

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kéty Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kéty László: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kéty Károly ny. r. tanár.) A theocinnal (theophyllin) mint diureticummal tett klinikai tapasztalatok. 283. l.

Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.) Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán. 285. lap.

Pesthy István: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kéty Károly ny. r. tanár.) A percussió auscultatio használhatóságáról a gyomordiagnostikában. 288. l.

Tárca. Marikovszky György: Bosznia-Hercegovina egészségügye. 290. lap.

Közegészségügy. Genersich Vilmos: Az Országos Közegészségi Egyesület Iskolaorvosi- és Egészségtanári Szakbizottságának 1900—1902. évi működése. 290. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 291. l. — *Könyvismertetés. Lesser:* Mittheilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrank-

heiten. (Sellei.) — *E. Jacobi:* Atlas der Hautkrankheiten. (Guszmán.) — *Klemperer G.:* A klinikai diagnostika alapvonalai. (Vas B.) — *Lapszemle. Sebészet. Wilbert:* A garatmandola-hyperplasia befolyása a gyermekek testi és szellemi fejlődésére. (Navratil Dezső.) — *Fülgyógyászat. Alexander:* Velezületett tömkeleganomaliákkal bíró állatok bonczani és élettani vizsgálata. (Sugár K. Márton.) — *Ehrenfried:* Középfülgyenedésnél alkalmazott újabb eljárás és az ilyenkor használt gyógyszerek. (Sugár K. Márton.) — *Felix:* A középsőfül résztvétele a felső légutak lupusos és leprás megbetegedéseiben. (Klug Nándor.) — *Kisebb közlemények az orvostudományról. Hyperidrosis manuum.* — *Winterberg:* Strosol. — *Folyóiratok átnézete.* 292—293. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Fodor József tanár emlékezete. — Kitiintetések. — Előléptetés. — Lenk Gusztáv. — Áldor Lajos. — A madridi nemzetközi orvosi congressus. — Új sanatorium elmebajosok számára. — Lakásváltoztatás. — Megjelent. — Elhunytak. 293—294. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület rákbizottsága. — XIII. magyar balneológiai congressus. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kéty Károly ny. r. tanár.)

A theocinnal (theophyllin) mint diureticummal tett klinikai tapasztalatok.

Irta: Kéty László dr. adjunctus.

A diureticumok értékét és alkalmazását ezen lapokban egy a múlt évben megjelent cikkem bevezetésében¹ már röviden megbeszéltem. Ehhez ezen alkalommal csak azt akarom hozzátenni, hogy a diureticumok hatásának egyénenként és esetenként való különböző azon körülmény, hogy vannak esetek, melyekben az ismert diureticumok egymás után alkalmazva mind felmondják a szolgálatot, indokolja azt, hogy tárt karokkal fogadjunk minden újabb ilyen hatású szert, mely csak némi reményt is ad arra, hogy azt alapos kipróbálás után a húgyhajtó szerek osztályába sorozhassuk.

Említett cikkemben az agurint méltattam, mint az addig általában használt másik theobromin készítménynél, a diuretinnél határozottan előnyösebb szert, mely nézetem azóta már sok oldalról megerősítést nyert, úgy hogy ma már az agurin azon úton van, hogy a diuretint az általános használatból többé kevésbé kiszorítsa.

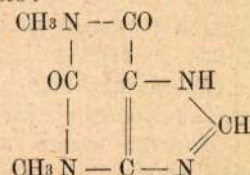
Most egy a legújabb időben a *Bayer et Co. (Elberfeld)* gyártól forgalomba hozott húgyhajtó szerről kívánom tapasztalataimat leírni, mely diureticum, mint látni fogjuk, nincs ugyan talán arra hivatva, hogy ezen szerek közül az agurint az első helyről kiszorítsa, de esetenként beálló hatalmas hatásánál fogva talán a calomel diuretikus hatásához hasonló helyet foglalhat el, a melyről szintén tudjuk, hogy bár egyes esetekben hatástalan,

más esetekben minden egyéb húgyhajtó szernél hatalmasabb hatást fejt ki, főképp pangásos vízkórnál.

Ezen szer a theophyllin, mely theocin név alatt van forgalomban.

A theophyllin, mely a három isomer dimethylxanthin egyike (a másik kettő a theobromin és a paraxanthin), *Ach-nak*² a *Schmiedeberg*-féle laboratóriumban végzett kísérletei szerint a trimethylxanthint (coffein) és a theobromint jóval felülmulja diuretikus hatás tekintetében.

A theophyllint először *Kossel*³ izolálta a tea-kivonatból, ilyen módon előállítva azonban rendkívül drága volna. Miután azokban *Traube*⁴ a synthetikus és így olcsó előállítási módját feltalálta, általános forgalomba hozatala akadályokba többé nem ütközött. Vegyi képlete:



Dreser szerint: 1 rész theocin oldódik:

	15—18° C.	37° C.
vízben	179 részben	85 részben
0.25% sósavban (gyomorsósav)	172 " 71 "	
1% sodaoldatban (belsőda)	64 " 39.5 "	

Tehát sokkal jobban oldódik mint a theobromin, melyből 1 rész csak 1600 rész vízben oldható.

Sói közül legjobban oldódik az ammonium só, azután a kaliumsó, legnehezebben a natriumsó.

Toxikus hatása körülbelül egyenértékű a coffeinnal; a szívre izgató hatása a theocinnak a coffeinnal szemben ép oly kevésbé van, mint a theobrominnak, míg az idegrendszerre való hatás tekintetében a theobrominnal szemben a coffeinhez hasonlít. *Dreser*

a vizelet fagypontesökkenése és villamos vezető képessége közti viszonyból azt következteti, hogy a theophyllin nemcsak a vizelet mennyiségét növeli, hanem a kiválasztott molekulák mennyiségét is és pedig főleg az által, hogy az elektrolytek nagyobb mennyiségben választatnak ki, mint a nem elektrolytek, így a *Korányi Sándor*-féle vízkór-theoria alapján a theophyllintől kiváló anti-hydropikus hatás várható.

Ezen várakozásnak *Minkowski*⁵ eredményei teljesen megfelelnek.

Minkowski, ki mint első próbálta ki klinikailag a theocin hatását, 14 betegénél tett vele kísérletet.

Betegei szívbetegségek voltak pangási jelenségekkel, nephritisek általános vízkórral és egy cardialis cirrhosis következményes ascitissal. A theocin diuretikus hatása minden betegénél érvényesült, kettőt kivéve, kiknél a szer bevétele után mindannyiszor fellépő hányás e szer adagolását megghiúsította. A hatás intenzitása azonban igen különböző volt, egyes eseteknél minden várakozást felülmúlt, így egy oedemás aorta insufficienciánál már az első adag 7600 cm³-re emelte a vizelet napi mennyiségét. Átlag 3000—5000 cm³-ig növekedett rendes dosisai után a vizelet napi mennyisége.

Fontosak még azon esetei is, melyeknél a vizelet mennyisége már más szerek által fokozott volt és theocinra még növekedett.

Leghatásosabbnak bizonyult a theocin azon esetekben, hol nagyobb fokú oedemák voltak jelen.

A hatás rendszerint a szer kihagyása után gyorsan megszűnik és ismételt adagoláskor mindinkább csökken.

A theobrominnal szemben az az előnye, hogy erősebben és gyorsabban hat, mi kisebb dosis alkalmazását teszi lehetővé; a coffeint nem helyettesítheti, mert a szívre alig van hatása, a szív-működést úgy látszik nem befolyásolja. A néha észlelt szív-működés lassubodás az oedemák eltűnéséből magyarázandó.

Mellékhatások közül a gyomorra való kellemetlen hatása egyes esetekben étvágytalanságban, émelygésben, sőt 2 esetben hányásban nyilvánult. Egyes betegek viszont igen jól tűrték, így egy esetben a theocin 14 napon át napi 4 × 0.40 adagban semmi kellemetlenséget sem okozott. A gyomortünetek különben hígított oldatban és evés után való adagolás által enyhültek. Egyes esetekben izgalmi tüneteket (álmatlanság, szívdobogás, fejfájás, stb.) is okozott, de ezek 1.0 hedonallal való együttes adagolás által elkerülhetők voltak. A vesére ártalmatlan.

*Meinertz*⁶ eseteinek többségében a theocintól számottevő diuretikus hatást látott, a vizelet napi mennyisége mindjárt fel-emelkedett és pedig rendszerint annak kétszeresére, sőt néha négy-ötszörösére.

A hatás a szer kihagyása után néhány napra megszűnt. Hozzászokás úgy látszik ezen szerrel nem jön létre és több ízben is adható a nélkül, hogy hatása lényegesen csökkenne. A szívre ő is hatástalannak találta.

A theocin hatásához szerinte úgy látszik egy bizonyos fokú vérnyomás szükséges, miért egyes esetekben kis digitalis adagokkal együtt való kombinálása előnyös. Mint minden diureticumnál, úgy a theocinnál is egyéni különbségek mutatkoznak, így vannak esetek, hol ezen szer teljesen hatástalan. Legfeltűnőbb a hatása a szív és nagy edények elváltozásánál, míg a vese-epithel bántalmazottsága a hatást többé-kevésbé befolyásolja.

A theocin tehát *Meinertz* nézete szerint nem okvetlen biztos hatású szer, vannak azonban oly esetek, hol a többi diureticumok a szolgálatot felmondják, míg a theocin prompt hatást fejthet ki.

Gyomortünetek, étvágytalanság, émelygés és hányás néha előfordulnak, a legtöbb beteg azonban jól tűri. Az idegrendszer részéről izgalmi tüneteket nem látott tőle; a vesére ártalmatlan.

*Schlesinger*⁸ két esetében — mindkettő vitium cordis oedemákkal — a theocinnak rendes adagokban való adagolása után epileptiform göresök léptek fel, melyek, minthogy más ok biztosan ki volt zárható és a theocin kihagyása után többé vissza nem tértek, minden kétségen kívül a theocintól eredtek. *Schlesinger* ezért azon körülménynél fogva, hogy újabb időben az adonis vernalis az epilepsia gyógykezelésében jó eredménnyel használtatott, ezen szer egyidejű használatát kísérlette meg, egyrészt a

theocin diuretikus hatásának segítése, másrészt göresokozó hatásának csökkentése céljából. Ezen combinatiót ő a következő alakban ajánlja:

Rp. Inf. adonid. vern. 5.0:180.0
Theocin 0.6—1.0
Syr. simpl. 20.0
MDS. 24 óra alatt elfogyasztani.

Vagy:

Rp. Herb. adonid. vern. dialysat. *Golaz* 3.0
Aqu. dest. 180.0
Theocin 0.6—1.0
Syr. cort. aurant. 20.0
MDS. 24 óra alatt elfogyasztani.

Szerinte különben a theocin egy igen értékes, hatalmas diureticum, melynek használatáról göresokozó hatása dacára sem kell lemondanunk. Alkalmazásánál azonban tudatában kell lennünk annak, hogy heroikus szer.

*Doering*⁷ szerint a theocin oly szer, mely aránylag kicsiny (0.5—0.9) napi adagokban ép oly jó, sokszor jobb hatású, mint a diuretin sokkal nagyobb adagokban. Porban vagy vizes oldatban adagolható 0.5—0.75, legfeljebb 1.20 gm. napi mennyiségben. Többször hányást okoz, mely azonban úgy kerülhető el, hogy 0.15 gm.-os egyes adagokban nyújtjuk. Étvágytalanságot akkor okoz legkevésbé, ha nem éhgyomorral, hanem evés után adjuk.

A vérnyomásra hatástalan, a vesére ártalmatlan. Ha álmatlanságot idéz elő, ez 0.5 trionallal jól megszüntethető. Klysmában nyújtva hatást nem látott tőle. Szerinte főleg pangásos oedemák gyors eltávolításának céljából indikált.

Ezen biztató közlemények alapján jogosultnak láttam a theocint a klinikán is kipróbálni.

Összesen 26 fekvő betegnél tettünk ezen szerrel kísérletet, kik közül 7 vitium cordis okozta vízkórban, 2 myodegeneratio, 1 nephritis acuta okozta vízkórban szenvedett, 5 különböző nephritis chronicában, 2 májzsugor okozta ascitesben és 2 exsud. pleuriticumban; továbbá 7 oly betegnél, kiknél a szív és vese részéről semmi elváltozás kimutatható nem volt és kik más betegség miatt voltak gyógykezelésben.

A betegek a theocint telt gyomorral általában jobban tűrték mint éhgyomorral, csak egyeseknél okozott kisebb-nagyobb fokú gyomorzarokat, nevezetesen étvágytalanságot, gyomorégést, émelygést, mely kellemetlenségek azonban tapasztaltunk szerint, ha a theocint aa natr. hydrocarbonicummal adtuk, csak ritkán jelentkeztek, vagy ha ennek dacára gyomorégés jelentkezett, az rendszerint meg volt szüntethető, ha a bevétel után rövid idő múlva egy pohár vízben egy kávéskanálnyi natrium hydrocarbonicumot adtam. Egy esetben a tablettá alakban való alkalmazásra maradtak csak el ezen kellemetlen tünetek. Nagyobb fokú hányást csak azon két esetben észleltem, hol kísérletképpen 3 × 0.40 gm.-nyi napi mennyiségben adtam. Némelykor a *Minkowski* által is említett izgatottságot és álmatlanságot is észleltük, a mi azonban, ha a délutáni vagy esti adagot 0.5—1.0 hedonallal együtt adtuk, elmaradt.

Mint az agurin, úgy a theocin is legszembetűnőbb hatását a vitium vagy myodegeneratio cordis okozta oedemáknál fejté ki. Hatása ezen esetekben rendszeren már a szedés első napján mutatkozott, a mennyiben ekkor a vizelet napi mennyiségét az esetek egy részében 300—400 cm³-rel növelte, más esetekben 1000—2000 cm³-rel. Teljes hatását vagy már ekkor, vagy a 3—4-dik napon érte el, mikor a vizelet napi mennyisége 2000—3000 cm³, egy esetünkben 5300 cm³-re szűkött fel és a vízkór leapadt.

Vesebajoknál úgy látszik a theocin teljesen hatástalan, legalább ilyen esetekben nem láttam tőle kifejezett hatást; sőt a szívbetegségeknél is azt vettem észre, hogy arteriosclerosisban vagy a szívbetegségeknél is azt vettem észre, hogy parenchymás veseelváltozásban szenvedőknél, a theocin diuretikus hatása nem volt oly feltűnő, mint teljesen intact vesék mellett.

Localis vízkóroknál, mint azt exsudatum pleuriticum és cirrhosis hepatis által okozott ascites eseteiben láttuk, a theocin fejt ugyan ki az egészséges szervezetűeknek megfelelő diuretikus hatást, de ez, mint az agurinnál is hangsúlyoztam, az illető betegség lefolyását nem befolyásolja.

A theocint kipróbálásának teljessége kedvéért egészséges szívű és veséjű embereknek is adtuk. Ezeknél nagy egyéni ingadozásokkal bár, de majdnem minden esetben kifejezett diuretikus hatást láttunk, a mennyiben a vizelet napi mennyisége 200—800 cm³-rel emelkedett és ezen hatás, ha a szert tovább adtuk, 2—14 napig tartott, ezután az esetek nagyobb részében már húgyhajtó hatást még az adagnak fokozására sem láttunk, az esetek más részében a theocin kihagyása után is 1—2 hétig a vizelet napi mennyisége állandóan fokozott volt. Egyes egyéneknél a theocin, még nagyobb adagokban is, teljesen hatástalannak bizonyult.

A vesére való ártalmatlansága mellett az bizonyít, hogy ép vesék esetén sohasem láttam a theocin adagolása után albuminuriát, sem meglevő vesebajoknál a kiválasztott fehérjemennyiség fokozódását nem észleltem.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.)

Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán.

Irta: *Jancsó Miklós* dr. adjunctus.

(Folytatás.)

Már egészen el is feleltük a dolgot, midőn november 26-dikán egyszerre megbetegszik a laboratóriumi egyik szolgálk *D. András*.

D. e. 11 óraker ugyanis kirázza a hideg, utána nagy forrósága, majd éjjel izzadása jelentkezik.

Másnap november 27-dikén estig jól van, ekkor azonban ismét kirázza a hideg; egyszersmind herpes labialis jelentkezik.

November 28-dikán egész nap rosszul érzi magát s d. u. 39° C. hőmérsékkel felvétetik a betegosztályra.

Az anamnesis, a herpes, lépnagyobbodás miatt azonnal gyanunk támad malariára, de mivel minden beavatkozás nélkül már másnap a délutáni órákban csak 37° C. hőemelkedése van, s november 30-dikán hőemelkedése nem is jelentkezik; mivel a további napokon is egészen jól érzi magát; és mert november 28-dikán végzett vérvizsgálatnál vérében malaria-parazitákat nem találunk, a diagnosist catarrhus ventriculira teszszük.

December 1-jén betegünk ismét dolga után lát.

December 3-dikán d. u. 3 óraker három napi gyengeség és émelygés után egyszerre kirázza a hideg ugyancsak a souterrainban lakó házmesternénket *G. Ferencz*-né s erős fejfájása, majd izzadása jelentkezik.

Ugyanekkor megbetegszik a vele egy szobában lakó *G. István*: borzongása lép fel, szédüléssel és fejfájással s hasmenés által lepetik meg.

Mivel *G. Ferencz*-nének december 4-dikén hőemelkedése nines, 5-dikén pedig ismét kirázza a hideg, a lépe megnagyobbodik és kitapintható lesz; *G. István*-nál pedig a hőmenet intermittáló jellegű és lépnagyobbodás mutatható ki nála, a többi szervek részéről ellenben semmi eltérést nem találunk; megnézzük mind a kettőnek a véré s mind a kettőben malaria-parazitákat találunk.

Mind a kettő állította, hogy megelőző években hideglése nem volt, tehát recidivára nem gondolhattunk.

De hát honnan ezek a friss megbetegedések ilyen télvíz idején?

Gyanunk azonnal ellillant anopheleseinkre irányult s ezért a házmester szobáit felkutattuk, azonban eredménytelenül, mert csupán 1 *Culex pipiens* nőtényt találtunk; úgyszintén a closet-jükön is csak 17 *Culex pipiens* nőtényt, de egyetlen anophelest sem találtunk.

December 4-dikén a souterrainban a jobb szárnyon lakó *S. Róza* nevű szolgálót rázza ki a hideg s tipikus intermittens roham lép fel.

December 5-dikén láztalan. Dolga után lát.

December 6-dikán ismét kirázza a hideg.

Csak ekkor jelentkezik vizsgálatra s vérében malaria-parazitákat találunk. Ezért felkutadjuk ezt a szobát is, a hol a

három szolgáló együtt lakik és ott 1 *Cul. pipiens* és 2 *Anopheles clav.*-t találunk.

Az egyik anopheles gyomra még megemésztett vért tartalmazott, a másiké üres volt. Mindkettő gyomrát megvizsgáltuk s mindkettőn sok kirepedt sporocystát találtunk, a nyálmirigyekben pedig sporozoiták kötegei voltak felismerhetők.

Ekkor azonnal neki fogunk s az összes bennfekvő betegek közül azoknál, a kiknél a hőmenet csak a legtávolabbi gyanut is adhatta arra, hogy az illetőnek malariája is lehet, sőt az összes lázas betegeknél megvizsgáljuk a vért s ekkor ki-tűnik, hogy:

a bal szárnyon az emeleten fekvő *G. Márton* nevű beteg-nél, a kinél már pár nap óta intermittáló hőemelkedések észlel-tettek, de a melyeket mi erős acut hörghurutjára gondoltunk visszavezethetni, a vérben malaria-paraziták vannak nagy számmal.

A szobában, melyben a beteg feküdt, 3 anophelest fogunk el, egyik telve vérrrel, a más kettőből egyiknek a gyomra üres, a másiké megemésztett vért tartalmaz. A vérrrel telt hasanak gyomrán pár kirepedt tokot láttunk; nyálmirigyei megvizsgál-tattak s azokban meglehetősen számmal voltak még sporozoiták talál-hatók. A más kettőnek sem gyomrán tokok, sem nyálmirigyük-ben sporozoiták nem voltak találhatóak.

Ép így kitént, hogy *D. Anna* nevű typhus reconvalescens-nél az emeleti jobb szárnyon, kinek pár napja intermittáló magas láza lépett fel, a vérben malaria-paraziták vannak.

A termet átkutattuk, de anophelesek nem tudtunk találni benne.

December 9-dikén kiborzongatja a hideg *D. Ilona* nevű szolgálónkat, a ki előbbi szolgálónkkal együtt a souterrainban lakik s azután hidegleléses rohama fejlődik ki.

A véré azonnal megvizsgáljuk, abban malaria-parazitákat találunk.

A szolgálók szobáját újra felkutadjuk, de anophelesek nem találunk.

December 10-dikén a földszinten a bal szárnyon fekvő *D. Tódor* typhus-betegnél találunk a vérben malaria-parazitákat. A betegnek már néhány nap óta hidegrázással járó intermittáló hő-emelkedései voltak, de mivel a jobb vena cruralisában thrombus fejlődött, arra véltük e hidegrázásokat visszavezethetni.

Végül szintén december 10-dikén délelőtt egy napi prodromalis rosszulét után kiborzongatja a hideg e sorok íróját, ki a földszinten az épület középső részében lakik, de ki egyszersmind régóta e vizsgálatokat is végezte a laboratóriumokban.

December 10-dikén este vérében nagy számmal talált saját maga malaria-parazitákat.

Lakószobája felkutattott, de abban anophelesek nem talál-tattak.

A megbetegedések ilyen sűrű jelentkezése nem csekély mérvű ijedelmet okozott s szükségessé tette a legsürgősebb intéz-keéseket az újabb megbetegedések megakadályozására.

A összes helyiségek, folyosók felkutattattak, hogy a még meg nem talált anophelesek megfoghassuk. A megbetegedettek erélyes chinin-kezelésnek vettettek alá.

Azon helyiségek, a melyekben betegek feküdtek, szorgalmasan megvizsgáltattak, naponta többször erélyesen ki lettek szellőztetve. A folyosókon és laboratóriumi helyiségekben pedig a fűtőtestek le-zárattak s éjjelre az összes ablakok kinyitattak, hogy a be-beállott—7—8 C⁰-ú hideg elpusztítsa a netalán meg nem talált anophelesek.

Ezen erélyes intézkedések következtében több megbetegedés nem észleltetett.

Eme kutatásoknál találtott még:

December 12-dikén I. sz. kórteremben földszinten 1 *Anopheles clav.*

December 12-dikén a szolgálók szobájában 1 *Anopheles Clav.*

December 13-dikén baloldalt a souterrain-folyosón 1 *Anopheles clav.*

December 16-dikán a souterrain folyosóján közbül 1 *Culex pip.*

December 16-dikán a souterrain lépesőjén 1 *Culex pip.*

December 19-dikén tanársegéd laboratóriumában 1 *Anopheles clav.*

December 24-dikén az épület középső részén a földszinti closetben 1 Anopheles clav.

December 24-dikén VII. sz. kórteremben 2 Anopheles clav.

Legnagyobb sajnálatára e sorok írója beteg lévén, ez elfogott anophelesek vizsgálatát nem végezhette s mikorra jobban lett, akkorra az elfogott anophelesek és culexek eldöglöttek.

Csupán a VII-dik sz. kórteremben fogott 2 anophelest vizsgálhatta meg, ezek egyikében friss, másikában régebbi vér volt; sem a gyomrokon cystákat, sem a nyálmirigyekben sporo-zoitákat nem talált.

Alábbiakban a megbetegedések rövid kórtörténetét közöljük:

1. D. Andrács 28 éves, kórházi szolga, Erdő-Szt.-Györgyről (nem malariás hely).

Ezelőtt két évvel három hétig tartó mindennapos hidegtelelése volt, azóta a hideg nem rázta.

Minden előző tünet nélkül november 26-dikán kirázza a hideg d. e. 11 órákor, utána nagy forrósága s fejfájása van, éjjel erősen megizzad.

November 27-dikén egészen este feléig jól érzi magát, ekkor 6 óra tájban ismét kirázza a hideg, éjjel erősen izzad.

November 28-dikán gyengének érzi magát, egész nap fejfájásról, forróságról, étvágytalanságról panaszkodik. Délután vétetik fel a betegosztályra. D. u. 4 órákor hőmérsék 39.1. Ajkain kiterjedt sötét. Nyelve bevont, duzzadt. A lép másfél haránt ujra kitapintható, kemény. Egyéb eltérést nem találtunk.

Mivel minden különösebb beavatkozás nélkül november 29-dikén láztalan, mert csupán 37.3-ig menő hőemelkedése jelentkezik és a következő két napon nincsen láza, egészen jól érzi magát és dolga után lát; másfelől, mivel különben is így télvíz idején heveny váltóláz fellépésére nem gondoltunk és mert a vérben malaria-parazitákat nem találtunk, azt hittük, hogy heveny gyomorhurutja volt s a léptúltengés már régebbi eredetű.

Ez időtől kezdve egészen jól érzi magát december 18-dikáig.

December 18-dikán délelőtt azonban kiborzongatja a hideg; d. u. 6 órákor jelentkezik, hogy beteg. Hőmérsék ekkor 38.6°, innen lefelé esik, hajnali 4 órákor csak 36.4°. Jelentkezésekor már vérben sok plasmód. praecox amoebaszerű alakját és egy félholdalakot találunk.

December 19-dikén reggel 1.5 gm. chinint kap. Daczára ennek a délutáni órákban hőmérséke gyors emelkedéssel 39.9°-ra szökik fel, este 6 órákor azonban már 36.9°-ra csik.

December 20-dikán ismét 1 gm. chinint kap. E napon hőemelkedés nem jelentkezik.

December 21-dikén hőemelkedés nincs. Vérben még két amoebaszerű parazitát találtunk, daczára a chininnek. Ezért ismét chinint kap.

December 26-dikáig másodnaponként 1 gm. chinint szed. Ez idő alatt láztalan.

Vérben december 26-dikán malaria-parazitákat nem találtunk.

Azóta a laboratoriumban teendőit végzi. 1902. július 10-dikéig recidivája nem jelentkezett. Vérben április 1-jén és július 10-dikén malaria-parazitákat nem találunk.

A kóreset lefolyásában mi sem bizonyítja, hogy betegünk már november 26-dikán váltólázban betegedik meg, mert hidegrázásai chinin nélkül is elmaradnak, vérben pedig malaria-parazitákat akkor nem sikerült találni.

Azonban ez volt az első megbetegedés, a melyet elrepült anopheleseink létrehozta s így akkor egyáltalán nem gondoltunk arra, hogy ilyen érdekes megbetegedési sorozat első tagjával állunk szemben és mert sem a hőmet nem mutatott a további lefolyásában váltólázra, sem amaz egyszer megejtett vér-vizsgálatnál malaria-parazitákat nem találtunk (a mi első hidegrázás alkalmával könnyen megtörténik) s mert így télvíz idején váltóláz friss megbetegedés nem szokott előfordulni, elnéztük az önként gyógyuló váltóláz esetét.

Hogy azonban ekkor már malariája volt a betegünknek, azt bizonyítja azon körülmény, hogy a december 18-diki vér-vizsgálatnál — tehát szerintünk a recidivája első napján — félholdakat találtunk, és pedig bizonyító körülmény ez azért, mert a malaria-paraziták ezen gameta-alakjai csak legalább egy hétig fennálló megbetegedés után jelennek meg a környi vérben, ő pedig ezen utóbbi alkalommal csak egy nap óta volt beteg.

2. G. Márton 57 éves köszénbányász Steiermarkból.

Bejött a kórházba 1902. október hó 19-dikén heveny sokizületi csúzzal, mely 14 nap óta állott már fenn.

Hidegtelelése soha sem volt.

Izületi csúza lassanként javult natrium salicylium adagolására, úgy hogy november 1-jétől kezdve láztalan.

Az aorta felett hallható diastolikus zörejt s a bal gyomrocs túltengését az arteriosclerosisra vezettük vissza, a mely elég kifejezetten volt található az arteria radialison és temporalison.

November 15-dikén az I. sz. kórteremből a földszintről a VII. sz. kórterembe tétetik át az emeletre.

November 27-dikén hirtelen láza jelentkezik, hőmérséke reggel 38.8°, este 38.9°; étvágytalan lesz s ötször megy a gyomra higan.

Mivel december 8-dikáig két óránként nem hőmérsékelteztetett, a további hőmetet tiszta képét nem adhatjuk (II. láztábla); a mennyire ki lehet venni a napi kétszeri hőmérézésekkel: láztalan napok váltakoznak lázas napokkal, a typhus tertianára emlékeztet, gyakran a láztalan napon subnormális hőmérsékkel. A hőemelkedések a délutáni órákban kezdődnek, a melyek e nem megbízható adatok szerint 39.0°-ig felmennek s olyan hosszasan elnyúlnak, hogy csak másnap délután száll le a hő a normálisra. Később a hőemelkedések rendetlenül jönnek, nem egyszer a hőmérő reggel és este subnormális hőmérséket mutat. Hidegrázásról nem, sőt borzongásról sem panaszkodik soha.

A beteg e közben mind elesettebb, majd aluszékony lesz, erős fejfájásról, tarkófájdalmakról panaszkodik. Mindkét tüdő alsó lebenyében kiterjedten hurut lép fel. Nyelve erősen bevont. Hasa meteoristikus. Lépe nem tapintható ki.

December 8-dikára virradó éjjel kirázza a hideg fél óráig, ekkor 2 órás hőmérés vezetettik be. Reggel 6 órákor hőmérsék 38.7°, délre leszáll 36.4°-ra, hogy este 10 órára megint 39.4°-ra emelkedjék fel.

Átvizsgálásnál a jobb alsó lebeny felett tompulat, hörgi légzés és crepitatio hallatszik. Köpetében rozsdavörös csikok jelennek meg. A lép kitapintható. Léptompulat a 8-dik bordánál kezdődik.

Ekkor nézzük meg először a vért s abban nagy számmal találunk festék nélküli félholdképző malaria-parazitákat. Ezért délután a láztalan órákban 1.5 gm. chinint kap.

December reggel 6 órákor hőmérsék 36.7°, innen lassú emelkedéssel este 8 órákor 38.2°-ra megy fel.

D. e. 10—1/2 12 közt 1.5 gm. chinint kap.

Vérben d. e. 12 órákor nagy számmal találunk félholdképző, festék nélküli parazitákat.

December 10-dikén. Egész nap lázas. Reggeli hőmérsék 37.8°, este 38.9°.

Igen halvány, bőr sárgás színű, ép így a sclerák is.

Igen elesett, aluszékony. Olyan gyenge, hogy felülni sem tud. Egész nap delirál. Mindkét alsó lebeny felett tompa a kopogtatási hang, jobboldalt hörgi légzés és crepitatio, baloldalt crepitatio hallatszik. Köpete szilvalészerű, benne Fränkel-féle diplococcus lanceolatus nagy számmal. Kiköpés erőtlen.

Szívhangok gyengén hallhatók, pulsus percenként 108, gyenge. Lép mint volt.

A további lefolyás a következő:

A hőmetet a további napokon 37.5°—39.4° között nagy alábbhagyásokat mutat, betartva a harmadnapos typhus hosszán elnyúló rohamokkal. A hőemelkedések hol a reggeli, hol az esti 4 órára esnek s daczára az ismételt per os és subcutan adagolt chininnek újra jönnek. A beteg mind erőtlenebb, elesettebb lesz, aluszékony, delirál. A sárgasága hovatovább kifejezettebb. A tüdőlob átterjed a jobboldali középső lebenyre is. Köpete szilvalészerű. Szívműködése hovatovább gyengébb és gyengébb lesz s a szív kifáradásának tünetei között 16-dikán éjjel elhal.

Az ismételt chinin-adagok daczára 13-dikán hosszas kereséssel a vérben egy amoebaszerű parazita még volt található.

A bonczolatnál talált eltérésekből a következőket kívánom kiemelni.

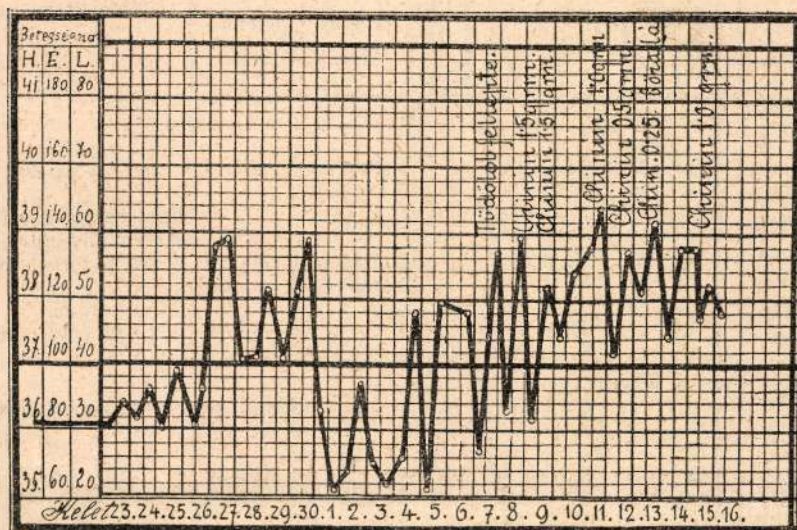
A lép megnagyobbodott: 57.5 gm. súlyú, burka mérsékelten megvastagodott. Állománya elég szívós, metszészlapja

egyenletlenül belövelt, részint erősen halvány szürkésbarna, másutt vérdúsabb barnavörös; de mindenütt némi barnás festenyzés nyomával. Trabeculák vastagok. Pulpa elég tömött, de nedvdús, úgy hogy bemetszésnél zavaros szürkésbarna savó ürül.

Máj valamivel kisebb a rendesnél. Metszési lapon az acinusok közepe sötétebb barna. Úgy a metszési lap, mint a felület elég sima, a lebenyekék valamivel kisebbek.

Agy kéregállománya a szokottnál mivel sem tűnik fel szürkésbarnak, festenyzés nem vehető észre rajta. A czombesont fel-fürészeltetvén, benne a rendes zsíros esontvelő találtatott.

Kórbonczati diagnózis: Pneumonia fibrinosa in stadio infiltrationis purulentae lobi inferioris utriusque, pneumonia suppurativa circumscripta apicis lobi inferioris dextri. Exsudatum pleuriticum purulentum dextrum. Anthracosis pulmonum. Arteriosclerosis aortae cum hypertrophia ventr. sinistr. Leptomeningitis serosa. Pachymeningitis interna. Anthracosis lienis, tumor acutus ejusdem in chronico. Icterus.



II. láztábla.

Az agy, máj és lép véreből készült fedőlemez-készítményeken malaria-parasitákat nem találtunk. A esontvelő vakarékában látható sejtekben elég sok festékrög van, de malariaparasiták nincsenek. Ellenben a lép vakarékában néhány oszlás felé közeledő parasita van, némelyekben már kitetszik 8—12 spóra. Félholdak nincsenek.

Egyebekben a szöveti eltérések az acut malaria képét mutatták; a lépben idült, lobos túltengésen kívül heveny lobos túltengés van jelen: erős vérbőség és a pulpasajtek erős megszaporodása.

A lépnek különösen a gyurmájában meglehetősen sok festék halmozódott fel, különösen a pulpa-sejtekben és a hajszáledények endothel-sejtjeiben.

A pulpakötegben elszórtan, néha egy látótéren néhány, oszlás felé közeledő malaria-parasita látható.

Ezenkívül egész telepeket láttunk diplococcus lanceolatusból, széles tokkal.

Az agyban rendellenes festenyzés nincs.

A májban meglehetősen sok a festék, különösen a májsejtgerendák között, a hajszáledényekben levő fehér vérsejtekben, a véredények endotheljében és az úgynevezett Kupfer-féle sejtekben.

3. G. Ferenczné 23 éves házmesterné Torda-Szt.-Lászlóról. Hideg sohasem lelte. Most 6-dik hónapban terhes.

Három napi gyengeség és émelygés után december 3-dikán d. u. 3 órától estig tartó hidegrázása lép fel, erős fejfájással s kétszeri hányással. Hőmérséke felszökik 39.8°-ra.

December 4-dikén reggel hőmérsék 37.0°, este 37.3°, jobban érzi magát, csak gyengeségről panaszkodik.

December 5-dikén reggel ismét kirázza a hideg s hőmérséke 39.9°-ra szökik fel. Lépé kitapintható. Herpes nincs. D. e 10 órakor véreből sok félholdképző parasitát találunk, melyekben festék nincs.

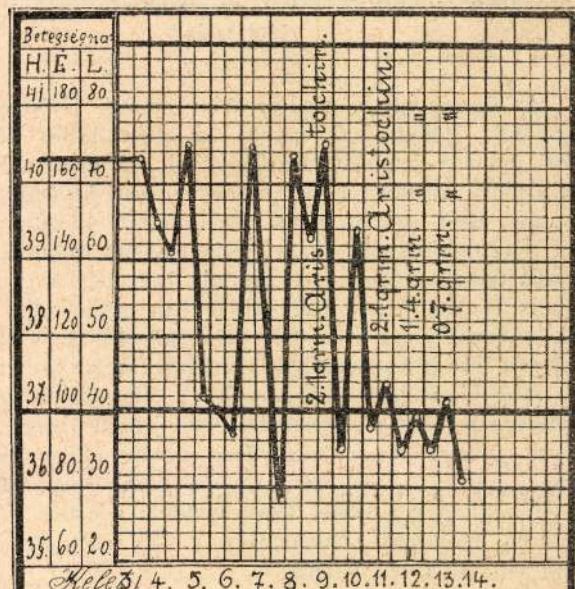
Ekkor d. e. másfél gm. chinint kap. December 6-dikán láztalan.

December 7-dikén reggel hőmérsék 37.7°, innen lefelé száll s délután láztalan.

A következő napokon hőemelkedése nincs, véreből malaria-parasiták nincsenek.

A másodnaponként rendelt 1 gm. chinint azonban nem veszi pontosan és így december 13-dikán borzongás kíséretében hőmérséke ismét felszökik 38.3°-ra. Véreből ismét félholdképző parasitákat találunk, félholdakat nem. Ujabb chinin-adagokra azonban a további napokon ismét láztalan.

A chinint egy darabig harmad-, majd ötödnaponként veszi, azután ismét nem veszi pontosan s e miatt januárban ismét recidivál. Január 6-dikától összesen három rohamot észlelünk, a melyek ismét tertiana typut mutatnak. Ekkor ismét chinint kap, de két hét múlva ismét tertiana typussal és subfebrilis hőemelkedésekkel recidivál.



III. láztábla.

A nélkül, hogy chinint venne, kerül 1902. február 16-dikán a szülészeti klinikára s ott még az nap (tehát 8-dik hónapban) megszüli második gyermekét.

A szülés után is tovább folytatódnak 37.5°—38.0°-ig menő hőemelkedései, míg 24-dikén d. e. 12 órakor a hideg kirázza s hőmérséke 39.7°-ra szökik fel. Véreből ismét félholdképző parasiták s elég sok félhold található. Ekkor chinint kap, hidegrázása többé nem jelentkezik s subfebrilis hőemelkedései is elmaradnak.

Vérét márczius 28-dikán ismét megvizsgáltuk, félholdképző parasitákat benne nem találtunk, ellenben elég számmal vannak félholdak és sphaerák.

Állítólag ötödnaponként 1 gm. chinint szed február óta. Hogy lássuk, vajjon a sphaerák még fejlődésképesek-e? április 9-dikén anophelesekkel csipettük meg s ezeket 30°-ú thermostatba helyeztük.

Április 14-dikén este 3-at az anophelesekkel megvizsgáltam, mindenik kihúzott gyomrán már 3-as systemával elég számos cysta volt látható.

Május 15-dikén a beteg véreből még mindig találhatók kevés számmal félholdak.

4. Gebefügi István 16 éves eseléd Torda-Szt.-Lászlóról. Hideg sohasem rázta.

December 2-dikáig egészen jól volt, ekkor szédülni kezd, feje fáj, báyadt, hideg borzongatja, étvágytalan. E nap 3-szor ment higan a gyomra. Ekkor vétetik fel betegosztályomra.

December 4-dikén d. u. hőmérsék 40.3°.

December 4-dikén d. e. hőmérsék 39.5°.

December 4-dikén d. u. hőmérsék 39.1°.

Herpes nines. Aluszékony. Átvizsgálásnál csupán annyi eltérés található, hogy a lép belégzésnél kitapintható.

December 5-dikén reggel hőmérsék 40.5°. A további lefolyás következő: (III. láztábla.)

A hőmenet, mint a mellékelt láztáblából látható, rendetlen, mégis némileg a rosszindulati tertianára emlékeztető, 40.5°-ig felmenő, félbehagyó.

A hőemelkedések hidegrázású érzettől nem voltak kísérve s a hőemelkedések alatt a beteg somnolens volt s főként erős fejfájásról panaszkodott. Izzadási szak nem volt jól kifejezett.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklini- kájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

A percussió auscultatio használhatóságáról a gyomor- diagnostikában.

Irta: *Pesthy István* dr. karlsbadi fürdőorvos.

(Folytatás.)

II. Dilatatio.

Az összes úgy a rendes, mint kóros viszonyokat felölelő vizsgálatok között legkönnyebb az auscultatiós percussioval a tágult gyomor határait megállapítani. A processus xiphoides alatt azonnal megkapjuk a hangnak erősen kifejezett mély dobos színezetét, mely azután mint értékes segítő követni fog minden egyes dörszölésünkkel, míg a gyomor felett vagyunk. A fundust magasra felboltosulva fogjuk találni. Bal felé a gyomor a parasternalis vonalat kisebb-nagyobb fokban meghaladja. A curvatura major a normálisnál a tágulás fokát kifejezőleg lejjebb jut s nagy görbületet írva le a pylorushoz követhető, mely vagy rendes helyén vagy csak kicsit jobb felé fekszik. A dilatatio nagyságának feltüntetésére az alsó határvonal helyzetét jelöljük meg. A felső határ a tágult gyomroknál, a mennyiben tisztán csak dilatatioval van dolgunk, rendes helyén van. Az alsó határ helyzetét a köldök-höz viszonyítva centimeter távolságokban fejeztem ki. Az alább következő táblázatos összeállítás a 32 eset ezen számadatait tünteti fel: (I. a II. táblát.)

Mint a táblázatos összeállítás mutatja, a vizsgálatok minden egyes esetben, ép úgy, mint a rendes határu gyomroknál is, felfúvással ellenőriztetek. Itt van azonban néhány eset azok közül is felsorolva, melyeket *Dollinger* tanár úr szívességéből az I. sebklubinán vizsgálhattam. Ezen esetek mindenike heges pylorus-szűkület után beállott dilatatio volt.

A különböző okok folytán előállott gyomortágulásoknál különböző és igen értékes következtetéseket vonhatunk le azon differentiák mekkoraságából, melyeket a felfújt és fel nem fújt gyomorhatárok számbeli értékei nyújtanak. Azon gyomor-dilatatioknál, melyek mint a különböző hurutos megbetegedések következményei álltak elő, hol a muscularis is alterált, a különbség az esetek legtöbbször eléri a 4 cm.-t. Vannak azonban esetek, hol e különbség 5—6—7 cm.-t is kitesz, mint a minő a 7, 25, 29, 30 és 31. számú eset és viszont vannak, hol, mint a 3. és 28. eset mutatja, e különbség 0, vagyis a felfújt és fel nem fújt gyomor határai fedik egymást.

Mi ezen jelenségek magyarázata?

Midőn a borkósav és natrium bicarbonicum oldatai a gyomorban találkoznak, CO₂-fejlődés indul meg; a folytonosan szaporodó gázok tágítják a gyomrot, feszítik annak falait, e feszítés mint mechanikus inger a muscularis izomelemeit összehúzódsra készíti. De nemcsak mechanice hat ingerként a fejlődő gáz, hanem, mint azt a physiologiából tudjuk, maga a CO₂ mint olyan directe is izominger, chemiai hatásánál fogva is izomcontractiót vált ki. Egyik oldalról tehát a gázok tágítják a gyomrot, másik oldalról a mechanikus és chemikus ingerek következtében a gyomor összehúzódik, ellene működik a tágításnak. A két ellentétes működésű erő eredője azon helyzet, melyet a gyomor a felfúvás után elfoglal s ez, mint azt a rendes gyomorhatárok megállapításánál láttuk, olyan lesz általában, hogy a gyomor alsó határa 2 cm.-rel fekszik alább, mint a fel nem fújt gyomor alsó határa. Ekkora különbséget enged tehát ép és egészséges izom a gázok feszítő erejének

létrehozni, ennyivel szárnyalja túl a gáz feszítő ereje az izom contractiós erejét. Feltéve most már, hogy a gáz feszítő ereje állandó, úgy a különbségek változásából az izomzat erőfokára, vagyis állapotára vonhatunk következtetést. Ha a gyomor felfúvásnál állandóan egy és ugyanazon mennyiségű sodát és borkósavat használtunk, úgy a fejlődött CO₂-mennyiséget is egyenlőnek vehetünk, természetesen csak a klinikai vizsgálatok igényelte pontossággal; egyenlő lévén a gázmennyiség, egyenlő lesz azon erő is, a mely a gyomrot tágulni készíti. A feltüntetett vizsgálati sorozat minden esetében 5 gm. acidum tartaricumot s 8 gm. natrium bicarbonicumot használtam, a mutatkozó differentiókból tehát joggal vonhatok következtetést a gyomor muscularisának állapotára. Ha az izomzatnak ereje bármi okból is esökkent, úgy

II. táblázat.

Sorszám	A vizsgálat kelte	Név, kor	Felső határ		Alsó határ		Megjegyzés
			felfúvaskor	perc. ausc.	felfúvaskor	percuss. ausc.	
	1902						
	nov.						
1	21	G. L. 18			köldöknél 2 em. k. f.		icterus catarrh.
2	21	V. I. 21			2 em. k. a. 2 "		heges pylorus szük. muscul. hypertroph. heges pylorus szük.
3	22	L. A. 42			2 em. k. f. 2 "		heges pylorus szük.
4	23	I. I. 45			10 cm. k. a. 6 em. k. a.		
5	24	N. A. 49			köldöknél 3 em. k. f.		
6	24	R. I. 34			6 em. k. a. 2 "		atonia
7	27	B. I. 49			8 " 2 em. k. a.		heg. pyl. szük.; aton.
8	29	S. B. 24			2 " 2 em. k. f.		
	decz.						
9	2	K. L. 52			2 " köldöknél		cirrhosis incipiens
10	2	N. P. 32			2 " 2 em. k. f.		
11	3	S. I. 22			2 " 2 "		
12	3	R. G. 28			1 " köldöknél		
13	4	F. I. 25			köldöknél 2 em. k. f.		
14	5	E. J. 43			2 em. k. a. 2 "		
15	9	F. J. 54			4 " köldöknél		heges pylorus szük.
16	10	M. S. 42			köldöknél 2 em. k. f.		
17	11	N. I. 39			4 em. k. a. köldöknél		
18	11	Sz. Zs. 29			2 " 2 em. k. f.		
19	16	Sz. I. 36			2 " köldöknél		
	1903						
	jan.						
20	9	V. I. 59			2 " "		
21	9	G. A. 38			2 " 1 em. k. f.		
22	13	L. B. 21			4 " köldöknél		
23	14	B. A. 24			köldöknél 3 em. k. f.		
24	14	K. T. 40			4 em. k. a. köldöknél		
25	14	H. K. 33			10 " 4 em. k. a.		ptosis, atonia
26	15	Sz. I. 22			2 " köldöknél		
27	16	L. I. 37			2 " 2 em. k. f.		
28	20	B. I. 34			köldöknél köldöknél		musc. hypertrophia
29	20	R. F. 43			8 em. k. a. 3 em. k. a.		tabes dors., atonia
30	21	M. I. 28			5 " 2 em. k. f.		atonia
31	21	G. E. 13			6 " köldöknél		atonia
32	21	K. F. 21			2 " "		

a gázok feszítő ereje jobban érvényre jut, mert hiszen az ellene dolgozó erő kevesbedett, az eredmény tehát az lesz, hogy a jelzett differentia nagyobb számértékeket fog feltüntetni. Mint látni fogjuk, gastroptosisnál ez az érték már egy centiméterrel nagyobb általán véve is, mint az olyan gyomroknál, hol semmi okunk a muscularis alteratio felvételére nem volt. Míg ugyanis az utóbbi esetekben a különbség 2 cm., gastroptosisnál már 3 cm.-t tesz ki. Dilatationál a differentia átlagos száma még nagyobb, 4 cm., mert itt már localis okok is szerepelnek, melyek a muscularis erejét esökkentik s általán a gyomortonust lefokozzák. Ha most már ezen localisan szereplő okokhoz még egy általános is járul, egy olyan, mely általában is az izmok munkaképességének s tonusának csökkentésével jár, akkor a differentia még teteme-sebb lesz. A nagy különbségeket adó öt eset közül a 25. számúnál gastroptosisal combináltan jelent meg az atoniás dilatatio, olyan körülmény játszott tehát közbe, mely egy általános atoniás állapotra enged következtetni.

A 29. esetben tabes dorsalis mellett találtuk a satnya izomzat jeleit, a 7. számúnál heges pylorus-szűkület következtében beálló emésztési és táplálási zavarok okai az általános atoniának, a 31. esetben egy 13 éves fiúnál mutathattam ki a gyomorizomzat gyengeségét, kinél általános fejlődésbeli visszamaradottság s rendkívül satnya izomzat volt jelen. Csak a 30. esetben nem tudtam semmi általános okát adni a gyomor muscularis atoniájának.

Van a táblázatban még két olyan eset, melyek különös tárgyalást érdemelnek. Az egyik a 3., a másik a 28. számú eset. Mint már említettem, ezen esetekben a felfűjt és fel nem fűjt gyomorhatárok fedték egymást, vagyis a különbség 0 volt. Mindkét esetben heges pylorus-szűkület volt felvehető, bár pangási jelenségeket egyikben sem észlelhetünk. Ha a gyomor tájékára ütögettünk, úgy mindkét esetben szembetűnő volt a gyomorfalzat erőteljes peristaltikus mozgása, úgy annyira, hogy az ütés helyén különösen tetemesen előboltosította a hasfalakat. Még szembetűnőbb volt e jelenség, midőn a gyomrot felfűjtük. Olyan erőteljes mozgások voltak ezek, a mit normális izomzattól nem fogunk soha látni, csakis jelentékenyen túltengettől. Ezen muscularis hypertrophia pedig könnyen magyarázható azon fokozott munkából, mit a gyomorizomzatnak akkor kell kifejtetni, midőn az ételrészeket a szűkült pyloruson áthajtja. Hogy pedig ezen akadályt le tudta győzni, jele, hogy semmiféle pangási symptoma nem volt kimutatható. És volt-e ezen izomtúltengésnek egyéb kimutatható jele? Igen, és pedig ismét azon differentiában, mely a gyomorhatárok között a felfűjt és a fel nem fűjt állapotokban mutatható ki. E különbség mindkét esetben 0 volt és pedig azért, mert a túltengett izomzat a mechanikus és chemikus ingerek következtében oly erőteljes összehúzódást végzett, hogy azzal teljesen le tudta győzni a gázok fészítő erejét, a nélkül, hogy csak kisebb fokú tágulást is szenvedett volna. Mindkét beteg egyébként fejlett, erőteljes izomzatú s pusztán hyperaciditás hydrochlorica okozta panaszok miatt kérte tanácsunkat.

Ezek azon jelenségek, melyeket az auscultatiós percussio és gyomorfelfűvés kombinált alkalmazásával nyerhetünk. Rendkívül érdekességük mellett talán az a practikus értékük is számba jöhet, hogy jóval egyszerűbben s rövidebb idő alatt nyerhetünk kellő felvilágosítást a gyomor muscularis működési képességéről, mint a használatban levő gyomorpróbbakkal. Hogy pedig az így nyert eredmények megegyeznek a gyomorpróbbák eredményeivel, megemlítem, hogy egy kivételével mindenik esetem a klinikán feküdvén, náluk a gyomorpróbbákat pontosan megejtettük s a nagy differentiákat feltűntető 5 eset közül 4 ben megejtett vizsgálat tanúsága szerint mindeniknél voltak pangási jelenségek — próbaebéd után 6 óra múlva is ételrészek a gyomorban, erjedéses tünetek —, az utóbb tárgyalat 0 differentiájú két eset közül pedig egyikben sem.

III. Zsugorodó gyomrok.

Mindössze is négy esetet észleltem pontosan, melyek közül három esetben oesophagus carcinoma okozta bárzsingszűkület volt jelen. Mindeniknél hosszabb idő óta annyira szűkült a bárzsing lumene, hogy beteken keresztül csak kevés folyékony tápanyag juthatott a gyomorba. Ezen három eset az I. sebklinika beteganyagából került ki s mindeniknél gastrostomia végeztetett. Az auscultatiós percussio útján megállapított gyomorhatárok mütét alkalmával ellenőriztettek.

A negyedik esetben lúgmérgezés után beállott heges bárzsingszűkület miatt nem juthatott csak folyékony tápanyag a gyomorba. Betegnél óvatosan lehetett még végezni insufflatiót. (L. a III. táblát.)

Mint látjuk a gyomor alsó határa 4–10 cm.-nyire van a köldök felett, a felső rendes.

IV. Gastroptosis.

A mint a gastroptosisra csak a legkisebb gyanu is felmerül vizsgálataink közben, az auscultatiós percussio kivételére a legnagyobb figyelem fordítandó. Sehol nem érhet bennünket nagyobb tévedés, mint épen azon eseteknél, hol a gyomor egészében megváltoztatta helyzetét. Kettőztetett éberséggel kell ügyelnünk a hang erősségére és színezetére. Hallgatóeszközünket a processus xiphoides alá helyezve, tőle kis távolságra dörzsölünk s ha nem

III. táblázat.

Sorszám	A vizsgálat ideje	Név, kor	Felső határ		Alsó határ		Megjegyzés
			mütét	perc. ausc.	mütét	perc. ausc.	
1	1902 nov.	H. H. 51			7 cm. k. f.	8 cm. k. f.	carcinoma oesoph.
2	19	Sz. S. 48			" "	4 "	carcinoma cardiaë
3	30	N. L. 53	rendes	rendes	5 "	5 "	carcinoma oesoph.
4	decz.	B. M. 16			8* "	10 "	strictura oesophagi

* Felfűváskor.

kapjuk meg a jellegző dobos színezetű hangot, haladunk lefelé addig, míg kétséget kizárólag a gyomor felett nem vagyunk. Az első biztos helyzetből igyekszünk meghatározni a gyomor felső határát vagyis a curvatura minort. Ha gastroptosis van, úgy e határt jóval lejjebb fogjuk kapni, mint a rendes gyomroknál. A curvatura minort minden esetben igyekezzünk teljes hosszúságában kijelölni, annál is inkább, mert a cardia helyén a hang egyenletes erősségében úgys magasabba követhető, mint pl. a pylorusnál, úgy hogy a középvonalban vagy pedig attól kissé balra csaknem minden egyes ptosis-esetben követhetjük a hangot addig, míg a máj bal lebenye elő nem fekszik. Magyarázatul szolgál azon körülmény, hogy a cardia tájéka sokkal jobban van odaerősítve helyére mint a pylorus, az nem csúszhat olyan könnyen, olyan nagy fokban lefelé mint a pylorus. Midőn a kis hajlat helyékként meg van állapítva, gondolatban kirajzoljuk kellő arányokkal a gyomrot s ezen így körülírt hely közepe fölé helyezük a hallgatóeszközt s most pontosan meghatározzuk a gyomorcontourokat. A meghatározásnál mindig pontos figyelemben kell részesíteni a gyomornak a jobb hasfélbe eső aránylag kisebb részét is, annál is inkább, mert megtörténhetik, hogy a cardia, a fundus a rendes helyen fekszik; a középvonalban a curvatura major a köldököt sem éri el és jobbról a pylorus-tájék mégis nagy mértékben lefelé csúszott. Történik pedig ez azon esetekben, midőn a gyomor az úgynevezett verticalis állást foglalja el, midőn a cardia rendes helyén maradt s pusztán a pylorus függesztő készüléke lazult meg. Legpontosabban úgy nyerhetjük természetesen a gyomor helyzetének és alakjának képét, ha azt a hasfalakra kirajzoljuk. Verticalis állásnál olyanféle képet nyerünk, mint egy felfüggesztett Leiter-féle irrigator-palaczk.

Az auscultatiós percussio vizsgálatokat minden egyes esetben itt is a gyomor felfűvése követte összehasonlítás és ellenőrzés ezéjjából. A gyomorhatárok fekvését minden esetben a köldöktől mért centimeter távolságban fejeztem ki. A táblázatban összeállított 37 eset ezen számadatokat tünteti fel: (I. IV. táblát.)

