre, a mi mellett az is szól, hogy a cystitist rendszeren fehérje-választás előzi meg, tehát a vese bántalmazottsága. Két esetben a cystitis létrejöttének közvetlen oka nem volt, a harmadik esetben egy már korosabb egyénről lévén szó, vizelet-retentio miatt katheterismus végeztetett és még a cystitis megszűnte után is b. coli volt a vizeletben feltalálható. Itt tehát a katheterismus és a bacterium associatio szerepeltek ok gyanánt. Az *Eberth*-bacillus egyik esetben sem volt nagyon virulens. A subjectiv panaszok csekélyek, kis fájdalom, gyenge tenesmus. A vizelet savi vegyhatású, dúsán genyartalmú. A lefolyás enyhébb és gyorsabb, mint a staphylo- vagy streptococcusok által létrejött esetekben. Egyik esetben már a belső kezelés (salol, folia uv. ursi, fachingeni víz) is eredményre vezetett, két esetben azonban arg. nitr. oldattal való mosások voltak szükségesek. (*Münch. med. Woch.* 1900. 52. sz.)

Ráskai Dezső dr.

Sebészet.

Cystitis colli proliferans oedematosa egy esetét közlik *Zechmeister* és *Matzenauer*. Olyan körkép, melynek pontosabb histologiai ismeretét *Stoerk* vizsgálatainak köszönhetjük, klinikai felismerése pedig csak a cystoscop használata óta lehetséges; létrejöttét a nyákhártya fel-lazulásával és hólyagképződéssel járó nyirok pangásnak köszönheti. Az ilyen nyirok pangás által létrejövő bullákat különösen a nőgyógyászok észlelték azon esetekben, a midőn a megnagyobbodott méh (rák, terhesség) a hólyag fenekére és nyakára a nyirok keringés megszakításával járó nyomást gyakorolt. (Oedema bullosum, Kollischer.) A pangás hosszú tartama és az egyúttal fennálló cystitis folytán, a hólyag nyákhártyájának stratum propriumában proliferáló burjánzás jöhet létre (cystitis productiva, Orth), mely sárgás-piros, áttetsző, kocsonyásan duzzadt, többé-kevésbé vastag kocsonyon ülő, a végükön bunkoszerűen megvastagodott növedékek képződéséhez vezethet. A közölt cystoscopikus kép nöbetegtlő származik, a kinél a pangást a húgyvese külső nyílása körüli gummosus folyamat idézte elő. A bolyhoknak panendoscop útján, kaesokkal való leszakítása, a hólyagnak arg. nitr.-mal való kezelése és a foganatosított antiluetikus gyógyeljárás a folyamat visszaféjlesztéséhez vezetett. (Ref. a közközházi orvostársulat 1900. január 10-diki ülésén [*Orvosi Hetilap* 1900. 7. sz.] az itt közölttel hasonló nyákhártya-elváltozás cystoscopikus képét mutatva be, a hol a burjánzás papillomásterü képlet benyomását tette, utalt a cystitis bizonyos alakjainál létrejövő epithelialis képződések és neoplasmák közötti összefüggésre, különösen akkor, ha az ily képletek székhelye a trigonum Lieutaudii. (Ctbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane, 1901., 1. szám.)

Ráskai Dezső dr.

A sebészeti tuberculosisok fahéjsavval való kezelésének eredményeiről értekezik *Niehaus* törzsorvos, a bonni sebkegységben észlelt esetek kapcsán. Minthogy a tuberculosisal szemben gyógyszerünk, mely magának a kórokozónak kiküszöbölése útján hatna előnyösen, nincs, azon eljárásokra vagyunk szorítva, melyekkel a szervezet védekezését a noxiával szemben emelhetjük. A localis tuberculosisok gyógyulása olyformán történhetik, hogy a kóros gócz körül egy productiv lob indul meg, mely a gócznak betokolásával a benne levő kóros anyagokat az általános fertőzésre nézve ártalmatlanná teszi. Tuberculosisal szemben ezen reactio azonban igen renyhe. E reactio emelését czélozták a régi időben a peru-balszammal, e reactio élénkebbé tételét igyekeztek előidézni a tuberculinnal akkor, a midőn már mint antitoxin hitelét vesztette. Ezen úton való gyógyítás céljára merült fel újabb időben a fahéjsav s annak sói. A reactív lobnak, melyet előidézünk, *Lauderer* szerint mérsékeltnék kell lennie. Az anyagnak, melylyel előidézük, kellemetlen mellékhatásának nem szabad lenni, az egész folyamatot kezünkben kell tudnunk tartani. Mindezt az előnyt egyesíti magában a fahéjsav, míg az előbb használatosak mindenképen meg volt vala-

melyik nagy hátránya. Minthogy azonban a fahéjsav, melyet emulsió alakjában használtak, bomlékony volt s sterilizálni nem tudtak, a ezélnak nem felelt meg annyira, mint a Landerer által 1893-ban használatba hozott fahéjsavas natrium, melyet hetolnak nevezett. Míg azonban a fahéjsavas emulsió corpuscularis anyagának a tuberculofikus gócz körül való lerakódása úján izgatja a szöveteket a reactiv lobra; addig a fahéjsavas natrium, melyet viztisza oldatban alkalmazunk, ezen úton nem hathat és a mégis elvitathatlan jó hatását egyrészt a leukocyták szaporításában, másrészt positiv chemotaktikus hatásban feltételezik. A fahéjsavnak az összszerkezetre nincsen semmi kellemetlen hatása; legalább Niehaus 66 észlelt esetében semmit nem tapasztalt. Esetei 1 $\frac{1}{2}$ —65 évesek voltak, közöttük 19 coxitis, 15 térdizületi fungus, 11 lábtuberculosis, öt felső végtag tuberculosis, hét spondylitis, négy medenczacaries, két heretuberculosis, egy nyaki mirigy tuberculosis, egy lágyrésztuberculosis a mellén és egy hólyagtuberculosis. Mindezen bántalmakat egyszersmind helybeli kezelés mellett, mely a mint az eset megkívánta, operatio, gypszkötés vagy jodoformglycerin-befecskendés stb. volt, általános hetolkezelésnek is alávetette. Helybelileg használtak néha jodoformos hetolkresolt, melynek alkalmazását azonban a nagyfokú secernatio miatt elvetendőnek tartja, a mely secernatiót a hetol idézi elő, még akkor is kis fokban, ha intravenosusan fecskendték be. Eredményei a következők: a 66 észlelt eset közül elbocsátás után egy év múlva 26 gyógyult, 15 javult, változatlanul 12, meghalt 9. A halálesetek mind olyanok, hol az ok a kezeléssel semmi összefüggésben nem állott. A 12 változatlan közül hat a kezelés befejeztét nem várta be, két súlyos coxitis, két spondylitis. A javult és gyógyult esetekben az eredmény néha meglepő. A hetollal nem kezelt eseteket a kezeltekkel összehasonlítva az tűnik ki, hogy a hetolra több a gyógyulás, kevesebb azonban a javulás, a hetolra gyógyultaknál kevesebb azonban a gyógyulási idő, kisebb a visszaesések száma.

A hetol alkalmazásának technikája a következő: A könyökhajlat vénái felett a bőrt gondosan megtisztítva, intravenosusan egy milligrammról óvatosan 25 milligrammig emelkedő mennyiséget fecskendünk be, a hőmérséklet pontosan ellenőrizve. Az esetleges infekció elkerülése végett minden betegnek külön canuleje van, melyet használat előtt a fecskendővel és oldattal együtt ki kell főzni; a fecskendés alatt a felkarrt gyengén comprimáltatjuk, miáltal csökkentjük a fájdalmat s megduzzasztjuk a vénákat. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 57. Bd. 5. u. 6.) H.

Pesthy István dr.

A májechinococcus egy újabb kezelési módjáról értekeznek Franke Felix braunschweigi kórházi főorvos. Az eddigi eljárás, midőn a tömlőt egy vagy két szakaszban nyitottuk meg és draineztük, sok hátránnyal járt, melyek közül fontosabbak a hosszú utókezelés, a bő epefolyás, melynek következményei nagy vérzések lehetnek; az esetleges hosszas genyedés; a mellékcsysták elgenyedése. Bacelli sublimat befecskendési eljárása, Billroth jodoformglycerin-befecskendése sublimat, illetve jodoformmérgezéssel fenyeget, Bobrow a jodoform helyett physiologikus konyhasó-oldatot használ, majd később a tömlőnek egyszerű kitörését, mely eljárását még genyedő hólyagoknál is kitiünőnek találja; ezen módoknál nincs meg a biztosíték recidiva ellen. Nem alkalmas ezen eljárás nehezen megközelíthető vagy vastag szivós falú cystáknál. Garré a hólyag tartalmát kibocsátva, helyébe 5 cm³ 5% carbol-oldatot, majd 10 cm³ 1% sublimat-oldatot fecskend. Jó eljárás a hólyagnak a máj állományából való kifejtése, veszélyei, mint a hólyag megpukkadása, nagy vérzések stb. elkerülhetők óvatossággal. Különösen alkalmas ezen eljárás, ha a hólyag felületesen fekszik. Depage az utókezelés megkönnyítése végett radikális műtétet ajánl, a mi abban áll, hogy a hólyagokkal együtt thermocauterrel az iníciált májrészletet rescecálja. Delbet a hólyagok kiürítése után a szemben fekvő falakat matracz-varratokkal egyesíti. Mindezen eljárások mellett nincs kizárva azon lehetőség, hogy egy esetleg felfedezetlen mellék-hólyag az operatio után el ne genyedjen, a mire pedig rendkívül hajlamosak, még akkor is, ha az operált hólyaggal összefüggésben nincsenek. Franke mindeme hátrányokat elkerülendő, egy esetében következőképpen operált: a hólyagot két selyemfonállal átöltve, ezeknél fogva azt a hasfali sebbe húzza, fecskendővel tartalmát lehetőleg kiüríti, felmetszve sublimattal kiöblíti, ezután a hólyagot a májból kihámozza, a vérzést tamponaddal csillapítja s a vérzés megszűnté után secundaer varrattal a hassebet egyesíti. Ugyanezen egyénnél talált azonban még egy másik hólyagot, melynél előbbi műtete a hólyag elhelyezkedése és nagysága miatt nem volt kivihető. Ez esetben fecskendővel a hólyag tartalmát kiszívja, helyébe 1% sublimatot fecskend be többször, mindenik befecskendett folyadékot 5—7 perczig tartja a hólyagban, végül a sublimatot gondosan eltávolítja s helyébe csak 15—20 cm³ jodoformglycerint fecskend be. A fecskendő által okozott nyílást keresztöltéssel egyesíti. A lefolyás reactionmentes, gyógyulás tökéletes. A jodoformglycerin-befecskendéssel azt éri el, hogy a hólyagban visszamaradt sublimat, mely ugyan magában is kevés mérgezés előidézésére, mégis a jodoform udjával jodhiganyvegyületet képezve, absolute ártalmatlanná lesz; a keresztöltéssel pedig, hogy a hólyagból semmi a hasúrba ki ne kerüljön. Hogy a mérgezésnek minden lehetőségét kikerültesse, az öblítő sublimatfolyadék helyett egész ártalmatlan és mégis céljának teljesen megfelelő folyadékot vél ajánlatni a formalinban. Azon sikerek alapján, melyeket empyemák formalinnal való kezelésével ért el, biztosra veszi a formalin kitünő hatását májechinococcusnál is, bár alkalma még nem volt e szert^{re} kipróbálni. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 57. Bd. 5. u. 6. II.)

Pesthy István dr.

Börkörtan.

Ép bőr színével bíró kenőcsöket és pasztákat bolus rubra vagy az eosin vizes oldatának néhány cseppje hozzáátételével állít elő Rausch. Különösen az ichthyol-pasztáknál — egész 5%-ig — sikerült a bőrszín megközelítése az eosinnal. (Monatschr. f. prakt. Derm. XXVII. k.)

Poör dr.

A lymphoma gummosum pathohistológiáját adja Löwenbach. Vizsgálatai szerint a syphil. lymphoma histológiailag nem felel meg tökéletesen a gummának, a mennyiben számos epitheloid-sejt fordul benne elő, miáltal a daganat nagy hasonlatosságot mutat a sarcomával s endotheliomával. A lymphoma gummosum azonban úgy az emített daganatoktól, mint a tuberculosisól abban is különbözik, hogy nagy hajlam mutatkozik benne a kötőszöveti újképződésre. (Archiv f. Derm. XLVIII. k.)

Poör dr.

A jodnak a bőrön át való felszívódását tárgyalja Gallard. Az egészséges bőrön át oldott állapotban levő jod felszívódik és úgy a belső szervekben, mint a vizeletben kimutatható. E felszívódást hatalmasan előmozdíthatja a száraz, amyliceákban dús táplálék. Egyes szervekben a jod oly mennyiségben fordul elő, hogy azokra nézve bizonyos praedilectio fenforgását feltételezhetjük. (Acad. des sciences 1. Mai 1899. Ref. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1899. 40. szám.)

Poör dr.

Verrucáknál nyolcz eset kapcsán nagyon dicséri Fitz a 10%-os chrysoarobin-traumaticin-oldatot. A verrucákat egyszer napjában esetelve, egy hét múlva javulás s három hét múlva teljes gyógyulás következik be. Fitz az említett oldatot a salicylsavnál többre becsüli. (Véleményünk szerint a verrucák legegyszerűbb, leghamarább észlelhető terápiája az alapos thermocauterisatio. Ref.) (Boston Med. and Surg. Journ. CXL. kötet, 26. sz.)

Poör dr.

Pulvis cuticolor néven ajánl Unna a födetlen testrészekre egy a bőr természetes színének megfelelő port, melyet különösen eczema seborrhoicum, rosacea s hyperidrosis oleosa eseteinél alkalmazott jó sikerrel s melynek összetétele: Zinci oxydati 2.0, Magnesia carbon. 3.0, Boli alb. 3.0, Boli rubr. 2.0, Amyl. oryzae 10.0. (Monatshefte f. prakt. Dermat. XXVIII. k.)

Poör dr.

Psoriasis macacs eseteinél Richter a következő kenőcsöt ajánlja: Acid. salicyl., Acid. pyrogall., Ammon. sulfoichthyol. aa 3.0, Ol. oliv. 10.0, Adip. lanae ord. 100.0. (Monatshefte für p. Dermat. XXVII.)

Poör dr.

Venereás bántalmak.

Congenitalis luesnél a veséket tanulmányozta Karvonen (Helsingfors). A vesék lueses elváltozása K. szerint az öröklött syphilisben szenvedő magzatoknál mindenkor jelen van, még akkor is, ha a vese-elváltozások klinice minden tünet nélkül folynak le. A vesék bántalmazottságának foka függ a syphilis virus hatásának erősségétől, vagyis minél virulensebb a syphilis mérge, annál kifejezettebb veseelváltozások vannak jelen. Az anyának syphilise úgy látszik különösen fontos szerepet játszik a heredo-syphilises vesemegbetegedés kifejlődésére. (Dermatologische Zeitschrift, 1900.)

Sellei dr.

Tuberculosis és syphilis együttes fellépésének hatásairól értekeznek Bernheim. A phthisikus szülőktől származó egyén, ha syphilist acquirál, kevésbé van azon veszélynek kitéve, hogy tuberculosis lesz, mint egy oly egyén, a kinek szervezete kicsapongó életmód vagy egyéb súlyosabb betegségek folytán válik kevésbé ellentálló képességűvé. A tuberculosis igen súlyos lefolyású lesz akkor, a midőn az a syphilis primaer vagy secundaer stadiumában nyilvánul. A syphilis gyógykezelését tuberculosis egyéneknél B. igen nehéznek, sőt szinte sikertelennek tartja. Higany adagolása szerinte ilyenkor absolute tilos. (Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1900.)

Sellei dr.

Reinfectio syphilitica. Gay tapasztalatait e tárgyban következőképpen foglalja egybe: 1. Reinfectio syphilitica kétségtelenül létezik. 2. Reinfectio syphilitica nem csupán a gummás stadium, hanem a condylomás (secundaer) szak után is törtenhetik. 3. A syphilisnek jelenlegi kezelési módja miatt a reinfectio a condylomás szak után gyakrabban észlelhető. 4. A két fertőzés közötti időtartam nagyon változó. 5. A reinfectio syphilitica a syphilis gyógyíthatóságának biztos jele. Gay tanár klinikáján Burgsdorff kimutatása szerint 18 év alatt 4520 syphilis eset között nyolczszor fordult elő reinfectio, vagyis 565 esetre esik egy reinfectio. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1900. december.)

Sellei dr.

Orr-, torok- és gégebetegségek.

Influenzához csatlakozó heveny Highmor empyema egy esetének váladékából Moszkovszki-nak sikerült az influenza bacillusait kitenyészteni, a miért is ez esetenél a Highmor-türeg gyuladását az influenza bacillusok által előidéztetnek véli. (Arch. f. Laryngol. 1900. 10. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

A gégetükör elhomályosodásának megakadályozására Rupprecht a lysol oldatát ajánlja. Ezzel nemcsak a melegítés kerülhető el, a mi rontja a tükröt, de egyszersmind a tükrör melegségi fokának a kézháton való kipróbálása is, a mi már tisztasági szempontból sem előnyös eljárás. A lysol e tulajdonsága a szappanhoz hasonló sajátágához van kötve, a mennyiben egyenletesen bevonja a tükrör felületét és így elkerülhető a különleges zsirtalanítás. Fél százalékos lysol-oldatban a gégetükör minden baj nélkül hosszabb ideig eláll. (Monatschr. f. Ohrenheilk., Kehlk., Nasen- etc. 1900. 6. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Egy új műszert konstruált Rosenberg, a gégeben helyet foglaló, kicsiny és mozgékony, avagy nem eléggé konszistens daganatok eltávolítására. A Landgraft-féle curette egy módosításáról van szó. A Rosenberg-féle műszer igen hasonlít a kettős curettehez, azzal a különbséggel, hogy a curette gyűrűit két egyenes szélű kanál képviseli. Így lehetővé van téve, hogy mindazon kis daganatokat, amelyek a hangszálagok szélén helyet foglalnak, e műszer segítségével, mint egy ollóval levághassuk. Mindazonáltal ez eszköz nagy ügyességet igényel és azért kezdőknek épen nem ajánlható.

Rosenberg ez ideig négy esetben sikerrel alkalmazta műszerét, még pedig két ízben hangszálag cystánál, egyszer a hangszálag előtt közvetlen helyet foglaló papillománál és egyszer az énekeseknél előforduló hangszálag-csomócskánál. A műszert Pfau készítette Berlinben. (Dorotheenstrasse 67.) (Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. 1900.2. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az aspirin rendelésmódja. Az aspirint legszivesebben ostyában veszik be a betegek. Adható vízben suspendálva és cukorral megédesítve, a mikor is limonadeszerű ital keletkezik. Ujabbban a Bayer-céggel tabletták alakjában is forgalomba hozza a szert üvegesövekben, melyek mindegyike 20 darab $\frac{1}{2}$ vagy 1 grammos tablettát tartalmaz. Némelyek, különösen a gyomor anaciditásában szenvedők, nem tűrik jól a szert; ha azonban hideg tejjel veszik be, akkor nem okoz ezekenél sem zavart. Felnöttek 1 grammos adagokat vehetnek 4—5-ször naponként, legelőszertübben délután. Idült csúznál vagy neuralgiás fájdalomknál elegendő 2—3 gramm naponként. Alkaliák egyidejű adagolása kerülendő, mert akkor kevés sav jelenléte esetén már a gyomorban bomolhatik az aspirin. Gyermeknek 0.3—0.5 gramm adható naponként. Minthogy tüdővészeseknél már kis adagok nagyon erősen csökkentik a lázat, ezekenél óvatosságnak kell lenniük és csak nagyon kis adagokat (0.1—0.2 gramm) szabad rendelniük.

A tüdőgümőkór kezelése formol intravenosus befecskendezésével. Maquire, a londoni „Brompton“ tüdőbeteg-kórház orvosa újabban kísérleteket tesz formol-oldat intravenosus befecskendezésével. Eddig már több mint 70 betegnél használta ezen gyógymódot, feltűnő jó eredményekkel, a mit abból magyaráz, hogy a visszérbe fecskendezett formol-oldat a jobb szívgyomrocsón át direct a tüdőbe jut és itt kifejtheti bacillusölő hatását. Szerző eleinte 1:2000 oldatokat használt, újabban azonban már 1:200 oldatokat is igénybe vesz. Az 1:2000 oldatból naponként 50 köbcentimétert fecskendezett be. (La semaine médicale, 1901. 51. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 10. szám. Prochnov József: A járó-kötés eredménye alsó végtag töréseinek kezelésénél. **Felletár Emil:** Tej által okozott mérgezés.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. English: A húgyhólyag infiltrált carcinómája. **Schumann-Leclercq:** A táplálék befolyása az acetone-kiválasztásra. **Markl:** Gümöbaccilusok a bécsi piaci vajban és margarinban.

Wiener medizinische Presse, 1901. 9. szám. Zappert: Az atypikus initialis tünetek jelentősége meningitis tuberculosánál. **Foges:** Állandó nyomás alkalmazása a medenczebeli szervekre a vagina és has felől. **Bum:** Láikusok alkalmazása az orvosi gyakorlatban. 10. szám. **Goldner:** Végbélrák sacralis kiirtása a méh egyidejű eltávolításával. **Zappert** cikkeknek vége. **Erdheim:** A castratio jogi, socialis és vitalis szempontból.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. Zeissl: A hólyag beidézése. **Löffler:** Autosectio caesarea. **Stekel:** A köszvény kór- és gyógytana.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 7. szám. Beil: A húsmérgezések keletkezése. **Weleminsky:** Lassan növekvő mikroorganizmusok tenyésztése. **Epsstein:** Anaerob bacteriumok tenyésztése. **Loewenstein:** A kámför fertőtlenítő képessége. **Beil:** A typhus-bacillusok agglutinatioja.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. Lassar: A canceroid terapiája. **Ehrlich és Morgenroth:** Haemolysinek. **Strauss:** A pylorus carcinoma prognosisa gastroenterostomia után. **Koch és Coenen:** Malariavizsgálatok Olaszországban. **Jacob:** Kathetersterilizálás. **Rubner:** Pettenkofer emlékezete.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. Beck és Rabinowitsch: Serumreactio tuberculosánál. **Gregor:** Sajátságos auscultatio-lelet egy ecesemónél. **Maass:** Sérvek gyökeres műtévese gyermekekénél. **Tautz:** Eszköz a scoliosis korai felismerésére. **Lipliawsky:** Új módszer acetecetsav biztos kimutatására a vizeletben. **Petersen:** Úszkös sérvek kezelése. **Steffeck:** A méh kóros fixatiojának kezelése. **Spener:** Üzleti alkalmazottak hygienéje. **Marcuse:** A gyógyászat „reformatora“ a törvényszék előtt. **Einhorn:** Új bélsár-szita.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 4. szám. Seitz: Chloroethyl okozta halál. **Brunner:** Tapasztalataim a gyomorrák sebészete terén.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 10. szám. Stoeckel: Hasfalhaematoma a terhesség alatt. **Sticher:** A gőzsterilizáló-készülékek ellenőrzése.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1901. 2. füzet. Hofmann: A prostata összetétele. **Schlagintweit:** Új

prostata incisor. Psychrophorkatheter. Katheter obturatorokkal. Javított kathetercystoscop. **Nicolai:** Az urethroskopia javítása. **Stokmann és Aust:** A húgyhólyag radiographiája. **Koenig:** Adat a prostata discisiojához Bottini szerint.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 5. szám. Bechterew: Kevéssé ismert rostrendszer a nyaki velő antero-lateral szakaszának peripheriáján. **Goldflam:** Intermittáló sántítás. **Rossolimo:** Dysphagia amyotactica. **Bielschowsky:** Csigolyadaganatok okozta gerinczagycompressiók szövettana.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates, 1901. 1. füzet. Legueu: A prostata hypertrophia sebészi kezelésének tartós eredményei. **Young:** Új módszer a prostata hypertrophia kezelésére elektrokaustikus incisorral középső lebeny jelenléte esetén.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 45. kötet, 3. és 4. füzet. Loewi: Vizsgálatok a nucleinanyagforgalomról. **Gerhardt:** Mitrális bajok compensatioja. **Magnus:** A plethora viszonya a diuresishez. **Gottlieb és Magnus:** A vesebeli vérkeringés viszonya a diuresishez. Az ureternyomás viszonya a diuresishez. **Krüger és Schmidt:** A theobromin viselkedése az emberi szervezetben. **Grunow:** A bél protozoa okozta megbetegedésének egy esete. **Harnack, Danner, Starke:** Görcsökötő mérgek hőmérsékéscsökkentő hatásának magyarázata

Zeitschrift für Heilkunde, 1901. 1. füzet. Landsteiner: A nyálmirigyek vegyes daganatainak ismeretéhez. **Schlagenhauser:** Az aorta-billentyűk és a nyitott Botall-vezeték influenza-endocarditise. **Albrecht és Ghon:** Adat az influenza-bacillus morphológiájához és pathológiájához. **Lepmann:** A tubák meghosszabbodása ovarialis és parovarialis cystáknál.

Die Therapie der Gegenwart, 1901. 3. füzet. Rosner: A prostata hypertrophia kezelése. **Kollarits:** Bromalin. **Engel:** A himlő gyógyítása vörös fénnyel és a forcirozott vaccinatio. **Bornemann:** A gonorrhoea kezelése gelatose-czüsttel (albargin).

Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei, 52. kötet, 1. füzet. Grassl: A syringomyelia casuistikájához. **Bott:** Elmebetegség mint válás-ok. **Blumm:** A bábaügy jelen állása Németországban. **Roeseler:** A gerinczagy szűrt sérülései.

La semaine médicale, 1901. 10. szám. Achard: Súlyos hányás a terhesség alatt. **Ehret:** A bacillus filiformis jelentősége a gyomorrák korai felismerésére.

Progrès médical, 1901. 10. szám. Piqué: Ovarialis opothera. **Archives de neurologie, 1901. február. Cullerre:** „Folie gémellaire“ két új esete. **Soury:** A tabes kórboneztana és kór-életana.

Revue de médecine, 1901. 1. szám. Gaucher és Sergent: A terhességi nephritis fejlődése. **Lagrange:** Szívmozgások és rendszeres gyakorlatok. **Spillmann:** Elsődleges progressiv myopathia két esete. **Oddo:** A Sydenham-féle chorea tüneteinek localisatioja. **Remlinger:** Inreflexek typhusnál. **Vergely:** Traumatikus diabetes. **Griffon és Nattan-Lavrier:** Gonococcus okozta genyes hygroma. 2. szám. **Roger és Garnier:** A máj állapota erysipelasnál és streptococcus-fertőzésekénél. **Boinet:** Pneumococcus okozta agytályog. **Lagrange:** Szívmozgások és rendszeres gyakorlatok. **Schneider és Buffard:** Syphilis és dourine. **Oddo:** A Sydenham-féle chorea tüneteinek localisatioja.

Archives générales de médecine, 1901. január. Tillaux: Alexis Boyer. **Cushing:** Korai explorativ laparotomia typhusos bélátfürődésnél. **Lusignoli:** Werlhoff-kór gyógyítása intravenosus sublimat-injectiókkal. **Chatin:** Dissociált thermikus sensibilitás hemiplegiasoknál. **Cassébat:** Patellatörés kezelése. **Feindel és Meige:** „Torticolis mental“ négy esete. **Moresstin:** Izületi syphilis. — Február. **Marion és Gandy:** Subacut lágyék-táji adenitis. **Joussot és Lefas:** Calomel-mérgezés. **Lecène és Pagniez:** Az epeutak juxta-hepatikus rákjának két esete. **Laignel-Lavastine:** Elsődleges progressiv myopathia.

Revue de chirurgie, 1901. 1. füzet. Tillaux és Riche: Az aorta abdominalis ligaturája. **Bloch:** Fertőzött sebek kezelése. **Gayet és Bonnet:** Adat az osteomalacia tanához. **Villard és Vignard:** A bal alsó végtag phlebitise és appendicitise. **Vitrac:** Ectokelostomia. **Fredet:** Hernia obturatoria. 2. füzet. **Quénu és Judet:** Peritonisatio laparotomiáknál. **Loison:** Typhusos bélátfürődés sebészi kezelése. **Tillaux és Riche:** Az aorta abdominalis ligaturája. **Le Fort:** A felső állcsont törése. **Gayet és Bonnet:** Adat az osteomalacia tanához. **Lapointe:** Chopart-féle amputatio. **Cathelin:** A hydrosalpinxek torsioja.

Lancet, 1901. I. 10. szám. J. F. Sykes: A lakás hygienéje. **Byrom Bramwell:** A gyomorfejkély statistikája, különös tekintettel a gyomorvérzésre. **J. Mitchell Bruce:** A szív és az edények megbetegedései az élet delén és alkonyán. **H. Harper:** Húgyany a tuberculosis gyógytanában. **Ch. J. Glasson:** Pemphigus neonatorum esete. **W. J. Mc Cardie:** Aethylchlorid-narcosis. **A. Gray:** Helyi érzéstelenítés a fulben, az orrban és a torokban. **G. P. Newbott és C. Thurstan Holland:** A Röntgenfénnyel a sebészeten használatát feltűntető két eset. **William Dalby:** A fulsebészet tegnap és ma. **David Newman:** A vesebészet története. **Ch. Powell White:** Nomenclatura és classificatio. **J. Burnet:** Meningomyelocèle esete. **C. F. M. Althorp:** A mutatóujj proximalis phalanxának visszahelyezhetetlen dorsalis dislocatioja. **J. G. Mc Naughton:** Diabetes mellitus comával gyermeknél. **Marmaduke Sheild:** Morphium okozta glycuria patellatörés esetében. **L. Humphry:** Anaemia pernicioza és toxikus anaemiák kezelése a szabadban.

British medical journal, 1901. márczius 9. W. M. Banks: A cauterisatio elhanyagolása a sebészeten és értéke a pruritus ani gyógyításánál. J. Mitchell Bruce: A szív és az edények megbetegedései az élet delén és alkonyán. J. F. Sykes: A lakás higiénije. G. Leslie Eastes: A húgyutak histológiája tekintettel a kóros húgyüledékekre. H. Smurthwaite: Elektromos shock. A. Reckless: Aether okozta halál. D. Macmillan: Antistreptococcus-serum erysipelasnál. A. S. Percival: Tenonitis. R. H. Stewart: Adenoid vegetatiók utókezelése. W. M. A. Anderson: Idegen testek a végbélben. W. Dick: Májtályog három operált és gyógyult esete.

Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlésére.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat évi közgyűlését f. é. márczius 29-dikén d. u. 5 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben fogja tartani.

Tárgyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.
2. A múlt évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.
3. A társulat igazgató tanácsának, tisztii karának és a tanácsbeli tagok egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §-ai értelmében.
4. Három tagú bizottságnak választása a pénzkézelés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyűlésre meghívni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyűlésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-utca 16. sz.) írásban is beküldhetik.

A jelenleg kilépő igazgatótanács tagok a következők: budapestiek: Fodor József, Genersich Antal, Navratil Imre, Tóth Lajos; vidékiek: Boleman István, Konrád Márk, Szabó Dénes, Petz Lajos.

A kilépő igazgatósági tagok újra megválaszthatók.

Budapest, 1901. márczius hó 10-dikén.

Koller Gyula dr.,
első titkár.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. márczius 15.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 9. hetében (1901. február 24-dikétől márczius 2-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 504 gyermek, elhalt 337 egyén, a születések tehát 167-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 23.6, az egy éven felüli lakosságnál: 17.9, az öt éven felüli lakosságnál: 16.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 1, pertussis 3, morbilli 6, scarlatina 8, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 18, apoplexia 8, eclampsia 10, szervi szívbaaj 23, pneumonia 39, pleuritis 2, pneum. catarrh. 10, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 65, enteritis 13, carcinoma 9, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 6, morbus Brightii et nephritis 6, veszületett gyengeség 22, paedatrophia 2, marasmus senilis 12, erőszakos halálozást 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3012 beteg, szaporodás e héten 855, csökkenés 897, maradt e hét végén 2976 beteg. B) Hevenyragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi február 24.-étől márczius 4.-éig terjedő 9. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 44 (35), diphtheria, croup 14 (26), hagymáz (typhus) 2 (0), kanyaró (morbilli) 127 (128), trachoma 15 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 31 (37), orbáncz (erysipelas) 14 (25), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 11 (15).

⊕ A budapesti orvosok szövetsége e hó 8-dikán tartott közgyűlésen állást foglalt — úgy mint a budai orvosok — a keletkezésben levő magyar tisztviselő betegsegítő egyesülete ellen, kimondván, hogy tagjait erkölcsileg kötelezi arra, hogy ez egyesületnél alkalmazást ne foglaltanak el, míg az egyesület szabályait akképen nem módosítja, hogy abban csak a kisebb fizetésű hivatalnokok léphetnek be tagokul. Az egyesület vezetősége, mely előbb hallani sem akart a dologról, később elhatározta, hogy bizottságot küld ki, mely a budapesti orvosok szövetségével békésen kívánja megoldani a kérdést, nevezetesen annak megállapítását, hogy minő censussal vehesse fel az egyesületbe a tagokat. A szövetség f. hó 13-diki közgyűlése elfogadta a közeledést,

végrehajtó bizottságából az egyezkedés megejtésére hat tagot küldött ki. A censust 3200 koronás fizetésben állapította meg. Továbbá kikötendőnek tartotta az orvosi fizetés biztosítása kellő módjának megállapítását. Remélni lehet így, hogy az ügy békés megoldást nyer a nélkül, hogy orvosi kamarára lenne szükség, a mely aligha ért volna el ennyit is. Ha az alkudozások eredményre nem vezetnének, a végrehajtó bizottság tovább folytatja működését és bizonyára meg fogja találni a kellő utakat és módokat igazságos czéljainak elérésére.

— A természettudományi társulat élettani szakosztályának f. hó 12-diki ülésén Aldor Lajos dr. tartott előadást az öregemberek anyagcseréjéről és a phloridzin diabetesről. Utána Ranschburg Pál dr. mutatta be készülményét az emlékezőtehetség megmérésére. Ugyan e társulat növény-tani szakosztályának 13-diki ülésén Mágócsy-Dietz Sándor dr. tartott emlékezésedét Jurányi Lajos egyet. tanárról.

< Reichert K. bécsi optikust ő Felsége a párisi világiállítás alkalmából a Ferencz József-rend lovagkeresztjével tüntette ki. A kitüntetettnek intézete a mikroszkopgyártás terén igen szép eredményeket ért el, minél fogva e kitüntetés valóban méltó egyénre esett.

⊗ Hőgyes tanár Pasteur-intézetében 1901. február havában 198 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (177 magyarországi, 15 horvát és szlavin, 5 boszniai és hercegovinai és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 194 egyént kutya, 3-at macska és egy egyént ló harapott meg. Halálozást nem fordult elő. Évi folyó szám: 420; egyetemes folyó szám: 14,874.

+ Lelenczgyű. A Fehér-Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület február hónapban felvett a központban 370, tizenegy fiókintézetében 530, összesen 900 lelencz, elhagyott és árva gyermeket. Ezekkel együtt nevelt a központban 4560, a fiókokban 4222, összesen 8782 gyermeket.

⊕ A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét február hóban 680 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 1441.

□ Tauffer tanár szülészeti poliklinikuma február hóban 100 esetben 63 műtéttel nyújtott segélyt. Gyermekágyasok látogatása 121 esetben történt. Évi folyó szám: 237.

⊗ A kolozvári egyetemi klinikákon és a „Karolina orsz. kórház“-ban 1900-ban — mint azt Engel Gábor dr. egyetemi tanár kimutatásából olvassuk — 3385 beteg nyert ápolást. A sebklubinán 798, a szemklubinán 108, a nőklubinán 96 műtétet végeztek. Az ápolási napok összes száma: 101,070 volt.

* Hall gyógyfürdő Felső-Ausztriában. A jódos-konyhasós forrásairól híres halli gyógyfürdő új jódos források fúrásával azon kellemes helyzetbe jutott, hogy az évről-évre fokozódó nagy szükségletet gyógytényezőkben teljesen fődözheti. A halli fürdő vendégeinek minden lehető kényelmet megad: a mai kor igényeinek megfelelő fürdők, a legkülönbözőbb újabb gyógyító segédeszközök, massage, belégzések, gőz-, zuhany- és hideg fürdők, elektromos kettős sejtű fürdők, elektromos fényfürdők stb. mind a vendégek rendelkezésére állanak. Hall és környéke természeti szépségei, a kedvező klimatikus viszonyok, a gyönyörű park, színház, zene, hangversenyek, táncmulatságok stb. nagyfokú vonzóerőt gyakorolnak a fürdővendégre. Prospectusokat szívesen küld a halli fürdő kezelősége.

† Elhunytak. Batizi Endre Pestmegye tb. főorvosa 60 éves korában Budapesten; Kálmán Izidor dr. Nagyvárad nyugalmazott tisztii főorvosa 68 éves korában; Thomán Jakab dr. nyug. járásorvos, 48-as honvédorvos Bács-Kulán 70 éves korában; Otobán Nándor dr. 48-as honvédhadnagy, nyug. honvéd-ezredorvos, nagybirtokos Brassóban 74 éves korában; Szilvassy János dr. borszéki fürdőorvos f. hó 14-dikén Borszéken 50 éves korában.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedén ezeiben az ásványvíz napokint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádudó-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemb. Olesó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.



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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes ülés 1901. márczius 9-dikén.) 187. lap. — Orvostanhallgatók Segélyző- és Önképző-Egyesülete (felolvasó ülés márczius 9-dikén.) 189. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1901. márczius hó 9-dikén.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. — A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesítettnek jelenti ki. — A könyvtár számára beérkezett: Schüchter Miksától: „Zsidó orvosok“, Rihmer Bélától: „A húgyveső szűkületről“ című dolgozatok. Köszönettel vétetnek. — A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Baumgarten Zsigmond, Deutsch László és Aldor Lajos tagtársakat.

Napirend:

A könyökhajlati ütér tágulatának operált esete.

Lévai József 30 éves munkást mutat be, a kit egy év előtt operált meg a bal könyökhajlat nagyobb terjedelmű *aneurysma venosum*-a miatt. A sebzés zavartalanul gyógyult. A bemutatott készítményen demonstrálta a kórbonezeti viszonyokat, a melyeknek következtében az azelőtt ép edényeken a túlfeszítés következtében elváltozások keletkeztek. A kisebb ütőereken kezdődő arteriosclerosis, a kisebb visszereken idült sclerotikus megbetegedés látható. Egy ilyen készítményt göröső alatt bemutat és hangsúlyozza az esetnek jelentőségét az arteriosclerosis tanára vonatkozólag.

„A homokóra-gyomor valószínű esete“ című bemutatás epicrisise.

Hári Pál az „Orvosegyesület“ 1900. november 10-diki ülésén bemutatott beteg újabb, immár műtét után mutatja be. 1900. november 10-dikén kettős szűkület kóriszmetett a gyomorbelhuzamon és pedig következő lehetőségekre utalt: 1. Homokóragyomor, pylorus-szűkület; 2. homokóragyomor, duodenum-szűkület; 3. pylorus-szűkület, duodenum-szűkület. Az első két eset valamelyikét tartotta valószínűbbnek. Az 1900. november 19-dikén végzett műtét alkalmával a 3-dik feltéves bizonyult helyesnek; a felső szűkület a pyloruson volt, az alsó a vékonybélben, de nem a duodenumon, hanem az ileum vége felé; differential-diagnosztikai szempontból érdekes, de még nem magyarázható körülmény az, hogy az ileumnak a gyomortól oly távoleső részét a gyomor felől felfújás által levegővel lehetett megtölteni.

Herczel ezen kóriszmeteti és sebési tekintetben is igen érdekes betegnél 1900. november 19-dikén végezte a műtétet chloroform narcosisban. A hasüreg megnyitása után kitiint, hogy a gyomor, máj és nagy eseplesz egy régen lefolyt lob következményeként egymás között s a mellő hasfallal lazán össze van tapadva; az álhártyák szétválasztása után a gyomrot sikerült kigördíteni s azt végig tapintva, találta, hogy a pylorus falzata megvastagodott ugyan, kissé rigid is, de nem mutat oly fokú szűkületet, hogy ebből a betegnél észlelhető tüneteket megfejtteni lehetne, tovább kellett tehát kutatni.

Már a gyomornak kigördítésekor feltűnt a jejunum felső bélkacsainak puffadtsága és a mint a mindinkább vastagodó beleket előhúzta, körülbelül egy méternyire a coecumtól hirtelen egy félkar vastagságát meghaladó bélkaes gördült elő, melynek fala annyira túltengett, hogy a gyomorénál vastagabb volt. A tágult U-alakú bélkaes két szára mesenterialis szélén egymással össze volt tapadva, miáltal tasak alakot nyert, melynek tágtsága a gyomort meghaladta. A tasak alakú bélkaes, mely annyira telve volt kemény (narancs, cseresznye) magvakkal és kis bélsár kövekkel, hogy tapintásra egy búzaszemekkel megtöltött madárgyomrohoz hasonlított, a coecum felé hüvelykujnyira szűkült belekből álló conglomeratumba folytatódott, melyek az álhártyák oly nagy tömegébe voltak beágyazva és egymással sokszorosan összenöve, hogy szétfejtésük teljesen lehetetlen volt.

A proc. vermiformis szabad volt; fel kellett venni, hogy egy nem epityphlitisből eredő, már régen lefolyt összenövéshez vezető has-hártyalob folyt le és az álhártyák utólagos zsugorodása okozta a bél-szűkületet. Ezt megszüntetendő Herczel 5 cm.-nyi nyílással bíró enteroanastomosist végzett a coecum és a tágult bélkaes között, 18 első és 24 másodosoros varrattal. Az álhártyák által stenotizált ileum részlet hossza, mely a műtét által ki lett rekesztve, mintegy 80 cm. volt.

Lefolyás láztalan ugyan, de egy gien kellemetlen incidens által zavartatott meg. A per primam összetapadt hassebből 10-dik napon eltávolították a varratok, mire heves köhögési roham után a heg alsó két harmada széjjel vált és gyermekfejnyi béltömeg esett elő. Miután azonban ezen esemény nagyobb fájdalommal nem járt, csak másnapon a hőmérsék hirtelen felemelkedése 38.5^o-re, a fellépett bélkölikák és a kötése átázása figyelmeztetett a bekövetkezett bajra. Herczel az előesett már fibrinosus lepedékkel borított beleket konyhasó oldattal bőven lemosta, reponálásuk után a hasüreget újból elzárta. A beteg peritonitistól megmenekült, harmadnap láztalan s azontúl sima lefolyás. Ez idő szerint régi panaszai megszűntek, jól érzi magát.

Mindkét felső állcsont időleges resectiója útján eltávolított koponya-alapi daganat.

Herczel Manó. A 16 éves igen vérszegény fiú nagy koponya-alapi fibromában szenvedett, mely széles aiaapon ült, összekapaszkodott a septummal, nyúlványokat bocsátott már az orrba és orbitába (protrusio bulbi).

A daganat nagysága, hozzáférhetlensége és kiterjedtsége kizárt minden direct beavatkozást. Egyes egyedül praeliminaris műtét segélyével lehetett hozzáférni. Az arczon át való műtét beavatkozás nem volt ez esetben ajánlatos, mert az orrnak időleges felnyitásával járó műtét nem biztosítja a kellő áttekintést, míg a felső állcsont időleges vagy teljes kiirtásával járó műtétek nagysága, avagy a felső állcsont szét-feszítésével járó intermaxillaris út szintén nem áll arányban az elérhető eredménnyel s ezen kívül valamennyi igen súlyos beavatkozás, nehéz utókezeléssel és az arczon okvetlen torzító hegképződéssel.

Ezért Herczel a szájon át vezető utat választotta, mely cosmeticus tekintetben kifogástalan. De mivel sem a lágy szájjad átmetszése, sem az azzal combinált kemény szájjad resectio functionalis eredményei nem megbízhatók, mert visszamaradhat a légyszájpad rövidülése, heges rigiditása folytán beszéd és nyelési zavarok, továbbá kisebb-nagyobb sipolyok a szájjadlason, melyek újabb műtétet igényelnek vagy a beteg örökös prothesis viselésére kárhoztatják, e miatt transmaxillaris úton operált, oly módon mint két év előtt Partsch három esetben.

Ezen műtét elkerüli az időt rabló és bizonytalan szájjad varratot, csökkenti a műtéttel járó vérzést, biztosítja a sebzés sima gyógyulását, kitünően feltárja a műtét színhelyét és kifogástalan functionális eredményt ad.

Az operatiót 1901. január 3-án chloroform-morphin narcosisban végezte. Félig ülő helyzetben a felső ajk felemelése után a nyákhártyát és lágyrészeket a felső átmeneti redőben a jobb második molaristól a bal második molarisig átmetszette a csontig és ezen sebzésből az orrsővény porcós részét alapján átmetszette. A mérsékelt vérzés csillapítása után széles vésővel mindkét felső állcsontot a fogmedernyűtvány fölétt egész a tubera maxillaris vizszintes irányban átvette, az ily módon a fogmedernyűtványból és keményszájpadból képezett csontlebensyt némi feszítéssel csapóajtószerűleg lehajtotta. Tág betekintést nyert az orrüregbe és a garatnak koponya-alapi részébe.

Kitiint, hogy a koponya-alapon a szélesen ülő daganat nemcsak a bal orrüregbe, hanem egy ujnyi vastag és hosszú nyúlványával a jobb orbitába is betért. A vérzékeny daganat és három nyúlványának ki-hámazása lecsüngő fejtartásban történt részben ollóval, részben pedig görbített éles elevatoriummal. A műtét ezen phasisa bő vérzéssel járt, melyet steril gáz általi tamponálással csillapított.

A műtét befejezése ismét félig ülő helyzetben történt, az orrgaratirnak jodoform gázzal való feszes tamponálása után a felső fogsort hordó csontlebensyt visszahajtotta és eredeti helyzetében az orrüregben áthatoló két catgutvarrattal és két oldalt a csont és nyákhártyán át vezetett catgutvarratokkal fixálta.

Lefolyás: A beható és súlyos műtét lefolyása igen kedvező. Beteg teljesen láztalan. Már a műtét estéjén nehézség nélkül nyel úgy, hogy a táplálkozás az egész reconvalencia alatt kielégítő volt.

6-14. napon a gaze-esik successive el lett távolítva és újjal pótolva, 3 héttel a műtét után a csontlebensyt már meglehetősen odatapadt úgy, hogy rágásnál csak kissé mozgott. Habár műtét előtt aggodalmi voltak arra nézve, hogy a teljes consolidatio be fog-e következni, mégis nagy örömmel azt tapasztalta, hogy 6 héttel a műtét után az összehorradás már teljes volt, a beteg a kemény ételt is jól tudta rágni.

Műtét óta több mint két hó telt el, az előbb halvány és vérszegény beteg jelenleg viruló színben van. Recidivának semmi nyoma, beteg orrán keresztül jól lélegzik. A cosmeticai és functionalis eredmény idealisnak mondható.

Polyák Lajos: A 16 éves férfibetegnél, a kinél Herczel kartárs úr az imént előadott műtétet végezte, Krepuska kartárs úr ajánlata folytán 1900. december 18-dikán consultált első izben s a kíséző levélben, melyet magával hozott, a koponya-alapi fibroma diagnosisa már Krepuska kartárs úr által meg volt állapítva.

A körelőzményi adatok szerint a beteg fél év óta vette észre, hogy folyton fokozódó náthaszerű állapotban volt és orrlégzése mindinkább nehezült. Hat hét óta a bal orr teljesen eldugult és a jobb orr is nehezen szelett. E mellett gyakori, utóbb csaknem állandó jellegű fejfájásai voltak a koponya bal felén, a bal arczán érzéstelenséget észlelt és időnként mérsékelt hőemelkedései voltak.

A vizsgálat kimutatta, hogy a beteg bal arca a felső állcsontnak és járomcsontnak megfelelőleg mérsékeltlen duzzadt, könnyebb érintésre érzéstelen és kiskökü baloldali exophthalmus van jelen, látási zavar nélkül. A bal alsó és középső orrjáratot egy igen tömött és kemény, mellső csücsön üszkös szétesésben levő daganat töltötte ki, mely érintésre könnyen vérzett, sondával jól körül volt járható és egészen az orrbemenetig hatolt előre. A jobb orrban mérsékelt septumdeviatio, valószínűleg a túloldali daganat nyomása folytán, maga a jobb orrüreg teljesen szabad, hátul azonban a choana kétharmadrészét egy az orr-

garatúr felső részéből kiinduló daganat fedi el. A rhinoscopia posterior tényleg egy orrgaratúri daganatot mutatott, mely körülbelül tyúktójságyinak tünt fel, széles alapon indult ki az orrgaratúr tetejéből, a fibrocartilago basilarisból és ráfeküdt a choanákra, a balt teljesen fedve, a jobboldalnak pedig csak alsó harmadát hagyva szabadon. A daganat nagyságának megfelelőleg a légyszájpadot is mérsékelten előnyomta. Ujjal tapintásnál igen tömött, kemény és rugalmasnak bizonyult, a széles insertionak megfelelőleg alig volt mozgatható, a tubanyilásokat oldalt szabadon hagyta, mellfelé azonban az orrsövénytől annak alsó részén elkülöníthető volt.

Itt tehát egy az orrgaratúr tetején, a koponyaualapból kiinduló daganatot kellett felvennem, mely az íksont testéből és valószínűleg az ekesontból is széles alapon indult ki, reáfeküdt a choanákra és a bal orrjáratba egy vastag nyúlványt is küldött be. A trigeminus második ágában mutatkozó részleges anaesthesia szintén nyomás folytán következhetett be, a baloldali bár még kiscokú exophthalmust illetőleg pedig gyanakodnom kellett arra, hogy ezen tünetet a daganatnak egy a hátsó rostasejteken át az orbita felé türemkedő másik nyúlványa okozza.

Tekintettel a fent elmondott tünetekre, a beteg korára és nemére, magam is azonnal a *Krepuska* kartárs úr által felállított fibroma diagnózishoz esatlakoztam. Szükségesnek tartottam azonban a daganat természetének pontos meghatározása végett a histológiai vizsgálatot is és ezért az orrban levő nyúlványból egy mogyorónyi részt távolítottam el a hideg kacsával. Ez alkalommal bebizonyult a daganat rendkívül kemény volta, mert az alkalmazott zongorahúr a daganatot nem volt képest átmetszeni, inkább a kacsavezető fémcsövet metszette be két oldalt, úgy hogy a leválasztást késsel voltam kénytelen eszközölni. A vérzés ezen műtét után, megfelelőleg a kacsával történt hosszú strangulationnak, nem volt túlerős.

Másnap a beteg üdülés végett a karácsonyi ünnepekre hazautazott s ezen idő alatt ejtettem meg a histológiai vizsgálatot. A daganat tényleg fibroma volt, helyenként kissé sejtűsabb ugyan, de ez a peripherikus szétesés okozta izgatásnak volt tulajdonítható. Sarcomatosis jelleget a daganat sehol sem mutatott.

A koponyaualapi fibromákról, melyeknek kitűnő leírását újabban *Mikulicz* adta, tudjuk, hogy kedvező kiindulási helyük a pars basilaris ossis occipitis és az íksont egyesülési helye, mely az orrgaratúr tetejének felel meg; rendszeren széles alapon ülnek, néha alapjukon az ekesonttal is összekapaszkodnak és a keskeny alapon ülő kocányos alakok a ritkák közé tartoznak. Többnyire sima felületűek, igen tömöttek és kemények, kissé rugalmas tapintatúak, szövettanilag némileg hasonlóak a hegszövethez, sűrűn egymás mellé helyezett kötőszöveti rétegekből állanak, melyek közé több-kevesebb orsóalakú sejt van beágyazva. Klinikailag a tiszta fibromák a benignitás határán állanak annyiban, hogy metastasisokat nem képeznek, ellenben a relatív malignitásra mutat, nagy hájlamuk a határnélküli növekedésre és helyi kiújulásokra. A klinikai malignitás tüneteit azonban főképp a daganat azon sajátosága okozza, hogy egy bizonyos nagyság elérése után nyúlványokat bocsát ki magából, néha lefelé a garatba és ilyenkor nyelési zavarokat okoz, sőt a gégeig terjedve nehézlégzést, sőt fuladási rohamokat is okozhat; az orrba bocsátott nyúlványok a hátsó rostasejteken az orbitába hatolnak, a szemtekét kitolják és a látóideg nyomása folytán annak sorvadására is vezethetnek; a Highmor-barlangba hatoló nyúlvány tágitja az üreget, usurálja a csontot, végül pedig a rostacsont felső részét usuráló és az agy felé haladó nyúlványok megnyitják a koponyaűrt és fertőzésre, genyes meningitisre nyújtanak alkalmat. Azon esetekben, a hol a nyúlványok inkább mellfelé növekedzenek, szétolják az orr- és állsontokat, kitolják a szemeket, eltorzítják az arcot és az ornyílásokon át előtüremkednek. Ilyenkor áll be az arc azon eljesztő torzulása, melyet békaarcznak is szokás nevezni.

Ily körülmények között csakis az egészen kisterjedelmű és nyúlvány nélküli daganatoknál lehet ezen daganatoknak — melyek csaknem kizárólag a pubertás idején és férfiaknál szoktak fellépni — nem ritkán előforduló spontán visszafejlődését, mely a pubertás befejeztével, tehát néhány év múlva következhetik be, bevárni; a jelen esetben tekintettel a daganat nagyságára és az orbita felé haladó nyúlványra, az állandó féloldali fejfájásokra és az arc kezdődő torzulására, kétségtelen volt előttem, hogy a daganat radikális eltávolítása sürgősen van indikálva.

A direct methodusok az orron vagy orrgaratúron át a jelen esetben czélhoz evidenter nem vezethettek, a megkísértésükkel járó vér- és idővesztéses a beteget csak újabb veszélyvel fenyegette volna, ezért december 27-dikén *Herczel* kartárs urat consultáltuk a daganat radikális eltávolítása végett, kinek a daganat malignitása felől táplált kétegyeit egy *Baumgarten* kartárs úrral tartott újabb consilium oszlatta el. Közben *Grósz Emil* kartárs úr szemvizsgálatot is végeztet, kiscokú baloldali reponálható exophthalmus mellett mindkét oldalt szabad látótereket és ép szemfenéket talált, a daganat tehát magába az orbitába még nem tört be és a kiscokú exophthalmus valószínűleg a nyomás által okozott pangás következménye volt.

A műtét által eltávolított daganat helyzete, alakja és nyúlványai teljesen megfeleltek az előzetesen megállapított adataimnak.

A beteg 33 nappal a műtét után kerül utókezelésem alá. A vizsgálat kimutatta, hogy az orrsövény csak legmellső és hátsó részén egyesült, egyebütt 2 mm. széles, hosszúkas résen át közlekedik a két orrüreg. A jobb orrt az orrsövény erős idehajlása és az alsó kagyló hypertrophiája tartottá elzárva, baloldalt a rostacsontokból és az orrüreg laterális falán ejtett sebszélből kiinduló elég sűrű polyposus sarj- képződés volt látható. Az orrgaratúr tetején pedig néhány a daganat leválasztása után visszamaradt borsónyi nem túlkemény sarj.

Az utókezelés a jobb orrüreg felszabeditásából, a baloldali polyposus sarjak eltávolításából és az orrgaratúri sarjak electrolysis útján való sorvasztásából állott. Ma az orrüreg és orrgaratúr teljesen szabad, kiújulásnak eddig, tíz héttel a műtét után, nyoma nincs.

Zwilling Hugó: A magyar fil- és gégeorvosok egyesületében történt bemutatáskor azon gyanújának adott szövege kifejezést, hogy a koponyaualapi daganat az adenoid szövet regressiv metamorphosisával függ össze, mely a pubertásban épen igen élénk. Felvehető, hogy a koponyaualapi esonthártya és az adenoid szövet közti meglehetősen hatalmas fibrosus szövetnek regressiv folyamata szolgál indító okul arra, hogy ezen daganat keletkezzék. A műtői beavatkozásra nézve megjegyzi, hogy divatos az uni- és bipolaris electrolytikus eljárás, a *Smitt Huysen* és a *Hoffmann* methodusai, melyek a sorvasztást és azután a kacsával való eltávolítást teszik lehetővé és így a daganat nagy és complicált műtét nélkül is eltávolítható.

Némái József: A *Partsch*-féle műtétet rokonszenvesen fogadja, genialis idea, csoda, hogy előbb nem jöttek rá. Szólvó hullakísérletekből meggyőződött, hogy az egész koponyaualap jól áttekinthető és itt jól lehet operálni. A baj csak az, hogy a műtét nehéz és nagyobb jártasságot igényel. Szólvó csak rosszindulatú daganatnál tartja indokoltnak e beható beavatkozást.

Donogány Zakariás: Bizonyos, hogy jobban szeretjük, ha directe az orron vagy szájon át támadhatjuk meg a daganatot, mert kevesebb veszélyel jár. De hol van ennek határa? Minden józanul gondolkodó ember maga fogja megállapítani a határt, a melyen túl a direct beavatkozás nem ér semmit. Az electrolysist meg lehet próbálni, szólvó maga is csinálta, de csak mogyorónyi, kis daganat esetén, de ilyen nagy daganat sok időt vett volna igénybe, mely alatt az továbbá nőtt volna befelé a koponyaüregbe. Ezért szólvó indokoltnak tartja a radikális operatiót.

Herczel Manó: Daczára annak, hogy *Donogány* már megfelelt *Zwilling* ellenvetésére, felemlíti, hogy a daganatok bár histologice jóindulatúak, klinice nem jóindulatúak, mert a csontot usurálják és pl. a rostacsont itt is usurálva volt és bár a szemem még nem volt elváltozás, biztosan az orbita üregébe hatolt már a tumor. Gyanu volt továbbá, hogy a koponyaüregbe is beterjed, e mellett szólt az állandó fejfájás, a daganat configuratioja, továbbá vérzések gyengítették a beteget, a mik indokoltá tették a gyors és radikális beavatkozást. Egy 16 éves fiúnál a 25—30-dik életévig, míg e daganatok esetleg maguktól is visszafejlődnek, nem szabad várni.

Műtét útján gyógyult ritka gégeszűkület esete.

Baumgarten Egmont: A 9 éves fiú három hét óta fokozódó nehézlégzés miatt a *Stefánia*-gyermekkorházba 1900. december 22-dikén felvételre és idegen test gyanuja miatt nála azonnal a tracheotomia superior végeztetett. Az anamnesis felvilágosítást nem nyújtott, a betegnél műtét előtt a hang tiszta volt, nyelési fájdalmakról nem panaszkodott.

Műtét után másodnapra a gégeükrészeti vizsgálatnál a gége teljesen rendesnek találtatott, de a jobb hangszalag alatt egy a gége és légeső lumenjébe előbótosodó babnagyságú daganat volt látható. Ezen daganat mindig nagyobbodott és végre annyira elzárta a géget, hogy 4 hét múlva a canulát egy másodpercze sem lehetett betartani és a beteg teljesen hangtalan lett. A nyak jobb oldala a trachealis seb környékén erősen beszűmkedett, a sebszéleken lepedék képződött, mely azonban nemsokára feltszult. 1901. január 23-dikán narkosisban laryngofissio végeztetett. (*Trendelenburg*-tamponcementum.) A paizporcz alsó felének, a gyűrűporcznak és légesőnek átmetszése után látható volt a gége és légeső jobb oldalsó faláról előredomborodó majdnem mogyorónyi, érintésre fluctuáló képlet, mely a géget és légesőt teljesen kitöltötte és melyből bemetszés után két kavéskanál sűrű zöldes geny ürült ki. A kutaszszal lefelé és kifelé körülbelül 7—8 cm.-nyire a perforált trachealis falon át egy nagyobb ürbe jutni, melyből a geny külső nyomással kinyomható volt.