Az auscultatiós percussio útján meghatározott gyomorfekvés és nagyság a felfűjt gyomor fekvésével és nagyságával összehasonlítva a következő figyelemre méltó jelenségeket tárja elénk. Felfűjtés alkalmával minden egyes ptosisos gyomor tetemesen tágul. A tágulás itt is, mint a rendes fekvésű gyomroknál, lefelé történik. A felső határ, a curvatura minor megmarad előbbi helyén, csak néhány esetben tolódott az kissé felfelé. A felfűjt és fel nem fűjt gyomor dimensiojának különbsége az esetek túlnyomó részét véve tekintetbe 3 cm.-t tesz ki átlagosan, csak néhány esetben van jóval nagyobb különbség, a hol a gyomor vizsgálat egyéb úton is találkozott az atonia tüneteivel. A differentia azonban általában is 1 cm.-rel nagyobb mint a rendes gyomroknál. Ezen 1 cm. mindenestre a gyomor muscularis tonusának esökkenése következtében áll elő. Tudjuk hogy a gastroptosis maga csak egy részjelensége a szervezetben általában észlelhető tonusbeli devaluationnak, a miben az idegrendszerből kezdve csaknem minden egyes alkotó szervünk részt vesz. Ha pedig a szalagok, a gyomor függesztő készüléke annyira képes meglazulni, hogy a gyomor maga egészben ily nagy fokban változtathatja helyzetét, nem közel fekvő dolog-e felvenni, hogy ezen jelenségekkel egyezően a gyomorfalzat sima izomelemei is vesztenek

kizárt sérv 0, Brightkór 11, veleszületett gyengeség 13, gyermekaszály 2, aggaszály 13, rák 12, méhrák 2, egyéb álképlet 5, gimnós bajok 3, kanyaró 12, vörheny 13, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 8, hökhurut 1, gyermekágyi láz 0, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 4, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 2, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 1, gyilkosság 0, öngyilkosság 6, baleset 5, erőszakos, kététes 2.

II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3215 beteg, szaporodás 934, csökkenés 724, maradt e hét végén 3333 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi április 12-dikától április 18-dikéig terjedő 15. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 221 (156), vörheny 58 (77), álh. gége- és roncsoló toroklob 29 (50), hökhurut 4 (5), gyermekágyi láz 0 (4), hasi hagymáz 1 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 13 (10), vérhas 0 (0), orbáncz 31 (35), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültömrigylob 2 (3), trachoma 10 (3), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Egyetemi alkalmaztatások. A budapesti egyetem orvosi kara legközelebbi ülésén alkalmazást nyertek: Ajtai K. S. István dr., I. tanársegéd, Christián János dr. díjas gyakornok, Szász Béla sz. o. díjtalan gyakornok, a törvénytudományi tanszék mellett. Bálint Rezső dr. III. tanársegéd, Kovács József dr. díjtalan gyakornok, az I. sz. belklinikán. Barta Andor dr. díjtalan gyakornok a II. számú női klinikán. Wenhardt János dr. I. tanársegéd, Dalmady Zoltán dr. díjtalan gyakornok, Zirkelbach Antal dr. II. tanársegéd, Torday Árpád dr. díjas gyakornok a II. sz. belklinikán. Nádasz István dr. díjtalan gyakornok a II. sz. kórboneztani tanszék mellett. Gergő Imre dr. díjas műtönöv., Ringer Jenő dr. díjas gyak. az I. sz. sebészethez. Reuter Camillo dr. díjtalan gyakornok az elmekörtani intézethez. Wenczel Tivadar dr. poliklinikai tanársegéd, Lovrich József dr. I. tanársegéd, Windisch Ödön dr. II. tanársegéd az I. számú női klinikán. Hammer Dezső dr. díjasgyacornok az idegklinikán. Madzsar József dr. I. tanársegéd, Salamon Henrik II. tanársegéd, Walheim Béla dr. díjas gyakornok, Siklós Armand dr. díjtalan gyakornok a fogklinikán.

Fodor József tanár emlékezete. A M. Tud. Akadémia április 27-dikén tartott összes ülésén *Högyes Endre* r. tag tartotta meg *Fodor József* elhunyt akadémiai r. tagról a szokásos emlékbeszédet. A beszéd felüli Fodornak egész tudományos életét és működését, és függetlenül Fodor összes tudományos dolgozatának kivonatos ismertetését tartalmazza. Az emlékbeszéd a M. T. Akadémiai emlékbeszédek sorában jelenik meg az elhunyt arcképével és autogramjával.

Kitüntetések. *Dauid Leó* dr., kolozsvári egyetemi ny. r. tanárnak és törvényes utódainak ő Felsege a tanügyi terén és az egyetemi építkezések körül szerzett érdemei elismerésül a magyar nemességét „Boldogi” előnévvel adományozta. — *Uriel József* dr. vezértörzsorvosnak és a közös hadügyi miniszterium 14. osztálya főbökének kiváló szolgálatai elismerésül ő Felsege a Lipót-rend lovagkeresztjét adományozta.

Előléptetés. *Kosztka Emil* dr. honvédezdorvost május elsejével törzsorvossá léptették elő.

Lenk Gusztáv dr. vármegyei tisztii főorvost a belügyminiszter az Országos Közegészségi Tanács rendkívüli tagjává 6 évre kinevezte.

Áldor Lajos dr. fürdőorvosi működését Karlsbadban újra megkezdte.

A madridi nemzetközi orvosi congressust április 24.-én nyitották meg nagy ünnepséggel. A megnyitó ülés a „Teatro royal”-ban folyt le. A spanyol király és az anyakirálynő mint a congressus védnökei az udvari páholyban foglaltak helyet. Az emelvényen Silvela miniszterelnök mint díszelnök, jobbján a közoktatási és a külügyminiszter, továbbá Calvo és Cortejarena spanyol orvosok ültek, míg balján a belügyminiszter, a madridi püspök, továbbá Leyden, Maragliano és Dubois mint Németország, Olaszország és Belgium hivatalos képviselői foglaltak helyet. A congressus elnökének, Calleja y Sanchez tanárnak megnyitó beszéde után az idegen nemzetbeli küldöttek szóltak, első sorban Leyden, azután Dubois, Schrötter, Brouardel, Pavy, Maragliano és mások. A hivatalos kimutatás szerint a congressusra 6961 orvos iratkozott be, ezek között 3431 külföldi; utóbbiak legnagyobb számát franciaiak (826), németek (780), olaszok (335), osztrákok (258), oroszok (297), angolok (238) és északamerikaiak (195) tették. A megjelentek száma azonban valószínűleg sokkal kisebb, mert a lakások rendkívül drágaságának híre sokakat visszariasztott a beiratkozottak közül az odautazástól. A drágaságról elterjedt hír nem is bizonyult hamisnak; egy szobáért a „Lancet” tudósítója szerint 60–70 pesetát (körülbelül ugyanannyi franc) kérnek; Brouardeltól egy szobáért 200 pesetát kértek. A congressus gyűléseit a királyi könyvtár és muzeum épületében tartja. Az itt levő helyiségek egy nagy részének átengedése tekintetében is voltak nehézségek, a mennyiben a könyvtáros, a ki rendkívüli tekintélynek örvend, nem igen volt hajlandó a könyvtár helyiségében dolgozók munkájának megakasztása címén a helyiségeket átengedni. Egy további akadály pedig az, hogy az épület főbemenetét 2–3 nappal a congressus megnyitása előtt még nagy állványok fedték. Úgy történt ugyanis, hogy az épület homlokzatának díszítésére szolgáló nagy szoboresportozatok csak néhány hónap előtt készültek el és azok elhelyezésének befejezését az építész a congressus idejéig biztosan kilátásba helyezte. A politikai viszonyoknak változása miatt azonban az építésznek mint az előbb uralmon volt párt hívének távoznia kellett, a most uralmon lévő párt-hoz tartozó építész keresésével pedig idő telt el s így a szoboresportozatok elhelyezése még nem fejeződött be, az ehhez szükséges nagy

állványok tehát valószínűleg a congressus ideje alatt is helyükön maradtak s így a tagoknak hátulsó bejárókra kell majd az ülések helyiségeibe jutniok. Különben a congressus lefolyásáról, a megtartott érdekesebb előadásokról lapunk következő számaiban még megemlékezünk; itt csak arról számolunk meg be, hogy a nemzetközi orvosi congressust megelőzőleg néhány napon át ugyancsak Madridban ülésezett az orvosi sajtó nemzetközi congressusa és hogy május 1-jén nyílik meg ugyanott a spanyolul beszélő európai és amerikai orvosok két napra tervezett congressusa, melyet nyomban követ az orvosi deontologia és etikai kérdéseinek megvitatására összehívott spanyol nemzeti orvosi congressus.

Uj sanatorium elmebajosok számára. *Niedermann Gyula* dr.-nak, a lipótmizei elmegyógyintézet nyug. igazgatójának a belügyminiszter engedelmét adott arra, hogy Rákospalotán 140 elmebeteg számára magán-gyógyintézetet építhessen. Az intézetet már május hóban kezdik építeni.

Lakásváltoztatás. *Moravcsik Ernő Emil* dr. egy. tanár lakását IV., Zöldfa-utca 15. szám alá tette át. — *Sugár K. Márton* dr. fülörvos lakását május 1-jén IV., Irányi-utca 27. sz. alá (Fereneciek tere sarkán) helyezte át.

Megjelent. *Szász E. Hugó:* A placentának a foetus halála által előidéztet histológiai elváltozásáról. Orvosi Hetilap. 1902. — Ugyanattól: Az „esthionemene”-ről. Magyar Orvosok Lapja, 1902. — Ugyanattól: Méhenküüli terhességgel szövődött fibromyoma multiplex uteri operált esete. Ugyanott. — Ugyanattól: Kombination von Krebs und Tuberculose im uterus. Klinisch-therap. W. 1901. — *Oláh Gusztáv:* Az elmebetegségek orvoslása. Budapest, 1903. Pfeifer Ferdinánd. Ára 6 korona.

Elhunytak. *Diczendy Gyula* dr. István-majori orvos. — *Szekeress Oszkár* dr. járásorvos Nagyszombatban. — *Mayhoffer Lajos* dr. tb. járásorvos Csurgón. — *Fröhlich Nándor* körorvos Vaalon.

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

Helyettesítés.

Zólyommegyei **Libetbánya nagyközség** f. évi június hó 5-től kezdődőleg 3–4 hónapi időtartamra

községi orvos-helyettesítést keres.

Díjazást és egyéb feltételeket illetőleg *Luczy Gusztáv* dr. ottani községi orvos ad felvilágosítást. A pályázat határideje május hó 20-dika. A község magas fekvésével, kitünő hegyi levegőjével igen kellemes nyaralást nyújt, mely okból a helyettesítés elvállalását esetleg 6–6 hetii időtartammal családost kartársaknak ajánlható.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró-melg kénos források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok stb.** felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.t. igazgatósága** Budán.

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyenyenesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54–20.
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**



Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomesúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — **Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes tudományos ülés 1903. április 25-dikén.) 295. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület Rákbizottsága. (Alakuló ülés 1903. április 17-dikén.) — XIII. magyar balneológiai congressus közgyűlése. (Második ülés 1903. április 20-dikán d. e.) 296. l. — (Harmadik ülés 1903. április 23-dikán d. u.) 297. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. január 15-dikén tartott közgyűlés). 298. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 298. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIV. rendes tudományos ülés 1903. április 25-dikén.)

Elnök: **Bókay János.** Jegyző: **Illyés Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Goldzieher, Schaffer és Kuzmik tagtársakat. Jelenti, hogy Vajda Géza dr. Miskolcra mint vendég van jelen.

A cornea gonorrhoeás fekélyesedésének operatív kezelése gyógyult betegek bemutatásával.

Goldzieher Vilmos: Vonatközússal a közkörházi orvostársulatban f. évi január 14-dikén tartott előadására: bemutató előbb a Scholler-Kuhnt-féle conjunctivalis plastikát leírja. Ő ezt a módszert alkalmazta a gonorrhoeás szaruhártya-szétésmélnél. Két gyógyult esetet mutatott be, ahol a cornea egy része már szét volt esve, a többi részlete infiltrálva, s ahol sikerült nagyobb conjunctivalis lebenyek transzplantálása által nemcsak a staphylococcus-képződést megakadályozni, hanem a corneát feltisztításra bírni. Mindkét esetben most igen jó látás van. Az operációt a blennorrhoea genyes stadiumában is szükséges végezni, azaz akkor, amikor a cornea állapota megköveteli. (Az operációról, valamint az elért eredményekről bemutató a közkörházi évkönyvben fog bővebben referálni.)

Grósz Emil: Előadó azt mondta, hogy az eljárás kevésbé ismert, pedig Kuhnt monographiájának megjelenése óta általánosan gyakorolt. Űgy magyarázza bemutató a genyesen infiltrált cornea feltisztulását, hogy a conjunctivalis lebeny véráramot visz oda. Nem kételkedik szölo, hogy ennek is van szerepe, de felhívja a figyelmet egy régen ismert tényre: A midőn a gonorrhoea conjunctivaehez ulcus corneae szegődik, sőt a perforatio közel áll, a cornea egész természetén infiltrált; ha pedig a fekély perforálódik, a cornea feltisztul. Ezt úgy magyarázzák, és ez elől nem lehet elzárkózni, hogy az intra-ocularis nyomás megszűnésével a keringés kedvezőbb lesz, ennek is van tehát része a feltisztulásban. Tehát a feltisztulás nem egyedül a conjunctivalis transzplantationnak tulajdonítandó.

A harmadik megjegyze az, hogy aggodalma van az eljárásnak a bő genyedés szakában való végzése iránt.

Goldzieher Vilmos: Bevezetésében megmondotta, hogy Scholler és Kuhnt alkalmazták a módszert, és hogy ő csak a blennorrhoeára alkalmazta. Hogy a perforatio után a cornea feltisztul, régen ismert dolog, de a bemutatott esetek oly rosszak voltak, hogy más eljárástól sikert várni nem lehetett. De, ha a perforatio után a cornea fel is tisztul, a visszamaradó partialis staphylococcus zavar, és esetleg veszedelmet rejt magában. Ezért kevésbé súlyos esetekben is előny adandó az általa követett módszernek. A harmadik kifogására felszólalónak az a felelete: Prohiren geht über Studieren. Tessék osztályán megpróbálni. Hiszen a corneának kötőhártyával való bevonása megóvjja a corneát a genynek további insultusaitól.

Rhinoplastica.

Kuzmik Pál: Orvostudományunk általános rohamos haladásával mi természetesebb, mint hogy lépést tartanak az egyes specialis szakok is. Legfeltűnőbb a haladás a sebészetben, legfeltűnőbbek a sebészeteredményei. Épen ezen körülmények folytán találkozunk mind ritkábban oly esetekkel melyekben hiányokat kell pótolnunk. Örömmel kell constatalni ezen jelenséget, mert habár látszólag a plastikus műtétek jelentéktelen beavatkozásoknak látszanak, a sebészetnek elég gondot, fáradságot és csalódást okoznak. Hámihiányok pótlására kitűnő eljárásokkal rendelkezünk, beavatkozásainkat, mondhatná, biztos siker reményében hajtjuk végre, különösen a Thiersch hámlebenyccel vagy a Krause-féle bőrlebenyekkel.

Nem oly kedvezőek azonban a viszonyok azon esetekben, midőn oly defectusokat kell pótolnunk, melyeknél a hiánynak úgy külső, mint belső lemeze hámmal kell hogy borítottassék. Blepharo-, cheilo-, meloplastikák és különösen a teljes rhinoplastikák ma is még nagy nehézségekkel járnak, mert ezeknél a hiány pótlásán kívül még a functionalis és kosmetikai szempontok is figyelembe kell hogy véssenek.

Ezen okoknál fogva a legtöbb esetben be kell érniük kevésbé sikerült eredményekkel is.

Szólónak mai bemutatása egy aránylag jól sikerült rhinoplastikára vonatkozik.

Beteg 10 év előtti sérülésre vezeti vissza baját, mely idő óta orrsúcása állandóan sebes, illetőleg fekélyes volt, a mi miatt már több ízben operálták is. Klinikára (II. seb.) történt felvételekor, 1903. márczius 8-dikán az orr csúcsa helyén egy az orrszárnnyakra s a septumra átterjedő s ezeket majdnem teljesen elpusztító laphámrákja volt, mely miatt márczius 10-dikén megoperálták. A daganat kiirtása az orrszárnnyak feláldozását igényelte, melynek megtörténte után a hiány plastikus pótlását hajtották végre, még pedig a Dieffenbach és Langenbeck által

módosított régi indus eljárás szerint egy a homlokról vett bőrből és bőr-alatti kötőszövetből álló kocsanys lebenynyel. Tekintettel arra, hogy az orr csontos váza megvolt s csakis a septum porcos részletéből hiányzott egy részlet, az eljárást kielégítőbbnek és kimételesebbnek találtuk, mint akár a Tagliacozza, Graefe vagy Israel eljárását, kik a lebenyt a karról venni ajánlották, vagy a König és Schimmelbusch eljárását, melyeknél a homlokról vesszük a csonthátyát és csontot tartalmazó lebenyt. Ez utóbbiak csakis akkor ajánlatosak, ha csontos váz már nincs. A kocsanys lebenyt lefordították s az orrhát lágy részeinek felhasítása után a sebszöveket egyesítették. Végül a lebeny helyét a homlok Thiersch szerint transzplantálták, még pediglen más egyénről vett lebenynyel. A gyógyulás zavartalan volt, per primam. Érdekes azonban, hogy a homloksebszövekre más egyénről vett hámlebenyek, melyek eleinte gyönyörűen letapadtak volt, a 12-dik napra egyik napról a másikra úgy eltűntek, mintha ott se lettek volna s a homloksebszövekre per granulationem gyógyult meg. Márczius 30-dikán, mikor a lebeny táplálkozása már bizonyos volt, kiirtották az orrháton levő s a kocsanys átfordítása folytán visszamaradt púpot. A lebeny belső felülete ma már teljesen behámosodott a septum és az orrszárnnyak csontjából kiindult hámmal. A beteg orra kissé pisze, a jelentéktelen hiány azonban paraffininjecióval későbbben, ha a zsugorodás befejeződött s a táplálkozás biztosan fennáll, javítható lesz. Legfontosabbnak tartja ez eljárást, hogy az art. supraorbitalist megtartsuk a lebenynek s hogy a lebeny egyenletes vastagságban leválasztva, ne túlságosan sok varrattal biztosíttassék a kívánt helyen.

A paralysis progressiva kórtana.

(Az elme- és idegkórtani szakosztály referáló előadása.)

Schaffer Károly: Előadó utalván a szóban forgó bántalom gyakorlati fontosságára, némkülönbben több újabb megfigyelésére, letárgyalandó anyagát az aetologia, kórbonecolástan és a klinika szempontjából taglalja.

Az aetologia fejezetében utal a syphilis kórnemző hatására, melynek jelentőségét manapság jóformán minden szerző elismeri. Kiemeli továbbá a vesesülettel gyenge idegrendszer, a rokkant agyvelőnek fontosságát, mert Naecke szerint ilyen talajon fejthetnek ki lelki és szellemi túlerhelés veszes hatást és létesítik a paralysist. A lues egyesek szerint csak előkészítő, mások szerint döntő, kiváltó tényező. Még Kraepelin nézetéről emlékezik meg, mely szerint a paralysis anyagcsere bántalom.

A kórbonecolás- és szövettan fejezetében utal arra a körülményre, hogy ma sem tudják még véglegesen, vajjon a paralysis elsődleges parenchymás, vagy interstitiumos-lobos természetű bántalom-e? Szintűgy még eldöntendő, vajjon a paralytikus kéregváltozások körülírtan vagy kiterjedten folynak-e le? A makroszkopos elváltozások idők folyamán enyhébbek lettek (Naecke).

A klinika fejezetében kiemeli első sorban, hogy a paralysis Mendel szerint klinikai karakterét megváltoztatta, mert a demens forma túlteng a nagyzásos forma rovására; ugyancsak Mendel szerint a paralysis a nők körében egyre jobban terjed; továbbá fontos, hogy a paralysis remissioi egyre nagyobbak lesznek, sőt beszélnek már gyógyult paralysissről is (Salgó). Előadó ezután kitér a tabes és paralysis, továbbá a neurasthenia és paralysis egymáshoz való viszonyára. Arra az eredményre jut, hogy a tabes igen szoros viszonyban áll a paralysishez, lényegileg vele azonos; azután a neurastheniát a paralysistól differentiól momentumokat sorolja fel. Végül a pseudoparalysisek tanát ismerteti, jelesen a pseudoparalysis luetica és alcoholica képesén; míg egyrészt az elfogulatlan klinikai észlelés a pseudoparalysis létezését igazolja, addig ugyancsak a behatóbb megfigyelés arra tanított meg, hogy vannak átmeneti alakok a valódi paralysis és pseudoparalysis között.

Előadó referáló előadásában egyes tételei képesén ismerteti az elme- és idegkórtani szakosztályban lefolyt discussiót is; ebben résztvettek Moravcsik, Salgó, Epstein, Donáth, Sarbó, Ranschburg, Hajós, Lévy, Ferenczi.

Elnök az ideg- és elmekórtani szakosztály elnökségének, mert referáló előadás tartásával első teljesítette kötelezettségét az anyaegyesület iránt, köszönetet szavaz.

A budapesti kir. Orvosegyesület Rákbizottsága.

(Alakuló ülés 1903. április 17-dikén.)

(Vége.)

Vargha Gyula dr. a magy. kir. központi statistikai hivatal igazgatója:

Öszinte köszönettel tartozunk az elnök úr ő nagyságának, hogy a rákstatistikai adatgyűjtésnek tudományos és gyakorlati szempontból egyaránt nagy fontosságú kérdését oly lelkes buzgósággal felkarolta s oly biztos kézzel vezeti a megoldás felé.

tágulása. Ebből magyarázható meg, hogy daczára a cirrhosis előrehaladt fokának, a vérkeringés zavarai kiegyenlítődték. Az előadással kapcsolatban *Galliard* egy betegének kórtörténetét ismerteti. Az illetőnél az atrophias cirrhosis a szokásos orvoslásmóddal daczolván: naponként 150 gramm disznómájat fogyasztatott el vele, mire most már két év óta tartó gyógyulás következett be.

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közpórházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítéseiket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos dr. Lukács György Békésvár megye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi május hó 15-dikéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását minél előbb elfoglalni köteles.

G y u l a, 1903. április hó.

Berkes dr., kórházi igazgató.

1709/1903. eln. szám.

Hódmezővásárhely város törvényhatóságánál elhalálozás folytán megüresedett belterületi kerületi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő belterületi kerületi orvosi állás 800 azaz nyolczszáz korona évi fizetéssel, a szabályszerű mellékletmennyekkel s nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Felhívom azért mindazokat, akik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben, továbbá a 80,099/1893. számú belügyministeri körrendeletben előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a folyó évi május hó 4-dik napjának délutáni 5 órájáig a polgármesteri hivatalnál nyújták be.

A bizottsági közgyűlés 138/1903. számú határozata értelmében kikötetik, hogy a kinevezendő kerületi orvos a kerületében tartozik lakni.

H ó d m e z ő v á s á r h e l y, 1903. évi április hó 20-dikán.

Juhász Mihály, polgármester.

1946/1903. szám.

Az elhalálozás folytán megüresedett sáta körorvosi állásra, melynek kerületébe Sata, Nekézseny, Omány, Csókva, Lénárd, Darócz, Királd, Mercse, Uppony, Bóta községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása 1600 korona készpénz, mely Borsodmegye házi pénztárából negyedévenként fizetetik és a szabályzatilag megállapított látogatási díjak.

A választás 1903. évi június hó 23-dikán d. e. 9 órakor Sata községházánál fog megejtetni.

A megválasztandó körorvos állását legkésőbb 1903. évi július hó 1-sején elfoglalni köteles.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt, képesítéseiket és eddigi szolgálataikat okmányokkal igazoló pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb 1903. évi június hó 1-sején d. u. 5 óráig annyival inkább nyújták be, mert a később érkezők figyelembe vételni nem fognak.

Ó z d, 1903. évi április hó 27-dikén.

Zsóry György, főszolgabíró.

3-1

Üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	C z í m
máj. 8	bányatorv.	Mizserfa	2800 k.	Bányagondnokság, u. p. Kis-Terenne
" 9	kórh. s. o.	Szentes	800 kor., lakás, élelm.	Matéffy alispán, Szentes
" 10	közs. orv.	Szásztyukos	1200 k.	Szuntrely főszolgabíró, Bács-Almás
" 14	körorvos	Petris	1200 k.	Lovich főszolgabíró, M-Radna
" 15	kórházi segédorv.	Banjaluka	2000 k., lakpénz	Löschér polg. Banjaluka (Bosznia)
" 15	kórh. s. o.	Trencsén	1200 k., lakás, fűtés, világítás, ételmezés	Schwerdtner alispán, Trencsén

Az „Anker“ élet- és járadékbiztosító társaság Bécsben április 18-dikán tartotta XLIV. rendes közgyűlését *Prokesch* Osten Antal gróf elnöklése alatt. Mint a számadási jelentésből kitűnik, az 1902. évben 9640 ajánlat nyújtott be 53.732,594 k. 35 fill. tőkére és 45,591 k. 23 fill. járadékra és 7605 szerződés 41.760,545 k. 12 fill. tőkére és 42,065 k. 06 fill. járadékra létesített. A halálesetre nyemény-osztalékkal biztosítottak mint nyeményosztalékokat az „A“ osztalékterv szerint az évi díjnak 250/o-át, a „B“ osztalékterv (emelkedő osztalék) szerint pedig a biztosítás tartama arányában az évi díj 27, 24, 21, 18, 15, 12 és 90/o-át kapják. A biztosítéki vagyon a számadási jelentés szerint összesen 144.225,048 k. 30 fill. A társaság értékpapírokon elért 288,702 k. 55 fill. az árfolyamkülönbözeti alap javára utaltatott át, míg a kölcsönös túlélési csoportbiztosítások értékpapírjainál az árfolyamnyereség 1.707,582 k. 21 fill.-t tesz ki, mely összeggel másnemű gyarapodásokon kívül ezen kategória alapjai szaporodtak. A társaság összes vagyona 153.157,175 k. 39 fill. Ebből Magyarországon van elhelyezve magyar értékpapírokon 15.011,850 k. 20 fill., jelzálogkölesönökben 13.595,200 k. és ingatlanban (társasági ház Budapesten) 1.063,86 k. 89 fill., összesen 29.670,819 k. — A részvényeseknek osztalék és felülosztalék gyanánt

400,000 k. osztatik ki; az elélés és halálesetre nyemény részesüléssel biztosítottak osztalékalapja javára 350,000 k. utaltatik, s a reudkivüli tartalékok emelésére 100,000 k. fordítatik. Az igazgató tanácsból kilépő *Mauthner* Miksa báró újból megválasztatott és *Schwarzenberg* Károly herceget az igazgató tanácsba új tagul választották meg. Az 1902. évi részvényesülvényt a társaság bécsi és budapesti pénztáránál április 20-tól kezdve 200 K-val váltják be.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.



Molimina menstrualia

subalpin éghajlat

svéd gyógytorna

ozondús levegő

és massage

aczellfürdők

ivókúrák

SEMMERING

Vízgyógyintézet és magaslati kúra.

835 méter a tenger színe fölött.

— Bécsből 2 óra távolság. —

— Prospektusok kívánatra. —

Vízgyógyintézet „Maendlhof“.

Dr. Ballmann.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSEGÉD

ORVOSI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 3.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévívíz gyógyfürdő, pártalan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványviz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakoszobával. A legsolidabb kezelés. Prospektus kívánatra ingyen és bérmentve.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyárbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, apo-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcseiből 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.

Dr. Kelen István

a Budapesti Poliklinika gyomor- és hasbetegségek osztályának v. assistense
és a cs. kir. szab. kassa-oderbergi vasút karlsbadi orvosi tanácsadója

Karlsbad, Alte Wiese, Haus „Börse“.

Idény májustól októberig.

Daruvár.

Ásvány- és iszapfürdő Szlavoniában.
A cs. kir. szab. déli vasút állomása, direkt
összeköttetés Budapest és BécsSEL.

Vas- és hóforrások és iszapfürdők, 34–50° C. hőfokkal. Márvány-, porcellán-,
tükör-, iszap- és moirfürdők. Tapasztalt kiváló gyógyeredmény valamennyi női bajnál,
verszegénység, rheumás, köszvényes és ideges bántalmaknál.

Kitűnő berendezett fangó-intézet (a kitűnő gyógyhatású daruvári ásványiszap-
pal való göngyölések és borogatások), kitalasztalt győgyeredmények elévült női bajok-
nál, exsudatumoknál, valamint a legkülönbözőbb ízületi és izombántalmaknál. Hidegviz-
kúra. A rómaiak ideje óta híres fürdő a szlapon középhegységnek egy kies völgyében
fékszik, erdőborította hegyek által övezve. A fürdőépületek gyönyörű, árnyas park közepén
vannak elhelyezve. Acetylen-világítás, parkzene, lawn tennis, tekepálya, tánc-
koszoruészkák, kölcsönkönyvtár, társasokcsi. Szép kirándulások a történetileg érdekes,
kies környékre. Szép sétautak nyálmát és üdülést kereső nagyvárosiak számára.

Teljes ellátás a fürdőszállodában havonként 80 korona (I. oszt.) és 60 korona
(II. oszt.) figyelmes kiszolgálással. T. cz. katonatisztek, állami és vasúti hivatalnokok
kedvezményben részesülnek. Az elő- és utóévadban tetemes árleengedés. Izazg. fürdő
orvos: Fischer dr., azonkívül még két orvos működik helyben.
Prospektussal és felvilágosítással szívesen szolgál.

A daruvári fürdőberlet igazgatósága.

BAD HALL országos gyógyfürdő

Felső-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő
a havasok közt.

Javallatok: Mindennemű scrophulosus és nemi betegség.

Legmodernebb gyógyeszközök. Értesítést küld

a fürdőigazgatóság.

Meleg száraz

HOMOKFÜRDŐK

BAD KÖSTRITZ i. Thür. (Leipzig—Probstzella vasút mentén.)

Új gépek által való homokhevités, a hygien. követelményeknek megfelelőleg, felülmulhatatlan
gyógyeredmények rheuma, köszvény, neuralgiák (ischias), vesebajok, izzad-
mányoknál. Azonkívül legerősebb sós-, fény-, szénasavas-fürdők és massage.
Idény május 1-től szeptember 30-ig. Részletes prospektusokat küld az igazgatóság.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicatió: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden gyógyszerárban.

TARCSA gyógyfürdő

Vasvármegyében.

Glaubersó tartalmú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő és ásványviz-,
valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égalj; a kényelem minden
igényeinek megfelelő olesó lakások; villamvilágítás, 2 jó vendéglő,
gyógyszertár, naponta kétszer zene; szép kirándulások. A női szervek
bántalmai, sápkór, verszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek
bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május 24-től szeptember végeig.

Az évad kezdetétől június 15-ig és augusztus 15-től szeptember végeig tetemesen
olcsóbb árak. Felvilágosítással szolgál és kívánatra prospektust küld
a fürdőigazgatóság. Állandó fürdőorvos dr. Rhorer Aladár tb. megyei főorvos.
Tarcsei Károly-forrás különösen mint óvszer járvány esetén ivóvízül ajánl-
ható. Megrendelések Tarcsa fürdőigazgatóságához és Budapesten Ede-
skuty L. es. és kir. udvari szállítóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők.
Vasúti állomás. Posta és távirda helyben. Budapestről és Győről naponta
Tarcsafürdő feliratú közvetlen I. és II. oszt. kocsik közlekednek oda-vissza.

Vegyszertári gyár

Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, foszfor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömeccses

90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolate-tabletták 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérszegénység, vesebajok, reconvalescenssek és szoptató nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

COLLARGOLUM.

(Credé-féle oldható
ezüstércz.) Mint kenőes
(Unguentum Credé)

ezüst-kenőkúrához, oldatban intravenös injectiók részére
fertőzési betegségeknek.

ITROL. Antiseptikus sebkezeléshez, szemgyógyítás-
hoz és nemi bajok ellen. Legolesőbb ezüst-
készítmény a gonorrhoea kezeléséhez.

ACOIN. Helyi anaestheticum a sebészet, szemészet
és fogoperatiók részére. **Hosszan tartó
anaesthesia.** Kevésbé mérges és hosz-
szabban tartó hatással mint cocain.

Acetylsalicylsav.

(2—OH)

Hyrgol (Hydrargyrum colloidalis). — Solveol.

Próbákat és irodalmi lenyomatokat ingyen küld:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói 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 górcsói
bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

Poliklinika: VII. Hársfia-utca 13—15. szám.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok,
morb. Basedowi, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcsere zavaroknál
(diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérértelenségeknél (chlorosis, anaemia,
leukämia, malarial stb.), üdülőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, diätetikus győgmód (hízaló és
soványító kúra), inhalatio (lignosulfit, törpefenyőgőz), hidegvíz kúrák,
moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! — **Dr. Fái Mátyás Miklós**
rendelő orvos.

Teljes ellátás (takás, fürdő, ételmezés, kiszolgálás) naponként 5 koronától fel-
jebb. — Május végéig és szeptember 1-től kezdve még olcsóbb.

KRAPINA-TÖPLITZ

gyógyhely Horvátországban.

Idény május hó 1-től október hó végéig.

Forgalom 1902-ben 4567 személy. Zagorinai vasútállomástól „Zabok-Krapina-Töplitz“ egy
órai kocsit. Május 1-jétől naponként posta-omnibusz közlekedés a fürdőig. A 30—35° R.
hőmérsékű meleg akroto-forrásoknak kitűnő a hatásuk köszvény, izom- és
ízületi csúsz és azok utóbajjai, ischias, neuralgiák, borbajok és sebészek,
idült Morbus-Brightii, benuások és különféle női betegségek ellen. Nagy me-
denecék — teljes — külön márványkád- és zuhany-fürdők, kitűnően
berendezett izzasztó kamarák (Sudaria), massage, elektromosság, svéd
gyógygymnastika. Kényelmes lakások. Jó és olesó vendéglők, állandó fürdő-
zene. Terjedelmes árnyas sétányok, tennishely stb.

Brochürök minden könyvkereskedésben. Prospektust és felvilágo-
sítást küld **a fürdő-igazgatóság.**

LASSNITZHÖHE

Graz mellett, az államvasút mentén, gyógy-
intézet egész éven át nyitva, remek fekvés,
nagy erdők, dús gyógyeszközök, összes víz-
győgmód, villamos kezelés, massage, inhalatio,
diät- és terepkúra; fény-, lég- és napifürdők, Fangogöngyölések, szénsavas fürdők stb.
Állandó orvos, jó ellátás olesó árak mellett. Idegbajosok és belbetegek és üdülők
részére. A dependancokban nyári lakások is kiadatnak. Bővebb értesítést ad a kezelőség
vagy a vezető főorvos **Dr. Miglitz, Graz, Albrechtgasse 9.**

WIEN, I,

Bauernmarkt 14



**ELIXIR
YOHIMBE
SEC: BUDAI
SPECIFICUM
IMPOTENTIA
VIRILISNÉL.**

Egy üveg (250 grammos mennyiség)
ára **6 korona.**

KAPHATÓ BUDAPESTEN,

a „VÁROSI GYÓGYSZERTÁR“-ban

Kigyó- és Váczi-utca sarok.

Hoffmann Béla gyógyszertára

a „Szt. Erzsébethez“

Budapest, VII., Erzsébet-körút 21.



Ajánlatos és leghatékonyabb a **hysteria, epilepsia** és minden oly bajknál, hol a bróm huzamosabb használata kívánatos. Ezen brómsót tartalmazó kenyérke (adagonként 1 gramm) kellemes ízű, tápláló s az emésztési szerveket meg nem támadja. Ára darabonként 30 fillér.

„Bromofarina sec. Hoffmann“

Vidékieknek ajánlatos a kenyérkék otthoni sütésére. Egy csomag (3 kenyérkére) ára 60 fillér. — Elkészítési utasítás mellékeltek.

Gyermekeknek

a „Hoffmann-féle Brómpiskóta“ a legkellemesebb bróm-adagolás (szeletenként 0.25 gramm brómsó tartalommal) kitünő íze miatt szívesen veszik. Egy doboz (10 piskóta) ára 1 K 20 f.

Minták a t. orvos urak részére ingyen és bérmentve.

Beszerezhetők bármely gyógyszertár utján.

Kívánatra prospektus és irodalom.

Védjegy:  **CHINOSOL** D. R. P. 88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.
Kitünő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**
(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylactikus gargariálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.
Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:
WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

Vegy-, górosövészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

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

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

Anämin 0.2% vas, mint ferrisaccharatum.
Eltartható! Jó ízű!

Gyomornyomást nem okoz!
Székszorulás nincs!
(még hosszabb használat után sem.)
Bőséges vasfelvétel mellett fokozott étvágy, ennél fogva **kitünő közérzet és testsúlygyarapodás.**

Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és gyengeségi állapotok minden fajánál kiváló hatású.

Liebe's Sagrada-Wein

Liebe-féle Sagrada-tabletták (chokoládeával bevonva).

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

==== Minták és orvosi irodalom ingyen. =====

J. Paul Liebe,



Tetschen a. E.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvételnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeszes 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.

PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

Vastimsós fürdővel és hidegvízgyógyintézetrel, egy- és kénes savanyúvíz és természetes arzén vastartalmú forrásvizekkel.

Lakások újonnan épült 20 olesó szobával kibővítették, a vendégek élelmezéséről Verszeghy István jóhírű konyhája gondoskodik. Az évad június 1-től szeptember végéig tart. Az elő-évad június 1-től június 20-ig, főévad június 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember végéig tart. — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-al olcsóbbak. Ingyen prospektussal és minden felvilágosítással készségesen szolgál a fürdőigazgatóság.

Prof. Dr. W. Tunnicliffe London, King's College: A dr. Vámosy egyet. m. tanár által felfedezett Purgót mint gyógyszerkészletünk egy fontos faktorát említi, a melyet körülményes kísérletekkel alkalmaz úgy felnőtteknél, mint csecsemőknél.

Prof. Dr. Kohts Strassburg, a poliklinikák igazgatója: A Purgót úgy felnőtteknél, mint

PURGO

gyermekknél kitűnően találta és használatánál sohasem tapasztalt kellemetlen mellékhatásokat.

A m. kir. szabadalmazott és védjegyzett Purgo kitűnő ízű, páratlanul enyhe hatású hashajtó, keserűviz és ricinus helyett kitűnően alkalmazható, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

Irodalmat és mintákat ingyen és bérmentve küld a gyáros Dr. BAYER gyógyszerész Budapest, IX., Üllői-út 39.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők**. — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok). — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA.**

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.



Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & CO, FRANKFURT A. M.

EUCHININ

keserű ízétől megfeszített chinin.

SALOCHININ

Antineuralgicum.

RHEUMATIN

Antirheumaticum.

ARISTOCHIN

Antipyreticum.

CHINAPHENIN

Antipyreticum és Antineuralgicum.

LYGOSIN-KÉSZÍTMÉNYEK: LYGOSIN-CHININ Antisepticum.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

EUNATROL

Cholagogum.

VALIDOL

Analeptic., Antihysterie., Stomachicum.

UROSIN

köszvény és húgysav-diathesis ellen.

FORTOIN

Antidiarrhoicum.

DYMAL

antiseptikus sebhintőpor.



Marienbad világfürdőhely

(Csehország).

A marienbadi ásványvizek küldési vállalat otthon használandó ivókúrának ajánlja:

Kreuzbrunn

Ferdinandsbrunn

Waldquelle

Ambrosiusbrunn

Rudolfsquelle

Európa legerősebb glaubersós vizei.

Javallatok: Általános elhízás, hájszív és hájmáj, a lélegzés és vérkeringés zavara fokozódó elbajosodásnál, mindennemű pangási hurutok, altesti vérpangás, aranyér, időült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klimacterium bajai, dtabetes.

Javal: A garat, légző és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Legdúsabb tiszta vasas savanyúvize Európának,

0.17 ketted szénsavas natron egy literben.

Javal: Vérszegénység, chlorosis, szervi gyengeségi állapotok, neurasthenia.

Legkiválóbb képviselője föld.-alk. forrásoknak.

Javal: A húgyutak időült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, köszvény, húgysavas diathesis.

Evről-évre fokozódó fogyasztás.

Marienbadi természetes forrássó

savat közömbösítő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitűnően támogatja a marienbadi vizek használatát.

Marienbadi forráspastillák

Javal: gyomorégés, gyomorgörcs, rekedtség és elnyálkásodás.

Marienbadi ásványtáp

a hatásos alkatrészekben és savtartalomban (7.8%) leggazdagabb táp.

Kapható az ásványvízkereskedésekben, gyógyszerárakban és drogeriákban vagy közvetlen: Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Csehország).

A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kíséreltetés céljából ingyen állnak rendelkezésre.

Ajánlom a t. orvos urak figyelmébe az



Igmándi keserűvizet.

Előnye, hogy könnyen bevehető, nem émelygős ízű s már fél pohárral hathatós mint gyors, biztos és teljesen fájdalommentes, enyhe, természetes hashajtó.

Ivókúránál hosszabb használatra kiváló gyógyhatású.

SCHMIDTHAUER LAJOS gyógyszerész

Komáromban, forrástulajdonos.

A hol raktár nem volna, már 10 üveggel szállítatik.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, IX/3., Universitätsstrasse Nr. 12.
Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endostopia stb. orvosi esattakozó készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).

Cornides-féle fekete áfonya gyógybor

(Vinum myrtillor. Cornides)

meglepően biztos hatású gyógyszere a **bélhurutnak** s emellett kedvezően befolyásolja az emésztést. — Kapható gyógyszerárakban; hol nem, oda küld készítő 5 üveget 8 koronáért költségmentesen.

Cornides Károly, Felka (Szepesmegye).

LIPIK SZLAVONIÁBAN.

Elsőrendű fürdőhely.

Egyetlen jodtartalmú alkalikus hőforrás (64° C.) a kontinensen.

A lonjavölgyi vasút állomása (Dugosellőn út). Azonkívül Pakrac-Lipik déli vasút állomása (zóna-tarifa).

Kitüntette: Budapest, Bécs, London, Róma, Brüsszel.

Fényesen berendezett gyógyterem, kávéház és étterem, nagyszabású park, fedett sétány, tiszta, kitűnő gyógyszállodák, katonatiszti gyógyház, gyermek-sanatorium, pompásan berendezett fürdőépületek, villamos világítás.

Felülmulhatlan hatású gyomor-, bél- és gégehurutnál, köszvényenél és csúzos bajoknál, ischiasnál, csontbajoknál, mindennemű hurutos bántalmaknál, valamint minden mirigy- és veretegnél.

A fürdőidény alatt nyolcz kiváló orvos rendel.

Lipiki hévíz szétküldése egyenesen a forrástól, továbbá Édeskuty L. ezégtől Budapestben.

Lipiki forrássó közvetlen a fürdőigazgatóságnál rendelkezhető. — Bővebb felvilágosítással szolgál

a fürdőigazgatóság.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fornet Elemér: Idült szivbántalmaknak szénsavas fürdővel való gyógykezeléséről. 300. l.

Kétly László: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A theocinnal (theophyllin) mint diureticummal tett klinikai tapasztalatok. 302. l.

Janosó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.) Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán. 303. lap.

Pesthy István: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A percussió auscultatio használhatóságáról a gyomordiagnostikában. 306. l.

Tárca. Új műtőnövendéki szabályzat. 307. l.

Közegészségügy. A német betegségyőző törvény módosítása. 308. l.

Orvosi közügy. A IX. szüneti orvosi cursus. 309. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 309. l. — *Könyvismertetés.* B. Buzácz: Lehrbuch der Hydrotherapie. (Nagy Pál.) — *Lapszemle.* Sebészeti Orvosi: A pharinx buccalis részben levő tumorok eltávolítása. (Návratil Dezső.) — *Fredét és Chevassu:* A ductus thyreoglossusban fellepett nyálkaacysta. (Návratil Dezső.) — *Kisebb közlemények az orvostudományról.* Első: A bismutose. — Gallois: Furunculok gyógyítása. — Bardet: Asthmarohamok. — *Folyóiratok átnézete.* 310—311. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezés. — Magyar Tudományos Akadémia. — Okleveleiket bemutatták. — Az orvoskar tanártestület. — A budapesti orvosok segítő-egyesülete. — Gyermekmenhelyek igazgató-főorvosai. — A madridi nemzetközi orvosi congressus. — A bécsi egyetem. — A vöröskereszt kórház. — A nemzetközi thalassotherapeutikus congressus. — Fürdőink személyforgalma. — Az egyetemi I. számú női klinika. — A budapesti általános poliklinika. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. — Elhunytak. 312. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Melléklet. Rajeczfürdő prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Idült szivbántalmaknak szénsavas fürdővel való gyógykezeléséről.

Irta: Fornet Elemér dr. marienbadi főorvos, volt egyetemi belklinikai első tanárségéd.

Ama kitaró küzdelem, mely Beneke fellépésével az ötvenes években kezdődött s mely számosak munkássága által napjainkig a meggyőződés erejével folytatott, eredményében immár áttekinthető: a balneotherapie az idült szivbántalmak oly értékes gyógyeszközéül ismerttetett fel, melyet modern képzettségű s betegeinek javát lelkiismeretesen szerető orvos ma már nélkülözni nem akarna.

Ha általánosságban azt lehetne mondani, hogy a szivbántalmak gyógykezelésének irányára nézve mérvadó a szivbeli elváltozás mineműségén, annak okán s az esetleg fenforgó szövödményeken kívül a szivnek veleszületett vagy szerzett ellenállási képessége, mint erre Martius, Schrötter és mások is utaltak, úgy abból az is következik, miszerint valamely adott esetben céltudatos gyógyeljárás csak akkor lesz foganatosítható, ha mindezen körülmények pontos megfigyelése után az alkalmazott gyógyhatány tényezői gondosan mérlegeltetnek és adagoltatnak. Különösen áll ez a szivbántalmak balneo- és physiotherapiájára nézve, melynek eredménye alkalmas esetekben a gyógybeavatkozások után mindenkor mutatózó hatás ellenőrzésétől és helyes kihasználásától függ.

A természetes szénsavas fürdőnek a szervezetre s különösen a vérkeringési rendszerre gyakorolt hatása függ a fürdővíz hőmérsékétől és szabad szénsavtartalmától. Az alkalma-

zásba kerülő szénsavas fürdőknek hőfoka rendszerint 23^o—27^o R. között ingadozik s így azok legtöbbször hőmérséküket illetőleg sem szerepelhetnek mint úgynevezett indifferens fürdők. Élettani hatásuk rendszerint a következőkben nyilvánul. Mint más hűvös fürdőknél, rövid ideig ezeknél is a vasoconstrictorok reflektorikus izgalma által a bőrnek véredényei összehúzódnak, a bőr elhalványodik, s így a véráramnak keringési akadályja fokozódik, a vagusnak reflektorikus izgalma folytán pedig a szivműködés erélyesebbé és gyérebbe válik, a vérnyomás emelkedik. A fürdőnek ezen hatása részlegesen azonban igen gyorsan módosul a szabad szénsavnak a bőrre kifejlett izgató hatása következtében. A szabad szénsav ugyanis a bőrt egy pillanat alatt apró gázbuborékok alakjában ellepi s azt melegségi érzés fejlesztése közben erősen megvörösíti. Eme tünetet Gräupner a felszálló szénsavbuborékoknak a bőrhöz való ütődése által okozott ingernek tudja be, én azonban hajlandóbb vagyok azt azon szivó hatásra visszavezetni, melyet a bőrhöz tapadó, de fajsúlyánál fogva felfelé törekvő minden egyes buborék a bőrre illetve annak edény- és idegrendszerére gyakorol. Azt hiszem, hogy ezen inger amannál jóval nagyobb s hogy állandóságánál fogva jobban megmagyarázza a gyorsan jelentkező hyperaemia feltűnő tartósságát is, mely gyakran több órára terjed. A vérnyomás a környi vérkeringés megkönnyebbülése daczára is fokozott marad, még pedig rendszerint nagyobb mértékben, mint ugyanolyan hőfokú hűvös fürdő után, mi nyilván abban leli magyarázatát, hogy a vagus rostokra gyakorolt reflektorikus inger nemesak a szivműködés gyérebbe voltát, hanem erélyesebb systoleját is eredményezi. A szivnek teljesebb és gyérebbe kiürülése által a diastole is belterjesebb és kiadóbb lesz s így a vivőerekre gyakorolt szivó hatása is erősebben érvényesül és azokban a vérkeringést könnyíti.

Míg tehát a közönséges hűvös fürdők a környi véredények

huzamos contractioja által vagy keringési akadályokat gördítenek a szív elé, melyek a beteg szív túleröltetéséhez is vezethetnek, addig a szénsavas fürdők a környi véredények gyors tágulása s a szív szívó erejének élénkítése által a keringési akadályokat csökkentik, a szív működésnek lassabbá és erélyesebbé tétele által pedig a vérnyomást fokozzák, a vérkeringést javítják, s így magának a szívizomnak is jobb táplálását és erősödését eredményezik a koszorú ütőereknek jobb telítése révén, de annak következtében is, hogy a szívizom a hosszabbá vált diastole alatt jobban kipihenheti magát, az erélyesebb contractiók alkalmával pedig a szívizom rostjai regeneratióra s compenzáló hypertrophiára ingerelgetnek.

A szénsavas fürdőknek eme hatását már *Schott A.* felismerte és leírta. Később *Gräupner* néhány észleletre támaszkodva tagadásba vette ezen fürdőknek vérnyomást fokozó tulajdonságát, azt állítván, hogy az első pár pereznyi vérnyomásemelkedés után az fokozatosan 30—60 mm.-nyivel is leszáll a kezdeti értékek alá, mivel a környi véredények tágulata folytán a keringési akadály csökken, ellenben a szív részéről működő vis a tergo nem emelkedik ezzel arányban. *Gräupner* is elismeri azonban a szívizomzat tonusának emelkedését s a n. vagus izgalmanak előnyös befolyását, az utóbbit azért is, mert a vagus magjának a szívizomzat táplálásában oly szerepet tulajdonít, mint a minővel a gerincevelő mellő szarvainak nagy trophikus dücszejtei birnak a törzs izomzatára nézve. Emez ellentétes nézetek tisztázásához hozzájárultak *Jacob*-nak, *Stiftler*-nek s a legújabb időben *Hensen* nek, ki *Curschmann*-nak és *Romberg*-nek klinikáján vizsgálta a kérdést igen tekintélyes szívbeteganyagon, közleményei. *Jacob* kísérleteiben a vérnyomás egyénenként különböző magatartást mutatott, némelykor emelkedett a szénsavas fürdők alkalmazása folytán, máskor ismét csökkent.

Stiftler szerint a fürdő eleinte mintegy 20 mm.-nyi vérnyomáscsökkenést okoz, mely azonban később a kezdeti értékekhez viszonyítva körülbelül ugyanannyi emelkedésbe megy át. *Hensen* vizsgálatai *Schott* állításainak helyességét igazolták, a mennyiben a vizsgált szívbetegek túlnyomó részénél a szénsavas fürdők okozta 20—36 mm.-nyi vérnyomásemelkedést állapíthatott meg, mely emelkedés gyakran még egy órával a fürdő vétele után is állandó maradt. *Saját vizsgálataim* — melyeket részletesen más alkalommal fogok közölni — szerint a vérnyomás emelkedése vagy csökkenése ceteris paribus a fürdők alkalmazási módjától függ, a mint arra *Bezly Thorne* is figyelmeztet.

Tekintve ugyanis azt, hogy a szénsavas fürdők majdnem egyidejűleg idézik elő a vér áramlási területek tágulását és a szívizom működésének fokozását, hatásuk egyénenként a szerint fog változni, a mint az érrendszer tágulata által okozott vérnyomás-süllyedést a szívizomnak az idegrendszer útján reflectorice előidézett erélyesebb működése túlcompenzálja, egyensúlyban tartja, vagy azzal szemben elégtelennek mutatkozik. Ha ugyanis a véredények tágulata hatalmasabb, mint a szívizom erejének emelkedése, úgy a vérnyomás süllyedni, ellenkező esetben pedig emelkedni fog, végre ha mindkét jelenség egyenértékű, a vérnyomás változatlan maradhat. Azon esetekben tehát, hol a szívnek izom- és idegelemei súlyos elváltozásban vagy kimerültségben nem szenvednek, ott hűvösebb és szénsavdúsabb fürdőket használhatunk. Ezek eleinte a keringési akadályok mérsékelt fokozása által a szívvel mintegy gymnastikát végeztetnek, majd az erélyes szív működés kiváltása után a keringési akadályokat a környi véredények tágítása folytán erősen leszállítják. Olyankor pedig, a mikor gyenge működési képességgel bíró szívvel van dolgunk s még a hamar muló véredényösszehúzódnás által okozott vérkeringési akadályt is kikerülni óhajtjuk, s a mikor erősebb véredénytágulás okozta süllyedése a vérnyomásnak kellemetlen tünetekkel fenyeget, olyankor indifferentens hőmérsékű, kisebb szénsavtartalmú fürdőt adunk, melynél csupán a szív működés erejét fokozó, szaporaságát és ütemét szabályozó tulajdonsága érvényesül, a keringési akadályok mérsékelt csökkentésével egyetemben. Nyilvánvaló ezekből, hogy eredményes gyógykezelés csakis a gyógybeavatkozás óvatos megválasztása s az arra mutató reakciónak pontos ellenőrzése mellett lehetséges.

A szívtágulat javulása alkalmas esetekben a szénsavas

fürdőkkel való kezelés eredményeként nagyobb időközökben a physikai lelet változása alapján könnyen kimutatható. Vitásabb azon kérdés, vajjon az egyes fürdő képes-e a szívtágulat oly visszafejlődését — ha csak átmenetileg is — létrehozni, mely a szívtompulat megkisebbedésében nyer kifejezést. *Schott* állítja, *Grödel*, *Gräupner* és mások tagadják, a Röntgen-felvételek biztos útbaigazítást nem adnak. Magam a szívtompulatnak visszafejlődését fürdő használata után az auscultatiós percussio segítségével néhányszor constatálhatni véltem, a különbség azonban csak igen keskeny sávra szorítkozott. Ugyanezt mondhatom a kihelyezett csücsklőkés beljebb vonulásáról is. Ellenben számos alkalommal könnyen és biztosan megállapíthattam a szívhangoknak erősödését, illetve az aorta második hangjának ékeltebbé és a pulmonalis második hangjának kevésbé ékeltebbé válását, mint a nagy vérkörbeli keringés erélyesebb voltának s a kis vérkörbeli pangás esökkenésének kifejezőit. Ennek kinyomata a légzésben beálló könnyebb-ség is.

Alantiakban ama tapasztalataim eredményéről kívánok a főbb vonásokban beszámolni, melyeket Marienbadban az évente szaporodó szívbeteganyagon kilencz éven át gyűjtenem alkalmam nyílt. Észlelésem alá kerültek jelentékeny számban úgy billentyűbántalmak, mint szívizom-megbetegedések és functionalis szívbajok is. Mielőtt az egyes kóralakok kezelésének elveire reátérnék, röviden vázolni kívánom a Marienbadban használatba vett természetes szénsavas fürdők alkalmazási módját. A fürdőknek különböző szénsavtartalommal való applikálását nagyban megkönnyíti ott az a körülmény, hogy a fürdőkhöz használt forrásoknak vize szénsavban különbözően gazdag, a mennyiben a *Marienquelle* 1000 gm. vízben 689 cm³, az *Ambrosiusbrunnen* 1173 cm³, a *Ferdinandsbrunnen* pedig 1812 cm³ szabad szénsavat tartalmaz. Mivel ezen természetes hideg források vizének felmelegítése a leg-tökéletesebb rendszer szerint történik, azért ha a fürdőviznek szabad szénsavtartalmát valamely okból csökkenteni kívánom, azt vagy a fürdőviznek bizonyos ideig való állatása, vagy megfelelő hígítás útján eszközölöm. Ez eljárás leggyakrabban a *Ferdinandsbrunn* fürdők-nél válik szükségessé, melynek rendkívül szénsavdús voltát illusztrálja az, hogy míg a nauheimi legerősebb forrásnak, a *Grosser Sprudel*-nek szabad szénsavtartalma 738 cm³, addig a *Ferdinandsbrunn*-é 1812 cm³ 1000 gm. vízhez. A fürdővízhez annyi konyhasót szoktunk adadni, hogy annak NaCl-tartalma 1%—3% közt váltakozik. A só ugyanis mint böringer előnyösen egészíti ki a szénsav hatását. A fürdővíz hőmérséke rendszerint 20—23° R. közt lesz megállapítva, magasabb hőfok ritkán, alacsonyabb pedig rendszerint csak functionalis szívbántalmaknál kerül alkalmazásba. A szénsavas fürdőknek a különböző szívbántalmaknál való használatáról nyert tapasztalataimat az alantiakban sorolom fel.