A tályogürbe vékony jodiformesikot helyezve, és ennek végét a canule mellett kivezelve, a géget három mély és három felületes varrattal egyesítette. A lefolyás láztalan volt, második napon a canule-változásnál a csikot eltávolította, hatodik napon a varratokat.

A nyaki beszűmkedés napról napra lényegesen apadt, a nyolczadik nap óta a gyermek csukott canule-lel légzik, a tizedik napon a hangja megjött.

Az ilyen eseteket mostanáig csak a bonczasztalról ismerjük, mert az illetők gyakran a tracheotomia daczára is elpusztultak.

Utolsó időben *Massei* és *Concetti* tesznek esetekről említést, melyeknél forcirozott intubationál sikerült a gennyzsákok megrepesztési és ez által a betegeket megmenteni.

A műtét után meggyőződhettem, hogy a betegnél egy peritrachealis mirigy elgenyvedése folytán a geny részint a trachealis falat áttörve, a gége lumenjét kitöltötte és részint kifelé a sternocleido-mastoideus mentén lefelé sülyedt.

Az emberi vörös vérszűkület felismerésének új módszere.

Deutsch László: Az emberi vörös vérszűkület az emlős állatokétól eddig biztosan meg nem különböztethettük; a mikroszkopia, a nagysági s chemiai különbségek csakis valószínűségi diagnosit nyújtottak.

1900. augusztus 8-dikán proponáltam a párisi orvosi congressus törvényeszéki orvosi szakosztályának ülésén e czélból egy új és egészen biztos módszert, a melyről azóta több orvosi és természetudományi szaklap kellően referált (*Bulletin Médical*, *Revue Scientifique*, *Scientific American*, *Le Cosmos*). Módszerem a *haemolyticus* savók specifikus

tulajdonságain alapul. Most, hogy újabb vizsgálatokat végeztem e téren, részletes útmutatásokkal szolgálhatok a vérpróba megértésére s megértésére vonatkozólag. Módszerem megértésére a következőket bocsátom előre:

Ha pár napi időközökben az egyik állatfaj vérébe be fecskendjük egy más állatfajhoz tartozó állat testébe, akkor bizonyos idő múlva a második állat vére specifikus tulajdonságokkal fog rendelkezni az első ellenében (Bordet); ugyanis a) agglutinálja, majd b) feloldja az első vörsejtjeit, továbbá Tchistovitch szerint, abban c) csapadékot hoz létre. E három tulajdonság három külön ellenanyag, ú. m.: agglutin, haemolysin és praecipitin jelenlétének alapul. Az első kiváltja a stroma, a második a vörös vörsejték fehérsége, a harmadikat a serum fehérsége. Mindhárom tulajdonság specifikus: pl. az embervér ellen immunizált állat vörsejtje csak az embervérre hat, állatvére egyáltalán nem. Elegendő, hogy 10 cm. defibrinált embervért háromszor fecskendjünk nyúl bőre alá egy-egy heti időközökben, a nyúl vörsejtje már három hét múlva olyan erős lesz, hogy tíz annyi embervér-emulsióval (1 r. vér: 9 r. 10% ClNa-oldat) keverve, azt azonnal agglutinálja, kb. 3 perc múlva oldja s e mellett fehér csapadékot hoz létre. Más eredésű vére csak annyiban hat e savó, a hogy minden normalis savó hat, azaz, ha hígítás nélkül alkalmazzuk, akkor pár óra múlva némi haemolysist okoz. A normal haemolytikus hatás határa — s ez fontos — kb. 1:5, ezenfelül az emberre haemolytikus savó egyéb vörsejteteket bántatlan hágy. A haemolytikus savó hatását a beszáradt vérral szemben is teljesen kifejti és ez alapon, ama kísérletek nyomán, melyeket egy Bordet-től származó haemolytikus savóval tavaly Pertik tnr. intézetében végeztem, ma a haemolytikus savó alkalmazását az emberi vér nyomainak fölismérésére ajánlom, minthogy az embervérre haemolytikus savó a vérporpróba között csak az embervér porát oldja teljesen, a többi csakis nyomokban (azaz mint a destillát vagy sós víz).

A vérpróba megértését a következőképpen ajánlom és végzem, megjegyezve, hogy ily irányú vizsgálatok tekintetében a törvényszéki orvosoknak szívesen rendelkezésre állók:

1. *A reagens előállítása.* Defibrinált, jég között ülepített, emberi vörös vörsejték tömegéből 10 cm.-nyit három héten át hét naponként egyszer nyúl bőre alá fecskendek, a harmadik hét végén vett vér savója szolgál reagensül.

2. *A próba.* A serumot 10⁰⁰ carbolvízzel ötszöröse felhígítom, hozzáteszem óraüvegben a vérport, üvegcsőbe felszívom, beforsaszom és vízszintes helyzetben tartom thermostatban 24 óra hosszat. Ha a vérpor 24 óra múlva eltűnt, az eredmény embervérre pozitív, ha a vérpor oldatlan, negatív. (Utóbbi esetben, ha esetleg egyéb fajtájú haemolytikus savóim vannak, kereshetem, hogy melyik állatra pozitív a próba).

A próba érzékeny és absolut biztos.

Újabb methodusomhoz teljesen hasonló eljárást írt le (1901. febr.) Uhlenhuth, Wassermann, Stern kb. egyidőben, egymástól függetlenül, de a nélkül, hogy az én 1/2 év előtt már publikált s az övékkel elvben egyező módszeremről említést tennének. Ők a vérellenes savónak nem mint én haemolytikus, hanem praecipitáló tulajdonságát veszik igénybe, melyet nagyobb mértékben és tisztán akként nyernek, hogy nem az egész vér, hanem az emberi vér savója ellen immunizálják a reagens savót nyújtó állatot. Nolf óta ugyanis ismeretes, hogy az ilyen savó haemolysis nélkül csakis igen erős praecipitátumot hoz létre a megfelelő véroldatában. Ők a vörsejteteket lehetőleg oldják és a filtrátumot vizsgálják, előáll — e praecipitátum vagy sem; én a vörsejteteket emulgeálom és megfigyelem, oldódnak-e a serumban vagy sem.

Ha a vérpor igen régi s a vörsejték erősen megváltoztak, talán az ő methodusok hamarabb fog eredményre vezetni, ellenben minimalis vérfoltok esetében az én eredeti eljárásom föltétlenül jobb. Ilyenkor t. i. elegendő oldat a csapadék vizsgálatára nem nyerhető, míg én az egész foltot (szövetet, papírt stb.) szétfosztva függő cseppben osztom el és direkt vizsgálatom, oldja-e a reagensserum a vörsejteteket vagy sem.

Prioritásomat minden esetre energiával hangsúlyozom, minthogy kétségkívül én voltam az első, a ki az embervér ellen immunizált állat vörsejtjeinek specifikus tulajdonságait alkalmaztam és ajánlottam reagensül az embervér felismerésére.

Donogány Zakariás. 1891/92-ben a vér haemoglobin kristályainak alakjából igyekezett megkülönböztető jeleket találni az emberi vére nézve. És daczára, hogy az ember és állatok vérének haemoglobin kristályai az egyhajlású rendszerbe tartoznak, a torzképződés alakokban voltak különbségek. Pl. tengerimalacz vére tetraéder, maeska vére hexagonális prismákat, ember vére négyzet-téglány alakokat mutatott. Ilyen alakot állatok vérében sohasem talált és azért ezt az ember vérére jellemzőnek tartotta. Csak az a hiba, hogy 25—30 praeparatumot is át kell vizsgálni, hogy az ember a jellemző alakot megtalálja. Sikerül azonban régi vérporból is előállítani, a hol még a vörsejték fel is voltak oldva, mert a haemoglobin külön is előfordulhat. Az eljárás megbízható, bár nem annyira, mint előadói, mely a törvényszéki eljárásnak nagy szolgálatot tesz.

„Angine à bacilles fusiformes Vincent“ esete.

Deutsch László: Pár nap előtt egy tagtársunk (dr. S—nyi M—s) anginját volt alkalmam góresövi vizsgálat alá venni, minthogy a beteg kezelő Pollacek Elemér dr. gégeorvos azt gyanusnak, illetve rendkívülinek találta. Az angina mintegy két napja állott fenn, lázzal, dysphagiával és fájdalmas cervicalis mirigyekkel lépést fel: a tonsilláról

kiindulva az arcus palatoglossuson egy körülbelül 1 cm. hosszú, 3—4 mm. széles, éles szélű, igen erősen belüvelt partú, nyúlós fehér lepedékekkel fedett, fájdalmas fekély foglalt helyet. Gyanu forgott fenn streptococcus-fertőzésre (cervicalis bubo, láz, igen nagy fájdalom). A góresövi vizsgálat rendkívül érdekes képet nyújtott: A néhány genyestet s ritka egy-egy cocust kivéve, a lepedék főtömegét két mikroorganizmus képezte: az egyik egy vagy két végén hegyes, vessző- vagy komma-alakú vagy spirillumszerűleg görbült elég nagy pálcika, melynek orsó-alakja eléggé szembetűnő, a másik egy igen finom, többször csavart, hullámos spirochaete (bemutatás). Sok helyén a készítménynek e két fajon kívül semmi egyéb alakelem nem látható. E két organismus symbiosisát Vincent fedezte fel 1896-ban s az anginák e fajtát ő utána „angine à bacilles fusiformes Vincent“ nek nevezik (fusiformis = orsó-alakú). E kóralakot, a melyet az orsóalakú bacillusoknak és a spirochaetáknak symbiosisa jellemez, azóta többen észlelték, mint Moine, Mendel, Lemoine, Raoult és Thiry, Nicolle, Carnot és Fournier, úgy hogy eddig már — kizárólag Franciaországból — több mint 100 eset ismeretes. Nálunk eddig nem észlelték. A góresövi kép olyan jellemző, hogy a diagnózis eldöntésére elegendő s ezért felhívom a gégeszek figyelmét e kóralakra.

Bacteriologiai szempontból a symbiosisnak ilyen faja elég ritka s ezért érdemes a tanulmányozásra. Az orsóalakú bacillusok csakis az ulceratiók eme Vincent-féle fajánál találhatók és talán a valódi pathogének szerepét játszzák, míg a spirochaeták, melyekhez hasonlókat fogcsariesek és más fekélyek eseteiben is láttak, talán a fusiformis bac. mellett életfeltételeiknek optimumát találják s ezért szaporodnak annyira el.

A francia szerzőknek sem, de nekünk sem sikerült e két faj tenyésztése. Elfer Aladár kartársammal együtt embervér-agar csöveken is megpróbáltuk a tenyésztést, de itt is csak igen esenevész kolóniákat kaptunk a fusiformisnak, míg a spirochaete tenyésztése nem sikerült.

Természetes, hogy e bacillusok kórnemző sajátosságainak biztos ismerete csakis azok izolált tenyésztése után lesz lehetővé, egyelőre azonban tenyésztésük, mint különben a nyálmikrobák legtöbb fájáé, lehetetlennek bizonyult.

Még egy-két szót a Vincent anginák klinikai képéről. Láz, dysphagia, cervicalis bubo mellett mindig ulceratio van jelen, a melynek sajátosságairól fentebb szoltunk. Az ulceratio székhelye lehet a tonsilla, az arcusok, a palatum, a pofa nyákhártyájának közeli részei. A lefolyás kedvező: azonban néha macacsul ellenállnak az ulceratiók. Bórvíz-mosás vagy lapis rendszeren elegendő.

Esetünk 3 nap alatt kezelés nélkül meggyógyult.

Pollatschek Elemér: Az illető collega torkában, a honnan a bemutató praeparatuma származik, szülő sajátosságos, általa még nem látott képet talált. Az egész torok skarlatpiros volt, bal tonsillából kiinduló, gömbszerűen egymáshoz sorakozó hártyszerű lepedék az arcus palatoglossuson, mely vattával ledörzsölhető, ledörzsölés után ott erosio látható. A Fischer-féle herpes hasonlít ehhez. A német irodalom ezt a formát nem ismeri. A bacteriologiai vizsgálat hívta fel a figyelmet a Vincent-féle betegségre, mely a francia irodalomban ismert és mely általános fertőzést képes előidézni, sőt halált is.

(Folyt. következik.)

Orvostanhallgatók Segélyező és Önképző Egyesülete.

(Önképző alosztály felolvasó ülése márczius 9-dikén.)

Dalmady Zoltán IV. orvostanhallgató tart előadást „Az alvás egészségtana“ cím alatt.

Az előadó először az alvás lényegét magyarázni igyekvő teoriákat és az alvás alatt megváltozott physiologikus folyamatokat ismertette s ezek alapján az alvás egészségtani követelményeit tárgyalta. Rámutatott, hogy az alvás természet megszabta ideje az éjszaka, a délutáni alvás fölösleges. Az alvás tartamát sok körülmény befolyásolja, nem lehet általános érvényű egészségtani szabályokat felállítani. Fontos csak az, hogy az alvás mennyisége összhangzásban legyen a napi munka mennyiségével. Tárgyalta továbbá, az alvás egyes körülményeinek, lefekvésnek, fekvés helyzetének, felkelésnek, valamint az ágy, ágynemű, hálóruha, hálószoba egészségtanát. Mindezekben kiterjeszkedett, a medikusok alvási viszonyainak ismertetésére, a gyűjtött statisztikai adatok alapján. Végül megemlékezett az alvás hygienikus viszonyairól kaszányákban, fogházakban, az ú. n. „alvó házakban“ stb., különös figyelemre méltatva a munkás-osztály ebbeli helyzetét.

Előadás után több dolog körül élénk eszmecsere folyt, melyben mintegy 15 orvostanhallgató vett részt s melyet *Pekár Mihály* dr. egyetemi tanárság szavai zártak be.

A legközelebbi, márczius 16-dikán tartandó ülés tárgya: *Steiner Pál* IV. éves orvostanhallgató: „A carcinoma pathogenesisének jelen állása“, márczius 23-dikán pedig *Láng Adolf* III. éves orvostanhallgató értekezik „A sajtprotoplasmájának kémiai constitúciójáról“.

Az egyesület, mely felolvasó üléseit minden szombaton d. n. 6 órakor tartja a központi klinika valamely tantermében, szívesen lát vendégeket.

PÁLYÁZATOK.

Üresedésben levő állomások:

- Lejárt márczius 25.*
Járásorvos. Kónca. F. 1200 k. Átal. 200 k. Cz.: Zeyk Dániel, főispán.
- Lejárt márczius 26.*
Körorvos. Csáb-Balog. F. 1600 k. U. á. 456 k. Cz.: Hoch Oszkár, főszolgabíró, Csáb.
- Lejárt márczius 29.*
Községi orvos. Darócz (Udvarhelym.). F. 1200 k. Cz.: Benedek Imre főszolgabíró, H.-Oklánd.
- Lejárt márczius 31.*
Körorvos. Nagy-Tétény. F. 1200 k. Lakás, f. á. 120 k. Cz.: Majtényi, főszolgabíró, Nyitra.
- Lejárt április 1.*
Körorvos. Szolyva (24 község, Beregm.). F. 800 k. F. á. 400 k. Cz.: Balásthy M., főszolgabíró, Szolyva.
- Lejárt május 1.*
Körorvos. Maroskapus (14 község, Torda-Aranyosm.). F. 800 k. U. á. 400 k. Cz.: Ferfúti Béla, főszolgabíró, Maros-Ludas

HIRDETÉSEK.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranybántalmak, vértódulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javaltatik, 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.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtilorum medicinale.

Kitünő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszer a **bélhurutnak** = postaszállítással 9 kor. 20 f. =

Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész Felka (Szepesm.)

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerházában Budapesten.

Optikai intézet

C. REICHERT

BÉCS

VIII., Bennogasse 24. és 26.

Különlegesség:

I. minőségű górcsövek.

Tudatja a következő katalógusok megjelenését:

22. számú, főárjegyzék. Mikroszkopok, Mikrotomok Hámometerek, Ferrométerek stb.

1. számú külön árjegyzék. Polarizáció-készülékek a nád- és szőlőcukor quantitív megállapítására.

2. számú külön árjegyzék. Vetődési készülékek természettani czélokra.

3. számú külön árjegyzék. Mikrofotografikus készülékek.

4. Vetődési készülékek mikroszkopikus czélokra.

Ezen árjegyzékek kívánatra ingyen és bérmentve küldetnek meg.


KELEN JÓZSEF DR. fizikai gyógymódokra berendezett intézete.

Budapest, Erzsébet-körút 51 (körúti fürdő). Nyáron Herkulesfürdőn.
 Forrólég-fürdők, hidegvízgyógymód, hűtőkészülékek, gyógygymnasztika, massage.

Utókezelés baleseteknél.

Gyógykezelés a betegek lakásán is. — Rendelés: 10—12-ig, d. u. 4—6-ig.

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvételnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szem-bántalmakkal; hisztaló kúrák; tabes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

Aqua fluoriformii Orvositag kipróbált és bevált szer pneumonia és tuberculosis ellen.

Antitussin Kitünő szer hörghurut és valamennyi torok- és gégebajok ellen. Orvosi vélemény szerint legjobb szerek egyike.

Minden államban szabadalmazva!

VALENTINER & SCHWARZ, Chemische Fabrik
 LEIPZIG-PLAGWITZ.

Tessék árjegyzéket és irodalmat kérni az Ausztria-Magyarországi fő szétküldési raktár- és képviselőségtől:

CAMILLO RAUPENSTRAUCH

„Marien-Apotheke“

Wien, XVIII., Martinsstrasse 94.

C. F. Boehringer & Soehne

Waldhof bei Mannheim

ajánlják
 mindenütt ismert
 kiváló
 készítményeiket.



ajánlják
 mindenütt ismert
 kiváló
 készítményeiket.

FERRATIN

D. R. P. No. 72168.

LACTOPHENIN

D. R. P. No. 70250.

FERRATIN, vasas tápláló-anyag

vérszegények és lábadozók számára.

✠ **Ferratin** comprimált Tablettákban

1 üvegben 100 drb à 0.25 gr. Ferratin.

✠ **Ferratin** chokoládé-pastillák

1 dobozban 50 pastilla à 0.5 gr. Ferratin.

✠ **Ferratin** eredeti 25 gr.-os üvegekben. ✠

Ferratosé (Liquor Ferratini) eredeti 250 gr.-os üvegekben.

D. R. P. No. 72168.

Az orvos uraknak kívánatra irodalmi adatokat és próbamintákat szívesen küldünk.

C. F. Boehringer & Soehne, Waldhof
 Mannheim mellett.

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 Arpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky 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.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétyl Károly dr. ny. r. tnr.) Adat az izomdystrophia anatomiai alapjának ismeretéhez. 191. l.

Jendrassik Ernő: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? 194. l.

Tóvölgyi Elemér: A gégegümőkorról. 196. l.

Tárca. † Fodor József tanár. 198. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. *Holzwarth Jenő*: A művértágok. 201. l. — *Könyvismertetés. M. Friedmann*: Ueber Wahnideen im Völkerleben. (—ff—) — *M. Joseph*: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. (Sellei.) 201—202. l. — *Lapszemle. Gyógyszertan*: *S. Cohn*: A sulfonal hatása. — *Belgyógyászat. Goldberg B.*: A neurasthenia urogenitalis kezelésének alapelvei. (Balassa T.) — *Bryson*: A vesék és ureterek bántalmainak subjectiv symptomái. (Balassa T.) — *Fülgyógyászat. J. Baer*: Középfültuberculosis polypusképződéssel. (Ifj.

Klug N.) — *Ricardo Botey*: Az ostosclerosis sebészi kezelése. (Ifj. Klug N.) — *Kisebb közlemények az orvogyakorlatra*. Égetett sebek gyógyítása pikrinsavval. — *Fischl*: Tussis convulsiva gyógyítása. — *Musol*. — *Folyóiratok átnézete*. 202—203. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos közegészségi tanács. — A budapesti orvosi club. — A budapesti orvosok szövetsége. — A VII. szünidei orvosi curus. — Névváltoztatás. — Megjelent. — Elhunytak. — *Herezel dr.* — *Szt.-Lukácsfürdő*. — *Krondorf*. 203. l. — *Pályázatok*. — *Hirdetések*.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétyl Károly dr. ny. r. tnr.)

Adat az izomdystrophia anatomiai alapjának ismeretéhez.

Irta: *Kollarits Jenő* dr. klinikai gyakornok.

A mikor *Erb* a juvenilis izomsorvadást, a pseudohypertrophiát, a hereditáson alapuló *Leyden*-féle izomatropiát, majd később a *Duchenne*-féle infantilis előrehaladó izomatropiát *dystrophia muscularis progressiva* néven összefoglalta, részletesen tárgyalta az addig leírt klinikailag és anatomiailag vizsgált eseteket. A régibb fel nem használható közleményektől eltekintve, nem sok jól megfigyelt mikroszkopiai leletre hivatkozhatott. Ezeknek túlnyomó nagy részében a központi és környéki idegrendszer tekintetében semmi lényeges elváltozás sem volt található. Negatív volt nevezetesen *Schultze*, *Landouzy-Déjérine*, *Dreschfeld*, *P. Marie*, *Hitzig*, *Eisenlohr* juvenilis alakra vonatkozó vizsgálata, a pseudohypertrophiák közül *Westphal* egy, *Middleton* két esete, az infantilis alakok közül *Landouzy-Déjérine*, *Joffroy* és *Achard* lelete¹

Ezen többséggel szemben áll egynéhány olyan megfigyelés, a melyben kisméretű elváltozásokról ugyan van szó, de ezen elváltozások nem eléggé fontosak ahhoz, hogy a betegség tünetei vele magyarázhatók volnának, vagy hogy az izomat megbetegedése teljes biztossággal, mint a középponti idegrendszer leírt elváltozásának következménye volna tekinthető. Így például *Singer* egy pseudohypertrophiás betegtől származó gerincevelő ágyéki részében szétszórtan atrophiás ganglionsejteket talált, egy és más helyen az ép ganglionsejtek száma látszott csökkentnek. *Gibrey* egy ugyanilyen esetben az elülső szarvak sejtjeinek számbeli apadásán kívül ép viszonyokat jegyez fel.

¹ Neurol. Centralbl. 1883. 452. l. és Zeitschr. f. Nervenheilk. I. k. 1. l.

Semmi sem mutatja jobban az ilyen kisebb fokú elváltozások megítélésének nehéz voltát, mint azon körülmény, hogy maga *Erb* egy pseudohypertrophiás leletét negatívnak tartja ugyan, de biztos ítéletet nem mond, a mennyiben az ágyéki velőben a ganglionsejtek kicsinyek, számukban megfogyottak voltak, közülük sok elfajult, a nyaki részben a tractus intermedio-lateralisban világosabb, rostszegény részeket lehetett felismerni.

Nem igen fontos *Schultze* lelete sem, a mennyiben tuberculosos zavarja a képet és nem tudni, hogy a mikroszkopi vizsgálat eredményéből mit lehet ennek a rovására írni (friss lágyulós gócz és egy traumás sérülés), a dystrophiával legfeljebb az függhetne össze, hogy a ganglionsejtek helylyel-közze kisebb számúak, hol duzzadtabbak a rendesnél, hol sorvadtabb, magvaik és nyulványaik nem jól kivehetők.

Erb és *Schultze* egy régibb, klinikailag kétes és az izomvizsgálat alapján a dystrophia körébe tartozó esetben a gerincevelőben határozott, de nem nagy fokú változásokat észleltek a gerincevelő ganglionsejtjeiben, ezenkívül a gliaszövet pedig burjánzott, az idegrostok ritkultak voltak, míg *Kahler* vizsgálata a környéki idegeken talált elfajulást, a ganglionsejtekben atrophiát és pigment degeneratiót és az idegrostok ritkulását.

Mindezeknél sokkal érdekesebbek *Preisz*, *Frohmeier* és *Heubner* bonczolásai, a melyekben a központi idegrendszer jelen-tékenyen sérült.

*Preisz*¹ pseudohypertrophiás betege tüdővészben szenvedett és endocarditis verrucosában halt meg. Az ezen bajokból származó friss sérülések csorbítják a kép tisztaságát, különösen a gerincevelő középső háti részében támadt vérzések teszik meg nem ítéltetővé az ezen magasságban észlelteket. E szerző leírja a ganglionsejtek sorvadását az elülső szarvakban, a felső háti velőben az elülső oszlopok egy részének világosabb voltát, a pyramis pályák

¹ Orvosi Hetilap, 1888.

tengelyfonalainak duzzadását, a hátulsó pamatokban apró likacsokat, az ágyéki velőben az elülső oszlopok elülső és középső részének szintelenségét, a gliasejtek szaporodását. Az elülső gyökök tengelyfonalai duzzadtabbak, a rostok vékonyabbak voltak, egyes helyek kisséjtü infiltratiót mutattak. A peripheriás idegek neuritis interstitialisnak megfelelő képet adtak.

Frohmaier juvenilis alakú dystrophiájában szabad szemmel volt látható egyes nyaki gyökök vékonyodása és sorvadás az elülső szarvakban, mikroskop alatt leginkább a nyaki velő elülső szarvaiban a ganglionsejtek nem teljes sorvadása, az elülső gyökökben itt ott egyes sorvadott helyek voltak találhatóak.

A *Heubner* közölte dystrophia határozatlan alakú. Benne a gerincvelő lényegesen bántalmazott, a menyiben egész terjedelmében, de különösen az ágyéki velőben kis számúak és kicsinyek a ganglionsejtek, sőt néhol nem is lehet ilyeneket találni; sorvadtak, rostszegények, kötőszövetdúsak az elülső gyökök; a környéki idegek sorvadtak, a nélkül, hogy elfajultak voluának, kötőszövetük túltengett, izomgaik szintén sorvadtak.

Erb munkája óta a következő közlések jelentek meg.

Sabares és *Brengues*¹ 58 éves scapulo-humero facialis típusú myopathiás férfit boncoltak. A leirt elváltozások közül a gerincvelőben kórosnak látszik a szám tekintetében rendes *ganglionsejtek* kisebbedése, a mi leginkább a nyaki velőben volt feltűnő, míg a részint teljes, részint részleges, úgy a mag körül, mint a sejttest peripheriáján támadt chromatolysis nem volt nagyobb fokú, mint azon ép idegrendszerü és tuberculosisban elhalt egyéneken, a kinek gerincvelőjével a szerzők leleteiket összehasonlították. A protoplasma nyújtványok számának esökkenése sem igen fontos. A peripheriás idegekben részben 1:10, részben 1:20 arányban voltak degenerált, parenchymás neuritis képét mutató rostok találhatóak.

Az újabb boncolások között is több volt negatív eredményű az idegrendszerre vonatkozólag, így *Blocqu* és *Marinesco*² *Flandre*³, *Pennato*⁴ közlései.

Ezen leletek áttekintése mutatja, hogy míg az esetek nagyobb számában az idegrendszer teljesen épnek látszott, a kisebbben bizonyos elváltozásokat találtak.

Ezen elváltozások azonban nem egyöntetűek, hanem úgy minőségük, mint fokuk szerint egymástól nagyon eltérők és ezért az izomzat elváltozásait nem igen tarthatjuk a leirt idegrendszer-elváltozások legtöbbszörrel összefüggőknek. *Erb* azon feltevést fogadja el, hogy a dystrophia a trophiás középpontok *functios*, rendszerint *anatomiai úton ki nem mutatható* zavaraival függ össze.

Az izomzat elváltozásaival nincs okunk bővebben foglalkozni. Az ide vonatkozó, részint hullából vett, részint az élől kimetszett izmokat sokan vizsgálták.

Erb munkájában ezeket is részletesen méltatta és úgy a saját, mint mások adatainak összehasonlítása útján azon eredményre jut, hogy a dystrophia különböző alakjaiban az izomlelet az egyes eltérések dacára lényegében megegyezik. Újabb izomvizsgálatokat azóta a már említett teljes boncolásleleteken kívül *William Spiller*,⁵ *Münzer*,⁶ *Lewin*,⁷ *Fulda*⁸ közöltek.

Az idegrendszer eddigi vizsgálatainak csekély száma, és azok fentebb vázolt ellentétes adatai jogosítanak arra, hogy egy a dystrophia pseudohypertrophiás alakjában szenvedő fiú történetét és boncolásleletét a mikroskopos vizsgálattal együtt egész röviden közöljük.⁹ Sajnálunk kell azon körülményt, hogy a környéki idegek csak izomközi ágaikban kerülhettek a mikroskopi

¹ Myopathie primitive et progressive avec autopsie. Type scapulo-humerofacial. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1899. 48. l.

² Archives de neurol. XXV. k. 205. l.

³ Contribution à l'étude de la myopathie atrophique progressive. Thèse de Paris. 1893.

⁴ Due casi di miopatia priostiva (pseudohypertrophica). Clin. m. ital. 37. k. Ref. Schmidt J. B. 25. k. 23. l.

⁵ A case of progressive muscular dystrophy (Landouzy-Déjérine type) with microscopical examination of the sternocleidomastoid muscle. New-York med. Record. 54. k. 1. l.

⁶ Zeitschrift f. klin. Med. 22. k. 564. l.

⁷ Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 2. k. 139. l.

⁸ Deutsches Archiv f. klin. Med. 54. k. 525. l.

⁹ Ez esetet *Jendrassik* röviden felemlítette a Belgyógyászat kézikönyvének 6. kötetében.

vizsgálat alá, és hogy a törvényszéki boncolás az agyvelő és nyúltvelő tekintetében oly részletes volt, hogy a darabok nagyobb része a szövettani feldolgozásra alkalmatlanná vált.

Ezzel szemben azonban esetünknek igen fontos jó oldala az, hogy az idegrendszerrel eltekintve teljesen ép belső szervekkel bíró gyermek véletlen balesetnek, vízbefuladásnak volt áldozata, hullája a vízben is csak egy néhány percig letehetett, és így jogosult a feltevés, hogy leletünket nem zavarják meg olyan elváltozások, melyek oka a dystrophián kívül eső bajban volna kereshető.

Esetünket a következőkben adjuk elő.

N. J. 10 éves tanulót 1899. május 25-dikén vettük fel a II. belklinikára, *Jendrassik* tanár osztályára. Szülei nem rokonok. Családjában ideges terheltségnek nincs nyoma. Egy testvére hat hónapos korban halt meg, egy huga öt éves, egészséges.

A kis fiú kilenc hónapos terhesség után született, a szülés rendesen folyt le. Rendes időben tanult meg járni és beszélni. Két éves korban kiállott két hétig tartó kiütéses lázas bajon kívül mindig egészséges volt. Jelen baja olyan lassan kezdődött, hogy szülei kezdetének időpontját meghatározni nem tudják. Hét éves korában előbb rosszul tartotta magát, majd feltűnt, hogy hátravetett derékkal jár, azután látták, hogy nehezen öltözködik. Járása mind rosszabb lett, nyolcz éves korában 1898. novemberben már állani sem tudott, mert alszárai behúzódtak térdben.

Felvételekor a korához képest elég jól fejlett fiú mellkasi és hasi szerveit épeknek találtuk.

Az izomzat az egész testben gyenge.

Az arczizmok mozgásában nem látszik akadály. A rágás, nyelés, a beszéd zavartalan.

A szemmozgások szabadok. A pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak.

A nyak minden irányban mozog. Hanyattfekvő helyzetben fejét emelni tudja ugyan, de a kéz ellenállásával szemben nem nagy erőt tud kifejteni.

A vállak emelése, előre- és hátrahúzása elég jól megy, de semmi erőt sem tud velük kifejteni. A felkarok mozgása korlátolt, a mennyiben csak a balt tudja a vízszintes fölé emelni, míg a jobb jóval azon alul marad. Az alkar behajlítása, kifeszítése, pronálás, supinálás, a kezek és ujjak mozgásai szintén jól sikerülnek, de erőt kifejteni e mozgásokkal sem tud és a kéznek semmi szorító ereje nincsen.

A mellkas izmai közül a m. pectoralis gyengeségére mutat, hogy ha karjait előre tartva, azokat összeszorítja, kevés erőt tud kifejteni és ilyenkor a m. pectoralis sorvadott voltát tapintással ellenőrizhetjük.

A beteget könyökénél fogva felemelni nem lehet, mert vállát fixálni nem tudja.

Az alsó végtagok mozgása annyira korlátolt, hogy a beteg sem állani, sem járni nem tud, ugyanis a csombok a has felé, a lábszárak a csombok felé körülbelül derékszögben behajlottak és csak erővel nyújthatók ki egy kissé. Ezenkívül a két csomb egymástól távolított állásban is van. Ezért a beteg folyton ülni kénytelen, a csomb rotálása sikerül annyira, hogy török módon az ágyban is tud ülteni.

Ezen intractio miatt a patellareflex ki nem váltható.

Az izmok különösen a karokon és csombon igen kis térfogatúak és ptyhüdték. A csomb izmai is kis térfogatúak. Ezzel szemben a lábikraizmok aránytalanul vastagok és tömött, feszes tapintatúak.

Elfajulási reactio sehol sem mutatható ki.

Vizelés- vagy székelészavar nincs.

Az elmebeli állapot a kornak megfelelő. Betegünk állapota klinikai tartózkodása alatt nem változott. Hirtelen halálát 1899. június 3-dikán fürdés közben történt vigyázatlanság miatt vízbefulás okozta.

A törvényszéki boncolást *Ajtai* tanár és *Minich* dr. 1899. június 5-dikén körülbelül 46 órával a halál bekövetkezése után végezték. A boncolási jegyzőkönyvből kivonatosan a következőket vesszük ki.

A holttest 115 cm. hosszú, a felső végtagok kivételével, melyek feltűnően soványak, átlagosan közepesen táplált, az alsó végtagok erősen tápláltak, vannak egymástól, térdben és bokában hajlottak.

A mellkasi és hasi szervek a vízbefulás tüneteivel eltekintve a rendestől eltérést nem tüntetnek fel.

Az idegrendszer vizsgálata sem az agyvelőben, sem a gerincvelőben vérszegénységen kívül semmi feltűnő elváltozást sem mutatott szabad szemmel tett vizsgálatkor.

A környéki idegek épek.

Az arczizomzat nem volt vizsgálat tárgya.

Az izomzat a nyakon a rendesnél vékonyabb, sorvadott, színe halavány vörhenyes.

Rendkívül sorvadott a mellkas izomzata. Különösen a m. pectoralis major változott meg, a mennyiben 2-3 mm. vastag, halvány-szürke, zsírszövethez hasonló lemezzé átalakult, de a többi izom is halavány, vékony és ptyhüdt. A fürészizmok igen vékonyodottak, egyes izomrostjaik is jól követhetők.

A hosszú hátizmok közül leginkább a bal m. longissimus dorsi feltűnően sorvadott, halavány, szürke, zsírszövetes csikokkal átszótt.

A felkarok izomzata igen halavány, sorvadott, különösen bal oldalt zsírszövetesen átalakult, az alkarok izmai inkább csak a bal oldalon vannak megtámadva.

Ugyancsak zsírszövetesen átalakultak és sorvadtak a lumbalis izmok és bal oldalt a jobbhoz képest fokozott mértékben.

A *m. psoas* halvány-vörhenyes, de elég tömeges, metszettelapja egyenemű.

Ugyancsak sorvadtt és zsírosan elfajult az elülső czombizomzat is. A *m. sartoriusban* egyes szürkés áttetsző csíkokat látni. A czomb hátulso izmai részint rendes nagyságúak, részben a rendesnél vastagabbak ugyan, be teljesen zsírszövetesen átalakultak, csupán a fasciák alatt tartalmaznak igen kevés halvány-vörhenyes izomszövetet, különösen áll ez mindkét oldali *m. bicepsre* és *semitendinosus-ra*. A *m. gemellus surae* mindkét oldalt a rendesnél jóval vastagabb, de majdnem teljesen zsírszövetesen elfajult és igen kevés izomzatot tartalmaz, ez izomban is bal oldalt előbbre haladott a folyamat, mint a jobbon.

A *tibialis* izmok szabad szemmel nem sorvadtak, halvány vörhenyesek.

A törvényszéki vélemény azon eredményre vezet, hogy a halált a fiú betegségétől, a dystrophia musculorum progressivától függetlenül a vízbefülés okozta.

Mikroszkopi vizsgálat.

A mikroszkopi vizsgálat tárgya az agykéreg és a gerincvelő, az izmok közül a *mm. biceps, gastrocnemius, trapezius* és *pectoralis major* volt.

Az idegrendszer vizsgálatát a formalinban és Müller-féle folyadékban keményített anyagon a Weigert-féle velőshüvely festés Kulschitzky-féle módosításával eszközöltük. Azonkívül a Marchi-féle eljárást és a Van-Gieson-féle haematoxylin-pikrofuksin festést használtuk. Az idegsejteket a Nissl-féle eljárás szerint, a gerincvelődarabokat formolban és alkoholban keményítve thioninnal festettük.

Az így nyert készítményeket egy 10 éves fiú gerincvelőjével hasonlítottuk össze, kinek idegrendszere ép volt. Ezen gerincvelő szövettani kezelése teljesen megegyezett azzal, melyet a dystrophia egyéneknél alkalmaztunk.

Az izomzatot részint Müller-féle folyadékban, részint formolban keményítve festettük. Mindkettőből Van-Gieson szerint, az utóbbiból methylenkékkel is festett metszeteket vizsgáltunk, azonkívül Marchi eljárást is alkalmaztunk.

Ugyancsak a Müller-folyadékban keményített izmokat Weigert-Kulschitzky-féle festéssel kezelve, vizsgáltuk az izmokban futó idegek kisebb ágait.

Az agykéreg épnék látszik.

A gerincvelő nyaki duzzanatának felső részéből származó Weigert-készítményeken szabad szemmel is feltűnik a canalis centralis körül fehéren maradt kis rész, továbbá azon körülmény, hogy a hátulso gyökerek azon része, mely még a gerincvelőn belül fekszik, kevésbé színezett. Az elülső és oldalsó, valamint a hátulso pamatokon semmi kórosat sem látni. Az elülső szarvak két oldalt egyenlőek, nagyságuk, velőshüvelyű rosthálózatuk rendesnek látszik. Ugyanezen készítményeket mikroskoppal megtekintve, meggyőződhetünk, hogy az említett világosan maradt helyeknek megfelelőleg a középponti csatorna körül a substantia grisea centralis teljesen szintelen és a commissura ant. és post. grisea harántul futó rostjainak a középponti csatorna felé eső nagy része nem látható. A hátulso gyökerek és a Lissauer-féle zóna rostszegény volta is igen feltűnő.

Marchi módszerével kezelt készítményeken ugyanezen helyek szintelenek, feketén festett részeket nem találunk.

A nyaki gerincvelő alsóbb részében a viszonyok a fent leírottakhoz hasonlóak, az elváltozások azonban nagyobb fokúak, a mennyiben a középponti csatorna körül fehéren maradt rész nagyobb, azonkívül a hátulso szarvakban teljesen hiányoznak a rostok, a Lissauer-féle zóna teljesen szintelen, úgy hogy a hátsó szarvak világosabb színe egész a gerincvelő metszett felületéig terjed ki. E magasságban azonkívül a középponti csatorna tágultnak látszik. Az elülső szarvak rosthálózata a felsőbb metszetekhez képest gyérült.

Marchi módszerével e magasságban a fehér állományban több fekete pont látható, a nélkül azonban, hogy ez kórosnak látszanék.

A nyaki gerincvelő elülső szürke szarvainak mozgató sejtjei részint carminnal, részint a Nissl-féle eljárással vizsgálva structureatek intetében nem mutatnak olyan elváltozásokat, melyeket biztosan kórosoknak lehetne mondani. Úgy látszik, mintha a kóros gerincvelőben kevesebb volna a mozgató idegsejt, a nélkül, hogy az egész biztosan megítélhető volna. Az idegsejtek nagysága ellenben a rendeset el nem éri, mert a míg az ellenőrzésképp vizs-

gált esetben a sejteknek átlagban 50-51 μ volt a legnagyobb átmérője, a dystrophia esetében ez csak 36 μ -t tett ki.

A háti gerincvelőben a canalis centralis tágulása szintén megvan. A substantia grisea centralis és a harántul futó commissura grisea ant. és post. szintelen. A Lissauer-féle zóna itt is teljesen hiányzik, helyenkint a substantia gelatinosa is gyengén kifejezett. A Clarke-féle oszlopok igen kevés rostúak, a hátulso gyökerek kissé rostszegények. Egyébként a Weigert-féle készítményeken eltérés nem látszik.

Marchi módszerével ugyanazon helyek maradtak festetlenül, fekete színeződést egynehány a normalisat meg nem haladó számú pontokban láthatni.

Az elülső szarvak ganglionsejtjei picrofuksinnal és Nissl módszerével kezelt készítményekben a háti felső, középső és alsó részekben szám és szerkezet tekintetében nem mondhatók kórosnak. E sejtek nagyságának mérésekor azon eredményre jutottunk, hogy az összehasonlításra szolgáló eset és a dystrophia között nincs különbség, a mennyiben mind a kettőben kb. 26 μ -t tett ki átlagban a mozgatósejtek legnagyobb átmérője.

Az ágyéki duzzanat felső részében a középponti csatorna rendes nagyságú, úgy a Weigert, mint Marchi készítményekben, körülötte a rostkieés kisebb fokú, a Lissauer-féle zóna bár nem normalisan színezett, mégis rostdúsabb, mint feljebb. A Marchi-készítményeken fekete színeződést alig látni. Az ágyékvélő alsó részében a Weigert- és Marchi-féle készítmények már nem igen térnek el a rendes képtől. Ezen részben az elülső szarvak idegsejtjei szerkezet tekintetében Nissl módszerével és picrofuksinnal festett metszeteken az ép viszonyoktól el nem térnek, ellenben feltűnő, hogy az ágyéki duzzanat felső végén az ép esetben 44-36 μ , a kórosban 33-52 μ volt a sejtek legnagyobb átmérőjének átlaga. A keresztájón úgy az ép, mint a kóros esetben 53 μ -t tett ez ki. Az idegsejtek száma talán itt is kevesebb a kórosban, mint az épben, a nélkül, hogy ezt biztosan ki lehetne mondani.

A környéki idegeknek izomban futó kis ágai épek.

Az izomzat vizsgálata.

A *m. gastrocnemius* harántmetszetének legnagyobb részét zsírszövet foglalja el, a mely között eléggé fejlett kötőszövetben legömbölyített szélű izomrostokat nem nagy számmal láthatni. A hosszanti metszeteken ugyanezen viszonyokról lehet meggyőződni. Az egyes izomrostok szélessége igen különböző, a rendesnél jóval kisebbek mellett több vastagodottat is látni. Egyesek kanyarulatot lefutásúak és csak kis területen szélesedtek. A harántesikolat a rostok legnagyobb részében jól megtartott. A magvak megszaporodottak, a mennyiben néhol a rost közepén is találunk magvakat, máskor — és ez thioninnal festett készítményeken legjobban látható — egy csoportban egymás mellett áll sok apró mag. Vacuolák nincsenek.

A Marchi-féle módszerrel kezelt izmokon a zsírszövet kisebb szemek feketére festettek, míg a nagyobb szemek itt is a Van-Gieson-nal festett metszetekéhez hasonló üres hálót alkotnak.

A *m. pectoralisban* ugyanilyenek a viszonyok, itt azonban sokkal kevesebb a vastagabb rost, azok szélessége a rendesen alulmarad. A magvak kevésbé számosak. A zsírszövet itt is sok helyen foglalja el az izomrostok helyét, a kötőszövet ez izomban bővebben fejlődött, mint az előbbiben.

A *m. bicepsben* és *trapeziusban* kisebb fokú a zsírszövetfejlődés, a kötőszövet nagyon kifejezett. Az izomrostok többsége vékony vagy rendes szélességű. A magvak kisebb számúak. A harántesikolat rendes.

Összefoglalva a kórtörténetet, 10 éves, a dystrophia musculorum progressivának pseudohypertrophia alakjában szenvedő fiúról van szó. Baja kezdetének időpontja nem állapítható meg biztosan. Két évnél hosszabb idő óta önmagával tehetetlen, járnai nem tud. A klinikai képen az intractio emelhetők ki.

A boncoláslelet az izomzatban az izomzat egy részének zsírszövettel való pótlását, atrophias és egyes hypertrophia rostokat, egészben tehát a dystrophia rendes képét mutatja.

Az idegrendszerben talált elváltozások: a canalis centralis kiszélesedése, a Lissauer-féle zóna és a canalis centralis körül a substantia grisea centralis, az elülső és hátulso szürke commissura és a Clarke-féle oszlopok rostszegényesége a nyaki velőben kezdődnek

és az agyi felső részben végződnek. Az elülső szarvak rostfogyottsága kisebb fokú, a benne levő ganglion sejtek szerkezetileg épek, de feltűnő, hogy a sejtek nagysága a nyaki, valamint a felső agyi részben a rendes mögött jóval elmarad.

Mindezen elváltozásokat figyelemmel kísérve, már első pillanatban is szembeötlő, hogy legnagyobb részük összefüggésbe nem hozható a dystrophiában szenvedők izmainak állapotával, a mi Jendrassik¹ felfogása mellett szól, mely szerint az izomzat és idegrendszer előrehaladó elváltozása egymás mellett áll elő mint hibás fejlődési folyamat.

Ezen elváltozások legnagyobb része többé-kevésbé el is tér azon képtől, melyet más szerzők hasonló esetben találtak. Mégis közülük egynek nagyobb fontosságot lehetne talán tulajdonítani és ez a gerinczvelő mozgósejtjeinek kicsiny volta. Ennek fontosságát növeli azon körülmény, hogy sok elváltozás között, melyek mind csak egy-egy esetben voltak feltalálhatók, a gerinczvelő mozgósejtjeinek kicsiny volta ismételtelen szerepel, így a fent említettek közül Singer, Erb, Schultz, Erb és Schultze, Preisz, Frohmaier, Heubner, Sabarés és Brengués eseteiben.

A mozgósejteknek ezen kicsiny volta szintén jól értelmezhető mint hibás fejlődési folyamat, és érthető volna, hogy ilyen kis mozgósejtek mellett a fejlődés bizonyos szakában, tehát bizonyos korban az izomzat fejlődése megakad és sajátos munkaképességgel nem bíró kóros fejlődésnek indul.

Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan?

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanár.¹

(Folytatás.)

De ha még ezen kísérletekben némi látszólagos bizonyítékot találnánk is a láznak a betegség lefolyására való kedvező hatását illetően: ezzel ellentétben a többi felhozott érvelés nélkülözi a legesekélyebb tudományos értéket. Például: lehet-e még ma is komolyan beszélni a lázas hőmérséknek a bakteriumokra való káros befolyásáról a szervezetben? A klinikai észlelés, az állatkísérlet minden kétséget kizárólag bebizonyította az ellenkezőjét és mégis a bűvárok különös szeretettel hozzák elő ezen elismerten téves theoriát (még a legújabbban Pel is). Továbbá valóban sajnálatos, hogy a szerzők legnagyobb része teljesen a teleologiai, nem tudományos felfogás hívéül szegődött. A középkor gondolkozásának logikájával állítják, hogy a láznak, ha már a jó Isten földjén van, valamire csak jónak is kell lennie. Így a legkomolyabb bűvárok is (Liebermeister, Pel stb.) azon meggyőződésüknek adnak kifejezést, hogy a láz állandó megjelenése bizonyos fertőző bajokban némileg azon határozott véleményre készítet, hogy ezélszerű reactioja a szervezetnek. Hát a tuberculumnak állandó megjelenése ott, a hol a Koch-bacillus fertőz, bizonyítja-e jó természetét? Avagy talán a rákgöbök a szervezet gyógyító reactioját képviselik, vagy a vízkór, mint állandó következménye bizonyos vérkeringési zavaroknak, a gyógyulásra való törekvés jele? Vagy végre, hogy tárgyához közelebb maradnak, gyógyított-e meg valakit malariás fertőzéstől a láz forrósága? Ilyen érvelési móddal mindent be lehetne bizonyítani, de ezen az úton nem követjük nagy elődeink tudományos gondolkozását, hanem a misztika spekulálásába jutunk. És Darwin tanaiból, a melyeket szintén ezen teleologiai gondolkozás védelmére iparkodtak magyarázni, egyáltalában nem következik, hogy valamennyi állandó reactio hasznára volna a szervezetnek keletkezése révén; Darwin tanával csak azt mondhatjuk, hogy azon szervezetek, a melyek véletlenből hasznos reactiókban bővelkedtek, a küzdelmeknek inkább ellenállottak, mint mások, de nem, hogy valamely reactio állandó megjelenése annak hasznosságát bizonyítaná. Vannak kétségtelenül egyes hasznos reflexmozgások, vannak egyes hasznos reactiók is, de azokban a hasznosság nyilvánvaló; ha azonban ezen tételt minden reactionra átvisszük, úgy végre minden betegséget hasznosnak lehetne mondani, mert nincsen betegség a szervezetnek állandóan bekövetkező reactioja nélkül.

De még tovább is mentek. Felhozták további bizonyítékul nem a tény, hanem csak a lehetőségét annak, hogy a lázas állapotban

fokozott oxydálás elpusztítja a lázokozó tényezőket (Pel), így tehát, ha a lázat magára hagyjuk, az felemészti okát, ha ellenben mesterségesen megszüntetjük, akkor megboszulja magát.

Felhozták továbbá a hagymáz és a tüdőgyulladás kis lázzal járó eseteinek aránylag rosszabb kórjólátát. De meg kell gondolni, hogy a láz a kórok és a szervezet kölesönös reactioja és ha az astheniás tüdőgyulladásban a láz kevéssé erős, arra kell következtetnünk, hogy vagy a betegség, vagy a szervezet más, mint a valódi tüdőgyulladásban, tehát nem kereshetjük a rosszabb kórjólát magyarázatát a test hőmérsékének kisebb emelkedésében; nem szabad felednünk, hogy a láz nem kórok, hanem kór tünet, kórkövetkezmény. Nem is lehet azt gondolni, hogy ha ezen esetekben a beteg nagyobb forróságot idézhetnék elő: a kórjólát azonnal megjavulna.

Van még meglehetősen számmal hasonló értékű bizonyíték annak kimutatására, hogy a láz a szervezetre hasznos, de *fit venia verbo*, olyan nincsen egy sem, a melyet komolyan lehetne venni. Ime még néhány példa, a legjobbakat választva. Liebermeister így nyilatkozik: látva, hogy a lázban a hőmérsék szabályozása magasabbra van beállítva, azon benyomást nyerjük, hogy ezen reactionnak védelmi jellege van. Ezen általános benyomás oly meggyőző, hogy nemcsak a régiiek, mi magunk is kényszerülünk azt elfogadni. Az egyedüli nehézség ezen téren csak akkor mutatkozik, a midőn ezen reactiot meg akarjuk magyarázni. Ez már nem is teleologia, hanem tiszta theologia! Ugyanezen szerző: Nagyon könnyen gondolható, úgymond, hogy az albuminoid-anyagok szétesése nemcsak a szervezet szöveteinek pusztulását, hanem talán még a microbákét és toxinokét is okozza. Remélhetjük, hogy kísérletekben ez kétséget kizárólag be fog bizonyulni. Az anyagcsere megszünté (a halál után) a microbáknak kiszolgáltatja a szervezetet, tehát az anyagcsere fokozása a lázban fokozza az ellenállóképeséget! És ezen semmitmondó frázisokra alapítja Liebermeister a lázesökkentő szerek káros hatását; szerinte elveszítjük, ezeket alkalmazva, a láz gyógyító szerepét. Früntzel is felszólal: „ismeretes, hogy a microbák hirtelen vagy lassú megölésére gyakran jelentékeny hőfokra van szükségünk”; persze ha bele lehetne tenni az embert a sterilizőbe! És Unverricht, a ki kijelenti, hogy a láz tüdős hatása ugyan még nincsen a szükséges alaposággal kimutatva, de azért nem tekinti okos eljárásnak, ha valaki a láz ellen valamit tesz mindaddig, a míg a lehetőségét nem lehet tagadni a láz ezélszerű voltának. Szegény betegek! Várjatok a míg Unverricht a lehetőséget megtagadja!

És így folytathatnám még a hasonló értékű spekulálások elősorolásával, ezen alapokon nyugszik a kiváló belorvosok legnagyobb részének argumentálása, a melylyel a lázellenes kezelést kerülendőnek jelenti ki. Valóban helyes klinikai érzék nyilatkozik meg Lépine soraiban, a midőn kimondja, hogy: „tagadom, hogy általában a várakozó módszer volna a betegre nézve leghasznosabb s úgy vélem, hogy az egyén állapota szerint kötelességünk őt mindazon jótéteményekben részesíteni, a melyeket az orvoslásban nyújt.”

A theoretikai okoskodás és a klinikai észlelés között támadó ellentét nyilvánvalóvá válik jóformán minden cikkben; a midőn ugyanis a szerző a láznak értékes tulajdonságait kellőleg kidomborította: akkor átmegy a lázellenes eljárások tárgyalására, azok közül egyet kiválaszt s diésérettel elhalmoz. Bizony be kell vallanunk, hogy a régiiek következetesebbek voltak, ők teoriájuk értelmében törekedtek eljárni s megvédték betegük emelkedett testhőmérsékét; jelenleg csak Loewy és Richter hangoztatják — mindamellett, hogy ők is elismerik az antipyresis hasznát egyes esetekben — a pyretogen anyagok keresésének kérdését, a mely anyagokkal lázas hőmérsékét lehetne előidézni vagy fokozni betegeken. Ezen törekvés, ephesusi Rufus gondolkozása értelmében, még nem talált követőkre, addig is iparkodnak a belorvosok mesterei a külföldön oly tökéletlenül csökkenteni a lázat, a mint csak lehet; védik a láz tulajdonságait s mégis egy kissé meg is támadják. Ezen eljárás logikátlan voltát nagyon megérzi Guinon a láz gyógyításáról szóló alapos cikkében; ezen bűvár, az újból modernné vált nézeteknek megfelelőleg, szintén a láz becses tulajdonságai felsorolásán kezdi, de minden újabb bekezdés előtt figyelmezteti az olvasót, hogy ne túlozza a felhozott theoriák fontos-

¹ Jendrassik: Belgyógyászat kézikönyve. 6. k.

ságát, mert hát azok ninesenek valami alaposan bebizonyítva . . . és így tovább s végül hangsúlyozza a betegnek azon kellemes érzését, jólétét, a midőn a forróság enged, még ha mesterségesen szállítottuk is alá hőmérsékét. *Lépine* is gondos referatuma vége felé felkiált: hagyjuk el immár a teoriát (a spekulálást kellett volna írnia), és helyesen jegyzi meg, hogy a lázas betegek legjobb gyógyítását klinikailag kell megállapítani.

Valóban ez a dolog lényege, ezt a kérdést csakis a beteg-észlelés alapján lehet eldönteni. Talán azt véli valaki, hogy hiszen ez már untig eléggé megtörtént! Nem, az álláspontok nagyon eltérő volta bizonyítja, hogy nem.

Megkísérlem összegezni azon következtetéseket, a melyekre a klinikai észlelés, nézetem szerint, feljogosít.

1. Be kell vallanunk, hogy a *halandóság a lázcsillapító eljárások révén a fertőző bajokban lényegesen nem változott*, mindazonáltal azt hiszem, minden gondos észlelő fog emlékezni oly esetre, a melyben a lázas betegek nagyon súlyos állapotát a lázcsökkentő orvoslás annyira megjavította, hogy komolyan életmentő hatásról is beszélhetünk. Ezen esetek talán gyakoribbak a tüdőgyulladásban, de a hasi hagymázban is előfordulnak. Igen élénk emlékezetemben van egy nő 11 év előtt lefolyt hagymáz esete; a nő terhessége nyolczadik hónapjában kapta meg a hagymázát s mihelyt a hőmérő 38—38.3 C fokra emelkedett, azonnal a legnagyobb fokú nyugtalanság, félelem, rosszérzés, hányás, hasi fájdalmak és görcsös izomösszehúzódságok támadtak, sőt a görcsök a méhre is átterjedtek s az elvetelés kikerülhetetlennek látszott. Ezen esetben az antipyrinnek erős adatai (az adatokról még szólok) kitűnően leszállították a lázat s ezzel együtt az ijesztő jelenségeket; sőt kellő időben való beadás segítségével sikerült a láz visszatéréseivel azonnal újra előálló tüneteket a legesekélyebb fokra redukálni. Ezen állapotban a 25 napi lefolyás alatt a beteg táplálása igen kielégítő módon sikerült, s egy héttel a beállott deferveszkálás után, azaz a kellő időben, a szülés minden baj nélkül lefolyt, a gyermek meglepően erős és jól táplált volt; anya és gyermeke ma is jó egészségnek örvendenek.

2. *A lázcsillapítás nem befolyásolja a betegség lefolyásának idejét.* *Unverricht* e tekintetben élénken kiemeli *Jaksch* azon állítását, hogy a tüdőgyulladás és orbáncz lábadozási időszaka a lázcsillapító eljárások alkalmazása esetében lassabb, hosszabb, mint ha a láznak szabad folyást enged, de *Unverricht* erősen ellenkezik ugyanazon *Jakschnak* egyidejűleg kimondott azon állításával, hogy 150 hasi hagymáz észlelése alapján a lázorvoslással a betegség lefolyását rövidebbé válni látta. Ha ezen szerző utóbbi adatát nem fogadom el, daczára, hogy ugyanazon módszerrel állította egybe tapasztalatait az egyik és másik esetben, az előbbeni állítását sem vehetem meggyőzőnek; igazságtalan elfogadni ilyen körülmények között állításából azt, a mely a mi nézetünkkel megegyez és tagadni, a mely nem illik bele teoriánkba, hiszen ily módon én épen az ellenkezőjét következtethetném ugyanazon argumentumok felhasználásával.

Ha a lázcsillapításnak volna valamelyes hatása a betegség lefolyására, úgy ez arányban állana a lázcsökkentés mértékével és miután ezen tekintetben igen nagyon befolyásolhatjuk a lázat: nagyon feltűnő változásnak kellene előállani az adott esetekben, a mi pedig egyáltalán nem áll.

3. *A lázcsökkentő orvosságok és a hideg fürdők hatása véget ér a lázcsökkenés megszűntével* és csak babonának tekintendő, ha ezen szereknél ezen kívül a betegségre, vagy a szervezetre más további hatást is tulajdonít valaki. Emlékezzünk csak vissza, mit mondtak a chininre, még nem is olyan régen, a midőn a maláriás senyvedtséget is ezen szer hatásából származtatták s a midőn a kénesöt vádolták a bujakór tüneteire. Jelenleg hasonló nézet jutott a közönség, sajnos még orvosok körébe is, az antipyrinre és ezen csoportba tartozó más szerekkal szemben; tabeszes betegek, a kik óriási mennyiséget fogyasztanak ezen készítményekből, meghazudtolják e felvételt, e betegek általános állapota csak olyan, mint volt régen, a midőn még ezen szereket nem csillapították fájdalmaikat. A nagy és gyakran ismételt adatok kétségtelenül igen szembeszökő elváltozásokat tüntetnének fel, ha ezen chemiai készítmények hatása antipyreitikai vagy antineuralgiai befolyásukkal együtt meg nem szűnnék.