A szervi szívbántalmak közül a billentyűk és a szájdák megbetegedéseinél a compensatio időszakában nézetem szerint semmi más gyógyeljárás hasonló jó eredménnyel nem alkalmazható, mint a célirányosan használt szénsavas fürdő. Ezen időszakban törekvésünknek ugyanis oda kell irányulnia, hogy a szívizomzat ellenállási képességét fokozzuk s idegműködésének zsongját emeljük, azaz feladatunk *Stiller* szerint is nem a feltétlen kimélés, hanem az óvatos edzés. Hűvös szénsavas fürdők zsongító hatásuknál fogva alkalmasak arra, hogy a szívizomzat beidegzését korai kimerüléstől megóvják s hogy a szív táplálkozási viszonyait javítsák, működését szabályozván alkalmat nyújtsanak a pihenésre és erősödtetésre, a vérkeringést pedig az előbb kifejtett értelemben könnyítsék.

Sokszorososan meggyőződtem arról, hogy a compensatio szakában balneologicce kezelt betegek munkabírása jelentékenyen növekedett s hogy subjectiv érzésük nagy mérvben javult. Legszembeszökőbbek az eredmények ezen szakban a mitralis billentyű és a megfelelő szájdák bántalmainál. *Broadbent* figyelmeztet arra, hogy a jobb gyomrocsonk digitalis által előidézett fokozott erejű összehúzódnása ezen időszakban hiába való, sőt hátrányos is, s ezzel szemben kiemeli a szénsavas fürdők által való kezelés kiváló hasznát.

(Folytatása következik.)

Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóró-
dájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

A theocinnal (theophyllin) mint diureticummal tett
klinikai tapasztalatok.

Irta: Kétly László dr. adjunctus.

(Vége.)

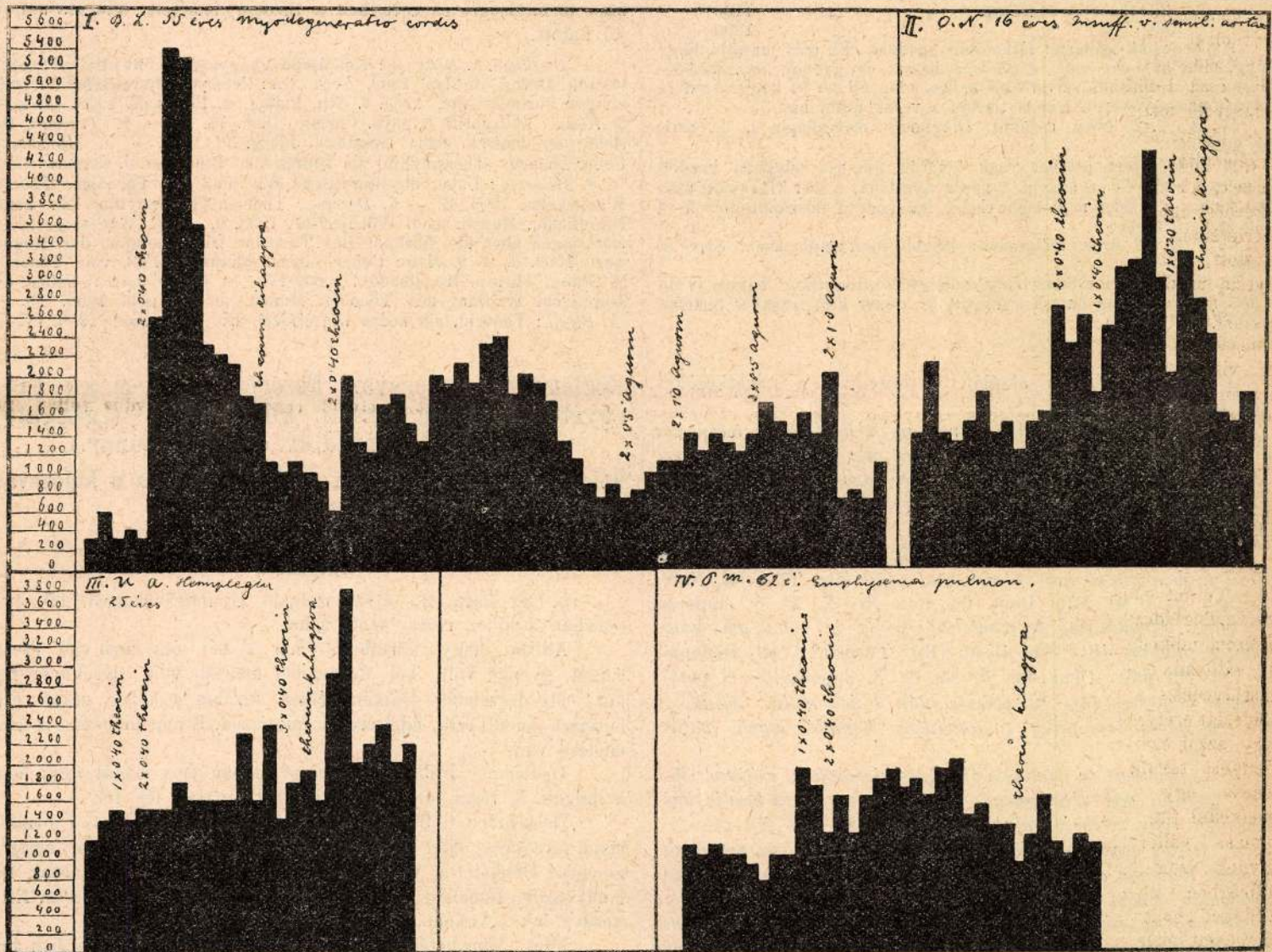
A Schlesinger által leirt állítólagos görcsokozó hatását a theocinnak egy esetben sem láttam. Meinertz azon nézetét, hogy a betegek ezen szert meg nem szokják, egészen nem oszthatjuk, mert mint fennebb láttuk, az egészséges egyének egy részénél a hatás 10—14 nap mulva a szer további adagolása daczára is megszűnt és a majd részletesen leírandó esetünkben (I. I. számú kórtörténet), hol a theocin a legszebb hatást fejtette ki, is azt tapasztaltuk, hogy a másodszeri alkalmazásnál a harmadik hét vége felé a szer hatása megszűnt és akkor agurint adva fokozódott ismét csak a diuresis. De ugyancsak ez esetben 3 hét mulva az agurin helyett újból theocint adva, a vizelet ismét felszaporodott.

hogy azt a hasonló vegyi eredetű coffeinnal és agurinnal összehasonlítsam. A coffeinnal való összehasonlításakor azt láttam, hogy azon esetekben, hol a coffein nem fejtett ki diuretikus hatást, vagy ezen hatása néhány nap mulva csökkent, a theocin a vizelet napi mennyiségét jól növelte, de a coffeinnak a szívre való hatását a theocin nem pótolhatja. Mindazon esetekben pedig, a hol a theocin hatott, az agurin is kifejtette diuretikus hatását. Az agurin hatása azonban biztosabb és ritkábban kíséri azt kellemetlen mellékhatások. A theocin azonban egyes esetekben az agurinnál erőlyesebb hatást fejtett ki.

Mielőtt a theocin hatását végleges összefoglalásban méltatnám, a hatás szemléltetőbbé tétele czéljából 5 beteg kórtörténetét óhajtom közölni:

I. B. L. 55 éves, ügyvéd. Diagnosis: emphysema pulmonum, myodegeneratio cordis, oedema universalis.

Felvételkor az alsó és felső végtagok, a mell, hát és has bőre igen nagy fokban oedemások voltak, a hasban tetemes szabad vízkór. A beteg 1902. december 17—22-dikéig a következő orvosságot szedte naponként 4 evőkanálnyi mennyiségben: Rp. Strontii lact., Kalii acet. sol. aa 40.0, Tinet. strophanti LX., Coffein. natr. benz. 2.0, Aqu. dest.



dott. Ez eset azt látszik bizonyítani, hogy oly betegeknél is, kiknél e szer eleinte ily kitűnően hat, 3-4 hét alatt hatását veszti, és ilyenkor más diureticummal indíthatjuk meg a vizeletet. De 2—3 heti kihagyás után egy ideig ismét hatásossá lehet. Mi a szert egy eset kivételével, hol azt 2—3x0.25 cgm.-os tabletták alakjában adtuk, mindig 0.40 gm.-os poralakban ostyában nyújtottuk aa mennyiségű natr. hydrocarbonicummal; és a hatás elérésére rendszeren elég volt ez adagot kétszer napjában alkalmazni, ritkább esetben 3 ily adagra is volt szükség. 1.20 grammnál nagyobb napi adag alkalmazásával, ha addig hatás nem mutatkozott, czélt nem érünk.

A theocinnal tett kísérleteimnél figyelemmel voltam arra is,

240.0, Syr. 15.0. Ezen idő alatt a vizelet napi mennyisége 300—600 cm³ közt ingadozott. Theocin-szedésre a vizelet mennyisége, mint az alábbi táblában látható, hirtelen 2600 cm³-re, majd 4900 cm³-re s így tovább emelkedett, az oedemák gyorsan kisebbedtek, úgy hogy december 28-dikán már oedema sehol sem volt kimutatható. Ugyanitt látható a theocin többszöri adagolásakor való ismételt hatásossága és az agurinnal való összehasonlítása is. (I. tábla.)

II. O. N. 16 éves, tanonc. Diagnosis: insufficiencia valv. semil. aortae; oedema nines.

1902. december 11—23-dikéig beteg orvosságot nem szedett. A vizelet napi mennyisége csekély ingadozásokkal addig állandó volt. December 24-dikén kapott először 2x0.40 theocint, mire a vizelet hirtelen megszapordott és a szernek 1903. január 4-dikén történt elhagyása után elég gyorsan ismét csökkent. (II. tábla.)

III. K. J.-né 28 éves, földmives neje. Diagnosis: insufficiencia

volvulae bicusp. incompenzált állapotban. Alsó végtagok erősen oedemások, hasban tetemes szabad folyadék, kétoldali hydrothorax. Polyarthritus acuta recidiv. 38.0—39.0 C. fokú állandó láz.

1902. december 25-től 1903. január 2-dikéig naponta 3×1.0 aspirint kapott. Vizelete ezen idő alatt $400-800 \text{ cm}^3$ közt ingadozott. Január 3—7-dikéig 5×0.20 coffein natr. salicyl.-ot kapott, de a vizelet mennyisége 800 cm^3 fölé ezen napokon sem emelkedett, az oedemák állandóak maradtak. Január 8—12-dikéig Inf. fol. digital. 0.5—180.0-ra oldatból 2 óránként 1 evőkanálnyi adagoltatott, január 13—14-dikén ugyanilyen digitalis adagolás mellett 2×0.40 theocint is szedett a beteg, de a vizelet január 8—14-dikéig csak 800 és 950 cm^3 közt ingadozott; január 15—18-dikéig a beteg semmit sem szedett, hogy azután tiszta theocinhatást kapjunk; ezen napokon is csak 700 és 850 cm^3 közt volt a vizelet mennyiségének ingadozása; január 19-dikétől azonban a theocinra a diuresis, mint ezt a következő táblázat mutatja, megindult.

Január 19.	2×0.40 theocint kapott.	Vizeletmennyiség	1100
20.	"	"	1050
21.	"	"	1010
22.	"	"	1300
23.	"	"	1400
24.	"	"	1300
25.	"	"	1200
26.	"	"	1300
27.	"	"	1400
28.	"	"	1500
29.	theocint nem kap.	"	1100
30.	"	"	1200

Az oedemák szemmel láthatólag apadnak. Ez eset mutatja, hogy ép úgy, mint az agurinál, a theocin hatása is gyenge szív működés mellett csak a digitalis szíverősítő hatása után áll be és hogy a szívre befolyást nem gyakorol, hanem tisztán a vesék útján hat.

IV. N. A. 25 éves, esendő. Diagnosis: hemiplegia l. d., sziv, tüdő, vese ép.

A theocin ezen esetben csak 3×0.40 gm.-nyi adagban kezdett kifejezetten hatni és ez adagot 2 napig nyújtva, a szer kihagyása után 2 nap múlva a vizelet napi mennyisége hatalmasan felszaporodott 3—4 napon át. (III. tábla.)

V. P. M. 62 éves. Diagnosis: kisebb fokú emphysema. Sziv és vese ép.

A theocin ezen esetben elég számottevő diuretikus hatású volt, két heti adagolás után hatása gyengült és a szer kihagyásakor hirtelen megszűnt. (IV. tábla.)

* * *

A fent elmondottak alapján a theocinról a következőket mondhatjuk:

1. A theocin mint kiváló diureticum a hatás fokát tekintve a többi eddig ismert diureticum felett áll és vele legfeljebb a calomel versenyezhet. A hatás biztosságát tekintve azonban az agurin és diuretin mögött marad, de viszont sokkal ritkább esetben hagy cserben, mint a calomel.

2. A betegek ritka kivétellel elég jól tűrik, különösen, ha poralakban $\bar{a}\bar{a}$ mennyiségű natr. bicarb.-mal adjuk (Rp. Theocini, Natr. hydrocarb. $\bar{a}\bar{a}$ 0.40. Mfp. Dent. tal. dos. Nr. X. D. S. naponta 2—4 port). Álmatlanság és izgatottság pedig 0.5—1.0 gm. hedonál hozzácsatolása által elkerülhető (Rp. Theocini 0.40, Hedonali 0.5—1.0. Mf. pulv. Dent. tal. d. Nr. X. S. naponta 1—2 port). A gyomor legjobban tűri, ha étkezés után 1 óra múlva adjuk. A szívre sem káros, sem pedig a coffeinhez hasonló izgató hatást nem fejt ki.

3. Legbiztosabban pangásos általános vízkóroknál (vitium, stb.) fejt ki hatását, míg akár pangásos, akár más eredetű localis hasvízkóroknál vagy vesebajoknál lényegesebb hatást nem fejt ki.

4. Biztos eredmény céljából legalább 2×0.40 gm.-nyi adagban adjuk naponta, csak ritkán szorulunk 3×0.40 gm.-ra. Eredménytelenség esetén ennél nagyobb adagot adni céltalan, mert diuresist már ez sem okoz és a kellemetlen mellékhatások erősebben nyilvánulnak. Ha poralakban nem türetnék, akkor a készen kapható 0.25 gm.-os tablettákat adhatjuk naponta 3—5 szemet. (Rp. Tablett. Theocini (à 0.25) No. XX. lag. orig. I. sec. Bayer.)

5. A theocin hatása kóros esetekben rendszeren 24—48 óra alatt áll be és a szer elhagyása után 7—8 nap múlva, néha azonban csak 10—14 nap múlva szűnik meg véglegesen. 3—4 heti folytonos adagolás mellett a szer rendszeren hatását veszti és akkor csak egy-két heti kihagyás után fejt ki újabb hatást. (Lásd I. tábla.)

6. A theocin napi 0.80 gm.-nyi adagban a vizelet mennyiségét a legtöbb egészséges embernél is 2—4 nap alatt $500-1000 \text{ cm}^3$ -rel fokozza. (Lásd V. tábla.)

Napi 1.20 gm.-nyi adagban pedig 2—3 nap alatt $1500-2000 \text{ cm}^3$ -rel is növelheti. (Lásd IV. tábla.)

A hatás a szer kihagyása után még 1—2 napig fokozód-

hatik, de 4—5 nap múlva végleg megszűnik. Legtöbb egészséges egyénnél a szer folytonos adagolása dacára a diuresis hatás 2—3 hét múlva kimarad.

7. A theocin tisztán a vesék útján hat és így érhető, hogy hatása beteg veséknél alig érvényesül.

8. Oly pangásos vízkóroknál, hol a szív működés már igen gyenge, a theocin is, mint egyéb diureticumok, csak cardiacumokkal (digitalis, stb.) együtt nyújtva fejthet ki lényeges húgyhajtó hatást.

E klinikai tapasztalataink alapján a theocint mint kiváló új diureticumot, bátran ajánlhatjuk a gyakorló orvosok figyelmébe.

* * *

Függelék. A nyomtatás ideje alatt a következő közlemények jelentek meg a theocinról:

Hess⁹ egy esetet közöl, melynél a diuretin és agurin is hatástalannak bizonyult, míg a theocinnal feltűnő és gyors hatást ért el.

Kramer¹⁰ a theocinban egy a diuretin és agurint hatás tekintetében messze felülmúló húgyhajtót lát.

Streit¹¹ több esetében 3—5 literig látta emelkedni a vizelet napi mennyiségét és eseteiben a theocin ismételt adagolásnál is jól hatott.

Irodalom. 1. Kéthly L.: Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok. Orvosi Hetilap. 1902. — 2. Ach: Ueber die diuretische Wirkung einiger Purinderivate. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. 1900. 44. k. — 3. Kossel: Zeitschrift f. phys. Chemie. 1888. 13. k. — 4. Traube: Berichte der deutsch. chem. Gesellsch. Jahrg. 33. 1901. — 5. Minkowski: Ueber Theocin (Theophyllin) als Diureticum. Die Ther. d. Gegenw. 1902. — 6. Meinertz: Ueber die diuretische Wirkung des Theocins. Therap. Monatshefte. 1903. II. — 7. Doering: Theocin (Theophyllin) ein neues Diureticum. Münch. med. Wochenschr. 1903. 9. — 8. Schlesinger: Bemerkungen über die Wirkung des Theocin. Die Therapie der Gegenwart. 1903. 3. — 9. Hess: Ueber einen eklatanten Fall von Theocin-Wirkung. Therap. Monatshefte. 1903. IV. — 10. Kramer: Ueber die diuretische Wirkung des Theocin. Münch. med. Woch. 1903. 13. — 11. Streit: Theocin, ein neues Diureticum. Die Heilkunde. 1903. IV.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.)

Véletlenül előidéztet házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán.

Irta: Jancsó Miklós dr. adjunctus.

(Folytatás.)

5. S. Róza, 28 éves szolgáló Gyulafehérvárról. 10 éves korában a hideg rázta, azóta soha.

Állítja, hogy körülbelül már 2 hét óta nem jól érezte magát, gyenge volt, hol fázott, hol melege volt, dereka és feje fájt, míg december 4-dikén délben kirázza a hideg, utána erős fejfájása jelentkezik, éjjel erősen megizzad. E nap többször is hasmenése van.

December 5-dikén valamivel jobban érzi magát úgy, hogy a dolgait is végzi, de ajkain kiterjedt herpese lép fel.

December 6-dikán ismét kirázza a hideg délben 1 órakor, majd forrósága, éjjel bő izzadása jelentkezik s többször megy a gyomra. Déllelőtt a vérében nem nagy számmal találatnak félholdképzők, félholdak nem. D. u. 6 órakor hőmérsék 38.6°. Ettől kezdve két óránként hőmérőzik. (IV. láztábla.)

Mint hőmenetéből kitetszik, 7-dikén a déli órákban legmagasabb a hőmérséke: 37.3°. Hasmenése e nap nem volt.

December 8-dikán ismét kirázza a hideg, d. u. 3 órakor s hőmérséke 39.5° C.-ra ugrik fel s ismét nagy forróság, majd izzadással jellegzetes váltóláz rohama volt, mely alatt hányt és többször hig széke volt.

Vérében elég sok amoebaszerű mozgásban levő félholdképző találatott.

December 9-dikén jól érzi magát, hőmérséke a délutáni órákban 38.1°-ig megy fel. Hidegrázása, hasmenése nem volt.

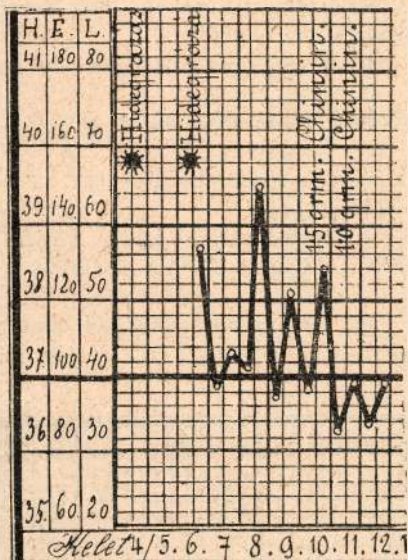
December 10-dikén d. e. 1/2 10, 10, 1/2 11 órakor 0.5—0.5 gramm chinint vesz.

Daczára ennek d. u. 1/2 4 órakor kirázza a hideg, hőmérséke 38.8°-ra emelkedik fel s ismét hányása és hasmenése van.

December 11-dikén d. e. 10-től ismét 1 gm. chinint vesz, hőemelkedése nem jelentkezik. Vérében malaria-parasiták nem találhatók.

Ettől kezdve többé hőemelkedései nincsenek. Eleinte harmad-, majd hetednaponként 1 gm. chinint kap.

Recidivája 1902. május végeig nem jelentkezik, a vérelet negatív.



IV. táblázat.

6. D. Anna, 20 éves eseléd Kolozsvárról. 1901. november 21-dikén jött be. Hideglelésben sohasem szenvedett. Bejövetele előtt egy héttel már künn beteg volt. Benn enyhébb typhust áll ki — legmagasabb hőmérséke 39°0' —; a typhusra valló tünetek: nagy elesettség, roseolák a hason, diffus hörghurut, erősen bevont nyelv, meteorismus, lépnagyobodás és pozitív Vidal-reactio a typhus kórisméjét biztossá teszik. Hőmérséke mindjárt bejövetele napjától lefelé kezd szállani. (V. táblázat.)

A hőmérsék lépésőzeten december 1-jére a rendesre száll alá, egyszermint az összes tünetek javulnak: a roseolák eltűnnek, hörghurujta megszűnik, nyelve tiszta, lépe nem tapintható s a beteg egészen jól érzi magát. December 1-jén és 2-dikán láztalan, jól van, december 3-dikán hőmérséke d. u. ismét 37°0', úgyszintén december 4-dikén is, de a beteg jól érzi magát.

December 5-dikén délelőtt hőmérsék még 36°0', délután borzongásról panaszkodik s hőmérséke 38°4'-re szökik fel; vizsgálatnál hőemelkedés okát nem találjuk.

December 6-dikán reggel hőmérsék 39°1', d. u. 40°3', hidegrázása nem volt, semmije nem fáj. Nyelve erősen bevont ismét. A hőemelkedés okát nem találjuk.

December 7-dikén reggel hőmérsék 40°7', d. u. 40°3', hideg nem rázta ki, nagyon szentelen, folyton nyög; nyelve száraz, az éjjel kétszer, ma egyszer hányt. Lépe mély légzésnél ismét kitapintható.

December 8-dikán reggel hőmérsék 36°3', d. u. 38°5', délelőtt jobban van, nem nyög, nem olyan elesett. Hőmérséke 9-dikén reggelre 39°9'-re szökik fel. Lépe másfél harántujjra kitapintható.

Ekkor megnézzük a véret s abban nem nagy számmal festék nélküli félholdképző malaria parasitákat találunk.

Ettől kezdve kétóránként hőmérőzzük. Hőmérséke gyorsan esik le; este 6 órakor csak 37°2'.

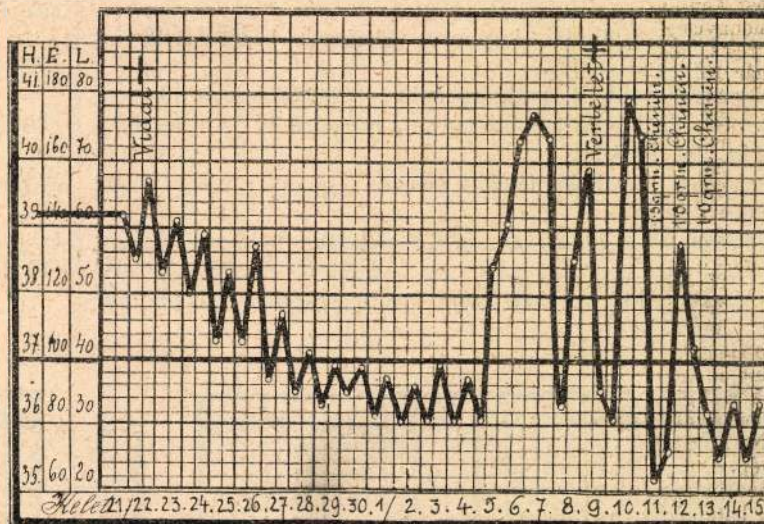
December 10-dikén reggel hőmérsék 36°1'. Délután három órakor kirázza a hideg s súlyos rohama jön erős fejfájással, forrósági érzettel, miközben hőmérsék 40°9'-re is felemelkedik, majd bő izzadással esik le. A roham másnap délig, tehát 32 óráig eltart s a hőmérsék délután 4 órától december 11-dike reggel 4 óráig mindig 40°0' felett van.

December 11-dikén délelőtt vérében ismét nem nagyszámú félholdképző gyűrű alakjait találjuk.

D. e. 10 órától kezdve 2,5 gm. chinint kap. E nap déltől december 12-dike délig nincs hőemelkedése.

December 12-dikén délelőtt még 1—2 gyűrű alakú parasitát találunk, d. u. 3 és 4 órakor 0,5—0,5 gm. chinint kap.

Daczára ennek az esti órákban borzongás nélkül hőmérséke 38°8'-ra felemelkedik.



V. táblázat.

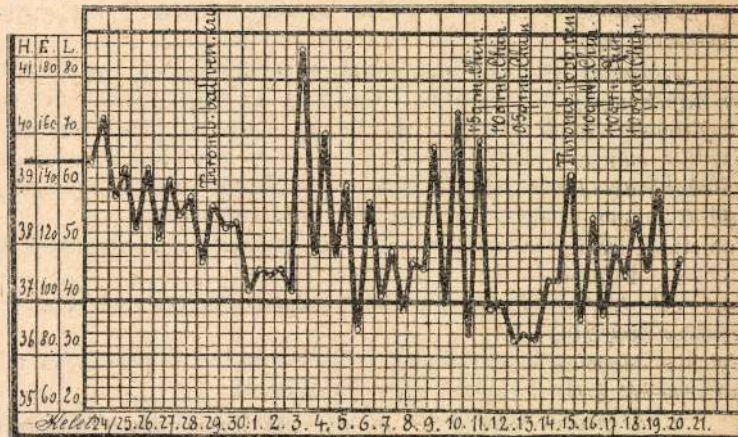
Ezért következő nap délelőtt ismét chinint kap, melyre hőemelkedései elmaradnak.

December 13-dikán vérelet negatív. Ez időtől kezdve harmadnaponként, majd ötödnaponként kap chinint. Recidivája nem jelentkezik s 1902. január 26-dikán gyógyultan távozik el, vérében ekkor malaria-parasitákat nem találtunk.

7. D. Todor, 18 éves napszámos Telekről. 1901. november 13-dikán jö be a kórházba, de már künn egy hét óta betegeskedik, hideglelése sohasem volt.

Kórodánkon közepsúlyos typhust áll ki. Kórisménket megerősítik az elesettség, diffus hörghurut, meteorismus, lépnagyobodás, reseolák jelenléte, és az, hogy vére a Vidal-féle reactiót kifejezetten adta. November 24-dikén kezdődik meg a defervescentia, miközben a hő másfél foknyi esésekkel lépésőzeten lefelé száll.

November 29-dikén azonban megzavartatik a defervescentia, mert thrombusa lép fel a bal vena cruralisban, a nélkül, hogy annak fellépte a hőmenetet lényegesebben megzavarta volna — mert a hőleesés a következő napokon tovább folytatódik.



VI. táblázat.

December 3-dikán délután 5 óra tájban azonban egyszerre csak kirázza a hideg s hőmérséke 41°5'-ra szökik fel. (VI. táblázat.)

December 4-dikén délelőtt hőmérséke $37^{\circ}9'$ -ra leszáll, de este megint kezd emelkedni s hidegrázás nélkül $40^{\circ}0'$ -ra emelkedik fel az éjjel folyamán, majd alább száll, hogy másnap délben ismét felemelkedve, estére a normálisig leessen.

Ez intermittáló rendetlen hőemelkedéseknek magyarázatát a thrombusban kerestük, annál inkább, mert a december 6-dikán és 7-dikén végzett vérvizsgálatnál malaria-parasitákat nem találtunk.

December 5—9-dike közt a hőmérsék subfebrilis, hideg nem rázza ki.

December 8-dikától kezdve a hőmérsék ismét emelkedni kezd, intermissiókat mutat.

December 9-dikén este hidegrázás nélkül hőmérséke $39^{\circ}8'$ -ra emelkedik fel, éjjel erős forrósága van s reggelre $37^{\circ}0'$ -ra leesik a hő hő izzadás közben.

December 10-dikén délelőtt először találunk a vérben pár félholdképző gyűrűt.

E napon ismét hidegrázás nélkül délután $40^{\circ}1'$ -ra felmegy a hőmérséke, éjjel erős forrósága van, reggel hő izzadás közben $36^{\circ}4'$ -ra leszáll a hő. Vérben ismét nem nagyszámú félholdképző parasitát találunk.

Ekkor hőmérsék $39^{\circ}3'$, ismét alafelé száll, éjjel erősen megizzad. Délben a vérben pár festék nélküli félholdképző parasitát találunk.

December 10-dikén reggel hőmérséke $38^{\circ}1'$, a déli órákban a hő leszáll $37^{\circ}0'$ -ra, este 8 óraker ismét hideg borzongatja ki s hőmérséke 10 óraker $38^{\circ}1'$, majd forrósága jelentkezik, éjjel erősen megizzad.

December 11-dikén reggel hőmérséke $36^{\circ}8'$. De már hétkor kirázza a hideg s hőmérséke 10 óraker $39^{\circ}5'$. Vérben ekkor sok festék nélküli félholdképzőt találunk.

E nap délelőtt 10 és $\frac{1}{2}$ 11 óraker $0^{\circ}5$ — $0^{\circ}5$ gramm chinint kap.

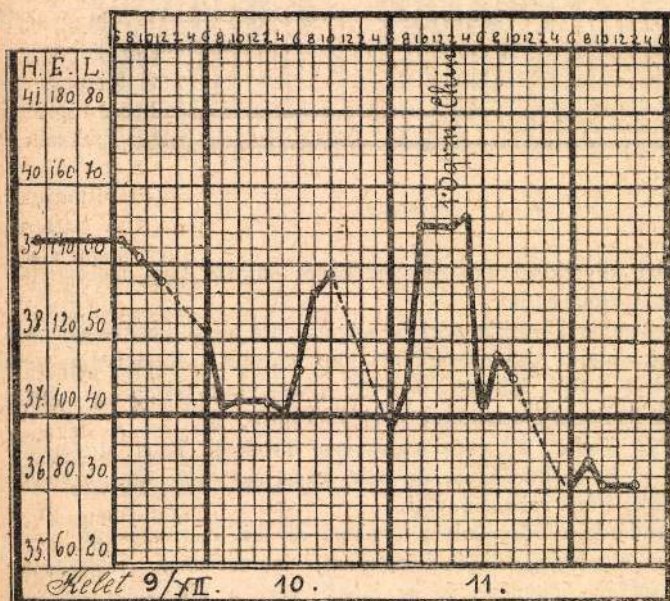
December 12-dikén hőemelkedése nincs. Délelőtt $1^{\circ}5$ gm. chinint kap.

A további napokon hőemelkedései nincsenek, harmad-, majd ötödnaponként 1 gm. chinint kap.

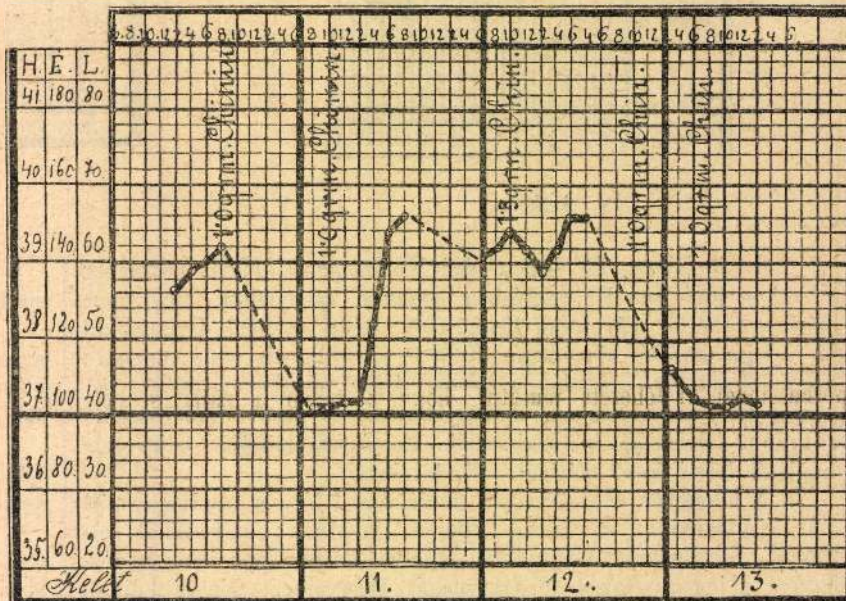
1902. január 10-dikén egyszerre ismét kirázza a hideg, herpese jelentkezik. Vérben ismét félholdképző parasitákat s néhány félholdat is találunk.

Azonnal chinint kap, melyre hőemelkedései elmúlnak.

Ezután állítolag pontosan hetednaponként 1 gramm chinint vesz.



VII. láztábla.



VIII. láztábla.

Ezért délelőtt $\frac{1}{2}$ 10-től kezdve $1^{\circ}5$ gm. chinint kap.

E nap csak $38^{\circ}8'$ -ig megy fel a hőmérséke.

December 12-dikén láztalan. Hosszas kereséssel délelőtt még két gyűrűt találunk a vérben. Ezért délelőtt 1 gramm chinint kap.

December 13—14-dikén láztalan, délelőtt $0^{\circ}5$ gramm chinint kap.

December 15-dikén ismét erős fejfájásról panaszodik, hőmérséke dél felé $39^{\circ}3'$ -ra felszökik s ez időtől kezdve már most naponta vannak $39^{\circ}1'$ -ig is felmenő hőemelkedései, a melyek chinin ismételt adagjai dacára is folyton ismétlődnek és intermittáló jelleget mutatnak. E lázak magyarázatát abban találjuk, hogy most a jobb vena cruralisban lépett fel trombosis.

A vér ismételt és ismételt vizsgálatánál malaria-parasitákat nem találtunk.

E hőemelkedések eltartottak január 22-dikéig, ezután egészen elmaradtak.

Chinint a beteg minden 5-dik napon vett. Recidivája távozásáig: február 13-dikéig nem jelentkezett.

Vérben kimenetekor malaria-parasiták nem voltak találhatóak.

8. *D. Pona*, 19 éves szolgáló Kolozvárról. 10 éves korában másfél évig naponta hideg rázta, azóta soha.

December 9-dikén délben kiborzongatja a hideg, utána forrósága lép fel, feje fáj, hányásingerei vannak egész délután. Délután 4-től 2 óránként hőmérőzzük. (VII. láztábla.)

Daczára ennek, február 25-dikén ismét kirázza a hideg, herpese lépett fel. Ekkor vérben elég sok félholdképző amoeboid parasitát és néhány félholdat találunk.

Február 26-dikán 2 órás hőmérőzéssel hőemelkedés nem található.

Február 27-dikén d. u. kirázza a hideg s hőmérséke $39^{\circ}6'$ -ra megy fel. Éjjel megizzad.

Február 28-dikán láztalan. Este $1^{\circ}5$ gm. chinint kap, a mely után több hőemelkedései nincsenek.

Ez időtől ismét vesz hetednaponként 1 gr. chinint.

Recidivája többé nem jelentkezik, 1902. április 9-dikén anophelesseel vért szívattunk tőle.

Az április 15-dikén előttekben már 3-as systemával jól látszó sporoblastos cysták vehetők ki.

Az április 18-dikán előtteken szőp sporozitákkal telt nagyszámú tok van.

9. *Jancsó Miklós*, 33 éves. Hideglelése sohasem volt. Nem vette észre, hogy valami megelőzőleg megcsípte volna.

December 9-dikéig egészen jól van. E nap nem jól érzi magát, egész nap lázas, éjjel erős fej- és végtag fájdalmai vannak.

December 10-dikén reggel jobban van. Délben borzongás, hát és végtagfájdalmi jelentkeznek; d. u. 2 órától 2 óránkénti hőmérés. Ekkor hőmérsék $38^{\circ}6'$, estig felfelé megy, este 8 óraker $39^{\circ}2'$ 6 óraker hány egyszer. Este felé vérben elég sok félholdképzőt talál. Este 7, $\frac{1}{2}$ 8 óraker $0^{\circ}5$ — $0^{\circ}5$ gm. chinint kap. (VIII. láztábla.)

December 11-dikén reggel hőmérsék 37^o. Délelőtt 9, 1/2 10 órákor 0.5—0.5 gm. chinint vesz be. Dacára ennek délután felmegy a hőmérséke, este 8 órákor 39.6^o-ot ér el.

December 12-dikén. Reggel hőmérsék 39.0^o.

D. e 1/2 10—1/2 11-ig 1.5 gm. chinint vesz be, dacára annak hőmérséke folyton felfelé megy, éjjel 2 órákor 40.2^o. Ekkor ismét 1 gm. chinint vesz.

December 13-dikén reggelre megizzad. Hőmérsék 37.6^o-ra esett le, sőt innen is lefelé megy, este csak 37.0^o.

E nap reggel és este 1—1 gm. chinint vesz.

További napokon láztalan. Vérelet negatív.

2 héten át harmad-, majd 6 héten át ötödnaponként 1 gm. chinint vesz, recidivája nem jelentkezett 1902. július 10-dikéig.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklini- kájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

A percussió auscultatio használhatóságáról a gyomor- diagnostikában.

Irta: *Pesthy István* dr. karlsbadi fürdőorvos.

(Vége.)

V. Tumorok.

Hogy milyen értékes felvilágosításokat nyerhetünk a tumorok helyzetének, nagyságának és hovatarozásának megítélésére vonatkozólag az auscultatiós percussio segítségével, erre nézve azon néhány abdominalis tumor-estet fogom bemutatni, melyeket észlelni s a módszerrel alaposabban átvizsgálni módomban volt.

Első sorban azon esetet hozom fel, melyet Dollinger tanár úr klinikáján vizsgáltam s melyről már szó volt akkor, midőn a vizsgálat zavaró körülményeit érintettem. Betegnél a gyomorhatárokat nem tudtam megállapítani, mert a vastagbél feküdt a gyomor elé. Ezen esetben egy diffus resistencia volt tapintható a cardia tájon, a középvonalban s attól kissé balra. A többi klinikai jelek is carcinoma ventriculi mellett szóltak. Auscultatiós percussioval ki lehetett mutatni, hogy a tumor a májjal semmi összefüggésben nincs, mert a tumor okozta tompulat a májtól élesen el volt választható. A tumornak egyéb határait nem lehetett megállapítani, mert a hang csak egyenletesen gyengült s teljesen soha nem tűnt el, a midőn a gyomor felől hallgatva dörzsöltem a tumor felé. Ennek oka, mint azt a próba-laparotomia is beigazolta, abban állott, hogy a tumor nem circumscript helyen emelkedett elő a gyomorfalból, hanem azt diffuse infiltrálta, kiterjedve az egész kis görbületre. Határai nem élesen mentek át a relative egészséges gyomorfalba, hanem fokozatosan. Ha azonban a gyomor felett, és pedig annak fundusa felett hallgatóztam s a tumor felett dörzsöltem, mindig hallható volt a gyomor tympanikus hangja s az erősség sem csökkent oly fokban, mintha más szervre mentem volna át. E körülmény biztossá tette a tumornak a gyomorhoz való tartozását.

Második tumor-estem egy 46 éves földművesre (K. F.) vonatkozik, ki 1902. XI. 19-dikén vétetett fel Kéily tanár úr klinikájára a klinika ambulantiájáról. A felvétel előtt másfél évvel tapintható volt már betegnél a tumor. Étvágya azóta is állandóan jó, hányása soha nem volt. Többször észlelte azonban, hogy széke sötét barnavörös, véres. Soványodik. Betegnél a has jobb felében közvetlen a köldök mellett és felett, a légzőmozgásokat jól követő, a kilégzés alatt elfoglalt helyzetében azonban nem fixálható, gyermekököllyi daganat tapintható, mely haránt irányban kissé elmozdítható. A gyomor alsó határa 2 cm.-nyire van a köldök felett, felső határa rendes. Felfúváskor a tumor kissé jobbra tolódik. Gyomorpróbák: próbareggeliben tejsav —, sósav +, aciditás 58, szabad sósav 0.1%; próbaebédben: tejsav +, sósav +.

Percussió auscultatioval a tumor határai igen jól körülírhatók, a vastagbélről élesen elkülöníthető. Ha a mikromembran stethoskopot a tumor felett tartom s a gyomor felett enyhén kopogtatok, úgy sokkal erősebben hallok a gyomor tympanikus hangját, mintha ugyanakkor a vastagbél felett kopogtatok, s a vastagbél magas színezetű dobos hangját hallgatom. Ezen jelen-
székülés és a milyennek a beteg székletétét leirta, viszont bél-

ségből biztosan következtethetünk arra, hogy a tumor a gyomorral áll szerves összefüggésben, pedig ezen esetben a tumor helyzete felől kétség merülhetett fel, annál is inkább, mert a gyomor részéről a subjectiv és egyéb objectiv tünetek nem igen szóltak a mellett, hogy a gyomorfalhoz tartozott volna a tumor, a véres tumor gyanuját keltette fel. A jelzett tünetet azonban semmi másból nem magyarázhatjuk, mint hogy a tumor a pylorus-tájon ülve a gyomorfalzathoz tartozik s így a gyomor hangja semmi olyan határt, hol megtöretést vagy elváltozást szenvedett volna, nem ért. A tumor maga csökkenti ugyan a hang erősségét, de oly szembeéltő változást, mint a minőt akkor szenved a hang, ha teljesen különálló szerv határához jut, nem mutatott. A vastagbél felett történt kopogtatásnál viszont a hang ilyen határba ütöközött s ezért tetemesen meggyengülve jutott hallószervünkbe. A gyengült hang is magával hozta e mellett a vastagbél tympanikus hangjának jellegzetességét.

Ezen példával illusztrálva emelem ki a percussió auscultatio nyújtotta rendkívül értékes symptomákat azon eseteknél, midőn a tumorok hovatarozásának eldöntésére a többi klinikai jelek talán még annyi biztosat sem nyújtanak, mint jelen esetben. Csak megemlíteni kívánom, hogy a beteg általános állapota a klinikán eltöltött rövid idő alatt is tetemesen rosszabbodott, az exitus rövid időn belül várható volt. Sajnos, hogy ez már a klinikán kívül történt meg s így az autopsia útján ellenőrzés ki volt zárva.

A harmadik esetben (K. Zs. XI. 19.) a tumor a nagy hajlaton ült diffus kiterjedésben. A resistencia felett tompult a kopogtatási hang. Felfúváskor a tumor nem válik jobban tapinthatóvá; a gyomor alsó határa a köldök felett 2 cm.-re fekszik, a felső rendes.

Percussió auscultatioval a tumor határait nem állapíthatjuk meg biztosan, a hang átmenete fokozatos. A gyomor alsó határa a köldök felett 5 cm.-nyire fekszik, ugyanitt van a tumor alsó széle is. A vastagbélről a daganat élesen elkülöníthető.

Ugy a subjectiv, mint az objectiv symptomák összessége carcinoma ventriculi képét nyújtják.

A negyedik esetben (B. J.-né, 63 éves XI. 26.) szintén pylorus carcinoma volt jelen. A tumor jól tapintható a jobb epigastriális tájon a pylorus helyének megfelelőleg. A légzőmozgásokat követi, kilégzési helyzetében jól fixálható. Felfúváskor kissé jobbra tolódik. Próbareggeliben: tejsavra —, sósavra + reactio. Szabad sósav 0.03%, aciditás 32. Próbaebédben 2 1/2 óra múlva sósav-reactio +, tejsav-reactio +; 6 óra múlva a gyomorban még mindig vannak ételrészecskék. A gyomor határai felfúváskor: felső a köldök felett 8 cm.-nyire, alsó a köldök alatt 6 cm.-nyire.

Percussió auscultatioval a tumor igen jól elhatárolható úgy a májtól, mint a vastagbélről, s a gyomorhoz való tartozása kétségtelenül megállapítható. A gyomor felső határa a köldök felett 8 cm.-nyire, alsó határa épen a köldöknél van. A nagy differentia a felfújt és fel nem fújt gyomor terjedelme között a muscularis atrophijára, vagyis atoniára enged következtetni, minek jelenségét a próbaebéd is feltűnteti.

Ötödik eset. (G. J. 65 éves XII. 10.) A köldöktől jobbra, annak magasságában egy ökölnyi tumor tapintható, mely bal felé egy diffus, kemény, ellentálló resistenciába megy át, felfelé pedig tapintható határ nélkül egy a jobb hypochondriumot egészében elödomborító, egyenetlen göbös felszínű, kemény tapintatú terime-nagyobbodásba. A tumorok a légző-mozgásokat együttesen jól követik, exspiriumkor nem fixálhatók. A kopogtatási hang tompa, csak a bal felé fekvő diffus resistencia felett tompult dobos. A tompulat kimutatható határ nélkül megy át a máj-tompulatba. Felfúváskor a gyomor 2 cm.-nyire a köldök felett s 10 cm.-nyire a köldök alatt fekvő határaival emelkedik elő. A tumor kissé jobbra tolódik s jól tapintható.

Percussió auscultatiós vizsgálat. A gyomor felső határa 2 cm.-nyire a köldök felett, alsó határa 7 cm.-nyire a köldök alatt. A pylorus-tájon ülő ökölnyi tumor felett tartva a mikromembran stethoskopot, finom dörzsöléskor a tumor határai jobb felé és lefelé élesen kirajzolhatók, bal fele fokozatosan megy át a diffus resistenciába s ez viszont a relativ normális gyomorfalba. Felfelé a gyomor daganata elhatárolható a hypochondriumot kitöltő óriási tumortól és pedig eme határ a bordaív alatt 2

harántujnyira vonható meg. A tumor felett hallgatódzva, a gyomor távolabb fekvő helyei felől is hallom a mély dobos színezetű gyomorhangot jóval erősebben, mintha a vastagbél felett sokkal közelebb valahol dörzsölök. A hypochondriumban fekvő tumor a máj tompulatával folyik össze határ nélkül, úgy hogy a tompulat a parasternalis vonalban a bordaívét 2 harántujjal, a középvonalban a processus xyphoideust 4 harántujjal haladja meg.

Gyomorpróbák: próbareggeliben + sósav- és + tejsav-reactio. Hányadékban vér.

Obductionál egy nagy pylorus-carcinoma találtatott, mely a gyomorkimenetet szűkítette, minek következménye a dilatatio. Számos kisebb-nagyobb metastasis a regionaer nyirokmirigyekben és a májban, úgy hogy a máj ezáltal rendkívüli nagyságot ért el.

Hatodik eset. (E. J. 53 éves. 1903. I. 8.) A köldöktájon gyermekököllyi tumor tapintható, mely a légzőmozgásokat jól követi, exspiriumkor fixálható. A gyomor felfúvásakor a tumor jobbfelé tolódik, jól tapintható. A gyomor határai: felső 6 cm.-rel a köldök felett, alsó 10 cm.-nyire a köldök alatt, a fundus eléri a bal mammilaris vonalat, jobb felé a gyomor a tumor jobb széléig ér. Gyomorpróbákban + tejsav- és + sósav-reactio.

Percussió auscultatio útján a daganat contourjai pontosan megrajzolhatók. A tumor felett relative igen jól hallható a gyomor ép részei felett keltett hang. Jól elkülöníthető a tumor a májtól, azzal szerves összefüggésben nincs. Lefelé a vasagbélből való különállása is megállapítható. A gyomor határa fent 6 cm.-re a köldök felett, alul 5 cm.-re a köldök alatt van.

Még két abdominalis tumor eset került vizsgálatom alá, melyeknek székhelye azonban nem a gyomor volt s épen e végett nyujtanak érdekességet, a mennyiben például szolgálnak arra, hogy nem gyomordaganatok mily élesen különíthetők el percussió auscultatioval a gyomortól.

Egyik esetben (Sz. J. 30, éves 1901. XI. 28.) a jobb hypochondrium egészében elődomborodó, a mit egy jól tapintható resistentia idéz elő. A tumor kemény, rugalmas tapintatú, sima felszínű, a légzőmozgásokat jól követi, exspiriumkor nem fixálható. A gyomor részéről semmi tünet nem észlelhető, a határok felfúvásakor annyiban mutatnak eltérést, hogy a felső határ nem állapítható meg, mert a gyomrot jobboldalt a parasternalis vonalban a bordaív alatt 2 harántujnyira, a középvonalban pedig a kardnyújtvány alatt 4 harántujnyira már fedi a resistentia okozta tompulat, az alsó határ pedig 2 cm.-nyire van a köldök felett. A resistentia tompulata összefolyik a májtompulattal.

Percussió auscultatioval a tumor körül nem irható, a hang egyenlő erősségben hallható az egész májtompulat területén belül, melynek így meghatározott alsó széle egyezik a kopogtatás útján kimutatható alsó széllel. Ha a mikromembran stethoskopot a tumor felett tartottam s a gyomor felett dörzsöltem, hangot csak igen gyengén hallottam s akkor erősödött a hang, midőn a májtompulat alsó határát meghaladtam dörzsöléseimmel. Ugy e jelenségek, mint az egyéb symptomák kétségtelenné tették, hogy ez esetben májtumorral van dolgunk.

A második abdominalis tumor esetben (K. J. 25 éves, 1903. I. 15.) a daganat a gyomor és vastagbél között feküdt, dislokálva ezen szerveket. A has mérsékelten elődomborodó, benne egy 12 cm. átmérőjű resistentia tapintható, melynek centruma a köldök felett egy harántujnyira fekszik. A resistentia felszine kissé egyenetlen, rajta néhány göb. Nyomáskor beteg fájdalmat árul el. A resistentia felett a kopogtatási hang erősen tompult. Gyomor-felfúvásakor a gyomor alsó határa a tumor felső szélénél van, a daganat helyzetét nem változtatja; vastagbél felfúvásakor a daganat egy harántujnyira felfelé tolódik, a vastagbél a tumor alsó szélénél kopogtatható ki.

Percussió auscultatioval a tumor határai igen jól kimutathatók. Az epigastrium felső részében a gyomor irható körül, alsó határa a tumor felső szélénél fekszik. A tumor alsó szélénél pedig a vastagbél rajzolható ki a hangjelenségek alapján. A tumor felett tartott mikromembran stethoskopkal erősen meggyengülve hallhatom csak úgy a gyomor, mint a vastagbél felett keltett hangokat, a mely jelenség alapján biztosan állíthatom, hogy a daganat sem a gyomorral, sem a vastagbéllal semmi szerves összefüggésben nincs.

* * *

Mindezen vizsgálati eredmények alapján, melyeknek gyűjtését bizonyos fokú gyakorlottság megszerzése után kezdetem csak, s melyek mindenike pontos ellenőrzés alatt állott, mondhatom:

1. hogy a percussió auscultatio a gyomor helyzetének és nagyságának megállapítására igen jól használható, pontos és megbízható eredményeket nyújt. Előnyei a többi használatban levő eljárásai felett;

a) hogy a gyomrot természetes helyzetében, nagyságában és alakjában határozhatjuk meg és pedig minden irányban;

b) a többi eljárás felett, melyek szintén e célt szolgálják, kiválik egyszerűsége és rendkívül könnyű kivihetősége által;

c) a vizsgálati módszer a betegre absolute semmi veszedelemmel nem járván, a gyomor localisatiós viszonyait még akkor is megállapíthatjuk, mikor minden más eljárás contraindikált.

2. A percussió auscultatio a gyomorfelfúvással combinálatan rendkívül értékes felvilágosításokat nyújt a gyomor muscularis tonusbéli viszonyairól, legyen az akár az izomzat satnyaságán vagy atrophiján alapuló atonia, akár pedig a fokozott munka következtében beálló hypertrophia. Rendes izom tonusú gyomornál két úton meghatározott dimensiobeli különbség 2 cm., a csökkent tonusú izomzat ennél nagyobb differentiát tüntet fel. Ha a differentia az 5 cm.-t is meghaladja, úgy az ételrészek pangásának egyéb klinikai symptomái is fellelhetők. Hypertrophia izomzatú gyomornál a különbség a 2 cm.-t sem éri el. Ezen az úton tehát még a kisebb fokú atoniáról is sokkal finomabb felvilágosításokat nyerhetünk, mint a próbaebédek nyujtásával, pedig az eljárás sokkal egyszerűbb, a kivétel aránytalanul rövidebb időt igényel, mint a gyomorpróbák útján történő vizsgálat.

3. Igen értékesek azon jelenségek is, melyeket különböző abdominalis tumorok vizsgálatánál nyerhetünk a percussió auscultatio segítségével. Meghatározhatjuk a tumor nagyságát egész pontosan, feltéve, hogy az körülírt elhelyezkedésű; megállapíthatjuk könnyen a tumor hova tartozását, minden különös segítő eszköz nélkül.

Ezen vázolt előnyösségei folytán érdemes az auscultatiós percussióval a gyomor diagnostikában foglalkozni s kellő gyakorlat után, a hangjelenségek szigorú megfigyelése, azok lelkiismeretes mérlegelése után rendkívül értékes útbaigazításokat fog nyujtani azon irányokban, melyekben ma még csak hosszadalmas, a betegre és orvosra nézve egyaránt kellemetlen utakon kaphattunk felvilágosítást.

Irodalom. 1. Pacanovsky: Deutsches Archiv f. klin. Med. 40. k. — 2. Penzoldt: Die Magenerweiterung. Erlangen. 1877. — 3. Dehio: Verhandlungen des VII. Congresses f. innere Medicin. 1888. — 4. Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. 1889. — 5. Boas: Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten. 1897. — 6. Ugyanaz: Centralblatt für innere Medicin. 1896. — 7. Ugyanaz: Deutsche Medicinal-Zeitung. 1896. 22. sz. — 8. Schmilinsky: Archiv f. Verdauungskrankheiten. 2. k. 2. f. — 9. Queirolo: Congress für interne Medicin in Pisa. 1900. — 10. Edel u. Volhard: Deutsche med. Wochenschr. 1900. 35. sz. — 11. Becher: Deutsche med. W. 1901. 2. sz. — 12. Knapp: Deutsche med. W. 1902. 18. sz. — 13. Buch: Deutsche m. W. 1901. 38. sz. — 14. Bendersky: Atti del Congresso medico internazionale di Roma. Torino. 1894. III. k. Medicina interna. — 15. Henschen: Upsala läkare sällsk. förhandl. 23. k. 1887—89. — 16. W. Pepper and A. Stengel: Congress of the association of american physicians 1. May 1896. Medical Record, 1896. 49. k. — 17. A. Bianchi et Ch. Comte: Archives de physiologie normale et pathologique. 1897. 5. ser. — 18. Hochhalt: Előadás a közokmányi orvostársulatban. 1901. október 9. Orvosi Hetilap. 1901. 47. sz. — 19. Korányi Sándor: Előadás a budapesti kir. orvos-egyesületben. 1901. november 30. Orvosi Hetilap. 1901. 50. szám. — 20. Kétly László: Hozzászólás Korányi Sándor előadásához. Orvosi Hetilap. 1901. 50. sz.

T Á R C Z A.

Az új mütönövendéki szabályzat.

A midőn a budapesti tud.-egyetem sebészeti klinikája mellé, a bécsi klinikák mintájára, oly fiatal orvostudorok számára, a kik a sebészetben magasabb kiképzést óhajtanak szerezni, a mütönövendéki intézmény felállított, a mütönövendékek vizsgálati ideje két esztendőig tartott. Időközben azonban sebészileg képzett orvosokra, különösen a vidéken mindinkább nagyobb szükség lévén, hogy a kiválmaknak elég tétessék, 1873. évben a mütönövendékek tanulmányi ideje egy esztendőre szállított le, s azok száma a budapesti egyetem akkori

egyetlen sebészeti klinikája mellett 8-ra, a kolozsvári egyetem sebészeti klinikája mellett 4-re emeltetett. Azóta Budapesten felállított a II-dik számú sebészeti klinikája is, mindegyik klinika 100—120 ágygal látatott el, s a műtönvendékek száma egyúttal mindegyik klinikán 16-ra, a kolozsvári egyetem sebészeti klinikáján pedig 10-re emeltetett fel, úgy hogy a 3 klinikáról évenként 42 műtőorvos léphetett ki a gyakorlatba, a mi a szükségletet mindenestre felülmutta. A műtőorvosok nagy száma ugyan nem lett volna baj, mert hiszen minden orvosnak csakis hasznára válhat egy bizonyos fokú sebészeti kiképzés, de azóta, hogy a műtönvendékek tanulmányi ideje a felére szállítottatott le, a sebészet tudománya többszörösen megnövekedett, és különösen annak műtőtechnikai része annyira kifejlődött, hogy az egy esztendő annak el-sajátítására a legalaposabb előkészültség, a legnagyobb szorgalom és a legkiválóbb képesség mellett sem volt elegendő.