Most már az a kérdés merül fel előttünk, hogyha a gyógyulás eshetőségei alig javulnak, a betegség tartása sem válik rövidebbé, mi ezébből foglalkozunk egyáltalán a lázcsökkentéssel? Lehet talán ezen módon valamely más hasznót nyerni? Bizonyára igen és ha nem kívánjuk ezen orvoslástól azt, a mit nem ígér és nem adhat: igen jó hasznát fogjuk venni e szereknél. Mert hát nem kell megfélemedezni a betegről; a láz fáj, a láz a zsigeri idegrendszer neuralgiája! ez a fájdalom az, a mely a fertőzői betegségeket oly kínzókká teszi. S a miképen iparkodunk csökkenteni az oldalszúrást a mellhártyagyulladásban, megszüntetni a köhögést, enyhíteni a tabeszes betegek villámló fájdalmait, a nélkül, hogy ezzel a betegség végkimenetelére lényeges befolyást gyakorolnánk: ugyanazon módon kell enyhítenünk a láz nyomorúságain. A sebész chloroformmal bódítja el betegét, kinek lábát akarja levágni, elveszi a betegtől a fájdalmat, a nélkül, hogy ezzel a gyógyulás valószínűségét lényegesen fokozná, sőt még a narcosis némi veszedelmének is kiteszi és mi belorvosok ne vegyük észre a betegnek, talán kevésbé lármás, de hosszabban tartó láz okozta szenvedéseit? A tudósok ezikkeiben olvasom: ennyi és ennyi hagymázos beteget orvosoltam s nem volt szükségem arra, hogy a láz ellen valamit tegyek. Persze nem volt szükségük azon ezébből, hogy halálozási statistikájukat javítsák, de betegeknek bizony szükségük lett volna arra, hogy gyötrelmeiken segítsenek, a tudományos expectáló módszer helyett, a midőn a kezünkben volt a segítség lehetősége.

De arra, hogy tudjunk segíteni, ismernünk is kell ennek a módját; meg vagyok győződve, hogy azért van a lázcsökkentésnek annyi ellensége, mert nem tudják miként lehet azt haszonnal alkalmazni. *Dujardin-Beaumez*, a nagy therapeuta, egyébként valóban klasszikai könyvében a lázcsökkentésre az acetanilidet ajánlja, ezt a legkevésbé alkalmas szert és még hozzá elégtelen adatban. A szerzők legnagyobb része szintén kinyilatkoztatja, hogy ninesen lényeges kifogása az antipyreitikák „mérsékelt és okos”, azaz elégtelen adása ellen.

Lássuk mindenképp az antipyreisnek melyik módjához folyamodjunk? A hideg fürdőt alkalmazzuk-e vagy a hőcsökkentő orvosságokat? Ezen a téren sem tekintik a beteget a szerzők, csupán theoretikai okok alapján vitatkoznak. Én is átmehetnék ezen tere, de helyesnek csak a klinikai út ismerhetem el. A láznak hideg fürdővel való kezelése legszorosabb kapcsolatban áll *Liebermeister* azon tanításával, a mely szerint elégséges az állandó lázmenetben időnként remissiókat elérni s nem szükséges a hőmérsékét tartósan alászállítani. Elégséges, — jól megjegyzendő — a mi statistikánkra elégséges, ha időnként csillapítjuk a láz túlkapásait s itt *Unverricht*-nek nagyban igaza van, a midőn kimutatja, hogy *Liebermeister* ezen tétele egyszerűen (bizonyára jóhiszemű) compromissum, mert a hidegvizes fürdővel egyáltalában nem lehetséges tartós hőcsökkenést előidézni. A hideg fürdők a betegtől elvonnak bizonyos számú calóriát, a melyeket a betegnek, miután hőképzése még mindig a fokozott mértékre van beállítva, a fürdőből kivéve ismét pótolni kell, ez nemcsak theoriai postulatum, ezt a mindennapi észlelet is bizonyítja. A hidegvizes fürdő tehát a betegnek bizonyos munkatöbbletet okoz, nagyobb oxydálás útján szervezetéből egy részt elhasznál és ezzel ellentétben a belső szervek hőmérséke alig változik meg s a fürdőből távozó beteg a hőemelkedést kísérő fázás, didergés kellemetlenségeit érzi. Minden kísérletező iparkodott csökkenteni ezen kellemetlenségeket és ha a szerzők többsége egybehangzóan dicséri a hideg vizes kezelést, talán még sines kettő sem közöttük, a ki a fürdőt egyenlő alakban alkalmazná. Így ajánlják a fürdőket 10° C-tól (sőt még hidegebb vizet is megkísértek már) egészen 37° C-ig, néhány másodpercztől több órán keresztül tartva a beteget a vízben! A fürdőket 10-szer, sőt 20-szor is megismételték egyesek naponta és éjjente, ilyen módon természetesen igen jelentékeny caloriamennyiségeket vontak el a betegtől, azaz ezen eljárás nagyon közel került a régi érvágáshoz. A betegek ennek daczára elég jól elszenvették még ezen eljárásokat is, sőt egyáltalában nem tagadom, hogy egyesek átmenetileg még meg is könnyebbültek, főleg ha nem túlságosan erőszakos eljárásban részesültek. Valóban a mérsékelt hideg fürdő megnyugtató, fel-frissítő, tonizáló, higienés hatásában igen értékes és ezen szempontokból alkalmazva kedvező eredményt fog adni, de mint láz-

esillapító, mint antipyretikai szer, méltán vesztette el sokak előtt a bizalmat s azon orvosok, a kik néhány évvel ezelőtt még lényegesen csökkenteni akarták a beteg lázát e fürdőkkel s ezért minduntalan a fürdőbe mártották betegeiket, ma már megelégszenek 1–2 fürdővel s ráfognak betegeikre, hogy nincsen szükségük az antipyresisre. Alig hiszem, hogy oly valaki, a ki gondosan szokta megfigyelni betegét, nem jött volna azon meggyőződésre, hogy e fürdők, főleg ha gyakran megismételtetnek, fárasztják a beteget, a ki csakhamar dideregni kezd, a kit sietve vissza kell helyezni ágyába, előírás szerint melegen kell betakarni, sőt melegítő edényt is kell lábaihoz tenni! Nemde különös hőcsökkentő eljárás ez?

Hogy ezen eljárást minden kellemetlensége dacára oly soká folytatták, megmagyarázható azon hitel alapján, a melyet az első időben közölt statisztikák keltettek. De ezen statisztikák hamisak voltak! meghamisítva azon felállított ellenjavallatok révén, a melyek a súlyos eseteket kizárták ezen kezeléssel; ilyen módon természetesen könnyű megjavítani a mortalitás százalékát, ha pl. a hasi hagymában kizárjuk azon eseteket, a melyekben hashártyagyulladás, átfürödés, bélvérzés vannak jelen. Távolról sem kívánom, hogy ezen betegeket hideg fürdőbe tegyék, de ha őszinte statisztikát akarunk, úgy tételünket ekként kellene felállítani: osztályonon a hideg vízzel való lázorvoslást gyakoroltam mindazon esetekben, a midőn lehetséges volt, ennyi betegem közül meghalt ennyi, beleértve azokat is, a melyekben ezen kezelés nem volt fogatosítható. Miután ezen ellenjavallatok nem léteznek az orvosságos antipyresisben, ezen utóbbi módszer halandósága gyakran nagyobbak látszott, de az igazságnak megfelelő volt. Nagyon jellemző, hogy az ártalmatlannak jelzett fürdőkezelésnek oly sok, csaknem minden végzetes esetre kiterjedő ellenjavallata van, míg a veszedelmesnek állított orvosságos lázesillapításra ilyen kivételeket még a legsúlyosabb esetekben sem statuáltak.

Tehát a hideg fürdő értékes tonizáló módszerül tekintendő, a melyet az esetek egy részében haszonnal alkalmazhatunk, de mint lázesökkentő eljárás nagyon messze marad az orvosságos antipyreticumok mögött.

Ezen tekintetben, úgy látom, a szerzők legnagyobb többségével ellentétben állok. Lássuk tehát, mi a forrása ezen idiosyncrasiának, a mely ezen, hatásában csaknem valamennyi egyéb belorvosló szereinket messze felülmúló orvosságosoporttal szemben szinte általánosan elterjedt? Talán túlságosan hatékonyak, a mi a hivatalosan elfogadott várakozó gyógyító módszerrel ellentétben van? Annyi bizonyos, hogy e szerekek ma — a gyakorlatban kevésbé, mint a tudományban — rossz hírűek van, ennek oka véleményem szerint az, hogy nem ismerik azokat eléggé és nem is jól alkalmazzák. Mindenekelőtt nem helyesen választják meg az alkalmazandó szert. A legutóbb lefolyt nemzetközi congressuson egy tudós tanár kijelentette, hogy ő az antipyreticumtól három dolgot kíván (bizony könnyű lenne többet is kívánni), ugyanis: *mozdítsa elő a szerves chemismust, fokozza a diuresist, és tonizálja az idegrendszert*, ime, csak a hőmérsék csökkentését nem kívánja! Természetesen eléri ezen módját az antipyresisnek chinin kis adatokban való beadása és hideg fürdők segítségével. Mindez nagyon jó a teoriának, de nem elég jó a láznak.

(Folytatása következik.)

A gégegümőkórról.

Irta: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Vége.)

Nemesak az autorok hangoztatják, a mindennapi szomorú tapasztalás is bizonyítja, hogy míg a tüdővésztes, de egészséges gégevel bíró betegek egy jó nagy része évtizedekig élél türelhető állapotban: mihelyt a gége is meglesz támadva, az egyén legkésőbb két-három év alatt rendszerint elpusztul.

Tagadhatatlan, hogy kivételesen oly esetek is előfordulnak, hol a tüdő- és gége-phthisisben szenvedő beteg meggyógyul, így *M. Schmidt* egy patiente, ki 21 évig teljes egészségnek örvendett; azonban épen e nevezett szerző, ki a gégegümőkór gyógyulását illetőleg az 1880-dik évi mailandi orvosülésem még igen vérmes

reményekkel volt eltelve, jelenleg szintén kénytelen bevallani, hogy látszólag gyógyult betegeinek egy nagyobb része a következő évek folyamán recidivált. *Heryng* ki a gyógyulás lehetőségének egyik fővédője és a legtöbb gyógyult eset is átlag az ő nevéhez fűződik, szintén azt hangoztatja, hogy főleg az előhaladottabb gégegümőkór gyógyulása a lehető legritkább.

Hogy a gégegümőkór gyógyulhat, azt a fennebbieken kívül még egy egész sereg szerző bizonyítja,¹ azonban, ha tekintetbe vesszük, hogy az észlelők mindegyike annyi gége-phthisisben szenvedő beteg közül mindössze egy-kettővel számolhat be, mint a ki meggyógyult, nem esodálkozhatunk azon, hogy oly autorok is akadnak nagy számban, a kik a gégegümőkór gyógyulásában máig sem hisznek.²

Störk szerint azok a fekélyek, a melyek egy gümőkóros egyén gégejében fejlődtek ugyan, de nem egy infiltratumból állottak elő, meggyógyulhatnak, de csakis ezek a fekélyek, a melyek szorosan véve nem is a gümőkór, hanem a szövetekben létrejött táplálkozási zavar következményeinek tekintendők.

Mindenesetre *Mackenzie*-nek az 1893-dik évi washingtoni congressuson elhangzott kijelentése kissé merésznek mondható. „Jelenleg, mondá, abban a helyzetben vagyunk,³ hogy a gége tuberculosos egyes eseteiben teljes gyógyulást ígérhetünk.”

Egy ily rossz prognosist nyújtó betegségnél még egy látszólagos gyógyulás esetén sem állíthatjuk, hogy a folyamat kiújulni nem fog, miután a recidivák igen gyakoriak és sokszor még súlyosabb alakban jelentkeznek, mint volt az elsődleges bántalom. (*Schech*.)

Schimmelbusch még a tuberculin-kezelés virágzása idejében kimutatta, hogy azon betegeknél, kik az injectiókra látszólag meggyógyultak, a mélyebb szövetrétegekben virulens tuberculumok voltak találhatóak. Mindezeknél fogva, habár a gégegümőkór teljes gyógyulásának a lehetőségét kétségbe nem vonhatjuk, annyi bizonyos, hogy egy nagyobb fokban megtámadott tüdővel bíró beteg még mindig kedvezőbb prognosist nyújt ép gégevel, mint egy esekélyebb kiterjedésű tüdőbaj társulva gégegümőkórral. Ennek oka nem csak abban keresendő, hogy egy addig egészséges szerv megbetegedésével a gümőkór a testben kiterjedtebb alakot öltött, hanem abban is, hogy a későbbi szakban rendszeren beálló dysphagia a beteg táplálkozását is nagyban megnehezíti, holott épen erre az amúgy is elgyengült szervezetnek nagy szüksége volna.

Nem érdek nélküli, hogy sok esetben, dacára miszerint a gégeben már kiterjedtebb destructionalis elváltozások vannak jelen, a beteg panaszaiiban semmi olyas nem foglaltatik, mi a gége irányítaná a figyelmet. Ez lehet néha az indolentiának, de még inkább annak a következménye, hogy a gümőkóros elváltozások oly gégerészleten vették kezdetüket, hogy a betegnek sem a nyelésnél kellemetlenséget nem okoznak, sem a hangját különlegesen nem befolyásolják.

Ime néhány példa:

Sch. Nándorné. Beteg három éve. Féléve olykor, ritkán köhéssel, váladék bő. Éjjel izzad, vért soha nem köpött. Ez ideig soha torokbaja nem volt. Rekedtségre, avagy hogy a gége táján fájdalmakat érezett volna, nem emlékszik. Gégevizsgálat még egy ízben sem eszközöltetett.

Köpet: Koch-féle bacillusra úgy ezen, mint a következő esetekben is positiv leletet szolgáltatott.

Belgyógyászati lelet: Ectasia pulmonum, catarrhus apic. l. utriusque.

Gégelelet: A gége bensejét befedő zöldes-sárgás, higan folyó váladék kiköhögtetése után mindkét oldali arytaenoid porc nagyfokú lobosodása mellett az interarytaenoid tájon egy féllencsényi, kiemelkedő sarjaktól körülvevett fekély látható.

Cs. István. Négy éve rendszerint reggelenként keveset köhög, váladék féléve igen bő. Vért eddig nem köpött. Gégefájdalmi soha nem voltak. Mintegy öt hete hangja reggelenként kissé fátvolozott, rekedt különben állítása szerint még soha nem volt. Gégevizsgálat még ez ideig nem történt.

¹ Sendziak, Lauenburg, Anrooy, D. Newmann, Kuttner, L. Lack, Grayson, Bergengrün, Lake, Castex, Ellet O., Sisson, Percy-Kidd, Schrötter, Ziemssen, Schnitzler, Permewan, P. Heymann, Krause stb.

² Deslaux, Gevaert, Glasgow, Knight, Rousseaux, Gaudier, Metz-croft stb.

Belgyógyászati lelet: Infiltratio apic. l. dextr. Resid. exsud. l. dextr.

Gégelelet: A bal valódi hangszálag egész hosszában infiltrált, ugyanez oldali proc. vocalison egy kendermagnyi fekély. Granulationes interarytaenoidae.

A következőkben viszont oly esetről is számolhatok be, hol daczára a gégeire irányuló panaszoknak, gégetükri vizsgálat mégsem történt és a gégebaj ellen irányuló összes kezelés kalium chloricum szájvíz adagolásából állott.

D. Döme. Beteg előadja, hogy ezelőtt kilenez hóval tornászás közben a hátára esett és ez idő óta mellfájdalmakat érez. Éjjelként erősen izzad, vért soha nem köpött. Már mintegy öt hó óta állandóan rekedt és főleg folyadék nyelésénél szűró fájdalmakat érez a gége tájékán. Csupán az utolsó két hó óta köhög, még pedig mindig fokozottabb mértékben. Daczára, hogy bajának kezdete óta kezelés alatt áll, gégevizsgálat ez ideig még nem történt.

Therapia: Chinin-codein, 3 port napjában. Kalium chloricum szájvíz.

Belgyógyászati lelet: Cat. apic. lat. utriusque.

Gégészeti lelet: Anaem. vel. pal. moll. Perichondritis arytaenoid. et granulata. interarytaenoid. Chorditis ulcerosa lat. utriusque.

Utólag még ez esetekhez hozzá tehetem, hogy e betegek közül egy sem a gégevizsgálat megejtése miatt jött vagy küldetett a klinikára, hanem a tüdőbaj pontos megállapítása végett.

Hogy sok esetben a beteg saját nembánomságának lesz az áldozata, az sem ritka tünet.

Hányszor hallhatjuk igen intelligens betegektől e kijelentést, hogy évek hosszú során már ennyiszor és ennyiszor voltam rekedt, vagy éreztem a gége táján fájdalmakat, de mintán a baj mindenkor magától meggyógyult igen rövid idő alatt, a gégemet megvizsgáltatni feleslegesnek tartottam.

Az e tárgyban mondottakat röviden összefoglalva: mindazon esetekben, hol a köhögés nem túlságos nagy, nem kínzó, továbbá, hol nem az élet vége felé tartó és nagy gégefájdalmakban szenvedő betegekről van szó, a köhögést elfojtani épen nem szabad és csillapítása is akkor van csupán helyén, ha a gége fokozott ingerlékenységének sem a váladék bővebb voltában, sem valami kisebb fokú helyi elváltozásban okát adni nem tudjuk.

E nézetnek hódolnak a genuai kórodán is, hol a tüdőbajos egyéneknek narcoticumokat csak kivételesen adnak.

Bő váladék esetén annak kiürülését kell siettetnünk és mennyiségét egyszersmind csökkentenünk. A genuai kórodán a nagy mennyiségű köpetet ürítő betegeknek rendszeren guajacolt vagy creosotot rendelnek, ha a váladék tulnyomóan nyákos, alkalikus ásványvizeket, és narcoticumokat csakis akkor, ha a köhögés száraz, váladék nincsen.

És ezzel elérkeztem azon ponthoz, a melynél legjobb belátásom szerint ama kérdésre, hogy miért fontos főleg a gégegümőkór kezdeti szakában ismerni a fertőzést útját, a következőkét felelhetni meg.

Azon nézetből indulva ki, hogy a gümőkór a vér- és nyirok- edényeken át fertőzi meg a géget, a baj legkezdetibb szakában sem kecsesgetne a helybeli kezelés, nem hogy gyógyulással, de még csak lényegesebb javulással sem. Mialatt mi kívülről a felületesebb rétegeket igyekeznénk gyógyítani, a mélyebb rétegeket az edények útján folyton oda áramló és megtelepedő csirok tönkre teszik. E nézet alapján csak is azzal volnánk képesek a gégefertőzést elkerülni, ha a tüdőbajt meggyógyítjuk, a köhögés csillapítása is kikerülhetetlen volna, mintán a mellett, hogy a gümőkór terjedésének a megállításában csekély szerepe van, a gége szövetét még izgatja és lobosodásra hajlandóbbá teszi. Ez esetben az idejében való helybeli beavatkozás korántsem vezetne valami különlegesebb, jobb eredményre.

Ha viszont a gümőkór terjesztője főképen a köpet, úgy a tüdőbaj konstatálásának pillanatától mindjárt a gégeire is figyelem fordítandó, a köpetnek gyors kiürítésére nagyobb súly helyezendő, valamint minden rendelkezésünkre álló eszközzel arra kell törekednünk, hogy a gége fertőzését elkerülhessük, avagy ha már az létrejött, a még körülírt folyamat meggyógyításával a tuberkulotikus vírusnak a mélybe vándorlását meggátolhassuk.

Úgyszólván itt, a kezdeti stadiumban érhetünk el csak

teljes gyógyulást, az idejekorán megkezdett helybeli kezeléssel, a gyors beavatkozással.

És mindezzel korántsem akarom azt mondani, hogy a tüdőbaj elhanyagolandó, hanem hogy a mellett, hogy a tüdőbajra figyelmet fordítunk, jussen valami ebből a gégeének is. Valamint nem akarok sem az elfogultság, sem az egyoldalúság vádjával illetni, és korántsem állítom azt, hogy a vér- és nyirok- edényeken át a fertőzés egyáltalán létre nem jöhetne, azonban igen is, ezen az úton csak kivételesen és főleg akkor jó létre a fertőzés, midőn a gége a sputum által már úgy is fertőztetett. Azaz más szavakkal, a fertőzés ez útja csak másodlagos és szerepelni főképp akkor kezd, midőn a gége szövetei ellentállásukban már úgyis igen meggyengülve, többé mi sem áll útjában annak, hogy a tuberkulotikus vírus ez úton is siettesse a gége szöveteinek teljes elpusztulását. A bajnak e stadiumában már relative jó prognosist csupán a teljes gégekiirtás nyújthat.

Irodalom. Albers: Die Pathol. u. Therap. d. Kehlkopf-Krankheiten. Lipsce, 1892. — G. Avellis: Tuberc. Laryngeschw. Deutsche med. W. 1891. — Auclair: Die Toxine der Tub.-Bac. und die Tub.-Pneumonie. Münch. med. W. 1898. 34. sz. — E. Aronsohn: Primär. Larynx tuberc. Centralbl. f. Lar. 1897. — Bidder: Ueber die Beziehungen d. Alkalien der Nahrungsmittel zur Aetiology der Tub. Berl. klin. W. 1894. — A. Bertels: Zur chirurg. Behandl. der Kehlkopftuberc. Petersburger m. W. 1891. — Baurowicz: Mit Laryngofissur behand. Fall v. Kehlkopftuberc. Arch. f. Lar. II. 1895. — Bollinger: Ueber d. Infectionswege d. tub. Gifte. Münch. m. W. 1890. 33. sz. — Bergengrün: 7 Fälle v. günstig verlauf. resp. geheilt. Kehlkopftuberc. Arch. f. Laryng. II. 1894. — Botey: Tuberc. Laryng. New-York med. Record. 1898., Centrbl. f. Laryng. 1899. — Castez: La méthode sclérogène dans la tuberc. lar. Bullet de laryng. 1899. — W. F. Chappel: Laryng. tuberc. etc. New-York med. Journ. 1898. Cent. f. Laryng. 1899. — Clar: Spontanheilung v. Laryngeschw. bei Tuberc. Wien. klin. W. 1896. — Cheval: Traitement de la tuberc. du larynx. etc. Journ. de méd. de Bruxelles. 1897. 7. sz. — Cornet: Die Infectionsgefahr d. Tub. Berl. klin. W. 1899. — Desold: Ueber die Miterkrank. d. Kehlk. b. Lungentuberc. Münch. m. W. 1896. 26. sz. — Derscheid: Tuberc. laryng. et altitude. Bruxelles et Davos. 1897. — Eiserbarth: Spontan healing of tuberc. ulcerat. of the larynx. New-York med. Record. Centr. f. Lar. 1899. — Elsenberg: Ueber Syphil. u. Tub. Berl. klin. W. 1890. 6. sz. — B. Fränkel: Zur Prophylaxe d. Tub. Berl. klin. Woch. 1899. — Fraenkel: Primäre Kehlkopftuberc. Aerztl. Verein in Hamburg. Deutsche med. W. 1886. 28. sz. — Untersuch. über die Aetiology d. Kehlkopftuberc. Wierchow's Arch. CXXI. 1890. Deutsche med. Woch. 1891. — Ueber Kehlkopftuberc. Deutsche med. W. 1891. — Zur Aetiol. d. tub. Kehlkopfgeschw. Centrbl. f. innere Med. 1889. — Freudenthal: Die Behandl. d. Dysphagie u. d. Hustens b. Tuberc. Monatschrift f. Ohrenheilk. 1899. — Flatau: Sur un procédé de resection etc. Rev. intern. d. rhinol. otolog. etc. 1897. — Goris: Résultats éloignés de la laryngotomie. p. tuberc. laryng. Journ. méd. de Bruxelles. 1898. — Gerber: Statistik u. Casuistik z. Rhino-Laryng. u. Otol. Monatschr. f. Ohr. 1898. — Gougenheim: Trait. chir. d. phthise lar. Ann. d. mal. de l'or. etc. 1894. — P. Heymann: Zur Symptom. d. Tubercul. Berliner klin. W. 1892. — Heryng: Ueber d. Resultate d. chirurg. Behandl. d. Lar. phthise. Gazeta lekarska. Centr. f. Laryng. 1892. Berlin. klin. W. 1890. Ann. des malad. de l'oreille etc. 1891. Journ. of Laryngol. 1893. — Zur Heilbarkeit d. Lar. phthise. Berl. klin. Woch. 1890. — Hayek: Die loc. Behandl. d. Kehlkopftuberc. Centrbl. f. d. gesammte Therap. 1895. — Jrsai Arthur: Erfahr. üb. d. Koch'sche Mittel. Deutsche med. Woch., Orv. Hetilap. Intern. klin. Rundschau. Pester med. chir. Presse. 1891. — Ein Fall v. Combin. v. Syphil. u. Tuberk. im Kehlkopf. Pester med. chir. Presse. 1891. Ilisch: Zur Frage der chirurg. Behandl. der Kehlkopftuberc. Centrbl. f. Laryng. 1898. — Kafemann: Die Tuberc. und ihre Bezieh. z. d. ober. Luftw. etc. Bresgen's Samml. etc. 1897. — Kuttner: Die chir. Behandl. d. Kehlkopftuberc. Berl. klin. Woch. 1896. — Lake: Ein geheilter Fall v. Kehlkopftuberc. 1898. — Levy: Prognos. of laryng. tub. Journ. of the amer. m. associat. 1899. — Murray: Ein Beitrag zum Studium d. Kehlkopfphtise. Centrbl. f. Laryng. 1899. — J. Mackenzie: The surgic. treatm. of laryng. tub. New-York med. Journ. 1895. — Némai: Kehlkopfnarb. nach hochgrad. tuberc. Destruction. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1896. — Navratil: Gégetuberculosis esetei. Gégeorvosi ülés 1898. — Oresco: Ueber die Form. d. Tub. des Kehlk. Wien. med. W. 1892. 5. sz. — Pfeiffer: Ueber die Regelmässigkeit des Vorkommens Tub.-Bacillen im Auswurfe Schwindsücht. Berl. klin. Woch. 1883. Ring: Allgem. über Kehlkopftuberc. etc. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1889. — Réthi: Bemerk. z. chir. Behandl. d. Lar.-Tub. Wien. klin. Woch. 1895. — Stoerk: Ein Beitrag z. op. Behandl. d. Lar.-Tub. Wien. med. Woch. 1892. — M. Schmidt: Kehlkopftuberculose. Berl. klin. W. 1891. Deutsche m. W. 1887. — Schottelius: Zur Aetiol. d. einfach. Kehlkopfschwindsucht. Cassel. 1880. — Srebrny: Ueber d. Werth d. chir. Behandl. d. Lar.-Tub. etc. Centralbl. f. Laryng. 1898. — Thost: Demonstrat. im ärztl. Verein in Hamburg. Deutsche med. W. 1890. — Trekaki: Note sur un cas d. tuberc. primitive du larynx. Annal de Laryng. 1892. — Toix: Sur un cas d'aphonie nerveuse chez une tubercul. Revue hebdom. de laryng. — Volland: Ueber die Uebertreibungen bei d. heutigen Behandlungen d. Lungenschwindsucht. Ther. Monatsh. 1895. — Virchow: Tub. d. Larynx. Berl. klin. W. 1888. — v. Zander: Lungenspitzenatarrh und Ulcera laryngis. Berl. klin. W. 1899.

Fodor József tanár.

Született 1843-ban. Meghalt 1901-ben.

Milyen tragikus a sors! — írta elhunyt barátunk öt héttel ezelőtt, Pettenkofer tanár halálát jelentve be e rovat alatt e lapok olvasóinak. Az a lánglélek, a ki új világot gyújtott a tudománynak, az önálló tudományos hygiéne világát; a ki munkásságával milliók életét mentette meg a kora haláltól: késő venségében most kioltja saját kezével és elveti saját életét.

Milyen tragikus a sors! mondhatjuk most mi is.

A finom elmeállal, rajongó szeretettel elparentált nagy mester egyik legkiválóbb tanítványa amaz utolsó irodalmi cikkének megírása után, melyben összes hygiénei gondolatvilágát a tudós hevéllel, szellemi látókörének legfensőbb magaslatáról nagy vonásokban papírra vetette, alig öt héttel később maga is itt jelenik meg e gyászrovatban mint belépő, a megemlékezés e szent pantheonában, hova őt a hazai és internationalis orvosi tudomány, az ország közegészségügye, a hazai közművelődés előrevitelében bajtársai, a szerető család, barátok és tisztelők bánatos szívvel kísérik.

Es megjelenik váratlanul, idejekorán, nem úgy mint mester, egy megúnt hosszas élettől önként megválva, hanem egy töviseiben is nyugodt bölcseséggel tekintett, munkáiban, örömeiben, élvezeteiben csendesen folyó és szeretettel viselt léteiből hirtelen és erőszakosan kiragadva.

Koporsója előtt megdöbbenve állunk. Eszünkbe jut az ő statistikai tanulmányainak egy szomorú tapasztalati ténye, hogy a magyar tudós és tanár élete legrövidebb az európai nagy nemzetek tudósai és tanárai között, átlag, mint ő kimutatta, 11,7 évvel rövidebb az osztrákokénál, 16-tal az angolokénál, 16,5-del a németekénél, 19,3-del a francziákénál.¹ Semmelweis, Balassa, Balogh Kálmán, Antal Géza, Schwimmer Ernő, Mihálkovic, Géza kora halála, fájdalom, mind igazolja e tétele helyességét. És most igazolja azt az ő kora elköltözése is. Valamint igazolja az okokat is, melyeket ő e természettüneménynek magyarázatul felállított.

A magyar tudós, a magyar szellemi munkás nem él, vagy ritkán élhet hygiénei életet. Mostoha ifjúsága, többnyire sanyarú tanulói korán megakasztják teste erőteljes kifejlődését, férfi korában elnyert posztójának szerfelett sok oldalról feltoluló tudományos, társadalmi és morális kötelmei korán kiszorolják szellemi tőkét, teste és lelke idő előtt megöregszik és a külső káros behatásokkal szemben ellenálló képességét idejekorán elveszíti. Es különösen áll ez a hazai culturalis fejlődés mai rohamos korszakában, midőn annyi hátramaradás után az internationalis színvonal gyors elérése vagy legalább megközelítése túlfeszített munkára sarkalja mindazon ambitiosus és lelkiismeretes szellemi munkásainkat, kiket életük folyása és benső hivatásuk a cultura valamelyik ágának fejlesztésére vezetett.

De ilyen vigasztalan volna-e a magyar szellemi munkás jövője? Ó nem azt hitte. Az a magas kor — szerinte — nálunk is elérhető: csak a hygiéne elvei szerint kell élni; *akarni* kell meg nem öregedni. Az erős akarát, hogy az ember ne érezze, legyőzze teste gyengülését; az az erős meggyőződés, hogy az ember életfonalá epenséggel nincsen oly rövidre szabva, mint azt rendszeren tapasztaljuk: fentartja az életerőt. Valamint a képzelődés, a lélek hangulata, az elcsüggedés beteggő, korán aggá tesz és sirba visz: épen úgy a meggyőződés, a bizalom az élet tartóságában, az erős akarát a munkás élet folytatására, kellő hygiénikus életmód s lelki nyugalom mellett a legbiztosabb szer a hosszú életre. Ime ezek voltak az ő hygiénei szabályai az élet lehető meghosszabbítására.

Fájdalom, e szabályok nála be nem váltak. De bizonyára nem azért, mert azok nem volnának helyesek, hanem azért, mert csak félig tett és tehetett eleget azoknak. Sokkal többet, sokkal nagyobb erőfeszítéssel dolgozott, mintsem hogy hygiénileg élhetett volna, és így ő sem menekült meg a magyar tudós és tanár általa felismert végétől.

Kiderül ez, ha élete folyását és kiterjedt munkásságának nagy terjedelmét csak rövideden is áttekintjük.

* * *

Hazai orvosi culturánk renaissance korszakában, mely a múlt század hatvanas éveinek végén kezdődik és maiglan is még folyamatban van, neki az a missio jutott, hogy egy keletkezésben levő új tudományt, a hygiénét, a hazai oktatásba, a hazai orvosi és közgondolkodásba átültessen. Es ő valóban jól volt ki-

¹ Akadémiai díszbeszéd: A *hosszú életéről*. 1885.

választva e missio teljesítésére. A vidéki jómódú család gyermeke, ki Somogyban, Lakócsán született és gymnasiumi éveit Pécsen végezte, nem közönséges neveltséget és modort hozott magával az egyetemre. Medici cursusán kitűnt társai között eleven, közlékeny, sima, eszes modorával, mely őt csakhamar népszerűvé és kedvelté tette. Magára vonta figyelmét Rupp tanárnak is, ki őt különösen, miután megtudta, hogy a külföldi nyelvekben is jártas, doktori okleveleinek megszerzése után, 1866-ban az államorvostani tanszék mellé tanársegédül vette. E tanszék mellett lett 1869-ben „a tisziorvosi eljárás”-ból magántanár. Ekkor már megindult az orvosi oktatás reformkorszakának kezdete a budapesti egyetemen. Leendő tanárokul ifjú doktorokat kezdtek kiküldeni állami költségen a külföldre specialis szakmák elsajátítására. Így jutott Fodor, Markusovszky, Balogh, Rupp ösztönzésére 1870-ben állami ösztöndíjhoz, melylyel Münchenben Pettenkoferhez ment, hogy annak akkor már nagyhirű hygiénei előadásait hallgassa. E tudományt egyetemi tárgyal tudvalevőleg Pettenkofer teremtette meg. Ugyancsak Münchenben Fodor Liebig mellett chemiával is foglalkozott, hogy a hygiénehez szükséges alapvető chemiai vizsgálódás módszereit gyakorlatilag is elsajátíthassa. Würzburgban Recklinghausen és Hilger intézetében foglalkozott. Bejárta azután közegészségügyi tanulmányok céljából Ausztria, Németország, Hollandia, Belgium, Angolország városait és intézeteit. Hazajövet 1872-ben átmenetileg az akkor felállított kolozsvári egyetem államorvostani tanszékéhez nevezték ki tanárnak, honnan 1874-ben a pesti egyetem hívta meg újonnan felállított „közegészségügyi” tanszékére. Itt kezdődik tehát Fodor tulajdonképeni szakmunkássága, mely illetéknél közel 27 évre terjed, közel megfelelően csodálatosképen ama 26 és fél évnek, melyet ő, mint a magyarországi tudós és tanári közép munkaidőt statistikai észleleteiből kiszámított.

Fodor e 27 év alatt — bátran elmondhatjuk — fényesen teljesítette nagy missióját, úgy egyetemes, mint hazai tudományos és tanítási, valamint ezeken kívül társadalmi szempontból. Nagy-szabású tudományos vizsgálódásokat indított meg a talaj viszonyainak kutatásában Budapesten, mely vizsgálatai éveken keresztül tartottak és nyolcz évi fárasztó munkája után „Egészségügyi kutatások a levegőt, talajt és vizet illetően” cím alatt a Magy. Tud. Akadémia kiadásában 1880-ban jelentek meg. Számos kisebb-nagyobb búvárlatain kívül ezek képezik Fodor önálló hygiénei vizsgálatainak egyik nagy csoportját, mely vizsgálatok németül is megjelenvén, az internationalis irodalom nagyértékű és elismert becsű kincsévé váltak. E munkáját Fodornak jutalmazta a M. Tud. Akadémia a Marczibányi nagy akadémiai díjjal. Fodornak a főkérdésekre és ezeknek mellékkérdéseire vonatkozó vizsgálatai ez időben a Pettenkofer-féle közegészségügyi szellemében folytak. Valóban ő volt a Pettenkofer-féle új hygiéne megalakítója nálunk a hetvenes évek folyamán és a nyolczvanas évek elején a tanításban, a búvárlatban, a szakirodalomban, sőt mint látni fogjuk, a közéletben.

A nyolczvanas évek elején tünt fel a hygiénei vizsgálódások terén Pasteur és Koch búvárlatai alapján a bakteriologia. Tudjuk, milyen heves vitaközpontok voltak akkor még a bakteriumok jelentősége felett a fertőző betegségek hygiénéjére nézve. Maga Pettenkofer nem sokat adott azokra. Fodor már akkor éles szemmel belátta a bakteriologiának hygiénei jelentőségét és bár teljes mértékben híve és apostola maradt Pettenkofer tanárnak, e kérdésben elvált tőle. Maga is buzgó bakteriológ lett és ezen a téren folytatta vizsgálatait, kiterjesztve ezeket az egész hygiéniára. Ő volt, a ki először hozta be Magyarországra a tudományos bakteriológiát, így ezen az úton is úttörő volt.

Számos kisebb-nagyobb bakteriologiai önálló dolgozata között legkiválóbbak azok, melyek a *vér bakteriumölő tulajdonságának* vizsgálatára vonatkoznak, melyeket 1887-től kezdve tett közzé különböző éveken. Hozzájárulnak ezekhez azon vizsgálatok, melyek a vér alkalicitására vonatkoznak különböző körülmények között. Mindenik csoport vizsgálat a fertőző betegségek kór- és gyógytanának legmodernebb kérdéseivel, az immunitás, a lázgyógyulás kérdéseivel áll érintkezésben, a mely függő kérdések magyarzatában előkelő helyet foglalnak el e vizsgálatok, melyeknek értékességét mindinkább kezdi elismerni a tudományos külföld is. Mondhatjuk, hogy a vér bakteriumölő tulajdonságának első kimutatásával ő volt praecursora a mai serotherapiának is.

Mint egy modern laboratoriumi tudós nemcsak önmagának és a tudománynak dolgozott, hanem igyekezett tudománya terén

önálló tudományos dolgozókat is nevelni. Tanítványai kutatásai szintén lényegesen hozzájárultak a magyar higiéniai tudomány megalapításához és fejlesztéséhez.

Ő azonban nem volt csupán az elvont tudományos kutatás kizárólagos embere. Tudományát igyekezett kivinni a nagy közéletbe részint az által, hogy professionalis tanítványait, az orvosokat oktatta és a gyakorlati higiénének terjesztésére buzdította, részint az által, hogy tért igyekezett szerezni a közegészségtan — úgymint azt Angliában látta és tapasztalta — a tudományos és közélet legkülönbözőbb terein. E tekintetben bámulatos szívóssággal küzdött folytonosan és hála e szívósságnak és a Trefort-kormány közegészségügyek iránti fogékonyságának, főleg boldogult Markusovszky buzgó közreműködésével a közegészségügyi eszmék hazai elterjesztésében tényleg sokat ért el. 1882-ben az akkor Markusovszky szerkesztése alatt állott Orvosi Hetilap *közegészségtani és törvényszéki orvostani* mellékletének szerkesztését átvéve, az orvosi szakköröket ismertette meg hosszú éveken keresztül időről időre tudománya haladásával. Kivitte, hogy ne csak az orvosok, hanem a gyógyszerészek, jogászok és technikusok is részesüljenek közegészségtani nevelésben. Megpendítette és szintén Markusovszky útján keresztül vitte a középiskolai egészségügyi tanárok intézményét, melyet azóta Ausztria és Németország is életbe léptetett. A közegészségtani ismeretek népszerűsítésére szintén Markusovszkyval együtt „Országos közegészségi egyesület”-et hozott létre, mely ma is virágzóan működik és „Egészség” című lapjával nagy szolgálatot tesz a közegészségtani eszmék hazai népszerűsítésének.

E munkálkodásában rendkívüli buzgóságot fejtett ki, szak- és nem szakkörök között barátokat, közreműködőket toborzott, e buzgóságának és az iskolájából kikerült tanárok ügyesretének köszönhetjük, hogy ma már a közegészségügyről Magyarországon legalább beszélnek. A beszédet talán követni fogja a tett is. 30—40 év előtt még azt sem tudták, hogy miféle fán termett.

De elhunyt barátunk óriás tevékenysége koránt sínes kimerítve még az elmondottakkal. Ő nagy tevékenységet fejtett ki korábban a Magyar Tud. Akadémiában, Budapesti kir. Orvosegyesületben, de különösen a Kir. m. Természettudományi Társulatban, melynek sok éven keresztül első titkárja volt és mint ilyen a Természettudományi Közönyt szerkesztette és ama társulat kedvelt népszerű előadásait szervezte. Mindenki emlékszik, mily buzgósággal és lelkesültséggel szerezte a közönytnek a kellő munkatársakat és kerítette a cyclusos népszerű előadások számára az előadókat. E buzgalmával is a higiénét szolgálta, mert hitte és bizton remélte, hogy a közegészségtani eszmék elterjedésének legjobb talaja a természettudományi ismeretekkel saturált köztudat.

Nem kevesebb része volt a közreműködésben az előbbiek-nél az *orvosi oktatás és az országos közegészségügyek* intézésében is. A budapesti orvostanár-testületnek évek hosszú során át volt előbb jegyzője, majd dékánja, végre pedig az egész egyetem rektora és prorektora; az országos közegészségi tanácsnak rendes tagja, majd alelnöke. Mind e foglalkozások, ha helyét valaki emberül megállani kívánja, óriási munkakedvet, kitartó szorgalmat, tiszta practikus gondolkodást, széles látókört, tapintatot igényelnek. Mindezen tulajdonságok fényesen megvoltak elhunyt kartársunkban és e tulajdonságoknak köszönhető, hogy e szakadatlán administratív teendőik nyúga és terhe daczára szaktudományában nemcsak mindig a színvonalon maradt, hanem ezt önálló tudományos buvárlataival lényegesen emelni is bírta, nemcsak itthon szűkebb körben a mi iféletünk, hanem az internationalis szakítólet szerint is.

Ha most megemlítem még azt, hogy mint megválasztott városi képviselő több éven keresztül activ részt vett a fő- és székváros egészségügyi tanácskozásaiban, hogy 1885-ben részt vett a Budapesten tartott országos közegészségi, 1894-ben pedig a VIII. (budapesti) nemzetközi egészségügyi és demographiai congressusnak rendezésében és mint az utóbbinak alelnöke, annak szervezésében, körülbelül nagy körvonalakban megfelelő képét nyújtottam e fájdalom most ideje korán félbeszakadt nagyszabású tudományos és gyakorlati tevékenységnek.

* * *

Elhunyt kartársunk ez áldásos tevékenységét — nem panaszkodhatunk — egyetemes közismerés kísérte. Munkaképességének, tudásának osztatlan elismerésével és méltánylásával találkozott mindenütt. Azt, a mi elismerést kartársaitól, kik érdemeit ismerték és megbecsülték, kaphatott, jobbára mind megkapta. Tagul választották hazai és külföldi tudományos egyesületek, legnagyobb díjjal tüntette ki a M. Tud. Akadémia, dékánjukká, rektorukká választották tanártársai, alelnökké az országos közegészségügyi tanács tagjai. Legfelsőbb elismerésben részesítette, vaskoronarenddel és ministeri tanácsosi czímmel tüntette ki a király, a cambridgei egyetem a jogtudományok tiszteletbeli doktorává avatta stb. Mindezekon kívül, mint ember, szerény, kedves, előzékeny modorú, mint jó barát önzetlenségéért, tanácsadásaiban

közvetlenül szíves készségeért mindenki előtt, ki körében megfordult, köztiszteletben és szeretetben, eleven, kedvetlen társalági modorú, pedig közkedveltségben állott. Így élete folyása kiülsőleg valójában az ideális euphoriát tüntette fel, melyre a derűt megadta a sok küzdelemmel járó munka sikerének megnyugtató öntudata.

* * *

De az ő élete folyásának csendes és derűs menetét, mint sok másét is, különböző sorscsapások zavarták. Első nejeének évek hosszas során tartó folytonos szenvedései és végre is bekövetkező halála, felnőtt és férjhez ment egyik kedves leányának kora elhalála és egyéb családi bajai időről időre kemény próbára tették folytonos feszült munkában levő idegrendszerét. Tudományos ideáljai is, miket rajongó képzelete magában tudománya és a közegészségi közjólét érdekében kiforralt, csak részben mentek teljesedésbe. Egy nagy központi egészségügyi hivatal felállításának eszméje az ország egészségügyi viszonyainak rendszeres tanulmányozására az ő agyában már a hetvenes évek folyamán megérett és positiv indítvány alakjában napvilágot is látott. Itthon az a szakkörök egyértelmű támogatása daczára nem létesülhetett. Megesimlalták azt — az ő közleményei szellemében — külföldön, Németországban. Így járt részben második nagy tervével, az iskolaorvosi és egészségügyi intézmény tervével. Trefort alatt az kezdetlegesen életbe lépett, de azután elegendő támogatás hián pangásnak indult és csak később jött kissé újabb lendületbe, midőn azt Németországban szintén az ő tervei értelmében nagyobb méretekben érvényre emelték. A közegészségügyi szolgálat rendezésére a modern higiéné szellemében kidolgozott tervei ismételt napfényre hozataluk daczára maguknak talajt nem verhetek. Túláságon ideálisnak tartották azokat. Hosszú tudományos működése daczára, mi eleinte ideálja volt, önálló intézetet — holott a másik egyetem azt megkapta — itten nem kaphatott. Mindezen esalodások az ő kedély- és idegéletét, bár azokról csak ritkán panaszkodott, kétségen kívül megviselték és lassan aláásták szervezetének ellenálló képességét. Bizonyos közönyös lehangoltságot észre lehetett venni rajta az utóbbi években.

Ez magyarázza meg talán az ő kora halálát is, mely fájdalom, az ő egészségügyi principiumai szerint való élni akarása daczára statisztikai kényszerűséggel bekövetkezett.

Ez éven elején influenzába esett, mely őt pár hétre ágyban maradásra kényszerítette, melyből kikelve, több héten át fel- és kijárt, de előbbi erejét vissza nem kaphatta. Március elején ismét ágyba került, a hol utól érte az a catastropha, hogy bal alsó végtagjában embóliát és thrombosit kapott, a minek folytán a combot felső harmadában amputálni kellett. Heroikus önuralommal tűrte a catastropha. Amputált végtagja begyógyult, de a thrombosis úgylátszik tovább folyt, a vérkeringés folytonos gyengülése folytán soporos állapot fejlődött és hosszas agonia után f. hó 19-dikén reggel csendes kimulás zárta be e tevékeny, áldásdús életet.

Most már át kell adnunk azt, a mi benne anyag és mulandó az enyészetnek, de szellemi munkájának emlékét, a mely halhatatlan, átveszszük tőle örökölni, serkentésül a további szellemi munkára, tudományunk emelésére és megőrzésére eszméit országunk közegészségügyének tovább fejlesztésére.

H. E.

* * *

Fodor tanár temetése f. hó 22-dikén d. u. folyt le, a tudományos világ, a nagy közönség impozáns részvétele mellett. Már a temetés előtti napon számos testület, tisztelő és jó barát fejezte ki részvétét a gyászoló családnál. A részvétnyilatkozatokat neje, fia Fodor Géza dr. és veje Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi magántanárok fogadták. Koporsójára több mint hatvan koszorú gyűlt össze magánosoktól, egyesületektől, a különböző tanártestületektől. Ravatala az egyetem élettani intézetének előcsarnokában volt felállítva, közel saját intézetéhez, a mely az élettani intézetben volt elhelyezve. A halotti szertartás után az egyetem és az orvostudományi kar nevében Bókay Árpád e. i. dékán intézte a távozó kartárshoz a következő beszédet:

Fodor József kedves társam! Nem bocsáthatlak utolsó útra a nélkül, hogy ne szóljak még utoljára hozzád! Leszáll lelked megérti még tán gyenge szavamam!

Egy üzenetet hozok neked társaimtól, a te társaidtól is, a kikkel együtt szolgáltad a tudományt, a tanítást, az emberszeretet áldott ügyét; a kikkel együtt éreztél s a kik veled együtt érezték, a kik szerettek tégedet s a kiket te is megajándékoztál baráti szeretetteddel.

Ez az üzenet a köszönet és a hála szava. Köszönet és hála egy emberélet hű munkásságáért, melylyel új tudományos utakon járva, fényt borítottál az egész egyetemre, de főképen a te fakultásodra, melyet a tengeren innen is, túl is ismernek és megbecsülnek, mert Fodor József fakultása is s a cambridge-i egyetem nem hiába adta fel read a bibortalárt, melyet csak fejdelmek, a tudományok felkentjei viselhetnek.

Köszönet és hála egy emberélet hű munkájáért, melylyel a rád bizott *ifjakat* soha nem lankadó lelkesedéssel oktátad szóval és példaadással, hogy hasznos, munkás fiai legyenek a hazának.

Köszönet és hála egy emberélet hű munkájáért, melylyel a haza javát oly irányban igyekezted előmozdítani, a melyről elődeid mind megfeledeztek.

„Egészség a legnagyobb gazdagság, a legnagyobb hatalom, a legnagyobb boldogság! Tedd egészséges a népet s ezzel hatalmas, gazdaggá, boldoggá teszed hazádat!”

Ezek voltak jelszavaid. De, hogy nemesak jelszavak maradtak ezek nálad, mutatják azt orvostörténelmünk utolsó 30 évének lapjai.

Jó szíved dobbanása megszűnt. A toll kiesett munkás kezdeből, a szó elhalt beszédes ajkadon, tevékenységed e csarnoka, honnan temetünk, üres maradt. Csak lelkünk van telve keserűséggel, hogy ily korán vesztettünk el.

De a te lelked megszabadulva a földi élet szenvedéseitől, melyekben oly dúsan volt részed, mosolyogva száll tova, mert érzi, tudja, hogy e földön hasznosan tartózkodott. Fodor József kedves társunk! Te valóban megtetted kötelességedet e földön híven, igazán!

Társaid áldják emlékedet s nem felejtnek el.

A jó Isten áldása kísérjen végső utadon!

Utána *Than Károly* tanár mint a M. Tud. Akadémia III. osztályának elnöke szólott a M. Tud. Akadémia és a Természet-tudományi Társulat nevében következőképen:

Tisztelt gyászoló gyülekezet! Engedjék meg, hogy *nagy-érdemű halottunkhoz*, a M. Tud. Akadémia és a K. M. Természet-tudományi Társulat nevében, melyeknek az elhunyt *legkiválóbb tagjai közé* tartozott, a fájdalmas búcsúzás néhány szavát intézhessen.

Felejthetetlen Tagtársunk! A M. Tud. Akadémia, mely téged 23 évvel ezelőtt levelező tagjává, 18 évvel ezelőtt rendes tagjává választott, őszinte *elismeréssel röjja le háláját* nagyszabású tudományos kutatásaidért és irodalmi közreműködésedért, melyet köbelében a közegészségi tudomány terén fejtettél ki. Csatlakozik ehhez a Kir. M. Természet-tudományi Társulat, melynek hosszú évek során át nemesak buzgó munkása, hanem egyideig fáradhatatlan főtájkára és fontos kiadványainak szerkesztője is voltál. Sokat köszön nekünk e Társulat, mert lelkes közreműködéseddel virulását fentartottad és jelentékenyen fokoztad is. Tudományos és irodalmi tevékenységed nemesak hazai intézeteink és hatóságaink, hanem az egész művelt világ tudományos közvéleménye fényes elismerésben részesítették.

De mindezzel te *rem elégedtél* meg, és nemes ambícióid nem nyugodott addig, míg a tudomány és irodalom, a tanítás és népszerűsítés hatalmas fegyvereivel hazánkban a közegészségi elveinek töled telhető módon a gyakorlat terén is érvényt nem szerezted. Fenkölt irányzatú küzdelmeidben, egyrészt a végtelen kis szervezetek, másrészt az óriási előítélet alattomos és végzetes kárteknységát kiderítetted, sőt azokat nem egy tekintetben le is győzted. Te voltál *előharcosa és megalapítója* hazánkban a közegészségügynek; és ezzel a magyar nép legdrágább kincsének, egészségének és erősödésének biztosításában elévülhetlen érdemeket szerezted.

Mindezt jó szíved sugallatából oly *odaadással* tetted, mely kizárta azt, hogy a természetes és egészséges életmód törvényeit, melyekre bennünket híven oktattál, saját magadra alkalmazhattad volna. E nemes buzgóságod folytán a közjó nagy veszteségére és mindnyájunk mély fájdalmára korán estél áldozatul magasztos hivatásodnak.

Fogadd áldásos és nagy szolgálataidért a két intézet, és egyszersmind a magyar cultura és a jövő nemzedékek nevében elismerésünk és hálás köszönetünk kifejezését.

Isten veled hű munkatársunk és kedves Barátunk!

Azután a gyászmenet a kerepesi-úti temetőbe vonult, hol a családi sírboltba helyezték örök nyugalomra a halottat. Itt a koporsó beszentelése után a Budapesti Orvos-Szövetség nevében *babarcsi Schwartzner Ottó* elnök a következő búcsú szavakat hangoztatta:

Felejthetetlen jó barát!

Csak még egy percze állj meg örök pihenőd küszöbén, hogy lelkünk kesergése megnyilatkozhassék e pár iszonytató szóban: örökre búcsúznak Tőled!

Mélyen szomorodott gyászgyülekezet!

Ha a kérlelhetetlen halál a munka hosszú évei után egy aggot ragad el, hogy az fáradságos napi munkája, emberi, valamint honpolgári kötelességeinek pontos teljesítése után, anyaföldünk mélyében az epedve várt nyugalmat elérhesse, akkor az örök álmot alvó koporsója körül álló, és a szenvedések fátyolával eltakart rokon és barátban önkéntelenül is ama lelki erőt kölcsönző és fájdalmat enyhítő gondolat kezd ébredezni, hogy a megdicsőült csupán a természet önkényes bár, de következetes törvényeinek engedett és hogy a halálesetnek, mely oly nagy

sebet ütött szívébe, a természet ezen törvényei, a Mindenható szent akaratja folytán be kellett következni.

De lesújtó, minden vigaszt kizáró, szivertrepezítő a fájdalom akkor, ha a föld göröngyei egy oly férfiú korai sírját takarják, a ki igazi tölgy volt a tölgyek között, melynek koronája im elhervadva porba hullt!

Az erdőn át zúgó szélvihar megtépi a tölgy koronáját, hogy életre serkentse gyökerét. Téged a sors vihara gyökerestől tépett ki az élet földjéből, és porba hulltad felett kesergők lelki fájdalmának harmoniját csak egy kacaj bontja meg, az élet ellen küzdő démon kacagása, a ki ellen harcoltál, a kivel daczoltál és a ki most sírhantod felé kiáltja:

Ki mer daczolni, ember lelke? széttöröm és aztán megsajnálom!

Széttörve és megsajnálva, nemes tölgy a te neved: Fodor József!

És név ez csupán vagy fogalom?

Széles e hazában fogalom, fogalma az ideális mély tudománynak és a szeplőtlen hazafiságnak.

Mindkettőnek geniusa gyászba borult.

Tudományt alkottál, milliók jóvoltáért küzdöttél, sokáig félre ismerve és sokáig el sem ismerve, osztályrészed volt a nagy alkotók sorsa: a kétkedés.

De lelked hatalmasabb volt, semhogy alkotó erőd megcsorbítható volna a gyarló emberi ész megnyilatkozása.

Diadalra juttattad hatalmas agyad fenséges eszméit és a kétkedés torzalakját elnémitottad, mert közkinest lett tudományos buvárkodásod, forrás, a melyből táplálkozott az emberiség.

És mért volt nekünk, a magyar orvosi rendnek, a Te tudományod alkotása oly mérhetlen kincs? mért tölté be lelkünket büszkeséggel az a tudat, hogy Te a miénk vagy? és mért ment át a nemzeti köztudatba diadalaid jelentősége?

Mert magyar voltál lelked minden zúgában, mert alkotásod minden betűje a szeplőtlen hazafiságnak hódolt és mert tudományod minden atomjával a magyar nemzetet szolgáltad!

Lélekedben és testben életerős magyar nemzet! Ez volt tudományos munkálkodásodnak jelszava, végczélja, melyért egy emberéleten át küzdöttél és görnyedtél a munka asztalánál.

Most pihenhetsz — széttörve és megsajnálva.

És te pedig érzekoporsó, mely egyik nemzeti kincsünket takarod, hideg falaidon át nem bocsátod ő hozzá a mi lelkünk, a mi szívünk meleg érzelmeit.

Féltékenyen őrzöd a porhüvelyt, némán magadénak valold és átölelve anyaföldünk mélyébe vonod.

Ne féltsd! Megosztjuk a kincset, a tied a porhüvely, a miénk a lelke, melyhez feltekintünk, mely buzdítónk és vezérlőnk lézen a földi élet útjain, vezérlője azoknak, a kik az ideális tudománynak hódolnak, vezérlője azoknak, a kik a magyar orvosi rend erkölcsi és anyagi jólétén fáradoznak, a mint azt Te tevéd, a ki egyúttal rámutattál a boldogulás útjaira: összetartásban a hatalom, a tudományban a méltóság, a szeplőtlen hazafiságban a dicsőség!

És most Isten véled! Örökre búcsúznak mi tőled felejthetetlen jó barát. Legyen a hant könnyű poraidnak, legyen emléked áldott!

És az a szende kis virág, melyet annyira szerettél, ne hervadjon sírhantodon, ne hervadjon a fájdalom kezével ültetett és hitvestársad, gyermekeid és barátaid könnyeivel áztatott nefelejtés!

Dalmady Zoltán IV. éves orvostanhallgató a tanuló ifjúság nevében vett búcsút a halottól a következő szavakkal:

Mélyen tisztelt gyászoló közönség! Nagy ember ravatalánál állunk, kinek elhunyt veszteség az egész emberiség, hazánkra s mindenkire, ki őt, vagy működésének áldását ismerte, de mégis keveseket sújt oly nyomasztó ridegséggel e csapás mint minket tanítványait. Mi is vesztettük mindazt, a mit más, de ezen kívül az ifjúság barátját s a mi fő, szeretett tanárunkat síratjuk benne.

Számtalan érzés csatolja lelkünket emlékéhez. El szívében a hála, mert őszinte jóindulatának végtelen sokat köszönhetünk, áthatja bensőnk a tisztelet és szeretet, hiszen tanárunk volt. Ezen érzelmek mindegyike külön-külön is örök időkre fentartja annak emlékét, kinek nevéhez fűződött, képzelhető-e tehát, hogy feledésbe merüljön e csapás, mely ennyi érzelmenek lánczát tépte szét, Nem, az nem lehet!

E koszorúk virágja is, mely elhervad, elpusztul, mutatja mily mulandó minden földi lét, de alakjuk, a kör, az „örök” symboluma, jelképezze az emlékezetnek az idők folyásával daczoló életét. Igen! az ő emléke örökké fog élni lelkünkben, mint dicsősége a multnak, mint lelkesítő ideálja a jövőnek!

Búcsúzzunk tőle! Ő indul már oda, a honnan nincs visszavérés. Kísérje őt kegyeletünk, hiszen úgy sincs módunkban más-ként törleszteni le azt, a mivel tartozunk.

Isten veled kedves halott, Isten veled!

1/2 óraker bezárták a crypta fedelét és ezzel bevégződött egy nagyértékű tudományos életnek a története.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A művégtagok.

Közli: Holzwarth Jenő dr.

(Folytatás.)

Alsó végtag prothesisek.

Mig a kart, kezét pótló készülékek legnagyobb része főleg a végtag hiányának elfedésére s egyes működések tökéletlen végzésére szolgál, addig az alsó végtag prothesistól sokkal többet követelünk, a mennyiben testünk egyik igen szükséges működését, a tovamozgást akarjuk vele lehetővé tenni. Ez az első és legfőbb követelmény, melyet alsó művégtagtól megkívánunk és pedig oly módon, hogy a támaszték elég szilárd legyen, a csont ne nyomassék, dörzsöltessék s ezek mellett elég könnyű s tartós legyen a prothesis. Az alsó végtag összes működéseinek utánzásától rendszeren eltekintünk, bár az idők folyamán szerkesztett művégtagoknál többen próbálkoztak e kérdés megoldásával is, azonban ez rendszeren a támaszkodás szilárdságának és biztonságának rovására történt.