A budapesti kir. tud.-egyetem két sebésztanára áthatva e meggyőző-déstől, az 1901—2. tanévben azon indítványt nyújtott az Orvostudományi tanártestület elé, hogy a műtönvendékek tanulmányi ideje a fentebbi okok tekintetbe vételével ismét két esztendőre emeltessék fel. A tanártestület ez indítványt egyhangúlag a magáévé tővén, ezen értelemben felterjesztést tett a nagyméltóságú vallás- és közoktatási ministeriumhoz, a mely a kolozsvári egyetem meghallgatása után a sebésztanárok felterjesztése értelmében a sebészeti klinikák műtönvendékeinek alkalmazásáról és kiképzéséről új szabályrendeletet adott ki. Ezt a kísérő rendelettel együtt alantabb közöljük.

A 18 pontból álló szabályzat a műtönvendéki intézményt igen helyesen rendezi. Leglényegesebb intézkedése azonban a tanulmányi időnek két esztendőre való felemelése, a mely idő különös képesség esetében négy esztendőre is meghosszabbítható. Ezen intézkedésnek mindenestre meglesznek a jó gyümölcsei, a melyek a gyakorlatba kilépő műtőorvosok tökéletesebb szakszerű kiképzésében fognak nyilvánulni.

Másolat. A vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministertől.
7817/1903. szám.

A budapesti kir. m. tudomány-egyetem tek. Tanácsának.

Határidő: 1903. június 1-seje. A budapesti tud.-egyetem orvoskari tanártestületének a sebészeti műtőintézeteknél alkalmazott műtönvendékek szolgálati idejének két évre való meghosszabbítása iránt az 1901/2. tanévi I. és VI. r. ülésén hozott határozatát az előadott indokok alapján jóváhagyom s egyúttal az 1873. évi 19,730. sz. V. K. M. rendelettel kiadott műtőintézeti szabályzatot az ide mellékelt szöveg szerint módosítottam. Erről a tek. tanácsot m. é. márczius hó 20-dikán 3532 és m. évi augusztus 22-dikén 5320 sz. a. kelt felterjesztéseire hivatkozva, a módosított szövegű szabályzat egy példányának, valamint a tek. Tanács által bemutatott műtői oklevél mintájának idezárása mellett tudomás és a szabályzatnak az orvosi karral mihez tartás czéljából leendő közlése végett oly hozzáadással értesítem, hogy a jelzett latin szövegű oklevélmintát a műtönvendékeknek adandó bizonyítvány szövege gyanánt el nem fogadhatom, egyrészt mert szövege elavult s a mai kívánalmaknak meg nem felelő, másrészt meg és főként azért nem, minthogy már hivatali elődömnök 1871. év július hó 16-dikán 16,490. sz. a. a tek. Tanácshoz intézett rendeletében elvül kimondatott, hogy a műtönvendékek különös oklevéllel többé el ne láttassanak, hanem, miként az a műtői szabályzatnak jelenleg módosított szövegében is foglaltatik, műtői képzettségükről az intézeti főnök által kiállított és az orvoskari dékán által láttamozott bizonyítványt kapjanak. Felhívom ennél fogva a tek. tanács útján az orvoskari tanártestületet, hogy az itt visszazárt oklevél helyett a szabályzat 18 §-a értelmében magyar szövegű bizonyítvány-mintát készítsen s azt mielőbb terjeszse elem. Budapesten, 1903. évi április hó 6-dikán. *Wlassics s. k.*

Szabályzat a budapesti és kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti kórodák műtönvendékeinek alkalmazásáról és kiképzéséről.

1. §. A műtönvendéki alkalmazás czélja orvosoknak, kik már tanidejük alatt a sebészet iránti hajlamuknak és kiválóbb képességüknek tanulmányaik sikeres volta és szorgalmuk által bizonyosságait adták, módot nyújtani arra, hogy a sebészet tudományában és a sebészi műtevésben magukat alaposan kiképezzék.

2. §. A műtönvendékek az egyetemek sebészeti kórodáin nyerneik kiképzést, főnökeik a kórodai sebészet tanárai, kik a növendékek tudományos sebészi tanulmányait s műtői és sebészboneztani gyakorlatait vezetik, a műtételek végrehajtásában nekik útmutatást adnak, s általán oda működnek, hogy a műtönvendéki alkalmazás czélja elérjék.

3. §. A műtönvendékek díjazok és díjtalanok. Az a körülmény, hogy a műtönvendék díjas-e vagy díjtalan, közöttük semmi rangbeli különbséget nem tesz, sem pedig egyéb szolgálati viszonyaikra befolyást nem gyakorol. Díjat a műtönvendék legfeljebb 2 éven át élvezhet.

4. §. A műtönvendéki állomásra minden magyar állami illetőségű orvostudor pályázhat, ki a magyar államban érvényes oklevéllel bír, a szigorlatokat jó sikerrel tette le, vagy egyébként a sebészi szakmára való előkészültségének és képességének jeles bizonyosságait adta.

5. §. A pályázat ideje május 1-étől május 15-dikéig tart, midőn az illetők orvostudori oklevelük s a fenn kitett kívánalmakra vonatkozó egyéb bizonyítványok melléklése mellett az orvosi kar dékánjánál jelentkezni tartoznak.

6. §. A pályázók május hó 15-dik és június hó 1-ső napja között a dékán és az intézeti tanár által közösen meghatározott időben lehetőleg a dékán elnökle mellett az intézeti főnök és a boneztan egyik tanára előtt a sebészeti boneztanból (tájboneztanból) vizsgát tesznek, mely vizsgálat eredménye a többi adatokkal a tanár javaslatának alapját képezi.

7. §. A műtönvendékek az intézeti igazgató-tanár (esetleg igazgató-tanárok) javaslata alapján az orvosi tanártestület által választatnak s választásuk a m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministerhez jóváhagyás végett felterjesztetik.

8. §. Az állomások két évre töltenek be, azonban az alkalmazás az intézeti főnök javaslata folytán még egy, különös képesség esetében esetleg két évre is meghosszabbítható.

9. §. A meghosszabbításra névze a tanártestület határoz és ez iránti határozatát jóváhagyó tudomásvétel esetleg az ösztöndíj utalványozása végett a magyar kir. vallás- és közoktatásügyi ministerhez felterjeszti.

10. §. Ha az intézet főnöke valamely növendék meghosszabbítás iránti kérelmét teljesítendőnek nem találja, az iránt a tanári testületnél javaslatot tesz, mely a felett határoz és határozatát jóváhagyás végett a ministeriumhoz terjeszti tel.

11. §. A műtönvendékek kötelesek a kórodai sebészeti és a műtőtan előadásoknál, valamint a műtői gyakorlatoknál jelen lenni, a műtőteknél segédkezet nyújtani, az általuk műtött betegeket gyógykezelni, a sebészi boneztanban és műtőteknél magukat gyakorolni, a járó és fekvő betegeken vizsgálatokat tenni, a kórodai tanulmányok és tapasztalatok összeállításánál közreműködni s általán magukat a tanár rendelkezéseihez tartani.

A műtönvendék működésének egész ideje alatt köteles teljes munkacerejét a rábizott feladatok lelkiismeretes elvégzésére és önművelésre fordítani és egyéb fizetéssel járó állást el nem vállalhat, tiszteletbeli állást is csak főnöke jóváhagyásával fogadhat el.

Tudományos közlést az intézetből csakis főnöke jóváhagyásával tehet.

12. §. A műtönvendékek azon kóroda tanársegédének, melyen alkalmazva vannak, szolgálati ügyekben alárendelvék.

13. §. Tekintettel a műtönvendéki intézmény czéljaira s főleg a rendelkezésre álló tananyagra, a budapesti tudomány-egyetem I. és II. számú sebészeti kórodájára külön-külön négy díjas és 12 díjtalan, a kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti kórodájára pedig négy díjas és hat díjtalan műtönvendék vehető fel.

14. §. A műtönvendékek működésüket szeptember hó 1-jén kezdik meg.

15. §. A műtönvendékek munkakötelessége teljesen független a rendes szorgalmi időtől: szabadságot csak az esetben kaphatnak, ha azt az intézet főnöke megadhatónak tartja. E szabadságolás azonban legfeljebb 4 hétre terjedhet.

16. §. A műtönvendékek a kitöltött második tanév utolsó hónapjában a dékán és rokonszakbeli tárgyak tanárainak jelenlétében egy köreset nyilvános szóbeli tárgyalásával és annak kapasan egy műtét végzésével mutatják be szerzett képességüket. Ennek a vizsgálatnak a sikerétől függ alkalmazásuk esetleges meghosszabbítása.

17. §. Az ösztöndíjak utólagos havi részletekben kellő bélyeggel ellátott és az intézeti főnök által láttamozott nyugtára fizettetnek ki.

18. §. A műtönvendékek a teljesen betöltött második esztendő után az intézeti főnök által kiállított és az orvoskari dékán által láttamozott bizonyítvánnyal láttatnak el.

Ha valaki műtönvendéki állását annak lejártá előtt elhagyja, úgy hivatalos bizonyítványt eddigi működéséről nem kaphat. Az ekként megüresedett állás csak a következő tanév elején tölthető be, kivéve, ha az illető díjas műtönvendék, a mikor annak díját a még hátralevő időre egy már alkalmazásban levő díjtalan műtönvendék kaphatja meg.

Közegészségügy.

A német betegsegélyezési törvény módosítása.

Évek előkészítő munkálatai és hosszas megfontolás után a német birodalmi kormány a folyó év elején készült el a betegsegélyezési törvény módosításával s folyó évi február hó 19-dikén terjesztette a vonatkozó törvénynovellát a birodalmi gyűlés elé.

A törvényjavaslatban contemplált változások a következők:

1. A betegsegélyezési törvény 3. §-a szerint a katonai állományhoz tartozó, vagy a birodalmi, állami és községi üzemeknél vagy szolgálatban alkalmazott egyének, ha a birodalommal, állammal vagy községgel szemben megbetegedésük után 13 hétig fizetésükre vagy bérükre, vagy pedig a törvény 6. §-ában meghatározott segélyezésre igényük van, a biztosítási kötelezettség alól fel vannak mentve. A novella szerint a biztosítási kötelezettség alól a nevezett alkalmazottak csak abban az esetben lesznek felmentve, ha a betegségeik első 13 hetére biztosított fizetési vagy bérigényükön felül a jelzett időn túl taró betegség esetében még további 13 hétre igényt nyerneik a fentebb említett segélyezésre vagy fizetésükre, nyugdíjukra, várakozási illetményükre, illetve más hasonló járandóságukra és pedig legalább a táppénz másfélszeresére rúgó összegben. Az ellátási igénynek ez a ki-terjesztése a pénztári segélyezési időtartam felemelésének a következménye.

2. A törvény 6. §. második bekezdésének megfelelő változtatásával a betegsegélyezés s illetve a táppénz élvezetének tartama az eddigi 13 hétről 26 hétre terjesztetik ki. A törvényjavaslat ezzel a betegsegélyező és a rokkantbiztosító pénztárak által nyújtott segélyek között kívánja a folytonosságot biztosítani. Már az 1899. évi július 13-diki rokkantbiztosítási törvény tárgyalásánál is keresték a módokat, melyek mellett a betegsegély és a rokkantsági járadékok élvezete időbelileg egybekapcsolható lenne. Az említett törvény szerint ugyanis nem állandó rokkantság, hanem időleges rokkantság esetében is fizettetik járadék, 26 hétig megszakítás nélkül keresetképtelenség esetén, annak 26 hét

utáni további tartamára. A betegsegélyző pénztár azonban csak az első 13 hét alatt segélyezte tagjait s így azok a 13 hét letelte után a rokkantsági segély bekövetkeztéig, vagyis a második 13 héten át teljesen támogatás nélkül állottak.

3. A novella a nemi kiesapongások által okozott betegséget a táppénz elvonásának esetei közül kivészi. A novella ezzel a nemi betegségek terjedése ellen kíván gátat vetni. Az indoklás szerint a nemi betegségek gyors és hatályos gyógyítása a legsürgősebb követelménye a közjólétnek. A novella említett intézkedésével annyiban is javítani remélnek a helyzeten, hogy a táppénz nyújtása esetén a beteg tag a gyógykezeléssel nem fog késedelmeskedni.

4. A segélyezési időtartam kiterjesztése folytán a 6. a. §. 3. pontjában és a 26/a. §. 3. pontjában az a változtatás tervezetlik, hogy a biztosított, ki egyfolytában vagy 12 havi időtartamon belül 26 heti (és nem mint eddig 13 heti) segélyt igénybe vett, ugyanabból a betegségből kifolyólag a legközelebbi 12 hónap alatt összesen csak 13 heti segélyezésre tarthat igényt.

5. A segélyezési időtartam felemelésének következményeképp a törvényjavaslat a pénztárak bevételeinek szaporítása iránt is intézkedik, a járulékszázalékok felemelése által. Nevezetesen a községi biztosításnál a járulékok legmagasabb mérvét az átlagos napibérek 30%-ában, a községi és gyári munkásbetegsegélyző pénztáraknál azok legkisebb mérvét, a mennyiben a munkások terhére esnek, a bér 3 és legmagasabb mérvét annak 4 százalékában állapítja meg.

6. A betegsegélyezési törvény 20. szakasza szerint a betegsegélyző pénztárak gyermekágy esetében a lebetegedéstől számítva legalább 4 hétig s ha az ipartörvény a munkába állást hosszabb időn át tiltja, ez utóbbi időre gyermekágysegélyt tartoznak nyújtani. E rendelkezések helyett a törvényjavaslat a gyermekágysegély nyújtásának időtartamát egységesen 6 hétben állapítja meg, miután az ipartörvény is legfeljebb 6 hétre tiltja szülés esetében a munkába állást.

7. Azokban az esetekben, midőn a biztosított elhalálozása folytán a balesetbiztosító pénztár a hátrahagyottaknak temetkezési segélyt fizet, az illető egyéneknek a betegsegélyző pénztárral szemben is van temetkezési segélyre igényük. A balesetbiztosítási törvény megalkotásánál a törvényhozásnak nem volt szándéka az, hogy ily módon kétszeres temetkezési segélyre adjon igényt, s ezért a betegsegélyezési törvény-novella akkép intézkedik, hogy azokban az esetekben, midőn a balesetbiztosításról szóló birodalmi törvény szerint is van temetkezési segélyre igény, a betegsegélyző pénztárnak az általa nyújtott temetkezési segély összegéig a balesetbiztosítási törvény alapján fizetendő temetkezési segély átutalásával kártérítés nyújtandó.

8. A betegsegélyezési törvény 21. §-ának 1. pontja akkép módosítatik, hogy: „a betegsegélyezés időtartama 26 hétnél hosszabb időre, egy évig kiterjeszhető“.

9. A törvény 34/a. §-a azzal egészítették ki, hogy oly személyek, a kik a bírósági szervezeti törvény 32. §-a értelmében esküdti tisztviséget nem tölthetnek be, sem előjárósági tagok, sem számadásvezetők vagy pénztárnokok nem lehetnek. A 35. §-hoz oly kiegészítés tervezetlik, mely szerint az előjárósági elnök a pénztári szervek határozatai ellen, ha azok a törvénybe vagy alapszabályszerű rendelkezésekbe ütköznek, felfüggesztő hatálylyal kifogást tehet. A kifogásemelés a felügyelő hatósághoz intézett jelentés alakjában történik. A törvény 42. §-a pedig kiegészítették azzal, hogy: „ha valamely előjárósági tag, számadásvezető vagy pénztárnok ellen oly ténykörülmények merülnek fel, melyek az illető hivatásával össze nem egyeztethetők, vagy a melyek súlyos kötelességmulasztásnak tekinthetők, az illetőt, neki és a pénztári előjáróságnak a nyilatkozásra alkalmat adva, a felügyeleti hatóság állásától felfüggeszti.“

10. A törvény 56. §-ának 2-dik bekezdése helyett a törvényjavaslat a következő rendelkezéseket tartalmazza. „A segélyezésre jogosított megillető igényeknek harmadik személyre való átruházása, valamint az elzálogosítás vagy zálogbavétel csak annyiban joghatályos, a mennyiben az: 1. oly előleg fedezésére történik, melyet a jogosított igényeire a segély kiutalása előtt a munkaadó, a pénztárnak valamely szerve, vagy a pénztári szervek egy tagja adott; 2. a mennyiben arra a polgári törvénykezési eljárás 850. §-ának 4-dik bekezdésében meghatározott követelések szolgálnak alapul. Igényfelszámításnak hátralekös belépési és tagsági díjak, kifizetett segélyösszegek és a pénztári szervek által kiszabott pénzbírságok fejében van helye. Az igények felszámíthatók továbbá kártérítés fejében azon összegek erejéig, melyet a segélyezésre jogosított tag az 57. §. 4. bekezdése vagy a birodalmi balesetbiztosítási törvény alapján kap, de a melyet a pénztárnak megteríteni köteles; az igényeket azonban a táppénzre legfeljebb csak annak fele összegéig lehet felszámítani. A jogosított igényét kivételesen egészben, vagy részben másokra is átruházhatja, a mennyiben azt az alsófokú közigazgatási hatóság jóváhagyja.“

11. A törvény 57. és 57/a. §-a azokról az esetekről intézkedik, midőn a biztosított részére nyújtott segélyezés fejében kártérítési igény támasztható, illetve midőn a biztosítottat a pénztár ingyen orvosi gyógykezelésben nem részesítheti, hanem azért őt pénzben kárpótolja. Mindkét esetben a törvény az ingyen orvosi gyógykezelés, gyógyszeres és gyógyászati segédesszközök kártalanítási egyenértékét a törvény szerinti legkisebb táppénz fele összegében állapítja meg. A törvényjavaslat ezen akkép változtat, hogy a fél táppénzt egyenértékű csak arra az esetre állapítja meg: „a mennyiben nagyobb kiadások nem mutattak ki.“

A mennyiben valamely betegsegélyző pénztár alapszabályait a novella rendelkezései folytán szükséges irányban annak életbeléptéig nem

módosíthatja, a módosításokat hivatali úton is jogérvényesen a felügyeleti hatóság fogantatíthatja.

A magánegyesületi pénztárak részére a betegsegélyezési törvény 75/a. §. alapján kiadott bizonyítványok, a mennyiben ezek a novella kihirdetése után meg nem újíthatnak, 1904. évi január hó 1-jén hatályukat veszítik.

Orvosi közügy.

A IX. szünidei orvosi cursus 1903. június 2–13-ig.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem előadói „a gyakorló orvosok tudományos ismereteinek megújítása s különösen újabb diagnosztikai és gyógyító eljárások begyakorlása“ czéljából ez évben is megtartják — ezúttal már a IX. — szünidei orvosi cursust. Az előző évek tapasztalatai erre nemcsak feljogosítanak, hanem ezt kötelességgé teszik.

A cursus tervezete.

A) csoport. 1. *Bélggyógyászat. Ányán Béla* cz. ny. rendkívüli tanár. Szent Rókus-kórház. 2. *Sebészet. Haberern Pál* magántanár. Ugyanott. *Szemesztet. Goldzieher Vilmos* cz. ny. rendkívüli tanár. Ugyanott. *Szülészeti és nőgyógyászat. Bársony János* ny. r. tanár. Az egyetem I. sz. női klinikája. Baross-utca 27. 5. *Gyermekgyógyászat. Békay János* nyilvános rendkívüli tanár. Stefánia-gyermekkórház. Üllői-út 72. 6. *Bőr- és bújakórtan. Havas Adolf* cz. ny. rendkívüli tanár. Szent Rókus-kórház. 7. *Fülészeti. Böke Gyula* nyilvános rendkívüli tanár. Ugyanott. 8. *Idegbaajok. Schwarz Arthur* magántanár. Poliklinika. VII., Hársfa-utca 13. 9. *Törvényszéki elmekórtan. Schaffer Károly* cz. ny. rendkívüli tanár. Erzsébet-szegényház. Alsó erdősor 7. 10. *Laboratoriumi vizsgálatok. Krompecher Ödön* magántanár. Az egyetem II. sz. kórbonezzani intézetében VIII., Üllői-út 26.

B) csoport. 1. *Bélggyógyászat. Korányi Sándor* nyilvános rendkívüli tanár. Szent István-kórház. Üllői-út végén. 2. *Sebészet. Herczel Manó* cz. ny. rendkívüli tanár. Ugyanott. 3. *Grósz Emil* nyilvános rendkívüli tanár. Az egyetem szemklinikája: VIII., Üllői-út 26. 4. *Szülészeti és nőgyógyászat. Tóth István* magántanár. Az egyetem II. sz. női klinikája: VIII., Üllői-út 76/b. 5. *Gyermekgyógyászat. Eröss Gyula* magántanár. Poliklinika. VIII., Hársfa-utca 13. 6. *Bőr- és bújakórtan. Török Lajos* magántanár. Ugyanott. 7. *Idegbaajok. Donáth Gyula* magántanár. Szent István-kórház. 8. *Gyomor- és bélbántalmak. Hirschler Ágoston* cz. ny. rendkívüli tanár. Poliklinika. 9. *Orr- és gégebaajok. Baumgarten Egmont* magántanár. Ugyanott. 10. *Urologia. Feleki Hugó* magántanár. Ugyanott. 11. *Laboratoriumi vizsgálatok. Vas Bernát* magántanár. Ugyanott.

A cursusban résztvehet minden Magyarországon gyakorlatra jogosított orvos. A cursus beiratási díja 50 korona, ez összeg lefizetése egy-egy csoport valamennyi előadásának hallgatására jogosít. Egy csoport hallgatóinak maximális száma 25. A jelentkezők mindaddig, míg e szám be nem telt, tetszés szerint választhatnak a két csoport között. Azonáltal, ha beleegyeznek, oda soroztatnak, a hol még hely van. Az oktatás gyakorlati jellege nem engedi meg a megjelölt szám túllépését. A szokásos első összejövetelt ismerkedés czéljából 1903. június hó 1-jén, hétfőn este 8 órakor az orvos-club helyiségében (VIII., Szentkirályi-utca 21) tartjuk.

A beiratási díjnak legkésőbb 1903. május hó 25-dikéig a titkárhoz (Tóth István dr., egyetemi magántanár, VIII., József-körút 37–39) való beküldését és a választott csoport megjelölését kérjük. Az igazolványt postafordultával megküldjük. A idejekorán való jelentkezés a hallgatók korlátolt száma miatt okvetetlenül szükséges. A kijelölt terminuson túl jelentkezést nem fogadhatunk el. Azon collegák, kik a résztvevésben jelentkezésük után akadályozva lettek, a beiratási díjat május 31-dikéig visszakapják.

Szükséges, hogy a résztvevő collegák állandó tartózkodásuk, úgyszintén budapesti lakásuk pontos címét a titkárral közöljék, ki a bővebb felvilágosítást készségesen megadja.

Budapest, 1903. április 30. *Moravcsik Emil* dr. egyetemi nyilvános rendes tanár elnök. *Grósz Emil* dr. egyetemi nyilvános rendkívüli tanár alelnök. *Tóth István* dr. egyetemi magántanár titkár.

A cursus intézősége mindkét csoport munkaprogramját fel-tüntetető órarendet is nyomtatott ki.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: Pólya Jenő Sándor dr. műtő.

(Folytatás.)

II. Beosztás.

Irodalom: 29. *Senn:* Die Classification und chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis. Wiener med. Blätter, 1897. — 30. *Schnitzler:* Ueber einige Formen intraabdominaler Eiterung und deren Behandlung. Wiener med. Presse, 1901. — 31. *Mikulicz:* Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis. Arch. f. kl. Chir. 1889. 39. k. — 32. *Witzel:* Über die Erfolge der chir. Behandl. der diffusen eiterigen Peritonitis und der peritonealen Sepsis. Deutsche med. W. 1888. — 33. *Leinwänder:* Acute eiterige Peritonitis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1902. 63. k. — 34. *Rotter:* Über Perityphlitis. 1896. — 35. *Sonnenburg:* Bemerkungen zur diffusen Peritonitis bei Appendici-

tis. Deutsche m. Wochenschr. 1901. — 36. *Sonnenburg*: Path. u. Ther. der Perityphlitis. 1897. — 37. *Körte*: Weiterer Bericht über die chir. Behandlung der diffusen eiterigen Bauchfellentzündung. Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1897. — 38. *Burckhardt*: Über acute fortschreitende Peritonitis und ihre chir. Behandlung. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1900. 55. — 39. *Burckhardt*: Über acute fortschreitende Peritonitis bei Epityphlitis und ihre chir. Behandlung. D. Zeitschr. f. Chir. 60.

Ha valahol, úgy a peritonitisek sebészi kezelésében a siker titkát az esetek és a beavatkozás módjának helyes megválasztása képezi, s e körülmény átérzése, az indicatiók és műteti technikának szoros összefüggése az eset individualitásával vezethetett arra, hogy a peritonitisek osztályozására épen a chirurgusok fektettek súlyt.

A heveny peritonitisek beosztásánál sokféle szempont jöhet szóba. Senn²⁹ (1897) maga ötféle szempontból 54 fajta peritonitist különböztet meg.³⁰

Practice a beosztás alapjául a következő szempontok szolgálnak:

1. A kiindulási hely. A kétes idiopathikus és a ritka, fertőző betegségekkel kapcsolatban, továbbá a nephritis peritonitisektől eltekintve, meg kell különböztetnünk a gyomor-béltractus (ulceratiók, phlegmonok, traumák, tengelycsavarodás, incarceration, embolia vagy thrombosis által előidézett gangraena révén), a női genitáliák, máj, epeutak, lép, mesenterialis mirigyek, pancreas, vese, hólyag, prostata, a hasfal, köldök, retroperitonealis kötőszövet, a szomszéd testüregek részéről kiinduló vagy átterjedő hashártyagyuladásokat.

Ugyanazon kiindulási pont mellett meg lehet különböztetni perforatiós és propagatiós peritonitiseket, továbbá primaer és secundaer peritonitiseket (*Sonnenburg*), melyek közül az előbbinél valamely szerv részéről direkt inficiálattik az egész hasüreg, a másodikonál előbb egy circumscripct tályog képződik, mely másodlagosan fúródik át a hasüregbe. Így történhetik az epityphlitis, parametritis, gyomorperforatio etc. után. Kiváló therapeutikus és prognostikus fontosságot tulajdonít a beosztásnak *Schnitzler*³⁰ (1901). Szerinte az első csoportba tartozó esetek sokszor még előbbrehaladt stadiumban is hálás teret nyújtanak a sebészi beavatkozás számára, míg az utóbbiak inkább hajlamosak spontan eltolódásra és gyógyulásra.

2. Aetiologikus szempontból a pathogenesis fejezetében tárgyalta mechanikus, chemikus, bakteriumos peritonitiseket, ezek egymással való combinatiót, a mono- és polyinfection alapuló, aéro és anaéro mikroorganismusok által előidézett peritonitiseket lehet megkülönböztetni, sőt vannak (*Bumm, Senn*), a kik a kórokozó mikroorganismus felesége szerint kívánják az egyes peritonitiseket egymástól megkülönböztetni, a mi egyrészt a peritonitis-bakteriologiának még sok tekintetben fejletlen volta miatt ki nem vihető s practice csak egyes klinikailag is különálló kórképet alkotó peritonitis feleségekre (*gonococcus, pneumococcus-peritonitis*) nézve birna értékkel.

3. Tisztán descriptiv szempontból az anatómiai változások s a váladék minőségének figyelembe vételével meg kell különböztetnünk száraz peritonitiseket, a hol a hashártya egyszerű belőveltsége, komályossága vagy fibrinnel való belepelttsége van csupán jelen, serosus, serofibrinosus, haemorrhagikus, genyes, eves peritonitiseket; a bél állapota, szabad vagy összetapadt, perforált volta újabb anatómiai distinctiókra szolgáltathat alapot. *Murphy* (1895) különbséget tesz oly esetek közt, a hol a genyben úszó belek halványak, s olyanok közt, a hol mérsékeltébb mennyiségű exsudatum mellett a belek belőveltek, endotheljük foszlott, mintha „hólyaghúzó-flastrom lett volna rajtuk”; ezen esetek majdnem reménytelenek, az előbbieket prognostice sokkal kedvezőbbek. A nagy tapasztalású *Lennander*³³ (1902) is megerősíti ez észleletet.

4. Klinikailag a chirurgikus beavatkozás indicatiojának felállítása és módjának megállapítása tekintetéből legfontosabb a *Mikulicz* alapvető munkájában³¹ (1889) inaugurált beosztás, melyet leghelyesebben *genikusnak* nevezhetnénk, mert a folyamat fejlődését, a peritonitis terjedési módját, előrehaladásának az operativ autopsia által nyújtott tapasztalatok révén megállapított mikéntjét veszi figyelembe.

Már előzőleg *Witzel*³² (1888) megkülönböztette klinikai szempontból az eves anyagoknak a hashártya üreből való gyors felszívódása folytán rapid exitusra vezető peritonealis sepsist s a diffus genyes peritonitist, melynek lefolyása lassúbb, melynél a hashártya ürében képződő mérgező anyagok felszívódása a peritonealis nyirokpályák lobos obliteratioja folytán jelentékenyen meg van akadályozva.

Mikulicz szintén kétféle peritonitist különböztet meg.

1. *Diffus septikus peritonitis*, mely acut vagy peracut módon folyik le s melynél a peritoneum nagy része vagy az egész peritonealis felület egyszerre lesz inficiálva. Ilyeneket lehetett az antisepsis előtti korban észlelni laparotomiák után, ilyen lép fel akkor, ha gyomorbél-tartalom vagy egy nagy tályog tartalma az egész hasüreg egyszerre elárasztja. A peritoneum ilyenkor legfeljebb kisebb, magasabban fekvő partiék kivételével egészében káros változásokat mutat, peracut esetekben csak homályos, lassabban lefolyóknál fibrinnel bevont, néha csak kevés sanguinolens savót, máskor bő eves folyadékot tartalmaz, mely a hasüregben

* A peritonitist anatómikus, aetiologikus, pathologikus, bakteriologikus és klinikus szempontból osztályozza; klinice a következő feleségeket különbözteti meg: ectoperitonitis (e névvel a prae- és retroperitonealis genyedéseket illeti), általános septikus, perforativ, circumscripct, haematogen, visceralis, medenezbeli, puerperalis és subdiaphragmatikus peritonitis.

szabadon mozog, s rendszerint a legmélyebb helyet: a kis medenczét foglalja el. A belek közt néhány lazább adhaesio lehet, de erősebb összetapadás nem fordul elő.

2. *Tonaterjedő, genyes rostonyás peritonitis* (progreident citrig-fibrinöse Peritonitis). Erre jellegzetes, hogy az infectio kezdetben a peritoneumnak csak egy részletét támadja meg, s innen halad fokozatosan tova.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

B. Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie. Zweite vermehrte Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1903.

Szerző Winternitznek ajánlja munkáját, kinek előszavával kezdődik a könyv, s kinek oldala mellett több mint 10 évig működött. Így érthető, hogy Buxbaum munkájának minden része a Winternitz-iskola nézetét uralja.

A könyv három részre oszlik:

Az első rész (1—72. oldal) a hydrotherapia physiologiai alapelveit tárgyalja. A szöveg közé nyomtatott, Kuthy szerkesztette nyolcz graphikai ábrával a vízprocedurák physiologiai hatása van érzéktive.

A második részben (75—167. oldal) a vízkezelés technikáját s methodikáját tárgyalja szerző. A szöveg közé nyomtatott 34 képpel igen megkönnyíti a szöveg megérthetését, úgy hogy a hydrotherapiában gyakorlatilag nem jártas orvos is valamely vízprocedura alkalmazási módját a kép után pontosan utánozhatja. A vízprocedurák tárgyalása mellett szerző az egyéb physikalikus gyógymódok technikáját is méltatja (fény-, forró lég-, nap-, homok-, fango-fürdők).

A harmadik, legbővebb részben (171—398. oldal) a különböző betegségeknek alkalmazandó vízmódokat találjuk. A különböző betegségeket 12 fejezetben csoportosítva tárgyalja szerző. (1. Heveny lázas fertőző betegségek. 2. Intoxicatiók. 3. Chlorosis és anaemia. 4. Anyagcserebántalmak. 5. Idegrendszer betegségei. 6. Izület és izombántalmak. 7. Légzőszervek betegségei. 8. Vérkeringési szervek betegségei. 9. Emésztő szervek bántalmak. 10. Húgyzervi betegségek. 11. Bőrbajok, syphilis. 12. Női nemi szervek bántalmak.)

Szerző legbővebben foglalkozik a lázas fertőző betegségek s az idegbajok gyógykezelésével. A fertőző betegségek gyógyításának általános tárgyalásánál tudományos módon, kísérleti adatokkal bizonyítja, hogy a hydrotherapia itt nemcsak tüneti, hanem causalis therapia is. Fontosnak tartja, hogy ne csak a súlyos eseteknél s egyéb gyógymódok próbálása után, hanem rögtön, a betegség kezdeti szakában kezdjük meg a vízkezelést, mi által kevesebb súlyos esetet fogunk észlelni.

A fertőző betegségek gyógyítása keretében találjuk a typhus, malaria, cholera, dysenteria, kanyaró, vörheny, himlő, diphtheria, influenza s az acut izületi eszű vízkezelési módjait.

Az idegbajok közül Buxbaum részletesen s élvezetesen tárgyalja a neurastheniát különböző formáiban. Nem állít itt fel sablonos gyógyterveket, hanem a betegség tüneteivel s a beteg egyéniségéhez alkalmazkodva írja le a különböző alkalmazható vízkezelési módokat. Irányadó elve a beteg subjective jó érzete; ha valamely vízprocedura a betegre subjective kellemetlen, akkor rendszeren hatástalan is. A kezelés kezdetekor az enyhe thermalis ingerek híve.

Általában az egész munkában logikus, tudományos módon körülhatárolja szerző az egyes kórfarmák therapiái követelményeit s ehhez szabja a physiologiai s tapasztalati alapon alkalmazható vízgyógyeljársásokat. A munkában teljes képét látjuk a mai tudományos hydrotherapiának; folytatását találjuk benne ama munkának, melyet Winternitz huszonhat év előtt megkezdett.

Nagy Pál dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A pharynx buccalis részében levő tumorok eltávolításáról értekezik *Orylow*. Szerinte a carcinomák, sarcomák gyakoribbak, mint a lipomák és fibromák.

Szerző ismerteti azon eljárás módszereket, a melyeket az egyes chirurgusok használnak, hogy az e tájékban ülő tumorokhoz hozzá férhessenek.

Ismerteti Sédillot, Langenbeck, Cheever, Verneuil-Manoury, Kocher, Polailon, Bergmann, Mikulicz, Kuester, Obalinski, Krönlein, Trendelenburg, Homans, Chavasse, Czerny, Braem Veliaminov eljárási módszereit és ezek mellett még ábrákkal illusztrálja azon börmetszéseket, melyeket a fenti szerzők alkalmaznak. Szerző Krönlein-nek eljárási technikáját annyiban módosítja, hogy ő a börmetszést az alaj közepétől viszi az állkapocs alatt félkörös vonalban egészen a processus mastoideusig. E módosított Krönlein-féle metszésnek nagy előnyeit látja ő abban, hogy megkíméltetnek a nervus facialis alsó idegágai. Egyúttal ez eljárás tág betekintést nyújt a larynxba és így az esetleg odafolyó vér behatolását a tracheába — minekutána e tájék szemünk előtt fekszik — controlálhatjuk.

Azon esetben, ha mirigyek vannak, akkor az előbbi metszés közepétől a sterno-cleido-mastoideus elülső szélén a claviculáig vont vonalban is lehet egy összekötő börmetszést vonni, a melynek segítségével a nyaki mirigyek mind eltávolíthatók. Ő ezután az első metszés bölbebenyét felpraeparálja a masseter elülső tapadásánál, az alsó állcsontot Gigli fűrészszel temporair átfűrészeli és így a pharynx buccalis részébe nemcsak betekintést, de a dolgozáshoz fért is nyér. Hogy a

vér műtét alatt a beteg tracheájába bele ne folyjon, egyes szerzők tracheotomiával, tamponé-canuleval, mások előleges carotis-lekötéssel dolgoznak, vagy mindezek nélkül Rosse-féle esüggő fejjel helyezik el a beteget. Ezek ellenében szerző azt mondja, hogy ő a mirigykiirtás tartama alatt általános anaesthetiát használ. A pharynx buccalis részében levő tumor kivételénél felületes anaesthetiát használ és nem esüggő fejjel operál, sem emelt fejjel, mint Krönlein, hanem vízszintesen helyezi el a beteg fejét.

Nagy kiterjedésű alképleteknél a nagy erek előzetes lekötését alkalmazza, különösen azért, nehogy a nagy erek utólagos usurálása által a beteg elvérezzen, mint az az ő általa említett casusok egyikénél történt. Az alsó állkapocs temporae resectioját vízszintes vonalban eszközöli — bár egyes szerzők a zeg-zugos átfűrészelést ajánlják —, mert az esetlegesen fellépő esontneerost a zeg-zugos átfűrészeléssel sem kerülhetni el. Szerző, a mi az utókezelést illeti, hig desinfectiensekkel való gargarizálást ajánl és a sebet steril mullal tömi ki. A mi az utóáplálást illeti, beteg operatio után 2—3 napig per anum lesz táplálva, majd azután hig, félig szilárd, majd szilárd táplálékot kap. Ő ez eljárásnak semmiféle hátrányát nem látta. Szerző 5 férfi és 4 nőbetegét ismerteti, kik közül öten az ő módszere szerint, melyet Krönlein-Orlow módszernek nevez, lettek operálva, 1 Obalinski módosított eljárása szerint és 3 Krönlein szerint. E betegek 36—62 év között voltak.

Műtét után soha nem lépett fel broncho-pneumonia, a műtétek jól sikerültek, csakis egynél történt műtét után 11-ed napra exitus, a hol az usurált carotison keresztül a beteg elvérzett.

Az operált betegek közül háromnál volt carcinoma, négyenél sarcoma, kettőnél endothelioma, egynél „sanduhrförmige Geschwulst“ volt, erről azonban szerző említést többet nem tesz és így további sorsa ismeretlen.

Műtét után 3 esetben hamar lépett fel recidiva, 2 esetben a recidiva valószínű, a két endotheliománál nem lépett fel recidiva. Szerző különben e cikket bővebben közölte a Vestnik Khirurgii 1902. 9. és 10. számában. (Revue de chirurgie, 1903. február.)

Navratil Dezső dr.

A ductus thyreoglossusban fellépett nyálkacysta két esetét ismerteti Fredet és Chevassu, Duplay osztályáról. A két eset közül az egyik egy 40 éves siketnéma, kinél 10—11 éves kora óta állt fenn egy mogyorónyi terime-nagyobbodás a subhyoid tájékon, melyet beteg állítólag egy gyermekkorú veszekedés folytán ellenfelétől a nyakára gyakorolt föjtogató nyomás által keletkezettnek tart.

E mogyorónyi tumor felett a bőr vörösen elszíneződött és e tumor idővel magától felfakadt és e helyen egy fistula maradt, mely minden 15 napban, később csak minden hónapban ismételten magától felszakadt, a mikor is tojásfehérjeszerű váladék ürült belőle. 22 éves korában már csak minden 4-dik vagy 5-dik hónapban fakadt fel a tumor nagy fájdalmak között. Beteg ekkor e bajával orvoshoz fordult, ki a fennálló fistulát argentum nitricummal edzette, de a baj nem gyógyult. Majd ismét más és más orvoshoz fordult, kik feltárással iparkodtak eredményt elérni, de sikertelenül, míg végre a beteg Duplay osztályára került a Hotel Dieu-be. Felvételkor egy körte alakú diónyi tumor ült a median vonalban a subhyoid tájékon, a mely fluctuatiót mutatott. Betegen az egész tumor kiirtott és ekkor kiűnt, hogy e terime-nagyobbodást a ductus thyreoglossus cystosus kitágulása okozta.

Seb varrattal egyesítve lett, és primára gyógyult.

A 2-dik esetben egy 42 éves egyén kereste fel Duplay osztályát, a kinél 2 hó óta a subhyoid tájékon egy nem fájdalmas, fluctuáló, körülbelül diónyi terime-nagyobbodás volt észlelhető. Műtét után e terime-nagyobbodás eltávolított, a mely a ductus thyreoglossus cystosus kitágulásának bizonyult. A seb bevarratott és per primam gyógyult. Mindkét betegnél a kiirtás teljes radikalitással történt úgy, hogy recidiva, a mely nyálkatömlőt okozott volna, nem fordult elő. Szövetani vizsgálat a tömlő belső falában csillósörős hengerhámot talált. (Revue de chirurgie, 1903. február.)

Navratil Dezső dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bismutose tudvalevőleg bismuthum összeköttetése fehérjével, körülbelül 21% bismuthum-tartalommal. Előnyei, hogy a gyomorban magas fehérjetartalma miatt több savat képes megkötni, azonkívül nehezebben oldhatósága miatt nehezebben szívódik fel a bélben s itt összehúzó hatását fokozott mértékben fejtheti ki és a mérgezés veszélye is kevésbé fenyeget. Ujabbán *Elsner* tett kísérleteket bismutoseval Boas poliklinikáján. Hyperaciditas eseteiben sokszor nagyon kifejezett volt a szer savmegkötő képessége, míg néha semmi hatása nem mutatkozott. Hypersecretio acida két esetben volt csak alkalma kísérletezni, úgy hogy ítéletet nem mondhat. Gyomorfekély eseteiben a nyugalmi kúrával kapcsolatban jó eredményeket látott a bismutosetól; minthogy azonban erős összehúzó hatása miatt székszorulást okoz, a mi reflex úton a gyomorelválasztást fokozhatja, jó székürülésről gondoskodni kell. Végül enteritis eseteiben is jó eredménnyel használta a szert. (Archiv für Verdauungskrankheiten, VIII. kötet.)

Furunculások gyógyítására *Gallois* jodnak oldatát acetonnal (4 rész jod 10 rész acetonnal) ajánlja. Ez az oldat eleinte olyan külsejű, mint a jodtintura, de már két hét múlva feketés színű, szörpszerű, egyúttal pedig kevésbé edző sajátságú. Pálcikára csavart gyapotot mártunk ezen folyadékba és ezzel megérintjük a furunculásokat, a mikor is barnás lepedék képződik, a mely alatt a furunculus gyorsan visszafejldik. Már kissé felfakadt furunculusra alkalmazva, nagyon heves fájdalom áll be, ilyen esetekben tehát előzőleg cocaint kell használni. (Ref. Therapie der Gegenwart, 1903. 2. füzet.)

Asthmarohamok ellen több esetben sikerrel használta *Burdet* a pyramidont; a roham kezdetén vétet be 30 centigrammot és ezt az adagot 2 óránként megismételteti, legfeljebb háromszor. Ez a kezelés csak azokban az esetekben használ, a melyekben a baj tisztán ideges eredetű, a tüdőben elváltozások nincsenek. (Bulletin générale de thérap. 145. k., 12. f.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 18. szám. *Felletár Emil*: Hásevés által okozott mérgezés esetei. *Reisz Octav*: Adatok a sérvelzáródások sebészetéhez. *Kerekes Pál*: Malaria-tanulmány. *Ferenzi Sándor*: A kórházi segédorvosi intézményről.

Orvosok lapja, 1903. 18. szám. *Rottenbiller Ödön*: A thermikus ingerek hatása a nyirokrendszerre és annak vasomotor idegeire. *Tuszkai Ödön*: Hyperemesis gravidarum. *Kolozs Mihály*: Érdekes esetek az orvosi gyakorlatból.

Budapesti orvosi újság, 1903. 6. szám. *Marschalkó Tamás*: Syphilis és furdőgyógyomód. *Rozgonyi Sándor*: Az ásványvizek hatása a fogakra.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 18. szám. *Mracek*: Az anya és az újszülött syphilise. *Kretz*: A paroxysmális haemoglobiuria elméletéhez. *Kapsammer*: Húgyhólyagkövek spontan összetörése. *Lorenz*: Szerzett könyökizület-deformitások.

Wiener medizinische Presse, 1903. 18. szám. *Dittel*: Méhenkivüli terhesség. *Schäfer*: Béldesinfectio.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 18. szám. *Schuman-Leclercq*: Növényi fehérjék befolyása a cukorkiválasztásra diabetesben. *Freund*: Adatok a radiotherapiához. *Biernacki*: Vastherapia. *Swoboda*: Vaccinia generalisata. *Schramm*: Adat a lábcsontok és izületek gümőkórjának ismeretéhez a gyermekkorban. *Steinsberg*: A frazensbadi lápfürdők hatása.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 18. szám. *Bial és Huber*: A glycuronsavkiválasztás kérdéséhez. *Lücke*: Peritonitis tuberculosa traumatica ileus-szal. *Malade*: Struma puerperalis. *Wolff*: Morphologai elváltozások az infectionál és immunitásnál. *Oppenheim*: Polymyositis.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 18. szám. *Brieger és Mayer*: Specifikus anyagok előállítása bakteriumokból. *Kayser*: Paratyphus. *Spengler*: Thoracoplastica és üregdesinfectio tüdőgümőkórban. *Lilienfeld*: A trigeminusneuralgia kezeléshez. *Reckzeh*: Honi malaria és malariacachexia. *Oberwarth*: Primaer angina gangraenosa fiunál. *Adolph*: Izomtályog esete. *Shiga*: Védőoltások dysenteria ellen.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 18. szám. *Meinel*: Az urobilinuria genesis.

La semaine médicale, 1903. 17. szám. *Villaret*: A fraczia és a német hadsereg halálozásának összehasonlítása.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 17. szám. *Verhoogen*: A tabes kezelése. *Wybauw*: A szénsavas vasas fürdő hatása.

The lancet, 1903. I. 16. szám. *T. R. Glynn*: Endocarditis infectiosa. *T. J. Tonkin*: Lepra Sudanban. *P. B. Henriksen*: Idegyarrak és regeneratio. *W. J. Collins*: Az a. carotis communis lektódesinek három esete. *T. Eastham*: Narcotile, új anaestheticum. *H. Campbell Thomson*: Az epilepsia pszichikai gyógyítása. *A. A. Gray*: Középfülgyenyedés gyógyításának új módja. *F. P. Wightwick és H. D. Rolleston*: Heveny trional-mérgezés esete. *Russell Coombe*: Tubaris terhesség két műtett esete. *Llewellyn A. Morgan*: Intussusceptio ileocolica gümős bélfelekkel. *A. H. Burgess*: Duodenalis fekély rupturája. *J. A. Raubenheimer*: Carbolmérgezés külső használat után. *Seymour Taylor stb.*: Atyposus tünetekkel járt átfürdő peptikus fekély három esete. *Bertram C. Stevens*: Patellatörés esete.

British medical journal, 1903. április 11. *W. S. A. Griffith*: A terhesség felismerése. *J. W. Taylor*: Ismétlődő abortus, különös tekintettel a szülők csökkent életképességére. *T. A. Helme*: Terhességi eclampsia. *G. Kempe*: Méhnyoma okozta dystocia; eszázarmetszés. *R. Jones*: Elgenyedt májchococussal szövődött terhesség. *Percy B. Spurgin*: Malariás eredetű puerperalis hyperpyrexia. *B. H. Nicholson*: A csecsemőkori lágyóksérv gyökeres gyógyítása. *D. Morgan*: Vele született csipőizületi ficzomok Röntgen-képei. *J. C. Renton*: Gyanus emlődagának korai kiirtása. *Hugh S. Beadles*: Infantilis scorbnt esete. *W. E. Fothergill*: Vele született similiaris deformitások egy család több tagján. *R. J. Blackham*: A rectum fibrosus stricturája dysenteria után. *P. R. Cooper*: A mandola kimetszése heveny tonsillitis alatt. *De Vere Condon*: Chinin bőr alá feekendezése malariában. *R. F. Chance*: A húgyeső-lacunákba beekelődtött húgysav-jegeczek okozta periurethralis tályog. *G. Longbotham*: Pajzsmirigy-kivonat psoriasisban. *Wheeler*: Az adrenalín mint haemostaticum. *F. G. Layton*: Mérgezés diachylonnal. *J. Holroyde*: Pancreatitis haemorrhagica acuta esete. *R. G. Hogarth*: Idült intussusceptio műtéttel meggyógyított esete.

Hetiszemle és vegyesek.

A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 16. hetében (1903. április 19-dikétől április 25-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1903-dik

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravosik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Korányi Sándor: Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról. Az extrasystolés arhythmiaik diagnostikai jelentőségéről. 317. l.

Ötvös József: A Kneipp-öntések orvosi bírálata. 318. l.

Fornet Elemér: Idült szívbántalmaknak szénasavas fürdővel való gyógykezeléséről. 320. l.

Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.) Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán. 322. lap.

Tárca. Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről. 323. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 324. l. — *Könyvismertetés. Justus Jakob és Szerb Zsigmond:* Therapia. A gyógyító tudományok könyvtára. —

Lapszemle. Húgyszervi betegségek. Bartrina: Adrenalin használata húgyszervi bántalmakban. (Sellei.) — *Orr-, torok- és gébebetegségek. E. Glasa:* A rhinorrhoea cerebrospinalis. (Tóvölggyi Elemér.) — *P. Fraenkel:* Veleszületett gége-diaphragma. (Tóvölggyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvógyakorlatra. Friedmann:* Kreosotol pneumonia ellen. — *Aufrecht:* Chinin subcutan használata. — *Folyóiratok átnézete* 310—311. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti egyetem újjá-alapításának ünnepe. — Aujeszký Aladár. — Komáromy Sándor. — Fürdőorvosok. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — A madridi nemzetközi orvosi congressus. — Kötelező fertőtlenítés. — Rendelet az alkoholizmus terjedése ellen. — A tüdővész elleni küzdelem. — Fürdőink személyfoglalma. — Az egyetemi II. számú női klinika szülészeti poliklinikája. — Hibaigazítás. — Megjelent. — Elhunyt. 326—327. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Kir. Magyar Természet-tudományi Társulat élettani szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról.

Az extrasystolés arhythmiaik diagnostikai jelentőségéről.

Korányi Sándor egyet. tanártól.

Tisztelt Orvosegyesület!

Skoda korszakot alkotó fellépése előtt a szívzörejek tanában áttekinthetetlen zürzavar uralkodott. Laennec egyszerű bruit de soufflé-ja olyan tünetnek bizonyult, a melynek számos alfaját lehetett megkülönböztetni. A vezető eszme nélküli észlelő könnyen juthatott abba a kísértésbe, hogy ezen alfajokat a legfeltünőbb és egyúttal legfelületesebb különbségek alapján osztályozza és az új elnevezésekben kifogyhatatlan Bouillaud-dal mint a bruit de soufflé alakjai megjelentek az orvosi irodalomban a bruit de râpe, de lime, de scie, d'étrille, musical, sifflement, pialement, frottement, frôlement, de cuir neuf, de râclement, de va-et-vient. A zörejek e fajai és a szív anatómiai állapota közt szorosabb kapcsolatot felismerni nem lehetett és nem maradt más hátra, mint elismerni azt, hogy a zörejek többnyire szervi szívbajok kísérői, de előjönnek szervi szívbajok nélkül is és szervi szívbajok is vannak, a melyek mellett a szív működését zörejek nem kísérik. Ha tehát a zörejek a valószínűség bizonyos fokával meg is engedték azt a következtetést, hogy a szív anatómiailag hibás, egészen határozott diagnostikai jelentőségük nem volt. Skoda 1839-ben elvetve a francziák finom hangtani distinctioit, a szívzörejeket fellépésük ideje és localisatioja szerint osztályozta. Ez az ép oly egyszerű, mint a milyen nagy tény egyszerre világos-

ságot derített és rendet hozott azon a téren, a melyet Laennec homályban hagyott és a melyen Bouillaud chaost teremtett.

Ez a visszaemlékezés helyén van akkor, a mikor a szív rhythmus-zavarainak diagnostikai jelentőségével foglalkozunk. Ugyanaz a Skoda, a ki a szív zörejeit a diagnostika legbecesebb eszközeinek sorába iktatta, 1864-ben a szív rhythmus-zavarairól úgy nyilatkozott, mint a hogy előtte a zörejelekről lehet szólni. Szerinte az arhythmiaik előjönnek szervi szívbajoknál, de előjönnek akkor is, ha a szív látszólag ép. Másrészt a légsúlyosabb szervi szívbajok is fennállhatnak a szív rhythmusos működése daczára. Ebből Skoda csak azt következtethette, hogy az arhythmiaiknak határozott diagnostikai jelentőségük nincs. Azóta a diagnostika fejlődésének eredményekben páratlanul termékeny négy évtizede telt el és daczára annak pár hó előtt megjelent igen becses könyvében a pulusról Mackenzie joggal mondhatta el, hogy bár az orvosok általában azt hiszik, hogy a szívnek valami baja történt, ha működése arhythmias, arról, hogy ez a baj mi, senkinek sines tiszta fogalma.

Nehéz belenyugodni abba a gondolatba, hogy a diagnostika olyan gyakori és feltűnő jelenségekből, mint a milyenek az arhythmiaik, ne merithessen több hasznot, mint a mennyit eddig merített és ha az oly nagy szorgalommal folytatott tanulmányok meddőségét contempláljuk, lehetetlen elzárkózni az elől a meggyőződés elől, hogy a tapasztalatok feldolgozásának methodikáját kell a meddőségért felelőssé tennünk. Meddő maradt az arhythmiaik tanulmányozása, mert azt, a mit Skoda a zörejek tanába bevezetett: az osztályozás helyes alapelvét és a tünetnyek kapcsolatba hozatalát a zörejek keletkezésének theoriájával, az arhythmiaik tanába csak az utolsó években vezették be Knoll, Engelmann, Hering, Wenckebach és Lommel. Ötük között négy physiologus volt és ez talán oka annak, hogy vizsgálataik a klinikusok figyelmét eddig oly kevésbé kötötték le.

Érdemük abból áll, hogy a szív rhythmikájára vonatkozó

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1903. márczius 7-diki ülésén.

physiologiai ismereteket kibővítve, azokat az emberi arhythmiák tanába vitték át. A ki azon nem kis fáradsággal járó, de rendkívül élvezetes munkára reászánja magát, hogy a szívrythmika irodalmát Knoll-tól Wenkebach-ig áttanulmányozza, e munkát azzal a meggyőződéssel fogja befejezni, hogy az arhythmiák kérdése most ahhoz a fordulóponthoz jutott, a melyet a szív zörejeinek kérdése Skodával 1839-ben ért el.

Ezzel a meggyőződéssel fogtam hozzá azon vizsgálatokhoz, a melyek eredményéről mai előadásomban óhajtok beszámolni.

Az arhythmiáknak csak egy féleségével akarok foglalkozni, azzal, a mely legfontosabb azért, mert leggyakrabban fordul elő, de azért is, mert értelmezésére az előmunkálatok legtovább jutottak. Az arhythmiák e faja az extrasystolés arhythmia.

A mint Mackenzie helyesen mondja, a felnőtt ember arhythmiáját majdnem mindig korai systolék fellépése okozza. E korai systolék által okozott rhythmus-zavarok legfontosabb, legegyszerűbb és legismertebb féleségei az *intermissiók* és a *bigeminusok*. Ezek tudvalevőleg gyakran észlelhetők arteriosclerosisnál, vesezsugorodásnál, ólommérgezésnél, nicotínismusnál, a szív szájadékhártya betegségeinél, myocarditisnél és úgynevezett ideges szívdobogásnál. Rendesen azt tapasztaljuk, hogy bizonyos számú szabályos pulsus után bigeminus vagy intermissio következik. Azután a szabályos pulsusok újra kezdődnek, majd ismét bigeminus vagy intermissio mutatkozik és így tovább. Néha bigeminus bigeminust követ, vagy intermissio intermissiot, a mikor bradycardia látszata származik.

Vannak emberek, a kiknél bigeminusok vagy intermissiók többé-kevésbé állandóan évtizedeken át észlelhetők. Máskor azok súlyos szívbetegségek kísérői és ismeretes, hogy Traube, a kivel a bigeminus literatura kezdetét veszi, azt igen súlyos jelentőségű tünetnek tekintette.

A bigeminusok, ha nem ismétlődnek nagyon sűrűn, a betegeknek kevés bajt okoznak. Azt mondják, úgy érzik, mintha szívük egy pillanatra megállana, azután egy nagy dobbanással újra kezdene verni. Ilyen betegek néha fájdalomokról panaszkodnak, a melyek kisugárzanak a bal váll, a bal lapoczközi táj és a bal kar felé. Hyenkör a bőrnek olyan kiterjedésű hyperalgesziái állanak fenn, a melyeknek Head szerint annak jelei, hogy a szív valamely üregében a nyomás rendellenesen nagyra nőtt és a melyekkel e helyen két éve Benedikt foglalkozott behatóan.