A régebbi prothesisek legtöbbszörében a test súlya az amputatio csont végére támaszkodott s ez az esetek legtöbbszörében a csontnak kifehéledéséhez, fájdalomához vezetett, úgy annyira, hogy az amputált fájdalomaitól szabadulandó, rendszeren elvetette a művégtagot s a mankóhoz nyúlt. A csontnak a folytonos nyomás és irritatio következtében fellépett fájdalmas megbetegedései arra készítették a művégtagokkal foglalkozókat, hogy ne a csont végére, hanem a csont fölé eső nagyobb felületre, csontkiemelkedésre helyezték a test súlyát, s ha e szempontból végigtekintjük az idők folyamán oly sok változaton átment alsó végtag prothesiseket, igen sok dicséretre méltó, de viszont elvetendő törekvéssel is fogunk találkozni.

Hogy az elvesztett alsó végtag helyettesítésére már nagyon régen használtak pótló készülékeket, annak több bizonyítékát találhatjuk. Egyike a legrégebbieknek egy váza, melyet Dél-Olaszországban leltek s melynek eredetét a Kr. e. IV. században keresik. Ezen többek között egy alak látható, mely botlábbal van ellátva. Egy a Kr. e. II. századból eredő görög vázán pedig több harcos látható, kik zsákmánnyal megrakva térnek haza s ezek egyike néhány botlábbal czipel, melyeknek formája nagyjából megegyezik a mostanival.

A botláb legegyszerűbb formája az, melyet magas alszárcsonkításnál használunk s melyben a beteg egy vánkoston térdelve hordja test-súlyát s így a csont minden nyomástól, dörzsöléstől ment. E vánkost részben mozgathatatlannal, részben mozgathatóan, hogy többször cserél-tethessék (Nyrop) van a prothesisnek támasztó felületén alkalmazva. Ez egyike a legbiztosabb támasztékot nyújtó prothesiseknek, azonban a beteg járása természetesen igen feltűnő és részben fárasztó is, a meny-nyiben a végtag abdukálásával és a medence forgatásával történik a tovamozgás, továbbá a reálépéskor a test meglehetősen rázkódtatásnak van kitéve. Ez utóbbi körülmény készítette Gärtner tharandi műszerész a negyvenes években arra, hogy a bot alsó végére gummisapkát alkalmazzon, mely egyszersmind az elesés veszélyét kevénytalanon is csökkenti.

Beaufort gróf a bot végén alkalmazott convex talpú falábbal bár csak igen tökéletlenül fedte el a hiányt, mégis szélesebb és biztosabb támasztó felületet nyújtott, a faláb convexitása folytán inkább utánozta az ép lábnek járáskor való meghajlítását s így a lépést is megkönnyítette.

Hermann a lökések enyhítésére, melyeknek botlábbal való járáskor a test ki van téve, a bot végét rugók közvetítésével kötötte össze a bot többi részeivel s azonkívül a botot hosszstengelyében a térdizület magasságának megfelelően meg is törte kissé oly módon, hogy így a test súlypontja mintegy 2—3 cm-rel a prothesis lábi vége mögé esett. Ily berendezésnek állítólag az az eredménye, hogy a járás sokkal könnyebb, rugalmasabb.

Czombkiirtásnál alkalmazott Trendelenburg oly botlábbal, melyet a beteg vagy az orvos maga is könnyen elkészíthet. Készítésénél az amputált hanyatt fekszik. A csont körül oly módon hajlítunk vékony lemezpapirlapot, hogy egy a csonthoz jól hozzásimuló tölcésalakú tok keletkezzék, mely felfelé mintegy a tuber ischii-ig terjed, lefelé pedig a csont végén mintegy tenyérnyi szélességben túl ér. Néhány tour nedves pólyával rögzítjük e helyzetet. A tölcés alsó végébe most egy alkalmas hosszúságú fabotot helyezünk és 6—8 rövid szöggel megerősítjük; a szögeket nem verjük be egészen, hanem mintegy 1 cm-nyi darabjokat kimagaslanival engedjük. Ezután közvetlen a tuber ischii alatt egy ülő gyűrű (Sitzring) alkalmaztatik a csont körül; ennek elkészítéséhez egy a csont körül érő vastag gummisövet használunk s ezt vattával és vászonnal befedjük. A cső lumenjébe vastag drótot húzunk. A gummisövet közvetlenül a tuber ischii alatt a csont körül vezetjük és a trochanter major magasságában a kiálló drótvégeket összecsaparjuk annyira, hogy a gyűrű szorosan odasimuljon. Végre a bot és az ülőgyűrű között vízűveg magnesit-kötéssel a papírvázat szilárdra tesszük. Kiszáradás után szijakkal a medence körül felfüggesztjük a művégtagot. Ebben a prothesisben tehát a test súlya részben a tuber ischii, részben a czombcsont felső kerületén nyugszik.

Csipőizületi kiizelésnél a botlábak igen jó szolgálatokat tesznek. A régi készülékek e czélra úgy voltak szerkesztve, hogy a legfelsőbb részen egy sekély vályú volt, melynek mélyedésébe a tuberositas ischii

feküdt bele s ily módon ez hordozta a test súlyát. Debout egy ily készüléke a következőképen volt szerkesztve. Egy kivájt, alsó végén bottal ellátott fakúp felső részén párna volt, melyre a test súlya nehezkedett. Az oldalsó részen felemelkedő sín található, mely a medence tarajáig terjed fel s a készülék e sinnel összekötött szijakkal volt a törzshöz erősítve. Ehhez hasonlók egyszersmind Charrière-nek és Fouillay-nak némileg módosított, ugyanezen czélra szolgáló botlábai.

Mindezen készülékekkel a járáskor a medencének az egészséges czomb körül való forgatásával történt az előhaladás. Matthieu 1861-ben e hátrányon az által igyekezett segíteni, hogy a medenceövet a prothesis czombi részletével a csipőizületnek megfelelőleg izületet összekötésbe hozta. Ez izületet gummiszalag hajlította annyira, a mennyire egy-egy lépésnél szükséges, mihelyt a botláb a test súlya alól felszabadult. Leüléskor az izület egy rugó megnyomására teljesen behajlítható volt s a bot a térdizületnek megfelelőleg is meghajlott. Ezen módszert újabb Geffers még tökéletesítette.

Küster 1881-ben leirt egy botlábbal, melyet egy norderney-i lakos konstruált, mert egy műlábbal, melyet egy mechanikus készített számára, az ottani homokos talajon nem tudott használni. A faláb karvastagságú bambus-nádból volt készítve, melynek leg súlyosabb körülményei el voltak távolítva; ezen nádok alul egy löszörrel kipárnázott bőrszak volt a zökkenések enyhítésére. A csont bőrtokkal volt körülvéve és az egész készülék egy a vállon keresztülvetett szíjra függött. A tok legalsó részén át volt furva és ezen lyukon keresztül egy kötél volt áthúzva, mely a csatornában szabadon csúszott előre és hátra. E kötél két végének folytatását képezte a vállon keresztülvetett szíj. Járásnál most a végtag előrehelyezésekor a kötél hátracsúszott, míg ha a műláb hátrafelé jutott, a kötél előrecsúszott, s ily módon a vállon keresztül vezetett szíj mindig és mindenütt egyformán feszült. 1886-ban Küster maga is alkalmazta e botlábbat egy egyénnél, kinél fiatal korban térdkiizelés történt, s itt fel van említve, hogy az operált nem a csontkra támaszkodott, hanem egy a tuber ischii magasságában alkalmazott gyűrű (Sitzring) nyugodott a test súlyára.

Ezekből láthatjuk, hogy a botláb az idők folyamán nem igen változott. Epen ennek ellenkezőjét mondhatjuk azonban a következőkben leírandó művégtagokról. A középkorban fősúlyt arra fektettek, hogy a prothesis minél kombináltabb mozgásra legyen alkalmas s abba a hibába estek, hogy gyakran e czélra feláldozták a művégtag főfeladatát, t. i. hogy az a testnek támpontul, szilárd és biztos alapul szolgáljon. Az újabb idők dicséretre méltó törekvése az, hogy a csontkötésnél célszerű készüléket nyujtsunk, melynek hordása ne legyen reá nézve fárasztó tortura, hanem tényleg segítse az illetőt abban, hogy foglalkozása után járhatson és ne érezze minden mozdulatnál elvesztett végtagja hiányát.

Nemcsak a botláb, hanem az elvesztett végtag formáit utánozó művégtag eredete is visszavezethető a klasszikus korba. Elisi Hegesistratos, hogy a fogságból kiszabadulhasson, saját lábát enucleálta a Chopart-féle izületben, s később ezen elvesztett tagját egy fából készült műlábbal pótolta.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Ueber Wahnideen im Völkerleben von Dr. M. Friedmann. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. VI. és VII. füzet. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Szerző tag keretben és számos példával illusztrálva tárgyalja a téves eszméknek a népek életében viselt és jelenleg is divó nevezetes mozgató szerepét. Értekezése első részében kimutatja, hogy a képzeteknek önmagukban vége hatalmas pszichikai erejük van, melynek fogva ezek reflexionak közbenjötték nélkül is úgy meggyőző gondolatokra, mint impulzív cselekedetekre készítetnek. A dolgozat második részében a népek életében szerepet játszó ama téves eszméket tárgyalja, melyek egyszerű suggestiv alapon nyugosznak. Itt kimutatja, hogy a téveszmék a népek életében rendkívüli társadalmi és művelődési jelentőséggel bírnak; hangsúlyozza, hogy a suggestio nem csupán az által hat, hogy az ember gondolatvilágába egy hatalmas képzetet ültet, hanem utóbbinak propagáló ereje is van, mert a perversus gondolatok hatalmukat legkevésbé köszönik logikai értéküknek. E helyen szól a Dreyfus-ügyről, feltűnteti egyes kiváló személyeknek, mint pl. Mahomednek mérvadó befolyását, tárgyalja a középkori boszorkánypereket, felemlíti a Hollandiában divott tulipán-mániát, a Law-féle szereplést. Tárgyalja továbbá az anarchista-mozgalmat, a politikai örvényeket, mint a radicalismust, a nemzeti nagyzást, a nemzeti féltékenykedést. Az értekezés harmadik fejezete ama téveszméket és perversus tömegmozgalmakat tárgyalja, melyek hypnotikus és exstatikus állapotok által kísérvék; e helyen találjuk az aixi és louduni hysteriás klastrom-epidemiákat fejtegetve. A munka végén a taglalásoknak rövid összefoglalását nyújtja Friedmann, hangsúlyozván, hogy egy képzet közvetlenül győz meg és hat, minden megokolás nélkül; a csupasz tényben mint ilyenben rejlik a hatás. A téveszme beültetésében és szétterjesztésében lényegileg két tényező viszi szerepet; első sorban is a néptömegnek erős benyomásokat kell nyújtani, másodsorban a tömeg egyeseiben fokozott elfogadó képességnek, az eszme iránti fogékonyágnak kell lenni, tehát a suggestio és suggestibilitásnak egymáshoz arányosnak kell lennie.

Bár lényegileg újat a füzet nem mond, de érdeme, hogy összefoglaló és önálló formában tárgyalja vonzó leírásban a suggestio szerepét a népek életében.

M. Joseph: *Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten*. Dritte Auflage. Thieme, Leipzig, 1901.

Az újabb német bőrgyógyászati compendiumok közül *Joseph* könyve egyike a legelterjedtebbeknek és legismertebbeknek. Az egész mű tulajdonképpen két részre oszlik: a) bőrbántalmak, b) venereás betegségek. Ez utóbbi rész, t. i. a venereás betegségekről szóló jelent most meg immár harmadik kiadásban, a mi szintén azt bizonyítja, hogy a könyv a gyakorló orvosoknak, de az orvostanhallgatóknak is jó szolgálatot tett és nagy kelendőségnek örvendett. *Joseph* könyvében főleg a klinikai syndromákra és a therapiára helyezi a súlyt, de azért az újabb irodalmi adatokat röviden s könnyen átnézhető módon az egyes fejezetek kapcsán szintén felemlíti. A könyv a syphilités, venereás ulcuson és bubon kívül a blennorrhoeát és complicatioit is tárgyalja, ezzel is documentálva azt, hogy a mű főleg a gyakorlati irányt tartja szem előtt. Ezért volt indokolt, hogy az összes venereás bántalmakat tárgyaló könyvbe a gonorrhoeát és complicatioit is felvette.

Sellei dr.

Uj könyvek. *Oppenheim*: Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund). Berlin, Karger. — *Einhorn*: Die Krankheiten des Darms. Berlin, Karger. — *Gasser*: Analyse biologique des eaux potables. Paris, Masson et comp. — *Gouget*: L'insuffisance hépatique. Paris, Masson et comp. — *Javal*: De l'obésité. Paris, Masson et comp. — *Lacassagne*: Le vade-mecum du médecin-expert. Paris, Masson et comp. — *Poncet et Delore*: Traité de l'urétrite chronique péenne dans les rétrécissements incurables de l'urètre. Paris, Masson et comp. — *Tuffier*: L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. Paris, Masson et comp. — *Bovis*: Le cancer du gros intestin, rectum excepté. Paris, Alcan.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A sulfonal hatásáról irt közleményében *S. Cohn* kifejti, hogy a használatban levő hypnoticumok között legtöbbre becsüli a sulfonalt, mint a mely íz nélküli, teljesen megbízható hatású és aránylag ritkán okoz káros mellékhatásokat. Hysteriások és neurastheniások álmatlanságánál a sulfonal bizonyos időközökben használata nagyon jó eredménnyel jár. Kezdődő arteriosclerosis okozta álmatlanságnál, úgyszintén testi fájdalmak által feltételezett fájdalmak folytán fennálló insomniánál — például tabesben szenvedőknél — sokszor látunk hatást a sulfonaltól. Szerző este a levetkezőkor adja a sulfonalt, poralakban a nyelvre öntve és felpoháryi vízzel leöblítve. Rendesen $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva áll be az átlagosan 6—8 óráig tartó álm. A rákövetkező éjjel sulfonal nélkül is még erősebb és üdítőbb szokott lenni az álm. Káros mellékhatásokat szerző nem észlelt, csupán sajátságos, inkább kellemes fáradtságérzet jelentkezik. Az adag nagyságát illetőleg legezelszerűbb 2 gm.-ot adni egyszerre; csupán gyenge nőknél és agyoknál, valamint nagyon elgyengült egyéneknél kell előbb kisebb adagokkal kísérletet tenni. (Therapie de Gegenwart, 1901. 2. füzet.)

Belgyógyászat.

A neurasthenia urogenitalis kezelésének alapelvei. *Goldberg B.* ily czímen hosszabb közleményben tárgyalván ama szövődeményeket, melyek az idegrendszer részéről a húgy-ivarszervek bántalmainál fellépnek, azokat a therapia szempontjából három csoportba tartja osztályozandóknak. Az első csoportba azon kórosakat tartoznak, a hol az urogenitalis rendszer részéről jelentékeny kóros elváltozások észlelhetők: gonorrhoea, húgycsőszűkület, prostata-tútnegés stb. A második csoportba a neurasthenia azon esetei sorolandók, a hol a húgyivarszervek részéről fennálló kóros jelenségek esekélyek. Így a kánkó jelentéktelen maradványai, esekély fokú prostatitis stb. Végül a harmadik csoportba a tisztán functionalis uroneurosisok sorolandók. Ezen csoportosítás szerint a követendő therapia természetesen az alapbántalmak figyelembe vételével állapítandó meg. Így az első csoportba tartozóknál a kánkó, a szűkület, a prostata-hypertrophia veendő kezelés alá, mi mellett — tekintettel a neurastheniára — minden energikus és hosszadalmas kúra a lehetőség szerint mellőzendő. A második csoportba tartozó eseteknél szerző szerint már alig áll fenn causalis nexus a neurasthenia és az immáron jelentéktelen localis anatomiai elváltozások között és ezért nemcsak ezáltal, de káros is a localis kezelés, a mi által a neurasthenia fokozását idézzük elő. A functionalis uroneurosisoknál az általános kezelésen kívül suggestiv localis beavatkozások javáltak, ilyenek azonban aseptikusak, rövid ideig tartók és lehetőleg fájdalommentesek legyenek. Jól alkalmazhatók a meleg irrigatiók, esetleg rövid ideig tartó hideg ülő fürdők, recto-perinealis faradistatio, stb. (Therapie der Gegenwart, 1900.)

Balassa Tivadár dr.

A vesék és ureterek bántalmainak subjectiv symptomáiról értekezett *Bryson* az amerikai urologusok társaságának utolsó évi nagyülésén. Tapasztalata szerint az ily betegek rendszerint csak a vesékre localizálják a fájdalmat. Ha a kóros folyamat az ureterek középső részén székkel, akkor a n. genito-cruralis részéről szoktak kóros jelenségek mutatkozni. Ha az ureter alsó részletében van a kóros elváltozás, akkor hólyagzavarok (gyakori vizelet inger tenesmus nélkül) szoktak fellépni. Ezen jelenségek alkalmat szolgáltatnak téves diagnózisra, a mennyiben hólyagbántalmak diagnosztizálására ösztönöznek ott, a hol a felső húgyutak betegségei állanak fenn. (Monatsb. für Urologie, 1901.)

Balassa Tivadár dr.

Fülggyógyászat.

Középfültuberculosisról polypusképződéssel ir *J. Baer* két eset kapcsán. E polypusokat grócsóvileg vizsgálva, azt találta, hogy ezek

főleg granulatiós szövetből állottak, a melyekben több-kevesebb jellegzetes sejtesoport volt található, melyek lényegileg körülírt lymphomáknak feleltek meg, és melyekben tipikus Langhaus-féle óriás sejtet volt képes kimutatni. Ezek alapján *Baer* eme tumorokat a tuberculomokhoz sorozza. Hogy fülpolypusok idővel tuberculotikusokká válhatnak, azt szerző tapasztalatai alapján valószínűnek tartja. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 37. kötet, 60. lap.)

Iffy Klug Nándor dr.

Az otosclerosis sebészi kezelését tárgyalta az idei orvosi congressuson *Ricardo Botey* és eredményeit a következőkben foglalta össze: 1. Száraz otitisek sebészi kezeléséhez szükséges feltétel, hogy ép csontvezetés legyen, hogy Rinne a beteg oldalon negativ legyen, és hogy a dobhártya perforatioja, bármily kis fokban is, de hallásjavulással járjon. 2. Ha a külső hallójárat szűk, a dobhártya állandó perforatioja végezhető. 3. Száraz otitiseknél a kengyel mobilisatioja teljesen ezáltalán beavatkozás, mert az elért javulás mindig csak átmeneti. 4. A kalapács és üllő extractioja végezhető a hallójáraton át. Az így nyert eredmények esekélyek vagy jelentéktelenek. 5. A kengyel mobilisatioja *Stacke*-féle operatio nélkül is kivihető, elegendő a hallójáraton át a felső falából a hallójáratnak kis részt eltávolítani. Az így nyert eredmények azonban többnyire gyengék és ritkán állandók. 6. A kengyel extractioja rossz műtét eljárás. 7. Az otitis sicca sebészi kezelése helytelen, mivel *Botey* véleménye szerint ily esetekben trophoneurotikus folyamattal állunk szemben. 8. Az általa végzett állatkísérletek nem alkalmazhatók egészen az emberekre, mert azoknál a tömkeleg mindig ép, míg az embereknél majdnem legtöbbször többé-kevésbé meg van támadva. 9. Állatkísérletek már 1890-ben mutatták, hogy sebészi kezelés otosclerosisnál ezáltalán. 10. Majdnem bizonyos lévén, hogy az otosclerosis trophoneurosis, kötőszöveti és csontos állomány képződésével, főleg a labyrinthokban, az ovalis ablakban, a csigában és így tovább, az otitis sicca kezelése teljesen hasztalan vagy legalább is kétséges majdnem minden esetben. (Bulletin général de thérapeutique, CXXX. kötet, 1900. november 15.)

Iffy Klug Nándor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Égett sebek gyógyítása pikrinsavval. Friss égéseknél állítólag nagyon jó eredménnyel használható a pikrinsav; 1—5 pro mille oldatba mártott gaze-compressoket lazán ráhelyezünk a kóros helyekre. A fájdalom gyorsan csökken, úgy hogy nemsokára bőrvaselin vagy xeroform használatára térhetni át. A pikrinsav okozta sárga szín a fehérneműn és a kezeken bórsavoldattal könnyen eltávolítható. (Jeshenedelnik, 1900. 51. szám.)

Tussis convulsiva néhány esetében jó eredményt látott *Fischl* prágai magántanár az antitussin használatától. Minthogy a szer szerinte ártalmatlan, használata pedig egyszerű (bedörzsölés) és a szaga is jó, használatát nevezett betegségnél megkísérlelték mondja. (Verein deutscher Aertzte in Prag, 1901. február 25-diki ülés.)

Musol elnevezéssel egy német czég (Generaldepot S. Rahmer in Cassel) egy állítólag új és biztos szert hozott forgalomba diabetes ellen. A „musol“ megvizsgálása azonban kiderítette, hogy az nem más, mint salol; a különbség csak az, hogy kétszerte drágább. (Deutsche medicinsche Wochenschrift, 1901. 9. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 11. szám. *Szegő Kálmán*: Adatok a gyermekkori mirigy-megbetegedésekhez. *Herszky Manó*: Érdekesebb orvostudományi munkálatok az 1900. évben. *Felletár Emil*: Tej által okozott mérgezés.

Orvosok lapja, 1901. 11. szám. *Pándy Kálmán*: A fektetésről (Bettbehandlung, système de l'alitement) s az agyműködések gyógyításának egyéb módjairól. *Deutsch László*: Az emberi vörös vérszövetek felismerésének új módja. 12. szám. *Singer Hugó*: A hasfalak egyik érdekesebb bántalmáról nőknél. *Pándy* cikkekének folytatása.

Wiener medizinische Presse, 1901. 11. szám. *Müller*: Conjunctivitis serophulosa. *Jolles*: Acut önmérgezés harisnyák útján.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 11. szám. *Beer*: Primitiv látószervek. *Alt*: A vena jugularis alakötése otitikus sinus-thrombosisnál. *Zulehner*: Szívvarrat.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 11. szám. *Schnitzler*: A bélüteg-elzáródás symptomatológiája. *Ilaskorec*: Kényszerképzetek. *Mitscha*: Alealojdmérgezés? *Benedikt*: Radiotherapeutikus tapasztalatok. *Stekel*: A köszvény kór- és gyógytana.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 11. szám. *Burghart*: Az Ehrlich-féle diazoreactio befolyásolása az Ehrlich-féle reagenssel szemben erős affinitással bíró anyagok által. *Widenmann*: Rekeszsérv. *Dorendorf*: A laryngeus superior hűdése. *Menzel*: Bacteriologiai lelet cerebrospinalmeningitisnél. *Glatzel*: Influenzalaryngitis érdekes esete. *Braun*: Adat a prostata hypertrophia kezeléséhez. *Wegner*: Kiterjedt elesontosodás az alszár fasciájában. *Nicolai*: Tenonitis serosa. *Stenger*: Otitikus agyályog. *Krummacher*: A metreurysis technikája és javaslata. *Hoffmann*: Meningitis basilaris syphilitica praecox. *Rubner*: Pettenkofer.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 11. szám. *Mertens*: Biologiai bizonyítéka a fehérje származásának nephritises vizeletben a vérből. *Gottstein* és *Michaelis*: A gümöbaccilusok megölése ételzsíradékokban. *Rothmann*: A ganglionsejtek lipochromja. *Heller*: Erythema

exsudativum multiforme a húgycső vegyi izgatása után. *Franck*: A mastitis adolescentium genesisise. *Steffeck*: A kóros méhfixatio kezelése.

Centralblatt für innere Medicin, 1901. 10. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz. 11. szám. *Heitler*: A pulsus reflectorius befolyásolása.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 9. szám. *Schwarz*: A medullaris narcosis. *Müller*: A körömperecz pseudarthrosis. 10. szám. *Bade*: Nagyfokú skoliosis kezelése. *Hammesfahr*: Új varrásmód a rectusok biztos egyesítésére median hashegsérveknél.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 11. szám. *Strassmann*: A kędzesinfectio, különös tekintettel a lysoformra.

Progrès médical, 1901. 11. szám. *Péchin*: A látóélesség törvényeségi orvosi szempontból.

La semaine médicale, 1901. 11. szám. *Debove*: Az obesitas pathogeniája és kezelése.

La presse médicale, 1901. 16. szám. *Roger*: Variola Párisban: Miért nem szünt meg a járvány? *Merklen* és *Rabé*: Rheumás eredetű parenchymatosus myocarditis. *Bonnier*: A tympanikus ankylosis kezelése. 17. szám. *Brun*: Pneumococcus okozta diffúz septikus peritonitis gyermeknél. *Hallion* és *Carrion*: Kefir-therapia. 18. szám. *Malvoz*: Dispensariumok gümőkórosoknak Liège-ben. *Dominici*: Myeloid reactio.

Le bulletin médical, 1901. 15. szám. *Rognier*: A radioscopia és a radiographia a mindennapi gyakorlatban. 16. szám. *Granjux*: A kaszárnyák szerepe a typhus genesisében. 17. szám. *Mathieu* és *Follet*: Aërophagia. *Malherbe*: A korai adhaesiv tympanitis természete és kezelése.

Edinburgh medical journal, 1901. március. *J. Halliday Croom*: Pelvi-abdominalis műtöket követő psychosok. *J. Bell Pettigrew*: Kristályok, dentritek és spirális structurák képződése a növéssel és mozgással kapcsolatban. *R. Hingston Fox*: A heveny betegség prognosisa. *J. Mackie Whyte*: Ujabb vizsgálatok az alkoholról gyógyászati szempontból. *Horace C. Colman*: Anaemia pernicioza.

British medical journal, 1901. március 16. *G. Adami*: A rákos és másféle daganatok oka. *C. O. Hawthorne*: Láz májbajoknál, májráknál és epekövénél. *Carstairs Douglas*: Digestiv leucocytosis gyomorráknál. *Gerald R. Leighton*: A méhrák palliativ kezelése. *W. B. Leishman*: Romanowsky-féle festés malariánál. *J. F. Sykes*: A lakás befolyása az egészségre. *Th. H. Amyot*: Idiosyncrasia gelsemiummal szemben. *W. Roger Williams*: Congenitalis menstruatio, ovulatio, lactatio és pubertas. *F. S. Stanwell*: Terpentinnégyezés. *J. Hepworth*: Malignus endocarditis gyógyult esete. *J. B. Gillam*: Ismételve pungált ovarialis cysta. *R. Bleasdale*: Diffus scleroderma esete.

The Lancet, 1901. I. 11. szám. *Christopher Addison*: A hasi zsigerek tájbonoztana férfinnál. *Burney Yeo*: A peritonitis tuberculosa kezelése. *H. H. Tooth*: A délafrikai csapatokban uralkodott typhus-epidemiák körül szerzett tapasztalatok. *Archibald E. Garrod*: Az idült csúsz viszonya a heveny infectiv rheumatismushoz. *W. H. Willcox*: Arsen kimutatása és a selenium befolyása az arsen kémlelésekre. *J. Snowman*: Septikus megbetegedés esete. *B. Addenbrooke*: Parotitis laparotomia után. *Edwyn M. Ridge*: A kisujj első phalanxának dorsalis dislocatioja. *Ralph S. Pullen*: A diphtheria serumkezelése a betegség negyedik napján. *W. G. Spencer*: Általános savós hashártyalobbal szövődött ismétlődő appendicitis. *T. V. Jackson*: Lateralis lithotomia.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. március 22.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 10. hetében (1901. március 3-dikától március 9-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 439 gyermek, elhalt 340 egyén, a születések tehát 99-el multák felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 23.9, az egy éven felüli lakosságnál: 18.4, az öt éven felüli lakosságnál: 16.4. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbilli 2, scarlatina 5, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 19, apoplexia 3, eclampsia 5, szervi szívbaj 26, pneumonia 37, pleuritis 2, pneum. catarrh. 11, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 57, enteritis 19, carcinoma 13, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 10, veleszületett gyengeség 27, paedatrophia 0, marasmus senilis 16, erőszakos haláleset 7, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 1, baleset 4, kétséges 1 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hét végén volt 2976 beteg, szaporodás e héten 884, csökkenés 872, maradt e hét végén 2988 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi március 5-étől március 11-éig terjedő 9. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 28 (44), diphtheria, croup 20 (14), hagymáz (typhus) 4 (2), kanyaró (morbilli) 96 (127), trachoma 5 (6), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 33 (31), orbáncz (erysipelas) 11 (14), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 11 (20).

⊕ **Az országos közegészségi tanács** — mint azt csatári *Csatáry Lajos* dr. m. tanácsos és a tanács jegyzőjének jelentéséből olvassuk — a lefolyt 1900. évben 26 teljes és 34 bizottsági ülést tartott, melyekben a belügyminister úr felhívása folytán 97 szakvélemény lett megállapítva s egyszersmind a tanács tagjai által tett indítványok tárgyalatván, az illető felterjesztések megállapították s a fent tisztelt minister úrnak rendelkezésére bocsátották.

A lefolyt évben bevégezte a tanácsnak e czélból kiküldött bizottsága az emberi élelmiszerek (tápszerek, élvezeti szerek és italok) és használati cikkek közforgalmát szabályozó törvényjavaslat tervezetének legnagyobb részét, úgyszintén a közegészségügyi szolgálat államosítására vonatkozó javaslatokat; megállapította az év folyamán szükségesekké vált gyógyszerársváltoztatásokat s közreműködött azon intézkedések megszabására, melyek az Európába s nevezetesen Angolhon Glasgow városába behurczolt pestisnek Magyarhon területére behozatalát eredményesen meggátolni vannak hivatva.

Ezenek kívül kimerítő jelentéseket és javaslatokat tett a tanács a munkások egészségének megóvására jelentékeny befolyással bíró ipar-felügyelői intézmények helyesebb megszabására, úgy mint a tanulók egészségügyi érdekében annyira szükséges iskolaorvosi intézmény megfelelőbb kibővítésére.

⊗ **A budapesti orvosi club** f. hó 19-dikén megalakult. Eddigélé 228 tag jelentkezett. Megállapították az alapszabályokat. A további teendő végzésére végrehajtó bizottságot küldöttek ki, melynek elnökül *Ketty Károly* tanárt, tagjainul pedig *Bárony János*, *Dieballa Géza*, *Elischer Gyula*, *Hainiss Géza*, *Ketty László*, *Kovács Sándor*, *Kuzmik Pál*, *Lichtenberg Kornél*, *Major Ferencz* és *Réczey Imre* doktorokat választották.

⊕ **A budapesti orvosok szövetsége** és a magyar tisztviselők betegsegélyező egylete között a békés megoldás nem jött létre. A tisztviselők egylete nem fogadja el a felajánlott 1600 frtos censust, 1800 frtban kívánja azt megállapítani. A szövetségi megbízottak megszaktították a további alkudozásokat. Most a végrehajtó bizottság nyilatkozatot tett be az egyes orvosoktól, hogy nevezett betegsegélyegyletnél állást elvállalni tartózkodjanak.

⊕ **A VII. szünidei orvosi cursus**, eltérve az eddigi szokástól, nem öszszel, hanem június 10—22-dikén fog megtartani. A végrehajtó bizottság ezen változtatással egyrészt hozzáférhetővé óhajtja tenni a cursust azon kartársaknak, a kik öszkor nem vehetnek szabadságot; másrészt ki akarja aknázni azon a cursus czéljaira megbecsülhetetlen előnyt, hogy június hónapban a klinikák beteganyaga együtt van, és tanításra felhasználható. A cursus programja a közel jövőben fog az összes hazai orvosoknak megküldetni.

○ **Névváltoztatás.** *Schwarz Hugó* dr. nevét *Szász Hugó*-ra változtatta.

⊕ **Megjelent.** *Rusznay Lajos* gyógyszerész összeállításában: *Az országos betegápolási alap terhére rendelhető gyógyszerek jegyzéke*. Zalaegerszeg 1901. Kapható szerzőnél. — *Nagy Képes Világtörténet* 99- és 100-dik füzet. Amaz kezdi a keresztes hadjáratot, emez a hűbériség történetét. Ára f. 60 fillér.

† **Elhunytak:** *Grósz Albert* dr. f. hó 19-dikén Nagyváradon 82 éves korában. Egyetemi tanulmányait Bécsben végezte. 1845-ben orvos és sebészdoktori, szemész és szülésmesteri oklevelet nyert. Orvosi működését Nagyváradon Grósz Frigyes kórházában kezdte meg. 1848—49-ben az aldunai tábor törzsvorosa, majd a nagyváradon honvédkórházak igazgató főorvosa volt. 1861-től kir. törvénytörvényes orvosi tanácsos. Az országos közegészségi tanács rk. tagjává választotta. 1858 óta a nagyváradon szemkórház igazgató tulajdonosa. 1867-ben a Ferencz József-rendet kapta. Jubilaris doktor lett 1895-ben. Több szemészeti közleményt adott ki. A megboldogultban Grósz Emil tanár elnökségét gyászolja. — *Kovács Lipót* dr. tb. járásorvos f. hó 16-dikén 38 éves korában Zentán.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmeden ezében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **loccális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitért szállodák. Vendéglő saját üzemb. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. márczius 18-dikán.) 204. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes ülés 1901. márczius 9-dikén.) 204. lap. — (IX. rendes ülés 1901. márczius 16-dikán.) 204. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (I. rendes ülés 1901. január 24-dikén.) 207. lap. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 209. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. márczius 18-dikán.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. Högyes Endre r. t. bemutatja Rigler Gusztáv következő című értekezését: „A teljes vér és a vérsavó lúgosságának ingadozása ép és fertőzött állatoknál, valamint beteg embereknél”. (Lapunk más helyén közölni fogjuk.)

2. Klug Nándor r. t. előterjeszti Tangl Ferencz értekezését „Vizsgálatok a P, Ca és Mg forgalmáról növényevő állatokban”.

A kísérletek lovakon végeztek, mely állaton eddigelé csak egy ízben és akkor is tökéletlenül vizsgálták meg a szerves anyagok forgalmát. A kísérleti takarmány igen *mész-szegény és P-dús volt*, az egyik kísérleti sorozatban a takarmány a test állományának fentartására elégtelen volt, a másikban pedig annyi, hogy a testsúly jelentékenyen gyarapodott.

A kísérletek kiderítették, hogy a takarmánnyal felvett P majdnem teljesen kiürül a bélsárral, úgy hogy csak kevés szívódik fel. A takarmány Ca-ból több mint $\frac{2}{3}$, a Mg-ból pedig majdnem $\frac{3}{4}$ rész szintén visszamaradt a bélsárban. *A vizelettel rendszeren kevés P ürül ki*, de ha szénán kívül zabot is kap a ló, a vizelet naponként igen jelentékeny P-mennyiséget (0.465 gr. P = 2.13 gr. P₂O₅ és 0.792 gr. P = 3.63 gr. P₂O₅) tartalmazott.

A N-forgalom és P-forgalom között bizonyos párhuzamosságot állapított meg: az elégtelen táplálék mellett N- és P-vesztés, bő táplálék mellett pedig N- és P-visszatartás lett kimutatva. Kifejlődött lónak arra, hogy testének P-állományát változatlanul megtartsa, elegendő, ha a takarmánnyal 1 kilogramm testsúlyra számítva naponként körülbelül 0.030 gr. P-t vesz be. A Ca- és Mg-szükséglet ugyancsak 1 kilogramm testsúlyra számítva 0.063 gr. Ca és 0.026 gr. Mg alatt fekszik. Az ivóvíz mennyiségének nincs befolyása a Ca- és Mg-forgalomra.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1901. márczius hó 9-dikén.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

(Vége.)

A Bezold-féle folytatólagos hangsor.

Sugár K. Márton: Bezold müncheni tanár „folyatólagos hangsora” („continuïrliche Tonreihe”) az emberi hallás egész terjedelmének exact vizsgálatát teszi lehetségessé. Bezold a rendszeres hallási gyakorlatok megejtése céljából, melyek a süketnemaság és a szerzett sükettség gyógykezelésére használnak, a hangvillák egész sorát alkalmazza, melyek azonban természetesen nem lehetnek elegendők a magasabb hangok létrehozására.

A normalis emberi fül perceptiobeli képessége 11 octávára terjed. A legmélyebb hang, melyet Bezold használ, a subcontra c 16 kettős rezgéssel. A mélyebb hangok számára egészen az a"-ig megfelelőleg megterhelt hangvillákat, a magas hangok számára fedett orgonasípot, a legmagasabb hangok számára az újonnan javított Galton-sípot használja.

Nem tagadható, hogy ezáltal a vizsgálati eszközök egyformasága némileg csorbát szenvedett, de a sípok hangjai is mentesek a felhangoktól, ha különféle intenzitásban is.

A folytatólagos hangsor az 1024 kettős rezgéssel bíró háromvonásos c-ig tíz hangvillából áll, melyek mozgatható súlymértékkel vannak ellátva és melyek minden hangot, mely 16 és 1024 rezgés között fekszik, képesek előidézni. A hangskála felső fele fedett orgonasíp által képezetik, mely két oktáványi és azonfelül terjedő hangterületet tartalmaz. A vizsgálatot a szemnek és érzetnek abszolút biztos kizárása mellett fogatosítjuk és megkiváncsítjuk, hogy a megvizsgált a hangzó hangvillának gyors közeledtével füléhez azonnal ujjának felemelése által jelezze, hogy hallotta a hangot.

Szakorvosi irodalmunk eddigi adatai alapján tudjuk, hogy a hallóidegnek bántalmainál leginkább a középső és mély hangok perceptioja szenved, míg a magas hangok számára való hallás még relative-jónak mondható, míg tömkeleg megbetegedéseknél éppen a magas hangok perceptioja csökkent.

A folytatólagos hangsorral való vizsgálat feltétlenül szükséges a hallószerv peripher és centralis bántalmainak megismerésénél, illetve localisatiojánál, mint ezt különösen Mendel elmeorvostanár kiemeli.

Bezold és utána több más buvár azt constatálhatták, hogy a süketnemaság egy részének több oktávája hiányzott és pedig az oktáva-

sor alsó határán, egy másik résznek a felső határon, csak egy esetben talált hiányokat az octávasor mindkét végén, továbbá több esetben hézagokat tapasztalt a hallás sorrendjében és némelyiknél csak rövid hallási területeket észlelt, melyeket szigeteknek nevezett, végre egy hatodik csoportot is talált, mely rendes hanghallást mutatott.

A hanghallásnak a magánhangzók és mássalhangzók számára talált hallással való összehasonlítása ama érdekes tényt derítette ki, hogy csak ama gyermekek hallottak magánhangzókat, kik legalább a b'-től g"-ig terjedő hangterületet hallhatták.

Ezen tény nagy tudományos érdekléssel bír, a mennyiben ezen hangok azon hangterületek körébe esnek, melyeket Helmholtz a resonatorokkal a magánhangzók számára meghatározott.

Csakis olyan süketnemas gyermekeket, illetve a későbbi korban megsüketült egyént, lehet a rendszeres hallási gyakorlatoknak alávetni, kik legalább a magánhangzók számára való hangterjedelmet b'-től g"-ig elegendő hallási tartóssággal bírják. Bezold ismételtelen kiemeli, hogy a különféle hallási maradványok létezésének kimutatása által physiologikus belátásunk a hallás funkciójába, valamint a hangbenyomások taglalása a csigában Helmholtz theoriája értelmében új alapot nyert.

Bezold folytatólagos hangsora tehát nemcsak a centralis fülbántalmak megkülönböztetésére szolgál a peripher fülbántalmaktól, hanem a növendékek kikeresésére is, kik alkalmasak a fülön át történő beszéd általi oktatásra, mert pontosan meghatározhatjuk, melyik magánhangzót és mássalhangzót képes a süket magától vagy tanulás által hallani. A fülorvos ezen vizsgálatai által a süketnemas tanító egyrészt biztosan tudni fogja, hogy mily sikereket várhat a hallás általi oktatástól, másrészt ama hangokat tanulja megismerni, melyek a fülnek hiányoznak, s melyek az articulatio és leolvasási oktatás által betanítandók.

Sokszor csak igen csekély beszédhangok kiesése teszi a növendéket képtelenné arra, hogy a beszédet önmagától megtanulja és hogy a népiskolában a rendes oktatásban részt vegyen. Ily esetben a beszédre való rendszeres oktatás sikert mutathat fel, a nélkül, hogy a hallási képességnek javulnia kellene. A süketnemas terjedelmes hallási területei felnőtt és később megsüketült egyéneknek, kiknek már a beszéd hangképeről és értelméről sejtésük van, teljesen kielégítőek volnának a társadalmi beszéd megértésére.

A növendékek nagyobb hallási maradványokkal bíró tekintélyes száma, mely a csupán beszéd általi vizsgálat alkalmával figyelmen kívül maradt volna, a mellett szól, hogy a megvizsgálás rendszeres ismétlése a folytatólagos hangsorral, főképpen ezen vizsgálatok megejtésére iskolázott fülorvos által, oly követelménynek tekintendő, melyet jövőben általánosan keresztül kell vinni, nehogy a még meglévő hallási maradványok nagy része az oktatás számára parlagon heverjen és a beszéd megértésére veszendőben menjen.

Látjuk tehát, hogy a Bezold-féle folytatólagos hangsorozat felhaladása határozott haladást jelent, mely a fülorvost, a süketnemas-intézeti tanítót és az ideggyógyászt egyaránt érdekli.

Tomka Samu: A süketnemasnál a hangvillával való vizsgálat nehéz, csaknem lehetetlen. Tudjuk, hogy nagyot halló embert, ha kérdjük, hogy hallja-e a hangvillát, azt mondja, a mikor nem hallja is, hogy hallja. Tisztán a beteg kimondására vagyunk utalva. Csakis akkor volna megbízható a vizsgálat, ha a beteg utánozni tudná a hangokat, de nem tudja, mert nem hallja. Később, mikor már oktatásban részesült és javult a hallása, inkább érvényesülhet ezen hangvillák értéke. A mi azt illeti, hogy ezen eljárás kimutatja, hogy a süketnemas 58%-a hallásképes lett, nem áll, csak annyit bizonyít, hogy a süketnemas 58%-ánál van képesség a hang felfogására, de ez még nem azt jelenti, hogy a beszédet is fel tudja fogni és a beszédet hallani és beszélni is fog tudni. Egyes hangokat felfog és distinguál, de a hangot halló képessége nem javul. Tehát a hangfelfogási képessége és a hallási képessége a süketnemasnak nem fokozódik.

Sugár K. Márton nem a rendszeres hallási kísérletekről akart szólni, hanem csak a Bezold-féle hangsorozatot bemutatni. Nem áll, hogy a süketnemasnál a vizsgálat nehéz, mert azt akarjuk kideríteni, hogy mit nem hall a süketnemas, hogy azt azután artikulált olvasás által a tanító pótolja. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy a süketnemasnál a mássalhangzók hallását nem lehet elérni, csak a magánhangzókat. A Bezold-féle eljárást a porosz kormány kötelezővé tette és az osztrák kormány is fizetéses fülorvost alkalmazott a süketnemas-intézetekben.

(IX. rendes ülés 1901. márczius 16-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. Jelenti, hogy Koltay Árpád és Kisch tanár Marienbadból mint vendégek vannak jelen. Jelenti, hogy Temesváry Rezső „A születés haladása a XIX. században” című dolgozatát és „A nemzetközi gyermekvédő congressus naplóját” ajándékozta az egyesület könyvtárának. Köszönettel vétetik.

Az állkapocs-izület resectióval gyógyított valódi ankylosisa.

Alapy Henrik: A 6 éves leánya az anya állítása szerint száját sohasem tudta kinyitni. Tényleg a fogsorokat egymástól távolítani sehogy sem lehetett, a gyermek csak folyékony étellel tudott táplálkozni, vagy igen elaprított szilárdabb eledellel, melyet egy hiányzó fog helyén tölt be a szájba. Az állkapocs fejlődésében annyira visszamaradt, hogy ennek folytán az arcz a jellemző „madárarcz” képét mutatja.

A számos műtéti eljárás közül bemutató azért választotta a König-féle, mert ez teremti az élettani viszonyokhoz legközelebb álló helyzetet és mert számos tapasztalásból kitént, hogy a recidiva elkerülésére nem az fontos, vajjon az ízület helyén átvéselt csont végei közé lágyrészelebezt helyezünk-e vagy sem, hanem az, hogy elég nagy darabot vésünk ki a csontból.

Epen ebben rejlik azonban a nehézség, miután mélyben kell vésni és a műtéti tér korlátolt. Ez okból bemutató a Kraske-féle módosítást alkalmazta, mely a König-féle metszést a fülkagyló leválasztásával kombinálja, miáltal az ízület helyéhez könnyebben lehetett hozzáférni. A műtét a kórismét igazolta, a mennyiben ízület nem volt található, helyén az állkapocs mint 2 cm. széles, vastag csont ment át határ nélkül a koponyába. E hid átvéselt, a fejnek megfelelő csontot bemutató teljesen kivésve, míg az állkapocot $1\frac{1}{2}$ cm. széles ür választotta el a koponyától. A kivésés után a fogsorokat azonnal 3 cm-re lehetett egymástól távolítani.

Daczára annak, hogy két hó óta szájerpesztési kísérletek nem történnek, a gyermek ma is könnyedén nyitja száját épanyira, mint két hó előtt, a mi, tekintettel arra a körülményre, hogy a recidivák az utókezelés első heteiben szoktak mutatkozni, arra a reményre jogosít, hogy a zárlatot sikerült a műtéttel meggyógyítani.

Gyermekek vállizületi száraz szúvasodásának (caries sicca) két esete.

Alapy Henrik: A szerzők állítása szerint ez a bántalom, a genyedés nélkül, csekély, duzzanatot nem okozó sarjak képződésével, sorvadás és ankylosis képe alatt lefolyó gümőkóros synovitis gyermekeknél nem fordul elő. Ennek daczára bemutató már harmadizben konstálja 6—7 éves gyermekeknél. A bemutott fiúcska jobb karja a vállal együtt kissé sorvadt. A nyomásra érzékeny vállizületben csak kevés mozgathatóság van jelen. A Röntgen-kép elmosódott ízület-kontúrokat mutat. Az előzményben egy év előtt elszenvedett kisebb trauma szerepel.

Miután bemutató teljesen azonos kórkép mellett már két más vállizületben (egyszer arthrektomia közben, egy ízben próbametszés segélyével) kétségbevonhatlanul megállapíthatta a caries sicca jelenlétét, ezt ez esetben is kórismézi. A helyes kórisme megállapítása bár nehéz, de igen fontos, mert ha a bántalom fel nem ismertetnék, akkor igen közel áll az a veszély, hogy massage és mozgatási gyakorlatokból álló kezelés indíthatatlannak meg ellene, mely itt csakis kárt okozhatna. Bemutató gép segélyével való immobilizálást alkalmaz, mely mellett nemcsak gyógyulást, hanem mozgatható izülettel való gyógyulást is remél elérhetni.

Dollinger Gyula semmi különbséget sem lát a vállizület caries sicca-ja és a test többi izületeinek gümös megbetegedése között. Az egyedüli látszólagos különbség csak abban rejlik, hogy ez egy olyan izületi tuberculosis, amely geny és nagyobb sarjadzások tömegek képzése nélkül foly le. Hogy a vállizület gümös lobja gyakran foly le ilyen módon, annak okát Dollinger abban látja, hogy a vállizület nincsen megterhelve és hogy azt a beteg öntudatlanul is kitűnően rögzíti a széles mell- és a széles hátizom segélyével. Ezen jó rögzítés az, a mi a test többi izületeinél szorgosan keresztülvive, azokban is képes a genyedést és a nagy sarjadzást megátolni. A mióta a gümös izületeket Balassa ajánlata szerint rögzítéssel kezeli, azóta a csipő, a térd, a könyök stb. izületekben is igen gyakran kap gümös izületi lob esetében olyan lefolyást, amely a caries sicca régi fogalmának teljesen megfelelő. Jó rögzítés mellett a gümös izületi gyulladás legtöbb esetében elmarad a genyedés és a duzzanat is csak minimális. Ha az izületi vég gümös fertőzése nem nagyfokú, akkor a szigorúan keresztülvitt rögzítés alatt az izület teljesen gyógyulhat. Az ilyen izületet nem szabad mozgatni, mert akkor a gümös folyamat benne kiújul, míg teljes rögzítés alatt az izület, ha az eset kedvező, a rögzítő tok alatt önként hajlékony lesz. Ezt a tételt Dollinger már évek előtt felállította itt az egyesületben és azóta azt számtalan esetben beigazolvatta.

Haberern S. Pál megjegyzi, hogy Volkmann szerint a caries sicca nemcsak felnőtteknél, hanem gyermekeknél is található.

Alapy Henrik elfogadja Dollinger tanár magyarázatát arra nézve, miért fordul elő a caries sicca leggyakrabban a vállizületben, de a figyelmet arra szeretné felhívni, hogy ez az egyetlenség izület, melyen tumor nincs, hanem a hol hosszas fennállása daczára sorvadás. Haberernnek felszólalására megjegyzi, hogy Volkmann szerint leggyakoribb felnőtt fiatal egyéneknek, öregnek ritkán, gyermekeknél egyáltalában nem észlelhető.

Mesenterialis fibrosarcoma kiirtása nagy bélresectióval.

Kubinyi Pál: 26 éves, III. P. Utolsó terhességének már második hónapjában meglátszott rajta, hogy más állapotban van s a negyedik hónapban már a gyomorgödör is ki volt töltve, úgy hogy ez időtől erős gyomorfájás, néha hányás kirozta. Az ötödik hótól kezdve lábai is megpöfödtek, szülés után hasa nagy maradt.

1901. január 31-dikén vétetett fel a II. sz. női klinikára.

Jelen állapot: Tágult, a köldök táján kicsúcsosodó has, a vékony hasfal bőrén dús vivőeres hálózat. Hasban 2—3 emberfejnyi tömött, a köldök tájon porezkemény, helyenként pseudofluctuatiót adó, rugalmas, sima felületű, egyes helyeken karélyozott, a medenczetányérok szélén elterülő daganat, amely a medenczéről emelhető. A légzési mozgásokat nem követi. Felette tompa kopogtatási hang, mely nem választható el tökéletesen a májtompulattól s a tompulat betérjed a jobb lumbaltájra is. Hüvelyen át nehezen érhető el, mert a nagy medenczében van. A méh balra nyomva foglal helyet a daganat alatt; annak emeléskor követni látszik azt, antelexioba hozva jobb oldalt a daganat emeléskor feszülő kocsányt tapintunk.

A diagnosis kocsányos subserosus nagy myoma vagy ovarialis daganat között ingadozott. A genitális eredet mellett csak a kocsány, amely műtétkor egy erős alszalagnak bizonyult és a méh együttmozgása szölet, különben elejtettük volna, a mint hogy kérdésesnek is volt jelezve.

Nehezítette a diagnosis az, hogy összefolyt a májtompulattal, továbbá az, hogy a daganat felett mellül tompa volt a kopogtatási hang, a mi ellene szölet a retroperitonealis eredetnek s inkább egy alulról, a medenczéből felnövekedett daganat mellett szölet, a mit még complicált a lumbaltájra féloldalt betérjedés is.

E miatt belgyógyászati szakvizsgálat is történt.

Műtét 1901. február 9-dikén, végezte Tauffer tanár. Hasmetszés a középvonalon, a köldöktájon, de itt a hasfalhoz nőtt daganatra akadunk, e miatt a gyomorgödörben ejtünk metszést, a melylyel a hasürbe jutva, találjuk, hogy a daganat összenőtt a hasfallal. Szétválasztjuk; rendkívüli vérzés patakban ömlik a tág vivőerekéből. Összekötte a két hassebet, gyorsan iparkodunk kiemelni a három emberfejnyi tömött daganatot, leválasztva a bél és cseplesz összenövéseit. A beteg az elvérzés veszélyében forog. Kiemelve a daganatot, kitűnik, hogy nem genitális, hanem retroperitonealis, mely a mesenteriumból indult ki s jókora ránőtt vékonybélkacs koszorú alakban övezi. Leválasztani nem lehet s mikor a daganat alapján átvágjuk az azt letartó szövetrészt, látjuk, hogy a rajta futó béldarabnak nincs tápláló forrása s így meg nem tartható, kénytelenek vagyunk resecálni.

Jodoformgaze-pamattal leköttve a két véget, a közbeesőt kimetszszük, 178 cm. hosszú darab esett ki, melynek alsó része két ujnyira van a vakbélből. Néhány nagyobb mesenterialis arteria leköttése után tovaftó selyemvarrattal egyesítjük a mesenteriumot, majd a belet; a bélfalat esomós, felette a peritoneumot tovaftó selyemvarrattal. Közben a beteg collabál, pulsus alig érezhető. Aether-camphor, szívmassage, hypodermoclysis. Toilettnél a hasürben sok vér, különösen a hasfali összenövés helye vérezett. A vézésesillapítás csak nyomás útján várható, gyorsan zárjuk a hasürt, tovaftó catguttel a peritoneumot és fasciát, tovaftó selyemmel a bőrt varrjuk össze. Erős nyomókötés a hasra. A beteg alig érezhető pulussal kerüli ágyba. Műtét tartama 75 perc.

Újabb hypodermoclysis és a szív támogatásával a beteg annyira összeszedte magát, hogy másnap már 96-ra szállott a pulsus, bár kihagyó volt. A beteget az első öt napon olajnak bőr alá fecskendezésével tápláltuk, minthogy a gyomor semmit se bírt, e mellett laudanisáltuk. A hőmenet néhány delutáni subfebrilis hőmérséktől (37.8 maximum) eltekintve rendes, a pulsus rendeződik, 84—90. A hatodik naptól kezdve táplálkozik. Hasseb per primam gyógyul, kilenczedik napon széke van. Ekkor szilárd táplálékot is kap. Ezentúl simán gyógyul, ereje gyorsan gyarapszik; egyedüli eltérés a rendestől, hogy napjában 3—5-ször van híg széke, a mi ellen opiumot, majd tannalint szed, később a vastagbél sodás kimosását kísértjük meg. Talán a bélesatoma rövidebb volna okozza. Most jól van.

Nevezetes, hogy az üres hasba bezárt tetemes mennyiségű levegő nem csinált bajt.

A daganat a göröcsői vizsgálat szerint a retroperitoneal kötőszövetből, vagy talán a mesenterialis nyirkmirigyből kiindult fibrosarcoma. Anatomiai kifejlődését illetően alig képzelhető másként, mint hogy a mesenteriumgyök legyezőszerűen szétterülő tölecsérének közepén fejlődött ki a mesenterium lemezei közt s közelebb a coecum tájához s a körülötte futó bél ránőtt és végeredményképpen koszorú módjára övezte. A daganat utólag a hasfallal is összenőtt s onnan talán táplálkozott is, legalább ezt bizonyítja a has bőrének dús vivőeres hálózata, amely részben a collateralis vérkeringést is szolgálta, valamint a leválasztáskor jelen volt nagy vérzés.

Veseechinococcus; nephrectomia.

Tóth István: Egész terjedelemben közölni fogjuk.

Dollinger a maga részéről is igazolja a veseechinococcus nagy ritkaságát, a mit azon körülmény igazol, hogy az általa a Kétly tanár klinikáján, az irgalmas-rend budai kórházában és az egyetemi I-ső számú sebklinikán operált 25 echinococcus beteg között 24 máj- és egyetlenség veseechinococcus volt. Ritkaságánál fogva ez az eset megérdemli, hogy felemlítessék. K. P. urasági inas 1893. őszén kocsirol való leugrás közben vett először észre a jobb hypochondriumában fájdalmakat, a melyek 1894. év tavaszán erős átfázás után megisméledtek. Ugyanezen év október havában a jobb mellkasfél alsó része erősen elődomborodott, hasonlóan a jobb lumbális tájék is. A tompulat egyet képezett a máj tompulatával. A megejtett próbapunctio chlorsódús és egynehány horgot tartalmazó folyadékot adott. A diagnosis májechinococusra lett felállítva. Dollinger a beteget, a ki Kétly tanár klinikájáról helyeztetett át hozzá, az irgalmasok kórházában operálta. A megejtett laparotomia kimutatta, hogy a tömlő nem a májból, hanem a jobb veséből indul ki, a máj bal lebenyéhez erősen odasimul és azt

balfelé dislocálja. Ezután a vese nem iratott ki, hanem valamint máj-echinococcusoknál szokásban van, úgy itt is a tömlő a hassebbe varratott, azután megnyitván tartalma, a mely a legkülönbözőbb regressiv stádiumokat mutató fióktömlőkből állott, kiürített. Rendesen az anyatómló körülbelül 14 nap múlva szokott kiürülni. Ez esetben ennek kiürülése csak egy fél esztendő múlva következett be. Ezután a beteg meggyógyult.

Wenhardt János a Dollinger tanár említette esetre vonatkozólag, a melyet maga is látott, azt jegyzi meg, hogy a differentialis diagnózis máj- és vesechinococcus között a vastagbél fölfűvésével megejthető lett volna. A daganat annyira odafeküdt az elülső hasfalhoz és a tumor adta tompulat úgy átment a máj tompulatába, hogy az echinococcusnak a májból való kiindulása kétségtelennek látszott. A műtét alatt azonban kiderült, hogy a vastagbél fölfűvése éppen nem lett volna fölösleges.

Tauffer Vilmos: A sebész-collegák azt kérdezhetik, hogy miért nem tartottuk meg a vesét? A kérdésre ez a válasz: Mikor a tokot felhasították és a retroperitonealis kötőszövetből kiásták, szívós ellenállásra találtak a daganat hátsó periferiáján, a mi nagy vérzéssel, tehát edénylefogásokkal és lekötésekkel járt. És ezek sorozatában, mikor egy és más képletet átmetszettek, benne foglaltattott az, a mi a későbbi eljárást kormányozta, t. i. az ureter. Ezt t. i. a daganat eltolta, nem ott futott le, a hol szokott, a gerincoszlop mentén, hanem jobbra a daganattól és ott nyomtatván, elvékonyodott, ellapult, nem adta a piskota tapintatot és így átmetszetett. Hátról fenn, legutolsónak jött eléjük az, a mit vesének ismertek fel és a mikor az ureter már át volt metszve és így a vese sorsa el volt döntve. Ezért kellett a vesét kiirtani.

Méhfibroma-készítmények bemutatása.

Tóth István: A méhfibroma jóindulatú megbetegedés s csak az általa okozott tünetek rendszeren azok, melyek az orvost a daganat eltávolítására felhívják. Innen van, hogy nem egészen egyező a vélemény a fibromákkal való eljárásban s míg az egyik csoport minden fibromát megoperált, egy másik csak elvétve tartja az operálást szükségesnek. Nem akar előadó e kérdés tárgyalásába bemutatása képesen belemenni.

A II. sz. női klinikán az utóbbi hetekben észlelt néhány eset képesen demonstrálni kívánja az egyesület előtt, hogy nem éppen ártatlan megbetegedés a fibroma, mert eltekintve a fibromák malignus elfajlásától (adenofibroma, sarkomás degeneratio), úgy magában a daganatban, mint a genitáliák más részében előfordulnak olyan következményes változások, melyek a szervezetet nem kis mértékben veszélyeztetik.