E rhythmus zavar néhány példáját bemutatom sphygmogramokban és a kifüggesztett schemában. Ezekből látható, hogy az utolsó szabályos pulsus leszálló szára megrövidül, mert azt egy korai systole pulsusa szakítja meg. A korai systole pulsusát pedig az jellemzi, hogy leszálló szára rendkívül hosszú. Knoll bizonyította be állatkísérleteiben, hogy a korai pulsus leszálló szára annyival hosszabb, a mennyivel ez a pulsus az azt megelőzőnek tartamát koraiságánál fogva megrövidítette. Riegel és sokan mások kimutatták, hogy ez az ember bigeminusainál is így van. A korai pulsus tartós szívdiafoles része tehát pontosan compensálja annak koraiságát és azért ezt a részét *compensáló pausának* nevezzük. A compensáló pausa után a *postcompensációs pulsus* következik. Miután a korai pulsus koraiságát a pausa compensálta, a postcompensációs pulsus épen abban a pillanatban következik be, a melyben bekövetkezett volna, ha a bigeminus tartama alatt a szív szabályosan vert volna tovább. A bemutatott görbéken feltűnik, hogy a postcompensációs pulsus magassága feltűnő nagy. Ennek egyik oka az, hogy ez a pulsus mélyebben kezdődik, mert az arteria a hosszú pausa alatt a rendesen jobban kiürült, másik, bár nem egészen állandó oka pedig, hogy a postcompensációs pulsus a többinél magasabbra is emelkedik.

A bigeminusok korai pulsusa néha olyan erős, hogy tapintható, máskor meg gyenge, de még sphygmogrammban felismerhető. Az esetek egy részében még ebből is eltűnik és akkor a bigeminus *intermissionak* neveztetik. Hogy ezek az intermissiók is bigeminusok, arról a szív hallgatása győz meg. A bigeminus *auscultációs jelenségeit* Hochhaus és Quincke irták le classicus módon. Egy rendes szívrevolutio diastolés hangja után a pausát megrövidíti egy korai systolés hang, a mely után igen gyorsan egy diastolés hang, azután igen hosszú pausa következik. Nagyon fontos e korai szívrevolutio hangjának kvalitása. A korai pulsus kicsiny, alig, vagy nem is tapintható. Ezzel szemben a korai systole hangja többnyire feltűnő erős, koppanó, mély és igen rövid

tartamú. Utána gyenge diastolés hang következik, a mely, ha a bigeminus intermissióvá válik, el is maradhat. A korai systoléra jellemző ez az aránytalanul erős hang és még többször lesz okunk e hangra nyomatékka visszatérni.

Ha a bigeminus görbét megtekintjük, elsőnek az a kérdés merül fel, *hogy mi okozza a korai systolét?* Erre a kérdésre Knoll, Engelmann, Cushny és Matthews, Riegel, Wenkebach, Mackenzie, Lommel, egy szóval mindenki, a ki újabban foglalkozott a bigeminussal, ugyanazt válaszolja. E válasz a következő tapasztalatokból folyik. A bigeminus a compensáló pausával addig tart, mint két szabályos pulsus. A bigeminus tehát a szív szabályos rhythmusát nem tolja el, csak saját tartamára függeszti fel. Maga ez a tény valószínűvé teszi, hogy a korai systole nem a szív automatikus ingere megzavart periodicitásának tulajdonítandó, a mely periodicitás azonnal érvényre jut, mihelyt a bigeminus lefolyt, úgy, mintha az nem is jött volna létre, *hanem olyan úgynevezett extraingernek, a mely a szív normális ingerületeitől független.* E nézetet jól megalapított teoriává teszi az a számtalanszor ismételt állatkísérlet, hogy a szív villamos ingerlése két szabályos systole ideje közt az emberinek tökéletesen megfelelő bigeminust hoz létre. Az idő rövidsége nem engedi, hogy e tétel helyességének egyes bizonyítékait felsoroljam. Később fogjuk látni, hogy ezek közt mily fontos az extrasystolék Hochhaus-Quincke-féle hangja. További fejtegetésektől felment az a körülmény, hogy ninesenek eltérő nézetek a felől, hogy a bigeminus korai systoleja extraingerektől származik, tehát, hogy az extrasystole.

A korai systole okának definitioja tehát megvan. A bigeminus második fontos része a *compensáló pausa*. Hogy jön ez létre? Miért nem következik az extrasystole után közvetlenül egy szabályos systole? Erre Kronecker és Marey egy sokszor constatált felfedezése adja meg a választ. *Minden systole megszünteti a szív ingerlékenységét egy időre.* Ez az idő a *refractaer időszak*. Hering szerint ez egy szívrevolutio idejének körülbelül 0.6 részéig tart el. Ha a szívet ezen idő alatt érik ingerek, azok hatástalanok maradnak.

Az extrasystole refractaer időszaka még tart akkor, mikor a szív legközelebbi automatikus ingerülete létrejön. Azért ez hatástalan marad és a szív a korai systolétól a *második* automatikus ingerület idejéig nyugodtan marad. Így származik a compensáló pausa.

A bigeminust a *postcompensációs pulsus követi*. Ezt a *pulsust rendkívüli nagysága jellemzi*. Nagyságának okát megfejtette Engelmann. Refractaer állapotában a szív nem contractilis, ép úgy, mint a hogy nem ingerelhető. Ezen állapot végével a contractilitás visszatér, még pedig nem egyszerre, hanem lassanként, a pausa tartamával fokozódva. Ha tehát a pulsus korai, mint az extrasystole pulsusa, akkor az a szív kis contractilitásának idejében jön létre. Ha a pulsus igen hosszú pausát szakít meg, mint a postcompensációs, akkor azt rendkívül fokozott contractilitású szív hajtja ki. *Azért nagyobb a postcompensációs pulsus a szabályosnál, ez pedig az extrapulsusnál, mert nagyságuk a contractilitás nagyságától, ez pedig a systolét megelőző pausa tartamától függ.*

A physiologia tehát a bigeminus időbeli lefolyásának teljes magyarázatát adta és egyúttal bebizonyította azt, hogy mikor a beteg ember szíve bigeminusban ver, akkor erre a szívre a *normális ingeren kívül egy másik rendellenes inger* hat. Milyen ez az inger, mi képezi ez inger forrását, ezek azok a kérdések, a melyek az orvost első sorban érdeklik. Folytonos-e, vagy pillanatnyi? Erre Mackenzie és Lommel két egymással ellentétes választ adnak.

Sokszor előfordul az az eset, hogy a szabályos pulsusoknak bizonyos nem nagyon változó, néha pedig állandóan ugyanazon száma után bigeminus vagy intermissio következik. Ez az állapot sokáig fennállhat. A bigeminusok szabályos és tartós ismétlődése Lommel szerint kétségtelen bizonyítéka annak, hogy okuk *tartós* vagy *állandó*. Azért azt veszi fel, hogy a bigeminus okát képező extrainger állandó. De ha ez az inger állandó, akkor miért érvényesül csak időnként? Erre a kérdésre Lommel csak igen homályos hypothesisal tud válaszolni. Szerinte a szívre egyszerre két inger hat: a physiologikus és az extrainger. E két inger inter-

ferentiájának volna tulajdonítandó, hogy a szív felváltva hol az egyikre, hol a másikra reagál.

Ezen bizonytalan hypothesisre *Mackenzie* nézete nem szorult. Szerinte az extrainger pillanatnyi. Felfogását látszólag bebizonyítja az a tény, hogy a korai systole után hosszú compenzáló pausa következik, a mely alatt a kísérlet tanúsága szerint a szív ingerlékenysége hosszú időn át megvan. Ha az ingerlékeny szív nem húzódik össze, akkor az azt jelenti, hogy inger nem hat reá, tehát az extrainger az extrasystole után megszűnik, és így pillanatnyi.

(Folytatása következik.)

A Kneipp-öntések orvosi bírálatá.¹

Ötvös József dr.-tól.

A különböző vizgyógyeljárásoknak a vérkeringésre való befolyását ez ideig többen érdekes s hasznos kutatások tárgyává tették. Eme kutatások eredménye az üteres vérnyomásnak, az érlökés görbájének s számának, valamint a légzésnek bizonyos módosulásában nyerné kifejezését.

*Winternitz*¹ az érdem, hogy legelőször tanulmányozta a különböző vizalkalmazásoknak a vérkeringésre való hatását. Az üteres vérnyomásra nézve 10 esetben tapasztalá, hogy az a hideg víz alkalmazására legtöbbszörre — bár néha 5–10 mm.-rel is — emelkedik. Az alkalmazásai: 10° C. ledörzsölés, 8° C. eső zuhany, 10° C. szívhűtő (10 perczig), 18–20° C. félfürdő (5 perczig), folyó láb-fürdő, lábikra pólya, jeges vízbe mártott borogatása karra s az alkarra, ülő fürdő, teljes bepakolás voltak. *Schucinburg* és *Pollák*² 8–10° C. ülő s teljes fürdőkre, *Lehman*³ 12–16° C. 15 percznyi ülőfürdőkre, *Oertel*⁴ teljes hideg fürdőkre 10 mm.-nyi, *Colombo* hideg fürdőre s zuhanyra, *Silva*⁵ a szívjáékra alkalmazott jégtömlőre, *Wyschegoradzky*⁷ 17.3–32.5° C. általános zuhanyra, *Scholowsky*⁸ 42–43.5° C. 14–20 percznyi láb-fürdőkre, *Wassilieff*⁹ 41–43° C. kézfürdőkre, *Gonruku Kunigama*¹⁰ forró fürdőkre, *Heggin*¹¹ kísérleti állatokon forró s meleg zuhanyokra, *Müller*¹² 16–26° R., úgy 32° R.-ön felüli fürdőkre, úgy főleg fél- s hullámfürdőkre s zuhanyra a vérnyomás emelkedését vették észre. *Lehman* szerint 10–50 mm. s *Gonruku Kunigama* szerint 40 mm. volt az emelkedés. *Woronin*¹³ 22.5–23.5° C. 3 percznyi ülőzuhanyra, *Wassilieff*⁹ 6–12.5° C. kézfürdőkre a vérnyomás csökkenését látták. *Gritzay*¹⁴ szerint a vérnyomás 15°–16° C. lueskos lepedővel való ledörzsölésre 31 esetben 8 mm.-rel emelkedett, 3 esetben 5 mm.-rel csökkent, 16 esetben változatlanul maradt. *Zadek*¹⁵, szerint pedig a vérnyomás 30° R. teljes fürdőre változatlanul maradt. *Tschlenoff*¹⁶ 12° C. 3–5 percznyi kézfürdőre a vérnyomás csökkenését, 41–42° C. 3–4 percznyi kézfürdőre hol csökkenését, hol emelkedését, hol változatlanságát, 12° C. 3–5 percznyi s közvetlenül utána 40° C. 3–5 percznyi kézfürdőre több esetben emelkedését, két esetben változatlanságát, 41–43° C. 1/2–3–5 percznyi láb-fürdőkre csekély emelkedését, 34–35° C. 15–20 percznyi teljes fürdőkre majd csökkenését, majd néha emelkedését, majd változatlanságát, 15° C. 5 percznyi és 25° és 30° C. 5 és 15 p.-nyi teljes fürdőre változatlanságát, 18° és 20° C. 5 percznyi teljes fürdőre 10 mm.-nyi, 18° C. 20 percznyi és 19° C. 30 percznyi teljes fürdőre 25–25 mm.-nyi emelkedését, 12° és 14° C. 1/2 percznyi zuhanyra változatlanságát, 10°, 12° és 13° C. 1/2 percznyi zuhanyra 10–20 milliméternyi emelkedését, 12° C. lueskos lepedővel való ledörzsölésre két esetben némi emelkedését tapasztalá. Egy szóval *Tschlenoff* akár forró, akár közömbös, akár hideg víz alkalmazásokra a vérnyomás tipikus módosulását nem látta. *Müller* szerint 25–32° R. fürdőkre a vérnyomás csökkent. *Horváth*¹⁷ kísérleti állatot jéggel s hóval fedett be, de a vérnyomás emelkedését nem volt képes észlelni. *Dsiedsju*¹⁸ kísérleti állatának, nyíltnak, fülén az odavezető idegek átmetésze után 15° C.-on felüli vízbe való mártásra a véredények szűkülését s pedig annál nagyobb mértékűt, mennél magasabb volt a víz hőfoka s viszont 15° C.-on alulira a véredények erős s tartós tágulását látta. *Kleen*¹⁹ állati kísérlete alapján úgy vélekedik, hogy a hideg víz alkalmazására az izmok véredényei tágulának. *Wertheimer*²⁰

kísérleti állatainak tapasztalá, hogy a mellre vagy az egész testre alkalmazott hideg vízre 1. a czombvisszérben a nyomás emelkedett, 2. a megfelelő végtag vastagodott, 3. a czombvisszérből kifolyó vér több volt, mint azelőtt, 4. a bőr véredényei szűkebbek, az izomzatéi tágabbak voltak. *Schüller* és *Frédéricq*²¹ a kísérleti állat bőrére alkalmazott hideg vízre a lágy agykér véredényeinek tágulását vették észre. Ezen kísérleti eredményekkel szemben *Mosso*²² és *Patrizi*²³ úgy vélekednek, hogy az agy véredényeinek a különböző ingerekkel szemben való viselkedése oly szövődményes s nehezen megérthető, hogy bajosan lehet biztos következtetéseket levonni. *Verhoogen*²⁴ egy-egy esetben szivacsfürdőre s hideg zuhanyra a vérnyomás emelkedését s egy esetben nedves hideg bepakolásra a vérnyomás csökkenését tapasztalá. A vérnyomás hideg zuhanyra 11 mm.-ről 13 mm.-re emelkedett, nedves hideg bepakolásra pedig 12 mm.-re szállt le. Mindezek alapján *Tschlenoff* s *Matthes*²⁵ azon meggyőződésüknek adnak kifejezést, hogy az ismert vizgyógyeljárásokkal az általános üteres vérnyomásra semmiféle biztos s állandó befolyást nem bírunk gyakorolni s a fő hatás csakis a beidegzésre s a vér elosztására vonatkozik. Ezen vérelosztásra pedig befolyással volna a hidegnek s melegnek helyi alkalmazása, mely nyomban azon helyen a véredényekre közvetlenül s közvetve, reflectorikusan hatna s a távolabbi véredényekre való haemodynamikus s reflectorikus visszahatás. Továbbá hangsúlyozzák, hogy képesek vagyunk a bőrt vérdúsabbá vagy szegényebbé tenni s azáltal a belső szervek vérkeringésére nagy befolyást gyakorolni, bár ezen befolyás természete még nem eléggé tisztázódott.

Az érverés görbájére vonatkozólag *Winternitz* szerint a hideg víz alkalmazások a görbét olyképp módosítanak, hogy a felhágó ág magasabb lesz, a lehágó ágon pedig rugalmassági emelkedések lépnek fel. *Tschlenoff* teljes meleg fürdőre 6 esetben semmiféle változást, 2 esetben fokozott dikrotismust, 19° C. 1/4 órai teljes fürdőkre egy esetben semmiféle változást sem tapasztalt, egy esetben pedig a görbe alacsonyabb lett s a leszálló ágon a csúcs közelségében másodlagos emelkedések léptek fel. *Verhoogen* szerint szivacsfürdőre, hideg zuhanyra s nedves hideg bepakolásra az érverési görbe magasabb lett, a leszálló ágon a visszalökési emelkedés kisebb s a rugalmassági emelkedések jobban kifejlődtek.

Az érverés számára nézve *Winternitz* a hideg víz alkalmazásoknál csökkenést tapasztalt. *Tschlenoff* is ezt észlelte. *Verhoogen* egy esetben szaporodást, két esetben csökkenést látott. *Müller* szerint az érverés száma hideg fürdőkre ritkult, melegre szaporodott.

A légzési számra vonatkozólag *Leichtenstern*²⁶ és *Winternitz* szerint a hideg víz alkalmazására szaporodás lépne fel. *Löwy*²⁷ 43 eset közül 20 esetben csökkenést, 16 esetben változatlanságot, 7 esetben szaporodást tapasztalt. *Verhoogen* egy esetben a légzési szám szaporodását, két esetben csökkenését észlelte.

A mint látjuk, a különböző vizalkalmazások közt nem szerepelnek azon öntések, melyeket egyszerűen Kneipp-öntéseknek nevezünk. Ez okból feladatommak tartottam ezen öntéseknek, mint szokásos vizgyógyeljárásoknak a vérkeringésre való befolyását kutatásaim s vizsgálódásaim tárgyává tenni.

Az öntéseket 14 esetben alkalmaztam és pedig 3 esetben térd-, 2 esetben czomb-, 2 esetben felső, 2 esetben hát-, 2 esetben teljes, 2 esetben czombvillám s 1 esetben teljes villámöntést. Az illető egyének leginkább 16–30 évesek voltak, csak egy-egy volt 48 és 63 éves. Legnagyobb részük egészséges volt, csakis kettőnél volt arteriosclerosis jelen. A vérnyomás valamennyi esetben 1/2—3/4—1/1—1 1/2 mm. higanyemelkedést mutatott; az érverési szám 2—4—6—8 egységgel kevesebédett; a légzés a térdöntésnél kissé lassubbodott, de a többi öntésnél gyorsult, sőt a villámöntések után 1/2 óra múlva is ugyanaz volt. Az érverési görbére nézve pedig általában azt tapasztaltam, hogy a görbék magasabbak lettek, a csúcs leggömbölyödött, a felszálló ág hirtelen meredeken felemelkedett, a leszálló ág hosszabb lett s nagyobb lejtősséget mutatott s rajta a rugalmassági emelkedések jobban kifejeződtek, a visszalökési emelkedés pedig kisebb lett.

Vagyis a szív működés erélyesebbé vált, a systole kiadóbb, az időegység alatt az üteres rendszerbe hajtott vér mennyisége nagyobb lett, a közepes vérnyomás pedig növekedett. Így tehát

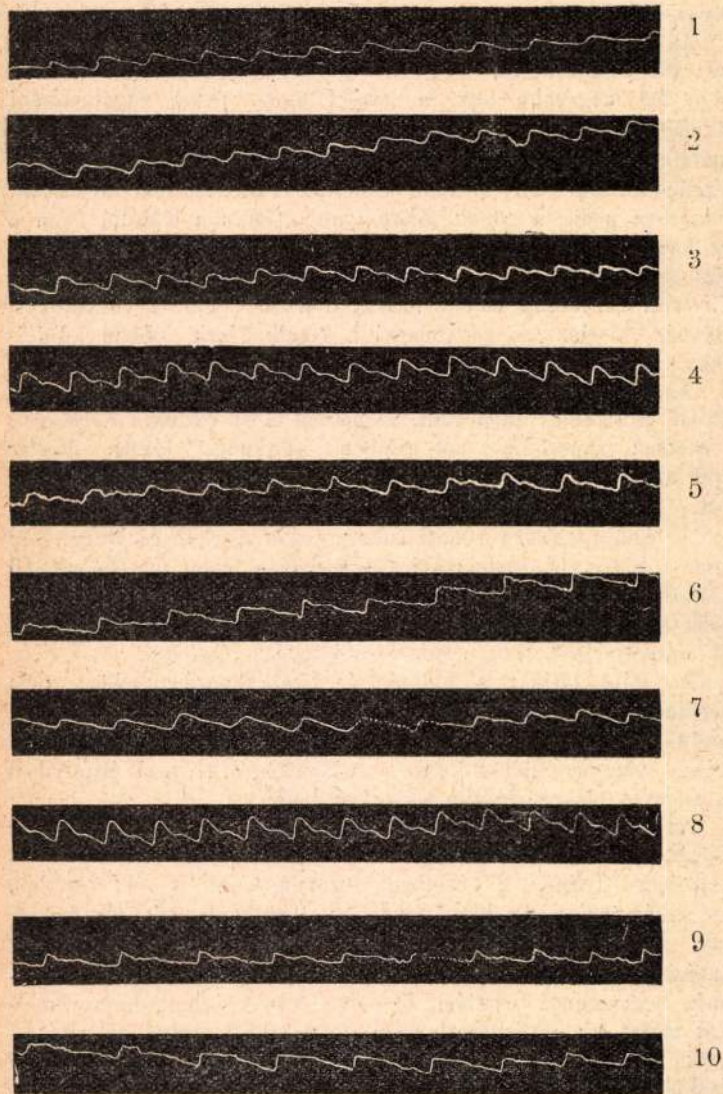
¹ Előadott a XIII. magyar balneológiai congressus folyó évi április 20-diki ülésén.

ezen öntésekre a bőr véredényei összehúzódtak, a vérnyomás fokozódott, a szívösszehúzódások erélyesebbekké váltak s ritkultak. De a szív működésénél úgy látszik, mint ezt *Tigerstedt*²⁸ és *Gräupner*²⁹ is vélik, a bőrnek hidegérzést közvetítő idegei részéről kiváltott s a szív működését lassító vagus-rostokat befolyásoló reflexhatás is számba veendő. A hideg víz tehát reflex úton a vagusra is befolyást gyakorolna s ezáltal a szív működés erélyesebbé válnék s több vér kerülne az úteres véredényrendszerbe. A szív lassabb s erélyesebb működése folytán a kis körkörösben a vér a tüdő hajszáledényeibe jobban behatol, intenzívebben kering, az élenyülés javul, a levegő jobban belélegeztetik s így a légzés kissé szaporább lesz.

A hideg öntésnek a bőr véredényeire s idegeire való ezen hatása azonban csakhamar módosul, mert a felületes véredények ismét kitérnek, a vérnyomás gyengébb s a környi vérkeringés nagyobb terjedelmű lesz, majd ismét gyengül, míg rendessé nem válik. Tehát környi vérszegénység a vérnyomás emelkedésével, majd vérbőség a véredények elernyedésével lép fel. A villám-öntéseknél a hőingeren kívül az erőművi is szerepel, ugyanis a víz nyomása 3—4 légkörnek felel meg. Ez okból 1/2 óra múlva is csökkent érverést s fokozott légzést lehetett tapasztalni.

Vizsgálataimhoz a régiebb rendszerű *Gärtner*-féle tonometert s az új javított *Marey*-féle sphygmographot használtam.

Az elmondottak feltüntetésére szolgáljon a következő öt eset:



I. 17 éves egészséges nőnél térdöntést alkalmaztam. Az öntés előtt az érverés 84, a vérnyomás 13, légzés 24, utána az érverés 78, a vérnyomás $13\frac{3}{4}$, a légzés 20 volt. Az érverési görbék (1. és 2. számú) az öntés előtt s után s mint látszik a rugalmassági emelkedés közel a csúchoz lépett fel.

II. 19 éves egészséges munkás felső öntést kapott. Az öntés előtt az érverés 82, a vérnyomás 12, a légzés 18, utána az érverés 76, a vérnyomás $12\frac{1}{2}$, a légzés 22 volt. Az érverési

görbék (3. és 4. számú) az öntés előtt s után. A felszálló ág sokkal nagyobb, a csúcs erősebben legümbölyített s a leszálló ágon közel a csúchoz szintén rugalmassági emelkedés.

III. 27 éves egészséges férfinál hátöntést alkalmaztam. Az öntés előtt az érverés 80, vérnyomás $9\frac{1}{2}$, a légzés 20, utána az érverés 76, a vérnyomás 11, a légzés 24 volt. Az érverési görbék (5. és 6. számú) az öntés előtt s után. A felszálló ág meredeken emelkedik fel, nagyobb s a leszálló ág hosszabb s rajta a visszalökés csak jelezve van, a rugalmassági emelkedések pedig kifejezettebbek.

IV. 20 éves, kissé izgatott, de különben egészséges férfi teljes öntést kapott. Az öntés előtt az érverés 88, vérnyomás $11\frac{1}{2}$, légzés 28, utána az érverés 80, a vérnyomás $12\frac{1}{2}$, a légzés 24 volt. Az érverési görbék (7. és 8. számú) az öntés előtt s után. A felszálló ág sokkalta nagyobb, a leszálló nagyobb lejtősséget mutat s rajta nagy rugalmassági emelkedések láthatók.

V. 24 éves egészséges férfi teljes villámöntést kapott. Az öntés előtt az érverés 80, a vérnyomás 12, a légzés 20, utána az érverés 76, a vérnyomás 13, a légzés 24 volt. Az érverési görbék (9. és 10. számú) az öntés előtt és után. A felszálló ág erős emelkedést mutat, a leszálló ág megnyúlt s azon rugalmassági emelkedések. Fél óra múlva az érverés 76 s a légzés 24 volt jelölül annak, hogy tartósabb volt a hatás, a mennyiben nem csak hő-, hanem erőművi inger is szerepelt.

Különös figyelmet érdemel két eset, a mikor ugyanis két arteriosclerosisban szenvedő egyénél az alkalmazott térdöntésekre az érverés csökkent, a vérnyomás emelkedett, a légzés szaporább lett, az érverési görbék, melyek az öntés előtt alig mutattak hullámszerűséget, megnagyobbodtak, a leszálló ágon rugalmassági emelkedések léptek fel.

Az alkalmazott víz hőfoka 13° C. s a kezelés időtartama $\frac{1}{2}$ —2 perc között ingadozott.

Mind a 14 esetben a hideg öntés alkalmazása után jóleső kellemes meleg érzés lépett fel.

Eme öntések alkalmazására nézve csak röviden óhajtom megemlíteni, hogy vezetéki víz lett felhasználva, a vezetéki csapra $2\frac{1}{2}$ méter hosszú és 2 cm. ürátmérőjű gumicső lett helyezve s a csőből kifolyó víz szép kerek sugárú volt s a testtől 10—15 cm.-nyi távolságban ömlött ki. Igen fontos, hogy a víz szét ne frecesenjen.

Magára az öntés kivételére nézve szigorúan *Kneipp*³⁰ előírásához ragaszkodtam.

A térdöntés alkalmával először mindkét láb háta, majd a lábszárak, a sarkok, a lábikrák s a térdkalácsok lesznek egyfolytában megöntve. A czomböntés a térdöntés folytatása egészen a czombhajlásig, illetőleg hátul az ágyékgig. A felső öntést előre hajtott felső testre, a lapoczkákra úgyalkalmazzuk, hogy egy helyről és pedig a jobb lapoczkaszögletől kiindulól a víz folyton szélesenjék. A a hátán mellfelé folyó hátöntés úgy történik, hogy a víz a sarkoktól a tarkóig, onnét a keresztcsontig, majd a bal lapoczkától a jobbig lesz öntve. A teljes öntés alkalmazásánál a vizet a sarkoktól a vállakig öntjük, úgy hogy a víz a vállakon át mell- s hátfelé egyenletesen folyék, ugyanazt kell mellről is végezni. A teljes és czombvillámöntés a rendes teljes s czomböntéshez hasonló a különbséggel, hogy miután a gumicsőre egy 7 mm.-nyi ürátmérőjű illesztékeső lett alkalmazva, a víz ezen át 3—4 légköri nyomás alatt 5 meternyi távolságból lesz a testre bocsátva. S így itt nemesak a hő, hanem az erőművi inger is érvényesül, az utóhatás sokkal tartósabbá válik, mint ezt az V. esetről is lehetett látni. A felső s hátöntéseknél a gerincoszlop melletti rész, a teljes öntésnél pedig még azonkívül a gyomor s has is izgattatván, a nagy idegdűcök s fonatok is igen érzékeny befolyás alá kerülnek.

S így összegezve az eredményeket, bátran állíthatom, hogy a *Kneipp*-öntéseknek a vérkeringésre kiváló fontos s hasznos hatásuk van s velük sok esetben rendkívüli eredményeket is képesek vagyunk elérni.

Irodalom. 1. *Winternitz*: Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Wien. 1890. II. kiadás. 2. *Schweinburg* és *Pollak*: Wirkung kalter und warmer Sitzbäder auf den Blutdruck. Blätter für klinische Hydrotherapie. 1892. 3. sz. 3. *Lehman*: Blutdruck nach Bäder. Zeitschr. f. klin. Med. VI. köt. 1833. 4. *Oertel*: Therapie der Kreislaufstörungen. IV. kiadás. 5. *Colombo*: Nemzetközi congressus. Róma. 1894. 6. *Silva*: Sull' azione della vesica di ghiaccio applicata

alla regione cardiaca. Klin. med. di Torino, 1886. 7. *Wyschegorádsky*: Ueber den Einfluss allgemeiner Douchen auf den arteriellen Blutdruck. Dissert. Petersburg. 1887. 8. *Scholkowsky*: Zur Frage über die Wirkung heisser Fussbäder. Dissert. Petersburg. 1882. 9. *Wassiljoff*: Materialien zur Lehre von der Wirkung kalter und heisser Handbäder. Dissert. Petersburg. 1884. 10. *Gonroku Kunigama*: Über den Einfluss heisser Bäder auf den Blutdruck. Annalen der allgemeinen städtischen Krankenhäuser zu München. 1899. 11. *Heggin*: Experim. Untersuchung über die Wirkung der Douche. Zeitsch. f. klin. Med. XXVI. kötet. 1894. 12. *Müller*: Ueber den Einfluss von Bädern und Douchen auf den Blutdruck beim Menschen. Münchener medicin. Wochenschrift. 1902. 15. sz. 13. *Woronin*: Materialien zur Frage der Wirkung der Sitzdouchen u. s. w. Petersburg. 1889. 14. *Gritzay*: Über die vergleichende Wirkung der feuchten und trockenen Abreibung. Dissert. Petersburg. 1888. 15. *Zadek*: Die Messung des Blutdrucks. Zeitsch. f. klin. Med. II. kötet. 16. *Tschlenoff*: Über die Beeinflussung d. Blutdruckes durch hydriatische Procedure. Zeitschrift f. diätetische und physikalische Therapie I. kötet. 1898. 17. *Horváth*: Zur Abkühlung des Warmbluters. Pflüger's Archiv. 1876. 18. *DisiedsJul*: Orosz természettudósok s orvosok VI. gyűlése. 1879. 19. *Keen*: Skand. Archiv f. Physiologie I. k. 1889. 20. *Wertheimer*: Influence de la réfrigération de la peau etc. Archives de physiologie normale et pathologique. 1894. 21. *Schüller és Frédericq*: Archiv. de Biolog. Belges. 1882. 22. *Mosso*: Die Temperatur des Gehirns. Lipse 1894. 23. *Patrizi*: I reflessi vascolari melle membra et net cervello dell' uomo per vari stimoli e varie condizioni fisiologiche e sperimentali. Riv. di Freniatria XXIII. kötet. 24. *Verhoogen*: Über die Beeinflussung des Kreislaufes durch verschiedene hydriatische Prozeduren. Zeitschrift f. diätetische u. physik. Therapie. III. k. 1900. 25. *Matthes*: Lehrbuch d. klinischen Hydrotherapie. Jena. 1900. 26. *Leichtenstern*: Balneotherapie. Ziemssen's Handbuch der allem Therapie. 27. *Löwy*: Pflüger's Archiv. XLVI. kötet. 1889. 28. *Tiegerstedt*: Lehrbuch d. Physiologie des Kreislaufes. 1893. 29. *Gräupner*: Die Störungen des Kreislaufes und ihre Behandlung mit Bädern und Gymnastik. 1898. 30. *Kneipp*: Meine Wasserkur. 67. kiadás.

Idült szivbántalmaknak szénsavas fürdővel való gyógykezeléséről.

Irta: *Fornet Elemér* dr. marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi belklinikai első tanársegéd.

(Vége.)

A *compensatio-zavarok kezdeti szakában* alkalmazott szénsavas fürdőkúra által gyakran észlelhetjük nemcsak az *incompensatio* visszafejlődését, hanem képesek vagyunk a szívtomzat tonusát is annyira emelni, hogy ez által a *compensatiót* ismét tetemes időre biztosítjuk. Illusztrálja ezt a következő eset. L. A.-né 25 éves, kereskedő neje Budapestről, 4 év előtt lázas heveny polyarthritiben szenvedett, mely alkalommal endocarditise is volt, azonban mintegy egy év előttig néha jelentkező szívdobogáson kívül jól érezte magát. Egy év óta rohamokban jelentkező légzési nehézségben, járás vagy munka közben heves szívdobogásban szenved, mely nehézségek nyugodt magatartásra megszüntnek. A kissé cyanosisos beteg szívcsücslökése a bal mamillaris vonalban kissé diffuse tapintható, a szívtompulát határa fent a 3-dik borda alsó szélén, belül 1 cm.-nyire a sternum jobb szélén túl, kívül a csücslökés helyén 8 cm.-nyire a sternum bal szélétől van. A szívcsücsön systoles fúvózorej s diastolés hang hallható, a pulmonalis második hangja ékelt. Ütérlokés 86, szabályos, középhullámú, könnyen elnyomható. Vérnyomás 115. Májtajék nyomásra kissé érzékeny, máj széle homályosan tapintható, tompulát nem nagyobb. Oedemák nincsenek. Insufficiencia valv. mitralis. Eleinte 26^o R. gyenge szénsavas fürdőköt kap, majd erősebbeket 24^{1/2} R. Marienbadban két ízben volt erős cyanosis s szabálytalan szívműködés által kísért szívasztomás rohama, mely ellen morphium jól hatott. 20 fürdő után a szívtompulát belső határa a sternum jobb széle, külső határa 1 cm.-nyire a mamillaris vonalon belül. Pulmonalis 2-dik hangja kevésbé ékelt. Ütérlokés 80, vérnyomás 125. Máj nem érzékeny, nem tapintható. A következő évben ismét kúrát használ Marienbadban, bár asthmás rohamai nem voltak. Azóta — 4 év — évente egyszer láttam változatlanul kielégítő állapotban.

Feltűnő ez esetben a már első ízben elért eredmény tartósága, a mi nyilván a mellett szól, hogy az *incompensatiós* tünetek inkább a beidegzés kimerültségén, semmint myodegeneration alapultak s így bizonyos, hogy gyógyszeres kezelés nem járt volna ennyi haszonnal.

Ha a billentyűbántalom az *incompensatio súlyosabb tünetei-*

nek kifejlődéséhez vezetett, a szénsavas fürdőknek bizonyos alkalmas esetekben még igen eredménydús szerep juthat.

Annak criteriumát, hogy valamely adott esetben alkalmazandó-e ilyenkor a fürdőgyógyomód — igen vagy nem —, a szívtartalékerejének állapota képezi. A szívtartalékerejének megítélésére pedig nézetem szerint nem egyik vagy másik tünet jelenléte vagy hiánya, hanem az *incompensatio* tüneteinek kellő nyugalom és esetleg gyógyszeres kezelés mellett való visszafejlődése vagy az azokkal való daczolása lehet irányadó. Ama tapasztalat ugyanis, mely szerint az *asystole* súlyos következményei nyugalom s szívtonicumok használatára nagy részben vagy egészben visszafejlődhetnek s azután esetleg éveken át nem jelentkeznek, azon nézet felvételére utal, hogy billentyűbántalmaknál az *incompensatio* súlyos tüneteinek kifejlődhetnek a szívtom nagyfokú elváltozása nélkül is, legnagyobb részt a szívbéli beidegzés jelentékeny kimerülése folytán s ez azon állapot, mely tonizálás s a keringési viszonyok javítása következtében a szénsavas fürdők által előnyösen befolyásolható. Oly eseteket, a melyeknél a beállott *incompensatio* tüneteinek kellő magatartás daczára sem mutatnak hajlandóságot a javulásra, a balneoterapiára alkalmatlannak vélek, mert ha nagy elővigyázat mellett kárt talán nem is okoz, úgy arra mégsem nyújt kilátást, hogy mint *ultimum refugium* szerepeljen ott, hol a myocardiumnak súlyos, irreparabilis degeneratioját kell felvennünk.

Ha tehát oly időszakban kerül a beteg gyógykezelés alá, midőn súlyosabb *incompensatio* zavarok állanak fenn, a fürdőgyógyomód megkezdése előtt nyugalom és gyógyszeres kezelés által emeljük a szívműködés erejét. Csakis a javulás beállta után tartom a balneoterapiás eljárásokat alkalmazandóknak, óvatosan oly procedurákon kezdve, melyek a vérkeringést könnyítik, de a szívműködésre terhelket nem rónak, a javulás előhaladásával arányosan pedig tartalomdúsabb és hűvösebb fürdők veendőek használatba.

Ime egy idevágó eset. W. V.-né 32 éves, kereskedő neje évek előtt heveny polyarthritiben szenvedett, mely idő óta disznoöban s szívdobogásban szenved. Félév óta állapota rosszabbodik, néhány hó óta alsó végtagjai pöffedtek. A cyanosisos arezszínű, gyengén táplált nő nyakán hullámzó vivőerek láthatók. A szívcsücslökés az 5—6. borda közt a bimbóvonalban kiterjedten látható és tapintható, úgy szintén lüktetés az epigastriumban. Csücslökés helyén gyenge systolés surranás, az art. pulmonalis felett a billentyűk záródása érezhető. A szívtompulát határai fent a 3-dik borda, bent 2 harántujjnyira a sternum jobb szélén túl, kívül a csücslökés helye. A csücslökés felett systolés erős zörej, diastolés hang, a pulmonalis második hangja erősen ékelt. Értelökés 110, egyenetlen hullámú, könnyen elnyomható. Vérnyomás 110. Diffus hörghurut. Májtompulát nagyobb, máj tapintható, érzékeny. Ágynyugalom s gyógyszeres kezelés néhány nap alatt jelentékeny javulást eredményez, ekkor másodnaponként indifferens gyenge szénsavas fürdők, majd a további javulás beálltával hűvösebb fürdők. 24 fürdő után a szívtompulát belső határán mintegy 2 harántujjnyi, külső határán 1/2 harántujjnyi visszafejlődés észlelhető, értelökés 86, teltebb, erőteljesebb, szabályos. Vérnyomás 125. Máj alig nagyobbodott a rendesnél, nem érzékeny, oedemák nincsenek. Subjective nagy könnyebbség.

A mi azon kérdést illeti, hogy olyan *heveny szívbélhártyalob* után, mely a szívtompulát-készülékének működési zavaraihoz vezetett, mikor kezdetjük legkorábban a fürdővel való gyógyítást, úgy vélem, hogy ez csak akkor történhetik, ha heveny tünetek s különösen láz már legalább 1—2 hónap óta nem jelentkeztek. Azon felvételt, hogy az ilyenkor alkalmazott fürdőgyógyomód a szívtomplálkozási viszonyainak javítása és a lobos termékek felszívódásának könnyebbítése által igen jelentékeny hasznot hozhat, támogatja a következő érdekes és ritka eset.

P. J. 26 éves, szabadságolt állományú főhadnagy Pécsről. 1/2 év előtt állítólag kankós eredetű polyarthritiben s endocarditisben megbetegedett, ez idő óta légzési nehézségben s szívdobogásban szenved, térdizületei még most is fájdalmasak. A lesóványodott beteg arezszíne cyanosisos, a nyakon visszerhullámzás. Légzés 26. A szívcsücslökés az 5—6. borda közt a bimbóvonaltól 2 cm.-nyire kifelé diffuse látható és érezhető. Szívműködés felmagasztalt. Szívtompulát felső határa a 3-dik

borda, belső határa 2 cm.-nyire a sternum jobb szélén túl, külső határa a csücsökös helye. A csücsökös felett erős systolés zörej, diastolés hang, a pulmonalis 2-dik hangja kifejezetten ékelt. Érlökés 90, szabályos, középhullámú, könnyen elnyomható. Vérnyomás 120. Térdizületei duzzadtak, nyomásra és önként fájdalmasak. Öt heti szénsavas fürdőkúra után a szívtompulat belső és külső határa egy-egy cm.-nyire befelé húzódtott. Systolés zörej a csücsön és a pulmonalis 2-dik hangjának ékelt-sége fennállanak. Érlökés 82. Vérnyomás 135. Izületi bántalma lényegesen javult.

Egy év múlva ismét felkeresi Marienbadot (1900-ban), légzési nehélyei és szívdobogása megszűntek s főleg izületi fájdalmi miatt kívánja a fürdöket használni. Cyanosis nincs. Légzés 18. Szívcsücsökös a bimbóvonalban körülírt helyen érezhető. Szívtompulat felső határa a 3-dik borda alsó széle, belső a sternum jobb széle, külső a csücsökös helye. A csücsön igen gyenge systolés zörej s diastolés hang, pulmonalis 2-dik hangja csak kevésbé ékeltebb. Pulsus 80, szabályos, elég telt, elég feszes. Vérnyomás 145. Ekkor ismét négy hetes fürdőkúrát tart, melyet jó eredménnyel bevégez. Ez idő óta a beteget nem láttam, de hallottam, hogy jól érzi magát s meg is nősült.

Ez esetben a fennálló insufficientia bicuspidalis tüneteinek jól megállapítható nagy javulása a heveny endocarditis lob-termékeinek részbeni felszívódása által feltételeztetett s kétségtelen, hogy az eredmény elérésében az alkalmazott balneotherapiás eljárásnak jelentékeny részt kell tulajdonítani.

A szívélzsirosodásnak azon időszakában, midőn a szívizom részben a zsírszövetnek a szívizomzat kötegei közé való burjánzása, részben pedig az így keletkezett táplálkozási zavar következtében létrejött zsíros elfajulása által működésében elégtelenné vált, képezik a szénsavas fürdők az egyéb alkalmazott gyógyeljárásoknak nagyon harmonikus, sőt pótolhatatlan kiegészítését. A szív trophikus viszonyaira kifejtett hatás ilyenkor sokkal eredményesebb lesz mint a billentyűbántalmaknál, mert míg a szívélhajasodás nem nagyon előre haladott alakjainál a szívizom táplálkozásának normálissá válásával az alapbántalmat képesek vagyunk igen számos esetben meg is gyógyítani, addig a billentyűbántalmaknál a mindvégig fennálló keringési nehézségek leküzdésére nyújthatunk ugyan néha jelentékeny, de előbb-utóbb mégis csak muló segélyt. A gyógyeljárásban is lényeges az eltérés a billentyűbántalmakkal szemben akkor, ha a szívélhajasodás még nem okozott a szívizomban nagyobb fokú elfajulási folyamatokat s ha még nem léptek fel súlyosabb incompensatiós tünetek. Ekkor nyílik ugyanis alkalom a fürdőkúrát a terrain-gyógyimóddal egyesíteni s ezeknek eredményei valóban gyakran meglepőek, míg ellenben a billentyűbántalmak csekély incompensatiós tüneteinek előnyt kell adni az orvosilag gyakorolt gymnastika jobban ellenőrizhető módszerének. Magától értetődő dolog, hogy azon esetre, ha a szívélhajasodás a szívizomnak már súlyosabb elfajulását eredményezte s ennek megfelelőleg a szívműködés elégtelensége uralta a kórképet, hogy akkor a gyógyítás is ugyanolyan, mint a más okokból keletkezett incompensatiós tüneteknél, bár gyakran még ily esetekben is kitűnő eredmények érhetők el, főleg a középkort meg nem haladott egyéneknél.

Íde vonatkozó nagy anyagomból csupán egy példát kívánok röviden közölni. N. V.-né 45 éves magánzónó 92 kiló testsúlylyal, légzési nehézségek s szívdobogás miatt keresi fel Marienbadot. Néhány hónap óta észreveszi, hogy mindkét alszára nap közben erősebben megpöföd, de reggelre sem tűnik el a duzzanat teljesen, bár csökken. Az elhízott, kissé anaemiás beteg ajkai szederjések, alsó végtagjai az alszár 1/3-ig pöfödtek, légzése erősebben ziháló, perczenként 24. Tüdők felett diffus hörghurut. Szívcsücsökös igen homályosan érezhető az 5-6. borda közt 1 cm.-nyire a bimbóvonalon kívül. A szívtompulat határai fent a 3-dik borda, bent 4 cm.-nyire a sternum jobb szélén túl, kint a csücsökös helyén. Szívhangok tompák, gyengék. Pulmonalis 3-dik hangja kifejezetten ékelt. Érvérés 92, egyenetlenül kis hullámú, itt-ott kihagyó, könnyen elnyomható. Vérnyomás 116. Beteg két napig ágynyugalomban marad, mely után szívműködése erőteljesebbé válik, azután eleinte langyos gyenge szénsavas fürdőt, majd a javulás fokozódásával hűvösebb, szénsavasabb fürdöket kap egész 25^o-ig. Négy hét után 6 kilónyi súlyvesztéssel távozik, mely

alkalommal csücsökös a bimbóvonalban jobban érezhető, szívtompulat belső határa alig 2 cm.-nyire haladja meg a sternum jobb szélét. Szívhangok élesebbek, pulmonalis 2. hangja kevésbé ékelt. Ütélökés 80, középhullámú, szabályosabb, feszebb. Vérnyomás 135.

Ismeretes, hogy alkoholos folyadéknak s különösen a sörnek szokványosan nagy mennyiségben való fogyasztása a szívizom tágulatos túllengéséhez vezethet (Säufferherz) s hogy ezen állapotról valamely heveny túleröltetés révén gyakran feltartóztatlanul szívszélhűdés fejlődhetik. Mivel ezen veszély még aránylag jó szívműködésnél váratlanul is beállhat, eme bántalom gyógykezelésénél különös elővigyázatra van szükség; míg például az egyszerű zsíros szívnél még akkor is, ha csekély szívinsufficiencia jelei mutatkoznak, óvatosan megkísérhető a terrainkúra, addig eme bántalomnál a kezelés az első időben a szívizom tonusának csupán reflex úton való fokozására s a keringési akadályok csökkentésére irányulhat az elkerülhetlen diéta szabályok betartása mellett. Eme követelményeknek, mint láttuk, semmi sem felelhet meg jobban, mint a szénsavas fürdők alkalmazása. A mult év nyarán kezeltem a következő esetet: 45 éves koremsáros Szombathelyről, ki saját bevallása szerint már évek óta naponta igen sok ásványvízzel hígított bort valamint sört iszik, régebben szenved légzési nehézségben, néhány hét óta pedig észreveszi, hogy alszárai pöfödnek. Az erőteljes testalkatú egyén arca cyanosisos, a bőr az alszáraon fénylő, feszes, az ujjbenyomatot megtartja. A nyakon vivőérhullámzás. Csücsökös 6-7. borda közt 2 harántujnyira a bimbóvonalon kívül diffuse érezhető. Szívtompulat határai fent a 3-dik borda felső széle, bent 3 harántujnyira a sternum jobb szélén túl, kint a csücsökös helye. Szívhangok tiszták, gyengék, pulmonalis második hangja ékelt. Érlökés 103, egyenetlen hullámú, puha. Vérnyomás 110. Légzés 28. Diffus hörghurut. Máj nagyobb, tapintható, érzékeny. Vizelet kóros alkatrészt nem tartalmaz. Másodnaponként 26^{1/2}-os szénsavas fürdőt, naponta 3 gm. diuretin. Később gyakoribb és erősebb fürdők. Öt heti kúra után oedemák nincsenek. Szívtompulat határai fent a 3-dik borda első széle, bent a sternum jobb széle, kint a 6-dik bordaközben a bimbóvonalban. Érlökés 86, egyenetlen, középtelt, elég feszes. Vérnyomás 136. Légzés 22. Máj nem tapintható, nem érzékeny.

Idült myocarditis-eseteim közül szolgáljon a következő sthenocardiás rohamokkal szövődött eset például. L. P. 59 éves jól táplált magánzó Budapestről, erős dohányos. Gyakran fellépő szívinnyomás érzésről panaszkodik s több ízben voltak typosus sthenocardiás rohamai kisugárzó fájdalommal a bal karba, szorongó érzéssel, légzési nehézséggel stb. Meredek talajon légzési nehézség és szívtáji fájdalom miatt nem tud járni. Szívcsücsökös 5-6. borda közt a bimbóvonalban gyengén érezhető. Szívtompulat felső határa a 4. borda, belső határa 1/2 harántujnyira a sternumra terjed, külső határa a csücsökös helyén van. Szívhangok tiszták, gyengék. Szívműködés nagyon rendetlen, gyakran kihagyó. Érlökés 94, egyenetlen, kihagyó, ütérfa kissé kanyargós. Vérnyomás 120. Négy heti marienbadi tartózkodás után, mely alatt szénsavas fürdöket használt, lényeges javulás mutatkozik, a meynyiben járni sokkal könnyebben még enyhe emelkedéseken is tud, gyenge sthenocardiás roham csak az első héten volt. Pulsus szabályosabb, bár még kihagyó és egyenetlen. Azóta már több ízben tért vissza Marienbadba s állapota állandóan sokkal jobb mint mikor első ízben kezdte meg a fürdőzést.

Sthenocardiának arteriosclerosissal való egyidejű fenfor-gásánál számos esetben láttam jelentékeny hasznát az óvatosan alkalmazott szénsavas fürdőknek. Ily esetekben e fürdőknek főleg a környi vérkeringést s így egyúttal a szívműködést könnyítő tulajdonságát kell kihasználni, kerülve a vérnyomás fokozását. Langyos, gyenge, szénsavtartalmú fürdőt elővigyázatosan hűvösebbé és szénsavdúsabbá téve érzük el czélunkat legsikeresebben. Számos esetben subjectiv javulás mellett a vérnyomás csökkenését és az aorta második hangjának gyengülését is biztosan megállapíthattam.

Aneurysmának csupán egy esetét kezeltem, ugyanazon elvek szerint, mint azt az arteriosclerosisnál említettem. Az eset egy idősebb férfira vonatkozott, kinél a mérsékelt és inkább subjectiv dispnoé okául a Bécsben Neusser javalatára végzett Röntgen-

vizsgálat az aorta leszálló ágán székelő nagy diónyi, élénken pulzáló aneurysmát derített ki. A beteg a fürdőzés tartama alatt könnyebben érezte magát, mint otthon.

Influenza után fellépett szívtágulat szénsavas fürdőekkel való kezelése különösen fiatal egyéneknél jó prognosist ad s több ízben észleltem a szívatonia teljes visszafejlődését.

Húgsavas diathesis és idült nicotin-mérgezés okozta szív-tünetek: palpitiatio, congestio, szabálytalan szív működés stb. néhány heti szénsavas fürdőekkel való kezelés s a marienbadi ivógyógy-mód használata után úgyszólván kivétel nélkül lényegesen javultak, sőt néha teljesen meg is szűntek.

A szénsavas fürdőekkel az itt kifejtett irányelvek szerint való kezelésnek ellenjavallatát csupán a szívizomnak oly súlyos szöveti elváltozása képezi, melynek megjavulása mai ismereteink alapján nem remélhető, de viszont nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy mily nagy fontossággal bír a kezelésnél való individualizálás. A fürdőnek a szervezetre nyilvánított közvetlen hatása e tekintetben a legértékesebb útmutatást képezi, a mennyiben egy helyesen alkalmazott fürdő után a vérkeringésben kimutatható javuláson kívül a beteg szervezetét jól eső melegségi érzés lepi el jelentékeny euphoria kíséretében. A nem kellő módon applikált fürdő után eme előnyös reactio hiányozni fog, sőt ideges izgatottság vagy kimerültség, hidegségi érzés, máskor congestiák, praecordialis nyomás stb. fognak jelentkezni, mely tünetek enyhítésére forró italok, ágymelegítők, esetleg Leiter-féle hűtők stb. lesznek ajánlhatók. Oly esetekben, a melyekben a kis vércsőbeli vérkeringés jelentékenyen akadályozva van, óvakodni kell oly eljárásoktól, melyek a vivőeres vérnek a jobb szív felé való visszatérését hirtelen nagy mértékben megkönnyítik. Viszont nem szabad figyelmen kívül hagyni bizonyos esetekben azt, hogy a szív működésnek aránylagosan túlságos izgatása a koszorúterek szűkületénél angina pectorisszerű rohamokat válthat ki. Ezen és hasonló kellemetlenségek elkerülése végett a fürdés helyes methodikájára is súlyt kell helyezni.

Természetes, hogy a szénsavas fürdőekkel való kezeléssel kapcsolatban igen gyakran alkalmazunk más gyógybeavatkozásokat is, így különösen a Schott által módszeresen kidolgozott ellenállási mozgásokat és gyakorlatokat, a szívtájék vibratioját, melyet Heitler Bécsben a mechanotherapia digitalisának nevez s melynek kiváló hasznáról magam is számtalanszor meggyőződtem, továbbá gyógyszeres kezelést stb.

A fürdőgyógyomód arra való esetekben helyesen alkalmazva kiváló eredményeket ad a szívbetegségek gyógyításában, csak nem szabad attól sem a lehetetlent remélni. S találoán mondja Broadbent a hírneves angol klinikus, hogy a szénsavas fürdők a szív-tüneteket jelentékenyen befolyásolhatják s hogy a betegeknek nagy könnyebbséget szerezhetnek, de ne kívánjuk azoktól azt, hogy rég fennálló billentyű-vegetatiókat és difformitásokat eltüntessenek.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.)

Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán.

Irta: *Jancsó Miklós* dr. adjunctus.

(Folytatás.)

A megbetegedések tehát november 26-dika és december 9-dike között léptek fel 13 napon belül; az anophelesek szétrepülése után tehát az első megbetegedés a 12-dik napra esik, a többi sűrű egymásutánban a 26-dik napig.

Ez teljesen megfelel *Grassi*, *Bignami*, *Bastianelli* s legújában *Purjesz* tanár észleleteinek, a kik félholdképzőknél az incubatio idejét 7—12 nap között állapították meg kísérleti alapon.

Hogy e felsorolt kilenc eset tényleg malariás megbetegedés volt, azt bizonyítják a következő körülmények:

1. Mindenik esetben intermittáló, magas lázzal, legtöbb esetben hidegrázással, forrósággal és izzadással járó rohamokat észleltünk.

Sajnáljuk, hogy az eseteket nem hagyhattuk annyi ideig chinin nélkül, hogy e helyen még a hőemelkedések tipikus jelent-

kezési módjára is hivatkozhatnánk; a megbetegedés elején épen félholdképző fajnál a hőmenet még nem mutatja azt a tipikus intermittáló jelleget, mint később, azért eseteinkben csak töredékeket kaptunk, melyekből a tipikus jelentkezési mód csak bizonyos jóakarattal olvasható ki.

2. Mindenik esetben megtaláltuk a vérben a malariá-parasitákat, melyek mind félholdképzők voltak — tehát olyanok, mint a milyenekkel az elillant anophelesek inficiálva voltak.

Három esetben később félholdak is voltak a betegek vérében található s ezek közül kettőben azt a bizonyítást is megcsinálhattuk, hogy a félholdalakokat tartalmazó vérrel anopheleseket inficiáltunk, a melyekben a tipikus ivaros generatio alakjai nagy számmal fejlődtek ki.

3. Hogy e megbetegedések malaria által feltételezettek voltak, bizonyítja a chinin hatékonysága is, melyre a hőemelkedések elmaradtak s a gyógyulás bekövetkezett.

Csupán két esetünk volt olyan, a melyben a chinin adagolása daczára a további hőemelkedések nem szűntek meg, a mely két eset már csak azért is megérdemli a felemlítést e helyen, hogy példaképen szerepeljenek, mennyire értékkel bírnak bizonyos esetekben malariánál a vérvizsgálatok a diagnosis felállítására.

Ezek egyike *D. Tódor* typhusos betegünk. A november 29-dikén a bal vena cruralisban létrejött thrombus következtében rendetlen, intermittáló hőemelkedései következnének utánna, mikor az előbbi magas hőemelkedések minden beavatkozás nélkül engedni kezdenek, ismét magas félbenhagyó lázak jönnek, a melyek chininre kimaradnak, de csak 2 napra, mert azután ismét magas hőemelkedések következnek a jobb vena cruralisban képződött thrombus következtében, a melyek már chinin által nem voltak megszüntethetők.

A chinin hatása tehát csak annyiban külfölte magát a láztáblán, hogy ama magas hőemelkedések maradtak el, a melyek december 9—12. között voltak észlelhetők, de a későbbi rendetlen, intermittáló s meglehetősen magas lázak a chinin daczára is megmaradtak.

Ezt a vérvizsgálatok alapján tudjuk így különválasztani és értelmezni, de mindenesetre mikroszkopikus vizsgálat nélkül ez esetben a malaria dignosisa biztosan felállítható nem lett volna, mert a magas intermittáló láz a venat-hrombusok által egész jól meg lett volna magyarázható s ex juvantibus, nem azért, mert az ilyen eredetű láznál is látjuk nem egy esetben, hogy nagyobb adag chinin alkalmazása után a láz 1—2 napig szünetel — vagy önként is előfordulnak ilyen lázszünetek.

A másik esetben *G. Mártonnál* a chinin adagolására azért nem szűntek meg a hőemelkedések, mert a betegnek croupus pneumoniaja volt, de nem szűnt meg azért sem, mert a mint az a hulla részek szövettani vizsgálatából kitűnik, a malariás infectio sem semmisített meg egészen a chinin által, daczára az ismételt és ismételt adott-chinin adagoknak, mert hisz a szövettani vizsgálatnál a lépmetseteken sporulatióra készülő parasiták voltak találhatóak.

4. Hogy eseteinkben malariával állottunk szemben, abban megerősít *G. Márton*-nál a sectio lelete, a kinél a lép makroszkopikus elváltozásai a malariánál észlelhető elváltozásnak feleltek meg. Górcsői vizsgálatnál pedig a májban, de különösen a lépben a malariára jellegző festenyést és elváltozásokat találtunk, utóbbi szervben a malariá-parasitákat is megtaláltuk.

5. Három esetben recidivákat észleltünk, a mely recidiváknak jelentkezési ideje és módja, továbbá azon körülmény, hogy az ilyenkor adagolt chininre a hőemelkedések ismét minden recidiva alkalmával meg voltak szüntethetők, szintén a megbetegedések malariás természete mellett szólnak.

Néhány szóval kívánunk még e helyen egy pár kérdésre kiterjeszkedni, a mely ezen felsorolt esetekkel összeköttetésben felvetődik előttünk.

1. *D. András*-nál pár hidegrázással és magas hőemelkedéssel járó roham után a hidegrázások és hőemelkedések önként, minden beavatkozás nélkül elmaradtak s a vérben parasiták nem voltak találhatóak, tehát spontan gyógyulásról beszélhetünk.

A malariánál egyáltalában gyakran találkozunk spontán gyógyulással s ezt bár aránylag kevésbé gyakran észleljük félholdképzőkkel történt infectionál, de mégis látunk ilyen eseteket is. Mi például 1894—1898. idő alatt a klinikán bennfekvő 100 ilyen fajtájú megbetegedésből 10-nél láttuk a rohamokat és a hőemelkedéseket önként, minden beavatkozás nélkül elmaradni, a mely esetekben a vér vizsgálatával volt megállapítható a malariás megbetegedés, úgyszintén a gyógyulás.

Az ivartalan generatio parasitái ilyen spontán gyógyulásnál a vérből igen gyorsan: egy két-nap alatt eltűnhetnek, s ha gameták még nem képződtek, akkor a vérben malaria-parasiták nem találhatók.

Ilyen körülmények voltak jelen úgy látszik *D. András*-nál is s ez volt az oka annak, hogy hőemelkedései chinin nélkül is elmaradtak s a vérben malaria-parasiták nem voltak találhatóak, míg azután nem recidivált.

Két esetünkben a malaria-infectio typhus abdominalisban szenvedő betegnél jött létre: *D. Tódor*-nál és *D. Anná*-nál.

1894 óta, mióta a malariával behatóbban foglalkozunk, s mely idő alatt klinikánkon bennfekvő 647 typhus és 368 malariás betegnél tehetünk e kérdésre vonatkozólag megfigyeléseket, az itt felsorolt 2 eseten kívül egyetlen egy esetet észleltünk, a hol typhus és malaria-infectio együtt fordult elő.

Az illető egy *Czirbusz E.* nevű 14 éves leány volt, a kinek a typhusa kezdeté előtt 2 héttel egy hétig tartó másodnapos hideglelése volt, mely chinin vétele után megszűnt.

1898. május 21-jétől június 15-dikéig enyhébb typhust áll ki, melynek felvételére a jellegző hőmeneten kívül a status typhosus, a hürghurut, jellegző nyelv, meteorismus, ileocecalis korgás, lépnagyobbodás, borsólészerű híg székek, roseolák jelenléte s igen kifejezett Gruber-Vidal féle reactio jogosítottak fel.

Július 11-től 17-ig a betegnél már csak 37.4°—37.2°-ig menő subfebrilis hőemelkedések vannak, a mely hőemelkedések 19-dikétől kezdve másodnaponként kezdenek magasabbak és magasabbak lenni s 24-dikétől kezdve jól kifejezett hidegrázással, forrósági érzettel és izzadással járó másodnapos hideglelése rohamai vannak 40°C°-ig felmenő hővel, a közből eső napon teljes lázszünettel, s ezek egy nagyobb chinin adagra június 30-dikán megszűnnek. A vérben tertiana parasiták voltak találhatóak. Ez esetben tehát a typhus lezajlása után, ugyszólva a reconvalescencia időszakában a szervezetben lappangó malaria recidivál s rohamokat vált ki.

Ezzel közeli rokon azon két eset, a melyet itt leírtunk. Itt is mind a kettőnél a typhus lezajlása után, *D. Anná*-nál a reconvalescencia időszakában, *D. Tódor*-nál a thrombosis venae cruralis által megzavart defervescencia időszakában léptek fel a malarikus hőemelkedések, előbbinél a teljes defervescencia után 4—5 nappal, utóbbinál a defervescencia legvégén.

Ha már most figyelembe vesszük, hogy *Purjesz* tanár ugyanezen körülmények között, ugyanez időben, vagyis november közepén ugyane fajú anophelesekkel és a kísérleteket ugyane viszonyok közt végezve, szintén *Kovácsné*-től inficiált anophelesek csípése után 2 eseténél 7—10 napi incubatiót észlelt, úgy mondhatjuk, hogy az infectio mindkét esetbenél a defervescencia előhaladottabb időszakában jött létre.

Igy tehát eseteink a mellett bizonyítanak, hogy typhus és malaria-infectio egyszerre, egy szervezetben jelen lehetnek. Sajnáljuk azonban, hogy eseteink azon sokat vitatott kérdésnek a tisztázásánál, hogy a typhus és malaria-fertőzőanyag, ha a szervezetben ugyanegy időben tevékenynyé válik, hogy akkor milyen hőmenet jön létre? s hogy vajjon egy vegyes fertőzött typhomalarikus láz létezik-e? és hogy milyen menetű? nem bírnak semmi értékkel.

Annyi azonban eseteinkből kétségen kívül kiviláglik, hogy typhus és malaria-infectio egyszerre, egy szervezetben, habár mint észleleteink mutatják ritkán is, de előfordulhat.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről.

Hazánk jótékonyági alapon álló nagyszabású tüdőgyógyintézetének ez első egész működési éve a sanatorium tökéletes megtelelésével járt, úgy hogy immár, főleg férfiosztálya, szűknek bizonyul, másrészt kikristályosodott már ez évben az az igaz gyógyintézeti, orvosilag teljesen fegyelmezett szellem, mely nélkül sem az emberileg elérhető maximalis gyógyeredmény, sem a sanatorium hygienice *netelő* tevékenysége nem volna várható.

A két rendbeli siker, melynek révén az Erzsébet-sanatorium a szóban forgó évben feladatának már megfelelt, három tényező összemunkálódásában leli magyarázatát. Ezek elseje az intézetet fenntartó „Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének” áldozatkészsége volt, melynek révén az 1901 november 13-dikán megnyitott gyógyintézet hygienikus felszerelése még az itt-ott kívánatos tökéletesítésekkel kiegészíthető volt, s a betegek ellátásában az egyébként nagy gazdálkodás mellett is elkerülhetetlen jelentékeny anyagi deficit nem kellett, hogy korlátozó motívumot képezzen; második tényező az ország orvosainak bizalma az intézet iránt volt, mely a kezdetben helyi-vel-közvetlen jelentkező idegenkedést csakhamar leküzdve, a betegek szárait irányította és irányítja immár fölös számban a sanatorium gondjaiba; végül a harmadik tényező az intézet tisztviselőinek odaadó segítsége volt, mely, hogy példát említsék, az I. orvosassistentens részéről a nagy lekötöttséget, a sanatorium gondnok részéről a sokszor az éjszakába is belenyúló irodai órákat nem perhorreskálta.

Az ápolási napok száma volt:

januárban	1291	juliusban	3473
februárban	1518	augusztusban	3442
márcziusban	2105	szeptemberben	3276
áprilisban	2166	októberben	3530
májusban	2564	novemberben	3606
juniában	3129	decemberben	3777

Összesen: 33,877

A betegforgalom maga így alakult:

Ápolásban maradt 1901-ről	34 beteg	(23 férfi, 11 nő)
1902-ben felvételre	400 "	(232 " 168 nő)
1903-ra ápolásban maradt	122 "	(71 " 51 nő)
1902 decz. 31-dikéig távozott	312 "	(184 " 128 nő).

Ez utóbbi számban az 1902. év folyamán előfordult 3 haláleset bennfoglaltatik.

A felvételre került betegek között 27 volt olyan (17 férfi és 10 nő), a kit az 1901-diki esonka intézeti évben már ápolunk, s a kik részben recidivával, részben a nélkül jöttek újra az intézetbe azon elv alapján, melyet hirdetni szoktunk, hogy a *tüdő-tuberculosis nagy chronicitása mellett évek kellenek hozzá, míg a bánatalom a szervezetből teljesen kivész* s ennélfogva az otthon folytatott cselekszerű életmód mellett teljes euporiát élvező volt betegünk is cselekszerűen cselekszik, ha — miként a neurastheniás a vizgyógyintézetekbe visszatér, s miként a lueses egy turnus kenőkrával meg nem gyógyítható — fegyelmezett kúrját még alkalomadtán megismételi.

Az ápolási napok számát összevetve az ápolott betegek számával, kitűnik, hogy egy-egy beteg átlag 80 napot töltött intézeti kezelésben.¹

A betegek közül 133 (= 42%) volt budapesti, a többi vidéki, 3 ausztriai magyar illetőségű beteg kivételével. A vidékiek így oszlottak meg: az Alföld megyéiből való volt 83 beteg (közöttük 35 pest-megyei), a Dunántúl megyéiből való 27, északmagyarországi 37, délkeleti Magyarországból és Erdélyből való 26, fiumei 1, horvátországi 2. Betegeink kor szerinti összeállítás az:

	Férfibeteg volt	Nőbeteg volt	Összesen
10—15 év közt	1	6	7
15—20 " "	32	19	51
20—25 " "	52	42	94
25—30 " "	47	29	76
30—35 " "	23	15	38
35—40 " "	17	7	24
40—50 " "	12	6	18
50—60 " "	0	4	4
	184	128	312

E számok is csak megerősítik az ismert tény, hogy a tüdő-tuberculosis főleg a felserdült ifjúkor és az élet közvetlen „déléleti óráinak” betegsége, tehát nemzetgazdasági szempontból az országra a legrutább csapás.

¹ Idevágó részletek:

Az 1902-ben távozott 312 beteg közül:	
12 beteg 3 hétnél rövidebb időt töltött az intézetben,	
16 " 3 hétig volt kezelésben,	
36 " 6 " " " "	
57 " 9 " " " "	
145 " 3 hónapon át volt "	
19 " 4 " " " "	
18 " 5 " " " "	
8 " 6 " " " "	
1 " 8 " " " "	

Foglalkozásra nézve volt:

I. Férfibetegeink között:		II. Nőbetegeink között:	
Joghallgató	13	Mozdonyvezető	3
Technikus	4	Electrotechnikus	1
Középiskolai tanuló	14	Művezető	2
Ügyvédjelölt	4	Automobilvezető	1
Ügyvéd	1	Szerelő	2
Orvos	2	Fém munkás	2
Gyógyszerész	3	Pallér	1
Pap	3	Szakács	1
Mérnök	1	Asztalos	1
Tanító	1	Szobrász	1
Író	1	Napszámos	2
Építész	1	Irodaszolga	1
Műszaki rajzoló	1	Inas	1
Gazdász	3	Pinczér	1
Pósthivatalnok	8	Kocsis	1
Vasúti hivatalnok	6	Vasúti altiszt	4
Jegyző	5	Rendőr	2
Rendőrségi hivatalnok	3		
Könyvelő	6		
Egyéb kishivatalnok	24	összesen:	184
Kereskedősegéd	16		
Kereskedő	8		
Kereskedelmi utazó	3		
Katona	3		
Földműves	7		
Nyomdász	4		
Czipész	1		
Szabó	5		
Takács	1		
Molnár	1		
Mázoló	1		
Borbély	2		
Hentes	1		

Az Erzsébet-sanatoriumot tehát, mint ez összeállításból látjuk, tényleg az a szűk anyagi eszközökkel rendelkező, *vagyontalan közép- osztály* kereste fel, mely a sanatoriumi kezelés eredményeinek megtartására már kellő *intelligenciával* rendelkezik, melynek azonban *„sem a drága külföldi sanatoriumok gyógymódja, sem a gyógyhelyi kezelés”* — mint nem egy felvételi kérvényben el is mondta folyamodó betegünk — *anyagi okokból hozzáférhető nem lett volna.*

Ingyenes beteg 1902-ben 67 kezeltetett a sanatoriumban, közülük 38 volt férfi, 29 nő.

Testületet viselték a napi 4 koronában megállapított szerény ápolási díjat 34 betegünkért egészben (27), vagy részben (7). És pedig:

1. Magyarországi Könyvnyomdászok és Betűöntők Segélyegyesülete.
2. Losonezi gymnas. ifjúság segélyegyesülete.
3. Györi Kerületi Betegs.-Pénztár.
4. Ferencz-József-Keresk. Kórház mint betegs. pénzt.
5. Rigler József Ede Papírárúgyár Betegs. Pénztára.
6. Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete.
7. Marchegger Maschinenfabriks-Krankenkassa.
8. Zentai első gőzfűrészs és örlőmalom gyári betegs. pénztára.
9. Budapesti Ker. Betegség.-Pénztár.
10. Pesti Izraelita Nőegylet.
11. Krauss Szesz- és Élesztőgyár Betegség. Pénztára.
12. Budapesti Egyesült Lakatos-Betegség.-Pénztár.
13. Izraelita Leányárvaház, Budapest.
14. Zólyombrezói állami vasgyár.
15. Csanád egyházmegyei segélyalap.
16. A diósgyöri munkások vas és acélgégyári társulása.
17. Fővárosi Kereskedők Betegs. Pénztára.
18. Budapesti Helyiérdekű vasut R.-T.

Egyes jótékony magánosok is viselték egynémely betegünk ápolási díját hosszabb-rövidebb időn keresztül; így pl. gróf Apponyi Sándorné, Hatvany József, gróf Apponyi Albert, dr. Nemeshegyi Béláné, dr. Neumann Armiané, Carlo Servadio (Venezia) stb. —

Tevheltség 312 betegünk közül kimutatható volt:

férfiaknál: apai részről 13 esetben, anyai részről 14 esetben, mindkét szülő részéről 2 esetben, testvér részéről 32 esetben, szülő és testvér részéről 11 esetben, feleség részéről 1 esetben, összesen tehát 75 esetben;

nőknel: apai részről 6 esetben, anyai részről 15 esetben, mindkét szülő részéről 5 esetben, testvér részéről 18 esetben, szülő és testvér részéről 5 esetben, férj részéről 6 esetben, összesen 55 esetben.

Terheltség ekként kimutatható volt összesen: 128 esetben.

Stadiumok. Betegeink közül első stadiumbeli volt 39 férfi, 22 nő, összesen 61 beteg, második stadiumbeli volt 107 férfi, 74 nő, összesen: 181 beteg, harmadik stadiumbeli volt 38 férfi, 32 nő, összesen: 70 beteg.

A mint látható, a betegek túlnyomó része ma még meglehetősen későn fordul a sanatoriumi kezelés segédelméhez, s így van ez főleg nőbetegeinknél, kiknek pedig kettős okuk volna minél korábban fogni a baj rendszeres gyógyításához, mert a tuberculosis-fertőzéssel szemben szervezetük az ő kisebb ellenálló képességét nap-nap után igazolja.

A tuberculosis-bacillus-vizsgálat eredménye betegeinknél:

I. stadiumbeli férfiakkál: positiv 13 esetben, negativ 15 esetben, nem volt köpet 11 esetben; nőknel: positiv 6 esetben, negativ 11 eset-

ben, nem volt köpet 5 esetben; összesen + 19 esetben, — 26 esetben, nem volt köpet 16 esetben.

II. stadiumbeli férfiakkál: positiv 72 esetben, negativ 28 esetben, nem volt köpet 7 esetben; nőknel positiv 46 esetben, negativ 24 esetben, nem volt köpet 4 esetben; összesen + 118 esetben, — 52 esetben, nem volt köpet 11 esetben.

III. stadiumbeli férfiakkál: positiv 34 esetben, negativ 2 esetben, nem volt köpet 2 esetben; nőknel positiv 27 esetben, negativ 4 esetben, nem volt köpet 1 esetben; összesen + 61 esetben, — 6 esetben, nem volt köpet 3 esetben.

A köpetvizsgálat eredménye tehát *positiv* volt összesen 198 esetben, negativ 84 esetben; 30 esetben nem volt vizsgálható köpet.

Kuthy Dezső dr. egy. m. tanár, igazg. főorvos.
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az általános heveny hashártyalob sebési gyógykezeléséről.

Irta: Pólya Jenő Sándor dr. műtő.

(Folytatás.)

Az infectio forrását kisebb perforatiós nyílások képezik, vagy olyan nagyobbak, a melyek már megelőzőleg adhaesiókkal vannak körülveve, vagy pedig a lob a határos hasi szervekről per contiguitatem terjed át. Bármely okból is származzék a hashártya loba, a peritonitis e fajánál a lobos góczot rostonyás összetapadások bizonyos mértékben eltokolják; az így képződött üregben gyűlik meg a genyes exsudatum, melynek beömlése a hasürbe ez által meg van gátolva. A folyamat terjedésénél az exsudatum tömegesebb lesz, új összetapadások keletkeznek, míg a régiök a genygyülem által feloldatnak, de jellegzetes marad a folyamatra a *fibrinosus összetapadásokból álló lobbát*, mely az ép és kóros peritoneumrészeket elválasztja. A peritonitis e faja acut vagy subacut módon folyik le, mennél chronikusabban, annál könnyebben megy a lobos gócz teljes eltokolódása, s így megy át a peritonitis e faja a circumscripct peritonitisbe. Viszont a diffus septikus peritonitis felé is vannak kétségtelenül átmenetek, s a haladó genyes rostonyás peritonitis direct azzá is változhatik, ha a laza összenövéseket a gyorsan gyűlő virulens exsudatum megpukkasztja; viszont az egész hasürre kiterjedő peritonitissnél is képzelhető, hogy utólagos összetapadások által egyes eltokolt tályogok képződhetnek; a therapia szempontjából azonban fontos e két peritonitisforma distinctioja.

Nagy jelentőségű ama tény is, hogy a peritonitis elaladása nem történik szabály nélkül, hanem a hasür anatómiája s a nehézség törvényei által szabályoztatik, azonfelül a bélperistaltica és külső rázkódások is bírnak rá kétségtelen befolyással. A colon transversum az omentummal, mely a hasürt egy supra- és infraentalis részre osztja, továbbá a mesenterium lapja és gyökere, a máj és gyomor akadályt képezik az exsudatum terjedésének; azért verticalis irányban főleg a has oldalsó részeiben a colon ascendens és descendens külső oldalán terjedhetnek a lobos folyamatok, általában azonban a peritonitis inkább haránt irányban progrediál.

A nehézkedés törvényének befolyása magyarázza meg, hogy mentől mélyebben fészlik az infectio forrása, annál könnyebben tokolódik el (példa a női genitaliákból kiinduló peritonitis), mennél magasabban, annál hamarabb válik általánossá.

A vakbél felől kiinduló lobos folyamatok a kis medence s az ellenkező oldali csípőtányér felé terjednek, úgy hogy az exsudatum baloldalt néha hamarabb és kifejezettebben jelentkezik, mint a jobb csípőtányérban.

A genygyülemek útjának a hasürben *Rotter*³⁴ (1896) szentelt különös figyelmet az appendicularis eredetű peritonitiseknél. A jobb csípőtányér genygyülemei a medence jobb oldalán a Douglasba süllyednek, ott egy vagy több tályogot alkotva; ha ezek nagyobb terjedelmet értek el, a medence bal oldalán terjednek felfelé, s a bal csípőtányérban gyűlve meg, innen a bal ágyéktáj s a lép mellett a bal subphrenicus tájba süllyedhetnek.

A jobb csípőtányérban meggyülemlert geny a fekvő helyzetben levő betegnél a jobb lumbáltáj felé süllyed és pedig első sorban a colon ascendens külső széle és a hasfal között, s innen vagy a máj és rekesz közé a jobb subphrenicus térbe, vagy a colonon át a máj alsó lapja és a colon közötti térbe; egy harmadik útja a genynek a colon belső szélén, a bél és a gerincoszlop közt halad el, végül a vékonybelek alatt vagy a hólyag és hasfal között vonulhat át a bal csípőtányérba.

*Sonnenburg*³⁵ (1894) az általános peritonitissnek három fajtát különbözteti meg:

1. Peritonealis sepsist, mely sokszor exsudatum nélkül, vagy savós, vagy véres exsudatum képződése mellett toxinaemia képe alatt folyik le. Characteristikus reá nézve a bélparalýsis, mely a széteső béltartalom toxinjainak felszívódására és bakteriumoknak a peritoneumba való átvándorlására vezet.

2. A diffus eves-genyes, és

3. a progrediens genyes fibrinosus peritonitist, melyeket a Mikulich-féle meghatározással identikusan determinál. A progrediens genyes fibrinosus peritonitissnek ismét két alfaját különbözteti meg; egyiknél a geny per continuitatem terjed, a másik féleségnél multiplex eltokolt

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVI. rendes tudományos ülés 1903. május 9-dikén.) 328. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. február 19-dikén tartott I. rendes ülése.) 329. l. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (101. ülés 1903. március 31-dikén.) 330. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1903. május 9-dikén.)

Elnök: Bäcker József. Jegyző: Benedict Henrik.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Benedict Henrik, Lipscher Móricz és Ranschburg tagtársakat. Jelenti, hogy az Ivanchich-segélyalpra való ajánlások határideje 2 hét.

A felső állcsontok időleges resectioja útján eltávolított koponyaalapi daganat.

Lipscher Móricz (Komárom): A koponya alapján fejlődő nasopharyngealis daganatok közül csak azok távolíthatók el direct módon hideg vagy izzó kacsával, melyek nyéllel bírnak. De a daganatok túlnyomó száma szélesen ül a koponya alapján, nyúlványokat bocsát az orrba és annak melléküregeibe, sőt néha a szemüregbe is. A daganatok ezen fajtáját csak úgy vagyunk képesek gyökeresen kiirtani, ha előzetes műtéttel hozzáférhetővé tesszük őket. Legelterjedtebb ez idő szerint Bruns eljárása az orr időleges megnyitásával. Hátránya, hogy torzító heget hagy hátra és nem tárja fel eléggé a garat üregét. A lágy és kemény szájjad felhasításával járó műtétek pedig igen bő vérzéssel járnak és rendkívül fáradságosok. Partsch néhány év előtt új műtéti módot ajánlott, melynek gondolatát egy sérülés alkalmából merítette. Módszere abban áll, hogy a felső állcsontok fogmedernyűlványait az állcsonttól levési és az így képzett csontlebenyt, mely a fogmedernyűlványokon kívül a kemény szájjadot is magában foglalja, lehajtja, illetőleg lefeszíti a szájjüreg felé, mire tág betekintést nyer nemcsak az orrüregbe, hanem a garatüregbe is. Herczel 1901-ben mutatott be egy Partsch szerint operált beteget, kinél kitűnő eredményt ért el. Minthogy ezen idő óta szóló műtétről közlést nem olvasott, kérdésesnek tartja a beteg bemutatását. Az eredmény ezen esetben is kitűnőnek mondható.

B. M. 26 éves zalamegyei földmivest orvosa, Deák dr. utasította bemutatóhoz Komáromba. Felvételtkor a jobb orrüregét élénk vörös, könnyen vérző daganat töltötte ki, mely majdnem a külső ornyílásig ért. A lágy szájjad a szájjüreg felé erősen le volt domborítva. A lágy szájjad és nyolvesap mögött a gömbölyded, helyenként lepedékes daganatnak alsó polusa látható. Újjal vizsgálva kitűnt, hogy a lüctőjásnyi fődaganat szélesen tapad a garatüreg tetején és elzárja mindkét hátsó ornyílást. A műtétet szóló 1903. április 8-dikán végezte chloroform-narcosisban Partsch módszere szerint. A felső ajk nyákhártyáját az átmeneti redő mentén a jobb 2. molaristól a bal 2. molarisig bemetszette, a nyákhártyát a csonthártával együtt, a mennyire lehetett, a csonttól lefejtette, az állkapocs fogmedernyűlványait a kemény szájjaddal együtt a szájjaddal párhuzamos irányban levésztte és az így képzett csontlebenyt a szájjüreg felé lehajtotta, mire feltárult nemcsak az orr-, hanem a garatüreg teteje is. A bő vérzést tamponálással csillapította, a daganatot, mely kitöltötte a jobb orrüreget és a jobb Highmor-barlangot is, részint tompán elevatoriummal, részint ollóval alapjáról lefejtette. A műtét ezen szakát heves vérzés követte, de szoros tamponálással sikerült a vérzést csillapítani. Ezután a csontlebenyt eredeti helyére visszahajtotta és a nyákhártyán és perioston át vezetett catgut-öltésekkel a felső állcsont-hoz rögzítette. Csontvarratot nem alkalmazott, hanem az alsó fogsornak a felsőhöz való odaszorítása által igyekezett a teljes adaptációt elérni. Lefolyás láztalan. Az első napokon a beteg vékony csövön keresztül szívta a tejet, mert száját a szoros kötés miatt nem nyithatta. 10. napon, miután meggyőződött arról, hogy a felső fogsor már alig mozog, a beteg pépes táplálékot kapott. Jelenleg, 1 hónappal a műtét után, a csontlebeny odaforradása tökéletes, a beteg jól rág és orrlégzése szabad. A kiirtott daganat Feldmann dr. vizsgálata szerint angioma cavernosum. Ez magyarázza a nagy vérzést. A műtéti eljárást a kartársak figyelmébe ajánlja.

Partsch-féle műtét után kiújult, másodizben per vias naturales kiirtott koponyaalapi fibroma.

Polyák Lajos: Az esetet 1901. márciusában Herczellel együtt mutatták be. A műtét azon időben teljes sikerrel végeztették, a daganat összes látható részei eltávolítottak. A beteget azóta szóló 2–3 havi időközben ellenőrizte. A kiújulás első nyomai egy évvel a műtét után jelentkeztek, az icsontüreg hátsó falából indult ki széles alapon a tyuktojásnyi daganat. Tekintettel arra, hogy másodizben végezni ugyanazon orrműtétet ugyanazon helyen mindenesetre nagy nehézségekkel járt volna, de különben is a daganat és a műtéti terület rhinoskopice teljesen jól volt áttekinthető és hozzáférhető, cocain és adrenalin mellett egy e célra szerkesztett, kapa-alakban megtört, hajlított vésszerű műszerrel a daganatot körüljárta, azt teljesen az alapján véste le és távolította el. A műtét alatt vérzés nem volt, a mi az adrenalin tulajdonítandó. Az eltávolított daganat tyuktojásnyi, göreső alatt, mint első ízben is, a koponyaalapi fibromák szokott képét mutatta.

A jelen műtét sikere felbuzdít arra, hogy alkalmas esetekben, ha a daganat még nem oly nagy, hogy az orrürt teljesen kitölti és ha az alapján a szem ellenőrzése mellett hozzáférhető, a természetes úton való eltávolítást kíséreljük meg, mielőtt a beteget nagyobb sebészi beavatkozásnak vetjük alá.

Donogány Zakariás: A Kétly-klinikán koponyaalapi daganatot észlelt 17 éves fiatal embernél, ki 3 év óta volt náthás, orra eldugult, heves orrvérzései voltak. Klinikára felvételkor baloldalt az egész orrjárat átjárhatatlan egy tumor miatt, mely az ornyílástól 1 cm.-re már látszott, körül lehetett járni, hátulról terjedt előre, a septum át volt tolvaj jobb oldalra, a jobb oldal még kevésbé átjárható volt. A lágy szájjad előre volt tolvaj a jókora diónyi dagana tól, mely alul ki volt fekélyesedve. A daganat a bal tuba felé esett, baloldalt siketség is volt. Diagnosis koponyaalapi fibromára vagy fibrosarcomára tétetett és műtét végett Dollinger professorhoz utasított.

Fischer Aladár: Mindenekelőtt elismeréssel tartozunk bemutatónak, mert esete úgy kosmetikai, mint therapiail szempontról teljesen sikerült. A Partsch-féle műtét eredményei nem mindig ilyen szépek, mert az orrsövény vagy a Highmor-féle üreg néha betörik és az orr vázban defectusok támadnak, a mi kosmetikai hiba. Azután nagy vérzés támadhat a fogmedri nyúlvány levésésekor és a daganat kivételkor. Ezért szóló a Partsch-műtéttel szemben a Bruns eljárásának szolgáltat igazságot, a mely eljárást szóló 8 esetben végezte fibrosus orrgaratüregbeli polypusok miatt. Vérzés csak a daganat kivételkor van. A műtét nem ad ugyan nagy helyet, de a Partsch-műtét sem ad valami túlnagy helyet. Elég nagy helyet ad a felső állkapocs temporarer resectioja. A Partsch-műtét főként cosmeticus szempontból előnyös, de a Bruns-féle eljárás se torzít, ha pontosan varruk. A Bruns-féle esetekben szólnak nem voltak recidívái; de ezen daganatok a pubertás után maguktól is visszafejlődnek.

Dollinger Gyula: A műtét, a melyet bemutató, ép úgy mint az, melyet Herczel a Polyák által említett esetben végzett, egyik sem volt az, a minek a meghívó mondta, „az állcsont időleges resectioja“, hanem csupán a kemény szájjad és a fogmedernyűlvány időleges resectioja. Erre szóló azért fektet súlyt, mert a kettő között lényeges különbség van. A Donogány által említett esetben Dollinger időleges állcsont-resectioval távolította el a daganatot, a mely széles alappal ült a koponya alapján, az orr bal felét, a cellulae ethmoidaleseket és a garatüregtől kitől ötte és a belőle időnként támadó vérzések miatt vált az egyénre veszélyessé. A haránt pofametszés, továbbá a felső ajkon keresztül az orr bal felén az orbita belső feléig, innen az alsó szemhéj alatt az orbita külső széléig vitt bőrmetszéseken keresztül a bal felső állcsontot véssével összekötötéséből kiválasztotta, de az arcz lágy részeivel összefüggésben hagyta és a kemény és lágy szájjadlást kettéválasztása után félrelehajtotta. Ezáltal teljes betekintést nyert a koponya alapjára és a daganatot kiirtotta.

Ennek a műtétnek előnye a bemutató által végzett Partsch-féle műtét felett:

1. Hogy a nagy vérzés elkerülhető. Az általa végzett állkapocs időleges resectionál a bal carotis externát alakította és így a csontok átvésése nem járt vérzéssel. A Partsch-féle műtétnél ezt csak kétoldali carotis externa-lekötéssel lehetne elérni.

2. A mint Fischer igen helyesen megjegyzi, a Partsch-féle műtét-nél a helyszűke miatt csak nehezen lehet a koponyalapi daganathoz férni, ez megnehezíti a teljes kiirtást és ennek a körülménynek tulajdonítja hozzászóló, hogy a Polyák által bemutatott esetben olyan rövid idő alatt lépett fel recidiva. Az időleges felső állcsontresectio tág betekintést enged és így a daganat eltávolítása tökéletesebb. Nem szükséges azonban, a mint Fischer ajánlja, mindkét felső állcsontot félrelehajlítani, mert az egyik állcsont helyén át is elég tágas betekintést nyerhetünk a koponya alapjára.

A bemutatott daganatról Lipscher azt állítja, hogy az angioma. Dollinger arra figyelmeztet, hogy ezen koponyaalapi fibromák rendszeren igen tág véredényekkel vannak ellátva a nélkül, hogy őket angiomáknak nevezhetnők. Ezen véredények szóló esetében is vértettek, a melyben pedig a carotis externa lekötése a lágy részeknek és a csontoknak megszakítását majdnem vértelenné tette. Lehetséges, hogy ezen vérzést még a kétoldali carotis externa-lekötés se szüntette volna meg, mert nem tartja kizártnak, hogy e véredények a koponyaalapon keresztül a koponyabeli véredényekkel közlekedtek. Polyák azon reménye, hogy az adrenalinnal annyira urává lesz a vérzésnek, hogy a daganatokat majd lehetséges lesz minden kitérés nélkül az orron át operálni, nem fog teljesedésbe menni, mert az adrenalin az ilyen nagy kaliberű edények vérzését, a melyenkről itt szó van, nem szünteti meg és másrészt a kitérésre nemcsak a vérzés miatt van szükség, hanem azért is, hogy a daganatot tökéletesen távolítsuk el a koponya alapjáról, a melyen az a legtöbb esetben széles alappal ül.

Lipscher Móricz: Az elnevezést rövidség okáért választotta. Maga is hangsúlyozta, hogy a felső állkapocs resectioja nagyobb betekintést nyújt, de ez heget okoz. Hogy Fischer a Bruns-műtét után nem látott recidívát, nem a műtét, hanem a daganat érdeme. A Partsch-műtét elég

1582/903. sz.

Aradvármegyében Dézna község székhelyével rendszeresített Dézna, Ravna, Monyásza (Monyháza gyógyfürdő), Laáz, Nyágra, Sztatina, Bohány, Prerest, Doncsény, Mínyád, Ignest, Szaszány, Nadalbest, Szelezsény, Diées, Revetis és Rossia községekből álló aradvármegyeyi XXX. számú közegészségügyi körben megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása a következő, u. m.:

1. A szüvetkezetti községek által fizetendő évi 1200 korona fizetés.
2. A déznai hámorbeli és hozzátartozó restyiráti bányamunkások gyógykezeléséért a társulástól felajánlott évi 300 korona atalány.

3. Gyógykezelés céljából igényelt látogatások után nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér látogatási díj szedhető. Vagyontalan betegek ingyen gyógykezelendők.

A körorvos székhelyén a halottkémi teendőket végezve esetenként 40 fillér díjat szedhet.

Ezenkívül az eddigi körorvos a boros-sebesi uradalomtól a restyiráti munkástelepén levő vashámor munkásainak gyógykezeléséért évenként 640 koronát és gazdasági alkalmazottai után 120 koronát élvezett. Valamint a borossebes-menyháza vasút orvosi teendői ellátásáért 300 korona és a borossebesi ker. betegségélyző pénztárból az ipari, gyári alkalmazottak után 220 koronát élvezett évenként. A kör községei lakossága nagyobb részben román ajkúak.

A választás határidejét Dézna község székházához folyó évi május hó 25-dikének délelőtti fél 11 órájára tűzöm ki, s felhivom mindazokat, a kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi május hó 23-dikének délután 6 óráig benyújtják.

Az állás a megválasztott körorvos által folyó évi június hó 15-dikén elfoglalandó.

Boros-Sebes, 1903. évi május hó 7-dikén.

Bolyos József, főszoigabiró.

1946/1903. szám.

Az elhalalozás folytán megüresedett sáta körorvosi állásra, melynek kerületébe Sata, Nékészény, Omány, Csókva, Lénárd, Darócz, Királd, Mercse, Uppony, Bóta községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása 1600 korona készpénz, mely Borsodmegye házi pénztárból negyedévenként fizetetik és a szabályzatilag megállapított látogatási díjak.

A választás 1903. évi június hó 23-dikán d. e. 9 órakor Sata községházánál fog megejteni.

A megválasztandó körorvos állását legkésőbb 1903. évi július hó 1-sején elfoglalni köteles.

Felhivom a pályázni óhajtokat, hogy szabályszerően felszerelt, képesítésüket és eddigi szolgálataikat okmányokkal igazoló pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb 1903. évi június hó 1-sején d. u. 5 óráig annnyival inkább nyújtják be, mert a később érkezők figyelembe véteteni nem fognak.

Ózd, 1903. évi április hó 27-dikén.

Zsóry György, főszoigabiró.

3-3

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati osztályán eltávozás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1000 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Pályázni kívánókat felhivom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos Lukács György dr., Békésvármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi május hó 21-dikéig küldjék be. Később érkező folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

A kivézett állását folyó évi június hó 1-én elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi május hó.

Berkes dr., kórh. igazgató.

2-2

Üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
máj. 24	körorvos	Kőcs	800 k., 200 laktbér, kézi gyógytár	Konkoly fszb., Nagy-Igmánd.
jún. 10	körorvos	Csözstelek	1600 k.	Fóris fszb., Zsombolya.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczy Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik vese-, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyúrnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SEMMEERING

Vízgyógyintézet és magaslati kúra.

835 méter a tenger színe fölött.
— Bécsből 2 óra távolság. — — Prospektusok kívánatra. —
Vízgyógyintézet „Maendlhof”.
Dr. Ballmann.



3 heti gyógytartam

Rohitsch-Sauerbrunn.

Klimakterium.

Az alkalikus Rohitsi „Styria-forrás” az utolsó kísérletek

alapján valamennyi hasonló vizet felülmúlja.

Modern gyógyeszközök.

UJ-TÁTRAFÜRED

Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedowi, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcserezavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknél (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), üdülőknél, karlsbadi utókúra stb.
Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, dietetikus gyóymód (hízaló és soványító kúra), inhalatio (lignosulfít, törpefenyőgöz), hidegvízkurák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.
— Mindig nyitva! — Dr. Fái Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Cornides-féle fekete áfonya gyógybor

(Vinum myrtillor. Cornides)

meglepően biztos hatású gyógyszer a bélhurutnak s emellett kedvezően befolyásolja az emésztést. — Kapható gyógyszerárakban; hol nem, oda küld készítő 5 üveget 8 koronáért költségmentesen.
Cornides Károly, Felka (Szepesmegye).

BAD HALL országos gyógyfürdő

Felső-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő a havasok közt.

Javalatok: Mindennemű scrophulosus és idült gyuladási betegség, Legmodernebb gyógyeszközök. Értesítést küld a fürdőigazgatóság.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magánygyógyintézet. Felvételnek férf- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hízaló kurák; tabeles betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanárral vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.



TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, u. m.: arnyárbántalmak, vértóduulás, fejfájás, étványhiány, epa-, gyomor- és hóibajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható előrehaladt koriaknál és gyermekeknek. Semmimétt drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igén alkalmas a mindeunapi használatra azoknál, kik rendszeres 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.



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufner Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A mellkas szúrásai és lövései sérüléseiről. 332. l.

Korányi Sándor: Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról. Az extrasystolés arhythmiai diagnostikai jelentőségéről. 333. l.

Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.) Véletlenül előidézett házi malaría-endémia a kolozsvári belgyógyászati klinikán. 335. lap.

Tárca. G. E.: Az új osztrák orvosdoktori szigorlati szabályzat módosítása. 337. lap. — **Kuthy Dezső:** Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről. 338. l.

Közegészségügy. A német orvosok állásfoglalása a betegsegélyző törvény novellájával szemben. 239. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pólya Jenő Sándor: Az általános

heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 341. l. — *Könyvismertetés. M. Fleisch:* Geschlechtskrankheiten und Rechtsschutz. (G u s z m a n.) — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Donzello:* Diureticumok használata. — *Snel:* Az immunitás viselkedése narcosis alatt. — *Gyógyszertan. Fuchs:* A bismuthatás elmélete. — *Crieger* és *Gröber:* A mesotan. — *Gilbert és Carnot:* A cecropia physiologiai és gyógyászati hatása. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Unger:* A hydrogen-superoxyd. — *Borde:* A chininum sulfuricum. — *Folyóiratok átnézete.* 342. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az orvostudományi kar pályatételi az 1903/4-diki tanévre. — Egyetemi alkalmazások és ösztöndíj adományozások. — Kitüntetés. — Gager Károly. — Tuszkaik Ödön. — Cukor Miklós. — Kis Tivadar. — Jutalmazás. — Kinevezések és választások. — A Poliklinika közgyűlése. — A Charité kórház-egyesület. — Tudomásul. — Garnault kísérletének eredménye. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Tudomásul. — Megjelent. — 343. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Budapesti kir. Orvosegyesület. — A XIV. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásából. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A mellkas szúrásai és lövései sérüléseiről.

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

A mellkasnak szúrás és lövés okozta sérülései nemesak fontosak gyakoriságuknál fogva, hanem érdekesek is azon sokféle szövődmény miatt, melyet a tüdőnek vagy a szívnek sérülése okozhat. Közöttük mindenesetre elég nagy számmal fordulnak elő olyan esetek, melyek a sérülés felületes voltánál fogva sebészeti beavatkozást nem igen igényelnek és bármilyen kezelés mellett is meggyógyulnak, valamint olyan súlyosak is, melyek halállal végződnek rövid idővel a sérülés után. Azonban e két végtől eltekintve, a legtöbb eset olyan, hogy a kezeléstől nagyon sok függ. Ezen kezelés kérdése pedig még ma sincs végérvényesen tisztázva úgy, mint pl. a hasüreg sérüléseinél; sőt ma még kevésbé mint azelőtt. Nemesak a súlyosabb sérülésekre nézve áll ez, a hol a tüdő- és a szívsebészet fellendülése óta a régi várakozó kezelés mindinkább háttérbe szorul, hanem még az egyszerű át nem hatoló sebésekre is, különösen a szúrásokra.

Míg a lövés okozta sérülések tapasztalat szerint a gyakorlatban aseptikusnak tekinthetők és mint ilyenek kezelendők, addig a sebészek egyrésze a szúrás okozta sérüléseket minden esetben fertőzötteknek tekinti és ennél fogva vagy nyíltan kezeli, vagy a szűrcsatornát egész lefutásában fertőtlenítés céljából feltárja és csak azután egyesíti. Mások viszont a friss szúrt sebeket elég aseptikusnak tartják arra, hogy varratokkal egyesíthetők legyenek.

Nem áll ugyan ez idő szerint még egy oly, nagyobb számú

esetre támaszkodó statisztikai közlemény rendelkezésünkre, melyből egyrészt végleges ítéletet lehetne mondani ezen sérülések újabb „gyökeres” kezelésének valódi értékéről, másrészt összehasonlítani az ezen kezeléssel elért eredményeket a conservative illetve expectative kezeltekével, mégis gondolkozóba kell hogy essünk, ha a legutóbbi háboruk kimutatásainak ide vonatkozó részét olvassuk. Csak *Ringel*-nek egy kimutatását említjük, a melyből látjuk, hogy a lezajlott búr háborúban észlelt 17 tüdőszúrás közül egy sem halt meg; *Küttner* közleménye szerint is jó lefolyásúak voltak e háborúban a beható mellkasi lövések. Hasonlóképpen feltűnően jó kimenetűek voltak *Mohr* szerint a kínai háborúban is a mellkasi lövések. Pedig mindezen esetekben a kezelés semmi másban nem állott, mint egy kis antiseptikus fedőkötésben.

„Zur sicheren Entscheidung der Frage, welcher der verschiedenen empfohlenen Behandlungsmethoden der Vorzug zu geben sei, fehlt es zur Zeit an einem brauchbaren grösseren, statistisch zu verwerthenden Material, da die vorhandenen Statistiken über Thoraxverletzungen meist die Art der Behandlung unberücksichtigt lassen“ írja *Klett*, midőn a stuttgarteri kórházban észlelt 110 mellkasi sérülés kezeléséről és annak eredményéről beszámol. *Klett* közleménye azonban a mellkasi sérülések kezelésének kérdését csak egyoldalúlag világítja meg.

Azon nagyszámú és érdekes esetek, melyek a budapesti k. m. t.-egyetem 2-dik számú sebészeti klinikumán az *utolsó tíz év alatt* észlelés és kezelés alatt voltak, a kérdésnek másik oldalról való megvilágításához és talán annak végleges tisztázásához adatokat szolgáltatnak. Klinikánkon 1892—1902. év november haváig összesen 301 mellkasi sérülés esete képezte „megfigyelés tárgyát”; ezen 301 eset közül 153 szúrás (közöttük 42 beható) és 148 lövés (közöttük 89 beható sérülés) volt. Ezen esetünk között több olyan van, melyet nem a kezelés szempontjából, hanem azért említünk meg, mert egy és más tekintetben annyira

érdekesek, hogy ismertetésükkor a szúrás és lövés okozta sérülések casuistikáját is gazdagítani akarjuk.

Az esetek csoportosításánál úgy jártunk el, hogy a nem behatoló sérüléseket külön választottuk a behatolóktól, külön tárgyalván az elsőknél a szúrás és külön a lövés okozta sérüléseket.

I. A mellürbe nem hatoló sérülések.

1. Szúrások.

A klinikánkon 10 év alatt észlelt 342 mellkasi sérülés között 153 volt szúrás, tehát az összes (lövési, zúzási, égési) sérüléseknek 44,7%-a. A szúrások között behatoló csak 42 volt (27,4%). Klett 86 szúrási sérülése között 32 volt behatoló (37,2%).

A mellkas szúrási sérülései nem nagy jelentőségűek akkor, ha a szúrás csak a felületes légyszövetet, a bőrt, az izomzatot érte. Azonban még az ily felületes sérülések is komolyakká válhatnak, ha a seb fertőzve lett, mert ezelszerűtlen kezelés mellett a lob a mellhártyára is áttérjedhet és egy még az életet is veszélyeztető súlyos septikus pleuritisnek vagy tüdőtályognak képezheti kiindulási pontját. De a mellkast ért szúrás súlyossága legelső sorban attól függ, hogy a mellüreget megnyitotta-e vagy nem? A milyen könnyű kifejezett esetekben, a hol bőr alatti emphysema, pneumothorax vagy tüdőszélesedés jelei vannak, a sérülés behatoló voltát felismerni, oly nehéz sokszor, ha az említett tünetek nincsenek jelen. Néha egészen felületesnek látszó sérüléseknél (különösen a lövésekre áll az), a hol a mellüreg megnyitásának gyünnyát egy tünet sem kelti fel, csak később lépnek fel a sérülés behatoló voltát bizonyító tünetek. Ezért a mellkast ért minden szúrásnál legelőször annak mélysége felől kellene tájékozódunk, a mit kutaszszal való vizsgálattal könnyen el is érhetünk. Ezen vizsgálat azonban nem tekinthető közönyösnek, még ha steril kutaszszal történik is, mert még a legóvatosabb vizsgálat mellett is megtörténhetik, hogy egy frissen keletkezett thrombust leszakítunk vagy a már összetapadt pleura-sebet ismét szétválasztjuk. Ezért a seb kutaszolását, ha csak lehetséges, elkerüljük; inkább tartjuk és kezeljük a nem behatoló szúrást mint behatolót, semhogy kórisémnk bizonyossá tétele érdekében a nem behatoló szúrást művileg kutaszokkal behatolóvá tegyük.

A nem behatoló szúrások is komoly jelentőségűvé lehetnek a fertőzéstől eltekintve még edényszérülések által is. Eltekintve az arteria és vena subclavia sérüléseitől, különösen az arteria mammae interna és az intercostalis erek sérülései azok, melyek itt szóba jöhetnek, minthogy az arteria thoracica longából származó vérzés könnyen csillapítható. A subclaviaris erek szúrási sérülése oly erős vérzést okoz, hogy legtöbbször rövid idő alatt elvérzik a beteg, mielőtt még orvosi segítség alkalmazható lett volna. Az arteria mammae interna és az art. intercostalis ritkán sérülnek anatómiai helyzetüknél fogva. *Tourdes* az egész irodalomban a mammae interna sérüléseinek 11 esetét találta feljegyezve; a mi 153 esetünk közül egyszer sem fordult elő. Úgy az art. mammae interna, mint az art. intercostalis sérülései legtöbbször a pleuraüreget megnyitásával járnak, de azért a nélkül is észleltettek már. *Tourdes* említett 11 mammae interna sérülése között 2 nem volt behatoló. A mammae interna és a tüdő egyidejű szúrásának egy esetét említi *Wetzel*, melyben a sértült ütőeret bordaresectio után lekötötték; az eset septikus pleuritis miatt halállal végződött. *Linhardt* esetében a beteg elvérzett. Az arteria intercostalis ilyen nem behatoló sérülésének egy esetét mi is észleltük.

M. Sándor felvétel 1898. XI. 20. Verkedés közben oldalba szúrták. A bal mellő és hátsó hónaljvonal között a 4. borda felső széléből az 5. alsó széléig terjedő hosszirányú szúrt seb, mely a 4. borda alsó széléig megvágta. Sebből erős vérzés, mellüreg megnyitásának semmi jele. A szúrt seb tágitatik és a megvágott borda felemelésekor erős vérzés; tamponálás.

A seb felső és alsó része csomós varratokkal szűkítették. Vérzés eláll. Láztalan lefolyás. XI. 27. Varrat és tampon kivétel. XI. 30. Javultan távozik.

Hogy ezen esetünkben az arteria intercostalis csak meg volt-e szúrva vagy teljesen keresztül vágva és hogy a pleura tényleg sértetlen volt-e, vagy felvételkor véralvadék a kis nyílást már összetapasztotta, az eldöntetlen marad. Még azt sem lehet kizártnak tekinteni, hogy nem

is a szúrás okozó kés, hanem a megsértett borda egy kis szilánkjából volt okozója a vérzésnek.

Az esetben, ha a borda közti edényekkel egyidejűleg a pleuraüreget is meg lett nyitva, a sérülés még komolyabb jellegű, sőt elvérzést is okozhat. Annak oka, hogy oly kis ürterfű ér mint a milyen az intercostalis — melynek átmérője 0,5–1 mm.-nél nagyobb nem szokott lenni —, elvérzéshez vezethet, abban a körülményben keresendő, hogy a tüdő a vért aspirálja a mellüregbe és thrombus nem keletkezik. *Froriep* az arteria intercostalis sérülésének 30 esetét állította össze; közülök 12 szúrás, 18 lövés következménye volt. Ugyancsak ő közül egy esetet, melyben ezen arteria keresztülszúrása elvérzést okozott.

Hogy ezen elvérzés nem tüdőszélesedés következménye volt, azt a bonczolat bizonyítja. *Wetzel* esetében, a hol az intercostalis keresztül volt szúrva, a halál két nap múlva állott be a mellüregbe történt elvérzés folytán; a szúrás alig vérzett, úgy hogy a kezelő orvos 2 csomós varrattal egyesítette a sebet.

A be nem hatoló szúrt sebek gyógyításánál legelső teendőnk az esetleges vérzés csillapítása. Ha a vérzés helye mélyebben fekszik, ezt csak a szúrás csatorna tágitásával fogjuk eszközölhetni. A mi az arteria mammae internából vagy az arteria intercostalisból eredő vérzést illeti, itt vagy a vérző edényeknek lekötése bordaresectio után, vagy tamponálás lesz szükséges.

Azon minden kétségen felül álló tényből kiindulva, hogy a szúrt seb bakteriologikus szempontból minden esetben fertőzött seb, a sebészek egy része a primaer varratot teljesen elvetendőnek tartja és a sebet tamponálva nyíltan kezeli (*Tillmanns*). Klett friss szúrt sebeknél a szúrcsatorna primaer fertőtlenítését ajánlja; a szúrcsatornát rétegzetesen tágitja egész lefutásában esetleg egészen a mellhártyáig vagy a szívurokig; kimosás, drain-behelyezés, varrat. Egy másik tekintélyes része a sebészeknek (*Billroth, König, Langenbuch*) a primaer varratot ajánlja. *Riedinger* a követendő eljárást a seb frissességétől és esetleges erős fertőzöttségétől teszi függővé. A sérülés után rövid idővel kezelés alá kerülő eseteket azonnal bevarrja, a későbbieket vagy a gyanusakat előzőleg fertőtleníti (de nem rétegzetes tágitással) és egy gaze esik bevezetése után varrja be.

Klinikánkon *Réczey* tanár előírása szerint 10 év óta a következőleg kezeljük a be nem hatoló szúrásokat: A szúrcsatorna kutaszolásától, ha csak lehetséges, tartózkodunk. A seb környékét leborotváltuk és aetherrel, majd 1%-os sublimát oldattal lemossuk. Ha a szúrcsatornából olyan ütőeres vérzés mutatkozik, mely a seb tágitása nélkül nem csillapítható, akkor azt tágitjuk. A vérzés pontos csillapítására mindenkor nagy gondot fordítunk. Ezután a szúrcsatornát 3%-os bórodattal vagy 1%-os sublimát-oldattal kimoszuk azon célból, hogy a véralvadékokat, az esetleges ruhafoszlányokat, vagy más a szúrcsatornába került testeket, esontörmeleket kimoszuk. Most a sebet, ha az friss (ha környéke nem duzzadt, nem mutat kezdődő lobos tüneteket), csomós selymvarratokkal teljes hosszában zárjuk. Mélyebb, az izomzatot is sértő szúrásoknál külön rétegben elsüllyesztett csomós catgut-varratokat is alkalmazunk. A sebek ezen csomós varratokkal való zárásától eltérünk természetesen egészen felületes, csupán a bőrt sértő, valamint oly szúrásoknál is, melyek nem friss állapotban kerülnek kezelésünk alá, vagy a hol a vérzéscsillapítás tamponálást tesz szükségessé. Drainsövet sohasem alkalmazunk, a szúrcsatornát fertőtlenítés céljából sohasem tágitjuk.

Minden egyes ajánlott és használatos kezelésre vonatkozó nagyobb statisztikai kimutatás nem áll rendelkezésünkre. A harezmezőn észlelt és közölt esetek a kezelés módját teljesen figyelmen kívül hagyják. *Langenbuch* az 1896-diki berlini congressuson említi, hogy körülbelül 50 szúrt sebet a mellkasnak kezelte primaer varrattal halálozás nélkül és azt állítja, hogy a szúrt sebek a gyakorlatban aseptikusoknak bizonyultak. Azonban nem említi, hogy esetei közül tényleg hánynál volt per primam a gyógyulás és hogy hány volt penetráló sérülés az 50 között? Annál becsebb *Klett*-nek statisztikája. Az ő 54 nem penetráló szúrási sérülése között 51 a szúrcsatorna említett elsődleges fertőtlenítésével kezelve per primam gyógyult, 3 esetben csak fedő kötés lett alkalmazva.

Klinikánkon 111 nem behatoló szúrás közül nem lett egyesítve varratokkal a seb összesen 20 esetben; és pedig 1 esetben,

mert a beteg a varratba beleegyezni nem akart, 2 esetben, mert a seb már phlegmonosus volt a felvételnél (4 és 5 nappal a sérülés után), 17 esetben pedig mert vagy csupán a bőr volt átszúrva vagy csak igen kicsiny volt a bemeneti nyílás. Ezen utóbbi 17 eset közül 3 a felvétel utáni második, 5 a harmadik, 4 a negyedik, 2—2 az ötödik és hatodik, 1 a tizenkettedik napon hagyta el gyógyultan, illetve még teljesen be nem hámosódott sarjadzó felülettel javultan a kórodát. Azon eset, a hol a gyógytartam tizenkét nap volt, egy vívőtörrel történt szúrás volt, mely a pectoralis majoron át a bordáig hatolt.

A többi 91 esetben varratot alkalmaztunk a következő eredménnyel:

Egy betegünk, kinél a pectoralis majorba hatoló szúrt seben kívül a fejtetőn több csontig hatoló zúzott seb is volt, delirium tremens tünetei között a felvétel utáni 5-dik napon meghalt. A mellkas sebe a varratok körül semmi lobos reactiót nem mutatott. Három betegünk sebe phlegmonosus lett, ötnél fonálgenyedés volt ugyan, de a sebszélek teljesen összetapadtak, úgy hogy mind az öt 10—12 nap alatt gyógyult; a többi 82-nél *per primam gyógyult a seb*. Ezen 82 eset közül 21-nél elsüllyesztett izomvarratok is alkalmaztattak.

A phlegmonosussá vált 3 eset röviden a következő:

1. B. József felvétel 1895. VI. 10. Verekedés közben egy vasrács kiálló hegyes csúcsába esett. A jobb negyedik borda között a bimbó és mellső hónaljvonala között egy 5 cm. zúzott, befordult szélű seb, melytől felfelé 3 cm. terjedelemben egy vonalas hámosodás van. Kimosás, csomós varratok. VI. 12. Höemelkedés, seb környéke duzzadt. Dunst-kötés. VI. 14. Duzzanat, pir nem esőkkent, varratkiszedés, seb szétnyitattik, kiirrigálás. VI. 17. Bő genyedés, majd feltisztul a seb és sarjadzik. VI. 25. egy kis, még be nem hámosodott felülettel távozik.

2. M. Béni felvétel 1895. X. 14. Ittas állapotban egy zseb-késsel megszúrták. A jobb kulcsfont közepi harmadának megfelelőleg 4 cm. nyire alatta egy 2 cm. hosszú, a pectoralis major izomzatába hatoló, erősen vérző folytonosságú. Kimosás, csomós varratok. X. 15. Az igen nyugtalan beteg a kötést leszakította és a bevarrt sebet felsértette, úgy hogy vérezeni kezdett. X. 17. Höemelkedés, erős duzzanat a seb körül. Varratok kiszedtek. Genyedés, mely X. 24.-re megszűnik. X. 27. Sarjadzó sebbel távozik.

3. P. István 78 éves napszámos, felvétel 1898. III. 13. Öngyilkossági szándékból zsebkésével mellbe szúrta magát. A bal bimbótól 2 cm.-el kifelé és lefelé egy 3 cm. hosszú, bordáig hatoló szúrt seb. Kimosás, varrat. III. 19. Höemelkedés; varratkiszedés, a sebszélek szétváltak, genyes váladék. Kiirrigálás, jodoformgaze-tampon. III. 28. Sarjadzó felülettel távozik.