I. eset: K. Sz. 40 éves nőre vonatkozik, a ki 20 éve abortált, különben nem szült, mensese fájdalmakkal járt, de nem bővebb vérzéssel, azonban az utóbbi időben két ízben súlyosabb medenczebeli lobot állott ki s azóta fájdalmi vannak.

Felvételnél a kis fibromagóccokkal bíró méh mögött egy a medenczébe beékelte, megmozgathatlan, 1 1/2 ökölnyi, nagy nyomási tüneteket adó fibromát találtak.

Laparotomiánál a medenczébe cseplész, belek lenőttek, az összes medenczebeli szervek össze vannak nőve s a jelzett elváltozásokon kívül kétoldali, hüvelykujnál vastagabb sactosalpinx purulentát találtak. A daganatok eltávolítása után magát a fibromás méhet is teljesen kiirtják.

Jelen esetben a palliatív therapia aligha ért volna el valamelyes eredményt, de sőt esetleg veszélyt is hozhatott volna.

II. eset: Sch. A. 36 éves 10 P., ki három év óta tudja, hogy daganata van, mely lassan nő s ez idő óta vérzései igen erősek s három hónap óta jóformán szakadatlanul vérzik. Szakemberek hosszabb időn át palliatív gyógyították, állítólag villamozták is. Betegnél, a ki rendkívül kivértett, elgyengült, nagy gyermekfejnyi corpusfibromát találtak s miután beteget hosszabb időn át roborálták, laparotomia útján radikálisan operálták volt, a mi után a beteg láztalanul gyógyult.

A kiirtott daganatos méhet felmetszve, látják, hogy a daganat legnagyobb részét interstitialis, de egy kúpja submucosus; e mellett a daganat nagy fokban lymphangiektikus, oedémás, ellágyult, elpuhult, közel a nekrobiosishoz. A palliatív therapia mellett nagyon könnyen jöhetett volna létre e daganat szétesése, a minek következménye a különben is gyenge betegre nézve semmiesetre sem volt volna kedvező.

III. esetét Tauffer tanár magángyakorlata nyújtotta: B. K.-né 36 éves III. P. nő, utolsó szülés 1900. szeptemberben. E szülése után hasa nagy maradt, a gyermekágy 10. napján láz lép fel, a mely intermittáló jelleggel csaknem három hónapig tart s a mely alatt a beteg teljesen leromlik, kínzó görcsös fájdalom gyötri, majd görcsök közepette geny tör elő a méhből s napokon át nagy mennyiségű eves váladék ürül ki. Ugyanezen idő alatt az egyik alsó végtagnak thrombosisa lép fel. A geny kiürülése után a lázak megszűnnek s így hozzák fel a beteget Budapestre, a mikor Tauffer tanár emberfejnyi fibromás daganatot talál a méhben, a melyet azonban egyelőre, tekintettel a leromlott szervezetre, nem operál.

Miután a beteg a roboráló kúra mellett összeszedte magát, hasmetszést végez, a daganatot számos összenövés között találja, egy bél-összenövés leválasztásánál kitűnik, hogy a bélfal perforálva van s a szétesett fibromagóccal közlekedik vele, úgy hogy a fibromás méhnek Doyen szerint való kiirtása után a bélfalon partialis resectiót kell végezniök.

Beteg zavartalanul gyógyul.

Bemutatja a kiirtott fibromás méhet, a melyen látható, hogy abban több interstitialis és egy nagy submucosus fibromagóccal van, melyeknek legnagyobb része szétesett, necrotisált.

Valószínű, hogy ez esetben a puerperiumban a méhür felől

történt a fibromagóccok infectiója; egyik-másik szétesés után kiürült, a lobosodás eredményezte a sok összenövést s egyszersmind a bélbe való áttörést is.

Utólagosan látható, hogy daczára a lázak megszüntének, a beteg javult erőbeli állapotának, milyen veszélyt rejtett magában a még bennlevő daganat s hogy mennyire indokolt volt minden palliatív therapiával szemben a radikális operatio.

Richet-féle műtét módosítása.

Ij. Siklóssy Gyula: A 16 éves fiút tehén szúrta meg szarvával s letépte a felső szemhéjat a belső szemzúgtól kezdve. Vidéken történt egyesítése a sebészlekeknek rendkívül nagy ektropionra vezetett. Műtét a hegek felszabadításában állott, a mi után közvetlenül a környékből vett lebeny által pótoltatott az anyagihiány. Matrácvarratok rögzítették a reponált szemhéjat (teljességében) lefelé, az ektropionált részt pedig felfelé.

Richet ajánlotta e műtétmodort a külső szemzúgban, alól; bemutató eredménynek tekinti a műtétmodornak a felső szemhéjra való kiterjesztését.

Tuberculum iridis.

Csapodi István: Nyolcz éves kis lányt mutat be, a kit ezelőtt öt héttel iritis miatt hoztak volt a poliklinika szemosztályára. Föltűnt, hogy a bal szem duzzadt szövetű, szűk pupillájú szivárványhártyáján az alsó külső iris-zúgból halványsárga, kenderszemnyi kis daganat czövekszerűen irányul a csarnok közepe felé. A daganatocska gummának látszott volna, ha rendes helyén, az irisnek pupilla közötti övében lett volna, azért inkább tuberculumra kellett gondolni. A megfigyelés alatt úgy lehetett bizonyosságot szerezni, hogy egyrészt atropin csöpögtetéssel sikerült az iritist megszüntetni, a pupillát a többi irányokban teljesen kitégíteni, másrészt nagy jodkali-dosisokkal (napj 4—5 gm.) sem lehetett a daganatot, úgy mint a gumma esetében bekövetkezett volna, eloszlatni birni. A kis daganat nemesek el nem omlott, hanem karélyosan háromszoros nagyságúra nőtt. Az anamnesis sem luesra, sem gümőkórságra nézve nem ad eligazodást. A teendő immár a daganat kivágása lesz.

A folytonos gyomornedvvelválasztásról (Reichmann-féle betegség, gastro-succorrhoea).

Áldor Lajos: A kórképet először Reichmann írta le, lényege az, hogy az üres gyomor is híján minden külső ingernek elválaszt gyomornedvet. Az irodalomban Stiller foglalkozott vele először, és bár utána sokan mások is tanulmányozták, sem a pathogenesist, sem a bántalom előfordulásának gyakoriságát illetőleg nem egységesek a nézetek. Sőt egyesek a bántalomnak, mint önálló kórképnek létjogosultságát is kétségbe vonják, egyrészt azért, mert a kórkép főkritériuma: a gyomornedvvelválasztás folytonos, tehát spontán volta, egy physiologiai jelenség, másrészt az éhgyomorban található folyadékot a gyomor motorikus zavara következményének tartják.

Különösen az előbbi illetőleg lettek bőven végezve pro és contra vizsgálatok. Előadó 51 egyénen végzett vizsgálatai szerint egészséges emberek éhgyomorban vagy egyáltalában nem található folyadék, vagy ha folyadék minimalis mennyiségben jelen is van, az nem valódi emésztőképes gyomornedv, hanem főleg a gyomor nyákhártyáját fedő hengerhámsejtek közömbösen reagáló váladéka, melyhez a valódi gyomornedv alkotórészei közül bizonyára a sonda által okozott izgalom következtében egyes egyéneknek kis mennyiségben sósav is keverődhetik. Előadó szerint e kérdés különben sem bír azzal a fontossággal, melyet annak a Reichmann-féle kórkép tárgyalásában mindeztől elvonítottak, mert ezen kórkép sajátosságát éppen a folytonosan, spontán és nagy mennyiségben elválasztásra kerülő gyomornedv adja meg.

Nem szabad a Reichmann-féle betegséget a gyomor motorikus zavarával összefüggésbe hozni, mint a hogy azt általában teszik. S minthogy eddig majdnem valamennyi észlelt helyet engedett a motor. insuffic-nak is a Reichmann-féle kórképben, a kérdés különben óriási irodalmában nagyon csekély számban található oly esetek, melyek az előadó által adott értelmezés kritikáját kiállhatják. Előadó karlsbadi gyakorlatában öt esetet észlelt és ezek közül egyet részletesen ismert. Mindegyik esetben a súlyos subjectív tüneteket (hányás, heves gyomor-fájdalmak, szomjérvés, székrekedés) a gyomornedvnek folytonos és nagy mennyiségben való elválasztása idézte elő a nélkül, hogy jelen volna egyszersmind a gyomornak legcsekélyebb motorikus zavara is. A betegség diagnosisa egyedül a gyomorsonda segítségével végzett vizsgálatával a gyomorfunctioknak eszközölhető.

Előadó a gyomornedvfolyás periodikus alakját és ennek válfajait önálló kórkép gyanánt el nem ismeri.

A bántalom prognosisa igen komoly, teljes gyógyulás nem várható. De azért a rationalis therapia sokat nyújthat. A gyógyszerek közül az atropintól várható eredmény (morphin contraindicálva). Égvényes sósvizek lehetőleg melegén és végül a helyes diaeta. Befejzésül előadó hangsúlyozza a zsírok kiváló szerepét a gyomorbeteg diaetoterapiájában.

Vas Bernát: Előadó meglepő adatot említ azon sorozatban, mely a physiologikus gyomorkisérletekre vonatkozik. 12 eset közül két esetben csak sósavat talált, pepsint nem. Ez meglepő, mert még kóros viszonyok közt is, mikor a gyomortartalomban nem vagyunk képesek sósavat kimutatni, legtöbb esetben pepsint még képesek vagyunk kimutatni. Nem is valószínű e feltevés Heidenhain, Cahn kísérletei óta. Ez utóbbi chlorszegény táplálékkal tartott állatainak chlort nem volt

képes kimutatni sósav alakjában a gyomornedvben, de pepsint igen. Szóló előadó vizsgálataiból nem látja bebizonyítva, hogy pepsin nem lett volna jelen. Es ha a Hammerschlag-féle eljárás nem vezetett célhoz, az érzékenyebb fibrinnel kellett volna kísérletet tennie.

Kövesi Géza szintén végzett emésztési kísérleteket az I. belgyógyászati kórodán. Olyan esetekben, melyekben a Hammerschlag-féle eljárás nem mutatott ki pepsint, a fibrinmészteshez hasonló Meth-féle eljárással tették kísérletet, de ez sem mutatott ki pepsint. De igaz van Vasnak abban, hogy pathologikus viszonyok közt fennállhat a HCl kimaradása és pepsin még kimutatható.

Az előadásra vonatkozólag megjegyzi, hogy sokan a gastro-succorrhoea fennállását kétségbevonják. Szóló egy vidéki collegánál constatált a klinikán egy typosos esetet hyperchlorhydria mellett.

Áldor Lajos nem állította, hogy nem talált pepsint, csak hogy a gyakorlati czélokra beváló Hammerschlag-módszerrel nem tudott pepsint kimutatni. Tehát minimalis lehetett. Szóló a Hammerschlag-módszerrel a Senator klinikáján is végzett három év előtt vizsgálatokat.

A Kövesi által említett esetet ismeri Leube würzburgi klinikájáról, de ott még nem tudták a diagnoszt megcsinálni.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(I. rendes ülés 1901. január 24-dikén.)

Elnök: *Navratil Imre*; jegyző: *Zwilling Hugó*.

1. A mult gyűlés jegyzőkönyve hitelesítettik.

2. Elnök az egyesület tudomására hozza, hogy a moszkvai oto-rhino-laryngologiai társulat átküldte évkönyvét. Köszönő tudomásul szolgál, a titkár utasítatik, hogy egyesületünk eddig megjelent évkönyveit átküldje a moszkvai oto-rhino-laryngologiai társulatnak.

Solitaer cysta a Highmorürben.

Ónodi Adolf: Azon vizsgálatai közben, melyeket a Highmor-üregnek a legmellsőbb rostasejtekhez és iköbölhez való viszonyát illetőleg végzett, a baloldali Highmorüreg belső falának alsó felében egy körülbelül 2 cm.-nyi kiterjedésű betokolt tömött képződményt talált, melynek a tokkal összefüggő egy mm.-nyi része mint homogen fehér porcszerű kemény szegély mutatkozott, míg a többi összeálló barnás-vörös anyagból állott. A makroszkopikus megjelenés és az első vizsgálatok valószínűvé tették, hogy egy dermoid cystával van dolgunk, de a hosszadalmas és beható vizsgálat azt derítette ki, hogy az egész egy solitaer retentio cysta.

Megjegyzések a nerv. acusticus megbetegedése cz. előadásához.

Tomka Samu: Egy beteget volt szerencsém bemutatni, a kinél az akkori tünetesoport alapján tabes állapotot megacustikus atrophiaival. A kép nem volt tiszta, hiányos vizsgálati módszereink alapján a valószínűség progressiv acustikus atrophia mellett szolt, ennek megvitatása és eldöntése kedvéért hoztam a beteget akkor szakegyesületünkbe.

Nem akarom ama tüneteket újból felsorolni, a melyeket egybevetve, arra véltünk gondolhatni, hogy itt, mint akkor is mondtam, talán egy acustikus sorvadással van dolgunk, mely a tabeses körkép kifejlődéséhez olyan módon áll viszonyban, mint az optikus atrophia szokott a tabes cerebriális esetében.

Beteg több hónapig volt észlelés alatt, antiluetikus kúrának volt alávetve, a mi hatással a betegre nem volt, a mely körülményt csak az előbbi diagnosis mellett értékesíthetjük.

A klinikát elhagyva beteg néhány hónapon át a Margit-kórházban volt. A midőn öt egy alkalommal újból megvizsgáltam, az idegrendszer tüneteiben lényeges változás volt konstatalható. Ugyanis az eddig teljesen hiányzó térdreflexek gyengék, máskor meg erősebbek voltak. E tünet az előbbi diagnoszt megdöntötte és valószínűleg a lues cerebrospinalis egy alakjával, a pseudotabes lueticával állunk szemben.

A hallószerv lelete csak annyiban módosult, hogy a beteg még rosszabbul hall, katheter után pedig rendkívül ideges lesz és csakis nagyon hangos beszéddel lehetett vele érintkezni. A hangvillalelet nem változott.

Ezeket óhajtom az akkori bemutatásom rektifikálásaként felhozni, azzal a megjegyzéssel, hogy a beteg mostanában újból jelentkezett nálam, öt tovább is figyelemmel fogom kísérni és róla esetleg a t. egyesületnek még egyszer jelentést teszek.

Gégescleroma operált esete.

Navratil Imre: Gégescleroma miatt sikeresen operált 39 éves egyént mutat be.

Betegnél a hangszalagok alatt mindkét oldalt elterülő scleromát eleinte O'Dwyer-féle tubusokkal iparkodott kezelni és ilyen módon tágitani a szűkített gége alsó ürét. Tizennégy napi, gonddal és kitarással végzett tágitások után azonban a kemény, resistens dudorok nem hogy visszaféjődtek volna, de ellenkezőleg megnagyobbodtak úgy, hogy a bántalom fokozatos fejlődése miatt támadt nagyfokú légzési nehézségek sürgössé tették a légeső megnyitását a mult év április havában.

A műtét utáni visszahatás visszaféjődése után a betegnél ismét biztosítva lévén a légzés, a tágitást folytatta és másfél hónapig ernyedtellenül végezte a betegnek szokatlan és kitaró türelmessége mellett.

Az eredmény azonban a felette kemény daganatok ellenállása miatt semmisnek bizonyult. Mult év május 12-dik napján betegnél saját methodusa szerint gégefelhasítást végzett és a kétoldalt közvetlen a hangszalagok alatt elterülő scleromás részeket kiirtotta.

Kérdés támadhatott arra nézve, vajjon, tekintettel a scleromák nagy kiterjedésére, nem kellene-e a beállható heges szűkület miatt Thiersch-féle bőrtransplantatiót végezni a gégeben, annak megakadályozása czéljából. Miután azonban mégis elegendő ép nyálkahártya maradt mellfelé s a betegnél azon felül rhino-phar. sicca atrophica is volt jelen bűzös váladékkal, bemutató tartva a lebenyek infectiojától, a contemplált bőrátültetéstől eltekintett.

A műtét után tényleg bekövetkezett szűkületet azonban sikerült az O'Dwyer-féle tubusokkal tágitani és a gége alsó ürét annyira fejlesztetni, hogy a canulet már két hónap előtt el lehetett távolítani. Az egyén egészen szabadon lézlik, kiújulásnak semmi nyoma.

Közben a kezelt atroph. orr-torok-baj visszaféjődésben van. Ezen beteget bemutató először a m. é. márczius 22-diki ülésben mutatta be, teljes körképpel, mielőtt nála egyáltalában valami alkalmaztatott volna; másodsor május 31-dikén a történt mély légesömetszés után; végre harmadsor mint teljesen gyógyultat most.

Zwilling Hugó: Mult évben, mikor hasonló esetet mutatott be Navratil, szóló felvetette a kérdést, hogy melyek előadónak tapasztalatai a körlefofást és a recidivát illetőleg. Örvendve látja, hogy ez esetben az eredmény bár nem ideális, nagyon kielégítő s hogy a dudorok operatív eltávolítása alkalmas esetekben czélszerű.

Baumgarten: Más véleményen van bizonyos tekintetben, mint előadó; hasonló esete van, betegénél nem csak az orrgaratürben, a gégeben is voltak elváltozások, a bal hangszalag beszüremkedése olyan nagy volt, hogy csaknem érintette a túldalt és suffocatio veszedelmével fenyegetett. Fokozatos intubatioval sikerült a suffocatio veszedelmét megszüntetni s folytatolagos tágitással talán nem csak a tracheotomiát kerüljük el, hanem annyira viszzük, hogy a beteg maga vezetvén be a tubust, a suffocatiótól megmenekül.

Navratil: Szóló nem foglal el merev álláspontot; ebben az esetben az intubatio a legnagyobb pontossággal végezve, czélhoz nem vezetett. Baumgarten felemlített scleroma esete csak egyoldali; de ott, hol mindkét oldali, a lument majdnem teljesen elzáró és régibb scleromával van dolgunk, ott hiábavaló a fokozatos tágitás kísérése, mert a szövet nem enged. Szóló azon az állásponton van, hogy előbb megkísérli a tágitást, de ha ez nem sikerül s főleg ha a suffocatio nagyfokú, mint adott esetben, tracheotomiát kellett végeznie, azután is tágitott, de eredménytelenül, úgy, hogy egy második ülésben végezte a leirt beavatkozást. Ideális állapotot elérni ott, a hol jelentékeny szöveti elváltozások vannak, nem lehet, de a beteg tubus nélkül a gégején keresztül lézlik, mi jobb eredmény, mint ha a beteget tubussal kibocsátja.

Koponyaalapi fibroma készítménye.

Polyák Lajos: A készítmény egy 16 éves fiatal embertől származik, kinél 8 hó előtt lépett fel baloldali successiv orredugulás ugyanezoldali fejfájás kíséretében, később a jobb orr is kezdett eldugulni, a bal arczfél kissé puffadt és mérsékelt baloldali exophthalmus keletkezett. A vizsgálatnál az orrgaratürt főleg bal felében kitéve találtam egy tyúktöjásnyi tömött, igen kemény és ruganyos daganat által, mely az ikcsont testéből széles alapon indult ki, egy hosszú nyúlványa teljesen kitöltötte a bal orrt és elül kissé nekrotizált. Próbaexcisionál mérsékelt vérzés, a daganat histologicce tipikus, de kissé sejtűs fibromának bizonyult. Feltevésem szerint ezen daganat, mely az ikcsont testéből és valószínűleg a vomer hátsó részéből is indult ki, eléfekszik a choanákra és a bal orrba egy nagy nyúlványt bocsát, de ezenfelül valószínűleg nyúlványt küld a hátsó rostasejtek usurálása után a bal orbita felé is és így okozza az exophthalmust, mely azonban utólag *Grósz* tanár vizsgálata szerint reponálhatóan bizonyult. Tekintettel a daganat fekvésére és természetére, radikális műtétet indicáltam. *Baumgarten* kartárs úr, ki consultendo szintén látta az esetet, leletemhez és véleményemhez hozzájárult. A műtétet *Herczel* kartárs úr f. é. január 3-dikén hajtotta végre a felső állkapocsnak *Partsch* szerint végzett temporær resectioja útján, teljes sikerrel, a daganat gyökeres eltávolításával. A beteg gyorsan üdült és teljes gyógyulása után más helyen lesz bemutatva.

Az eltávolított daganat, mint látni méltóztatik, igen nagy és teljesen megfelel azon leírásnak, melyet róla a tyúktöjás alapján alkotunk. Két nyúlványa van, egyik az orr felé, csúcán neerotikus, a másik rövidebb pedig a felső orrjáratban fekdtt és a hátsó rostasejtek usurálva az orbita felé haladt, abba azonban még be nem lépett, úgy, hogy az exophthalmus tényleg csak pangásnak volt tulajdonítható.

Fischer: *Partsch* módszerének előnye az, hogy az arezon eltorzulást nem okoz, de vérzékenyebb daganatoknál ezen methodusnál előzetes légesömetszés válhatik szükségessé.

Zwilling Hugó: Miután a garatögötti fibromák a fejlődés korában a leggyakoribbak, nem alaptalan azon gyanu, hogy fejlődésük a garatmandola regressiv folyamatával összefügg s hogy kiindulási pontjuk gyakran a mandola fibrosus alapja.

Navratil: Az adott eset kedvező volt, mert nem volt nagy vérzés, de a hol vérzékenyebb daganattal van dolgunk, ott minden esetre helyes az előzetes légesömetszés, a gége tamponálása; hogy milyen a daganat hátrafelé, azt megállapítani bajos.

Polyák: Az elhelyeződés nem felel meg a Luschka-féle tonsillának, mert nem a garatütn, hanem a fornix legmellső részén, az ikcsont és

a vomer egyesülési helyén volt, a hol adenoid-szövet nem fordul elő; sokkal valószínűbb, hogy a csonthártyából indult ki. Az ilyen tumorek eltávolítására a Partsch-féle methodus olyan ideális, hogy más eljárással ezt összehasonlítani nem lehet. Bizonyos esetekben a Langenbeck-féle eljárás is jó, de nem jutunk el vele az ikcsont bázisához, de meg eltorzulást is okoz.

Papilloma durum naris esete.

Polyák Lajos: P. J. 42 éves hivatalnok Belgrádból 1900. július 5-dikén keresett fel azon panaszszal, hogy néhány hó óta bal orra teljesen eldugult. Vizsgálatnál a bal orrt kitöltve találtam egy szürkés-fehér, igen tömött és felületén ezer és ezer apró szemölcsre oszlik. A göröcsövi kép is hasonló szerkezetet mutat, egy elágazó és nem túlságosan sejtű kötőszöveti vázat keztyűszerűen burkol be a rendkívül megvastagodott hámboríték, mely csupa kövezethám, helyenként 30–40 rétegű és a felület felé el van szarusodva. Helyenként a hámsejtek közt mitosisban levő sejtek is láthatók.

Ezen daganatok kórtani természetüket illetőleg a határvonalon állanak a jó és rosszindulatú daganatok között. Kétségtelen, hogy eredetileg jóindulatú természetűek, azonban a mélybe nyúló hámcsapok lefűződése a kórszöveti képen nem ritka és az élénk hámburjánzás folytán, melynek a látható mitosisok képezik egyik jelét, nincs kizárva a daganat heteroplasziája sem. Erre látszik utalni azon körülmény is, hogy míg egyesek, köztük *Hopmann* is, kitől a daganat nevét nyerte, a benignitás mellett foglalnak állást, addig más észlelők, köztük *Billroth* is, más csoportba sorolták ezen daganatokat, melyeket maga *Billroth* „Zottenkrebs“ névvel illetett, bár annak relativ benignitását ő is megerősíti annyiban, hogy radikális műtét esetén a kiújulást valószínűnek nem tartja. A daganatok, mint a jelen esetben is, előszeretettel indulnak ki a rostacsont vidékéről; eldöntetlen a kérdés még azon irányban, hogy vajon már eredetileg degenerált (kövezethámmal borított) helyeken fejlődnek-e, vagy pedig az eredetileg hengerhámmal borított daganat háma csak később alakul-e át kövezethámmá. A jelen esetben hengerhám a daganat egy részében sem volt kimutatható.

*Zwilling*er. Ezen készítmény szövettanilag is papillomaszerű szerkezetet mutat. Mikor a felhám metaplasziájával behatóan foglalkozott, azt tapasztalta, hogy úgy a leukoplakiánál, mint a pachydermiánál is, folytonos inger behatása alatt ismert módon elváltozik a felhám, felső rétegei elszarusodnak. Így van az az orrban is ezen újképletkeknél, viszonyuk a carcinomához olyan, mint a leukoplakia és a pachydermia viszonya a rákhoz, kórszöveti biztos jel nincsen s csak a klinikai megfigyelés világosít fel.

Polyák. Hogy a papilloma durum naris a benignus és malignus tumorek között a határon áll, ezt oly értelemben mondta, hogy minden egyes esetben külön kell eldönteni, hogy az adott eset melyik csoportba tartozik. Kétségtelen, hogy a papilloma durum naris eredetileg jóindulatú, de nem ritkán mutat oly jelenségeket, mint a hámcsapok mélyre hatolása és lefűződése, melyek a heteroplasziára utalnak. A bemutatott esetben is sok a hámsejt-mitosis, oly tünet, mely gyanút kelt a daganat esetleges heteroplasziájára.

Csecsnyújtvány trepanatio esetei.

Fischer Aladár: I. T. J. 29 éves, lakatos neje 1900. évi december hó 12-dikén vétetett fel a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára. Beteg kimondása szerint már régebbi idő óta szenved fül-folyásban; két hét óta bal fülében igen heves szaggatást érez, egyszersmind kínzó fejfájásról is panaszkodik. Vizsgálatnál kiderült, hogy a fülből igen bő mennyiségű genyes váladék ürül, hogy a dobhártya teljesen hiányzik és a csecsnyújtvány felett két sipoly nyílás találtatik, melyeken át a sonda nagy mélységben érdes csontra jut.

Beteget igen tisztelt főnököm Navratil tanár megbízásából és utasításai szerint mult évi december hó 17-dikén operáltam. A csecsnyújtvány mellső szélének megfelelő metszéssel a csontig hatoltam, azután a hártás külső hangvezetőket, nemkülönb a csecsnyújtvány periosztját és a sternocleido-mastoideus tapadásának egy részét leválasztva szabaddá tettem a műtét területét. Kiderült ekkor, hogy a csecsnyújtványban a linea temporalistól majdnem a csecsnyújtvány csúcsáig és a külső hangvezető csontos falától körülbelül az emissarium mastoideumig terjedőleg mogyorónyi üreg foglal helyet, mely sűrű kenőcszerű, sárgás pépes tömeggel — egy cholesteatomszerű masszával — van kitöltve és mely üregbe a csecsnyújtvány külső lemezén át lencsényi sipoly vezet.

Ily körülmények között a csecsnyújtvány egész külső falát eltávolítottam, a cholesteatom tömeget kitakarítottam és a csontos hallójárat hátsó falát is eltávolítva egészen a Fallop-csatornáig egy oly csontsebet készítettem, mely a dobüreggel együtt egy egységes tág vályut képezett. Az egész üreget azután jodoform gaze-zal tamponáltam és kötést alkalmaztam.

A sebgyógyulás ideális, minden lázas mozgalom nélkül folyik le, a fülzaggatás, fejfájás műtét után megszűntek. Az utókezelést

illetőleg azon elvek szerint jártam el, melyek a sebészeten a csont-űrök kezelésénél érvényesek. Most — mint méltóztatnak látni — egy szépen sarjadt és gyorsan felőző ür van betegnél, melynek szélein már az epidermisatio is élénken folyik.

II. L. A. 28 éves eseléd 1900. december hó 29-én vétetett fel a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára. Beteg már évek óta szenved fül-folyásban, mintegy három hét óta óriási fejfájások kínozzák, magas lázai vannak. Beteg vizsgálatánál kiderült, hogy a jobb fülből rendkívül bőven bűzös geny ürül. Dobhártya teljesen hiányzik. A jobb fülkagyló mögött laposdad, élénken fluctuáló térfogatnagyságú foglalt helyet, mely a fülkagylótól a sutura lambdoideáig és a csecsnyújtvány csúcsától a sutura squamosaig terjed. Beteg szemhéjai jobboldalt oedematosusak. Hőmérséke 38.7. Igen tisztelt főnököm Navratil tanár úr megbízásából és utasításai alapján 1901. január hó 2-dikén operáltam a beteget. A tályog egész hosszának megfelelő, mintegy 20 cm. hosszú metszéssel átszeltem a lágyrészeket és a tályog bűzös genyes tartalmát, mely a periost és a csont között székelt, kiürítettem. Az emissarium mastoideum helyének megfelelőleg mintegy 2 mm. átmérőjű, genyes, piszkos sarjakkal telt sipoly nyílásra akadtam, melyből a sonda a dobüreg irányában volt előre toltató. A sipoly nyílásból kiindulva tehát a processus mastoideus külső csontlemezt eltávolítottam és azt találtam, hogy a csecsnyújtvány egész szélességében és vastagságában széteső, bűzös sarjakkal van telve, ezeket eltávolítottam. Hogy minden kórosat eltávolíthassak, a sinus sigmoideust a csontsebet hátsó alsó felében ki kellett praeparálnom, a mi annak megsértése nélkül sikerült. Azután a csontos hallójárat hátsó falának eltávolításával széles összeköttetést hoztam létre a dobüreggel és az egész csontsebet jodoform gaze-zal tamponáltam.

Lefolyás ideális: lázak, fejfájás, szemhéjak oedemája egy csapásra megszűntek és jelenleg szépen granuláló és kisebbedő tiszta sebbel van szerencsém a beteget bemutatni.

Tomka: A műtét bizonyára a legjobb eredménnyel fog végződni, a kivétel azonban a fülorvosok által követett eljárástól lényegesen elüt. A fülorvosok úgy végzik a műtétet, hogy a közös üreget, mely a hallójárat, az antrum és a csecsnyújtvány között van, állandósítják, hogy később áttekinthessék, mert sokszor a cariosus folyamat olyan mélyre vezet, hogy azt követni nem merjük.

Szenes: Csak örömmel veszem, hogy sebész részéről végzett két műtét került szakülésünk elé, mely két eset mindegyikében a műtét úgy általános sebészeti, mint fülorvosi szempontból is feltétlenül indikálva volt. Ezzel kapcsolatban azonban ama különbséget kívánom jelezni, mely a bemutatottakhoz hasonló esetekben a sebész és fülorvos beavatkozása között van, miután ez egyrészt a művi beavatkozás egyes phasisai közötti különbségre, másrészt pedig a várható eredményre is vonatkozik.

A fülorvos mai úgynevezett radikális műtétéhez, akár Zaufal, akár Stake vagy mások módszere szerint történik, lényeges impulst adott Küster előadása (1889) a berlini orvosegyesületben a különféle empyemák sebészeti kezeléséről, mely előadás a fülorvosok részéről is kellő méltatásban részesült. Es ha Küster általánosan elfogadott sebészeti elvekből kiindulva azt ajánlja, hogy minden empyemát, tehát az antrum mastoideum-át is, szélesen kitárni, a nagy metszést lehetőleg milyen ejteni s az utókezelésnél a megnyitott üreget minél kevésbé öblíteni kell, azt mindenki csak helyeselni tudja. Küster ezen említett elvek alapján a csecsnyújtvány empyemája számára a Schwartze-féle tipikus antrummegnyitást elégtelennek jelzi s azért a külső hangvezető csontos részének hátsó falát átvesve, drain vezet be a hangvezetőn keresztül az antrumba, előzetesen kikanalazván mindent. Ez eljáráshoz némileg hasonló már 12 évvel előtt Wolf ajánlt, midőn a külső hangvezető hátsó falát, bár annak nem csontos, hanem porcos részében hasítván át, így nyitotta meg az antrumot. Ki Küster eseteit látta és művi beavatkozását ismeri, általános sebészeti szempontból kifogásolni valót alig találhat, hiszen lege artis minden kórosnak eltávolítása után a genyvel telt üreget szélesen kitárja. A fülorvos azonban a sebészettel említett elveinek betartása mellett még a hallásbeli functionalis viszonyokra is ügyel, noha megjegyzendő, hogy a Küster eseteiben műtét után beállott zavarok — szédülés, zúgás, tántorgó járás stb. — idővel minden különös beavatkozás nélkül visszafejlődtek. S noha tudvalevő dolog, hogy genyedő folyamatoknál végzett művi beavatkozás alkalmával a fülorvos is első sorban vitalis indicatioval számol és a hallóképesség mint olyan csak másodsorban jó szóba, mindazonáltal mégis egészen másképen jár el, mert mindig tekintettel van a fül physiologikus functiójára, melynek ismerete természetesen a specialis viszonyokhoz tartozik. Azonban a műtét eredménye is más, ha az az úgynevezett fülsebészet (és nem általános sebészet) szabályai szerint történik. Míg ugyanis az általános sebészettel tisztán a csecsnyújtványon ejtett sebészeti begyógyulására szorítkozik, úgy, hogy az előzetesen idült jelleggel fennállott volt dobüri genyedés továbbra is megmarad, ha az antrumban volt empyemát meg is nyitottuk és fungusokat s netán cariosus részeket el is távolítottunk: addig a fülorvos úgynevezett radikális műtétének a külső hangvezető hátsó falának áthasítása után a *meatus*, *antrum* és a genyedő *dobüreg* egy közös teknőalakú üreggé alakul át, melynek begyógyulásával a kezdetben egyedül fennállott volt dobüri genyedés is megszűnik. A sebész ugyanis beéri a csecsnyújtványon ejtett sebészeti begyógyulásával, fülorvosi szempontból azonban az eset mindaddig nem szerepelhet gyógyultnak, míg a „fülgyógyás“ név alatt ismert dobüri genyedés teljes megszűntével a dobhártyán fennállott volt defectus be nem hegedt. Más szóval a sebész a dobüri genyedés complicatioját gyógyítja meg, sokszor életmentő módon, ha azonban az alapbántalom a dobüregben továbbra is megmarad, az eset ismét csak újabb, elég gyakran letális

complicatiokra vezethet. Magam is emlékszem ilyen az orvosegyesületben mint gyógyultat bemutatott esetre, midőn a gyógyulás csak a csecsnnyújtványbeli complicatióra vonatkozhatik, mert az autopsia a halál okául a továbbra is fennállott volt otitis media folytán képződött agytályogot derítette ki.

Hiszem és remélem, hogy a bemutatott két esetben végzett műtét, a széles kitérés követő helyes utókezelés folytán szép eredményre fog vezetni.

Fischer megoperálta az esetet és sebészileg jól oldotta meg a feladatot. Az utókezelést illetőleg ezen esetben is úgy járt el, mint minden más esontsebészi esetben, addig nem engedte az ürt begyógyulni, míg meg nem bizonyosodott a felől, hogy semmi complicatio többé nem várható.

Elnök az ülést bezárja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Reinfectio syphilitica esetét mutatta be Mracek a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ február 22-dikén tartott ülésén. Az illető beteg 7 év előtt szerzett syphilit, mely ellen hydrargyrum sozodolicum bőr alá fecskendezésével és jodkáliummal kezelték. 1900. október havában történt a második infectio, jelenleg behegedt sclerosis a praepu-tiumon, általános mirigyduzzanat és syphilitikus exanthema van jelen. Syphilitikus reinfectio első esetét Zeissl írta le 1858-ban. Az eddig közölt esetekben a két infectio között elmúlt idő 1—18 év volt.

Neumann megemlíti, hogy összesen 8 reinfectio syphilitica esetet észlelt; a legrövidebb idő a két fertőzés között két év volt. Az ilyen esetek egész határozottan bizonyítják, hogy a syphilis gyógyulhat.

Rhinophyma néhány esetét demonstrálta Sternberg a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ február 22-dikén tartott ülésén, melyeket oly módon gyógyított, hogy morphiüm-chloroform naeosisban az orr bőrét az orrporez perichondriumáig lehámozta és a hiányt Thiersch szerint pótolta. A műtét eredménye nagyon jó. A környező részek acneje is csaknem teljesen visszafejlődött. A vérzés a műtétnél nagyon csekély.

Weinlechner szerint e módszerrel elephantiasis cruris eseteiben is lehetne kísérletet tenni.

Carcinoma gyógyítása. A párisi „Société de chirurgie“ február 20-án tartott ülésén Launois egy emlőrák esetét említette, melyben nagyfokú javulás állott be a Jaboulay-féle módszer használatát után. A betegnél az alsó végtagok paresisének tünetei is jelen voltak, a melyeket a rákbetegség generalizálódása folytán képződött gőcz jelenlétére lehetett visszaavezetni. Chininchlorhydrosulfat bőr alá fecskendezéses után a paresis megszűnt, úgyszintén a kifehélyesedett emlőrák is tetemes javulásnak indult.

Tuffier ezzel kapcsolatban megemlíti, hogy kadodylsavas natrium használata után is néha javulás mutatkozik. Már 18 hónap óta észlel egy inoperabilis emlőrákban szenvedő beteget, a kinek kakodylsavas natrium bőr alá fecskendezése a kiterjedt rákos fekélyt nagyon előnyösen befolyásolja.

Bazy szerint nem szabad megfeledkezni arról, hogy generalizált ráknál néha spontán is tetemes javulás áll be. Így egy emlőrák miatt operált betegnél a paraplegia s a vele egyidejűleg fejlődött gibbus magától meggyógyult.

Quénu a rák ellen újabb ajánlott eljárásokat mind kipróbálta; chininnel és kakodylsavas natriummal semmi eredményt sem ért el; a Wlaiev-féle serumot illetőleg egy betegnél használata után kifejezett láz jelentkezett, a nélkül, hogy a rákos megbetegedés bármiképp befolyásoltatott volna.

Félicet azt a kérdést veti fel, nem lehetne-e a rák műtévese után chinin használatával a recidivát megakadályozni.

Berger sok beteget kezel a Wlaiev-féle serummal és azt tapasztalta, hogy a fájdalom és a működéskéesség tekintetében általában javulás mutatható ki, a rákos laesio gyógyulását azonban sohasem észlelte.

PÁLYÁZATOK.

Pályázat a „Budapesti Poliklinikai Egyesület“ kórházában megüresedett orvososi állásra. Pályázhatnak a magyar egyetemeken oklevelet nyert orvosdoktorok. Sebész-műtői oklevél vagy kórházi sebészi osztályon szerzett gyakorlat előnyt biztosít. A választás két évre szól; de esetleg további két évre meghosszabbítható. A kérvények a poliklinika igazgatóságánál április hó 9-dikéig nyújthatók be. A megválasztott köteles április 15-én belépni. Javadalmazás: teljesen berendezett lakás, teljes ellátás és 800 korona készpénz. 2-1

647/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közkórházban f. évi április hó elsőjével egy segédorvosi állás jön üresedésbe. Az állás javadalmazása évi 720 korona, lakás és elsőrendű élelmezés. Azon egyetemes orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, folkéretnek, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényeiket hozzám nyújtsák be. Máramaros-Sziget, 1901. márczius hó 20-án.

3-1

Szilágyi István dr., igazgató főorvos.

763/901. sz.

A Gyula-Varsánd és Nagy-Pál községekből Gyula-Varsánd székhelylyel alakult egészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött községi körorvosi állásra ezennel pályázat nyitattik, annak választás útján leendő betöltésére. határ

időül folyó évi április hó 9-dik napjának d. e. 9 órája Gyula-Varsánd község-házához kintüzetik.

A pályázni kívánók felhivatnak, hogy törvényes minősítésüket igazoló kérvényüket a főszolgabírói hivatalhoz folyó évi április hó 8-dikáig, mint záros hat áridőig nyújtsák be.

A körorvos évi fizetése 1400 kor., lakás 100 korona évi haszonbér mellett, fuvarátalány 120 korona és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjakból áll.

E t e k, 1901. márczius hó 20-dikán.

2-1

A főszolgabírói hivatal.

Üresedésben levő állomások:

Lejárt márczius 26.

Körorvos. Csáb-Balog. F. 1600 k. U. á. 456 k. Cz.: Hoch Oszkár, főszolgabíró, Csáb.

Lejárt márczius 29.

Községi orvos. Darócz (Udvarhelym.). F. 1200 k. Cz.: Benedek Imre főszolgabíró. H.-Oklánd.

Lejárt márczius 31.

Körorvos. Nagy-Tétény. F. 1200 k. Lakás, f. á. 120 k. Cz.: Majtényi, főszolgabíró, Nyitra.

Lejárt április 1.

Körorvos. Szolyva (24 község, Beregm.). F. 800 k. F. á. 400 k. Cz.: Balásthy M., főszolgabíró, Szolyva.

Lejárt május 1.

Körorvos. Maroskapus (14 község, Torda-Aranyosm.). F. 800 k. U. á. 400 k. Cz.: Ferfúti Béla, főszolgabíró, Maros-Ludas.

HIRDETÉSEK.

CZUKORBETEGEK
a **GLYCOSOLVOL** (Oxypropriosavas theobromintrypsin) által bajuktól szabadulhatnak.

R. OTTO LINDNER, Apotheker, DRESDEN, N.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévvíz gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés.

Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

Lucsivna-fürdőt

klimatikus gyógyhelyet, berendezett hidegvízgyógyintézzel teljesen felszerelve, a hozzátartozó 40 holdas fenyves parkkal, előrehaladt koromnál fogva, jutányos áron

ELADNI

hajlandó vagyok.

A fürdő a Magas-Tátra tövében (Szepesmegye), közvetlen a kassa-oderbergi vasút mellett — vasúti megállóhelylyel — fekszik.

Érdeklődőknek minden felvilágosítással szívesen szolgál dr. Szász Ágoston volt fürdőorvos (lakik Szepes-Szombaton), vagy alólírt fürdőtulajdonos Lucsivnán.

V. Szakmáry Donát.

SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: Dr. ROTTMANN E. s Dr. UNGAR D. operateurök.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górosi és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

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

Vegyi, górosövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatása: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál.** — Készítője:**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, V., **Nagykorona-utca 23. sz.**

Kapható az ország összes gyógyszertáiraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITŰNTETÉST NYERT :

Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Hetol és Hetokresol a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1, 2 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen íztelen, biztos hatással **étvágyhiány, hyperemesis gravidarum** és chloroform-narcosis utáni hányás ellen. **Orexin-tablettek és -esokoládé-tablettek** à 0.25 gr.**Dormiol** Biztos **altató szer** 0.5–3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** à 0.5 gr.**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező.** Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4–2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

Dr. Brehmer TŰDŐBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorfi Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

Főorvos: **Dr. Petri**, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

Nagy mérvben
vértképző
erősítőés
tápláló-
szer**PURO****HUSNEDV**Tartalmaz
21%természetes
fehérnyétÁra: kor.
320
frt
160**PURO** gyógyszer-vegyészeti intézet.**Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.**

Képviselet Ausztria és Magyarország részére:

GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, II/2 Schüttelstrasse 17.**Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet**

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

INZERSDORF Bécs mellett.

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

Dionin

kitűnő pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevegyület különösen a gonorrhoea és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pótszere, különösen harmadlagos bujakórnál és görvélykórnál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Diphtheria-ellenes gyógyszerum

Irodalom ingyen és bérmentve. * államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység. * Irodalom ingyen és bérmentve.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kitűnő adstringens és antidiarrhoeum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és epilepsia ellen.

E. Merckvegyi
gyára,**Darmstadt**

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 Arpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárcsly 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.

Fischer Ignác: Közlemény Babarczy-Schwartzert Ottó dr., m. kir. udvari tanácsos magán elme- és ideggyógyintézetéből. Érdekesebb agydaganat esete, praeparatum bemutatással. 210. l.

Weisz Ede és Zirkelbach Antal: Közlemény a budapesti magyar kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kéty Károly tanár.) A gyomortáji bordaközi phonotios jelenségekről. 213. l.

Jendrassik Ernő: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? 215. l.

Tárca. Pekár Mihály és Heim Pál: Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 217. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Holzwarth Jenő: A művégtagok. 218. l. — *Könyvismertetés.* Eugen Dühren: Das Geschlechtsleben in England. (R-i) 220. l. — *Lapszemle. Gyógyiszer-tan.* Morel Lavalle: A heroin bőr alá fecskendezése. (Torday Arpád.) — *Általános kór- és gyógytan.* Coppex: A látószerv megbetegedései thyreoida-készítmények használata után. — *Fünc:* A vaccina és a variola okozója. — *Belgyógyászat.* Thompson, Nichols: Glossitis typhusnál. — *Pugnat:* Bélvérzés esete. — *Noorden:* A diabetes mellitus gyógyszeres kezelése. — *Sébsézt.*

Kreiss: Kísérleti adatok a csigolyafélezamodásokhoz. (Pesthy I.) — *Bőrkórtan.* Unna: A viszketés ellen való szerek. (Poór F.) — *Pringle:* Lupus erythematosus laesioján fellépett epithelioma multiplex. (Szabóky J.) — *Pinoce:* Prurigo anaesthetica. (Szabóky J.) — *Cowper:* Dermatitis gangraenosa esete. (Szabóky J.) — *Hügszervi betegségek.* Chetwood: Az epididymitis recidivans. (Tausz B.) — *Neumann A. Egon:* Javitott vizeletgyűjtő. (Tausz B.) — *Werler:* Uvae ursi-salolaladaesok. (Tausz B.) — *Orr-, torok- és gégebajok.* Ziem: A nyelv pseudocarcinómája. (Tóvölgyi E.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Joris: Tussis convulsiva gyógyítása creosottal. — A thioeol. — *Lusignoli:* Werlhof-kór gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 220–222. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az orvosi könyvkiadó társulat. — Egyetemi alkalmaztatások. — Babarczy-Schwartzert Ottó dr. — Oklevél-bemutató. — Elhunyt. — Hercul dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 222. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A magyar szent korona balneológiai egyesülete. — Közkórházi orvostársulat. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Babarczy-Schwartzert Ottó dr., m. kir. udvari tanácsos magán elme- és ideggyógyintézetéből. Érdekesebb agydaganat esete, praeparatum bemutatással.¹

Fischer Ignác dr. intézeti orvostól.

Egy ritkább agydaganatot bátorkodom bemutatni, mely in vivo kezdetben a paralysis progressiva képét mutatta, később a daganat általános tüneteinek nagy részét tárta elénk, további lefolyásában pedig egy folyadékgyülem jelenlétének felvételére utalt. A bonczület igazolta felvételünk helyességét. Az eset közlését ritkasága indokolja.

Kórrajz. B. Zs. 36 éves, hivatalnok és hirlapíró, Babarczy-Schwartzert Ottó dr., udvari tanácsos elme- és ideggyógyintézetébe 1899. évi május hó 25-dikén vétetett fel. Családjában sem elme-, sem idegbaj, sem öngyilkosság kísérlete nem fordult elő. Hat éves korában scarlatinát állott ki, de az minden utóbb, complicatio nélkül folyt le. Fejsérülésnek nyoma nincs. Könnyen tanult, minden vizsgáját megerőltetés nélkül tette le közepes eredménnyel. Nemi tekintetben nem excedált, luetikus nem volt. Hivatalát jól látta el, működése ellen nem volt kifogás, általában véve józan és correct embernek ismertetett. Élénk felfogás és helyes kritika mellett még nehezebb számmiveleteket is hiba nélkül fejtett meg. Házassága példás volt, nevével gyengéden bánt. Körülbelül egy év óta, 1898. május havában magaviselete megváltozott, a csendes, nyugodt ember bőbeszédű lett, önmagát dicsérte, mindig saját személyét tolta előtérbe, de viselkedése egészben véve még nem volt olyan, hogy már azon időben felismerhető lett volna a megváltozott viselkedés kóros jellege. Teendőit még ezen időszakban is jól

végezte, hivatalában mulasztást vagy a számmiveletekben hibát nem követett el, a társadalmi renddel nem került összeütközésbe. Szellemi munkáit az utolsó hetekig 1899. évi márczius haváig jól végezte. Körülbelül ezen időben nyomott kedélyű lett, öntudata zavart mutatott, feledékeny volt, vizeleti nehézségek is jelentkeztek, melyek rövid idő múlva azonban önmaguktól is megszűntek. Orvosának tanácsára szemorvost consultált, ki nála hemianopsiát konstataált s inunctios kúrát ajánlott, de az sem változtatott állapotján. Az intézetbe való felvételkor következő állapot találtatott. A mérsékeltlen fejlett és táplált beteg koponyája aszimmetriát nem mutat. Irise barna, látái tágabbak s nem egyenlők, fényhatásra gyengébben reagálnak, bal arezfelét renyhébben idegzi be, a kiöltött nyelv reszket, a kéznyomás ereje csökkent, mindkét patella-reflex élénkebb. Szívműködés fokozott, pulsus gyors s telt. A szív és nagy edények hangjai tiszták, a vegetativ szervekben nincs elváltozás. Lázatlan. Testmozgásai bizonytalanok, tekintete bágyadt, álmatag. Kedélyi élete változékony, egyszer apathiás, másszor maniacalis színezetű. Szellemi műveletei nehézkesek, emlékezőtehetsége gyengült. Perceptio s associatio zavart, betegségi öntudat hiányzik. Hallucinatio jelenléte kimutatható. Kábultsága miatt ágyban marad, érdeklődést semmi iránt sem tanusít. A tápfelvétel után hány, de néha attól függetlenül is, a hányadék sötét-barna, benne emésztetlen ételmaradék. Soporosis állapota körülbelül két hétig tart, ezen idő alatt hányása, daczára az alkalmazott orvosszereknek, nem szűnik, bágyadt, elerőtlenedett. A hozzáintézett kérdésekre alig válaszol, minden működés, mozgás nehezebbé válik. Egykedvű, a körülötte történő dolgokról nem vesz tudomást. Desorientált. A felvétele utáni 15-dik napon a jégbehűtött tej, borleves a gyomorban marad, jelzett időtől kezdve magához tér, arezkifejezésének feszültsége enged, kedélyének nyomottsága oszla- dozik. Szobájában körültekint, de testi gyengesége miatt mozdulni képtelen. Napok múlva ereje gyarapodván, ágyában kezd forgolódni, érdeklődést mutat. Kérdéseket intéz ápolójához, szellemi élete fel-

¹ Előadatott az országos elmeorvosi értekezleten.

dereng, megismeri környezetét. Beszélget. Napról-napra erősödik, négy hét múlva 1899. évi július hó 10-dikén már elhagyja az ágyát. Ekkor már beszéde összefüggőbb, betegtársaival eltréfálgat, évelődik. Majd lapokat kér, azokat olvasgatja, de tartalmukról csak részlegesen vesz tudomást. Egyszerűbb számmiveleteket helyesen old meg, a complicáltakkal azonban, dacára annak, hogy annakelőtte mindig ilyenekkel foglalkozott, eredményesen megbirkózni képtelen. Tréfás, humoros, apróbb megjegyzéseket tesz, beszéde, gondolkozása helyes, de a szellemi élet gyengülésének bélyegét magán hordja. Kártyázgat, játékában csak néha ejt hibát. Látogatókat fogad, azokkal kedélyesen s értelmesen elbeszélget s a régen multakra híven emlékszik, a közelmultakban történetekre azonban a visszaemlékezés hiányos. Betegségére csak annyiban emlékszik, hogy súlyos gyomorbaja volt. Szellemileg teljesen épnek és egészségesnek tartja magát. Pár hét múlva spontán kéri nejét, miszerint hivatalából az üzleti könyveket hozassa el, mert ő ismét dolgozni óhajt. Nagy kedvvel lát a munkához, összeadási számmiveleteket végez, egy-két oldalt hibátlanul old meg, de több munkára már képtelen. Hamar kifárad s ha forcirozza a munkát, akkor folyton téved. Neje megjegyzésére, hogy még gyenge s a munka látszólag nehezebbre esik, tehát inkább pihenjen, megharagszik s fokozott önérzetéből kifolyólag újlag a munkához fog, de az eredményeiben ép oly silány mint annakelőtte. Csak orvosi közbelépésre áll el a további munkától. A téltenségekben heteken keresztül jól érzi magát. Helyt sidőtilletőleg jól tájékozódik. Sokat sétál, betegtársaival társalog. Élményeit összefüggően adja elő. Viselkedése abnormitást nem mutat, az emlékező tehetség hanyatlása azonban állandóan észlelhető. Közvetlen hozzátartozói állapotát oly jónak találták, hogy már a hazavitel idejéről értekeztek és mert felfogásuk szerint rokonuk sohasem volt szellemileg épebb, könnyebb munka végzését vélték rábizhatni.

1900. évi január hó 10-dikén a kórkép hirtelen megváltozik. Beteg nagy fejfájásról s erős fejneműről panaszkodik. Ismét hányinger vesz rajta erőt s pár percznyi ökröndözés után körülbelül egy félliternyi piszkosbarna hányadék ürül ki. Ekkor látási hallucinációk is jelentkeztek; ágyában száz és száz ember fekszik, kiktől nagyon fél. Ételeit nem akarja fogyasztani, mert benne apró fekete férgek úszkálnak, melyektől nagyon undorodik. Hányása kezdetben naponta többször jelentkezett, később ritkábban, úgy hogy 2-3 napig is elmaradt. Ismét soporosussá vált, semmi sem érdekelt, semmivel sem törődött. Az ételeket kedvetlenül fogadja, tej, hideg borleves képezte táplálékát. Nem beszélt, a hozzáintézett kérdésekre vontatva s röviden válaszolt. Ezen kábultsági állapot hat hétig, 1900. évi február hó 24-dikéig állott fenn, midőn a hányás ismét elmaradt, a fejfájások megszűntek, a nyomottság engedett. Beteg subjectív érzései javultak, ő maga elmondta, „hál' Istennek jobban vagyok“. Napról napra erősödött, úgy hogy már 1900. évi márczius hó 4-dikén ágyát elhagyhatta. Ugy testileg, mint szellemileg élénkebb volt, a társalgó szobába járt, ott betegtársaival beszélgetett, tréfálgatott, újságot olvasott s egyébként is foglalkozott. Látogatókat ismét fogadott, azoknak átélte szenvedéseit eszételte, hálával emlékszik meg környezetéről s kiemelte, hogy most már másodszor mentették meg életét. De ezentúl már többször ágyban marad, jóllehet a fekvést semmi sem indicálta. Ő maga, ha e miatt megkérdeztetett, úgy nyilatkozott, hogy csak lustaságból, tunyaságból fekszik. Bármire is fogott, rövid idő múlva abban hagyta, sem kedve, sem türelme nem volt. Beszélgetés, társalgás csakhamar kifárasztotta. Mindenkint felismert, mindenről elég jól volt tájékozódva. A régi rugékonyságából azonban veszített, mozdulatai, járása nehezkesebb volt, állandóan elfáradási érzésekről panaszkodott. Hangulata labilis lett, a jókedv csakhamar nyomottságba esapott át. Sokszor zsörtölődött, társaival összetűzött, egyszóval nagyon ingerlékeny né vált. Legszívesebben szobájában tartózkodott, hol képes lapokat nézegetett vagy ápolójával kártyázgatott. Játékközben most már gyakran hibákat ejtett. Ezen látszólagos jólét egy hónap múlva, 1900. évi április hó 8-dikén hirtelen megszűnik, ismét hányás lép fel.

Soporosus. A kép teljesen hasonló a már leirtakhoz. Körülbelül hat hét múlva, 1900. évi május hó 22-dikén ismét összehúzza magát, felkel, a kertben sétál, ismerőseit felismeri, azokkal jókedvűen társalog, jól tájékozódik. Testileg erősödik, kinézése

feltűnő jó. 1900. évi június hó 9-dikén már jókor reggel a kertben sétál. Derült kedélyű, mindenkihez van egy pár barátságos szava, állapota felett meglepedését nyilvánítja. Euphorikus érzések behatása alatt áll, majdnem azt lehet mondani, hogy pajzán, hangoztatja, hogy már rég nem volt oly jó napja. Délután minden előjel nélkül a kellemes hangulatból rögtönösen a nyomottba esik vissza, a társaságtól visszahúzódik, nagy fejfájásról s fejneműről panaszkodik. Ágyba fekszik, fájdalmai ellen orvosi kezelésben részesül. De a fejfájások nem szűnnek, auxietas fejlődik, tekintete bágyadt, nagyon kimerült. Az éjt elég nyugodtan tölti, bár keveset alszik.

Reggel öt órakor ápolóját felszólítja, hogy a szobájában levő virágokat öntözze meg, mialatt ezen óhaját nyilvánítja, hányási inger vesz rajta erőt, és egy erősebb ructus alatt feje lehanyatlik s mortuál.

A kórkép részletezve a következőket találjuk. Kezdetben jellemváltozás mutatkozott, melyhez csakhamar feledékenység csatlakozott, itt-ott hallucinációk, ingerlékenység, a kedélyi élet változékonysága, a szellemi élet gyors kifáradása, majd gyengült működése s motorikus elváltozások észleltek. Ezen kép hónapokig állott fenn s csak egy ízben jelentkezett hányás, melynek a fenn említett tünetek mellett lényegesebb jelentőséget nem tulajdoníthatunk. A szellemi élet látszólagos derengése, a tünetek hullámzása a paralysis kórképében elég gyakori jelenség. Igaz, hogy a szemtükri vizsgálat hemianopsiát tüntetett fel, de tekintve, hogy egy góczytünet sem volt kideríthető, a paralysis nem agítált, demens formáját kellett még ekkor felvennünk. De midőn idővel nagy fejfájások, fejneműsések, gyakoribb hányás, soporosus állapot, azután egy ideig tartó stupor jelentkezett, a fennálló hemianopsiával együtt a tumorokra jellegzetes általános tünetek jó részét csoportosíthatjuk, ekkor első felvételünket elejtettük s egy oly jellegű tumort véltünk kórismézhetni, mely consecutive a psychikus zavarokat létesítette. Tekintve azonban, hogy a tünetek folyton ingadoztak, a fejfájások, fejneműsések, hányás stb. kíséző jelenségek egy jó ideig elmaradtak, egy további felvételre éreztük magunkat feljogosítva s pedig arra, hogy a tumor egy része ellágyult, elfolyósult. Mert ha csak solid daganattal lett volna dolgunk, az oly gyors s jelentékeny tünetingadozásokat nem mutatott volna, a nyomási tünetek sem enyésztek volna el oly könnyen. Tályogra nem gondolhattunk, mert az anamnestikus adatok a trauma felvételére alapot nem szolgáltatottak s láz sem a kórkép fejlődése, sem annak lefolyása alatt nem észleltetett. A folyadék jelenlétét olyképen értelmeztük, hogy a solid tumor egy része elpuhult, elfolyósult. Tudjuk ugyanis, miszerint a felnőtteknél a leggyakrabban előforduló agytumorok a gliomák s sarcomák. Ezek, ha a fehér állományban székelenek, terjedelmes nagyságot érhetnek el, a nélkül, hogy valamiképp magukat elárulják. De ha mint solid tumorok jelentkeznek, növekvésükkel a fennálló tüneteket jobban kidomborítják vagy azokat még szaporítják. Ha ellenben enyhülés áll be, azt csak úgy értelmezhetjük, hogy a daganat ellágyul, terimében megkisebbedik, összeesik, egyszóval az intracranialis nyomás enged. Ezen eszmemenet mellett tettük véglegesen diagnosisunkat egy ellágyult daganatra. Midőn azután a halál momentan beállt, feltevésünket megerősítve láttuk s folytatólag felvettük, hogy a folyadék az egyik agygyomrocsba tört magának útát. Mivel pedig góczytünetek nem találtattak s az elmeengesség tünetei nagy feledékenységgel különösen kidomborodtak, a bonczolónak különös figyelmét a homloklebenyre nézve kértük ki. A sectio a bonczjegyzőkönyv tanúsága szerint felvételünk helyességét bizonyította, mert egy ritkán előforduló álképletet tárt elénk — különösen ez indított az eset bemutatására —, mely, ha elpuhul is, ritkán szokott annyira ellágyulni, hogy egy abscessus benyomását tegye. Pedig ennek a tartalma híg, zavaros, sárgászínű folyadék volt. De engedjék meg, hogy a bonczjegyzőkönyvi leletet eredetiben felolvassam, hisz úgyis a legrövidebbre van szabva s csak a lényeges részek vannak felvéve.