Az első esetben nem tisztán szúrt seb lett egyesítve, hanem egy seb, melynél a szúrás zúzóással volt párosulva; úgy látszik, hogy a zúzóadás és az infectio egyidejű jelenléte akadályozták meg a *per primam* egyesülést. A második esetben hajlandók volnánk a seb genyedését annak betudni, hogy az ittas beteg a kötést letépvé, sebet inficiálta. A harmadik esetben feltűnő a beteg 78 éves kora.

De mondjuk, hogy ezen 3 esetben eljárásunk következménye volt a seb genyedése, még akkor is az összes bevarrt esetek 96,6%-a gyógyult *per primam* 8—10 napi gyógytartammal és csak 3,4%-a genyedt.

Klett-nek 51 esete a seb primaer desinfectioja után gyógyult minden zavar nélkül. De milyen áron érte ő el ezen eredményt? A szűresatorna réteges tágitása mélyebb szűrésoknál hosszadalmas és fájdalmas műtét, mely miatt a beteget narcotizálni kellett. Eljárásának jó eredményei látszólag azt bizonyítják, hogy neki sikerült a szűresatornát annyira desinfectálni, hogy az *per primam* egyesülhetett. De nem is tekintve most azon kérdést, hogy egy már inficiált sebet lehetséges-e egyáltalában aseptikussá tenni, mi is prima gyógyulást tudunk elérni 96,6%-ában az eseteknek a szűresatorna rétegzetes feltárása nélkül, jelölül annak, hogy a szűresatorna egyszerű kifecskendezése és a környezet megtisztítása elegendő oly fokú sterilitás elérésére, mely mellett prima egyesülés létrejöhethet. Minek végezzünk egy felesleges műtétet, és minek tegyük ki a beteget egy narcosisnak, ha a nélkül is lehet jó eredményt elérni. Azt senki sem fogja állítani, hogy a szűresatorna „primaer desinfectiojával” minden esetben biztosan desinfectálhatjuk a sebet. A míg élő szervezetet operálunk, a melyet biztosan aseptikussá tenni nem tudunk, a prima gyógyulást feltétlenül biztosra venni nem lehet. Klett eljárása előnyeként még azt hozza fel, hogy csakis ily módon lehet biztosan a pleura sérülését constatálni. De ha már a sondával való vizsgálatról is

tartózkodunk, félvén, hogy a pleurát megsértjük, mennyivel könnyebben tehetünk ezen rétegzetes tágitással egy nem penetráló szűrés penetrálónak és lehetőleg okozóivá egy pneumothoraxnak, mely mégsem egészen közömbös az esetleg erősen kivérzett betegre.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról.

Az extrasystolés arhythmiaik diagnostikai jelentőségéről.

Korányi Sándor egyet. tanártól.

(Folytatás.)

Mackenzie érve megtámadhatatlan, de az sem tagadható, hogy Lommel-nek is van igaza akkor, mikor a látszólag pillanatnyi ingerek szabályos ismétlődéséből arra a következtetésre jut, hogy ezeknek az ingereknek állandó okból kell eredniök.

Közelebbről nézve a dolgot, azt látjuk, hogy Lommel és Mackenzie nézetei látszólagos ellentétük dacára összeegyeztethetők. Ahhoz ugyanis, hogy az extrainger systolét váltson ki, nemcsak annak létezése szükséges, de az is, hogy a szív ingerlékenységéhez képest elég erős legyen. Gyenge állandó extrainger hatástalan marad, olyan extrainger pedig, a mely állandó, de intenzitásában változik, maximalis intenzitásának idejében hatásos lehet, míg akkor, mikor gyenge, fennállását mi sem bizonyítja. Könnyen elképzelhetjük tehát, hogy a szívre állandó extrainger hat, a mely többé-kevésbé szabályos időközökben annyira fokozódik, hogy extrasystolét vált ki, azután ismét gyengülve, hatástalan marad. Az állandó extrainger periodusos fokozódása és gyengülése tehát olyan folyamat, a melynek felvételével megmagyarázhatjuk azokat a tényeket is, a melyek Lommel arra birták, hogy a bigeminus extraingerét állandónak, valamint azokat is, a melyek alapján Mackenzie ezt az ingert pillanatnyinak tartotta. Igaz, hogy ez egyelőre csak hypothesis. A következők azonban e hypothesisnek szilárd alapot nyújtanak.

Ha felvesszük, hogy az extrainger állandó és annak csak intenzitása változik, akkor ezen ingadozások időbeli viszonyaira fontos következtetéseket vonhatunk. A szabályos pulsusok alatt az extrainger lappang. Ezek után jön egy extrasystole. Tehát az extrainger maximumát az extrasystole kiváltásakor éri el. Azután következik a compenzáló pausa, a mely alatt a szívre hatásos inger nem hat. Tehát az extrainger az extrasystole után gyengül. Ha azt látjuk, hogy minden extrasystole után gyengül az extrainger, akkor azt kell hinnünk, hogy az extrainger megszűnése és az extrasystole közt szoros oki viszony áll fenn. Tehát a gyenge extrainger a szabályos pulsusok alatt erősödik, végre elég erőssé válik ahhoz, hogy extrasystolét váltson ki. Az extrasystole az ingert gyengíti, úgy hogy a szív a compenzáló pausa ideje alatt nyugalmában marad.

Lássuk e felvétel folyamánait tovább. Ha az extraingert systole szüntetheti meg; akkor az extraingernek a szív teltségével kell összefüggésben állania. Ha pedig az extrainger a szív teltségétől függ, akkor azt az extrasystole annál teljesebben, tehát annál tartósabban szünteti meg, minél erősebb.

A hypothesis e folyamánya megvalósul a következő tényekben: A bigeminus időértéke Knoll törvénye értelmében egyenlő két szírvolutio összes tartalmával. Ezen szabály alól azonban kivételek vannak. Néha a compenzáló pausa a szabályosnál rövidebb.

Lommel azt találta és észleletének helyességéről sokszor meggyőződtem, hogy megrövidült bigeminussal szívgyengeség súlyos eseteiben találkozunk, míg teljes időértékű bigeminusok szívgyengeség kifejezett tünetei nélkül szoktak előfordulni. Ez az észlelet azt mutatja, hogy az extrasystole után az extrainger megszűnésének tartama bizonyos összefüggésben áll a szív erejével. Azonban a szív erejének használható mértékével nem rendelkezünk és szívbetegknél a szív erejének összehasonlítása tagadhatatlanul olyan művelet, a melynek megbízhatóságához szó fér.

Azért más úton igyekeztem magamnak a szív ereje és a bigeminus tartama, illetőleg a compenzáló pausa hossza közt fennálló viszonyról felvilágosítást szerezni.

Ez az út a következő: *Engelmann* szerint a szív contractilitása a refractaer időszak befejeződése után nagyon kicsiny, azután fokozatosan nő. Hogy ez a tétel emberre nézve is áll, annak direct bizonyítékával még fogunk találkozni. Ha áll az, hogy a compenzáló pausa tartama az extrasystole erejétől függ, akkor gyenge szívnel a compenzáló pausa különösen rövid lesz akkor, ha az extrasystole nagyon korai, míg, ha az extrasystole valamivel később jön létre, mikor a szív már valamivel erősebb, akkor a compenzáló pausának is hosszabbnak kell lennie. Meggyőződtem róla, hogy ez tényleg így van. Görbeanalysiseim közül példaképpen egynek eredményét felemlíttem.

A graphikus táblán a pulzusok *magasságait* pontok jelölik, a melyek vízszintes távolsága a 0 ponttól a pulzust megelőző pausával, függőleges távolsága pedig a pulzusok magasságával arányos. E pontok elhelyezéséből látható, hogy a pulsus nagyjában annál nagyobb, minél hosszabb pausa után következik. Igen érdekes ennek constatalása után megállapítani azt, hogy mi módon függ a pulzust követő pausa tartama az azt megelőzőétől.

Minden adatot több pulsusra vonatkozó számok közéértékével fejezve ki, az egyik esetben, ha a pulzust megelőző pausa tartama T^1 és az azt követő T^2 akkor T^1 és T^2 a következő módon tartoznak össze:

T^1	T^2
0:30—0:35	0:36
0:40	0:47
0:45	0:48
0:50	0:65
0:60	0:70
0:70	0:80

Más szóval $T^1 < T^2$, vagyis a pulzusokat követő pausák általában hosszabbak, mint az azokat megelőzők és annál hosszabbak, minél későbbi pulzusokat követnek.

Miután a systolék ereje késésükkel *Engelmann* szerint nő, ez annyit tesz, hogy a systolákat követő pausák hossza a szív erejével fokozódik.

Ennek bebizonyítása az előrebecsátott hypothesisnek erős alapot ad. Ha a compenzáló pausa hosszúsága, vagyis az extrainger megszűnésének ideje, egyenes arányban áll az extrasystole erejével, akkor ez a kísérlet tisztaságával teszi valószínűvé azt, hogy az extraingert az exstole szünteti meg.

Ha pedig az ingert *systole*, tehát a szív kiürülése szünteti meg, még pedig erejével arányos időre, akkor az az inger csakis a szív teltségével állhat összefüggésben.

A korai systolék tanának új aerája *Knoll* kísérleteivel kezdődik. *Knoll* állatokon bebizonyította, hogy, ha az aorta kiürülésének akadályát fokozzuk, akkor olyan arhythmiaik származnak, a melyek az emberieknek egészen hű utánzatai. Ebből a tapasztalatból azt a következtetést vonta le, hogy arhythmia akkor jön létre, ha a szív ereje az előtte levő akadályhoz mérten elégtelen levén, systolái tökéletlenekké válnak. A tökéletlen systoléból eredő túltelődésben kell tehát az extrainger forrását keresni. *Riegel* és *Ebstein* *Knoll* nézetét magukévá tették. Azt hathatósan támogatta *Lommel* azon tapasztalatával, hogy bigeminusok a betegeknek két csoportjánál észlelhetők.

Az egyik csoportnál a szív kifejezetten gyenge, a másiknál annak ereje észrevehetően nem csökkent, de ezekben az esetekben a vérnyomás mérhető kóros fokozódása van jelen. Mind a két csoportra nézve egyformán áll, hogy a szív ereje feladatához képest kicsiny úgy, a hogy azt *Knoll*-nak állatkísérleteken alapuló theoriája megköveteli.

Ezek szerint *Knoll*, *Ebstein*, *Riegel* és *Lommel* egyetértenek abban, hogy az arhythmia okozó extrainger forrása a szívnek feladatához mért ama gyengesége, a melynek következménye a túltelődés és így az extrasystole tulajdonképeni okát a túltelődéssel kell összefüggésbe hoznunk. Ezt az összefüggést az emberre nézve is bebizonyítja az, hogy az extraingert a szív extrasystoleja gyengíti, még pedig annál tartósabban, minél erősebb az. Mindezek után tehát az extrasystolés arhythmiaik oka felől sokkal világosabb képet alkothatunk magunknak, mint *Knoll* kísérletei előtt.

De *Knoll* nézete, a mely szerint az arhythmia oka a szív túltelődése, ha közel is jár a valósághoz, azt teljesen mégsem tartalmazza. Ha egészen tartalmazná, akkor a szív dilatatiojának foka és működésének arhythmiaja közt, legalább nagyjában, arányosságot kellene tapasztalnunk. A legfelületesebb észlelés meggyőző róla, hogy ilyen arányosságnak nyoma sincs. Néha a szív óriási dilatatio daczára is szabályos időközökben húzódik össze. Máskor nagy arhythmiaiknál is alig lehet a dilatatio legkisebb jelére akadni. Tehát a szív túltelődése és az arhythmiaik közt nincs oly szoros viszony, mint a hogy azt *Knoll* theoriája eredeti formulázásában megkövetelné.

Ez nem meglepő. Ismeretes, hogy a szív megtelődése nagy mértékben változhatik. *Stolnikow* kísérletei szerint a szív legkisebb teltsége a legnagyobbhoz úgy viszonylik, mint 1:6. Ha a szív bizonyos nagyságot elérő vértartalma annak összehúzódását váltaná ki, akkor ez a változékonyság lehetetlen volna.

Ezzel szemben *Bernstein*, *Foster*, *Gaskell*, *Biedermann* és mások kísérleteiből tudjuk, hogy a szívet összehúzódásra ingerli az üregeiben uralkodó pozitív nyomás.

Marey, *Goltz* és *Gaule* és számtalan más physiologus nyomási görbéi azt mutatják, hogy a szív üregeiben a diastole alatt, tehát mikor a szív ingerelhető, vagy negatív, vagy elenyésző kis mértékben pozitív a nyomás.

Ez annyit tesz, hogy a szív izomzatának ellazulása üregeinek megtelődésével lépést tart. Ha bizonyos körülmények közt ez a harmonia megzavaratik az által, hogy a szívet valamely vis a tergo gyorsabban tölti meg, mint a hogy izomzata ellazul, akkor a nyomási görbe felszál és ez, a kísérlet tanúsága szerint extraingerré válva, extrasystolét válthat ki.

Tehát az állatkísérlet és a klinikai tapasztalat egyaránt azt bizonyítja, hogy az extrasystolék a szív túlteltségével függenek össze, másrészt azt látjuk, hogy a túltelődés és az extrasystolék nem járnak mindig együtt és a kettő közt hiányzik a párhuzamosság; viszont az állatkísérletek másik csoportja azt bizonyítja, hogy a szív vértartalmának nagysága egymagában a szívet nem ingerli összehúzódásra, de igenis ingerli azt a diastole-nyomás pozitívítása. Mindezek után az extrasystolés arhythmiaik okát a következő módon kell formulázunk. *Extrasystolék származnak, ha a szív ereje és feladata közötti aránytalanság folytán a szív túltelül, azonban csak akkor, ha ez a túltelődés a szív diastoleja alatt uralkodó nyomást annak üregeiben erősen pozitívvá teszi.*

E helyen kell emlékeztetükbe idéznem, hogy az extrasystolés arhythmiaik gyakran együtt járnak kisebb-nagyobb kisugárzó fájdalmakkal. *Head* egészen más úton arra az eredményre jutott, hogy e fájdalmak oka a szív nagy nyomás alatti diastolés teltsége.

A mód, a hogy extrasystolés arhythmiaik az állatkísérletben előidézhetők, az arhythmiaik időbeli lefolyása az embernél, a szív teltségének és a szívbeli nyomásnak hatása a szív izmára úgy, a hogy az az állatkísérletben nyilvánul, az arhythmiaikat sokszor kísérő paraesthesiaik és kisugárzó fájdalmak, az elmondottak szerint mind egy körülményre utalnak, mint a korai systole kiváltó ingerére és ez a szívbeli diastolés nyomás fokozódása.

Ezek után a bigeminus theoriáját a következőkben foglaljuk össze:

A bigeminust a korai extrasystole hozza létre, a mely a vele járó refractaer állapotnál fogva megakadályozza a legközelebbi szabályos systole létrejöttét. A kieső systole eredménye a bigeminus compenzáló pausája.

Az extrasystole oka egy extrainger. Az extrainger forrása a szív túltelődése, ha vele nagy pozitív diastolés nyomás jár együtt. Az időnként ismétlődő bigeminusok tehát úgy származnak, hogy a szabályos pulzusok bizonyos száma alatt a szív tökéletlen ereje annak túltelődéséhez vezet. Ha ez a túltelődés nagy pozitív nyomást eredményez a diastoleban, akkor extrasystolét vált ki. Az extrasystole a szívet túlteltségétől egy időre megszabadítja. Ha elég erős erre, akkor megszabadítja a compenzáló pausa szabályos tartamára és akkor szabályos bigeminus keletkezik.

A szabályos bigeminus hosszú pausája a szív viszonyaiban lényeges változást hoz létre. Alatta az arteriaik ráérnek szokatlanul nagy mértékben kiürülni. A mikor tehát a szív összehúzódik, újában a rendesnél kisebb nyomás áll. Másrészt a szív hosszú

pauszája alatt a szív contractilitása igen nagyra nő. A postcompensatiós systole tehát kis akadálylál szemben igen nagy erővel történik és így rendkívül nagy eredménnyel jár. Ez az eredmény a szívet teljesen kiürítheti és így a bigeminus után egy ideig az extrainger zavaró hatása nélkül pulzálhat szabályos rhythmusban addig, míg elégtelen összehúzódásai újra nem vezetnek nagy nyomás alatti túltelődéshez.

Ezek után a bigeminust olyan tüneteknek kell tartanunk, a mely csak annyira magán viseli a czélszerűség látszatát, mint a compenzáló hypertrophia, vagy a compenzáló dilatatio. Reguláló szerepe abból áll, hogy korai systolája, ha elég erős, hosszú nyugalmat hoz létre, a mely alatt a szív ereje megnő, az útjában álló akadályok alászállanak és így a postcompensatiós systole kiegyenlítheti azt a túltelődést, a mely a szabályos időközökben ismétlődő systolák elégtelenségéből eredt.

Tisztelt Orvosegyesület! Bár meg vagyok arról győződve, hogy ezen egyesület minden tagja egyetért *Frerichs*-sal, a ki szerint „Grundlage der Klinik ist die wissenschaftliche Medicin in ihrer ganzen Ausdehnung; sie bearbeitet dieselbe ohne Rücksicht auf praktische Verwerthung“, mégsem vettem volna igénybe szíves figyelmüket a bigeminus tanának a részletekig menő kifejtésével, ha az nem állana szoros összefüggésben az arhythmiai diagnostikai értékesítésével a gyakorlatban. Ez az, a minek kifejtésére kell most áttérnem.

Az eddigiekben eljutottunk odáig, hogy az extrasystole a szív nagy pozitív nyomás alatti diastolés megtelődésének következménye és így ennek jele.

De lássuk, mit jelent az, ha a szív diastolés túltelődése nagy pozitív nyomással jár? A szív túltelik egyrészt akkor, ha gyenge. Gyengeségénél fogva középtonusa leszáll.

Ha a mellett az erek tonusa változatlan marad, akkor a vér eloszlása változik meg és az aránylag nagy tonusú erek a vért visszaszorítják a csökkent tonusú szívbe. A szív ilyen túltelődése azonban abban nagy nyomásra nem vezethet, hiszen az eloszlás rendellenességének oka épen az, hogy a szív tonusa, tehát tartalmára gyakorolt nyomása kisebbedett. Azért a szív gyengülése egymagában nagy pozitív nyomás alatti túltelődéshez nem vezethet és arhythmiaát nem okozhat.

Positív nyomás alatt a szív csak akkor telhetik meg, ha a vért valami vis a tergo erővel sajtolja be a szívbe.

Ez a vis a tergo csak magából a szívből származhatik, tehát csak úgy jöhet létre, ha a szív valamelyik része nem elég erős arra, hogy teljesen kiürüljön, de a mögötte fekvő elég erős arra, hogy a tökéletlenül kiürült részt erővel töltsse meg.

A négy szívrészlet előtt igen különböző nagyságú akadályok állanak. Daczára ennek az ép szív mind a négy része ugyanazon idő alatt egyenlő vérmennyiségeket továbbít. Ez csak úgy lehetséges, ha a szív négy részletének izomereje ugyanazon viszonyban áll egymáshoz, mint a megfelelő akadályok, vagyis minden szívrész ereje és feladata közt ugyanaz az arány. Ezt a viszonyt, a mely kifejezésre jut az izomzat tömegében is, megzavarhatja az, ha valamely részlet izomzata gyengül, vagy valamelyik üreg akadály a izomzatának rezerverején túl nő. Legyen ez a rész pl. a bal kamara. Ez esetben az aránylag gyengébb bal kamara bizonyos idő alatt kevesebb vért továbbít, mint a többi szívrész. A bal kamarába behajtott és az abból kiürülő vér mennyiségének különbsége a bal kamara túltelődéséhez vezet, még pedig olyan nyomás alatti túltelődéséhez, a mely nagyságára nézve a szívrészek erejének aránytalanságától függ. Ugyanez áll ceteris paribus a többi szívrész gyengeségének esetére nézve.

Azt a szívrészt, a mely kisebb eredménnyel ürül ki mint a többi, a többi szívrészlet dilatálja és így annak kitágulása pozitív nyomás mellett történik.

Az extrasystole oka a nagy diastolés nyomás. Nagy diastolés nyomás akkor keletkezik, ha valamely szívrészletet a többi nagyobb eredménnyel tölti meg, mint a milyennel az kiürül. Ezek után az extrasystolék diagnostikai jelentőségét már közelebről meghatározhatjuk. Extrasystolés rhythmus-zavar annak a jele, hogy egyik szívrészlet ereje feladatához képest kisebb, mint a többié,

tehát a szívgyengeség aránytalanul oszlik el a szív különböző részei között.

Ez a tétel igazi eredménnyel csak akkor alkalmazható a diagnostikában, ha olyan módszerrel hozzuk kapcsolatba, a melynek segítségével eldönthetővé válik a localizálás kérdése is és ha azon következtetésünket, hogy a szív egyik részlete feladatához mérten gyengébb a többinél, megtoldhatjuk eme túlnyomóan gyenge részlet kijelölésével is. Ez tényleg lehetséges a következő alapon: *Gaskell*, *Engelmann* és *Hering* bebizonyították állatkísérleteikben, hogy az extraingerből eredő ingerület a szív ingerelt pontjából indulva ki, a szomszédság egymásutánjában terjed át a szív egész izomzatára. Az extrainger behatásának helyét tehát felismerhetjük, ha sikerül kimutatni, hogy melyik szívrészlet húzódott össze először. Embernél ezt a kérdést *Mackenzie* a vena- és az arteria-pulsus görbéinek összehasonlítása, *Lommel* a kardiogramm elemzése, *Hering* a compenzáló pausa tartama alapján igyekeztek megoldani. Eredményeikről szólni messzire vezetne és felesleges volna azért is, mert módszereik, a mint azt részletes közleményekben ki fogom fejteni, gyakorlatilag nem alkalmazhatók. Az extrasystole kiindulási helyét az ő eljárásaiknál sokkal egyszerűbben localizálhatjuk az auscultatio útján.

(Polytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár.)

Véletlenül előidézett házi malaria-endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán.

Irtá: *Jancsó Miklós* dr. adjunctus.

(Vége.)

G. Márton-nál rostonyás tüdőlobbal complicálódott a malaria. A malaria jelenlétét az intermittáló láz, a lépmegnagyobbodás, a vérben található malaria-paraziták bizonyítják; a pneumonia crouposa felvételére a tüdők felett talált eltéréseken kívül a köpet minősége, a köpetben található nagyszámú *Fränkel-féle* diplococcus lanceolatus jogosítottak fel. Mindkét folyamat: úgy a malaria, mint a pneumonia fennállottak a halál beálltaig s így a sectio lélete által is bizonyíthatók voltak.

A betegnek 6 izben már volt másodnapoként rohama, a mikor december 8-dikán kirázta a hideg s kezdetét vette a pneumoniája, eddigelé hidegrázása nem volt, csupán somnolens, elesett volt minden hőemelkedése alkalmával.

A pneumonia acut malaria mellett is előfordul, bár gyakrabban malaria cachexiánál észleltetik.

A malaria pneumoniánál *Marchiafava*, *Guarnieri*, *Antolisei* egész normális pneumoniás hőmenetet észleltek, mások szerint a hőmenet igen különböző lehet: rendetlenül remittáló, ritkán intermittáló, rendszeren nem ismerhető ki a hőmenetből a két componens, vagy mint a mi esetünkben is volt: a hő magas niveau felett, jelen esetben tipikus másodnapos emelkedéseket mutat.

Esetünkben volt észlelhető az általános tünetekben csekély ingadozás a szerint, hogy a betegnek nagyobb volt vagy kisebb a láza; de a helyi tüneteknek és jellegző köpetnek olyan intermittáló megjelenése és eltűnése, mint azt régi szerzők leírják (*Griesinger*), észlelhető nem volt.

Az acut malariához csatlakozó pneumonia rossz prognoszt ad s különösen rossz a prognosis, ha a malariát félholdképző parasitafaj hozta létre. Ilyenkor a pneumonia rendszeren asthenikus alakban lép fel s rendszeren 5—6 roham után exitus következik be.

Esetünkben inkább a pneumonia nagy kiterjedése volt oka a bekövetkezett exitusnak. Érdekes, hogy a chinin, melyet per os és subcutan adagoltunk, a malaria-parazitákat megsemmisíteni nem tudta, tehát ép úgy hatástalannak bizonyult, mint azt perniciosus malariánál gyakran leljük.

Pneumoniát és malariát egyszerre nem gyakran látunk a mi vidékünkön, a minek oka abban is rejthetik, hogy a mi vidékünkön

a pneumonia a kora tavaszi hónapokban, a malaria pedig a nyári és őszi hónapokban grassál. Így mi az utolsó 7 év alatt ilyen nemű vegyes infectiót nem észleltünk, dacára annak, hogy ez idő alatt 390 pneumoniát és 368 malariát észleltünk.

Egy esetünk fordult elő ezen idő alatt, a mely ép úgy, mint e mostani, halállal végződött; a klinikai kórkép a malaria perniciosa comatosa képe volt. A bonczélet és kórszövettani vizsgálat azt mutatta, hogy az agynak majdnem összes hajszáledényei parasitákat tartalmazó vörös vértestecsekkel mintegy ki vannak fecskendezve; a bal alsó tüdőlebens pedig typusos croupus tüdőlob székhelye, melyből a *diplococcus lanceolatus* tisztán tenyésztett ki.

* * *

G. Ferenczné terhessége hatodik hónapjában kapja meg a malariát, mely chininre pár nap mulva megszűnik, de ismét recidivál s februárban, a midőn gyermekét megszüli, szintén már régebb ideje recidivában szenved.

Ennek következtében koraszül, a gyermek életképes, 45 cm. hosszú, 2550 gm. súlyú leány s malariának semmi jelét magán nem hordotta, vérében malaria-parasiták nem voltak találhatóak.

A gyermek normálisan fejlődik s 1902. júliusáig malaria nem jelentkezett nála.

A utolsó 7 év alatt ez a harmadik esetünk, a hol az anyának malariája volt a szülés alkalmával s az újszülöttnel együtt megfigyelésünk alatt állott a kórházban, a hol tehát a születés utáni infectio szunyogok által ki volt zárható.

Ezek közül az egyik *Molnár Vasziné* 28 éves asszony, ki 1897. október 22-dikén délután pár napi rosszullét után, comatosus állapotban szállítatik be a szülészeti klinikára 38°8' C. hőmérsékkel, ott megszüli. A szülés után sem tér magához, október 23-dikán egész nap comatosus, reggel hőmérséke 40°0', délután 39°5' és október 24-dikén reggel a nélkül, hogy magához tért volna, elhal.

Sectionál az eset malaria comatosának bizonyul.

Környezőtől csupán annyit lehetett megtudni, hogy a beteget pár napja a hideg rázta; de mivel jól kifejezett lép- és májnagyobodása volt — a lép 405 gm., 18 cm. hosszú, 10 cm. széles; a máj pedig 1785 gm. súlyú —, valószínűnek tartjuk, hogy régebb idő óta szenvedett malariában. Erre mutatott a hullavérnek és a szerveknek göröcsői vizsgálata is, mert nagy számmal voltak félholdak és sphaerák találhatóak, a melyek pedig csak legalább egy hétig tartó megbetegedésnél észlelhetők.

A magzat október 23-dikán délelőtt 3 órakor születik meg, 48 cm. hosszú, 2700 gm. súlyú.

Életképes, egészséges, semmi olyan eltérés nincs nála, a mely malariás megbetegedésre mutatna. Hőemelkedései nincsenek. Október 29-dikén vérvizsgálatnál malaria-parasiták vérében nem találtattak.

November 3-dikán, a midőn kincstári ápolásba adatott, sem hőemelkedései nem jelentkeztek, sem vérében malaria-parasiták nem voltak találhatóak.

Faluhelyt november 18-dikán elhalt, orvosi bizonyítvány szerint halál-ok: veleszületett gyengeség.

Érdemesnek tartjuk a felemlítésre, hogy az anya szerveinek göröcsői megvizsgálásánál a malaria-parasitákat legnagyobb számmal az agyban és a méhben találtuk meg, ellenben jóval kevesebb azoknak a száma a lépmetsetekben, a csontvelőmetsetekben, úgy szintén a többi szervekben és vérben.

Az agy hajszáledényei mintegy ki vannak fecskendezve oszló malaria-parasitákkal. Ép így a méh metsetein a véröblök telve nagyszámú oszló malaria-parasitákkal. Ellenben a véredényekben, a szív vérében, de sőt az agy véredényeiben is oszló parasiták nem, csupán félholdak és sphaerák találhatóak.

Dacára annak, hogy ily módon a méh mintegy telve volt malaria-parasitákkal, a magzat malariában nem betegedett meg.

* * *

Másik észleletünk egy *Grabán Julcsa* nevű 30 éves nőre vonatkozik, a ki születe előtt egy hétig mindennapos hidegrázásban szenvedett.

1898. november 15-dikén volt utolsó tisztulása, magzatmozgásokat 1899. márczius 21-dikén érzett először. Szült július hó 17-dikén délelőtt 1 órakor 49 cm. hosszú, 3100 gm. súlyú fiúgyermeket. Az anyának szülés után azonnal 37°5' a hőmérséke.

Julius 18-dikán reggel 1 $\frac{1}{2}$ órakor kirázza a hideg, hőmérséke 39°1'-ra szökik fel. Vérében plasmodium vivax parasitái találtak 2 generatióban, megfelelően a mindennapos hidegrázásoknak. Chinin vétele után a további hidegrázásai elmaradnak.

Julius 27-dikén déli 1 órakor azonban ismét kileli a hideg s hőmérséke 39°3'-ra emelkedik fel.

Julius 28-dikán 10 órakor kirázza a hideg, hőmérséke 40°1'-ot is elér.

További chinin-adagokra újabb hőemelkedései nem jelentkeznek.

Az újszülöttn semmi olyan eltérés nem volt található, mely már a magzati életben fennálló malariára mutatott volna. Vérében malaria-parasitákat a szülés utáni napon nem találtunk.

Augusztus 1-jén	reggel	hőmérsék	36°7' C.
	d. u.	"	37°1' C.
Augusztus 2-dikán	reggel	"	37°5' C. nyugtalan, sokat sír.
	d. u.	"	37°0' C.
Augusztus 3-dikán	reggel	"	37°4' C.
	d. u.	"	36°7' C.
Augusztus 5-dikén	reggel	"	37°7' C.
	d. u.	"	36°6' C.
Augusztus 6-dikán	reggel	"	39°7' C.
	d. u.	"	39°1' C.

Délelőtt 10 órakor kiborzongatja a hideg, sokat sír. Vérében plasm. vivaxot találtunk elég számmal, két nemzedékben.

A chinin adagolására hőemelkedése többé nem jelentkezett.

Az újszülött tehát szintén malariában betegedett meg. Hőmérséke a szülés utáni 13-dik napon kezd successiv emelkedni, naponta intermissiókkal, tehát ép annyi idő mulva, a mely megfelel a plasmodium vivax-szal végzett vératoltásnál átlagosan talált lappangási időnek (*Mannaberg*).

Az újszülött vérében ép úgy tertiana parasitákat találtunk, mint az anya vérében s ép úgy két nemzedékben, a mely miatt a hőmenet egyformán quotidiana típusú volt.

* * *

De térjünk vissza házi endemiánkhoz! Hogy a megbetegedéseket a laboratóriumból elrepült anophelesek hozták létre, arra mutatnak a következő körülmények:

A megbetegedések a félholdképzőkkel végzett inoculatio kísérleteknél talált időnél egy pár nappal későbbben sűrű egymásutánban jelentkeztek, holott sem azelőtt, sem azután, hogy ez elrepült anophelesek elfogattak, soha klinikánkon malariát nem szerzett senki.

Klinikánkon, úgy mint a környi épületekben, a melyek igen közel fekszenek, egész éven át csupán *culex pipiens* voltak találhatóak ősz felé igen nagy számban a folyosókon, betegszobákban, ellenben anopheleseket sohase találtunk.

A hideg igen korán beállván, a fűtést már szeptember 10—14-dike között megkezdettük az esti órákban, az sem valószínű tehát, hogy a szobákba kívülről anophelesek jutottak be s itt elrejtöztek és a fűtés megkezdésével kedvet kaptak a csipésre s így lépett fel az endemia, mert hiszen akkor a szomszédos épületekben ép úgy kellett volna, hogy malaria-megbetegedés előforduljon, sőt még inkább, mint minálunk, mert hisz a mi épületünk középen fekszik.

Az sem valószínű, hogy talán más alkalmakkor véletlenül egy-egy anopheles elszabadult, elrejtözött a szobákban s a bennfekvő malariás betegektől inficiálódva inoculálta a malariát, mert akkor a legtöbb megbetegedés az emeleten kellett volna hogy előforduljon, a hol anophelesekkel legtöbbet jártunk s a hol legtöbb malariás beteg feküdt és a betegek létszáma is a legnagyobb mint az az idecsatolt s a megbetegedéseket helyiségek szerint fel-

tüntető helyrajzból kitűnik,¹ mert épen ellenkezőleg a souterrainban volt a legtöbb a megbetegedések száma, a hol pedig anophelesekkel sohasem is jártunk, sem malariás beteg nem volt.

Ime tehát, mint láttuk, a laboratóriumból ellillant és malariával fertőzött anophelesek, melyeknek száma 20 lehetett, egy házi malaria-endemiát okoztak, 9 megbetegedéssel.

Ha most elgondoljuk, hogy a mit itt a vérében gametákat tartalmazó beteg megcsipetésével és a vért szívott anopheleseknek 30° C.-ú thermostatban tartásával mesterségesen végeztünk, t. i. hogy az anopheleseket mesterségesen inficiáltuk, az a külvilágban, a hol egy-egy helyiségben százakra megy az idült váltólázban szenvedők száma, vérükben gametákkal, a nyári melegben milyen könnyen történik meg természetes úton s ha tudjuk, hogy egyetlen fertőzött anopheles csipése is előidézi a malariás megbetegedést, sőt egyetlen több egyént is fertőzhet, úgy igen könnyen megérthetjük: hogyan terjed olyan könnyen a malaria s hogy ér el némely vidéken azon pár nyári hónap alatt, míg tart, olyan kiterjedést, hogy egy-egy helyiségnek majdnem minden lakója váltólázban szenved.

Hogy télen malaria-esetek előfordulhatnak, sőt endemia is, bár igen ritkán, s hogy az épen nem bizonyít ellene a szunyog-malaria-theoriának, azt e kis közlemény is bizonyítja. Idült recidiváló malaria-esetek egész tél folyamán gyakoriak s a mi esetünkben a thermostat volt, azt megteszi egy kályha feletti meleg szöglet is.

Bármennyire érdekes és tanulságos is volt ez a házi endemia, épen annyira megijesztett minket, hisz milyen ijesztő fellépés volna például scarlatinánál, ha pár nap alatt egy épületben ennyien betegednének meg! és ugyancsak örömlünkre szolgált, hogy a hideg tél következtében csak klinikákra szorítkozva maradott. Mert meg vagyunk győződve, hogy ha ez nyáron történik meg, az anophelesek átrepülnek a szomszéd épületekbe is s egy formalis malaria-endemia okozóivá leszünk. Szerencsére ez

nem történt meg, de azóta kétszeres ügyelettel vagyunk anophelesek eltartásánál és a velők végzett kísérleteknél. Az anopheleseket tartalmazó kalitok finom fehér dróthálóból készült házikóban állanak, melyet folyton zárva tartunk s melyben a véletlenül elszabadult anophelest könnyen megtalálhatjuk. E házikóban történik az anophelesek kifogása, átérésztése más kalitba stb. Ép így zár alatt s betett ablakkal tartjuk a szobát is, melyben a házikó áll.

A thermostat szintén finom fehér dróthálóból fülkét kapott, pontosan záró ajtókkal, melyek mindig zárva vannak.

A mi esetünkben a védekezés igen egyszerű volt: mivel kórtermeink betegekkel tele voltak, nem használhattunk zampironit vagy más füstölő szert, sem a hideggel nem pusztíthattuk el őket, mert betegekkel tűzszulva voltunk. Nem maradt más hátra, mint hogy összefogdostuk őket, a mi azon okból, mert kórtermeink világosak, faluk fehér s csupán ágyak és asztalok vannak teinkben, könnyen ment.

A már kissé sötétebb folyosókon, hol sok dróthuzal van a falakon, ez nehezen ment volna s ezért úgy jártunk el, hogy az ajtókat és ablakokat nyitva hagytuk pár éjjelen át s így a beállott -7—8° C. hideggel elöltük a netán ott elrejtőzöttöket.

Hogy ez eljárás bevált, mutatja az, hogy több megbetegedés elő nem fordult. Ha azonban nyár lett volna, nem maradott volna más hátra, mint füstölő szerekekkel ölni el ott őket.

Ezen kis endemia fényes bizonyítéka tehát annak, hogy a malariát anophelesek terjesztik emberről emberre. Terjed-e vajjon más úton is a malaria? erre a kérdésre a tudomány jelen állásánál nem felelhetünk másképen, mint Kerschbaumer: „A legelső s a természet háztartásában még soha nem hallott eset volna, hogy ilyen finom élő lények, olyan komplikált fejlődéssel, mint a haemosporidiumok, megengedhetnék azt a luxust maguknak, hogy a fejlődésük rendes útja mellett még egy más útja is legyen kifejlődésüknek.“

T Á R C Z A.

Az új osztrák orvosdoktori szigorlati szabályzat módosítása.

Ausztriában, mint ismeretes, 1899. december 21-dikén adta ki a vallás- és közoktatásügyi minister az új orvosdoktori szigorlati szabályzatot, mely főleg Exner előterjesztése alapján készült. Ugyanő ismerette az új rendet a bécsi orvosok egyesületében, hol a bécsi egyetem orvosi facultásának egy másik tanára lesújtó kritikát mondott fölé. A midőn azután a végrehajtásra került a sor, az egyetemi polgárság hatalmas mozgalmat indított meg a szabályzat módosítása érdekében.

A facultás tanárai szemmel láthatólag pártolták a mozgalmat s ennek eredménye lett, hogy a vallás- és közoktatásügyi minister a császár felhatalmazásával az orvosi facultások javaslatára 1902. április 22-dikén az első szigorlatra vonatkozó több változtatást tett. A minister ezenkívül a folyó évben újabb tanácskozást tartott, melyen résztvettek az orvosi facultások képviselői, a belügyi s cultusministeri szakreferensek. Ezen megbeszélések eredménye a szigorlati szabályzat újabb módosítása, mely ugyancsak a császár jóváhagyásával 1903. április 14-dikén kelt, s melyet főbb vonásaiban a következőkben ismer-tetünk:

1. Az orvosdoktori fok elérésére a jelöltnek az orvosi facultáson 10 félévet kell eltöltenie s 3 szigorlatot letenni.
2. A köteles órák száma 20, egy semester kivételével, a mikor 16.
3. Hogy más facultáson vagy külföldi egyetemen eltöltött félév mennyiben számítható be, a felett a tanártestület meghallgatásával a minister határoz.
4. Az első szigorlat előtt 4 félévet kell hallgatni, a melyek alatt 2 téli féléven át részt kell venni a bonczteni gyakorlatokban.
5. Az első szigorlat tárgyai: általános biologia, physika orvosok számára, vegytan orvosok számára, boncztan, szövettan, élettan; az első kettő elméletileg, a többi elméletileg és gyakorlatilag; az első három már a 4-dik félév végén le lehet tenni, a többit az 5-dik félévben kell elvégezni. Az egyes tárgyak között 2 heti időköz engedhető, de e terminust a dékán meg is hosszabbíthatja.
6. A 2. és 3. szigorlat a tanfolyam bevégezte után tehető le s a jelöltnek ki kell mutatnia, hogy az I. szigorlat óta 6 félévet hallgatott. Az számít első semesternek, a melyben az I. szigorlatot letette, utolsó-nak, a melybe be van írva. Ezen idő alatt a következő tárgyak hallgatása kötelező: belgyógyászat s sebészet heti 30 órája 3 v. 4 félévre elosztva; szülészet s nőgyógyászat heti 20 órája 2 v. 3 félévre elosztva; szemészet heti 10 órája 1 v. 2 félévre elosztva; gégszét, fülészet s fogászatból

¹ A megbetegedések helyrajz szerint így léptek fel: (A szobák olyan helyzetben vannak egymáshoz feltüntetve, mint az az épületben van; csupán a beteg- és lakószobák vannak feljegyezve.)

Bal szárny.

Középső rész.
Souterrain.

Jobb szárny.

60. sz. szoba.
2 szolgából D. András
megb. XI/26. Szoba
előtti gangon 1 anoph.,
nem vizsgáltott.

67. sz. szoba.
4 személyből G. Fe-
renczné megbet. XII/2.
G. Pista megb. XII/3.

77. sz. szoba.
3 szolgából S. Róza
megb. XII/4., D. Ilona
megb. XII/9. Szobájuk-
ban találtott 3 anoph.,
2 inficiála.
72., 73., 75. sz. szobák.
14 apácából megbet.
nem történt. Szobáik-
ban anophelesek nem
találtattak.

Földszint.

II. kórterem 10 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtunk.
B.) Elkülönítő 2 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtunk.
A.) Elkülönítő 2 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtunk.
I. kórterem 10 ágygyal.
D. Tódor megb. XII/8.
Találtott 1 anoph.,
nem vizsgáltott.

36. sz. szoba.
Egyedül lakó Jancsó dr.
megb. XII/10. anoph.
nem találtott.

Laboratóriumok az
egész szárnyon.
Jancsó dr. laboratóri-
umban 1 anoph., nem
vizsgáltott.

Emelet.

V. kórterem 24 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.
C.) Elkülönítő 3 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.
VI. kórterem 6 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.
VII. kórt. 12 ágygyal.
G. Márton megb. XI/27.
Találtott 4 anoph. 2
nem vizsgáltott, 2 in-
ficiálva nem volt.

24., 23., 14. sz. szobák
gyakornokok lakásai.
10., 12., 13. sz. külön-
szobák 1—1 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.

III. kórterem 24 ágygyal.
D. Anna megb. XII/5.
Anoph. nem találtott.
D.) Elkülönítő 2 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.
IV. kórterem 10 ágygyal.
Megb. nem történt.
Anoph. nem találtott.

6 hetes cursus heti 5 órában vagy megfelelő félvi előadások, ojtásból 1 hétig 5 órán át gyakorlatok. A tanártestület határozatából a gégegyógyászat, fogászat oktatása más klinikai tárgyakkal egyesíthető.

7. A 2-dik szigorlat tárgyai: kórboneztan és kórszövettan, általános és kísérleti kórtan, gyógyszer-tan és vénytán, belgyógyászat, elméleti és gyakorlatilag. Az első három tárgy a tizedik félvi végén is letehető, ha pedig a jelölt a katonai félvét is leszolgálta, akkor a többi tárgyakból is kaphat terminust.

8. A 3-dik szigorlat tárgyai: sebészet, szülészet és nőgyógyászat, szemészet, bőr- és bujakórtan, közegészségtan, törvényszéki orvostan, az utolsó kettő elméletileg, a többi elméletileg és gyakorlatilag.

9. A 2. és 3. szigorlat censorai figyelmen fordítsanak, hogy a jelöltnek az anatómiából s fiziológiából elegendő képzettsége legyen.

10. Egy-egy szigorlat összes tárgyait 6-6 hó alatt le kell tenni.

11. Valamennyi szigorlatot ugyanazon egyetemen kell letenni, csak kivételes esetben teheti a jelölt a 2. és 3. szigorlatot más egyetemen mint az első és pedig csakis a miniszter engedélyével, mely engedélyt a tanártestület meghallgatása után adja meg.

A következő két táblázat a magyar és osztrák új szabályzatoknak a kötelező tárgyakra és a vizsgálat tárgyaira vonatkozó intézkedéseit egymás mellé állítja. G. E.

A kötelező tárgyak összehasonlítása.

Magyarország 1901. január 11. szab. Félvényként heti 20 óra beírása kötelező.	Ausztria 1903. április 14. szabályzat:
--	--

I. szigorlat előtt:

Négy félvi elöltése és pedig	
Ásványtan	1 félvi
Allattan	1 "
Növénytan	1 "
Természetan	5 óra 2 "
Vegyten	5 " 2 "
Leíró boncztan	5 " 2 "
Élettan	5 " 2 "
Boncztan gyakorlatok	1 "
Szövet-tani	1 "
Vegy-tani	1 "
Élettani	1 "

II. és III. szigorlat előtt:

Tíz félvi elöltése (4 félvi hazai egyetemen)	
Kórboneztan	5 óra 2 félvi
Gyógyszer-tan	5 " 2 "
Kórboneztani gyakorlatok	1 "
Ált. kór- és gyógyt.	5 óra 1 "
Törvénysz. orvost.	5 " 1 "
Közegészségtan	5 " 1 "
Belklinikai	10 " 4 "
Sebészeti klinika	10 " 4 "
Sebészeti műtét-tan	5 " 1 "
Szemészeti klinika	10 " 2 "
Szülészet-i klinika	10 " 1 "
Nőgyógyászati előadások	3 " 1 "
Elmekór- és gyógytan	3 " 1 "
Gyermekgyógy.	3 " 1 "
Bőr- és bujakórt.	3 " 1 "

A vizsgálatok tárgyainak összehasonlítása.

Magyarország	Ausztria
<i>A tanfolyam alatt:</i>	<i>A tanfolyam alatt:</i>
I. orvosi szigorlat:	I. szigorlat:
Természetan szóbeli vizsgálat	Általános biológia elméletileg
Vegyten " " "	Természetan orvosok számára elméletileg
Élettan szóbeli és gyakorlati vizsgálat	Vegyten orvosok számára elm. és gyak.
Boncztan szóbeli és gyakorlati vizsgálat	Boncztan elm. és gyak.
	Élettan elm. és gyak.
	Szövet-tan elm. és gyak.
<i>A tanfolyam után:</i>	<i>A tanfolyam után:</i>
II. orvosi szigorlat:	II. szigorlat:
Kórboneztan szóbeli és gyakorlati vizsgálat	Kórboneztan és kórszövet-tan elm. és gyakorlatilag
Általános kór- és gyógytan szóbeli vizsgálat	Általános és kísérleti kórtan elm.
Gyógyszer-tan szóbeli vizsgálat	Gyógyszer-tan és vénytán elmélet.
Közegészségtan " " "	Belgyógyászat elm. és gyak.
Törvényszéki orvostan szóbeli vizsgálat	Gyermekgyógyászat elm. és gyak.
	Elme- és idegkórtan " " "

III. orvosi szigorlat:

Belgyógyászat klinikai és szóbeli vizsgálat
Sebészet klinikai és szóbeli vizsgálat és gyakorlati vizsgálat a sebészeti műtét-tanból
Szemészet klinikai vizsgálat és gyakorlati vizsgálat a szemészeti műtét-tanból
Szülészet és nőgyógyászati klinikai vizsgálat és gyakorlati vizsgálat a szülészet-i műtét-tanból
Klinikai vizsgálat a gyakorlati orvostan egy specialis tárgyából (elmekórtan vagy gyermekgyógyászat, vagy bőr- és bujakórtan felváltva)

III. szigorlat:

Sebészet elmélet. és gyakorlat.
Szülészet és nőgyógyászat elm. és gyakorlati
Szemészet elméleti és gyakorlati
Bőr- és bujakórtan elm. és gyak.
Törvényszéki orvostan elmélet.
Közegészségtan elméletileg.

Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről.

(Folytatás.)

Egyoldali volt a tüdőmegbetegedés 70 esetben és pedig: férfiaknál 25 esetben, nőknél 12 esetben, összesen 37 esetben jobboldali; férfiaknál 20 esetben, nőknél 13 esetben, összesen 33 esetben baloldali.

Ellenben kétoldali volt a tüdőmegbetegedés 242 esetben és pedig: körülbelül egyforma intenzitású volt a megbetegedés mindkét oldalon: férfiaknál 29 esetben, nőknél 21 esetben, összesen 50 esetben.

Nagyobb fokban volt megbetegedve a jobb oldal: férfiaknál 62 esetben, nőknél 40 esetben, összesen 102 esetben; a bal oldal: férfiaknál 48 esetben, nőknél 42 esetben, összesen 90 esetben.

Lázzal jött az intézetbe betegek közül: 75 férfi, 65 nő, összesen 140 beteg; lázas lett nálunk: 12 férfi, 14 nő, összesen 26 beteg; a láz megszűnt az intézeti kezelés folyamán 101 betegnél (55 férfi, 46 nő), lázas maradt (nagyreszt kifejezett febris hectica) 65 betegünk (32 férfi, 33 nő).

Tüdővérzés. A 33,877 ápolási nap alatt előfordult haemoptysis: 36 férfinnál és 18 nőnél, összesen 54; haemoptoë: 11 férfinnál és 6 nőnél, összesen 17.

A betegekinknél észlelt complicatiók a következők voltak:

a) közvetlenül gümös alapon állók: béltuberculosis 2, pleuritis purul. 1, lymphoma 2, proctitis 1, epididymitis tuberc. 1, otitis media 3, coxitis 1, spondylitis 1, lupus 3, fistula ani 3, abscess. frig. 1, conjunct. phlyctenosa 5;

b) nem gümös alapon állók: albuminuria 3, nephritis interstit. 1, diabetes 1, emphysema 1, lues 4, furunculosis 2, haemophilia 2, saturnismus chron. 1, ieterus catarrh. 1, polyarthrit. acuta 1, polyarthrit. subacuta 2, gonorrhoea 5, tonsillitis 4, morbus Werlhofii 1, neurasthenia 48, hysteria 10, chorea 1, morbus Basedowi 1, ischias 2, herpes zost. 1.

Gyógyeredmény. Az 1902-ben elbocsátott 312 beteg közül, mint a mellékelt táblázatban megadott realis számadatokról látjuk, tehát

I. stadiumbeli ¹	volt	19.5%
II.	"	58.0%
III.	"	22.5%

A 312 beteg 41.0%-a volt nő, az I. stadiumbeli eseteknek ellenben csak 36.0%-a, a III. stadiumbelieknek pedig már 45.7%-a tartozott a női nemhez.

Belépéskor már munkaképtelen volt:

az I. stadiumbeli betegek közül	36.0%
a II. " " "	64.1%
a III. " " "	87.1%

Az eredmények ily körülmények között a következőképpen regisztrálhatók, mindenek előtt realis számokban: (lásd a táblát)

Azaz munkabírását visszanyerte a munkaképtelenül felvettek közül az I. stadiumbeli betegek 86.3%-a
a II. " " " 52.6%-a
a III. " " " 13.1%-a

Elbocsátáskor klinikailag gyógyultnak volt tekinthető, azaz csupán minimalis physikal. elváltozással bírt a tüdőkn, a gümőkór klinikai tüneteinak pedig már egyikét sem mutatta:

az I. stadiumbeli betegek közül	54.1%
a II. " " "	17.7%
a III. " " "	0.0%

Csupán tüneti javulást eredményezett (súlygyarapodás, közérzet javulása, köhögés esökkenése, mellkasi fájdalmak megszűnése stb.) a kezelés

az I. stadiumbeli betegek	5%-ánál
a II. " " "	19.3%-ánál
a III. " " "	27.1%-ánál

Nem javult vagy rosszabbodott a beteg állapota:

az I. stadiumbeli betegek	0.0%-ánál
a II. " " "	10.5%-ánál
a III. " " "	45.7%-ánál

¹ Nagyjából Turban schemája szerint véve az osztályozást.

Táblázatos összeállítás 312 betegnél elért gyógyeredményről, gazdasági és klinikai értelemben.

Betegség szaka	Betegek száma			Belépéskor még munkabíró volt			Belépéskor munkakép-telen volt			Munkaképes-ség meg-szilárdult			Munkaképes-ség helyre-állott			Klinikailag gyógyultnak volt mondható az előbbi két csoportból			Csak tüne-tileg javult			Nem javult vagy rossz-szabodott			Megment		
	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes	férfi	nő	összes
I. stad.	39	22	61	23	16	39	16	6	22	23	16	39	14	5	19	22	11	33	2	1	3	—	—	—	—	—	—
II. stad.	107	74	181	42	23	65	65	51	116	42	23	65	42	19	61	20	12	32	12	23	35	11	8	19	—	1	1
III. stad.	38	32	70	6	3	9	32	29	61	6	3	9	8	0	8	—	—	—	9	10	19	14	18	32	1	1	2

Megment az intézetben:

az I. stadiumbeli betegek közül 0.0%/o
 a II. " " " " 0.5%/o
 a III. " " " " 2.8%/o

Az elősoroltakból eléggé kitűnik azon tétel nagy jelentősége, mely a betegnek minél korábbi szakban való intézeti kezeltetését sürgeti, jóllehet az orvosnak ezt keresztülvinni annál nehezebb, minél lejjebb szállunk a népesség társadalmi rétegeiben.

A férfiak és nők gyógyeredményeinek egymáshoz való viszony-lását a következő százalékszámok világítják meg:

Klinikailag gyógyult az I. stadiumbeli betegekből általában 54.1%/o, a férfiakból 56.4%/o, a nőkből 50.0%/o; a II. stadiumbeli betegekből álta-lában 17.7%/o, a férfiakból 18.7%/o, a nőkből 16.2%/o.

Itt tehát a nők valamelyes kisebbségben vannak.

Munkabírását visszanyerte:

I. stadiumbeli esetekből általában 86.3%/o, férfiakból 87.5%/o, nőkből 83.3%/o
 II. " " " " 52.6%/o, " " 64.6%/o, " " 37.2%/o
 III. " " " " 13.1%/o, " " 25.0%/o, " " 0.0%/o

Itt tehát a nők már nagy hátrányban levőknek mutatkoznak, holott munkaképességük nem esik oly szigorú megítélés alá, mint a férfiaké.

Ellenben a csekélyebb vagy semmi eredmény rovataiban a nők kerülnek túlsúlyra:

Pusztán tüneti javulás volt elérhető:

I. stadiumban általában 5.0%/o-ban, férfiaknál 5.1%/o-ban, nőknél 4.5%/o-ban
 II. " " " " 19.3%/o-ban, " " 11.2%/o-ban, " " 31.0%/o-ban
 III. " " " " 27.1%/o-ban, " " 23.2%/o-ban, " " 31.2%/o-ban

Nem javult vagy rosszabbodott:

I. stadiumbeli betegeink közül általában 0.0%/o, férfi — nő — %/o
 II. " " " " 10.5%/o, " " 10.2%/o, " " 10.8%/o
 III. " " " " 45.7%/o, " " 36.8%/o, " " 56.2%/o

A nők gyógyeredményei tehát csekélyebbek absolute is, a mi talán részben a gümös toxinak *részösszetételükre* való hatásával van kapcsolatban, mint arra egy folyó évi március hó 10-dikén a budapesti kir. orvosegyet tuberculosis-bizottságában tartott előadásomban vizs-gálati adatok alapján rámutattam volt; csekélyebbek részben azon oknál fogva, hogy nőknél a *neurasthenia* és *hysteria* többször játszik közre, mint a helyzetet súlyosbító faktor; végül a női nem természete miatt is, mely az otthonról való hosszas távollétet rosszabbul tűri, türelmet-leőbb s a gyógyrendszernek kevésbé tökéletes resignatioval veti magát alá.

A mi a részleteket illeti:

Köhögés:

megszűnt csökkent változatlan maradt erősbüdült fellépett
 férfiaknál: 36 63 44 22 0
 nőknél: 24 41 38 21 0
 esetben; felvételtkor nem köhögött 15 férfi, 4 nő.

Köpet:

megszűnt mennyiségre változatlan szaporodott jelentkezett
 lenni megfogyott maradt
 férfiaknál: 20 72 55 17 0
 nőknél: 22 35 43 17 1
 esetben; felvételtkor nem volt köpete 20 férfinak, 10 nőnek.

Súlygyarapodás:

1 kilogrammot hizott 6 férfi, 7 nő (13 beteg)
 2 " " " " 13 " 12 " (25 beteg)
 3 " " " " 13 " 11 " (24 beteg)
 4 " " " " 15 " 16 " (31 beteg)
 5 " " " " 21 " 12 " (33 beteg)
 6 " " " " 19 " 12 " (31 beteg)
 7 " " " " 17 " 7 " (24 beteg)
 8 " " " " 18 " 8 " (26 beteg)
 9 " " " " 8 " 5 " (13 beteg)
 10 " " " " 3 " 4 " (7 beteg)
 11 " " " " 8 " 0 " (8 beteg)
 12 " " " " 6 " 1 " (7 beteg)
 13 " " " " 6 " 0 " (6 beteg)

14 kilogrammot hizott 2 férfi, 0 nő (2 beteg)
 15 " " " " 3 " 0 " (3 beteg)
 16 " " " " 0 " 1 " (1 beteg)
 17 " " " " 0 " 1 " (1 beteg)
 18 " " " " 1 " 0 " (1 beteg).
 Súlyában nem változott 12 férfi, 13 nő (25 beteg).