A fejbőr vérbő, koponya középszeles, csontjai kissé vastagok, tömörek, kemény burok feszes, könnyen leválasztható, übleiben sok folyékony vér. A lágy agyburók kissé vérdús, a vívőerek mentén helyenként fehéresen elhomályosult, megvastagodott. A gyurók ellapultak. A jobboldali gyomrocs felnyitása alkalmával nagy-

mennyiségű zavaros, sárgás, apró csillámló pikkelyekben bővelkedő folyadék ömlik ki. Közlebbi vizsgálatnál kiderül, hogy mindkét mellső szarv feneké a corpus striatum niveauja fölé van domborítva, a jobboldali kissé laposabb, mert domborulatának közepén kölesnyi nyílás van, melyen át az oldalgyomrocsban található hasonló folyadék szívárog elé. Mindkét corpus striatum — mellső részében — kissé lágyult, de jól felismerhető. A III. agygyomrocs fenekét egy nagy diónyi, a thalamus opticus niveauja fölé emelkedő tömlő domborítja elő, mely 4 cm. hosszú s a corpus striatumokat, a thalamus opticusokat egymástól usque 2·5 cm.-re eltolva, azoknak belső oldalán mély vajúlatot hozott létre. E tömlő hátsó részletén a commissura media megvékonyodottan kifeszül. A corpora quadrigemina épek. Az agy alapján a homloklebenyek közt a sulcus rectusok közepe tájától kezdve hátrafelé egy 3·2 cm. hosszú, 2·8 cm. széles, szabálytalan alakú, kissé dudoros, mellülről hátra lejtősen aláfelé kiemelkedő, legnagyobb részt fakó-sárgás, fehér, néhol vöröses-szürke felületű daganat terjed, melynek oldalán a megvékonyodott, ellapult s félretolt nervus olfactorius s opticusok haladnak el. Ezen daganat hátsó meredek fala, egy egészen a Varol-hídig terjedő 16 cm. hosszú és széles, az előbbinél $\frac{1}{2}$ cm.-mel alacsonyabb daganatba közvetlenül folytatódik. A két daganat találkozási helyén van a látó idegek kereszteződése, csak hogy a daganat által eltakarva. Az oculomotorius, valamint a többi agyidegek is épek. A török nyereg körülbelül egy cm. mélységig kivájult, fenekén a csont csaknem az eltűnésig megvékonyodott. A glandula hypophysis nem található meg, helyét a hátsó daganat foglalja el.

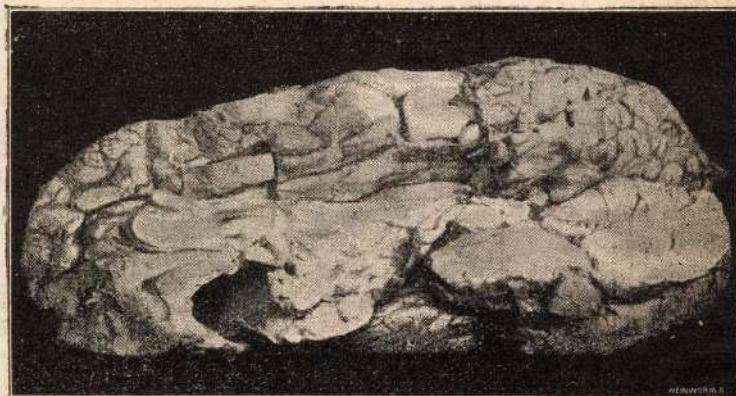
Az agynak hosszirányban való felezésénél kiderül, hogy az agy alapján kidomborodó egész daganat voltaképpen két tömlőből áll, melyek közül a mellső körülbelül tyúktojásnyi (7 cm. hosszú, mintegy 5 cm. széles és vagy 3·5 cm. magas) s részben a homloklebenybe behatol, alsó falát hátul mintegy 3 cm. hosszban lágyburok, mellfelé eleinte csak 1–2 mm., majd 1·5 cm. vastag agyréteg, felső falát hátul a mellső szarvnak hártavékonyoságú feneké, mellül a homloklebenynek 2·5–3 cm. vastag rétege, oldalsó falát 1 mm.-től fokozatosan 1·5 cm.-ig vastagodó agyállomány képezi, mellső végét a polustól jobboldalt mintegy 2 cm.; baloldalt 3 cm. vastag agyréteg választja el. A tömlő sima, halványvöröses, szürke, vékony, könnyen leválasztható hártával van bélelve, hátsó alsó részében azonban vagy 1·5 cm. vastag, pépes, fakó sárgás, fehéres, részben csillámló massa foglal helyet, mely az agy alapján levő mellső kidomborodást mutatta. Ezen — mézszemeseket is tartalmazó — pépes réteg, mely összesen vagy 3 cm. hosszú, 0·5 cm. vastagságban és 1·6 cm. hosszúságban, közvetlen a leírt nagy tömlő mögött fekvő és a harmadik agygyomrocsba erősen bedomborodó diónyi tömlő alá folytatódik, de itt a pépes anyag sima hártás bélés által van a tömlőnek sárgás, különben szintén csillámló folyadékától elkülönítve. Az utóbb említett pépes massa által képzett daganat fészkelte a török nyeregben. A két tömlő vékony hártászerű fal által van egymástól elválasztva, egymással való közlekedésük ki nem mutatható.

Mikroszkopi lelet: A pépes anyagban nagy mennyiségű cholestearin tábla, továbbá zsíresepek, mézszemesek, szemesegömbök s szemesés, szögletes nagy sejtek láthatók. A tömlőket kibélelő hártya párhuzamos rostozatú, néhol kissé laza kötőszövetből áll, mely helyenként apró kerek sejtekkel gazdagon beszőrődött, de a mellett — habár gyérebben — nagyobb orsóalakú s ovalis magvakkal ellátott sejteket is tartalmaz. A hártya belső felülete nagyobb lapos, főleg polyedrikus, elvértve kerekded sejteknek egy, ritkán több rétegével van borítva, melyeknek protoplasmája, valamint ovalis, ritkábban kerekded magja halványan festődik. A bőr szerkezetére emlékeztető kép sehol sem látszik.

Mint méltóztatnak látni, esetünkben egy meningealis eredetű cholesteatoma állott fenn, melynek egy része teljesen folyékonyvá vált s ez tört útat magának a jobb oldalgyomrocsba, minek folytán beállott a momentan halál.

Szerény nézetem szerint nem volna időszerű, ha felolvasásom keretében a cholesteatomák pathogenesisét felvenném, hisz e téren a nézetek még nincsenek tisztázva s így sok theoriával kellene előállanom. Esetemmel kapcsolatban ez irányban szerény nézetemet más alkalommal leszek bátor előterjeszteni. Legyen szabad ez

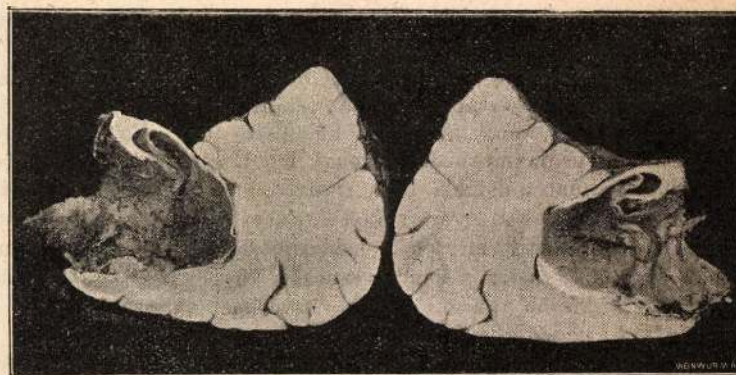
alkalommal legalább mégis csak annyit felemlítenem, hogy ép a meningealis eredetű cholesteatomákat illetőleg Virchow azon nézetet vallja, miszerint azok a pia edényeinek perithelsejtjeiből fejlődnek, Ziegler embryonalis csírok eltévedése folytán epidermoidalis eredetűeknek vallja (a mi esetünk ellene szólna), Klebs az endotheliomákhoz sorozza.



I. ábra.



II. ábra.



III. ábra.

Az I. ábra a jobb agyfelet mutatja, elöl lent a homloklebenybe terjedő üreggel, mely mögött a daganat szilárd része van, felfelé a corpus callosumig, hátrafelé a ponsig kiterjedőleg. A II. ábra a bal agyfél homloki részét tünteti fel (sagittalis metszet, medialis felszín). A III. ábra a II. készítménynek az üreg közepén frontalis síkban történt átmetszetét mutatja.

Szíves és kitüntető figyelmüket hálásan megköszönvén, méltóztatassanak megengedni, hogy e helyen is igen tisztelt főnökömnek, Babarczy-Schwartzler Ottó dr. udvari tanácsos úrnak, ki az esetet nekem közlés végett átengedte, köszönetemet nyilvánítsam.

Közlemény a budapesti magyar kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly tanár.)

A gyomortáji bordaközi phonatios jelenségekről.

Irták: Weisz Ede dr. pöstyéni fürdőorvos és Zirkelbach Antal dr. klinikai gyakornok.

A mennyiben a bordaközi phonatios jelenségek¹ már eddig is élettani érdekességükön kívül egyes esetekben klinikai hasznavehetőséget tanúsítanak, czélszerűnek mutatkozott a phonatios bordaközi jelenségeknek a gyomortájon való viselkedésével közelebbről foglalkozni. Az „Új vizsgálati eljárás” című dolgozatban a gyomrot illetőleg röviden csak annyi van felemlítve, hogy néha a phonatios jelenségek a Traube-féle térben is látszanak. A dolog ott úgy van feltüntetve, mintha ezen Traube-féle térbeli phonatios jelenségeket maga a gyomor is képes volna szolgáltatni.

Szükségesnek mutatkozott tehát azzal tisztába jönnünk, hogy ezen jelenségeket mennyiben lehet tényleg a gyomorral oki összefüggésbe hozni. Azonkívül még számos más kérdés is kínálkozott a gyomor körében, nevezetesen: vajjon bir-e közvetlen vagy közvetített befolyással a gyomor különböző teltsége a jelenségekre; vajjon az egyén helyzete is változtat-e valamit a jelenségek fokán, terjedelmén stb.

Vizsgálatainkat 40 különböző korú, többnyire mérsékelt vagy rossz tápláltságú klinikai fekvő és kis részben ambulans betegen végeztük. A priori olyan betegeket kellett választanunk, a kik a phonatios jelenségeket egyebütt is legalább elég jól adták. Ez okból túlnyomólag férfibetegekkel foglalkoztunk, lévén nőknél a vizsgálandó terület az emlők által többé-kevésbé fedve.

Vizsgálataink eredményeit előre megvonalzott schemákon vettük jegyzésbe, a hol a különböző bordaközök és különböző vizsgálati vonalak fel voltak tüntetve. *Vizsgálataink olyformán csak a bal oldaltól V—XI. bordaközökre és parasternalis, mamillaris, mellső, középső és hátsó axillaris vonalaira terjeszkedtek.*

A kitűzött kérdéseknek megfelelőleg betegeinket többnyire többszörösen vizsgáltuk: üres, felfújt (Frerichs szerint) és telt (ebéd után) gyomorral; hanyatt és oldalt fekvésben, ülve és állva. Vizsgáltunk azonfelül több beteget bélfelfúvás után is. Időközben alkalmunk volt, kutatandók a hasür nagyobb fokú feszültségének esetleges befolyását, néhány ascitikus beteget is vizsgálni.

Eleve azt vártuk, a mennyiben a phonatios bordaközi jelenség meglehetősen érzékeny tünetnek bizonyult, hogy a különböző viszonyoknak a phonatios jelenségekre igen is lesz módosító befolyása. Ebben ezen új vizsgálati eljárásnak bizonyos előnye és bizonyos hátránya is rejlik. Utóbbi különösen a kopogtatás egyöntetűbb leletével szemben, főleg a be nem avatottak előtt fog szembetűnhetni, mert első tekintetre az olyan eljárás, melynek vizsgálati eredményeit sok mindenféle és néha esekélynek látszó külső ok megváltoztatni képes, a tekintetbe veendő tényezők sokasága folytán bonyolultnak, a különböző tényezők tekintetbe vétele nélkül pedig megbízhatatlannak fog látszani. A kopogtatásnál másképp állnak a dolgok. Nem szenved kétséget, hogy az egyén különböző helyzete, a gyomor kisebb-nagyobb teltsége a kopogtatásra is kell, hogy megfelelő módosító befolyást gyakoroljon. Ámde épen a gyomor táján olyanok a kopogtatási viszonyok, hogy azok kisebb külső okokra kevésbé változnak, mint a szemünknek hozzáférhető bordaközi jelenségek. A mint tehát a phonatios bordaközi jelenségeknek könnyű befolyásolhatása felületes megtekintésre az eljárás hátrányának látszhatik, úgy épen a jelenségek nagyfokú érzékenységében azoknak előnye is rejlik, ha arról van szó, hogy a dolog mélyébe hatolva, a jelenségek finomabb árnyalatait a bár finoman változott viszonyok kifejezésekként tanuljuk megismerni és értékesíteni.

Az egyén helyzetének befolyása üres gyomor mellett. A különböző helyzet a különböző vizsgálati vonalakra más-más befolyással szokott lenni. Nem mondhatni tehát, hogy ez vagy az a helyzet

a phonatios jelenségeket valamennyi vizsgálati vonalban egyenlő mérvben fokozná vagy csökkentené. A rendes inkább az, hogy helyzetváltozásnál a jelenségek egyes vizsgálati vonalakban élénkülnek, mi alatt más vizsgálati vonalakban egyidejűleg többé-kevésbé esőkkenek (ugyanazt a gyomortartalom módosító befolyásáról is többé-kevésbé mondhatni). Ritkán még az is megesik — és ez a különböző teltségű gyomorra szintén áll —, hogy a jelenségek a külső viszonyok megváltozása dacára lényegesen nem igen változnak.

A bal parasternalisban — az V. bordaközöttől fogva — a jelenségek leginkább hanyattfekvésben szoktak látszani. Ha, mint ez elég gyakori, a parasternalisban hanyattfekvésben sem látszik jelenség, akkor ülve, még inkább állva sem szokott látszani. Ha a phonatios jelenség a parasternalisban gyenge, úgy ülve, még inkább állva el szokott tűnni.¹ Ha hanyattfekvésben a parasternalis jelenségek élénkek, a helyzetváltozás által néha nem igen változnak, többnyire azonban ülő, még inkább álló helyzetben lényegesen gyengülnek vagy egészen el is tűnnek.

A bal mamillarisban a jelenségek helyzetváltozásra csak ritkán nem, többnyire azonban változnak. Szabályok, melyek valamennyi embernél egyformán érvényesülnének, a különböző helyzetre nézve nem állíthatók fel. Általában a következőket mondhatjuk: a jelenségek a mamillarisban többnyire szintén hanyattfekvésben látszanak legjobban, rosszabbul ülő és legrosszabbul álló helyzetben. Egyes ritka esetekben a jelenségek épen hanyattfekvésben a leggyengébbek, ilyenkor élénkségük nem csak oldalfekvés, hanem ülő s álló helyzet által is szokott növekedni.

A bal mellső axillarisban a jelenségek helyzetváltozásra többnyire változnak, csak ritkán nem. A változás a VII. és VIII. bordaközben általában gyakoribb és nagyobb mérvű, mint az V. és VI. bordaközben, mely magasabban fekvő bordaközökre a helyzetváltozásnak többnyire kisebb a hatása. Egységes szabályt itt sem állíthatni fel, de bizonyos szabályszerűségek felmerülnek. Így az álló helyzetről azt mondhatni, hogy az egész mellső axillaris vonal jelenségeire többnyire egyenletes élénkítő hatása van; néha az álló helyzet élénkítő hatása csak lent (VII—VIII. bordaköz) mutatkozik és a felső bordaközökben (V—VI.) néha még az is megeshetik, hogy álló helyzetben gyengülnek a jelenségek. Igen érdekes reciprocitást láttunk sok esetben a VII. és VIII. bordaközben a fekvő és ülő helyzet között, a mennyiben az illető egyéneknek ülve csak a VII., fekvő csak a VIII. bordaköz mellső axillarisában mutatkozik jelenség. Úgy látszik, a mellső axillaris VII—VIII. bordaköze oly érzékeny pleuralis tér, mely fekvéskor és üléskor nagyon könnyen lényeges átalakuláson át, mert csak úgy történhetnék, hogy a jelenség, mely hanyattfekvésben csak a VIII. bordaközben végződik, ülve már a VII. bordaközben érjen véget. *Oldalfekvést* illetőleg úgy tapasztaltuk, miszerint a hanyattfekvéshez viszonyítva, jobbra a felső bordaközökre (V—VI.) szokott élénkítőleg hatni.

A középső és hátsó axillarisban is többé-kevésbé szoktak a jelenségek helyzetváltozásra módosulni. Általában fekvő leggyengébbek a jelenségek — itt a világitás is a legrosszabb —, ülve vagy oldalfekvésben élénkülnek s állva a legélénkebbek.

A vizsgálati vonalak mély pontjain a jelenségeket elégszer csak álló helyzetben lehet előtűntetni.

A felfújt és telt gyomor befolyása a phonatios jelenségekre. Vizsgálatainkból kitűnt, hogy a gyomor különböző fokú teltsége — gázokkal vagy eledellel — befolyással szokott lenni a baloldali phonatios jelenségekre. Ezen befolyás legjobban a bordaívnek megfelelő, mélyebb bordaközrészletekre látszik érvényesülni, néha azonban a gyomortartalom módosító befolyása felterjed részben a középső és hátsó axillaris V. bordaközéig, úgy hogy ritkán még távolabbi hatásról is lehet szólni.

A gyomortartalom módosító befolyása korántsem mondható egységesnek, a mennyiben ugyanazon helyzetben vizsgált egyének sem adnak mindig megegyező eredményt, a minek magyarázata egyrészt egyéni viszonyokban — különböző alkotású bordaközök stb. —, másrészt a gyomortartalom esetenként különböző, s közelebbről

¹ Lásd Weisz Ede dr.: Új vizsgálati eljárás. Orvosi Hetilap 1900. 4 sz. és Klinikai füzetek 1900. 5. f. Továbbá Kétly László dr. és Weisz Ede dr.: Mennyiben lehet a phonatios bordaközi jelenségeket exsudatum pleuriticum eseteiben értékesíteni? Magyar Orvosi Archivum. 1900. 6. füzet.

¹ A bal parasternalisban mutatkozó gyenge jelenséget néha az által tudtuk fokozni, ha a beteget jobb oldalára fektetve oldalhelyzetbe hoztuk.

meg nem határozható mennyiségének köszönhető. Sőt ugyanazon egyénnél *egy* helyzetben végzett vizsgálat alkalmával sem kell, hogy a gyomortartalom módosító befolyása valamennyi szóbajövő bordaközre nézve egyenlő mérvben érvényesüljön. Hiszen az egyes bordaközök maguk is különböző alakúak, hol keskenyek, hol szélesebbek, hol feszesebbek, hol kevésbé feszesek, távolságuk szerint továbbá a gyomorral hol szorosabb, hol lazább viszonyba léphetnek. Ezek után vizsgálati eredményeinknek itt-ott eltérőknek látszó részletei is észlelhetők válnak.

A gyomor nagyfokú felfúvása a megfelelő bordaközökben rendszeren a phonatios jelenségek csökkenéséhez vezet. Ezen csökkenés esetenként hol csak egy-egy bordaközrészletben nyilvánult, hol pedig összhangzóan több bordaköz kisebb-nagyobb részén mutatkozott. Néha megeshetik, valószínűleg elégtelen felfúvás következtében, hogy a phonatios jelenségek lényegesen nem változnak, vagy pedig kivételesen, hogy a jelenségek, valószínűleg mérsékelt felfúvás folytán, még részben élénkülnek.

A táplálékkal telt gyomorral (közvetlen ebéd utáni vizsgálat) tett észleleteink annyiban eltérők, hogy az étellel telt gyomornak befolyása a phonatios jelenségekre kevésbé egyöntetű, mint a felfújó gyomornak többnyire egyenletesen csökkentő befolyása. Azt láttuk ugyanis, hogy a gyomornak étellel való megtelése folytán a legtöbb esetben a jelenségek egyes bordaközökben hol csökkennek, hol meg élénkülnek, mialatt más bordaközökben a jelenségek egyidejűleg ellenkező irányban változnak. Részletesebben erről a következő fejezetben lesz szó.

Azon vizsgálatok szerint, a hol alkalmunk vala ugyanazon egyéneket egyféle — *hanyatt* — helyzetben felfújó és telt gyomorral vizsgálnunk, a párhuzam a következőket mutatta: Az esetek egyik részénél a felfúvás nagyobb mérvben csökkentette a jelenségeket, mint a gyomornak ebéd általi megtelése. Az esetek másik részében szintén nagyobb mérvben csökkentette a jelenségeket általában a felfúvás, mint az ebéd, de a felfújó gyomorral néha megeshet, hogy a phonatios jelenség az általános csökkenéssel szemben egyes pontokon (parastern. V. bordaköz) élénkült. Analog észleletet tettünk egyes esetekben az ebéddel telt gyomornál is, *ülő* helyzetben vizsgálat alkalmával; a jelenségek t. i. az ebéd folytán általában csökkentek, azonban a mamillaris és mellső axillaris VI. bordaközben, hol ebéd előtt jelenség alig volt, ebéd után mérsékelt jelenség kezdett mutatkozni.

A mi a magyarázatot illeti, érthető, hogy a maximalisan felfújó gyomor két okból is inkább csökkenteni képes a phonatios jelenségek élénkségét az étellel telt gyomorhoz viszonyítva. Először is a felfújó gyomor nagyobb resistenciával bír és arra, hogy phonatio alatt kedvező viszonyok között esetleg maga is részben egy-egy bordaközben phonatios jelenségek alakjában kitüremkedjék, kevesebb hajlama van, mint az étellel telt gyomornak; másodsor: a maximalisan felfújó gyomor inkább szorítja ki a tüdőt helyéből és inkább vonja maga után e miatt is a phonatios jelenségek csökkenését, mint az étellel telt gyomor.

Azon körülményben, hogy ugyanazon egy vizsgálat alkalmával egyes bordaközökben élénkül a phonatios jelenség, mialatt egy másik bordaközben egyidejűleg csökken, csak látszólag van ellenmondás. Érthető, hogy ha valamely bordaközben a tüdő a felfújó gyomor miatt kiszorul s a phonatios jelenség eltűnik e helyen, hogy esetleg a magasabban fekvő bordaközben fokozott mérvben megjelenhet. (A helyzetváltozásnak a különböző bordaközökre gyakorolt néha nem egyenletes befolyását is így kell értelmeznünk.) A gyomorfelfúvásnak a phonatios jelenségekre gyakorolt csökkentő hatása, mint az boncztanilag érthető, többnyire a parasternalis, mamillaris és mellső axillaris vonalra irányul. Az esetek kis számában megeshetik, hogy a nevezett vonalakban változás nem mutatkozik, hanem csak a középső axillarisban kezdenek a jelenségek felfúváskor csökkenni. De ezen esetekben még az üres gyomor dobos kopogtatási hangja is egész a mellső axillaris VI. bordaközében volt található, úgy hogy a középső axillarisban a felfúváskor mutatózó csökkenés mégis csak szomszédos hatásnak látszik.

A helyzet befolyása telt gyomor mellett. A felfújó gyomrot ugyanazon egyénnél különböző helyzetekben nem vizsgálhattuk, mert a vizsgálati egyén bőfűgése miatt a vizsgálatot gyorsan, néha szinte futólag kellett végeznünk.

Az étellel telt gyomorra, illetőleg az ez által módosított phonatios jelenségekre, a mint azt várhattuk is, a helyzetnek lényeges befolyása volt. *Álló* helyzetben a jelenségek legkevésbé látszólag változni az ebéd előtti vizsgálathoz viszonyítva, bizonyára azért, mert a gyomortartalom álló helyzetben súlyánál fogva lesülyedvén, a Traube-féle tér phonatios jelenségére kisebb befolyással kellett, hogy legyen. *Ülő* helyzetben a jelenségek mellül inkább élénkültek, az oldalsó részletekben inkább csökkentek. *Hanyattfekvésben* néha a jelenségek nem igen változtak, míg máskor mellül a parastern. V-dik s a mamillaris VI-dik bordaközben nagyon csökkentek.

A gyomortáji phonatios jelenségek viszonya a kopogtatáshoz. Azon kérdés van még hátra, hogy a gyomortáji phonatios jelenségekhez, ha ilyenek egyik-másik helyen látszanak, mennyiben járul a gyomor, illetőleg az itt látható jelenségek mennyiben kösszönik a gyomornak s mennyiben a tüdőnek létrejövetelüket.

Tudjuk, hogy ezen két szerv — gyomor és tüdő — meglehetősen területen fekszenek össze. Kopogtatással egyiket a másikkal szemben izolálni vajmi bajos; a gyomor egymaga épen úgy adhat dobos kopogtatást, mint ha vékony tüdőréteggel van borítva, azért nagyon fontos volna annak megállapítása, vajjon a gyomortájon esetleg feltűnő phonatios jelenségeket mennyiben lehet kizárólag a gyomorra vagy kizárólag a tüdőre, vagy pedig a két szervnek együttes befolyására vonatkoztatni.

Ha az ezentáji phonatios jelenségek egyaránt függnének a gyomortól és tüdőtől, úgy ezen szerveknek phonatios jelenségekkel való izolálása egymással szemben nem igen volna lehetséges. Ha ellenben bebizonyulna, miszerint az e táji phonatios jelenségeket lényegükben rendszeren a tüdő szolgáltatja, a tüdőnek a gyomortól való elkülönítése ez alapon inkább volna kivihető. Azon eshetőség, hogy a jelenségeket kizárólag a gyomor csinálná, szóba sem jöhet.

Kérdésünk tehát az: vajjon a gyomortáji phonatios jelenségeket kizárólag a tüdő adja-e, avagy részt vesz azok előidézésében a gyomor is? Már, hogy a gyomornak az e tájbeli phonatios jelenségekre *módosító* befolyása van, természetes és az eddigi fejtegetéseinkből is kitűnik ép úgy, mint bármely a tüdővel szomszédos szervnek, mely alakját és nagyságát változtatja, befolyása lehetne. De kérdésünk lényege, vajjon a gyomor, mint ilyen maga *okozhat-e* egyenesen bordaközi phonatios jelenségeket olyformán, hogy falzatával phonatio alatt bordaközileg kitüremkednék?

Phonatios leleteinket a gyomortájon a kopogtatás eredményeivel összehasonlítva kitűnt, hogy a kopogtatási hang változásával a phonatios jelenségek is változtak. Más szóval a phonatios jelenségeknek rendszeren ott volt a véghatárjuk, a hol kopogtatási határ is volt. A mennyiben a kopogtatás bizonyos vizsgálati hosszvonalban (parastern. stb.) nem hirtelen ment át egyik hangból a másikba, kopogtatási *határvonal* helyett, kopogtatási *határterület* volt dolgunk. Néha például a teljes, éles, nem dobos hang hirtelen — azaz egy bordán és egy bordaközön belül — ment át dobos hangba; néha a teljes éles, nem dobos hang után a következő bordaközben „dobos színezetű” hang és csak az ezutáni bordaközben következett végre dobos hang. *A még ezután következő véglegesen dobos terület fölött phonatios jelenségeket sohasem láttunk.* Tehát úgy látszik, gyomortáji phonatios jelenségek csak a fent jelzett határterületen szoktak lenni, azaz ama területen, a hol a gyomron kívül tüdő vagy legalább tüdőszél is van; az abszolút dobos terület alsó része, azaz egyedül a gyomor felett phonatios jelenségek nincsenek. Ezzel kérdéseinkre is megvan adva a válasz, a mely szerint a gyomor mint ilyen egyedül phonatios jelenségeket nem szokott adni. Ha pedig ez így van, úgy a *dobos terület kérdéses részén kizárólag a phonatios vizsgálat és a phonatios jelenségek alapján tudjuk a tüdőszélt megletni és kijelölni, a két szomszédos szervet tehát vizsgálatilag egymástól elkülöníteni.*

A phonatios jelenségeknek viselkedése a kopogtatáshoz viszonyítva a határvonalon, illetve határterületen egyáltalán nagyon jellemző vala. A phonatios jelenségek a tüdőhatároknak megfelelő bordaközökben kopogtatással összhangzóan az összes vizsgálati vonalakban többnyire hirtelen végződtek, úgy hogy a szóba jövő két szomszédos bordaköz közül rendszeren csak az egyikben szokott volt jelenség lenni. Ilyenkor a phonatios jelenség szempontjából is

igazi határvonalról szólhatunk. A hol pedig bizonyos vizsgálati hosszvonalban a határterületen két bordaközben is mutatkozott jelenség, a jelenségek közt szinte kivétel nélkül legalább fokozati különbség volt. Ezen fokozati különbség a vizsgálatok egyik részében olyan, hogy a jelenség a mélyebben fekvő bordaközben élénkül és az esetek másik részében viszont olyan, hogy a jelenség a mélyebben fekvő bordaközben gyengül. A jelenségnek lefelé való gyengülése a tüdőeknek lefelé való vékonyodásával függ nyilván össze. A jelenségnek lefelé való esetleges erősödését azzal kell magyaráznunk, hogy ilyen esetben a tüdő széle véletlenül nem a borda mögé, hanem a bordaközbe esik, a midőn vékonyodó volta dacára — talán a szomszédos képlet (gyomor, lép) felső részéhez támaszkodva — esetleg élénkebb phonatios kitéremkedést okozhat.¹

Vastagbél felfúvás és ascites befolyása. A mennyiben a gyomortáji phonatios jelenségek érzékeny és könnyen befolyásolható tünetnek mutatkoztak, szinte azt kellett várnunk, hogy ha a hasürbeli nyomás viszonyait végbelen át történt felfúvás által módosítjuk, annak a gyomortáji phonatios jelenségeken meg lesz a látszata. De többszörösen végzett vizsgálataink egybehangzóan azt mutatták, miszerint a mesterséges bélfelfúvás a gyomortáji phonatios jelenségeket nem igen alterálja, a mi annál feltűnőbb, mert hiszen láttuk, hogy a gyomor nyomásbeli viszonyai különböző fokú teltség mellett meglehetősen nagyfokú befolyással szoktak lenni az e tájbeli phonatios jelenségekre. Fel kell tennünk, hogy a gyomor különböző viszonyok között a szomszédos tüdő helyzet változására, illetőleg az itteni pleuralis rezerv-űr módosuló alakjára nézve több befolyással van, mint a vastagbélbeli feszülés növekvése, a mi természetes is. A vastagbélbeli feszülés növekvése, a mennyiben a vastagbél zöme a diaphragmával nem lép szoros érintkezésbe, inkább a mellő hasfalakat domborítja elő. Ellenben a gyomor, a mely a baloldali hypocondriumban fundus részével a diaphragmával szorosabban és szélesebb érintkezésbe lép, természetesen a szomszédos pleuralis rezerv-űrre szinte döntő hatással bír.

A nagyfokú szabadvízkórnak — több májcirrhosisban szenvedő ascitikus beteget volt alkalmunk vizsgálni — inkább van befolyása a gyomortáji phonatios jelenségekre. Itt a phonatios terület csökkenteni szokott, nemesak mellül a bordaívnek megfelelőleg, hanem még az axillaris vonalak magasabban fekvő részein is, egyrészt a bordaívnek nagyobb fokú széjjeltolása, másrészt a diaphragmának felfelé való szorulása és a tüdő összenyomása folytán. (Egy ascitikus betegünknek megnagyobbodott mája fölött azon érdekes észleletet tettük, hogy a phonatios jelenségek a máj tompulatába mélyen belenyúltak, nyilván a pleuralis rezerv-űrnek sajátságos lapos alakulása miatt, a mely csak oly vékony tüdőnyelvnek ott létét engedte meg, a mely kopogtatással kimutatható nem volt.)

Összefoglalás: Vizsgálataink eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

A vizsgálati egyén helyzete többnyire határozott befolyással van a gyomor és léptáji phonatios jelenségekre, bizonyára azért, mert helyzetváltozáskor a megfelelő vizsgálati vonalakban a pleuralis tartalékos tér is változik. Általában azt mondhatni: a phonatios jelenségek határpontjait a bal parasternalis és mamillaris vonalban többnyire harántfekvésben, a három hónaljvonalban pedig álló helyzetben lehet leginkább megállapítani. Ha ugyanazon egyénnel többszörös összehasonlító vizsgálatokat akarunk végezni, szükséges azokat ugyanazon helyzetben ismételni, illetőleg ugyanazon helyzetre vonatkoztatni.

A gyomortáji bordaközi phonatios jelenségek minden valószínűség szerint nem a gyomortól eredők, noha a gyomor tartalma, illetőleg helyzete a jelenségek fokára és gyomortáji terjedelmére lényeges módosító befolyással lehet. A gyomor ezen módosító befolyása többnyire tartalmával és változó feszültségével arányos és leginkább a maximalisan felfújt gyomor segítségével demon-

strálható. A gyomortartalom kiskokú változatai a jelenségeket kevésbé szokták észrevehetően befolyásolni.

Egyedül kopogtatással a tüdő és a gyomor együttes összekövéséről tökéletes képet nem nyerhetünk. Ha a kopogtatás a „teljes éles, nem dobos“-ból a dobos színezetbe való átmenetével a gyomor kezdetét jelzi, úgy a dobos területen csak a phonatios végpontokkal lehet a tüdő végét felismerni. A vizsgálati eljárásokat olyanformán kombinálva, azon helyzetbe jutunk, hogy a tüdő és gyomor összekövésének terjedelméről a szívcsúc és a léptompulat mellő széle közti részen meglehetősen biztos ítéletet szerezhethünk, a mi klinikai tekintetben néha becses lehet.

Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan?

Irtá: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanár.

(Vége.)

Ne rejtőzzünk el theoriai falak mögé, nyissuk ki szemünket: a betegészlelés egészen más dolgokat mond, mint a mit a cikkekben olvassunk. Mi értelme van annak, ha Guinon ellene szól a lázesökkentő szerek használatának, miután azok: „csökkentik az oxydálást és lebilincselik a táplálkozást“, hisz az oxydálás fokozott ugyan a lázban, de hogy ez a fokozás a betegre nézve hasznos vagy szükséges lenne, az semmiképen sincsen kimutatva; sőt ha lassúbbítjuk az oxydálást, a beteg erejét kiméljük a nélkül, a mint azt a tapasztalat bizonyítja, hogy neki egyébként ártanánk. A táplálkozáson pedig már az oxydálás visszatartása is javít, de a láz csökkentése vagy megszüntetése idején a betegek sokkal jobban esznek és emésztenek — erre ismét a tapasztalat tanít —, mint a hőemelkedés magaslatán. És szörnyen túlzottnak látom azon logikai kapcsolatot, a midőn Guinon kijelenti, hogy arra, hogy meggyőződünk a lázesökkentő szerek több rossz, mint jó tulajdonságáról, elégséges arra utalnunk, hogy az antipyrin csökkenti a vizelet mennyiségét és alászállítja mérgező voltát. Ezen két állítást Guinon, Roque és Weill hasi hagymázás betegeken tett észlelésére alapítja; ezen vizsgálatok igen érdekesek lehetnek a kutató pathologia szempontjából, de hogy ezen egy argumentum elég lenne a szóban forgó orvosságok elvetésére, ez az elfogulatlan logikával nem egyeztethető össze; ha még így állana is a dolog, még akkor is annyi mellékkörülmény játszik közbe, hogy az egyszerű következtetés meg nem engedhető. Ha a vizelet mennyisége csökkentek találtatott (már pedig ez nem áll minden lázas betegre, mert inkább szaporodni látom a vizeletet a lázszűnet alatt, akár természetes módon, akár mesterségesen jött az létre), úgy nem szabad elfeledni, hogy viszont a bőr kiválasztása tetemesen fokozódott és ezen út is igen alkalmas a szervezet toxinjainak kiküszöbölésére.

Néhány év előtt még nem ezen okoskodással iparkodtak érvelni a lázesökkentő szerek ellen, akkor nagyon hangsúlyozták még — egyesek ma is — ezen szerek kedvezőtlen hatását a szívre, szívgyöngeséget, collapsust emlegetve. Ez az állítás is szertelenül túlzott s hiába keresünk rá bizonyítékot akár a gyakorlati életben, akár az irodalomban. Az irodalomban nem találtam egy biztos áldozatát sem az antipyrinnek.¹ Olvastam s láttam is átmenetileg némi enyhe rosszullétet a lázesökkentés megindultával, később néha oly hőmérsékletet, a mely a rendes alá süllyedt, de mindez igen rövid idő alatt engedett. Ilyen tünetek előállnak vagy individualis érzékenység alapján, vagy pedig ha a lázesökkentés és a természetes krízissel vagy remissioval esett össze. Némi

¹ Ime azon eseteknek a sorozata, a melyek az irodalomban mint a lázesillapító szerek áldozatai vannak feljegyezve: May: Deutsche med. Wochenschrift. 1884. Blone: Lancet. 1885. 382. l. Ehrlich: Ther. Monatshefte. 1887. 53. l. Henderson: New-York med. Record. január 22. Quast: D. med. Wochenschrift. 1888. Hardy: Bull. de l'Acad. der Médecine. Rappin: Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte. Krönig: Berliner klin. Wochenschrift. 1895. 46. Fraenkel ugyanott. Mindezeket, kettő kivételével, a melyeket nem tudtam megszerezni, az eredeti közleményben áttanulmányoztam, valamint azon eseteket is, a melyekben súlyos mérgezési jelenségeket irtak le a szerzők, de a melyek mégis gyógyulással végződtek. Mindezen esetek, vagy csaknem mind, a legnagyobb mértékben kétesek, főleg a halálosan végződöttek. Sem a tünettán, sem az egyéb körülmények nem adtak ezen esetekben egységes képet s rendszerint a beteg súlyos bántalomban szenvedett, a melynek tünetei gyakran homályosak maradtak, de a melyek egymagukban is lehettek a

¹ Az egyetlen eset, a hol a kérdéses határterületen a két egymás-fölötti bordaközben a jelenségek között fokozati különbség nem volt, a mellő axillaris VII. és VIII. bordaközére vonatkozott „kissé dobos“, illetőleg „dobos“ kopogtatási hanggal, tehát látszólag a gyomrot illette. Azonban, mert a VII-dik bordaközben csak „kissé“ dobos a kopogtatási hang, tehát ott még tüdő volt, feltehető, hogy a VIII-dik dobos bordaközbe a tüdő legalább szélével szintén belenyúlt.

izgató szer könnyen segített ezen állapotokon és kétségtelen, hogy a komolyan végzett antipyresis veszedelem nélküli, a mit pl. a narcosisról nem lehet határozottan állítani. Gyakrabban, mint ezen általános gyöngeségi állapotok előfordulnak, megtörténik, hogy az orvos meglepetve látja a hőmérséket 36°C alá süllyedni és suggerálva a könyveiben talált ijesztő jelzőktől, megijed, izgató szereket alkalmaz, jóllehet betege jó közérzetben van; az ilyen orvos a jövőben iparkodik elkerülni hasonló ijedelmeket s ezentúl betegeit inkább engedi lázokkal küzdeni, a mi természetesen sokkal kényelmesebb is — az orvosra.

A szívgyengeségtől való félelem tulajdonképen félreértésből származik. A midőn ezen szerek hatása alatt a szervezet átváltozik akként, hogy kénytelen hőmennyiségének egy részétől megszabadulni: ezen célra valamennyi kapuját feltárja. Természetesen főleg a vérkeringés útján történhetik meg a belső szervek lehűtése, ezen célra az erek, főleg a hajszálerek kitágulnak, megkönnyítve és gyorsítva ekként a vérkeringést. Miután pedig — ép szívet feltételezve — a vérnyomás inkább az erek tágasságától, mint a szív működésétől függ: nyilvánvaló, hogy a verőerek vérnyomása a lázesökkentők hatása alatt, főleg a míg a hőmérsék még lehülöben van, jelentékenyen alászállott. Ennek kifejezése a pulsus könnyebb elnyomhatósága, lágysága, kicsiny volta, de mindezekkel szemben az igazi szívgyengeséget jellemző szaporább volta a lüktetésnek hiányzik, sőt az a lázas állapottal szemben még ritkábbá is válik. Daczára a vérnyomás ezen csökkenésének a beteg — némi átmeneti izgatottság után, a mi a feleslegessé vált testhőmérsék megérzéséből származik — nagy mértékben megenyhülve érzi magát, a vérkeringés gyorsabban megy végbe, az anyagcsere a szükséges irányban élénkebbé válik a lázesökkentés idejére.

Lássuk tehát, mely szereket fogjuk választani a lázesállapítás céljából? Könyveinkben még mindig a chinin élvezi a legnagyobb bizalmat, pedig, eltekintve a malária gyógyításától, sokkal kedvezőtlenebbül oldja meg a szándékolt célt, mint az újabb szerek, nemcsak több kellemetlen mellékhatása miatt, hanem egyáltalában gyengébb lázesökkentő tulajdonsága miatt is.

Nem célom, hogy itt a jelenleg ismeretes lázesökkentő szerek valamennyit összehasonlítsam. Sok értékes van közöttük, személyesen azonban nem kísérhettem végig eléggé behatóan valamennyit. Ugy találom, hogy a phenacetin, az antipyrin s némely czélokra az aspirin a legjobbak. Az utóbbi enyhébb lázakban, mint egyszersmind megnyugtató szer és kitünő izasztó alkalmazandó; mint lázesökkentőt, főleg gyermekeken is a phenacetint tenném első helyre, ha sajátságos és még eddig fel nem derített módon, nem is oly ritkán észlelhető nem volna az, hogy néhány napi kitünő hatás után, az adott esetben hirtelen teljesen felmondja a szolgálatot, a midőn még fokozott adatai sem jutnak érvényre. Az ilyen esetekben az antipyrinhez kell folyamodni, a melyet legszívesebben a végbélben át alkalmazok. Az antipyrinnél, pedig ezen szert már első megjelenése óta tanulmányozom, soha sem észleltem a hatásnak ilyen kimaradását. Vannak ugyan oly súlyos fertőzések esetek, a melyekben alig sikerül a hőmérsék kívánt alászállítása, de akkor ezen célt más lázesökkentő eljárással sem érjük el.

Milyen adatban kell ezen szereket alkalmazni? Általában okos, mérsékelt dosist, azaz teljesen elégtelen mennyiséget ajánlanak a szerzők s úgy látom, hogy a gyakorlatban nagyon meg-

halálos végződés okai. Hogy ez tényleg így van, bizonyítja már az a körülmény is, hogy a valóban mérgező dosisokra — s ezek között volt 100 exalgin, 280 gramm acetanilid egyszerre bevéve! — az illetők felgyógyultak; de szabad-e azon egy körülményből, hogy a beteg orvosi dosisban bevett ezen szerek egyikéből s utána előre nem látott súlyosbodásba esett, már a mérgezést megállapítani, a midőn ugyanazon szerek, ugyanolyan vagy még nagyobb mennyiségben az emberek számtalan ezreinek beadva a legesekélyebb kellemetlenséget sem okozzák? Felvehetnénk ugyan itt-ott idiosyncrasiát az egyik vagy másik szerrel szemben, de a felvételes mérgezések többnyire olyan egyénekben észleltek, a kik már előzetesen jól eltűrték a később mérgezőnek vélt dosist. Tanulságos az is, hogy állatkísérletekben mily nagy adatokat adtak az egyes kísérletezők, a míg az állat a szer áldozatává lett. *Högyes* tanár intézetében *Reich Lajos* végzett évek előtt kísérleteket a veszettségi lázat használva fel vizsgálataira (Orvosi Hetilap 1892.); ezen kísérletekben az antipyrinből 1.25—1.5 bór alá fecskendve ölte meg a házinyulat; a testsúlykülönbséget tekintve és középértékű egyénre átszámítva ez 50.0—75.0 gm. egyszerre való bóralfecskendésnek felel meg.

honosodott azon, véleményem szerint igen téves eljárás: hogy az orvos, látva a lázas hőmérséket, minimalos adatban felír valamely hőcsökkentő szert, azután eltávozik és többé nem törődik a lázmenettel; miután pedig ilyen módon sem a beteg, sem az orvos e szerelés hasznos voltáról nem nyer felvilágosítást, mindkettő elveszti bizalmát a szer iránt. Más esetekben pedig elégséges mennyiséget ír ugyan elő az orvos, de csak azon időpontokban véteti be a beteggel, a midőn a láz bizonyos nagy fokot ért már el, ezen esetekben a beteg folyton ki van téve a hőmérsék nagy ingadozásainak és az azzal járó kellemetlenségeknek. Ezzel szemben meglehetősen könnyű a betegnek tetemes enyhülést szerezni s őt abban megtartani, ha elégséges adatot adunk (1.0—1.50 phenacetint a gyomron át, vagy 3.0—5.0 antipyrin a végbélben át). Az egész dosist egyszerre vagy legfeljebb két részre osztva negyedórai időközben kell beadni, hogy megfelelő hatása legyen. A hőmérsék leszállítására elégséges adat mintegy hat órán át hat, a hőcsökkenés eleinte gyorsan indul meg, azután lassan folytatódik, és a hőmérsék legmélyebb pontját közvetlenül az emelkedés előtt, a hatás végén éri el, a midőn meglehetősen hirtelen emelkedésnek indul: a beteg borzongást érez, végtagjai meghidegülnek s a lázas állapot egyéb kínjai visszatérnek. Ezen időpont elején, a midőn még a lázas hőmérsék nem érte el tetőpontját, kell megismételni a teljes adatot s így oly esetben, a midőn elég súlyos lázas betegséggel van dolgunk s a kellő orvosságmennyiséget alkalmazva: mintegy négyszer kell 24 órában megismételni az adatot, tehát pl. az antipyrinből esetleg ha szükséges napi 20.0 grammot kell adni végbélben át négy egyenlő részletben 6—6 órai időközrel. Itt megemlíthetem, hogy a már jelzett, terhelességgel kapcsolatos esetben ezen mennyiség volt szükséges valóban szükséges a láznak megengedhető korlátok közt tartására. Olyan adat, a mely nem ad hat órai hatást, a láz alászállítása tekintetében is elégtelen s a betegnek nem adja meg a kellő enyhülést. A délutáni órákban, a midőn a lázas hőmérsék általában nagyobb szokott lenni, arra kell törekedni, hogy a 4—6 közti órákra essék a hatás közepe, tehát iparkodjunk lázellenes szerünket úgy beosztani, hogy d. u. 2 órakor lehessen azt alkalmazni, mert különben még többet kellene rendelni az illető szerből. Gyermekeknek természetesen kevesebbet adunk, de az ezeket, sőt a csecsemőket megillető hatásos dozis sokkal nagyobb, mint a szokásos (a phenacetinből sokszor 0.4—0.7 gramm). Eljárásom e tekintetben az, hogy a midőn még addig nem ismert betegnek először rendelék lázesökkentő orvosságot, nem adok teljes mértéket azonnal, mert vannak kivételesen egyének és lázas állapotok, a mikor már jóval kisebb adattal elérjük a kívánt sikert, hasonlóképen szükséges némi elővigyázattal élni a rendetlen lefolyású lázakban és crisisekben, bár még ilyenkor sem láttam komoly veszedelmet származni a lázesökkentő szer megfelelő adatától.

És e helyen, 15 évvel ezen lázesökkentő szerek használatának megismerése után, talán kevésbé itthon, mint a külföld előtt, úgy érzem, rá kell vezetnem a figyelmet azon óriási megkönnyebbülésre, a melyet a kellőleg alkalmazott lázorvoslás magával hoz, hiszen az utóbbi időkben jóformán csak a lázesökkentés káros oldalairól beszélnek! Ám tegyen kísérletet bárki betegség esetén magamagán vagy figyelje meg gondosan a beteget, a midőn lázas állapotában szerelésünkkel szünetet idéztünk elő, valóban vannak kelene lenni, hogy ne lássuk meg azon óriási különbséget, hogy ne lássuk romba dőlni minden hypothesisis aggodalmaskodásunkat. Főleg a kis gyermekek teljesen megváltoznak ezen szerek hatása alatt, míg néhány pereczel előbb szörnyen szenvedtek, csakhamar magukhoz térnek, ismét játszanak, ismét táplálkoznak. Ha valaki a teleologia híve, ám gondolja, hogy szervezetünk azért olyan alkotású, a milyen, hogy ezen szerek hathassanak a láz ellen.

Ezen szerek hatását igazán többre kellene becsülni, mint a mennyire ez ma történik. Nem egyszerűen hőcsökkentők ezek, talán egyáltalában nem is azok, hiszen az ép szervezet hőmérsékét nem is szállítják alá. Másrészt pedig a lázas embert nemcsak a hyperthermiától szabadítják meg hatásuk idejére, hanem a láz egyéb nyomorúságaitól is. Mindez azt a feltételt erősíti meg, hogy ezen szerek közvetlenül nem a hőemelkedést szüntetik meg, hanem az ezt és az egyéb fertőzeti méreghatást előidéző tényezőket teszik ártalmatlanná s hatásuk alatt a szervezet fel szabadul a fertőzés toxinjainak egy része alól.

Természetesen az antipyresisnek meg van ép úgy, mint minden más orvosló módszernek, a maga javallata; alkalmazni kell mindazon esetben, a midőn a lázat rosszul tűri a beteg, a midőn az súlyosbítja állapotát, azaz a lázas betegség leg-több esetében. Néha látunk olyan lázas, többnyire tüdővészeteget, a bántalom előrehaladott szakában, a ki a lázroham alatt még jobban érzi magát, mint a nélkül, ilyenkor persze nem fogjuk erőltetni a láz orvoslását, de felemlitem e helyen azon igen kedvező eredményeket, a melyeket *Dettweiler* a tüdőbaj kezdeti szakában elért. Azon esetekben, a midőn ilyen félbenhagyó lázakkal van dolgunk, inkább úgy rendeljük a lázesillapítót, hogy megakadályozza a láz kitörését (a mint hogy ezen szerek a fájdalmak, a hemierania ellen is jobban hatnak a roham teljes kifejlése előtt), így elkerüljük a nagy izzadást és a hőmérsékemelkedés nyomorúságait. A legjobb eredményt talán még a hasi hagymáz és a tüdőgyulladás adja, a midőn a betegek szenvedését sikerül a minimumra leszállítani, őket jobban táplálni és ha a megtakarított calóriákat összeszámolnánk, grammokban fejezhetnénk ki a beteg szervezetéből megmentett mennyiséget. Gyengébb szervezetű betegeknek czélszerű az antipyreticum hatásának megindult idején némi alkoholt vagy más izgató szert adni.

Nem részletezem tovább ezen amúgy is ismert dolgokat, csak azt kívánom, a betegek érdekében, hogy előre elfoglalt álláspont nélkül észleljük a betegeket. Természetes, hogy bizonyos súlyos esetekben vagy nem sikerül ezen eljárással sem elérni a kívánt hőcsökkenést, vagy a hőcsökkenés daczára sem érez elég megkönnyebülést a beteg; de a jó reactio beállta a beteg helyzetének kedvező voltára utal, bár abból a végleges kórjóslatra következtetést vonni nem lehet. Attól sem kell tartanunk, hogy az immár klinikailag eléggé megállapított lázmeneteket elveszítjük szemünk elől (ez a beteget úgy sem érdekli), a hatás megfigyelése alapján mindig tudni fogjuk hányadán állunk a betegséggel, ha a láz visszatérte a hat órán túl is késik, úgy a láz csökkentére következtethetünk, hasonlóképen, ha a láz csak igen lassan emelkedik, míg ha az alkalmazott mennyiség nem ad elég csökkenést vagy gyorsabban tér vissza a láz, a hőmérséknek emelkedését ismerhetjük fel e körülményben. A szerelésről, hőmérsékről vezetett feljegyzések alapján soha sem voltam kétségben a lázmenet dolgában.

Az egyszeri adatoknak aránylag nagy mértéke (de adtak mások többet is!), a melyet itt javaslok, azon indicatióból folyik, a melyből kiindultam. Nem várom ezen szerektől azt, a mit nem ígérnek s nem is adhatnak, de ki akarom nyerni azt a hasznót, a melyet hatóképességük nyújthat. Ha valaki elégtelen dosist ad, az ép úgy cselekszik, mint ha a sebész, késsel a kezében, a helyett hogy teljesen megnyíthetné a beteg helyzetét, csak félig vágna be azon félelemből, hogy teljesen kiüríthetné a gennyedtséget, pedig a gennyedtség — *pus bonum et laudabile* — állandó reactioja lévén a szervezetnek bizonyos behatásokkal szemben, annak kiürítése talán káros következményekkel járhatna. Ezenképen tiltotta meg a régi philosopháló orvosok a rüh, az eczema, a favus, a lábak hyperidrosisa, a esontszú és más bajok gyógyítását, sajátos módon akkor is ép azokét, a melyeket már azon időben is tudtak volna orvosolni. Így azután elérkezünk a tudományos várakozó gyógyításmódszer tetőpontjára: a mit tudunk gyógyítani, azt nem szabad, a mit szabad, azt nem tudjuk. Persze a mai megokolás sokkal tudományosabban hangzik, mint a régieké, de ma, legalább én így vélem, ép oly kevésbé respektáljuk a hypothesis és a tény közt fennálló különbséget mint hajdanta.

Hiába való munka volna a nagy, theoriai szavak ellen küzdeni. A gyógyítási kísérletek megindulhatnak theoriai gondolatokból, de az orvoslási módszerek kritikájára egyedül csupán az okos empiria a jogosult.

T Á R C Z A.

Orvosi dolgok a párisi kiállításon.

(Folytatás.)

3. *Scotia*. Scotiának négy egyeteme van: Glasgow, Aberdeen, St. Andrews és Edinburgh. Az első három még a XV., az Edinburgh-ít a XVI. században, mindégüket teljesen francia mintára alapították. A hallgatók majdnem kizárólag skótok voltak. A mult (XIX.) század köze-

péig úgyszólván érintetlenül maradtak meg a skót egyetemek régi formájukban, míg végre 1858-ban az első, 1889-ben a második Universities (Scotland) Act-tal a régi intézmények átalakultak és a skót egyetemek egységes organisatiót kaptak. A vezetés most angol mintára a *General Council*, a *Senatus academicus* és az *University Court* kezében van.

A general council, azaz a főtanács elnöke a chancellor, ennek távollétében a rektor. A chancellort maga a general council választja az ország jelesei közül. Azokat szokták megválasztani, a kik akár a közügy, akár a politika terén, akár a tudományban kiváló érdemeket, országos hírnevet szereztek. Az állás inkább csak diszallás, kitüntetés, az egyetem kellő külső representálására szolgál.

A chancellor az egyetemi ügyek vezetésére bizonyos hagyomány szerint vicechancellort nevez ki.

A general council kétszer ülésezik évenként, tagjai a principal, a rector, az university court, a tanári kar és a graduáltak.

Ezek azok, a kik azon az egyetemen gradust nyertek el, azaz végeztek, ezeknek jelenlegi száma pl. Edinburghban 8253, St. Andrewsban 1476; természetes, hogy ezeknek igen kis része lakik az illető egyetemi székhelyen, hiszen az egyetem befejezése után elszélednek az egész angol birodalomban.

A tanári kar alkotja a senatus academicust, elnöke a principal, a kit maguk közül választanak, benne vannak az összes tanárok, a facultások elnökei.

Az university court tagjai a principal, a tanári kar azaz senatus elnöke, a lord rector, a kit az immatriculált hallgatók választanak, a város polgármestere, esetleg más városé (pl. a St. Andrew-i court tagja Dundee város polgármestere is) és még néhány képviselője a senatusnak, general councilnak stb. Az egyetem adminisztrálásának ez a főfaktora.

Érdekes, hogy a négy skót egyetem a parlamentbe két képviselőt is küld és pedig Glasgow és Aberdeen közösen egyet, a másik két egyetem szintén egyet. E képviselőket a general council választja.

A skót egyetemeken a facultások száma öt: bölcsészeti, természettudományi, hittudományi, jogi és orvosi. St. Andrewben hiányzik a jogi facultás; Edinburghban pedig még külön zenei facultás is van. Azon hallgatóktól, kik az orvosi facultásra iratkoznak, külön előleges vizsgát követelnek. Ez alól felmentik azokat, kik valamelyik bölcsészeti gradust már elnyerték. Az orvosi tanfolyam öt évre terjed; hallgatóira szigorúbb feltételeket szabtak, mint a többi facultás hallgatóira, kivéve a theologiai hallgatókat. Ezen szakra csak azokat veszik fel, a kik a philosophiai szakon már egyetemi gradust nyertek el, a theologiai tanfolyam így azután tulajdonképen hat évre (három év bölcsészet és három év theologia) terjed.

Edinburghban és Glasgowban az orvosi kiképzéssel az egyetemeken kívül, de mégis velők bizonyos kapcsolatban foglalkoznak, Edinburghban a „Royal College of Physicians“ (orvosi collegium) és a „Royal College of Surgeons“ (sebészeti collegium), Glasgowban pedig a „Faculty of Physicians and Surgeons“ (az orvos-sebészeti kar). Az orvos-tanhallgatóknak megengedik, hogy a gyakorlati tárgyak bizonyos részét ezen egyesületeknél hallgathassák. Ezek az előadások az „extra mural course“-ok. E révén sikerült a gyakorló orvosok legjelesebb tagjait és a jól berendezett kórházakat a tanításnak megnyerni, hozzáférhetővé, használhatóvá tenni. A leendő orvosok kiképzésére fordított ezen nagy gondnak és szorgalomnak meg is van a gyümölse. Innen van az, hogy a skót egyetemeken kiképzett orvosok nagy tekintélynek örvendenek nemcsak Scotiában, hanem azokat egész Nagy-Britanniában és garmataiban nagyra becsülik.

A mult (1899) évben a négy egyetem hallgatóinak száma a következő volt:

	Edinburgh	Glasgow	Aberdeen	St. Andrews
bölcs.	817	834		
term. t.	147	140		
orv.	1476	662	nincs	nincs
jog.	373	212	részletezve	részletezve
hitt.	63	52		
zene	54	—		
Összesen:	2930	1900	800	254

Mind a négy egyetemen összesen 5384 hallgató volt; köztük 638 nő; a hallgatószám túlnyomó részben a bölcsészeti és orvosi facultásokon, kisebb számban a természettudományi és zenei facultásokon oszlott meg.

A skót egyetemek a következő gradusokat adhatják: Master of Arts, M. A.; Doctor of Philosophy, D. Phil.; Doctor of Letters, D. Lett.; Bachelor of Medicine, M. B.; Doctor of Medicine, M. D.; Bachelor of Surgery, Ch. B.; Master of Surgery, Ch. M.; Bachelor of Laws, B. L. L.; Bachelor of Law, B. L.; Bachelor of Divinity, B. D.; Bachelor in Pure Science, B. Sc.; Doctor in Pure Science, D. Sc. *Edinburgh adhat* Bachelor of Music, Mus. B. gradust is. Azonkívül adhat a természettudományi facultás Edinburghban a *közegészségtanból*; Edinburghban és Glasgowban a *mérnöki tudományokból*; Edinburghban, Glasgowban és Aberdeenben a *mészgazdasági tanból* egyetemi gradust. Az aberdeeni egyetem összes facultásain, az edinburghi és glasgowi egyetemen pedig a bölcsészeti, természettudományi s az utóbbin még a zenei facultáson a *nők* is megszerezhetik az egyetemi gradusokat. A Doctor of Laws, D. L. L., Doctor of Divinity, D. D. és Doctor of Music, Mus. D. csak tiszteletbeli gradusok, melyeket (honoris causa) kiváló férfiaknak adományoznak.

4. *Irország*. A kiállítási bizottság füzeté Irország közoktatásáról alig tartalmaz valamit. Irország közoktatása épen most nagy válto-

zásnak és gyökeres átalakulásnak néz elébe és így a bizottság nem tartotta időszerűnek ezen tárgyalás alatt álló változásról bővebben értekezni, azt mintegy praecipuálni. A mit más füzetekből kiböngészni sikerült, a következő: Dublinban két egyetem van. Az „University of Dublin“, melyet az újabb angol egyetemek mintájára szerveztek, de a mely a közel jövőben meg fog változni; ezen egyetemnek 1899-ben 1047 hallgatója volt. Ezenkívül Dublinban van a „Royal University of Ireland“, melynek hallgatói nincsenek, csak vizsgáló tanárai. Ezek az 1845-ben Belfastban, Corkban és Galwayban keletkezett és jól felszerelt Queens Collegek hallgatóit vizsgálják és nekik egyetemi gradusokat adnak. Ugy az „University of Dublin“-nek, mint a három Collegeknek van orvosi facultása. Képeznek orvosokat, de hogy mily eredménnyel és milyen számban, erre nézve nem találtunk adatokat.

A most ismertett könyvecskén kívül az edinburghi egyetemről még külön, igen csinos, 70 oldalas francia füzet jelent meg Kirkpatrick professortól. A felső oktatásnak nemzetközi congressusán be is mutatták e jelentést az egyetem nevében. Röviden kitér az egyéb skót egyetemekre is, de főképp Edinburgh-gal foglalkozik.

Erdekesen írja le az egyetem történetét, különösen a Royal College of Physicians keletkezését.

1505-ben IV. Jakab idejében az edinburghi orvosok és borbélyok jogot kaptak arra, hogy „évente egyszer boncolhassanak egy gonosztevőt halála után“, ez az orvosi művelődés kiindulás pontja. 1676-ban Sir Robert Sibbald és Andrew Balfour kis botanikus kertet létesítenek, a melynek kapcsán II. Károly idejében 1681-ben megalakul a Royal College of Physicians. Ezen iskolának igazán nevet és jövőt biztosít Monro, a ki 1720-ban 75 livre évi fizetés mellett 22–23 éves korában az anatomia professora lesz, miután Párisban Bounnet-nál és Leyden-ben a híres Boerhave-nál tanulmányait befejezte. 38 éven át tanítja az anatomiát, cleinte 47, később már 140 hallgatója van.

Erdekes, hogy a XVIII-dik század elején a még csak 25,000 lakosú város (jelenleg 300,000 lakosa van Scotia fővárosának) nem igen adhat kellő hullanyagot a boncolás oktatásához, a mi oda vezetett, hogy akadtak emberek, a kik meglopták a temetőket és a kiásott hullákat eladták az anatomiai intézetnek. 1725-ben a lakosság rájött e manipulatiókra s majdnem áldozatul esik az intézet a felbőszült nép haragjának.

Ugyanekés a XVIII-dik század első felébe esik, Monro korába, az edinburghi nagy kórháznak keletkezése is. A világ legnagyobb kórházai közé tartozik. (A kórház alaptőkéje jelenleg 12 és fél millió frank, a múlt év alapítványai 1.700,000 frankot, az adakozások 350,000 frankot tettek ki, a terület és épületek értéke jelenleg legkevesebb 20 millió frank.

Az angol egyetemek közül a skót egyetemek rendszere és belső élete felel meg leginkább a continens egyetemi életének.

A tanárok tandíj jövedelmét itt is fix fizetésekkel helyettesítették. Mig Cambridge, Oxford aristokratikus jellegűek, a skót egyetemek határozottan demokratikusok. A gyakorlati életpályákra való oktatás elve, ha mindjárt a tanszabadság rovására is megy, mind jobban kidomborodik.

Az internatus rendszer a skót egyetemeken kémege a szokásból, e mellett azonban a társadalom óriási összegeket áldoz az egyetemi hallgatók intézményeire. Edinburghban pl. 5 hektár terület és 300,000 frank áll a diákság sport és torna céljainak rendelkezésére 1896 óta, 1886-ban pedig 325,000 frankon épült fel a diákság háza kényelmes berendezéssel.

Ezzel befejeztük, vázlatosan áttekintettük az angol egyetemek sajátságos, bonyolult, nem egységes viszonyait. A társadalom alkotta őket, majdnem teljesen autonom intézmények, a melyekbe az államnak kevés a beleszólása és mégis az az impressiónk, hogy bár igen conservativek az intézmények és bár ismeretes, hogy az angolok mennyire ragaszkodnak régi szokásaikhoz, rendszereikhez, a haladó élet s annak követelményei az alma materből, a tudomány hajdani bölcsőjéből, mindinkább gyakorlati, költött tanrendű iskolát csinál és a szabad tanítás és tanulás helyébe a kenyérkereseti pálya kötött igényei lépnek. Nem tudjuk, jól ítélünk-e, hiszen nem éltünk benne e rendszerben, de a legutóbbi éveknek reformjai az angol egyetemeket is ebbe az irányba terelték.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A művégtagok.

Közl: Holzwarth Jenő dr.

(Vége.)

A XVI. században egy a „kis lotharingi“ néven ismert párisi műkovács műlábát szerkesztett, melyben a csonkított alsó végtag az amputációs csonkra támaszkodott, s mely készülék szíjak segítségével a mellényhez (Brustwams) volt erősítve (1696). Verduin hollandi sebész járókészülékénél a támasztó felületet az alsó végtagnak egy az amputációs csonk fölé eső segmentumára helyezte át. Karpinski azt mondja könyvének egyik helyén: „Verduin verlegte bei seinem Apparate den Stützpunkt auf ein Segment des Gliedes oberhalb des verstümmelten Theiles, anstatt auf die Condylen der Tibia und um das Knie, wie es Andere gethan.“ Hogy ez utóbbi methodus kik által és mely járókészülékeken érvényesítették ebben a korban, arról említést nem tesz.

1755-ben Ravaton Hugó mesterséges alsó végtagot készített egy

esetben, melyben az amputatio közvetlenül a bokaizület felett történt; ezen készüléknél támasztó felületül az amputációs csonk oldalrészei s az egész alszár egészen a térdbütykökig szolgált s így előnye az volt, hogy a támaszkodás nagy felületre történt. A felfüggesztés módjáról említés téve nincsen.

A XVIII. század II. felében Gavin Wilson foglalkozott művégtagok szerkesztésével. Három modellje volt, melyek különféle magasságban amputáltaknak voltak szánva. Ugyanis közel a bokaizület felett amputáltak számára szolgáló műlába részben a vállon függött, de részben két kipárnázott ovalis pelottával, melyeket egy a czomb alsó része körül vezetett haránt szíj tartott össze, a térdizület felett valószínűleg a czombosont condylusain függött, míg támasztó felületül részben a tibia condylusai, részben a patella szolgáltak, melyek puha bőrpárnán nyugodtak, míg az amputációs csonk a tokban szabadon lebegett. Olyanok számára, kik közvetlenül a térdizület alatt csonkítottak, oly járókészüléket alkotott, melyben az amputált behajlított térdizület mellett egy bőrpárnán térdelt s a megerősítés részben a behajlított térdizület felett történt haránt szíjakkal, részben a végtag egy a vállon keresztül fektetett szíjon függött. Olyanoknál, kiknél az amputatio a czomb folytonosságában történt, készüléke a vállon függött, míg az amputált álláskor és járáskor üllögumójára támaszkodott.

Brüninghausen alszárban amputáltak számára oly készüléket szerkesztett, melynél a csonk egy bőrpárnán nyugodva hordta a testsúlyt, míg a felfüggesztés a térd körül vezetett haránt szíjakkal történt; azonkívül a toknak czombi részlete kutyabőrrel volt kibélelve, melynek szőrei lefelé állottak, míg a tok alszár része felfelé irányuló kutyaszőrökkel volt bélelve. A kipárnázás ez eredeti módjával akarta Brüninghausen elérni azt, hogy a művégtag a csonkkal szilárdan legyen egyesülve s ne csúszszék fel- és lefelé.

A Behrens által készített járókészüléknél az amputációs csonkon nyugodott a testsúly, míg a felfüggesztés szíjakkal egy széles, a medence körül vezetett övön történt. Heine I. G. (1812) és Gräfe C. F. (1812) járókészülékénél a támaszkodás szintén az amputációs csonkra történt.

Rühl orosz orvos 1812 után construált egy művégtagot oly esetek számára, hol a csonkítás az alszár kiterjedésében történt. Fianak jobb alszárát 1812-ben csatában összevágta egy ágyúgolyó; ez a szomorú körülmény az apát arra késztette, hogy átvizsgálja az összes addig készült járókészülékeket; egyiket sem találván alkalmasnak és czélszerűnek, egy oly járókészülék szerkesztéséhez fogott, melyben a csonk szabadon fel van függesztve. Hogy czélját miképen valósította meg és miképen használta ki a rendelkezésre álló felületeket a támaszkodásra, arra Karpinski leírása, mely bár igen részletes, nem terjeszkedik ki. Erdekes azonban, hogy itt találjuk először felemlítve, hogy prothesis készítésénél egy az amputált csonkról vett hű gypslenyomatra van szükség.

1818-ban Palm János egy a tübingi professor Authenrieth által ajánlott készüléket ír le, melyben a csonk fel volt függesztve s így minden nyomástól mentve volt, míg a készülék a váll és a medence körül vezetett szíjakon függött.

Eichler Margarethe Caroline az általa ajánlott igen complicált művégtagok szerkesztésénél főleg arra volt tekintettel, hogy az elvesztett végtag mozgathatóságát és izomműködését lehetőleg pótolja s a mellett a készített művégtag elég könnyű is legyen. Az alszárban történt csonkítások után alkalmazandó prothesiseknél már arra a meggyőződésre jutott, hogy a csonk végét támaszkodásra felhasználni nem lehet, hanem ellenkezőleg nagyon kell kimélni, „weil der Stumpf zu reizbar ist um eine starke Pressung aushalten zu können“. Azért szerinte minden alszár pótló prothesisnél támaszkodásra a czomb felületét kell felhasználni, nem pedig az amputációs csonkot. Az olyan esetekben, a hol az alszár csonkja elég hosszú arra, hogy a támasztó felületet a csonk izgatása nélkül elhelyezhetjük rajta, a tokot mégis a czombra kell felvezetni, ha azt akarjuk, hogy a csonkított művégtagját jól használhassa. A felfüggesztést ő a vállon eszközli, mert szerinte ez sokkal helyesebb, mint a törzs alsó részén való megerősítés, t. i. ez utóbbi eljárás használatánál a zsigerek erősen összeszoríthatnak az övek által, a mi a csonkított egészségre káros hatással van.

Salemi művégtagjánál a támasztó felületet az üllő gumó képezi, míg Gayrand prothesisénél, melyet egy a bokák felett amputált fiatal ember számára készített, a czomb alsó része körül vezetett széles kipárnázott rézgyűrűre nehezedik a test súlya. A Serre által construált művégtagnál támaszkodási felületül szintén egy a czomb körül vezetett kipárnázott gyűrű szolgált.

Bécharde de la Hayrie és de Beaufort által szerkesztett prothesisekben közel a bokákhoz történt csonkításnál a csonk szabadon függött, mit az által értek el, hogy az alszár tokot a meglévő alszár rész contourjaihoz jól oda modellálták s ez által támasztó felületül az alszár egész felülete s talán a tibia condylusai is lettek.

Mann yorkshirei műszerész által készített, úgynevezett Anglesey lábánál támasztó felületül a protuberantia tibiae és a condylusok használtattak ki. Poit pedig arra törekedett, hogy a czomb felszínére vigye át a támasztó felületet még akkor is, ha a csonkítás az alszár területében történt volna.

A későbbi angol és amerikai művégtagok készítésénél, melyeket főleg mechanikusok s nem orvosok, különösen anatómiailag képzett egyének szerkesztettek, a főtörékvés a mechanizmus tökéletesítése volt, továbbá az, hogy a művégtagnak alakja, színe, külseje stb. minél inkább megfeleljen a természetes végtagnak. Ugy látszik, hogy ebben a korban ama fontos kérdést, hogy a támasztási felületet, melyen a test súlya nyugszik, álláskor és járáskor oly pontokra tegyük át, hogy e feladattól

a mindig nagyon érzékeny csont megkíméltségek, továbbá a felfüggesztés módzatait, a természetes izületeket és izmokat pótolni akaró mechanizmusok tökéletesítése teljesen háttérbe szorította.

1860-ban a prágai I. cs. kir. helyőrségi kórházban Russheim főtörzsorvos ezombesonkítás esetére oly prothesist készített, melynél az volt a főterekvés, hogy oly megerősítési pont találtassék, mely a csontnak szabad mozgathatóságát ne csökkentse s a test mégis biztosan támaszkodjék a művégtagra. E feladatot Russheim úgy oldotta meg, hogy támaszkodási pontul egy kipárnázott lemezt alkalmazott, melyre a csontkitöltés tuberositas ischii-je került s így mintegy a művégtagban ült, minek következtében a csont az őt körülvevő tokban szabadon lebegett és a művégtag mozgathatóságát eszközölte. Felfüggesztésre a vállon keresztül vezetett szíjak szolgáltak, melyeken kívül még egy medenceöv is szükséges volt.

Körülbelül ugyanily elveken alapul a Gärtner által 1846-ban szerkesztett művégtag is. Busch prothesisének is a tuber ischii-re támaszkodik a test súlya; a megerősítés a vállon keresztül vezetett és egy a medenceövhöz erősített szíj segítségével történt. Buschnak ezéja az eddig mindig compicáltabbá váló mechanizmusok egyszerűsítése volt, mert belátta, hogy a sokoldalú mozgathatóság elérése mindig a támaszték szilárdságának rovására történik.

Esmarch által ajánlott művégtagnál a test súlya egy a tuber ischii magasságában alkalmazott kipárnázott gyűrűn nyugszik s egy az altest körül vezetett övön függ az egész készülék.

Geffers végtagjainál, melyek szintén a vállon voltak felfüggesztve támaszkodási felületül olyanoknál, kiknél a műtét közel a térd alatt történt, a térd szolgált felületül. Az alszár alsó harmadában csontkitöltésnek támasztási felületül a megmaradt alszár rész és a csont felületét használta ki, úgy azonban, hogy a műtét hegy nyomástól menten maradt.

A berlini mechanikus Pfister által készített művégtagoknál ezomban csontkitöltés számára a csont körül egy párna helyeztetik, mielőtt a prothesis tokjába kerül; eme vánkos felső szélén kipárnázott tekeresbe (Wulst) megy át, a melyen a testsúly a tuber ischii közvetítésével nyugszik, úgy hogy a csont szabadon lóg le a tokba; az egész készülék az altest körül vezetett övön függ, melyet két a vállon keresztül vezetett szíj biztosít helyzetében. Az alszárban amputáltak számára a támasztó felületet a térd képviseli; a megerősítés az alszáron és a csombon történik alkalmas szíjak segítségével. Munique készülékénél, mely csak oly esetben alkalmas, hol a műtét közvetlen a tibia condylusai alatt történt és a térdizület derékszögben anchylotikus, a csontkitöltés a művégtag tokjában térdel.

Touilloy olyanoknak, a kiknél esipökiizelés történt, oly készüléket szerkesztett, melyben az ily módon műtettek valószínűleg a tuber ischii-jökre és a gáttájakra támaszkodtak; a felfüggesztés öt szíjjal történt, melyek közül kettő a crista ilei körül volt vezetve, kettő magasabban a mellkas körül s egy a vállon keresztül haladt.

Mathieu és Charrière járókészülékei ugyanily esetekre voltak számítva s megerősítések szintén a lágyéktáj körül s a mellkas körül vezetett övekkel történt.

Ezekből láthatjuk, hogy régebben a legtöbb, de még újabban is számos járókészüléknek a testsúlyt az amputációs csont hordozza; így a „kis lotharingi“, Brüninghausen, Behrens, Heim I. G., Gräfe C. F. által szerkesztett művégtagoknál. Azonban már ekkor is többen belátták, hogy a csont kimélté-e mily fontos körülmény s azért prothesiseiknél igyekeztek a támasztófelületet oly indifferens pontokra áthelyezni, melyek alkalmasak a testsúly hordozására s így megkímélték a csontot a folytonos izgatástól. Így voltak egyesek, kik az által akarták ezt elérni, hogy a testsúly megtámasztását a végtagnak egy az amputációs csont fölé eső segmentumára helyezték, mint Verduin, Gayrand, Pott és Serre, ki még a térdet is kihasználta ily célra; vagy kik a csont kiméltését oly módon akarták elérni, hogy a támaszkodást lehetőleg nagy felületre ruházták, a melynek a csont oldalrészéi, így Ravaton, Eichler Margarethe, Bécharde és de Beaufort, továbbá Geffers olyanoknál, kiknél a csontkitöltés a bokák felett történt. Több járókészüléknek a térd volt a támaszkodási pont, különösen oly esetekben, melyekben az amputáció közel a térd alatt történt és a térdizület derékszögben behajolva anchylotikus volt. Így Gavin Wilson második modellje és Geffers készüléke közvetlenül a térd alatt csontkittattak számára.

Újabban mindinkább az a törekvés történt, hogy a támaszkodás szilárd csontkiemelkedésekre történjék, nem pedig lágyrészekre, mely utóbbiak, ha a műtét helytől távolabb esnek is, könnyen vannak fájdalmas vongálásnak, zúzódásnak és feldörzsölésnek kitéve. Így magyarázható az, hogy most már mindinkább a tibia condylusait s az ülőgumót használják fel, mint oly pontokat, melyek szilárd helyzetűknél fogva nem engedik a csontot a tokba mélyebben sülyedni; e csontkiemelkedések rövid megszokás után jól, fájdalom nélkül képesek a testsúlyt hordozni. Ilyen elveken alapulnak Gavin Wilson első és harmadik modellje, továbbá Salemi, részben Bichard és Beaufort, Mann, Russheim, Gärtner, Busch, Esmarch, Pfister, Munique, Mathieu és Charrière készülékei.

Karpinski könyvének utolsó fejezetében, melyben a járókészülékeknek mintegy kritikáját adja, többek között azt mondja: „Man vermeide, dass der Amputierte sich nur mit dem Stumpfende aufstütze. Ideal muss es sein nicht einen Punkt, nicht eine Fläche allein als Stützpunkt zu wählen, sondern jede Prothese, sei es Stelze oder Kunstbein, mit dem Stumpfe so zu verbinden, dass beide gleichsam Eins sind, die Schwere sich auf eine grosse Oberfläche möglichst gleichmässig vertheile.“

E készülékek legnagyobb része részben a vállakon keresztül fektetett szíjakon, részben az altest körül vezetett öveken függött, így

a kis lotharingi, Rühl, Palm, Eisler, Bichard, Beaufort, Mann, Pott, Russheim, Gärtner, Busch, Geffers, Pfister, Munique, Mathieu és Charrière prothesisei. Esmarch művégtagja csak az altest körül vezetett övön függött.

Brüninghausen készüléke a térd körül vezetett harántszíjak segítségével volt a csonthoz erősítve és még fel- és lefelé álló kutyaszőrökkel volt helyzetében rögzítve, mely utóbbi megerősítési mód azonban vajmi kevés biztonságot nyújthatott.

Gavin Wilson a mellett, hogy a vállakon keresztül vezetett szíjjakkal erősítette meg a prothesist (első modell), még két kipárnázott pelottával valószínűleg a ezombesont condylusaira függesztette fel.

Az anyag, melyekből e prothesisek készültek, igen változó. A legrégebbeket valamely fémből, mint vas, réz, zinn készítették, de ezeket nehézségek miatt csakhamar elvetették. Újabban Pfister készít még új ezüst tokokat prothesiseinél, melyeknek azonban némelyek szerint az a hátránya, hogy erős hővezetők lévén, úgy nyáron, mint télen kellemetlen a hordásuk, bár Karpinski, kinek nagy tapasztalatai bizonyára mérvadóak, e prothesisekről dicsérőleg nyilatkozik.

Sokan a fát használják művégtagok előállítására. Legalkalmasabbnak e célra a hársfát találták, mely könnyűsége mellett elég tartós. De a nedvesség és izzadság csakhamar tönkreteszik a fából készült prothesiseket s azért most már csak leginkább a prothesisek végreszéinek (kéz és láb) készítésénél kerül alkalmazásba. Ma a legelterjedtebbnek az erős talpbőr mondható. Ez igen alkalmas anyag, mert beható, áztatva könnyen modellálható s így a gipszlenyomathoz jól odasimítható továbbá kilyukasztva a bőr perspiratiót legkevésbé akadályozza. A nedvességtől megóvándó vékony lakkréteggel szokták bevonni. Természetesen e tisztán bőrből készült prothesisek nem igen volna képesek egy nehezebb test súlyát hordozni, azért szükséges még ezekenél, hogy aczélsínekkel erősítsük meg őket oldalakon.

Még szorosan a kérdéshez tartozó dolog néhány műtét mód fel- említése, melyeknek ezéja az, hogy oly csontot szolgáltatassanak, mely a járásnál elszorított traumákat még a direct reátámaszkodásnál is jól eltűrje.

Syme a csontot oly bőrral fedi be (saroksapka), mely már mintegy elő van készítve nagyobb nyomás zavartalan elviselésére s Pirogoff az eredményt még azzal is jobban biztosítja, hogy a sarokesont saroknyújtványát lefűrészelve azt a tibia alsó végén levő fűrészlaphoz fekteti.

Douglas 1883-ban 30 éves tapasztalata alapján azt ajánlja, hogy oly esetekben, melyekben a műtét egyénél később prothesist akarunk hordatni, ha csak lehetséges, ne végezzünk térdkiizelést, hanem inkább amputatiót a tibia condylusai alatt. Ily módon ugyanis oly csontot nyerünk, melyre térdizületben hajlítható művégtag alkalmazható. Térdkiizelésnél tudniillik, ha hajlítható művégtagot akarunk készíteni, az izületnek a műtét csont végével egy magasságba kellene esni, a mi nagy nehézségeket okoz a művégtag készítésénél, ha pedig ez nem történik, a művégtag hordozása igen alkalmatlan. Azért az amputatio mellett szóval fel s ajánlja, hogy a csontkitöltést mintegy 20—25 cm.-nyire az izület alatt végezzük, mert szerinte nagyon hosszú csont szintén nem alkalmas prothesis hordására. Ilyen hosszú csontban ugyanis a vérkeringés meg van zavarva, a táplálkozás rosszabb s kis mechanikai insulatusok elegendők arra, hogy a csont kifekélyesedjék. A csont befedésére mellső vagy hátsó lebenyt ajánl, hogy a test súlya ne nehezdedjék a hegre. A csontot prothesis hordására külön előkészíti, a mennyiben a műtét seb teljes gyógyulása után 4—5 héten keresztül lehetőleg szorosan bepólyázza a csontot, hogy conikus alakot nyerjen s szerinte így alkalmasabb legyen a testsúly hordozására.

Kocher és Ehrlich 1891-ben a Gritti- és Schabanjeff-féle osteoplastikus amputatiók mellett foglalnak állást s több előnye mellett azt is kiemelik, hogy e műtétnek prothesis viselésére igen alkalmas csontot lehet nyerni, mert a csont vége a testsúly hordozására képes a nélkül, hogy ennek valami káros következménye volna.

Bier 1893-ban új műtétet ír le, melynél az amputált csontok fűrészlapja felett mintegy 1½ ujjnyira éket vág ki a lágyrésztől és a csontokból, az alszár mellső része felé tekintő alappal s most a kivágott ék alá eső alszár rész derékszögben a felső részlethez hajlítja. Ez által az amputációs csont láb alakját nyeri, melynek alsó, hegnélküli felületére a test súlya prothesis alkalmazásakor jól támaszkodhatik. Bier ugyanis azon eredményre jutott vizsgálatai alapján, hogy amputációs csontok akkor alkalmasak támaszkodásra, ha a megnyitott velőüreget akár osteoplastikus, akár leválasztott és transzplantált esonthártya csontlebegekkel fedjük be. A hegnek természetesen nem szabad a csontnak támasztó felületül kihasználható részletére jutnia. Szerinte helyesen készített prothesiseknél minden esetre szükséges, hogy a csont a teljes testsúlyt hordozza, mert a megterheléssel a csontot épségben tartjuk s elejét vesszük sorvadásának. Azért határozottan ellene van, hogy prothesiseknél támasztófelületül a csonttól távolabb eső csontkiemelkedéseket használjuk ki.

Habs újabban ajánlja, hogy a térdkiizelést gyakrabban kellene használni, mint az eddig szükségesnek látszott s többek között azt is felemlíti, hogy eme műtét által elért csontok mind támasztási felületnek igen alkalmasak voltak s a betegeknek prothesiseikben nem volt szükségük a csont végén felül alkalmazott támasztási gyűrűre. A műtétet Velpeau szerint végezte nagy mellső lebennyel, úgy hogy a heg a csomb hátsó felszínére kerül. Ilyen esetekben a csont eredeti alakját megtartja és nem sorvad. 16 esete kapcsán, melyeket hosszabb ideig figyelt meg, azt vette észre, hogy a csontok csak akkor fogytak meg kissé, ha a műtét a fejlődés szakában történt.

Könyvismertetés.

Eugen Dühren: Das Geschlechtsleben in England. Charlottenburg, Verlag von H. Barsdorf, 1901.

A munka, melyet e következő sorokban ismertetni óhajtunk, nemcsak orvosoknak szánt, olvashatja minden „komoly és érett ember” és midőn mégis ezen folyóirat hasábjain orvostársaim figyelmét reá felhívom, teszzen azért, mert meggyőződése, hogy azon kérdésben, a melyet e könyv tárgyal, s a mely nagy társadalmi problémákban, orvosi vonatkozásokban oly gazdag, illik, hogy az orvos minden más művelt embernél jobban informált legyen.

A könyv a nemi élet megnyilatkozásának két alakját: a házasséletet és a prostitúciót tárgyalja.

A házassélet fejezetét az angol erkölcsöknek, angol szokásoknak plastikus rajza előzi meg, ezt az angol nő testi és lelki tulajdonságainak jellemzése követi, majd a nőemancipatio mozgalmának fejlődése, a nő helyzetének esetelése a különböző társadalmi rétegek és intézmények keretében, széles művelődéstörténeti háttérből kidomborítva. „A házasság” fejezetében az angol házasséletnek a continentalistól eltérő sajátosságairól ír és a házassági perceknek erkölcsötörténetileg rendkívül fontos és érdekes képét adja.

A második főfejezet a prostitúcióról szól. Az angol prostitúcio tudományos irodalma nem nagy, kimerítő rajza összes jellemző tulajdonságaival e munkában található fel először a maga összességében. Az angol erkölcsi durvaság specialis megnyilatkozásainak, a defloratio mánianak és flagellománianak képe, a személyi szabadság tisztelete és a törvényes védelem által nyújtott különleges helyzete az angol prostitúciónak, a melyet az angol prudencia egyszerűen nem létezőnek tekint, az abolitio mozgalmak jellemzése és bírálata fejezi be e munkát, melyet szerző mély tudással, csodásan széleskörű olvasottsággal, menten minden pornographikus terjengősségtől, tisztult erkölcsi felfogással, szigorúan tudományos alakban írt meg.

R-i.

Uj könyvek. *Biedert*: Die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. Zweite Auflage. Stuttgart, Enke. — *Krafft-Ebing*: Psychopathia sexualis. Elfte Auflage. Stuttgart, Enke. — *Biernacki*: Die moderne Heilwissenschaft. Wesen und Grenzen des ärztlichen Wissens. Leipzig, Teubner. — *Nauss*: Constitutionspathologie, die Pathologie der Zukunft. München, Gmelin. — *Oeyton*: Studien über die Narkose, zugleich ein Beitrag zur allgemeinen Pharmakologie. Jena, Fischer. — *Sarfert*: Die chirurgische Behandlung der Lungenschwindsucht. Leipzig, Barth. — *Fleischmann*: Die Descendenztheorie. Leipzig, Arthur Georgi. — *Bibliothek v. Coler*. Sammlung von Werken aus dem Bereiche der medicinischen Wissenschaften. Herausgegeben von O. Schjerring. Band I. *Küller*: Die Geschichte der Pocken und der Impfung. Band II. *Behring*: Diphtherie. Band III. *Buttersack*: Nichtarzneiliche Therapie innerer Krankheiten. Band IV. *Trautmann*: Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Band V. *Fischer*: Leitfaden der Kriegschirurgischen Operationen. Band VI. *Zuntz* und *Schumburg*: Die Physiologie des Marsches. Berlin, August Hirschwald. — Text-book of physiology. By British physiologists. Edited by E. A. Schäfer. Vol. 2. London and Edinburgh, Young J. Pentland. — *F. R. Sturgis*: Sexual debility in man. London, Rebman. — *Ch. Lyman Greene*: Medical examination for life insurance. London, Rebman. — *J. G. Andrew*: Tuberculous disease of the hip-joint. Glasgow, Macdougall. — *Lake*: Laryngeal phthisis or consumption of the throat. London, Rebman. — *Davis*: Obstetric and gynecologic nursing. London and Philadelphia, Saunders and Co. — *Epstein László*: Az első országos elmeorvosi értekezlet munkálatai. Budapest, 1901.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A heroin bőr alá fecskendezéséről ír *Morel Lavalle*. A heroin bőr alá fecskendezés alakjában használva fájdalomcsillapító hatása mellett euphoriát nem okoz és így a megszokás veszedelmével nem jár. Minthogy a heroin mérgező hatása a morphiom mérgező hatásához úgy viszonylik, mint 5:2, az első befecskendezéskor 0.003 grammnál nagyobb adagot ne adjunk, később azonban lassanként felemelkedhetünk 0.07—0.1 grammig is. A heroin bőr alá fecskendezését már Eulenburg és Brauser is megkísérelték. Eulenburg a nagyobb adagok használatánál óvatosságra int, mert már 0.012—0.02 grammos adagoknak subcutan használata után kellemetlen tüneteket tapasztalt. (Revue de médecine, 1900. 11. szám.)

Torday Árpád dr.

Általános kór- és gyógytan.

A látószerv megbetegedései thyreoidea-készítmények használata után. Elhízás miatt thyreoidea-készítményeket használt egyéneknek öt ízben észlelt *Coppez* (Brüsszel) elég súlyos neuritis opticat centralis scotomával. A baj a thyreoidea-készítményeknek hosszabb ideig használata után keletkezett csak, ha azonban fellépett, rohamosan haladt, úgy hogy a látóélesség 6—8 hét alatt az eredetinek 1/10-ére csökkent. A gyógyítást illetőleg általában elegendő, ha a thyreoidea-készítmények használatát beszüntetjük. Ha azonban a retina edényei is már meg vannak támadva, kedvező eredmény elérésére hosszabb ideig tartó erélyesebb kezelésre van szükség (a vérbőség szakában helyi vérvétel, később strychnin és állandó áram használata). Megjegyzendő, hogy szerző beteginél a thyreoidismus egyéb megszokott tünetei nem voltak észlelhetők. A jövőben tehát neuritis optica eseteiben a figyelmet ki kell terjeszteni arra is, vajjon az illető betegek nem használnak-e thyreoidea-készítményeket. Egyébként *Venneman*, a szemészet tanára Louvain-ben, thyreoidea-

tabletták használata után két fiatal leánynál accomodatio asthenopiát észlelt; a baj a thyreoidea-tabletták használatának eltiltása után csakhamar megszűnt. (Ref. La semaine médicale, 1901. 4. szám.)

A vaccina és a variola okozója. *Funck*, a brüsszeli egyetemi bakteriologiai laboratórium főnöke, egy előleges közleményben beszámol azon vizsgálatairól, melyeket a vaccina és a variola okozójának megtalálása céljából végzett. Vizsgálatai alapján arra az eredményre jutott, hogy a vaccinát nem idézik elő bakteriumok, hanem egy protozoa játszik szerepet, mely protozoa könnyen kimutatható minden tehén-himlőnyirkban és minden általa létesített vaccina-pustulában. A mikroskopi vizsgálatnál úgy kell eljárni, hogy függőesebben vizsgáljuk az anyagot körülbelül ötször annyi tenyésztő húslevesvel elkeverve és 1/4—1/2 órai állás után. Ilyenkor a protozoa fejlődésének háromféle alakja látható: 1. szép zöld színű, fénytörő, rendszerint kerek, 2—10 μ nagyságú képletek, melyek testhőmérsék mellett kiskokú mozgást mutatnak; 2. többékevésbé hosszúak, ovoid képletek oldalt elhelyezett maggal, protoplasmájukban nagyszámú fénylő, az előzőkhöz hasonló, de kisebb (1—3 μ átmérőjű) gömbökkel; 3. nagy képletek, melyek részint kerek, 25 μ átmérőjűek és néha kettős contourral bírnak, részint hosszúak, 30—35 μ hosszúak és 20—25 μ szélesek; ezek az úgynevezett sporoblastok, melyek tömve vannak spórákkal; a spórák magja a közepén vagy oldalt látható nagy, világos folt alakjában. A sporozoák elkülönítése oly módon történt, hogy közönséges agar-agar tenyésztőtalajra rákent vaccina-anyagot 24 óráig testhőmérsék mellett tartotta és azután egy kis platinspatula segítségével kihalászta a mikroszkop ellenőrzése mellett könnyen felismerhető sporoblastokat, melyeket húslevesvel össze-dörzsölve, állatkísérletekre használt. Borjába oltva az elkülönített sporoblastokat, tipikus vaccina fejlődött, mely után az állat immunná lett egy későbbi rendes vaccina-fertőzéssel szemben. Szerző variola-pustulákban is megtalálta ugyanezen képleteket és így bebizonyítottuk, hogy a vaccina és a variola identikus voltát; a vaccina csak gyengített alakja a variolának. (Journal médical de Bruxelles, 1901. 8. szám.)

Belgyógyászat.

Glossitis typhusnál. *Thompson* súlyos typhus lefolyása közben keletkezett glossitis esetét írja le. A baj közel a halál előtt, a kórházban tartózkodás 5. hetében lépett fel a nyelv bal oldalán és gyorsan nagyfokúvá lett. A halál bélátfuródás következtében állott be. Bonczoláskor a nyelv hátán két felületes fekélyt találtak. Bakteriologiai vizsgálat úgy látszik nem történt. Ugy mint *Nichols* esetében, itt is valószínűleg másodlagos fertőzés idézte elő a nyelvlobot. *Mc Crae* esetében a glossitis a typhusrecidiva első tüneteként jelentkezett 3 1/2 hetig tartó láztalan állapot után. (Lancet, 1900. június 23.)

Bélvérzés esetét ismerteti *Pagnat*, melyben daczára a majdnem normalis béliürüléseknek, mindig csaknem tiszta vér távozott 20—80 gramm mennyiségben. A tünetek alapján dysenterias bélfekély jelenlétét vették fel. A legkülönfélébb gyógyeljárások eredménytelenek maradván, gelatina bőr alá fecskendezésre határozták el magukat. Már az első befecskendezés után 14 napig nem mutatkozott vér; a vérzés újból való megjelenése után végzett gelatina-befecskendezés után véglegesen megszűnt a vérzés és a beteg gyorsan magához tért. A befecskendezéshez 20%-os gelatina-oldatot használtak, melyből 60 köbcentiméter vitték a bőr alá. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. 23. szám.)

A diabetes mellitus gyógyszeres kezeléséről irt cikkében *Noorden* tanár felemlíti, hogy a salicylsav is igen jó eredménnyel használható egyes esetekben, minthogy a tolerantiát szénhidratokkal szemben növeli. Különösen olyan egyéneknek javult a salicylsav, illetve a salicylsav-tartalmú aspirin — mint a melyet a betegek sokkal jobban tűrnek — használata, a kik bizonyos mennyiségű szénhidratot (60—150 gramm kenyér) még eltűrnek, a nélkül, hogy czukrot választanának ki. Néha a gyógyszer elhagyása után is még hosszabb időn át megmarad a kedvező befolyás. Szerző még megjegyzi, hogy a diabetes kezelésében oly nagy fontosságú és kedvező hatású, 2—3 hetes szigorú diéta-időszakok alatt is czelszerű naponként 2—3 gramm aspirint használtatni, mert tapasztalatai szerint így jobb eredményeket lehet elérni. (Deutsche Praxis, 1900. 11. szám.)

Sebészet.

Kísérleti adatok a csigolyaficbamodásokhoz ezímen ír *Kreiss* az Eiselsberg-féle sebklinikán (Königsberg) végzett hullá és állat experimentumai alapján. 1. Hullakísérleteknél a nyaki és háti izmok eltávolítása után a fejet maximalisan lehajtotta vagy egyúttal oldal felé is fordította s ezen helyzetben a gerincoszlopra erős ütést mér. Az 1. és 2. nyakcsigolya külön nem luxálódik, csak együtt; a 3—7. külön-külön is. Az 1. hátszigolya is könnyen ficzamosodott, lefele azonban mindinkább nehezebben, az 5-diken alul egyáltalán nem. A teljes (kétoldali) ficzam hajlítási, a nem teljes (egyoldali) csavarási ficzam volt; előbbieknél a lágyrészek sérülései nagyobbak. Elszakadnak azonban minden esetben a ligamenta longitudinalia és intertransversalia. Az arteria és vena vertebralis soha nem sérült, a gerincoszlop csak az esetben, ha complicálódva volt csigolyatöréssel a ficzam. 2. Az állatkísérleteket mélyen narcotizált nyulakon végezte és pedig vagy vértelen úton ütés vagy csavarás által igekeztetett a csigolyákat ficzamítani, utóbbi esetben a gerinczesatornába erős vérömlés történt; vagy pedig véres úton a hát- és nyakizmok eltávolítása után. E kísérletei nem voltak oly eredményesek, mint hullakísérletei, és az esetek legtöbbszörében vérzések történtek a gerinczagyban, különösen annak szürke állományában. Kétoldali ficzam csak egy esetben volt, a midőn a gerinczagy is sérült. E kísérletei után három kórtörténetet közöl s eredményeit

összefoglalva úgy tartja, hogy a luxatio diagnózisánál fontos a Röntgenkép. Ha a gerinczagy részéről nincsenek sérülési jelek, meg lehet óvatosan a repositio próbálni, a mi ugyan kísérleténél is legtöbbször eredménytelen volt. Ha nem sikerült a repositio, a ferde tartást nyújtással, redressálással s e helyzetben való fixálással javítsuk. A gerinczagy nyomási jelenségeinél sürgősen indicált a műtét, melynek célja a nyomás okozójának eltávolítása. A prognosis ez esetben attól függ, mennyi ideig volt nyomva a gerinczagy. Intramedullaris vérzéseknél az extravasatum felszívódása sem lehetetlen. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 57. B., 5. u. 6. H.)

Pesthy István dr.

Börkörtan.

A viszketés ellen való szerekről irt *Unna*. A viszkető érzés létrejötténél első sorban a bőr felszínének a minősége, másodsorban a lymphá pangása jön számba. *Unna* szerint mindkettőnek az együttes előfordulása szerepel, mit úgy fejez ki, hogy egyrészt a lymphá, másrészt a bőr felületes rétegeinek nyomása között fennálló aránytalanság a viszketés főoka. A therapiát illetőleg indirekte viszketéscsillapítók azok, melyek magát a bajt gyógyítani képesek. A tulajdonképpeni viszketés elleni szerek két csoportra oszthatók. Az egyikbe tartoznak azok, melyek a viszkető érzést kiváltó idegekre hatnak, a másikba azok, melyek a lymphostasis és a felületes rétegek között fennálló nyomásbeli s az idegekre kedvezőtlen hatást gyakoroló aránytalanságot kiegyenlítő képesek. Hogy a szó szoros értelmében „nervina“-k létezenek, az még nincs bebizonyítva s csak mint ilyeneket fogunk fel bizonyos szereket akkor, mikor a stratum dentatum és a cutis lemez-tenetve fekszenek. Ott a hol normalis vagy abnormalis hámréteg fordul elő, inkább azon szerelés bír értékkel, mely a hámban levő akadályt is elhárítani képes. Jól hatnak a narkotikus hatású alkaloidok spirituusos vagy spirituusos-aetherikus oldatban. Jól alkalmazhatók ezen alkaloidok szappan alakjában is. A hámréteget is megtámadva jó viszketés ellenes szer a carbolsav hűsítő kenőcsök és pasták alakjában alkalmazva, a kresol, a kátránykésztmények s azok derivatumai, a balszámok, a menthol és ichthyol, pótszereikkel a thiolal és tunenallal. Mindezen gyógyszereknek megvan azon tulajdonságuk, hogy magát a hámréteget is megtámadják s futólagosan idegkábító alkotórészekkel bírnak s egyúttal egy a külső behatások ellen a bőrt védő mázat alkotnak, mi egyszersmind az alkalmazott antipruriginosus szerek párolgását is nehezíti. Azon anyagoknál, melyeknél ezen mázsszerű alkat hiányzik (carbolsav, kresol, ichthyol), tanácsos azokat valamely vízben oldható (gelanthum) vagy oldhatatlan (collodium) mázzal kapcsolatban adagolni vagy pedig spirituusos oldatban alkalmazva, vattával és kötéssel körülvenni. Nagy hyperkeratotikus folyamat jelenlétében a keratolytikus s hámot puhító szerelés van indikálva. A mennyiben belső nyomás (oedema, vérpangás) a viszketés oka, az atropin, belladonna, ichthyol, natr. salicylicum és antipyrin belső adagolása indicált. (Wien. med. Presse 1899. 5-6. sz.)

Poór F.

Lupus erythematosus laesioján föllépett epithelioma multiplex irt le *Pringle*, mely eset csatlakozik *Riessmayer*, *Dyer*, *Stopford*, *Taylor* már észlelt s leirt eseteihez. *Pringle* betege évek óta szenvedett már fejbőrén lupus erythematosusban, midőn az epithelioma mutatkozott, mely a többszöri kiirtás dacára is mindig kiújult. (Brit. Journ. of Dermat. 1900. jan. Ref. Dermatol. Centralblatt, IV. 4. f.)

Szabóky János dr.

Prurigo anaestheticának nevezi *Pinoche* az abusus in alcoholicis folytán fellépő azon dermatosist, mely a rendszeres helyén lokalizálódik s melyet peripher idegzavarok okoznak. (Gaz. hebdom. 1900. 36. Thèse de Paris. Ref. Dermat. Cblatt, IV. 4. f.)

Szabóky János dr.

Dermatitis gangraenosa esetét írja le *Cowper*. Egy 62 éves férfinál az alszáron levő erythema centruma néhány nap alatt tényérnyi kiterjedésben gangraeneskált, mely gangraena helyenként a periostiumig terjedt gyenge rázóhideg kíséretében. A laesio 1:50:2000 carbol-sublimatmosásokra s 10% ichthyol-glycerines nedves kötésre lassan gyógyult. *Cowper* szerint ezen eset erysipelas volt, a mely ellen öt napon át folytatott hideg borogatásokra gangraena lépett föl. (British Journal of Dermatology, 1900. márcz. Ref. Dermatol. Centralbl. IV. 4. f.)

Szabóky János dr.

Húgyszervi betegségek.

Az epididymitis recidivans radicalis kezelését ajánlja *Chetwood*. Szerinte ily esetekben a mellékherében lobos gócz szokott visszamaradni, mely alkalom adtán újabb acut lobra vezet. Ezen visszaesések elkerülésére a bántalmazott here vas deferensének resectioját ajánlja. *Chetwood* négy esetében, melyeknél ily műtétet végzett, az előbb gyakran recidiváló folyamat többé nem újult ki. A műtét sem az illető nemi képességére káros hatással nem volt, sem a herék sorvadására nem vezetett. (Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1900.)

Tausz Béla dr.

Javitott vizeletgyűjtőt készített *Neumann A. Egon*, melylyel szerinte nőknél a két veséből külön-külön sikerül a vizeletet vizsgálni az érzékből felfogni. Szerző már régebben construált ily műszert, melynek lényege abban áll, hogy a húgyhólyag fenekén a hólyagot két részre osztó válaszfal képezetik, úgy hogy a vizelet jobb- és baloldalt egy-egy ily rekeszbe jut, a honnan kifelé egy-egy kémcsőbe ürül. Ezen műszerét most észszerű módosítások által könnyebben alkalmazhatóvá és szabatosabb működésre alkalmassá tette. (Deutsche med. Wochenschr. 1900. 38. szám.)

Tausz Béla dr.

Uvae ursi-salolabdacsok. *Weiler* szerint ezen labdacok két-féle hatást fejtenek ki: egyrészt összehúzólag és tonizálólag hatnak a

húgyutak nyálkahártyájára, másrészt a hólyagtartalomra antiseptikus és desinfiáló hatást gyakorolnak. Összetételük a következő: Rp. Extr. uvae ursi sicci, Saloli aa 5.0. M. f. pil. Nr. 30. D. S. 3-szor naponként 1-3 labdacot. Az extractum siccum az extractum fluidumból beparálás útján állítatik elő, a midőn 15 gm. 5 gm.-ra párolog be. (Ref. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1901.)

Tausz Béla dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A nyelv pseudocarcinomájáról értekezik *Ziem*. Egy 40 éves egyének, ki évek előtt luesben szenvedett, a nyelvén egy fekély keletkezett, ami ellen helybelileg lapis-ecseteléseket végeztek, belsőleg pedig jodkalit adagoltak. Daczára ennek a javulás nem akart beállani, a minek következtében a kezelés hetedik hetében a beteget a kórházban is megvizsgálták, hol a jelenlévő hat orvos egyöntetűen nyelvrákot állapított meg. A lelet az időtájt a következő volt: Mindkét, de főleg a baloldali orr nagyfokban eldugult. A nyelv bal szélén egy megvastagodott és felhánt szélekkel bíró, huszfillér nagyságú, egyenetlen alapú fekély látható. E fekélylyel szemben helyet foglaló alsó pofafog cariositas folytán kiélesedett.

Az orrüregekből langyos konyhasós vízzel való kimosás után bűzös, genyes váladék távozott. Betegnél ez időtől fogva, a mellett, hogy a jodot tovább szedte, a konyhasós víz kimosások is másodnaponként ismételtettek.

A tizedik napon már az orrüregek teljesen szabadok és a nyelv-fekély teljes gyógyulásba ment át.

Miután a gyógyulás létrejött, a nélkül, hogy a rossz fog eltávolított volna, felvehető, miszerint a sósvíz kimosások hozták létre a gyógyulást.

Ziem e nézetét a következőkkel támogatja: A betegnél azelőtt másfél évvel előrement lázas baj, valószínűleg egy influenza, nagy mérvű orrdugulást hozott létre, a minek folytán viszont a nyelv édegyeiben nagy venosus és lymphatikus pangás jött létre. A nyelv teriméjében így megnagyobbodva érintkezett a cariosus foggal és ez által a fekély képződésére meg lón adva az alkalom. Hogy a jodkali magában nem volt képes a gyógyulást létre hozni, az igen érthető, ha figyelembe vesszük, hogy a jod a fennálló orrhurutot és ezzel a collateralis pangást még csak növelte. (Monatschr. f. Ohrenheilk. etc. 1900. 4. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Tussis convulsiva gyógyítása creosotallal. Nemrégiben *Politzer* közölte volt tapasztalatait, a melyek szerint számarhurut eseteiben nagyon jó szolgálatot tesz a creosotal. *Joris* szintén megkísérelte e kezelési módot és az eredményekkel nagyon meg van elégedve. Felhívta a kávékanálnyi, gyermekeknek korukhoz képest 3-10 cseppet adott háromszor naponként. Minthogy a creosotal (*Heyden*) csaknem teljesen iztelen, minden különös rendelősmód felesleges; tejből nagyon könnyen és szívesen veszik be a gyermekek. Végül megjegyzendő, hogy a creosotal nem drága szer. (Il bolletino medico Trentino, 1900. november.)

A thioicol, mely már nagyon sok szerző véleménye szerint kiváló szolgálatot tesz a tüdőgümőkór gyógyításában, újabban tablettá alakban is forgalomba jön. Minden tablettá 1/2 gramm thioicolt tartalmaz. A thioicol-tabletták (*Roche*) 25 darabot tartalmazó üvegesövekben jönnek forgalomba; egy cső ára 3 korona. Ezen ármérséklés folytán most már kevésbé jómódúaknak is rendelhető a thioicol. Egy másik új alakja a thioicolnak a thioicol-serum, melyet az állami felügyelet alatt álló svájci serum- és oltóintézet Bernben állít elő s a mely a thioicol anti-tuberculosis hatását a vérsavó tonizáló és roboráló hatásával egyesíti. Minden üveg három gramm thioicolt tartalmaz; ára három korona. A thioicol-serum klyma alakjában alkalmaztatik; egy klymához egy üveg tartalma használandó el.

Werlhof-kór gyógyítása. Abból kiindulva, hogy egyes haemorrhagikus diathesisek, így a Werlhof-kór is, valószínűleg bakteriumos eredetűek, *Lusignoli* megkísérelte sublimat intravenosus befecskendezését, oly módon, hogy naponként vitt a vérbe 1-4 milligramm sublimatot. Werlhof-kór néhány esetében az eredmény nagyon jó volt. (La semaine médicale, 1900, 51. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 12. szám. *Borbély Samu*: A sérvmetszésről. *Fellettár Emil*: Tej által okozott mérgezés.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 12. szám. *Goldmann*: Mérgezések agaricus torminosussal. *Homa*: Izületi bajok vörhenynél. *Beer*: Primitív látó szervek. *Wagner v. Jauregg*: Az elmebetegügy reformja.

Wiener medizinische Presse, 1901. 12. szám. *Korczynski*: Fűszerek befolyása a gyomor működésére. *Fürst*: A pszichikus lehangoltóság és az idiült székrekedés között levő összefüggés. *Müller*: Conjunctivitis serophulosa.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 12. szám. *Frank*: Sectio caesarea vaginalis egy esete. Adat a méhrák kezeléséhez a terhesség alatt. *Erismann*: Az iskolaszobák nappali világítása. *Schnitzler*: A bélarteria-elzáródás tünettana. *Haskovec*: Adat a kényszerképzetek ismeretéhez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 12. szám. *Oppenheim*: Adatok a gyermekkori agybetegségek prognosizálásához. *Sievers*: Pneumopyopericardium esete. *Karevski*: A varixok és varicosus phlebitisek

sebészi kezelése. Koch és Coenen: A malariavizsgálat haladása Olaszországban. Rubner: Pettenkofer. Mugdan: Munkásvédelem és munkásbiztosítás.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 12. szám. Fraenckel: A typhus-járvány Göttingenben 1900 nyarán. Körte: A gyomorfekély és következményei sebészi kezelése. Bickel: Kísérletes vizsgálatok a sensorius ataxia compenzálásáról. Michaelis: Az indifferens festőanyagok mint zsírfestékek. Lewin: A sündiszó állítólagos cantharidin-immunitása. Fragstein: A trigeminus megbetegedése mint a tabes első tünete. Kern: Megjegyzések a Pirogoff-csonkra vonatkozólag.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 11. szám. Ludloff: Segédeszközök a Röntgen-lemezek demonstrálásához és tanulmányozásához. Reinhard: Adat az aethernarcosiszhoz. Franke: Benzín a sebészetben.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 12. szám. Sippel: A pete külső átvándorlása, a tuba decidualis reactioja és tuburis terhesség. Rose: Temporaer ventrofixatio.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1901. 3. füzet. De la Harpe: A Bottini-műtét casuistikájához és technikájához. Barlow: Ureteritis artificialis rosszul sikerült ureter katheterezés folytán húgyhólyag-gümőkór esetében. Möller: Elsődleges prostata-tuberculosis előrement prostatatályog után.

Dermatologisches Centralblatt, 1901. márczius. Ciesielski: Klinikai vizsgálatok az eugufomról.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 6. szám. Bielschowsky: Csigolyadaganatok okozta gerinczagyösszenyomás szövettana. Rossolimo: Dysphagia amyotactica.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 55. kötet, 2. füzet. Pospelow: Az unoka syphilise. Möller: Tüdőembolia oldhatlan higany-készítmények befecskendezése után. Hügel és Holzhäuser: Syphilis-oltások állatoknál. Lanz: Praeputialis menetek gonorrhoeás fertőzése. Philippson: Phlebitis nodularis necroticans. Matzenauer: A gangraena nosocomialis ismeretéhez és aetiologiájához. Grouven: A pemphigus chronicus változatai.

Archiv für Hygiene, 39. kötet, 3. füzet. Weil: Az anthrax-bacillus kifejlődése a spórából. Gaudenz: A tápszerek összeaprítása és oldása a rágásnál. Reichenbach: A hőszugárzás mérése. Rubner: Megjegyzések az előző cikkhez. Weber: Pneumonia-járvány tengerimalacok között. Broden és Wolpert: Respiratorius munkakísérletek változó légnedvesség mellett egy kövér egyénnél.

La semaine médicale, 1901. 12. szám. Broca: Májehinococcus gyermekeknél. Voisin: Intercurrens betegségek befolyása az epilepsiára.

Le bulletin médical, 1901. 18. szám. Marfan: Heveny endocarditis és mitralis insufficiencia a gyermekkorban. 19. szám. Duplay: A nemi szervek prolapsusa. 20. szám. Metchnikoff: A bélfergek szerepe appendicitisnél. 21. szám. Sabrazès és Houpert: A frenulum linguae epidermocystái három hetes gyermeknél. Tétau: Sipolymentek kezelése subcutan ligatúrával. Charpentier: Appendicitisek influenza-járvány alatt. 22. szám. Robin és Binet: A tüdőgümőkór feltételei. Reclus: A Bier-féle módszerrel. 23. szám. Aviragnet: A vörheny kezelése. Ricard: Adat a mediastinum anticum sebészetéhez.

Progrès médical, 1901. 12. szám. Verrier: Klinikai vizsgálatok a syphilis kezeléséről.

Revue de la tuberculose, 8. kötet, 1. füzet. Richet: A kísérletes úton előidézett gümőkór kezelése hússal és izomszerűmmal (zomotherapia). Granjux: A gümőkór gyakorisága a hadseregben. Castaigne: Újabb dolgozatok a savós hártlyák gümőkórjáról.

British medical journal, 1901. márczius 23. Ch. P. B. Clubbe: Az intussusceptio diagnosisa és kezelése. W. J. Walsham: A sérv en masse autoreductioja mint abdominalis obstructio oka. R. C. B. Maunsell: A gyomorfekély-átfűródés diagnosisa és sebészi kezelése. Ch. P. Child: Homokóragyomor esete. H. Brunton Angus: Gyomorfekély műtett esete. C. F. M. Althorp: Gyomorsipoly műtett és halálosan végződött esete. W. H. Horrocks: Gyomorfekély-átfűródés esete. H. J. Campbell és T. Jason Wood: Subphrenikus tályog műtett esete. G. P. Neubolt: Murphy-gomb használatával operált négy eset. H. Savory és W. G. Nash: Papillomatosis ovarialis cysta és bélrák okozta acut bélelzáródás. E. W. Hey Groves: Rendkívül nagyfokú bélstenosis gyermeknél. G. A. Clarkson: A Meckel-féle diverticulum bonczanához és sebészetéhez megjegyzések. J. Mitchell Bruce: A szív és az ütőerek megbetegedése az élet delén és alkonyán. A. G. S. Mahomed és O. Baker: Bélfövény. H. J. Hildige: Bélelzáródás esete. J. Bingham: A rectum transpositioja. D'Arcy Power: Gyomorfekély-átfűródés két esete. Gilbert Kempe: Anastomosis ileo-colica esete.

The lancet, 1901. I. 12. szám. J. F. Sykes: A lakás befolyása az egészségre. J. Mitchell Bruce: A szív és az ütőerek megbetegedései az élet delén és alkonyán. J. W. Stephens: Blackwater fever. W. G. Richardson: Appendicitis okozta heveny diffus septikus peritonitis műtét után gyógyult három esete. H. Work Dodd: A sympathikus felső nyaki dúczának resectioja glaucoma miatt. E. Knecht és W. F. Dearden: Az arsen eliminatioja a hajzaton át és viszonya az arsenmérgezéshez. G. J. Maguire: Kanyaróhoz csatlakozott gégediphtheria halálos esete. D. Newman: A vesesebészet története. J. Curnow: Chininlabdacok távozása a bélsárral. E. Frazer: Hydropneumothorax esete. S. G. Longworth: Súlyos bélvérzéssel járt typhus esete. G. Kempe: Ovarialis cystát utánzó peritonealis cysta esete. T. Sydney Short: Acut lichen planust követő dermatitis.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1901-dik év 11. hetében (1901. márczius 10-dikétől márczius 16-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszülött 542 gyermek, elhalt 320 egyén, a születések tehát 222-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 38.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.5, az egy éven felüli lakosságnál: 18.9, az öt éven felüli lakosságnál: 15.5. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1; angina diphtheritica 1, pertussis 4, morbili 7, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 14, apoplexia 11, eclampsia 10, szervi szívbaj 13, pneumonia 37, pleuritis 1, pneum. catarrh. 14, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 65, enteritis 7, carcinoma 12, ezek közül méhrák 3, egyéb újképleték 4, morbus Brightii et nephritis 7, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 4, marasmus senilis 12, erőszakos haláleset 9, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi köznevelésben. A múlt hét végén volt 2988 beteg, szaporodás e héten 897, csökkenés 958, maradt e hét végén 2927 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi márczius 12.-étől márczius 18.-áig terjedő 12. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 29 (28), diphtheria, croup 15 (20), hagymáz (typhus) 1 (4), kanyaró (morbili) 131 (96), trachoma 8 (5), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 45 (33), orbáncz (erysipelas) 19 (11), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 10 (20).

© Az orvosi könyvkiadó társulat a napokban küldötte szét az 1900-dik évre szóló még hátralevő kiadványait, nevezetesen: Györy Tibor dr.: *Magyar orvosi bibliográfia*, továbbá Temesváry Rezső dr.: *A tejeválasztás és szoptatás* című egy-egy kötetes munkáit. Az 1901-dik évre már készülnek a következő munkák: Kaufmann kórboncztanának fordítása; Dollinger tanár részéről: Sebészeti műtettani technika az egyetemi I. sebkegységben, Moravcsik Emil tanár és Solyom Andor igazságügyi miniszeri titkár részéről: „Az orvos működési köre az igazságügyi közszolgálatban”. E mellett kapják a tagok a Magyar Orvosi Archivum 1901-dik évfolyamát.

Ily gazdag tartalmú évi illetmények nyújtása mellett az orvosi könyvkiadó társulat igazgató tanácsa reményli, hogy úgy a fővárosi, valamint vidéki kartársak az eddiginél még nagyobb számban fognak a társulat tagjává belépni és e belépésükkel lehetővé teszik azt, hogy a többi évi kiadványokat is ily bőven lehessen a tagok részére kiszolgáltatni.

A kik a társulatba belépni szándékoznak, nyilatkozatukat méltóztatassanak a társulat főtákarához, Koller Gyula dr. úrhoz (Budapest, Sas-utca 16) címezni.

// **Egyetemi alkalmaztatások.** Megválasztattak a II. sz. kórboncz-tani intézethez díjtalan gyakornoknak Bogdanovics Milos dr., díjazott demonstratornak az élettani intézethez: Dalmady Zoltán, az I. sz. kórboncz-tani intézethez díjtalan gyakornokoknak Fischer Imre és Fáyhiss Ferenccz V. é. orvostanhallgatók.

V Babarcsi-Schwartzter Ottó dr.-t az Országos Közegészségi Tanács rendes tagjává a belügyminiszer ugyanazon tanács alelnökévé nevezte ki. A tanács vezetése benne tapasztalt, buzgó, széles látókörű és tapasztalosságáról ismert társat nyer.

© Okleveleiket február hóban a tiszti főorvosi hivatalnál bemutaták: Pör Zsigmond dr., Stettner Ödön dr., Neumann Lipót dr., Boleman Béla dr., Vragassy Lipót dr., Lévai Ödön dr. egyet. orvosdoktorok, Pitzyle Salamon fogorvos és két szülész.

— Elhunyt: Dóka Lajos járásorvos Dévényben.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmened-czében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdítő-türodök. Kifűtött szálló-tak. Vendéglő saját üzemen. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektus ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes ülés 1901. március 23-dikán.) 223. lap. — A magyar szent korona balneologiai egyesülete. (XI. közgyűlés 1901. március 25-dikén.) 225. lap. — Közkórházi orvostársulat. (1901. március 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.) 226. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 227. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1901. március hó 23-dikán.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök: Midőn szerencsém van mai rendes ülésünket megnyitni, mindenekelőtt fájdalmas kötelességet teljesítek, ha azon súlyos veszteségről emlékszem meg, mely Fodor József tagtársunk elhunytával egyesületünket is érte. Mindnyájan tudjuk, mily előkelő helyet biztosított magának Fodor a tudományos irodalomban; mert a ki majdan a higiéné mint önálló tudomány fejlődésének történetét meg fogja írni, a legjelesebbek között az ő működését is kénytelen lesz méltatni. A talajról, légről, ivóvízről, egészséges lakóházzal és a vér bakteriumölő hatásáról írott műveivel a higiénének egy-egy alapkövét rakta le. Hogy mi volt Fodor nekünk, ezt tanítványai hirdetik ma széles hazában, de ezeknél is ékezőbb a statisztika; mert, hogy ma kisebb a halandóság hazánkban, mint 30 évvel ezelőtt, ebbe Fodor közvetve és közvetlenül igen lényegesen befolyt. Az ő tanítása folytán ment a köztudatba át az a törekvés is, hogy gyermekeinknek nemcsak tanításáról, hanem testi neveléséről is kell gondoskodnunk.

Halála a mi veszteségünk is, nemcsak tudományos törekvéseinél fogva, hanem, mert minden gondolatával, egész valójában a miénk volt. Én azért azt hiszem, tisztelt tagtársaim egyetértéssel velem, ha arra kérem fel, miszerint szeretett társunk iránti tiszteletünknek külsőleg is, felállással, adjunk kifejezést. (Megtörténik.)

Egyszersmind emlékének a jegyzőkönyvben való megörökítését is méltóztatnak elhatározni.

Még egy jelentés érkezett be Grósz Albert dr., főtitkárunk édesatyja haláláról, méltóztassanak ezt szomorú tudomásul venni.

A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesítem.

Jelentem, hogy a mai ülésen Kisch prágai tanár Marienbadból, Barla János dr. és Gallia dr. Trencsénből más vendégek vannak jelen.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkérem Leitner, Vámosy és Cséry kartársakat.

Sphincterolysis anterior sec. Schulek.

Leitner Vilmos két beteget mutat be, kiken cicatrix adhaerens corneae miatt sphincterolysis anteriori végzett. E műtétet Schulek tanár és iskolája több mint tíz év óta gyakorolja s a vele elért eredmények igen jók. A műtét hasonló észlelő ajánlott más eljárásoktól a kivétel egyszerűségére és veszélytelenségére nézve előnyösen különbözik s a kellő feltételek betartása mellett mint praeventív műtét tökéletesebb az iridectomiánál, mert magát a bajt, a cornea és iris káros összenövését szünteti meg. Első sorban a cicatrix adhaerens fenyegető glaucoma és iridochorioiditis suppur. ellenes hatása jó számításba s mint ilyen megbízhatóbb az iridectomiánál. A műtét optikai előnye pedig onnan származik, hogy kevésbé tatóngó rést okoz az irisben, mint a szivárványhártya kimetszése s így a káprázás is kisebb, annál is inkább, minél jobban elfődi maga a heg ezen rést. Előnye végül az is, hogy az iris kiszabadítása után a heg aggodalom nélkül megfesthető, a mi egyrészt szépségi szempontból kívánatos, másrészt azonban a megfestett heg átlátszatlanabbá tétetvén, a fényszórás csökkentése által közvetve a látásélességet is emeli.

A két beteg a műtétet a „Stefánia“-gyermekórházban végezte, az egyiket négy hét, a másikat egy hét előtt. A corneába nőtt iris-részlet mindkettőnél teljesen kiszabadult, a gyógyulás izgalom nélkül történt. Az irisben alafelé eső keskeny coloboma jött létre, melynek nagy részét a heg elfődi. E heget az első betegnél 11 nappal a sphincterolysis után tussal befestette s a látásélesség most e szemén $\frac{5}{10}$; a másodikonál a befestés csak néhány nap múlva következik. A látásélesség ez utóbbi betegnél műtét előtt $\frac{5}{20}$ volt s most egy héttel a műtét után $\frac{5}{10}$.

Gyökeres műtéttel gyógyított parainguinalis sérv esete.

Alapy Henrik: Keletkezésére nézve valószínűnek tartja, hogy az ágyéktáji csigolyalobból kiindult hideg tályog a medenczéből a mellő hasfal mentén hágtott föl és a Poupart-szalag fölött nyitvatván meg, az aponeurosis ily módon készített nyílásán később sérv tolt ki.

A műtét alkalmával a tömlő csomját dohányzacskószerű varratokkal, a hasfalakat pedig a Mac Ewen módszere szerint zárta. Per primam gyógyult.

Phenolphthalein, új hashajtó szer.

Vámosy Zoltán: A törkölyborok denaturálására szánt phenolphthalein vizsgálata közben előadott arra jött reá, hogy ez állatoknál teljesen hatástalan még igen nagy dosisokban is, míg embernél már 0.10—0.15 gm.-os adagokban kitűnő hashajtó. A phenolphthalein sárga por, vízben oldhatatlan, ennél fogva izetlen; alkáliákban egy intenzív rózsaszínű festékké oldódik. Nyulak belein a peristalticát nem élénkíti, a terhes méhen contractiókat nem okoz, ellenben natriumsója az igen

nehezen diffundáló anyagok közé tartozik. Ezek után előadó így folytatja:

A phenolphthalein-natrium endosmotikus aequivalense a sulfatokkal egyenlőnek volna tekinthető.

A hashajtó hatás magyarázatára tehát szintén hajlandó volnék a belekben képződő natriumsó nehezen diffundáló voltát felvenni, ha nem látnók azt, hogy egy felnőtt embernél már 0.10—0.15 gr. is vizes széklőürülést hoz létre. Ily kevés phenolphthaleinből azonban, oly csekély mennyiségű phenolphthalein-natrium képződik, hogy ettől, ha azt az ember egész bélhuzamára elosztva képzeljük, jelentékeny osmotikus nyomásváltozás a bélfalban elhelyezett edények és a béltartalom között nem igen várható. Ugy hogy a hashajtó hatás magyarázatára az emberi bél epithelének különböző ingerekkel szemben az állatoknál nagyobb ingerlékenységét kell segítségül vennünk s azt mondanunk, hogy a phenolphthalein a vékonybélben phenolphthalein-natriummá alakul, a mely a nehezen diffundáló anyagok közé tartozik. Ennek alapján felszívódása elé minden egyes sejttel újabb és újabb akadályt gördít, úgy hogy annak legnagyobb része csak a bélepithel sejtjeibe jut be és ezekben oly chemiai változást hoz létre, a melynek következménye gyanánt ezen sejtek többé nem képesek a saját belső hydrostatikus nyomásuknak ellentállani, még kevésbé a bél ürege felől folyadékot felvenni s míg egyfelől bő transsudatit engednek megindulni a bélüreg felé, másfelől a béltartalom folyadékát sem szívják fel s ez az oka a híg, vizes s már tömegénél fogva is könnyebb, jóformán a peristaltica segélye nélkül létrejövő ürüléseknek.

Mivel ugyanezt a magyarázatot fogadjuk el a sulfatok hashajtó hatására nézve is, hajlandó vagyok a phenolphthaleint a natrium és magnesium sulfuricummal egyenértékű hashajtó szernek tekinteni és azt mint igen kitűnő enyhe laxant, mely még csecsemőknél is alkalmazható, melegen ajánlani ugyanolyan esetekben, a melyekben a sulfatos vizek is használtaknak.

Hogy a phenolphthalein állatoknál hatástalan, arra nézve igen nehéz most magyarázatot adnom, de azt hiszem, nem tévedek, ha az emberi és állati bélhuzam chemiai differenciájában keresem az okot, a mely szerint embernél mindig képződik a belekben natriumsó, állatoknál pedig nem képződik, a mint arról néhányszor a szabadabbá tett belekben meggyőződtem. Hogy miért nem képződik phenolphthalein-natrium az állatok beleiben, mikor pedig azok is alkalikus közegűek, azt nem tudom megmondani.

Végül megemlítem Bayer Dezső dr. barátom kérelmére, a ki az én utasításomra igen tetszetős külsejű, 0.05 gm.-os tablettákat készített a phenolphthaleinből, hogy ő azt „Purgo“ néven hozza forgalomba.

Wenhardt János: Bár hashajtók nagy számban állanak rendelkezésünkre, melyek között van sok jó is, mindazonáltal érdemes a phenolphthaleinnel foglalkozni, mert magyar felfedezés és mert kitűnő hashajtónak bizonyult. A jó hashajtó feltételei: ne kelljen nagy mennyiségben bevenni, ne okozzon kellemetlenségeket, ne legyenek kellemetlen mellékhatásai és bizonyos idő múlva erőltetés, csikarás nélküli széklést idézzen elő. Ilyen hashajtó nincs, de előnyben részesítendő azok, melyek ezen kívánalmaknak minél jobban megfelelnek. Szóló 100 betegnek adta a phenolphthaleint előbb pilulákban, később a purgo alakjában, de lehet poralakban is adni. A purgo a legfinyább igényeknek is megfelel. Szóló a phenolphthaleintől kellemetlen mellékhatást nem látott. A dosis 0.05—2.0-ig váltakozott. Ezt a nagy latitude-ot érthetővé teszi az egyéniség, a gyomorbél állapota, az alaphántalom, az ételek-italok, testmozgás, melyek a defaecatiót befolyásolják annyira, hogy ugyanazon egyénnél is különböző időben különböző adagok hatnak. Fontos az adagolásnál, hogy milyen fokú legyen a hashajtás, másrészt milyenek az egyidejűleg szedett orvosságok. Ha egy-két normalis széklet akarunk, akkor kevesebb szerre lesz szükségünk, mintha az egész belet ki akarjuk tisztítani. Az egyidejűleg szedett szerek közül fontos a morphiium. Az a dosis, mely egy-két széklet idéz elő 2—5 óra múlva fennjáró betegnél: 10 ctgm. pro dosi et die, de néha 5 cgm. is hat, máskor 15—20 cgm. Fekvő betegnél, ha egyéb orvosságot nem szed, 20—60 cgm. elég, de súlyos beteg, ki ágyhoz van szegezve és morphiiumot is szed, nagyobb adagot kíván. Így egy előrehaladott tabeszes betegnél, ki naponta 5 cgm. morphiiumot kapott, egy gm. nem hatott, másnap adott 1.5 gm. sem hatott, csak a harmadik napon adott 2.0 gm., valószínűleg az előtte való napon adott adaggal együtt nyolcz bő és vizes széklet idézett elő.

Egy-két pépes szék szokott lenni, néha híg és kemény egymásután jönnek, de előfordul, hogy előbb jön a híg szék, azután a kemény, a mi úgy érthető, hogy a szer diffuziót idéz elő a vastag- és végbélben.

A phenolphthalein negatív hatású az állatkísérletekben; szóló azt hiszi, hogy embernél a vékony- és vastagbére egyaránt hat. Nagyobb dosisnál, ha híg volt a szék, a Gmelin-próba pozitív volt. Hogy felszívódik-e a bélben, szóló nem tudja, a vizeletben minimalisan kimutatható, de nem biztosan. Lehet, hogy nem szívódik fel, csak szétbomlik a szervezetben. Bizonyos, hogy a túlnyomó rész a bélben marad, mert a bélsárban kimutatható volt 5—10 ctgm. bevétele esetén is.

Szólo azt hiszi, hogy a phenolphthaleinban gyógyszerkincsünk kitűnő hashajtóval gazdagodott, mely annál értékesebb, mert hatásos és magyar felfedezés.

Kassai Jenő: Négy esetben alkalmazta Stiller osztályán a purgot és bár egyik beteg morphiumot is kapott, 10 cgm. elég volt bő szék előidézésére.

Adams-Stokes-féle betegség.

Friedrich Vilmos: Adams-Stokes-megbetegedés esetét mutatja be egy 21 nőnél, ki hat hó előtt teljesen egészséges volt. Ezen időben rövid időközökben újból fellépő, eszméletlenséggel járó rohamok jelentkeztek, melyek rövidebb-hosszabb ideig tartottak. E rohamok két hónapig szüneteltek, majd újból nagyobb intenzitással jelentkeztek, úgy hogy munkáját abbahagyni kényszerült, annál inkább, mivel a rohammentes időben szívdobogás, fejfájás, álmatlanság és nyugtalanság érzete s időnként jelentkező nehezézés kirozta.

A vérszegény nőnél következő rendellenességek mutathatók ki: A szívcsücsülökés a IV. bordaközben tapintható a bimbóvonalon belül; szívűkötés nem érezhető. Az ütőerőkés középhullámú, mérsékelttel telt, időnként arhythmikus, száma percenként 28—40 között váltakozik. A nervus vagusnak állandó árammal való ingerlésénél az ütőerőkés számában változás nem áll be váltakozó áramnál az érőkésék száma 12—20-szal csökken, alkoholikák nem emelik az érőkésék számát. A jobb bordaív alatt két ujjnyira a légzési mozgásokat követő, tömött máj kitapintható. A jobb sterno-clavicular izület körül a kopogtatási hang plessimeternyi terjedelemben rövidebb, üresebb. A szívtempulát a III. bordánál kezdődik, mint abszolút a bal sz. m. vonalat a IV. s V. borda magasságában 1½ harántujnyira megközelíti, a relatív tempulát a jobb szegyszélég terjed, munka végzése után a tempulát 1½ harántujnyira nő jobbfelé. A szívcsücsön tompa systolikus hang, időnként gyenge, finom systolikus zörög s tompa kettőzött diastolikus hang hallható. Ugyanaz hallható a jobb gyomrocson felett. A nagy véredények felett a hangok tompák, de tiszták. A diastolikus kettőzött hang néha minden szívösszehúzódnakor, máskor minden második vagy harmadik szívösszehúzódnak után hallható, néha órákon át kimarad. A jobb kulescson alatt a fentebb említett rövidebb kopogtatási területén érdes, majdnem puerilis légzés hallható. A vér haemoglobin tartalma 65%, a vörös vércsejtek száma 3·5 millió.

A betegnél, ki az I. belgyógyászati kórodán való gondos ápolás mellett két kilót hizott, a kórodai tartózkodás 10-dik és 11-dik napján egy-egy roham jelentkezett, melynél elsédült, eszméletét veszítette, száját jobb felé huzogatta, végtagjai megmerevedtek, fogait esigorgatta; ezen rohamok 1—2 percig tartottak. Harmadnapra újra beszéd közben hirtelen hátra esett, eszméletét veszítette, szemgolyóit elferdítette, száját félrehúzta, fogait vicsorgatta, végtagjai megmerevedtek. Roham után közvetlenül 2—3 percre a légzés 28, az ütőerőkés percenként 20 volt, arhythmikus, különböző teltsgű s csak 10—15 perc múlva lépett fel az előbbi légzési és ütőerőkési szám.

Összefoglalva a tüneteket, tapasztalható ezen betegnél: szívösszehúzódnakoktól — kettős diastolikus hangot minden esetben egy-egy elégtelen szívösszehúzódnaknak kell tekinteni — kísért bradycardia, melyhez rövidebb vagy hosszabb ideig tartó, jobban vagy kevésbé kifejezett epileptiform göresök csatlakoznak, mely göresök tartama alatt és után a szívűkötés még jelentékenyebb módon alászáll s a melyek fennállása alatt s után a szívösszehúzódnak rendetlené válik.

Az állandó jellegű érőkés-csökkenés ily fiatal korban eléggé érdekes, mert szokatlan; öregebb korban endoarteritikus folyamatok vagy lefolyt szívűkötési megbetegedések után gyakoribb.

A göresös rohamtól kísért bradycardia, mely a roham tartama alatt még kifejezettebbé válik, azon kórfolyamat, melyet a 40-es években először Stokes s Adams irtak le s melyet újabban *Huchard* elnevezett Adams-Stokes-megbetegedésnek.

E megbetegedés szerfelett ritka, de ezen eset még ritkább, mert az irodalomban alig van esetről említés téve, melynél a kórfolyamat a 30-as éven innen fellépett volna.

A megbetegedés oka vagy centralis eredetű vagy pedig keresendő környileg a szívben (szívűkötélfajulás stb.), szívűkötéző központokban vagy a nervus vagusban vagy annak lefutásában. A pulszám csökkenése ugyanis a vagus ideg izgatásából ered.

Hogy ezen esetek közül melyiket lehetne ezen esetben kórokul szerepeltetni, erről még egyáltalában nem óhajtának nyilatkozni; lehet, hogy erre meg lehet majd adni a választ a hetekig, hónapokig, esetleg évekig tartó észlelés után.

E betegség kórjósolata fiataloknál, ha az ok vérszegénység vagy ideges befolyás, jó; rosszabb, ha az ok az arteria coronaria endarteritisében vagy a szívűkötésben keresendő, de akkor is élélhet a beteg még évekig.

A therapia nyugalom, munkától s hegyi levegőben való tartózkodás, gondnélküli élet. A chinin, vas, arsen s élynyelégzés tüneti kezelése megkísérthető.

Benedikt Henrik a bemutatott esetet az I. belklinikán észlelte. Csak a roham végét látta: szemgolyóit felfelé forgatta és a felső végtag clonikus görcsei közben magához tért, ugyanakkor pulszusa sajátságos volt. Pulsus száma 20, de a szívűkötés a sűrűn közbeiktatott extrasystolék miatt szaporább volt. A betegség okáról előadó reserváltan nyilatkozott, szólnak sincs oka e reserválóból kilépni. Az okok közül a fiatal egyénnél az arteriosclerosis kizárható és így valószínű a n. vagus izgalma, de a kísérletek megintatták szólnak e hitét, mert a n. vagust befolyásoló okok hatástalanok voltak, csak a faradizálásnak volt némi hatása. A n. vagus bántalmára azért is kellett gondolni, mert a rendes szívűkötésen

kivül a jobboldali articulatio sternoclavicularis alatti ötkoronányi tempulaton a légzés feltűnő hangos, éles volt, úgy hogy ott a n. vagust nyomó mirigyre kellett gondolni. Ezen felvétel valamikor kedvelt volt, de a Röntgen nem mutatott mirigyeket, ezért szólo a n. vagust nem okolná, hanem más ok után néz. Ez a bal pitvar feltűnő tágulása, mely különösen kezdetben állott fenn és mely a jobb gyomrocson tágulásával a máj duzzadságát és keménységét hozta létre; tehát a szívűkötés bántalmazva volt (atoniás tágulás, mely a nyugalomban csökken). A bal pitvar tágulását nemcsak a szívűkötés magasabban való kezdődése, hanem hátul az interscapularis tájon baloldalt levő tempulát is igazolta, a mi néha functionális szívűkötésbetegedéssel is együtt jár. Azért emeli ezt ki szólo, mert legújában a pathológiában sok szívűkötés-változás a szívűkötés bántalmazottságára vezetettik vissza. Engelmann óta tudjuk, hogy a szívűkötés tágulása a szívűkötésből indul ki, azután terjed a gyomrocsonra. Legújában Henschen elemezte e tényeket kórtani szempontból és különösen mitralis bajoknál a bal pitvart találta első sorban bántalmazottnak.

A therapiaiban a digitalis contraindikált és a bromot sem adják, szólo előtt ismeretlen okból. Egyszerűen a roboráló eljárásra szorítokozunk. A beteg a klinikán négy kgm.-ot hizott, de a bradycardia változatlanul fennáll.

Cholesteatoma radicalis műtete, Bezold-féle mastoiditis esete.

Schwarcz Ede: A mióta Schwartz első száz esetét közölte, azóta a mastoiditis műtétek ezreit végezték a fülörvosok. A tapasztalat azonban azt mutatta, hogy az esetek jelenékeny számában, különösen azok chronikus alakjában a Schwartz által megállapított műteti mód, az antrum és a sejtek feltárása, gyógyulásra nem vezetett. A műtét után fistula maradt vissza, a folyamat a dobűregeben és csecsnyűtványban tovább haladt és a beteg ugyanazon veszélyben forgott esetlegesen több ízben végzett műtét után is, mint azt megelőzőleg. Míg aent esetekben e műteti beavatkozás által a rövid idő óta fennálló dobűri lob is megszűnt, addig a chronikus esetekben, melyeknél a dobűreg nemcsak lágy, de esetleg csontos falzatában, sőt a hallócsontcskában is mélyebbreható elváltozások fejlődtek, ezek nem lévén hozzáférhetőek a sebészki kezelésnek, a mastoiditis műtétek a kívánt eredménnyel nem járhattak.

Közelfekvő volt tehát a gondolat, hogy ily esetekben necsak a tipikus Schwartz-féle műtétet végezzük, hanem a sebészki elveknek megfelelőleg, elvéve az e műteti módnál megmaradt csontos külső hangvezeték hátsó és felső falát, feltárjuk a kezelhetés céljából magát a dobűregtet is és így egyetlen oly üreget hozunk létre, melynek mellső falát a csontos külső hangvezető mellső fala, felső falát a tegmen tympani, az aditus és az antrum felső fala, hátsó falát az antrum hátsó fala, alsó falát pedig a külső hangvezető alsó falával egy vonalba hozott csecsnyűtványi sejtek alsó fala képezi. E műtét után oly üreget kapunk, melynek behámosításáról első sorban a lágy külső hangvezetőből vett lebenyek útján gondoskodunk. E műteti modort Küster homályosabb leírása után Zauffal, Stacke, Bergmann, Mac Ewen és mások végezték mint első, és azóta a külföldi irodalomban már számosabb közlemény jelent meg annak értékéről.

Bemutatandó esete egy 17 éves férfira vonatkozik, kinél egy hét előtt kezdődtek a fejefőre is kiterjedő mastoiditis fájdalmak. Fűlfolyása 6 éves kora óta van. Beteg egy hét óta lázasnak érzi magát és folyó hó 12-én, midőn a rendelésen a Charité fűlöstályán jelentkezik, hőmérséke 37·4, megelőző erős rázóhideggel. A külső hangvezető erősen megsűkült, fenekén polyposus sarjak láthatók. A mastoiditis táj bőre, a tarkó, halánték és nyak felé kiterjedőleg erősen vizenyösen beszűrdött, piros, spontán és nyomásra fájdalmas. A külső hangvezetőből a nyaki edények tájára gyakorolt nyomásra bőséges, rendkívül bűzös geny ürül.

Műtét másnap, márczius hó 13-dikán narkosisban. A közvetlen a fűl insertiójában végzett metszéssel a fűlkagylót és a lágy külső hangvezető hátsó és felső falát leválasztva és előrehajtva, a tarkótájáról és a nyaki véredények tájáról nagy mennyiségű bűzös geny ürül. A cortex felvése után előtűnt a cholesteatoma gyöngyfűnyű burka. A csecsnyűtvány csűcsának hátsó felülete áttört (Bezold-mastoiditis) és az átűrés helyen sülyedt az elgenyedt bűzös cholesteatomás massa a garat felé. A dobűregből hátfelé terjedő kis diónyi cholesteatoma kanállal eltávolítatván, resecálta a csecsnyűtvány csűcsát és a középfűl üregeit a már említett módon egy üreggé alakítva, a leválasztott lágy külső hangvezetőt hosszában a kagyló porcisos részére is átűredő metszéssel felhasítva a lebenyes plasticát végezte.

Beteg közérzete azóta folyton javul, lázas állapot szűnik s a negyednapra változtatott kötés láztalan állapot mellett már ambuláner volt végezhető. Jeleuleg az üreg szép, piros sarjakkal bélelt, úgy hogy 1—2 nap múltán Thiersch-transplantatio végezhető annak hámmal való befűdésére.

A műteti technika könnyebb áttekinthetősége céljából már most látja czűlszerűnek az eset bemutatását és összehasonlítás céljából egy tipikus Schwartz-féle módszer szerint operált esetet is bemutat.

Az enteroptosis kérdésének mai állása.

Csəri János: Visszapillantást vetve az enteroptosis tanának fejlődésére, eseteli a kórképet, a mint azt Glénard mint első megkonstruálta.

Ennek lényege pedig egy vagy több hasi szervnek sülyedése által előidézett általános és dyspeptikus neurastheniában áll. Glénard t. i. úgy állítja fel a tételt, hogy a gyomor és az általános neurasthenikus tüneteket a flexura hepatica sülyedése idézi elő. A sülyedés

pedig olyképen támad, hogy a ligamentum colico-hepaticum meglazul és a szolgálatot felmondja. Ezt a tételt Ewald megtámadta, a mennyiben azt állította, hogy az enteroptosis indító mozzanata az összes szalagok petyhüdségében rejlik és hogy a neurasthenikus tünetek a szalagok rángatására vezethetők vissza. Ebben a vitában Landau, a ki ezeket a viszonyokat a lecsüngő hasnál már régen tanulmányozta, azt hangoztatta, hogy nézete szerint az enteroptosis csakis másodlagos állapot, melyet azok a betegségek hoznak létre, a melyek a has kapacitását megnagyobbítják, a mint ez legkivált petyhüdt vagy hűdött hasfalaknál történik. Hasonló felfogást tanúsít Herzfeld, a mennyiben az enteroptosisért az intraabdominalis nyomás alábbhagyását teszi felelőssé. E közben azonban az enteroptosis pathogenesisének kérdésében új fordulat állott be olyképen, hogy eltérőleg az eredeti felfogástól, a neurastheniát elsődleges mozzanatként kezdték tekinteni, a mely azután a dyspepsiát, az általános atoniát és következőképpen a ptosist is okozza, szóval azt kezdték hangoztatni, hogy az *enteroptosis veszületett dispositio alapján fejlődik*. Ennek a nézetnek azonban csak Stiller tette le tudományos alapját a bordajel felfedezése által. A bordajel abban áll, hogy az enteroptosis legtöbb esetében azt lehet észlelni, hogy a *tizedik* borda könnyen mozgatható, a minek az oka az, hogy a nevezett borda vagy egészen szabadon végződik vagy pedig csak szalagszerűen van odaillesztve a bordaívhez. A borda alakja tehát a 11-dik és 12-dik bordaéhoz hasonló. Miután pedig a 10-dik borda mozgathatósága és hiányos volta kétségen kívül veszületett dolog, ebből az következik, hogy az enteroptosis veszületett dispositio alapján fejlődik. Stiller álláspontja tehát az, hogy az enteroptosis veszületett neurasthenikus betegség, melynek alapján táplálkozási zavarok következtében az említett emésztési atonia és ennél fogva ptosisokra való hajlam képződik. Minthogy azonban az úgynevezett ideges dyspepsiák legnagyobb részénél a bordajel és a ptosisok megtalálhatók, a két kórképet azonosnak tartja. Cséri Stiller nézetét a bordajelről teljesen osztja, annál is inkább, mert szintén új jelt fedezett fel az enteroptosis legtöbb esetében, mely szintén veszületett, tehát Stiller elméletét támogatja. Ez a jel a gerincoszlop ágyékrészi görbülete (lordosis), melyről mathematikai úton és rajzban kimutatja, hogy ott, a hol jelen van, az intraabdominalis nyomás függélyes componense, tehát a szerveket támasztó erő mindig kisebb a rendesnél és ez képezi az okot ptosisok fejlődésére. (Bővebb magyarázat az eredeti munkában található.) Fejtegetéséből azt a következtetést vonja le, hogy az enteroptotikus neurasthenia leginkább a *csontrendszer* bizonyos pathologikus sajátosságában nyer kifejezést.

Végül, miután sem az eddig használt enteroptosis, sem az ideges dyspepsia elnevezés a követelményeknek már többé meg nem felel, Cséri, Glénard nagy klinikus iránt érzett tisztelete jeléül azt indítványozza, hogy a szóban levő kórképet ezentúl általánosan *Glénard-féle betegségnek* nevezzük el.

Róth Adolf: Primaer lordosis nincs, ez mindig következménye valamely bajnak vagy veszületett ficzannak, szülő ezeknél sem neurastheniát, sem gyomorbajt nem látott. A hasfalak lágy, petyhüdt volta okozhat azonban kiskökü lordosist.

A magyar szent korona balneologiai egyesülete.

(XI. közgyűlés 1901. márczius 25-dikén.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Löw Sámuel főtitkár.

Elnök a következő megnyitót mondja:

Mindenki ajkán hordja a szálló ígét, hogy hazánk forrásaiban egy nemzeti kincs fekszik elrejtve, de még egyszer sem hallottam annak körülírását, hogy a rejtett nemzeti kincs alatt tulajdonképpen mi értendő. Pedig ezzel közelebbről foglalkozni ezidejűleg nem látszik teljesen feleslegesnek.

Közel áll az a felfogás, hogy a források és fürdők egy olyan holt tőkét képeznek, melynek feltárása és popularizálása gazdagságot, vagyont van hivatva szerezni egyeseknek; a sok *egyes* vagyonosodása pedig a nemzeti vagyon gyarapodását jelenti általában, annál is inkább, mert az ilyen vagyon termékenyíti a környezetet és a tulajdonos a vagyongyarapodás arányában nyújt keresetet vállalata munkásainak, teremt jólétet a fürdő és forrás környékén, emeli az emberi munka értékét helyileg és alkalmat nyit mindannak értékesítésére, a mit a szorgalom termel.

Mennél több helyen létesül az ilyen fellendülés, annál több az eredmény általában és mennél több forrásokkal megáldott zúgában hazánkunk fejlődik ki egy-egy ilyen balneologiai centrum, annál többet kötünk le saját hazánkunkra közül a végből, hogy gyógyulását, üdülését itthon keresve, pénzt ne vigye külföldre.

Bármennyire elismerem ennek a felfogásnak a jogosultságát, mely „a rejtett kincs kiaknázását” ezen anyagi eredményekben keresi, a magam részéről ópen olyan vagy talán még nagyobb jelentőséget tulajdonítok a rejtett kincs kiaknázása azon másik részletének, melyet „az egészségügyi érdekek” czime alatt foglalnék össze.

A balneologiai intézmények anyagi prosperálása s az e czímen kifejlődő közvagyonosság egyszerűen csak annak a mutatója, hogy az intézmények és a vagyon tulajdonosai olyan nagy és eredményes szolgálatot tettek az emberiség egészsége érdekében, hogy az ezekért a közönség által megfizetett összegekből nemcsak a tényleges költségek fedezésére telt ki, hanem még a prosperáláshoz szükséges feleslegek is befolytak. A lényeg tehát az én szemem előtt a nemzeti kincs feltárásában nem a vagyonosodás, hanem az az egészségügyi szolgálat, mely

e vagyonosodást megelőzte, a mely szolgálat, a társadalom, az emberiség egészségére volt üdvös hatással.

Nem lehet elzárkózni az elől, hogy e két tényező egymással feltétlenül karöltve kell hogy járjon, mert a közegészség érdekében jó szolgálatokat csak úgy várhatunk, ha a vállalkozás az ő maga megérdemelt jutalmazását tényleg meg is találja.

A milyen egyszerűnek és méltányosnak látszik ezen tétel első tekintetre, éppen olyan nehéz az összeegyeztetés, ha a dolog mélyébe tekintünk.

Már megszoktuk, hogy a közegészségügyi szolgálata munkásaitól olyan önzetlenséget, kitartást és áldozatkészséget kíván, mint sehol a közmfelődés terén és vajmi gyakran látjuk, hogy a legbuzgóbb munkás sem érheti el törekvéseinek eredményét; hisz közegészségügyi újításokkal szemben mindig erős harcra kúzd a conservativizmus és a tudatlanság, a mit csak lassú neveléssel, szoktatással lehet legyőzni a nagyközönségben; a vállalkozó pedig, legyen az egyes egyén vagy vállalkozó vagyon, munkájának, befektetéseinek gyümölcsét nem a jövő évtizedekben várja, hanem jogosan kívánja, hogy lehető hamar élvezhesse jutalmát, kamatait; még pedig méltán, mert hiszen a legtöbb ilyen vállalkozó sem erkölcsileg, sem vagyoniilag nincs arra berendezve, hogy egy jobb jövő reményével biztathassa magát, önzetlenül lemondva munkájának, befektetéseinek közvetlen jutalmazásáról.

Kétségtelen tehát, hogy minekünk, a kik önként és önzetlenül szolgáljuk az ügyet, ha akarjuk a czélt, t. i. a balneologiai fellendülését a közegészség érdekében, úgy nem szabad elzárkózunk attól, hogy a hol lehet, a hol alkalom nyílik rá, támogassuk azokat, a kik munkát és vagyont köczkázhatnak a balneologiai téren való haladás érdekében.

A Balneologiai Egyesület megalakulása alkalmával kettős czélt tűzött zászlójára. Először a balneologiai, mint közegészségi intézménynek és mint tudományok művelését és fejlesztését és másodsor a balneologiai, mint közgazdasági tényezőnek támogatását.

E kettős feladatnak megfelelni, e kettő között a harmóniát fenntartani úgy nekem, mint minden utánam jövő elnöknek elsőrendű fontos feladatát kell hogy képezze.

Uraim! Voltak olyanok és pedig erős itélettel bíró egyének, a kik kétségbe vonták, hogy egy, orvosokból és laikusokból összeállított és ilyen divergáló czélokat maga elé tűző egyesület megállhat-e sokáig. Aggályuknak oka különösen az volt, hogy az úgynevezett merkantilis és ipari része az ő maga jogosult üzésével előbb-utóbb oly módon fog előtérbe tolni, olyan követelményekkel fog fellépni az egyesületben, melyeknek feltétlen támogatására az egyesület orvostagjai nem lesznek megnyerhetők, olyan követelményekkel, melyek merkantilis és közgazdasági szempontból talán feltétlenül jogosultak, de támogatásukra a közegészségi szempontoknak hivatott örei nem vállalkozhatnak. Másrészt tartani lehetett attól is, hogy a túlsúlyban levő orvosi, azaz közegészségi irányzat esetleg olyan követelményekkel fog előbb-utóbb előállni, melyek ellentétben állhatnak az egyesület azon tagjainak érdekeivel, a kik mint forrás- és fürdőtulajdonosok áldozatokat hoztak és befektetéseket tettek, melyeknek gyümölcseit mindenekelőtt várják, a mit ha el nem érnek, a mit ha veszélyeztetve látnak, csakhamar kifejűdik bennük az egyesület iránt való közöny, esetleg a széthúzásra való hajlamosság.

Uraim! Állandóan fülembé csengett ez aggodalom és mindig figyeltem az egyesület hangulatára, az egyes enuntatióknak mindig igyekeztem pszichologiai alapját megtalálni és mondhatom, hogy egészen a legutóbbi időkig egyszer sem láttam ez aggodalmat igazolva.

Olybá tekintem magamat elnöki tisztemben, mint az a lelkiismeretes orvos, a kinek gondjaira van bízva egy család egészségének felügyelete, ki patienteinek ütőerén tartja a kezét és a kinek kötelessége a figyelmeztetés, a mikor azt látja, hogy betegség csirája mutatkozik a család életfájának gyökerén.

Uraim! Az agrarizmus és merkantilizmus küzdelme hazánkban is minden téren felüti fejét. Az östermelés követeli a maga régi jogait, az ipari vállalkozás és kereskedelem pedig, mint az egész világot uraló hatalmas megnyilatkozása a civilizationnak, a természettudományok és a technika eszközeit felhasználva, feltarthatatlanul tör magának útát minden irányban. Hogy az összeütközés e nagy küzdelemben erős, kiméletlen: az természetes, hiszen a létért folyik, a létért való küzdelem pedig mindennél erősebb.

Sajnos, hogy mi sem lehetünk nyugodt nézői a küzdelemnek, mely a *szélsav jelégje* alatt vihart kelt fél Európában; a vihar hullámainak szélei már csapkodják egyesületünk családi házának falait is; tartok tőle, hogy szétbomlik e ház, ha a hullámok rést találva, házuk belsőjébe törnek és ott küzdik tovább engesztelhetetlen viaskodásukat.

Minket, egyesületünknek orvostagjait e küzdelem szemlélésében csak egyetlen vezérszeme vezethet, t. i. a közegészségügyi érdeke; az én felfogásom szerint a Balneologiai Egyesület jelen szerkezetében nincsen arra hivatva, hogy e kérdésnek merkantilis részleteire irányadó befolyást gyakoroljon, sőt igen veszélyesnek tartanám, ha az egyesület e kérdés részleteinek tárgyalásába boesátkoznál, mert tartok tőle, hogy csakhamar igazuk lenne az én skeptikus barátainak, a kik nem hosszú életet jósoltak a Balneologiai Egyesület jelen szerkezetének; a mennyiben pedig e kérdésnek tárgyalása elkerülhetetlen: maradjon az a gazdasági szakosztály szűk keretein belül.

Ez a gondolatirány vezetett, uraim, akkor, a mikor a belügy-minister elnökle alatt tartott tanácskozások alkalmával ez ügy elintézése körül, mint a Balneologiai Egyesület elnöke befolyást nem gyakoroltam és szavamam fel nem emeltem. Ezt az álláspontot, a melyet e tárgyban orvostudományi szakosztály egyesületünknek a közegészségügyi és tudomány mai állása szerint el kell hogy foglaljon, Than és Korányi tanárok és Berlinben a balneologusok mostani congressusán

Liebreich tanár olyan alaposan fejtették ki, hogy a magam részéről ehhez hozzátenni semmit sem tudnék.

Kérem az egyesület igen tisztelt tagjait, hagyjuk ezt a kérdést körünkön kívül, hisz annyi más van, hol az érdekek közös mederben folynak, olyan sok örvendetes, a fejlődés symptomáit mutató momentum köti le figyelmünket, hogy a barátságos együttműködésre bőséges alkalom nyílik.

Erdemes főtitkárunk előterjesztéséből tudomást veendnek arról, hogy minő lépések történtek ügyeinkben az eltelt év folyamán; az eredményeket pedig ne keressék csak befejezett tények, életbe léptetett intézmények sorozatában, hisz nemcsak akkor végzünk munkát, a mikor a hegy csúcsára álltunk, hiszen a munka terhebb része valóban az, a mikor a meredek oldalon a magasba törünk.

Áldásos munkára hiva fel Önök buzgalmat, van szerencsém a Balneologiai Egyesület XI. közgyűlését megnyitni.

Lőw Sámuel dr. főtitkár betérjeszti jelentését az egyesület mult évi működéséről. Az igazgató tanács a kormányhoz több fűrdőügyi előterjesztést tett, nevezetesen a fűrdőtörvény, a Celsius-hőmérő kötelező behozatala, a párisi kiállítás, a mesterséges ásványvizek és egy ásványviz-vállalat által igényelt kedvezmények tárgyában. Igen alapos tanulmány tárgyát képezte a vámszerződések megújítása az ásványvizek szempontjából; az igazgató tanács azon irányelvet fogadta el, hogy a természetes ásványvizek, valamint az ezekből készült sók és gyógytermékek részére teljes vámentesség biztosítsassék.

A főtitkár az egyesület által a párisi kiállításon kivívott nagy sikerről emlékezik meg: az egyesület a *Grand Prix*-t kapta, azonkívül az intéző férfiaknak arany-érem ítéltetett meg.

Az egyesület tagjainak száma: az orvostudományi osztályban 280, a gazdaságiban 77, összesen 357 egyesületi tag.

Az egyesület keretén kívül álló fűrdőügyi mozgalmak közül a főtitkár a legerjedelmesebben azon nagyszabású és nagyjelentőségű intézkedéseket ismerteti, melyeket a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök úr fogantatott. Ide tartozik a forrás- és fűrdőtulajdonosok országos értekezleteinek összehívása és az országos forrás- és fűrdőügyi bizottság megalkotása. Az országos bizottság első sorban a *fűrdőtörvény*re foglalkozott, mely véglegesen meg lett fogalmazva és letárgyalva, még pedig az összes érdekelt ministeriumok képviselőinek jelenlétében és közreműködésével.

A bel- és külföldi fűrdőügyi mozgalmak vázolója után a főtitkár a balneologia tudományos miveltését és a balneologiai irodalmat ismertette.

Záradéku, minthogy a Balneologiai Egyesület most működésének tizedik évét zárta le, ezen évtizedre vetett a főtitkár igen érdekes visszapillantást. Céljuttatás propaganda kifejtése, congressusok és kiállítások rendezése által sikerült az egyesületnek mai posztóját kivívni s különösen azt az elismerést, hogy a forrás- és fűrdőügyi részére oly képviselőket létesített, mely iránt nemcsak az orvosok és érdekeltek, de a kormány és a társadalom is bizalommal viseltetnek.

Győrffy Gyula, Papp Sámuel, Smialovszky Valér az elnöknek és főtitkárnak köszönetet mondanak sikeres működésükért.

Főtitkár ezután a pénztárosi jelentést terjeszti elő, mely szerint a bevételek 4513 korona 48 fillért, a kiadások 3721 korona 61 fillért tettek ki, pénztári maradvány tehát 791 korona 87 fillér. A közgyűlés *Édes-kuty Jenő* pénztárosnak a felmentvényt megadja és működéséért köszönetet szavaz.

Főtitkár előterjeszti a gazdasági osztály indítványát, hogy monstre-küldöttség mondjon a miniszterelnöknek köszönetet a fűrdőügy iránt tanúsított érdeklődéséért.

Ezután az új választást ejtették meg. Titkos szavazással egyhangúlag megválasztották elnöknek *Tauffer Vilmos*, főtitkárnak *Lőw Sámuel*.

A gazdasági szakosztály elnöke *Papp Sámuel*, jegyzője *Ladik Gusztáv*. Választmányi tagok: *Feilitzsch Arthur* báró, *Kahn Gusztáv*, *Konkoly-Thege Sándor*, *Münnich Aurél*, *Nedeczy János*, *Oelhoffner Henrik*, *Preysz Kornél*, *Saxlehner Andor*, *Smialovszky Valér*, *Török István* gróf.

Az orvostudományi szakosztály elnöke lett *Bókay Árpád*, jegyzője *Kuthy Dezső*, választmányi tagok *Ángyán Béla*, *Boleman István*, *Bosányi Béla*, *Grünwald Mór*, *Hankó Vilmos*, *Hochhalt Károly*, *Jármay László*, *Vámosy Zoltán*, *Weisz Ede*, *Weszely József*.

Közkórházi orvostársulat.

(1901. márczius 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.)

Elnök: **Bradách Antal**; jegyző: **Terray Pál**.

Bélperforatio ritkább esete.

Verebély Tibor: L. J., 40 éves férfi, január végén általános bélpanaszokkal vétetett fel a kórházba: székelesi nehézségek, étvágytalanság, időnként magas lázrohamok kíséretében fellépő fájdalmak a jobb oldali ileocecalis tájon. Tekintve, hogy a klinikai vizsgálat a jobb csipő-tájon ülő, fájdalmas, fluctuáló terimenagyobbodást mutatott ki s a betegnél ismétlődő lázrohamok közben a szívgyengeség tünetei jelentkeznek, az abscessus megnyitása vált indícáltá. A műtétnél kiürülő 1½ liter, bélsárral kevert sűrű genyben egy halszájka ürül ki; a sokszoros összenövésék közt a perforatio helye ugyan meg nem található, mégis tekintve a tipikus lefolyást, továbbá azt, hogy mai ismereteink szerint az e táji genyedések első sorban appendicitisre vezetendők vissza, végre

azt, hogy nagyobb sebészi munkák s újabb statistikák (Mitchel) alapján idegen testek épen a processusnak képezik legnagyobb veszedelmét, appendicitis perforativa per corpus alienum diagnossal került a 48 órával későbbben, általános peritonitis tüneteivel elhalt beteg boncolására. A megnyitott, tamponált emberfejnyi tályogtűre az ileum alsó, szögletben tört kacsza, a flexura sigmoidea, coecum és hasfal közt fekszik, teljesen letokolva, kettős propagatioval egyrészt a hólyag mögé, a hol egy két ökölnyi eltokolt tályog képzésére vezetett, másrészt a peritoneum ürege felé, a hol általános fibrinosus peritonitist idézett elő. A belek kivételénél kiderül, hogy a fent említett szögletben tört ileum-kacs felső horizontalis ágán van egy gombostűfejnyi perforatio nyílás.

Tekintve, hogy a bélben nincs oly elváltozás, a melyre a genyedést visszavezetni lehetne, tekintve a nyílásnak kívülről befelé töleseres voltát, a serosának nem macerált voltát, a sebszélék diphtheritikus lepedékét, a nyílás és abscessus közt oki összefüggés veendő fel oly értelemben, hogy e tályog a perforatio nyílás következménye. Tekintve, hogy a bélben specifikus, embolikus, vérzéses vagy multiplex fekélyesedés (Maragliano) felvételére semmi alap, tekintve a fekélynek hasított jellegét, alakját, oki összefüggés veendő fel az idegen test és a fekély közt oly értelemben, hogy az idegen test beékelődése okozta a belátúródást. Mindezek alapján a vékonybélnek idegen test okozta perforatioját kell felvennünk az appendicitis és perityphlitis kórképével és localisatiojával.

Aorta ruptura esete.

Verebély Tibor: H. J.-né, 33 éves asszony, szülőfájdalmakkal jött be mult hó 4-dikén a kórházba, a hol néhány óra mulva egy hét hónapos macerált magzatot hozott világra: a szülés alatt fájdalmakat kapott a szívtájon, melyek később enyhültek s csak általános gyengeséget hagytak hátra; három órával a szülés után collaps temperatura mellett (34.6) epileptiform göresök állottak be, melyek között beállt a halál. Feltűnő volt, hogy a szülés pillanatától kezdve a pulsus kikapintása lehetetlen volt egészen a halálig.

Boncolásnál általános anaemia s teljes szervezeti épség — a mit főleg a vesére nézve göreső is igazolt — mellett a szív leletei a következők voltak: a tágult pericardialis ürben 250 cm³ lazán aludt vér, melytől postmortalisan bevődött a sima, fénylő pericard. Az aorta bulbosának adventitiája alatt, azt kevésse leemelő véraláfutás, mely legnagyobb domborulatán közlekedik a pericard üregével. Szív megnagyobbodott, szájadékai, billentyűi épek; izomzata másfélszeresen megvastagodott, sehol el nem zsírosodott. Aorta belsejine sima, rajta a felszálló részben 3, a leszálló rész kezdetén 1, 1—3 cm. átmérőjű vajsárga elzsírosodott folt; sehol arterio-sklerotikus megvastagodás, a medián sehol áttünő elvékonyodás nem látható. Göresővileg az intimán megvastagodás, az elastica internán felrostozódás, a medián a mesarteritisnek megfelelő lobos beszűrődésnek nyomai sem láthatók. Jól festődő rugalmas rostok, ép izomrostok. Egyedül a ruptura helyének szomszédságában látható a muscularis sajátos szétvongalása, a mely tisztán a megváltozott mechanikai viszonyoknak tudható be, midőn a repedés folytán a feszülési állapot szenvedett módosulást.

Az e-et kórbonczatani méltánylásához röviden át kell tekinteniünk a nem épen ritka aorta rupturák pathogenesiséét. Általában a repedéseket két nagy csoportra oszthatjuk az aorta e táján: az első csoport a tágult aorta repedése: aneurysma ruptura, a hol egyrészt a traumák könnyebb érvényesülése, másrészt a falnak mindig fennálló arterio-sklerotikus elváltozásai, elvékonyodásai, kötőszövetes átalakulása elegendő magyarázati a repedésnek. A második csoport a nem tágult aorták repedése: aorta ruptura, a mely csoportban ismét kóroktanilag választhatunk szét két osztályt. Az egyik a traumatikus ruptura, a midőn tompa vagy direct sértés hatására reped meg az ép vagy beteg aorta s a melynél a fal betegségének foka fordított viszonyban áll a beható traumához; a másik a spontán ruptura, a midőn traumatikus behatás kizárható. Az utóbbiak ismét lehetnek 1. arrosios rupturák, midőn a fal gyengülése kívülről beható roncsolás (pericarditis, mirigygimő, daganat) eredménye; 2. ulcerativ rupturák, midőn a repedés a billentyűk fekélyesedésének áttérjedése folytán létesül; 3. arterio-sklerotikus rupturák, midőn a repedést az arterio-sklerosis okozta falpusztulás előzi meg; 4. ép aorták rupturája, a milyen az utóbbi 10 esztendei referatumokban csak négyszer van említve az irodalomban. Ilyen a jelen eset is: itt az aorta szűk volta által feltételezett szívűltengés és az elnyúló koraszülés vérszéi folytán beállt vérszegénység és elzsírosodás szolgálattak a praedispositiot, a melynek alapján a szülés okozta vérnyomásfokozódás volt a kiváltó ok.

A repedés localisatioja megfelel az aortaív bonczatani viszonyaiban előirt mechanikai viszonyoknak.

A felső szemhéj és homlok felhámrákjának plastikai műtevése nyíltelen lebenynyel.

Goldzieher Vilmos: Az utolsó két nagyobb plastikai operatio, melyeket előadó szemhéj-képlés céljából végzett, és melyek egyikét egy pár héttel ezelőtt e helyen bemutatta, bő alkalmat szolgáltatnak, a nyíltel bíró lebenynyel való plastikai módszer előnyeit és hátrányait tanulmányozni. Legyen szabad e két esetet röviden elreferálni. Az egyik egy fiatal leányt illetett, ki erysipelatosus folyamat következtében a felső szemhéjat elvesztette és a szemhéj képlésére kellett a lebenyt a homlokból venni, mely operatio szépen sikerült, de nagy heget hagyott hátra a homlokon, a mi cosmeticus szempontból egy leánynál nem közömbös. A másik eset egy öreg parasztra vonatkozott, kinek jobb alsó szemhéja egy felhámrák által destrualva volt, mely rák a jobbára is kiterjeszkedett. Az anyagihiány pótlására a halántékból és

pofából kellett a lebenyeket venni, a mi csak nagy bőreltolással sikerült. A műtét a bőr feszessége miatt igen nehéz volt és nagy vérvesztéssel járt. A nyéllal bíró lebenynyel való plastika javára kell írni a majdnem biztos kilátást a lebeny megtartására, de rovására kell írni a cosmeticus hátrányt, az operatio hosszabb tartamát és a nagyobb vérvesztéséget.

Sokkal egyszerűbbnek látszik az újabb időben megint felelevenedett, nyéltelen lebenynyel való plastikai módszer, mely ugyan már 1876-ban I. Wolfe glasgowi szemorvos által gyakorolva lett, de felelésbe ment, míg 1893-ban F. Krause újra leírta.

A sebészek az ilyen idegen, az egész bőrből metszett lebenyeket Krause-féle lebenyeknek nevezik ugyan, de a történeti igazság követeli, hogy inkább Wolfe-féle lebenyeknek nevezzük. Különbösen elismerendő, hogy Krause a régi módszernek nemcsak érvényt szerzett a sebészeten, hanem theoretikai alapját is megvetette, a mennyiben klinikai assistense, Braun, szövettani vizsgálódás által bebizonyította, hogy az idegen bőrrészlet az új helyére nemcsak ráno, hanem szövettani elemeivel is megmarad.

Előadó osztályára folyó évi február 14-dikén egy 67 éves nő vettek fel, ki másfél év óta felhámrákban szenvedett, miáltal a bal felső szemhéj bőre, az egész szemöldöktájék és a homlok egy része destruálva lett. Az újképlet kiirtása után előadó az alkar volaris bőréből megfelelő lebenyt metszett és vele a sebfelületet befedte, egynéhány varrattal a lebeny fekvését biztosítván. Az anyagihiány legnagyobb átmérője 6 cm., legnagyobb szélessége 4 cm. volt. A lebeny begyógyulása kitűnően sikerült; az első napokban kissé kékes, oedemás volt, a hetedik napon kezdődött az epidermis lehámlása, később az implantált bőrrészleten felületes fekélyesedések támadtak, melyek azonban jodoformkenőcsre gyorsan gyógyultak. Jelenleg az eredmény teljesen kielégítő; tény, hogy a lebeny némileg zsugorodott, de az effectus, mi a cosmeticus hatást, valamint a szemhéj funkcióját illeti, minden kívánságnak megfelel.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléséből.

Gerinczagyadaganat műtéttel gyógyított esetét mutatta be Fedor Krause a „Berliner medicinsche Gesellschaft“ február hó 13-án tartott ülésén. A jelenleg 66 éves nő 1896-ban elesett s utána négy héten át erős hátfájása volt, a mely azonban teljesen megszűnt. Három hónap mulva fájdalmak jelentkeztek a jobb láb nagy ujjában és a jobb térdben, később pedig abnormis sensatiók léptek fel az egész jobb alsó végtagban; a bajt akkor ischiásnak gondolták és eredmény nélkül kezelték. 1897-ben a másik alsó végtagban is jelentkeztek fájdalmak, melyeket szintén ischiástól származottnak tekintettek. Később övzés lépett fel a csípőcsont felső szélének megfelelően és a jobb alsó végtag gyengülni kezdett, a mely gyengülés 1900. február havától rohamosan fokozódott, úgy, hogy májusban már teljesen hűdött volt a végtag. Kórházba hozatalakor a gerinczozslop teljesen érzéketlen ütőgetéssel és forró szivaesecsal érintéssel szemben, mozgathatósága is teljesen szabad. Tuberculosis és lues kizárhatók. A jobb alsó végtag csaknem teljesen hűdött, míg a bal nem. Inreflexek jobboldalt normalisak, míg a bal alsó végtag teljesen érzéketlen, hőérzése csökkent. A villamos izgatás normalis viszonyokat tüntet fel, az izomérzés jobboldalt csökkent. Brown-Séquard-féle féloldali hűdés volt tehát jelen a jobb gerinczagyfél fokozódó összenyomatása következtében. A nyomó oknak a gerinczesatorna belsejében kellett lennie, minthogy a gerinczozslop rendellenességét nem mutatott. A daganat székhelyét a tünetek alapján a nyolcadik vagy hetedik tövisnyújtvány magasságában állapítván meg: 1900 nyarán megnyitották a gerinc-esatornát és a gerinczagy jobb oldalán a hetedik tövisnyújtvány magasságában egy mogyorónál nagyobb, a durával összenőtt daganatot találtak, a mely a dura egy részének kiirtásával könnyen kihámozható volt, mélyedést hagyva a gerinczagyban. A lefolyás sima volt. Csakhamar javulás állott be; fájdalmak ugyan még most is vannak, megtámasztva azonban már elég jól jár a beteg még lépcsőn is. Előadó megjegyzi, hogy hasonló műtétet eddig 31 esetben végeztek, 13 esetben halálos kimenetellel.

PÁLYÁZATOK.

2088/1901. sz.

Kis-Kun-Dorosma város tulajdonához tartozó sziksós fürdő, a hozzá tartozó 35 kat. holdnyi területtel, épületekkel s összes berendezésekkel és felszerelésekkel együtt, folyó évi május hó 1-től számított 20—25 évi időtartamra haszonbérbe adni rendeltetvén, bérelni szándékozik felhivatnak, hogy egy évi haszonbér összegnek megfelelő készpénzből, vagy óvadékképes értékpapirokból álló óvadékkal ellátott zárt írásbeli ajánlataikat a községi előjárásnál f. évi április hó 14-ig nyújtsák be.

Bővebb értesítéssel szolgál az előjárás, hol a haszonbéri feltételek is betekintheők.

Kis-Kun-Dorosma, 1901. évi március hó 25-dikén.

Előjáróság.

763/901. sz.

A Gyula-Varsánd és Nagy-Pál községekből Gyula-Varsánd székhellyel alakult egészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött községi kórorvosi állásra ezennel pályázat nyitattik, annak választás útján leendő betöltésére határidőül folyó évi április hó 9-dik napjának d. e. 9 órája Gyula-Varsánd község-háza-hoz kitűzetik.

A pályázni kívánók felhivatnak, hogy törvényes minősítésüket igazoló kérvényüket a főszolgabírói hivatalhoz folyó évi április hó 8-dikáig, mint záros határidőig nyújtsák be.

A kórorvos évi fizetése 1400 kor., lakás 100 korona évi haszonbér mellett fuvarátalány 120 korona és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjakból áll.

Elek, 1901. március hó 20-dikán.

2—2

A főszolgabírói hivatal.

Pályázat a „Budapesti Poliklinikai Egyesület“ kórházában megüresedett alorvosi állásra. Pályázhatnak a magyar egyetemeken oklevelet nyert orvosdoktorok. Sebész-műtői oklevél vagy kórházi sebész oszta lyon szerzett gyakorlat előnyt biztosít. A választás két évre szól; de esetleg további két évre meghosszabbítható. A kérvények a poliklinika igazgatóságánál április hó 9-dikéig nyújthatók be. A megválasztott köteles április 15-én belépni. Javadalmazás: teljesen berendezett lakás, teljes ellátás és 800 korona készpénz.

2—2

647/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közpórházban f. évi április hó elsejével egy segédorvosi állás jön üresedésbe. Az állás javadalmazása évi 720 korona, lakás és elsőrendű élelmezés. Azon egyetemes orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, felkérnek, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényeiket hozzám nyújtsák be.

Máramaros-Sziget, 1901. március hó 20-án.

3—2

Szilágyi István dr., igazgató főorvos.

HIRDETÉSEK.

Dr. Batizfalvy Sámuel

Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.

Az intézet egész éven át nyitva. A vizgyógyászati osztály vezető főorvosa: Dr. TRAJTLER ISTVÁN. Felvételnél bennlakó és bejáró betegek. Prospektust kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górsói és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

Jod-lúgfürdő HALLI FÜRDŐ Felső-Ausztria.

A continens legerősebb jod-lúgos fürdője. Fényes gyógyulási siker mindennemű görvél-kóros betegségeknek, valamint a nemző szervek mindennemű bajainál s ezek következményeinél. Kiténően berendezett gyógyítási eljárások. (Fürdők és ivó gyógymód, beburkolások, belégzés, massage, villamos fény- és ozonfürdők.) Igen kedvező klimatikus viszonyok; vasúti állomás. Utazás Linzen vagy Steyren vagy Welsen át. Az évad május 15-dikétől szeptember 30-dikáig tart. (Fürdők május 1—15-dike közti időben is kiszolgáltatnak.)

Kimerítő prospectusokat számos nyelven szétküld a fürdőigazgatóság, Hall.



Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett.

Ivó- és fürdőkúrák.
Klimatikus és utókúrákra való
gyógyhely.

Legjobb diaetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.

Budapesti raktár ÉDESKUTY L. czégnél.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranybántalmak, vértódlás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok. Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloësis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek. A Tamar Indian Grillon Franciaország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.