Súlyvesztés:

1 kilogrammot vesztett 7 férfi, 9 nő (16 beteg)
 2 " " " " 4 " 8 " (12 beteg)
 3 " " " " 1 " 2 " (3 beteg).

159 férfibeteg gyarapodott összesen 10633 kgm.-ot, 97 nő 5177 kgm.-ot; 256 betegnél az összes súlygyarapodás 1581 kgm.; átlagban hizott egy férfi 6.67 kgm.-ot, nő 5.33 kgm.-ot, egy beteg 6.17 kgm.-ot. Fogyás: 12 férfi fogyott 18 kgm.-ot, 19 nő 31 kgm.-ot; 31 beteg fogyott tehát összesen 49 kgm.-ot; átlag fogyott egy férfi 1.50 kgm.-ot, egy nő 1.63 kgm.-ot.

A súlygyarapodás átlaga az intézetben tartózkodás

3. hetének végén egy-egy férfinnál 3.72, egy-egy nőnél 2.14 kgm.
 6. " " " " 5.19, " " 4.05 "
 9. " " " " 6.81, " " 5.09 "
 12. " " " " 7.92, " " 6.20 "
 3 hónapon túl " " " " 10.75, " " 7.15 "

A nők tehát a súlygyarapodásban is elmaradnak, a mi régi, internationalis tapasztalat.

Az Erzsébet királyné-sanatorium ezen direct gyógyeredményein kívül, melyeknek végresultatuma még csak évek múlva lesz valóban áttekinthető, mikor a kibocsátott betegek restaurált egészségi és munka-bíró állapotának tartósságát fogjuk megítélhetni, jelentékeny *nevelő* hatást fejtett ki betegeire és azok útján távolabb körökre is hygienikus tekintetben. Ennek számos bizonyosága van előttünk olyan tudósítások-ban, melyekkel eltávozott betegeink időnként felkeresnek. Az anya, a ki nálunk a port gyűlölni megtanulta, odahaza sem tűri azt többé; a férj, a ki itt a tiszta levegő szeretetéhez szokott, megfelelő intelligencia mellett, azontúl sem fogná szabad órát füstös vendéglőkben elfecsérelni, hogy ne is szóljunk azon irtózatról, melyet (itt-ott személyes meggyőződé-sünk szerint) betegeink nagyobb része odakinn is érez, ha valakit a város utcaiban köpködni lát stb. Veszélyesített vagy szerzett intelligencia nélkül természetesen a hygienére oktatni nem, csak kényszeríteni lehet, e rész-ben tehát a megfelelő teendők még a jövőben a hatóságokra vára-koznak.

Az intézetet az 1902. évben számos testületi látogatás kereste fel és nem kevés számú külföldi vendég is megtekintette. 1902. április havában Tauffer tanár vezetése alatt a XII. magyar balneologiai con-gressus jött ki, májusban Bókay Árpád tanár hallgatói, júniusban Korányi Frigyes nagyszámú hallgatói, a szünidei orvosi cursus hall-gatói (Dollinger tanár vezetésével), a kir. orvosegyesület tagjai stb. tet-tek látogatást, július közepén az Országos Közegészségi Egyesület tag-jait fogadtuk (Gerlóczy főorvos kalauzolásával jöttek), és így tovább. A székes főváros részéről Schermann Adolf tiszti főorvoshoz, Viola Imre és Vasziljevics János tanácsosokhoz volt szerencsénk. Külföldről itt volt többek között: Dr. H. Timbréll Bulstrode (Charing Cross Hospital, London), Prof. Babes (Bukarest), Th. Schuenemann (Falkenstein), Dr. W. Stone (New-York), Dr. E. Weisser (Philadelphia) stb.

A betegfelvételt és az ezt megelőző vizsgálatok terhes és felelős-ségteljes munkáját a lefolyt évben is Korányi Frigyes főrendiházi tag, egyetemi tanár úr volt szíves teljesíteni az I. belgyógyászati klinikán. 72 felvételi vizsgálatot tartott, melyeken 455 beteg jelentkezett az ország minden részéből; közülük felvételtett, mint láttuk, 400. A kegyes sege-delemért, melyben egyesületünk alelnöke ez úton részesítette intézetün-ket, itt is hálás köszönetet mond a sanatorium igazgatósága.

A sanatorium orvosai tudományos működést is igyekeztek fenn-maradó csekély idejükben teljesíteni, minek eredménye a hazai és kül-földi orvostudományi sajtóban látott napvilágot, legutóbb pedig egy már ez évre esett orvosegyetemi (tuberculosis-bizottsági) ülésnek egész tárgysorozatát kitöltötte, melyen betegbemutató is volt.

A gégeészeti teendőket Pollatschek Elemér dr., intézetünk gégeészeti rendelő orvosa teljesítette, mint bőrgyógyász Beck Soma dr. bőrkórtani

rendelő orvos, mint fogorvos *Gmelin Ottó dr.*, mint nőgyógyász *Erdey Gyula dr.*, egyet. tanárségéd, mint pszichiáter *Banschburg Pál dr.*, mint sebész *Marberger Sándor dr.*, poliklinikai orvosok voltak szivesek az elmúlt évben intézetünknek kiváló szívességgel működésüket felajánlani, a miért az intézet igazgatója e helyen is őszinte köszönetét fejezi ki nekik.

Az I. segédorvosi állást az elmúlt évben is *László Gyula dr.* töltötte be kiváló buzgalommal, gazdasági téren az intézet gondnoka, *Vízteleky Zsigmond* volt lankadatlan segítségére az igazgatásnak; a sanatorium tehenészetét ez évben is *Zimmermann Agoston* állatorvosi akadémiai tanárségéd volt szíves felügyelni.

Kuthy Dezső dr. egy. m. tanár, igazg. főorvos.

Közegészségügy.

A német orvosok állásfoglalása a betegsegélyező törvény novellájával szemben. A német orvosok *Loebker* tanár elnöke alatt f. hó 7-dikén igen látogatott gyűlést tartottak, melynek egyetlen tárgya a német orvosok állásfoglalása volt a betegsegélyező törvény novellájával szemben. Az előadói széklet *Mayer dr.* foglalta el, a ki részletesen beszámolt a helyzetéről. Vázolta, hogy annak idején egy társadalmi osztály sem üdvözölte nagyobb örömmel a betegsegélyező törvény létrejöttét, mint az orvosok, kik legkiválóbb feladataiknak tekintik az áldozatkésztséget és emberiséget. Azonban mielőtt tapasztalniok kellett, hogy a munkásosztály javára szolgáló törvény az orvosoknak a legnagyobb kárt okozza úgy gazdasági mint erkölcsi tekintetben. Az a mód, a hogyan a pénztári orvosok alkalmazása történik, a taglétszámhoz képest tapasztalható aránytalanság, a díjazás bizonytalansága, nem képzett orvosok alkalmazása, a biztositásnak fizetésre képes egyénekre való kiterjesztése, a pénztári tagok igényeinek növekedése stb. arra vezetett, hogy az orvosok gazdasági és társadalmi állása hanyatlott. A birodalmi biztositó hivatal elnöke beismerte, hogy az orvos a rendelő órákon 20—27 pfennig díjazást kap, vannak olyan pénztárak is, melyek az orvosi látogatásért 13 pfenniget fizetnek, míg általában a díjazás alig tesz ki 50 pfenniget. Az orvosi kar hamar észrevette állásának súlyosdását és a törvényből eredő káros következmények elhárítása végett az 1902. július 4. és 5-dikén Königsbergben tartott ülésen a következő határozatokot fogadta el: Szabad orvosválasztás; a pénztári vezetőség és az orvosok közreműködése az orvosi tiszteletdíjak megállapításánál és minden közös érdekű pénztári ügy elintézésénél; a biztositás korlátozása a 2000 márkánál kevesebb jövödellel bíró egyénekre; nem képzett egyének kizárása a betegek kezeléséből; oly pénztári tagok nem gyógykezelése, a kik iszákosság, verekedés, nemi kicsapongás és hasonló okok következtében betegedtek meg; végül a statisztikai kimutatások módosítása. Hogy ezen követelmények teljesítése magoknak a pénztári tagoknak is csak javára válik, mindazon helyeken mutatkozott, a hol ezeket a kívánalmakat a pénztárak egészben vagy részben elfogadták. Különösen áll ez a szabad orvosválasztásról. A szabad orvosválasztás pénzvesztés nélkül keresztülvihető, a mint ezt *Mugdan* a berlini 190.000 tagot számláló és a szabad orvosválasztást megengedő pénztárakról kimutatta. Szabad orvosválasztás alatt az az eljárás értendő, mely szerint a pénztári tagok mindazon orvosokhoz fordulhatnak, a kik a megállapított feltételeket elfogadták és a pénztár kerületében laknak. Ez tehát azt jelenti, hogy bármely orvos pénztári orvos lehet, ha akarja, a nélkül, hogy a pénztári vezetőség szeszélyének vagy önkényének lenne kitéve. Most a betegsegélyező törvény novellája megmutatta, hogy a törvényhozó szervezetnek nincs érzékük az orvosok kívánásai iránt. Epen ezért az orvosok rendkívüli gyűlést kénytelenek tartani. Ezen a gyűlésen a betegsegélyező törvény novellájával szemben a következő határozatokot fogadták el: I. Az 1903. évi március hó 7-dikén Berlinben tartott rendkívüli német orvosgyűlés sajnálatlan tapasztalja, hogy a betegsegélyező törvény módosítása iránt benyújtott törvényjavaslatban, melyet a birodalmi gyűlés első olvasásban 1903. évi február 27-dikén tárgyalt és bizottsághoz utasított, a német orvosok hosszú idő óta egyhangúlag nyilvánított és teljesen jogos kívánásai figyelmen kívül hagytak, jöllehet a német orvosok egyesületének köteleke a betegsegélyező törvény életbelépte óta nem szünet meg azokra a hiányokra rámutatni, melyek ebből a törvényből úgy az orvosi karra, mint a biztositottakra hárulnak. Hogy az ezen állapottal együtt járó veszélyek elhárítsanak, az orvosgyűlés azzal a kérelemmel fordul a birodalmi tanáshoz és a birodalmi gyűléshez, hogy a német orvos-egyesületek köteleke által a birodalmi tanáshoz benyújtott indokolt kívánásait orvosszakértők meghallgatása után teljesítse.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az általános heveny hashártyalob sebézi gyógykezeléséről.

Irta: *Pólya Jenő Sándor dr.* műtő.

(Vége.)

Különbséget kell *Körte* szerint tennünk továbbá anatomicus a *diffus* vagyis messze elterjedt s a *totalis* vagyis teljes hashártyagyulladás között, a mennyiben az előbbinél a hashártya egyes részei gyuladástól mentek lehetnek. Klinice azonban e különbség nem tehető, mert a hashártya nagy részletének lobja ugyanoly tünetekkel jár, mintha az egész hashártya volna beteg.

Diffus hashártyagyuladást ott vesz fel, a hol a kórkép az általános peritonitis tüneteit nyújtja s müténnél a meddig a hasürbe belátni lehet, lobos jelenségek mutatkoznak: directe végigtapintani a hasürt, hogy meggyőződünk róla, miszerint a gyuladás tényleg általános-e, természetesen nem lehet, nem is szabad; ama körülmény azonban, hogy ily egyéneknél utólag a has távolabbi részeiben eltokolt tályogok pl. subphrenikus abscessusok keletkeznek, hogy ilyen jelenségeket mutató egyének sectionjánál a hashártya minden részletére kiterjedő gyuladás manifeszt jeleit vagy nyomait mutatja, a mellett szól, hogy a folyamat tényleg általános szokott lenni — klinice azonban soha sem zárható ki az, hogy a hashártya egyes részletei épek s ezért az „általános peritonitis” kifejezés helyett helyesebbnek tartja a „diffus peritonitis” elnevezést.

Tietze szerint (1899) anatomicus szempontból diffus, progrediens és circumscript, klinikus szempontból septikus, általános intoxicatio jelenségeivel járó és nem septikus peritonitiseket kell megkülönböztetnünk.

Az első csoporthoz tartoznak:

1. a *Mikulicz*-féle, kevés exsudatummal járó diffus septikus peritonitis, a mit helyesebbnek tart a physiologikus állapotot jelző „peritonealis sepsis” kifejezésnél, mely alatt ugyane kórkép értendő.
2. a diffus eves-nyeres peritonitis (jauchig-eitrig).
3. a diffus peritonealis izgalom, melyet serosus peritonitisnek tekint.

A második csoporthoz tartoznak a *Mikulicz*-féle progrediens genyes-rostonyás peritonitis és a disseminált peritonitis, a melynél tágabb területen történt infectio után tokolódnak le egyes tályogok.

Burckhardt^{97, 98} (1900, 1901) az „általános” (allgemein) és „diffus” peritonitis elnevezések használatát elítéli, mert ezen meghatározással a circumscript, eltokolt peritonitisek ellentétét akarjuk kifejezni, ezt pedig nem lehet a folyamat elterjedésének meghatározásával elérnünk, hisz a circumscript peritonitis is lehet nagy kiterjedésű (= diffus), s a „diffus” peritonitis sem kell, hogy az egész hasürre kiterjedjen. Az e névvel illetett peritonitis-féleségeket a körülírt eltokolt hashártyabeli lobbifolyamatokkal szemben, a gyuladással előrehaladó, progrediáló természetű jellemző s azért a „fortschreitende Peritonitis”, magyarul tán „tovaterjedő”-nek mondhatnók, elnevezést ajánlja.

Az „általános” peritonitis elnevezés e folyamat végső stadiumát jelentheti, azonban a folyamat hamarabb befejeződhetik gyógyulással vagy halállal, mielőtt ezen stadiumot elérte volna. A tovaterjedő, progrediens peritonitis alfajai az etappe-szerűen terjedő *Mikulicz*-féle genyes-rostonyás, a serosus genyes, genyes, eves peritonitisek, sőt a rapide terjedő, súlyos toxikus jelenségekkel járó, nagy meteurismus és kevés exsudatum által jellegzett peritonitisnek, az autorok „peritonealis sepsis”-nek is nem általános, hanem tovaterjedő jellegűt tulajdonít s azt „tovaterjedő száraz septikus peritonitisnek” nevezi el.

A tovaterjedő peritonitiseket keletkezésük szerint 4 csoportba osztja. A peritonitist okozhatja:

1. extraperitonealis lobos gócz betörése a peritoneumba,
 2. eltokolt intraperitonealis lobos gócz betörése az ép peritoneum-részletbe,
 3. eltokolt góczokból a nyirokpályákon át történő infectio,
 4. infectiosus csírok mechanikus bevitele az ép hasürbe.
- Krogus*² 3 csoportra osztja eseteit a pathologikus lelet szerint:
1. olyanok, melyekben sem adhaesiók, sem nagyobb mennyiségű exsudatum nincs — diffus septikus peritonitis;
 2. b. genyes serosus, tiszta genyes vagy eves exsudatum, nevezetesebb adhaesiók nélkül;
 3. fibrines-genyes adhaesiók, kisebb-nagyobb tályogok a belek közt.
- Lennander*⁹³ eltokolt — circumscript és el nem tokolt — diffus, *Burckhardt*-féle tovaterjedő peritonitiseket különböztet meg.

Az előbbieket két csoportba osztja:

1. teljesen eltokolt peritonitisek, az úgynevezett intraperitonealis abscessusok, melyek egy rekeszűek, több rekeszűek, sokszorosak lehetnek;
2. tökéletesen eltokolt peritonitisek, a hol az infectiosus folyamat eltokolt volta daczára terjed, itt is egy és több rekeszű és többszörös terjedő tályogokról lehet szó. Ezen csoport a *Mikulicz*-féle „tovaterjedő genyes-rostonyás” (progredient fibrinöseitrig) peritonitisek csoportjával identikus.

A diffus, el nem tokolt peritonitisek közé számítja:

1. a diffus peritonealis izgalmat, melyet egy virulentiájára és mennyiségére nézve gyenge mikroorganizmus által előidézett serofibrinosus peritonitisnek tart.

2. a *Mikulicz*-féle diffus septikus, kevés exsudatummal járó és foudroyans s lefolyású peritonitist;
3. a diffus genyes-eves (jauchig-eitrig) peritonitist;
4. a post operatív;
5. a perforatíus peritonitiseket, hozzá a hascontusiókat is számítja.

Ezen a 4. és 5. pont alá tartozó eseteket akkor is diffus peritonitiseknek tekint, ha a hashártya inficiált területe első pillanatra igen kicsinynek látszik — mindaddig, a míg eltokoltság ki nem mutatható.

Fontos momentumnak tartja, hogy az el nem tokolt, progrediens folyamatoknál megkülönböztessük azon eseteket, a hol a lobos folyamat a hasür periferiáján halad végig, azoktól, a hol a hasür centrumában a vékonybelek között vonul át; ez utóbbiak az inficiált serosa-felület nagyságánál, a vékonybélserosa kitűnő resorptio-képességénél s a vékonybél-paresis következményeként fellépő intestinalis toxinfelszívódásnál fogva sokkal súlyosabb jelentőségűek, ha a lobos terület kisebbnek látszik is.

Könyvismertetés.

Geschlechtskrankheiten und Rechtsschutz. Von Prof. Dr. m. M. Flesch und Dr. jur. L. Wertheimer. Jena, Verlag von G. Fischer. 1903.

E mintegy hat ivre terjedő munka élénken bizonyítja, hogy a venerás betegségek leküzdésében mily hasznos eredményre vezethet az orvos s jogász együttműködése. A teljes orvosi s jogászi érdekel megirt munkát különösen a magas röptű ethikai felfogás jellemzi, melynek fejtegetéseit csak élvezettel s meglepődéssel követhetjük annak tudatában azonban, hogy a legtöbb conclusio, sajnos, csak utopiának tekintendő. Szerzők munkájukat több szakaszra osztják, melyeknek elseje bevezetésképen különösen a németországi viszonyokat jellemzi. A második fejezet a venerás bántalmakról szóló általános orvosi felfogásunkat fejtegeti s szó tárgyává teszi mindazon adatokat s tételket, melyek a luesnek s különösen a blennorrhoeának az országok nemzetgazdasági s socialis viszonyaira gyakorolt káros befolyását bizonyítják. A következő szakasz a venerás betegségek jogi fontosságát ismerteti az új német polgári törvénykönyv alapján. E fejezetben a munka jogász-szerzője gondosan s igen érdekesen tárgyalja mindazon lehetőségeket, melyekben a venerás betegségek a törvénykönyv egyes paragrafusaiával összefüggésbe jutnak. E tekintetben természetesen a házastársak közt felmerülő ily ügyek vannak legrészletesebben, s mondhatni legjobban tárgyalva. Nem helyeselhető azonban szerzőnek azon követelése, hogy pörös ügyekben az egyik házastárs venerás betegségét kezelő orvos a bíró előtt feltétlenül feloldassék az orvosi titoktartás alól. A negyedik fejezet érdekes casuistikát tartalmaz, melynek egyes esetei a gyakorlatból vannak véve. Végül az utolsó fejezetben szerzők érdekes ethikai fejtegetésekbe bocsátkoznak, melyeknek értelmében oda concludálnak, hogy a venerás bántalmak elleni küzdelemben egyedül a hygienés institutiók nem elegendők, sőt épen teljesen elégtelenek, a mennyiben az igazi segítség csakis az egész társadalom erkölcsi felfogásának szilárdulásában állhat. Ha e téren a kívánt eredmény bekövetkezik, akkor majd általánossá válik azon felfogás, hogy „minden egyes coitus nem pianlatnyi érzéki mámor, hanem következményeiben fontos cselekvés.”

Gusman dr.

Uj könyvek. *Pfeiderer*: Mittheilungen aus meiner 10-jährigen operativen Landpraxis. Tübingen, F. Pietzcker. — *Cathelin*: Die epiduralen Injectionen durch Punction des Sakralkanals. Stuttgart, F. Enke. — *Jores*: Wesen und Entwicklung der Arteriosclerose. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Luxenburger*: Experimentelle Studien über Rückenmarksverletzungen. — *Dieudonné*: Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. 3. Auflage. Leipzig, A. Barth. — *Krayatsch*: Zur Pflege und Erziehung jugendlicher Idioten und Schwachsinniger. Halle a. S., C. Marhold. — *Schmidt*: Das Bronchialasthma als Typus nervöser Katarrhe. Würzburg, A. Stuber. — *Schütz*: Zur Kenntniss der Hernia lineae albae. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Schlüter*: Die fötale tuberculöse Infection. Wien, F. Deuticke. — *Raecke*: Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Halle a. S., C. Marhold. — *Weil*: Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Halle a. S., C. Marhold. — *Rosenbach*: Über regionale Anämie resp. Hypothermie der Haut als Ausdruck funktioneller Störungen innerer Organe. Berlin, Fischer. — *Bennecke*: Operationsübungen an der Leiche. Leipzig, Hartung und Sohn. — *Schilling*: Die Krankheiten der Speiseröhre. Leipzig, Hartung und Sohn. — *Jürgensen*: Klappenfehler. Wien, A. Hölder. — *Bernbach*: Die Kochsalzinfusion und ihre Verwertung bei Krankheiten. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Schmidt*: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — *Neumeister*: Betrachtungen über das Wesen der Lebenserscheinungen. Jena, G. Fischer. — *Matthes*: Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie. 2. Auflage. Jena, G. Fischer. — *Wolff*: Über die Ursachen, das Wesen und die Behandlung des Klumpfusses. Berlin, A. Hirschwald. — *Langerhans*: Die traumatische Spätapoplexie. Berlin, A. Hirschwald. — *Busse*: Das Obductionsprotokoll. 2. Auflage. Berlin, R. Schoetz. — *Marcuse*: Bäder und Badewesen in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart, F. Enke. — *Zabludowski*: Zur Therapie der Erkrankungen der Hoden und deren Adnexe. Leipzig, G. Thieme. — *Fühner*: Lithotherapie. Historische Studien über die medizinische Verwendung der Edelsteine. Berlin, S. Calvary und Co. — *Trautmann*: Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei der Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Sticker*: Gesundheit und Erziehung. 2. Auflage. Giessen, J. Ricker. — *Determann*: Volksheilstätten für Nervenranke. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Guillard*: De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inférieur. Paris, C. Naud. — *Broca*: Précis de chirurgie cérébrale. Paris, Masson et comp. — *Grasset*: Leçons de clinique médicale. Quatrième série. Paris, Masson et comp. — *W. Mc A. Eccles*: The imperfectly descended testis. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Claud Worth*: Squint: its causes, pathology and treatment. London, J. Bale, Sons and Danielsson. — *Ch. E. de M. Sayous*: The internal secretions and the principles of medicine. Philadelphia, F. A. Davis and Co.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A diureticumok használatmódjára vonatkozó adatokat közöl *Donzello*. Állatkísérletekkel megállapította, hogy az uropherin és diuretin okozta diuresis ezen szerek huzamosabb használatát esetén megszünik, sőt oliguria áll elő. Ezt oly módon magyarázza, hogy a fokozott diuresis következtében a húgycsatornák hámja kifárad. Az ilyen „kifáradt”

hámsejtek szerző szerint mikroszkop alatt kevésbé éles szélűek, protoplasmájuk finomabban szemcsés, magjuk erősebben festődött. A hámsejtek kifáradása a diureticumok használatának megszüntetése után rövid idő múlva eltűnik, úgy hogy a diureticumok most ismét kifejthetik hatásukat. Szerző még azt is tapasztalta, hogy a kifáradt vesehámsejtek toxinokat kiválasztó képességüket is elvesztik. A diureticumok huzamos és észszerűtlen használata tehát uraemia okává válhatik, még olyankor is, a mikor a vesék eredetileg épek voltak. Diureticumok használatakor tehát észszerű kellő időben szüneteket tartani. (Riforma medica, 1902. 213. és 214. szám.)

Az immunitás viselkedéséről narcosis alatt végzett vizsgálatokat *Snel*. Ha tengerimalac tracheájába, illetve tracheáján át tüdejébe lépfenebacillusokat fecskendezett, akkor — feltéve, hogy a légutak szövetei nem sérültek meg — az állat életben marad. Ha azonban a fertőzés után hosszabb ideig narcotizáljuk az állatot, akkor beáll a lépfenefertőzés: 45 percig narcotizált állat 75, 60 percig narcotizált állat 50 óra múlva pusztult el. A narcosis ilyenemű hatása nem tart sokáig; hosszabb narcosis után közvetlenül fertőzött állatok életben maradtak. Az eredmények egyformák voltak, akár aetherrel vagy chloroformmal, akár pedig chloralhydrattal történt a narcosis. Morphium-befecskendezéssel előidézett narcosis közben történt fertőzés után azonban életben maradtak az állatok. Minthogy az aether vagy chloroform közvetlen hatást nem fejt ki a lépfenebacillusokra, a fenti eredmények csak úgy magyarázhatók, hogy aether-vagy chloroform narcosis az immunitást, illetve a resistentia-képességet megszünteti. Így érthető a pneumonia gyakorisága narcosis után is és azért nagyon észszerűnek látszik a narcosis megelőzőleg a szájat és a torkot szorgosan megtisztítani és a műtési helyiség levegőjének tisztaságára is nagy gondot fordítani. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 10. szám.)

Gyógyszertan.

A bismuthatás elméletéhez című közleményében *Fuchs* az irodalmi adatok egybevetése és saját kísérletei alapján véleményét a következő pontokba foglalja össze: 1. Calcium carbonicum, magnesia usta és hasonló vegyszerek a bismuthum subnitricumot a gyomorfekély kezelésében nem pótolhatják. 2. A bismuthum subnitricum beontése után jelentkező nyákválasztást nem a bismut-kristályok mechanikai izgató hatása okozza, hanem az a bismutnak specifikus befolyásától feltételezett. A bismut rövid idő múlva világos-szürke nyákrétegben oldva egyenletesen fedi az egész gyomorfalzatot. 3. A bismuthum subnitricum gyógyító hatása nem annyira physikalisch-mechanikai tulajdonságain alapuló protectiv sajátján nyugszik, hanem azon, hogy bismuthoxydullá redukálódik, a mely a granulatiós szövetbe hatol és védelmet nyújt. 4. A bismutose kifejezett reactio-képessége miatt különösen orvosi célokra nagyon alkalmas készítménynek látszik. A függelékben megemlíti szerző, hogy *Lenhartz* a bismutost 10 grammos adagban naponként 2–3-szor typhusos bélvérzés ellen ajánlotta; továbbá, hogy *Starck* a heidelbergi belklinika enteritiseknél nagyon jó eredményt ért el a bismutost (Rp. Bismutose 30.0, Syr. sumpl. 10.0, Aquae destill. ad. 200.0. M. D. S. 2 óránként kávéskanálnyi); végül, hogy *Elsner* Boas poliklinikáján gyomorfekély eseteiben látott nagyon jó eredményeket a bismutose használatától. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 14. szám.)

A mesotanról, ezen külsőleg alkalmazandó antireumaticumról azt írják *Crieger* és *Gröber* (Heilkunde, 1903. 2. füzet), hogy lueses vagy diabeteses alapon fennálló, továbbá neuritikus fájdalmak ellen nem sokat használ; frissebb izületi affectióknál ellenben kitűnő hatású. *Zeller* (Aerztliche Reform-Zeitung, 1902. 24. szám.) súlyos idült izületi csúsz néhány esetében is nagyon jó eredménnyel használta a mesotant. A használatkor néha beálló eczema legkönnyebben úgy kerülhető el, ha több napi használat után 1–2 napig szünetelünk és ha a mesotant egyenlő mennyiségű oleum olivarummal keverve használjuk. *Meyer* (Allg. medic. Central-Zeitung, 1903. 6. szám.) nagyon értékes szernek mondja a mesotant, mint a mely rheumás bajoknál sokszor kupirozó hatású, makacs esetekben a belsőleg használt salicylkészítmények hatását elősegíti és a minden szereléssel daczoló esetekben legalább a fájdalmakat csökkenti. *Posselt* az innsbruecki belklinika 50 esetben használta a mesotant (Deutsche Medizinisch-Zeitung, 1903. 21. szám.) és leghatásosabbnak találta heveny izomesz esetében, továbbá influenzás rheumatoid állapotokban. Tapasztalatai alapján a szer használatát ilyen esetekben a legmelegebben ajánlja.

A cecropia physiologiai és gyógyászati hatásáról tartottak előadást *Gilbert* és *Carnot* a „Société de biologie” május 2-dikán tartott ülésén. A cecropia nevű exotikus növény alkoholos kivonata aránylag kevésbé mérgező hatású. A digitalishoz hasonlóan cumulativ hatású, úgy hogy hatása több napon át megmarad. A szívösszehúzóerő erejét növeli; a sphygmomanometerrel felvett görbéken a pulsatiók magassága megkétszereződik vagy megháromszorozódik. Mérgező adagra a pulsus meglásszűbbodik, tensioja kissé eszik. A cecropia a diuresist is erősen fokozza. Szívbetegeknek naponként 30 cseppet adtak 4–5 napon át; a 3. naptól kezdve a diuresis tetemesen fokozódott, egyidejűleg az általános állapot is javult, a nehézlégzés csökkent, a pulsus kevésbé szapora és rendez lett. Ezen jótékony hatás csaknem kivétel nélkül mutatkozott. A cecropia hatása tehát nagyon hasonlít a digitaliséhez, csak sokkal kevésbé mérgező. (La semaine médicale, 1903. 18. sz.)

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

A hydrogenosuperoxydot újabban mind kiterjedtebben használják a sebkezelésben. A *Merck*-féle vegyészeti gyár által forgalomba hozott

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kéty Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Berend Miklós és Rác István: Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fűrésztésének kérdéséhez. 347. lap.
- Ostermayer Miklós: Az anya fertőzésével kapcsolatos, halálos kimenetelű pemphigus neonatorum (dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter) esete. 349. lap.
- Borszékay Károly: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A mellkas szúrásai és lövésai sérüléseiről. 350. l.
- Korányi Sándor: Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról. Az extrasystolés arhythmiai diagnostikai jelentőségéről. 352. l.
- Tárca. G. E.: Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről. 354. l.
- Közegészségügy. A vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister által f. évi 28.857. szám alatt 15 éven aluli gyermekeknek a koresmák és nyilvános mulatóhelyektől való távoltartása ügyében kiadott körrendelet. 355. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Pólya Jenő Sándor: Az általános

- heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 355. l. — *Könyvismertetés. Oldh Gusztáv: Az elmebetegségek orvoslása. (—o—) — Lapszemle. Belgyógyászat. Rothschild: A mellhártyaizmadmányok kezelése. — Sebészet. Mayer: Gastroenterostomia entero-enterostomiossial Mc Graw-féle elastikus ligatura segítségével. (Gergő Imre.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Saalfeld: A thigenol. — Fischer: A sirolin. — Folyóiratok átnézete. 357. l.*
- Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezések. — Fodor József szobra. — Fürdőorvosok. — A tüdőbeteg-sanatorium-egyesület. — A budapesti orvosok segítő-egyesülete. — A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — Orvosi közegészségügyi nagyobb beruházási tervek a törvényhozásban. — A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete. — XI. nemzetközi közegészségügyi és dermatographiai congressus Bruxellesben. — Alkoholellenes congressus Budapesten. — Erdély nevesebb fürdői 1902-ben. — Megjelent. — Elhunytak. 358. l. — Hirdetések. — Pályázatok.
- Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület. — Kir. Magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. — A budapesti kir. Orvosegyesület otológiai szakosztálya. — A XIV. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.
- Melléklet. Gyermekgyógyászat. 2. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fűrésztésének kérdéséhez.

Irták: Berend Miklós dr. közkórházi rendelő orvos és Rác István dr. kórodai gyakornok.

Az újszülöttek septikus megbetegedésének gyakoriságára és súlyosságára ráutaló első közlemények óta lényegesen javultak a viszonyok, úgy hogy a Miller¹ által a moszkvai lelenczházban észlelt 25% septicaemia, az Epstein² által leírt 30% septikus újszülöttmegbetegedés már túlhaladott álláspontra tekinthető.

Runge³ formulázta legrészletesebben azon tételt, melyre az előző vizsgálók is ráutaltak, hogy a septikus megbetegedések legnagyobb része a köldökből ered, melyet kiválóan fogékonyvá tesz a fertőzéssel szemben 1. a leválásnál és lekötésnél keletkező seb helyzete, a mennyiben az nem felületes, de az egész hasfalon át hatol; 2. edény ellátása, a mennyiben 3 nagy edény nyílt szájadéka van benne; 3. a rajta tapadó, rothadásra hajlamos idegen test: a csonk; 4. a köldökgyűrű dús edényzettsége és a gyógyulás módja.

Ujabb vizsgálatok szerint a köldökinfecióról szóló tan sok tekintetben módosult, s ha alig is találkozik bűvár, a ki Basch⁴ nézetét, mely szerint a köldök egyáltalán nem locus minoris

resistentiae, sőt még az üterek mélyében fellépett genyedés is csak más helyről eredő septikus metastasis, elfogadná; annyiban mégis megszorítható a Runge-féle tan, hogy 1. az üterek peripher részében levő thrombus genyedése a legtöbbször nem vezet thromboarteriitis totalisra, s így septikus fertőzésre, hanem localizált genyedést idéz elő, a mely a legtöbbször jóindulatú. (Megfelel ez a Bednar⁵ és Widerhofer⁶ régi tételeinek, a kik az arteriitist elég jóindulatúnak tartották.) 2. Napról-napra biztosabbá válik az is, hogy a köldök rendkívül nagy számú megbetegedése legtöbbször localis jellegű marad. 3. Hogy a régebben septicaemianak vett esetek nagy része a mai bakteriologikus kutatás világánál toxemiaivá módosul, s hogy ezeknek aránylag nagy része nem is a köldökből ered, hanem enterogen eredetű, s a direct bacteriaemiák egy része is más sebinfectiókból keletkezik. Kétségen kívül bebizonyítottnak tekinthető ma is ellenben, hogy 1. a köldökcsomok leválásának kóros volta aetiologikus momentumát képezi a gyűrűben fellépő helybeli fertőzéseknek, 2. hogy e helybeli fertőzések, omphalitis, ulcus alakok kifejlődésével vagy ezek nélkül is beállhat a szervezet általános, a köldökből kiinduló fertőzése, a mely legtöbbször lymphangitis, periarteriitis alakjában lép fel, míg a thrombophlebitis vagy teljes thromboarteriitis csak ritka kórformák.

Finkelstein⁷ pontos kutatások és bonczletek alapján a köldökmebetegedések következő újabb beosztását ajánlja:

1. *Helybeli lobok a köldökcsomóban.* a) Felületes fertőzés (pyorrhoea vagy blennorrhoea umbilici) = a peripher ütérthrombus elgenyedésével, b) fekélyes folyamatok = ulcus umbilici.

2. *A köldökgyűrűre és környező hasbőrre terjedő localis megbetegedések* = omphalitis simpl. abscedens, gangraenosa, ulcerosa.

¹ Miller: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 38. k.

² Epstein: Med. Wandervorträge. 1888.

³ Runge: Krankheiten der ersten Lebensstage.

⁴ Basch: Jahrbuch f. Kinderheilk. 50. k.

⁵ Bednar: Krankheiten des Neugeb. 1852.

⁶ Widerhofer: Jahrbuch f. Kinderheilk. 1862.

⁷ Finkelstein: Jahrbuch f. Kinderheilk. 1900.

3. Előrehaladó köldökbetegségek és pedig a) thrombophlebitis és periphlebitis umbilicalis, b) thromboarteriitis totalis, c) periarteriitis = lymphangoitis umbilicalis, a mely utóbbi vagy primaer, vagy omphalitishez, esetleg ulcushoz csatlakozik, d) phlegmone umbilicalis interna s. praeperitonealis. (Ez utolsó alak oly esetekre vonatkozik, a melyek lymphangoitissal kezdődnek ugyan, de az infiltratio elhagyja az adventitiát és a hasfalban folytatódik tovább.)

Finkelstein ezen beosztása nézetünk szerint a viszonyoknak tökéletesen megfelel és saját tapasztalatainkkal megegyezik. Csak a blennorrhoea umbilici nevet nem fogadnánk el, mert e név alatt azon felületes folyamatokat értjük inkább, mikor a köldök nehezen gyógyuló sebéből savós-genyés, kevés váladék ürül, de az ütér szájadéka elzáródott. Finkelstein pedig a nyitva maradt ütér thrombusának peripher, chronikus genyedését érti e név alatt; e folyamatot inkább a thromboarteriitis circumscripta névvel óhajtánánk megjelölni, megkülönböztetésül a teljes, mindig sepsisre vezető thrombus-széteséstől és utalással arra, hogy habár kivételesen, az első folyamat a másodikba átmehet. E körülírt thrombus-szétesés a mi tapasztalataink szerint ugyanis — és itt válnak el a mi tapasztalataink a Finkelsteinétől — a környező köldöksebk minden különösebb lobja nélkül is előjöhethet, csak a keletkező pyorrhoea idéz elő a gyűrűben s esetleg a köldök bőrén secundaer kimaródásokat, excoriatiókat.

Ellenben szóról szóra aláírjuk Finkelstein azon tételét, hogy oly csekély edényelváltozások alapján, mint eddig történt, a köldöksepsis anatómiai kórisméjét felállítani nem szabad: vagy teljes thrombuslágyulás, vagy lymphangitis, endoarteriitis vagy phlebitis kimutatása, septikus szervváltozások megtalálásán kívül a megfelelő bakteriális lelet is szükséges ahhoz, hogy e kórisme biztos legyen. Azért tárgyaltuk részletesen e beosztást, hogy képet alkossunk azon nehézségekről, a melyekbe e folyamatok megítélésénél ütközünk. A köldöknek úgy helybeli, mint általános fertőzése ugyanis igen hiányos tünetekkel bírva, pontos statistikát adunk egy bizonyos számú újszülöttről köldökmegbetegedések tekintetében az első 9 nap alatt absolute lehetetlen. Akárhány fertőzést fordul ugyanis elő, a melynél kétségen kívül a köldök képezi a bemeneteli kaput, de ott a fertőzés nyomot nem hagy, másrészt sok olyan eset van, a hol csak hetek múlva, mikor a köldöksebk már rég begyógyult, válik nyilvánvalóvá a köldökből eredő septikus folyamat, vagy megfordítva vannak esetek, a melyekben egy bélinfectio, esetleg egy egyszerű bélhurut tart fenn a köldökben egy idült lefolyású genyedést; végre vannak esetek, mikor a látszólag gyógyult köldök hetek múlva intercurrentis megbetegedések kapcsán újra feltörik és genyedni kezd, vagy gangraenássá válik (*Widerhofer*: gangraena umbilici gastroenteritisnél). Az első 9 nap alatt észlelt esetekből a köldök megbetegéseiről teljes képet alkotni nem lehet. Ez idő alatt csak a köldökcsont megbetegéseit láthatjuk tisztán, lefolyani ezeken kívül pedig csak a foudroyans pyaemiákat és toxaeimiákat látjuk. Kétségenkívüli tény azonban a modern kutatás világosságánál nézve is, hogy a köldökcsont rendszer vagy kóros leválásából, a kóros leválás által esetleg előidézett lázaktól mégis approximativ képet alkothatunk magunknak a köldök morbiditásáról s annak lefolyásáról az egész szervezetre. Természetes az elmondottakból, hogy az újszülött septikus megbetegéseinek prophylaxisát első sorban a köldök helyes kezelésében fogjuk ma is keresni, s hogy mai elveink szerint e kezelés csakis aseptikus lehet. *Runge* szerint a köldök fertőzése vagy 1. autoinfectio a csont beálló sphacelusánál, illetve gangraenájánál, melynél már *Cholmogozoff* nagyszámú pathogen csíra jelenlétét kimutatta a csontban, vagy 2. külső fertőzés következménye tisztátlan kéz, eszközök, fürdővíz által. A priori felállíthatjuk tehát azon elvet, hogy azon kezelésmód lesz a helyes, melynél úgy a csont gangraenája, mint a külső fertőzés, könnyebben kerültenek el. Ugyancsak a priori kimondhatjuk azt is, hogy ennek oly kezelésmódnak kell lennie, melynél minél kevesebbet nyúlunk a sebhez.

* * *

A köldökfertőzés tanának ezen mai állását vázolván, áttérünk e közlemény valódi tárgyára.

A budapesti I. szülőkórodán végzett igen pontos vizsgálatok

(*Eröss*,⁸ *Doktor*⁹) vetették fel először azon kérdést: nem korlátozandó-e a füröztetés az első életnapokban a köldökcsont leeséséig, s nem kapunk-e így sokkal kedvezőbb köldökgyógyulási eredményeket?

Miután közleményünk is e kérdés végleges eldöntését óhajtja szolgáltni, szükséges ez autorok munkáival részletesen foglalkoznunk.

Eröss között először pontos, 1000 füröszött gyermekre terjedő statistikát; csak 320 esetben látott rendszeres köldökgyógyulást (32%), 680 esetben pedig zavart volt a gyógyulás; e statistikát itt közöljük:

Eröss statistikája. Füröztetés mellett; hosszú csont. 1000 gyermek közül ép köldök 320-nál.

Localis elváltozások	Láz	Százalék	A láz %-a ezerre	Meghalt a kórodán	Láz megszünt a kórodán	Lázasan elbocsátva
Sphacelus	147	81	55	8.1	3	46
Elpuhulás	182	55	30	5.5	—	45
Persist.edénycsont	222	55	25	5.5	—	47
Omphalitis	109	24	22	2.4	—	18
Ulcus umbilic.	17	3	18	0.3	—	2
Gangraena umbilic.	2	2	—	0.2	2	—
Megbeteged. száma	680	220	32.3	22	5	158

Kivehető e statistikából, hogy a megbetegedett újszülöttek 32.3%-a volt lázas s 57 újszülött lázasan hagyta el a kórodát. Különösen fontos, hogy a csont sphacelusa, a mely elváltozásra az 5. észleletéig nem sok figyelmet fordítottak, aránylag mily gyakran okozott lázat, s kiemelendő, hogy a kórodán elhalt 5 újszülöttről absolute nem következethetünk a sepsisben elhaltak számára, miután általános beigazolt klinikai tapasztalat, hogy ily esetek 2—3 hétig is elhúzódnak, tehát a megbetegedett újszülöttek nagy része a kórodán kívül hal el, a mit különben *Miller* és *Epstein* említett észleletei szomorú ékesszólással bizonyítanak.

Egy másik közleményében *Eröss* az újszülöttek közt talált 45% lázas megbetegedésről tesz említést, e lázak fele a köldök megbetegedésére vezetendő vissza.

E közlemények alapján végezte *Doktor S.* vizsgálatait, a melyek rövid statistikába következőképen foglalhatók össze, összehasonlítva *Eröss* eredményeivel:

Doktor S. statistikája.

Köldökkezelés módja	Esetek száma	Lázások száma %	Infectioból eredő lázások száma %
<i>Eröss</i> statistikája: régi kezelés, a bábák által végezve; 6—10 cm. hosszú csont, kötészváltoztatás és füröztetés naponta	1000	45	22
1. Ugyanazon kezelés, orvosok által végeztetve	420	33.15	16
2. A hosszú csont amputatioja a 2. napon, kötészváltoztatás másodnaponként; nem füröszte a csont leestéig	462	25.83	10.12
3. Hosszú csont, változatlan kötés füröztetés nélkül	229	17.5	6.04
4. Rövid csont, állandó kötés, fürdő nélkül	230	11.88	3.46

Doktor S. ezen kiváló eredményeit analizálva könnyen rájövünk, hogy sem a rövid csont magában, sem a fürdő elhagyása egyedül nem elegendők a kiváló és majdnem ideálisnak mondható eredmények elérésére; kiveszszük a közleményből azt is, hogy a 2. napon végzett csontkötés a köldökcsontnak sok

⁸ *Eröss*: Archiv f. Gynäkol. 41. k.

⁹ *Doktor S.*: Archiv f. Gynäkol. 45. k.

esetben direct lázakat okozott, úgy hogy 3 tényező együttműködése szükséges: rövid esonk, a köldökkötés meg nem változtatása és a fürdő elhagyása.

Meg kell még említenünk, hogy míg a régi kezelés mellett a 3-6. nap között az újszülöttek 64^{1/4}/0-ánál, addig az új kezelés mellett 65^{3/4}/0-ánál esett le a köldökesonk, hogy pedig az első napokban a fürdő elhagyása az újszülöttek súlyviszonyaira nem volt káros befolyással, azt fényesen bizonyítja az, hogy míg a régi kezelés mellett 33⁵/0-a az újszülötteknek hagyta el súlygyarapodással a kórát, addig az új kezelés mellett 51%.

Eröss és Doktor ezen dolgozatai a köldökkezelés módjára terelték a figyelmet. Egész irodalom keletkezett, a melynek adatai röviden a következők: Runge (l. c.) már egy általános köldök-infectio endemiáról referál (109. l.), a melynek aetiologiája a tisztátlan fürdővíz és tisztátalan szivacsok voltak. Hintőporok alkalmazása által igyekeztek a köldök zavartalan gyógyulását biztosítani Schrader¹⁰ és Kuzminsky, a kik e célra dermatot, Herms,¹¹ a ki carbolvaselint, Grosz Gy.,¹² a ki salicyl amylumot, Schliep,¹³ a ki arg. nitricum-oldatot, Budberg,¹⁴ a ki alkoholos kötést, Horn¹⁵, a ki agyagkötést, Berend¹⁶, a ki xeroformot ajánlott. Schrader egyike az elsőnek, a ki a Doktor ajánlatát elfogadva a füröztetés ellen nyilatkozik s az állatok példáját hozza fel, a kikenél a levegő kellő hozzájárulása folytan a esonk mumificatioja ideális. Schrader 400 nem füröztött gyermeknél ideális köldökgyógyulást észlelt, lázak nélkül. Ugyancsak a fürdő ellen nyilatkozik Paul¹⁷ Marburgból (1895), a ki így minden esetben ideális gyógyulást észlelt.

A fürdő ellen nyilatkozik Budberg is, a kinek alkoholos kötését mi is kipróbáltuk 200 esetben¹⁸ s azon eredményt láttuk, hogy a esonk ugyan igen hamar beszárad, de oly erősen tapad, hogy leválása csak igen lassan következik be, ha pedig fürösztetjük az újszülötet, úgy a esonk újbóli felpuhulásának tesszük ki magunkat. Ugyanez a tapasztalatunk, mint azt már közöltük is, aetheres kötéssel; a 9-12. napon leváló köldökesonk egyáltalában nem tartozott a ritkaságok közé. Ugyanígy tapasztalatunk van a Dohrn-féle ragtapasz zárókötéssel, a melyet még kevésbé tartunk jónak, mint a Budberg-féle kezelést. A füröztetés mellett nyilatkozott Ehrendorfer,²⁰ a ki plane 2-szer fürösztet napjában és Schliep, a ki a mumificatiót a esonk argentum nitricum ecsetelésével, a melyet többször végeztet, akarja gyorsítani, e kezelés mellett az gyorsan elszárad s a 3-4. napon legtöbbször leesik.

(Folytatása következik.)

Az anya fertőzésével kapcsolatos, halálos kimenetelű pemphigus neonatorum (dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter) esete.

Közli: Ostermayer Miklós dr. Budapesten.

Ismeretes dolog, hogy a szerzők az újszülött bőrén előforduló hólyagos megbetegedéseket régi időkől kezdve különböző betegségeknek tekintették és ezeket különböző nevekkél látták el úgy, hogy a pemphigus nomenclaturáját és lényegét illetőleg a legújabb időkig a legkülönbözőbb nézetek uralkodtak. P. Richter* 1902-ben megjelent monographiájában teljes világosságot hozott ezen igen érdekes kör csoportba, a mennyiben az összes feltalálható pemphigusra vonatkozó irodalmat a legrégebb időkől a legújabbakig bámulatra méltó szorgalommal összegyűjtötte és az egész anyag kritikus elemzése után azon resuméhez jutott, „hogy a pemphigus

syphiliticustól eltekintve csak a megbetegedés egy nemét vagyunk feljogosítva pemphigus neonatorumnak nevezni. Ez utóbbi önkéntes és önkéntelen átvitel által jön létre, jellegzetessé teszi egy még nem elegendőképpen felderített staphylococcus, szórványosan és járványszerűleg lép fel és jóindulatú, de végzetes lefolyást is mutathat. Veleszületve is előfordulhat ezen megbetegedés és ily körülmények közt gyakran rossz prognosist nyújt. A Ritter által dermatitis exfoliativa neonatorum elnevezés alatt leirt betegség nem egyéb mint a pemphigus neonatorumnak egy az epidermis kiválóan könnyű leválása és rosszindulata, malignitása által kitűnő alcsoportja. A pemphigus foliaceushoz, mely egy idült bántalom, a néhány nap vagy hét alatt lefolyó pemphigus neonatorumnak semmi köze.“ Richter-nek ezen szószertinti véleménye szerint a pemphigus neonatorum malignus sem nem önálló betegség, mint azt Ritter állította, sem pedig nem áll összefüggésben a pemphigus foliaceussal, melylyel némely szerző összetéveszti. Hogy fogalomzavart elkerüljek, szükségesnek tartottam ezen a legújabb kutatásokon alapuló a pemphigus neonatorumra vonatkozó megállapításokat előreküldeni.

A mi a következőkben leírandó esetet illeti, több okból tartottam érdemesnek ennek közlését. Először a pemphigus neonatorum malignus már magában véve is ritka betegség, másodsor még ritkább a szoptató anyának infectioja és harmadszor, mert a pemphigus malignus esetei könnyen téveszthetők össze égési, forrázási sérülésekkel és ekként törvényszerű orvostani jelentőséget nyerhetnek, mint azt több a Richter-féle monographiában felsorolt eset, nemkülönbön a „Gyógyászat“ 1903. 1-ső számában Jelasic István dr. által közölt eset is bizonyítja.

Esetem a következő: T. R.-né 26 éves, hivatalnok felesége 1901. december hó 21-dikén egészséges leánygyermeket szült. Mivel gátrepedés volt jelen, elhívtak s még ugyanazon a napon megcsináltam a varratot. Sem anya, sem gyermek nem mutatott kóros tüneteket. December 24-dikén a gyermekhez hívtak, ki feltűnő jelenségeket mutatott a bőrön. Az alsó ajaktól kezdve az áll és nyak elülső felületén végig, akként, hogy az afficiált terület oldalt két a szájuztól kiinduló rézsút kifelé-lefelé haladó vonal által volt határolva, a felső mellkas nyilásig az epidermis rongyokban van leválva a corium barnás-vörös, részben száraz, részben nedves, teljesen szabadon fekszik; mindkét szájuztban genyes lepedékekkel fedett berepedések (rhagades). Az ajak nyálkahártyája lobosan duzzadt, fellazult, kivörösödött, nem vérző. A száj nyálkahártyája ép. Bednar féle aphthák. A bal mellkasfél oldalán, a jobb kezület hajlító oldalán, a jobb lágyéktájon, mindkét láb hátán az alszárakig felterjedve, a végbél nyílás körül és a bal lapoczkátájon a nyakszirtig felfelé egy-egy az epidermistől lecsupaszított, barna-vörös, gyermek egész férfitenyér nagyságig terjedő, égési hólyagok felpattanása által létrejövőhöz hasonló bőrterületek, melyeknek szélein az epidermis részben felsodródott, részben lazán lóg és a szabadon fekvő entis barnás-vörösön van elszínesedve. A felhámtól fosztott bőrterületek majdnem a test felületének felét teszik ki. Friss hólyagokat sehol sem látunk. A többi bőr halvány, normális. A gyermek folyton sír, nyöszörgő. Diagnosis: pemphigus neonatorum malignus. A gyógykezelés abban állott, hogy egész testét tiszta fehér vaselinnal bekentük és zsirtalanított vatta rétegbe jól begöngyöltük. A gyermekét szoptató anya, ki semminemű kóros elváltozást a bőrön nem mutatott, mindkét csecsbimbóban székelő fájdalomról panaszkodik. A vizsgálat következő leltre vezet: mindkét emlő csecsbimbója és ennek udvara lobos, excoriált és nedvedző; a csecsbimbóudvar és a többi bőr határán egymással összefolyó hosszúkás hólyagokból álló gyűrű, melynek tartalma genyesen zavaros. Mindkét emlő rendelkezik ilyen hólyaggyűrűvel az említett helyen. Borogatás bóroldattal.

A következő napokban a gyermeknél újabb hólyag nem képződött, folyton jajgatott és nyöszörgött, mígnem december 31-dikén kiszenvedett. Az anyánál mindkét emlőről eltűnt a hólyaggyűrű, és úgy a csecsbimbó, mint udvara simán meggyógyult. December 30-dikán azonban a két emlő között a sternum felett három átlátszó, serummal telt, barnaszínű, lencse egész borsó nagyságú hólyag jelent meg, mely a következő napokban beszáradt, s csupán barnás foltokat hagyott hátra a nélkül, hogy a kütég az egész bőrre kiterjedt volna.

A mint a kórtörténetből látjuk, a pemphigus neonatorum

¹⁰ Schrader: Cblatt f. Gynäk. 1894.

¹¹ Herms: Ugyanott.

¹² Grosz: Orvosi Hetilap. 1895.

¹³ Schliep: Therap. Monatshefte. 1895.

¹⁴ Budberg: Cblatt f. Gynäk. 1894.

¹⁵ Horn: Ugyanott.

¹⁶ Berend: Orvosi Hetilap. 1896.

¹⁷ Paul: Cblatt f. Gynäk. 1895.

¹⁸ Berend: Archiv f. Kinderheilk. 28. k.

¹⁹ Berend: Archiv f. Kinderheilk. 1898.

²⁰ Ehrendorfer: Cblatt f. Gynäk. 1895.

* Ueber Pemphigus neonatorum. Berlin, Karger 1902. Különlényomat a „Dermatologische Zeitschrift“ VIII. kötetéből.

övecske van, azonban maga a máj vívőérnek fala zúzva, roncsolva, vagy a májnak állománya a szomszédságban elváltozva nincs, mint a hogy sem a pitvar, sem a vena cava superior és inferior elváltozásokat nem mutat. Hasonlóképpen a májnak sem felszínén, sem állományában vérzés, roncsolás, löcsatornának semmi nyoma nincs. A jobb szív csúcsának és külső falának határán két cseresznyemag nagyságú, halvány szürkés-sárgás-fehér thrombus. A külső vizsgálatnál említett 7—8 cm. hosszú, friss metszett seb a deltoideus hátsó szélén és a triceps határán a hónaljban fekvő óriási vérömlenyhez vezet, mely egyrészt a sebet át, másrészt a szabaddá praeparált hónaljban a musculus latissimus dorsi által határolva fekszik és ökölnyi laza alvadékok alakjában kiemelhető. Ezen friss, laza alvadékok eltávolítása után kikészítettén az *arteria axillaris*, annak hátsó alsó szélén az intimában egy jókora lenese mekkoraságú luk mutatkozik, a mely a subclavia alakú helyétől épen 6 cm.-re fekszik. Ezen nyílás a hónaljban fekvő $\frac{2}{3}$ gömböszelvényű sima felszínű, aneurysmatikus zsákba vezet, a mely túlnyomólag szakadékon, törékeny, száraz, szürkés-sárga fibrin-tömegekből áll, és a mely beszakadtnak látszik. Ezen zsák feljebb egy sokkal jobban megtartott második zsákkal áll közlekedésben, a mely mindenek szerint a vívőérrel függ össze; utóbbi sagittalis átmérője 4, haránt átmérője 5.5, vastagsági átmérője 2.5 cm. Az *arteria axillaris* mondott nyílása tehát a vázolt egyik zsákba vezet. Mellette a vívőér különálló lumenel ki nem készíthető, a mennyiben az egyáltalában thrombotikus. A vena subclavia kikészítése után annak további lefolyása nem különíthető el, azonban lent az *arteria cubiti* mentén a vena cubiti egy része halvány szürkés-sárga thrombus-tömegekké kitöltött. Feljebb a vívőerek a legnagyobb igyekezet dacára önálló csövek gyanánt többé ki nem készíthetők. Ugyanis az ideg- és edény-pamat a felkar belső szélén részben rozsdabarna kötőszövet által van összenöve.

Az *arteria axillaris*nak alsó szélén mondott lenesényi lyuk, a mely az aneurysmatikus zsákhoz vezet, kihajló partokkal bir. Ha a deltoideus hátsó szélén levő sebet, a golyó bemeneti helyét, az *arteria axillaris* ezen nyílásával összekötjük és ezen vonalat meghosszabbítjuk, úgy a II. bordaközéig jutunk el, és tényleg e helyen az erősen kitágult *vena thoracica longa* intimája egy kis anyaghiányt és thrombus-tömeget mutat. A II. bordaközé izmai haemorrhagikusan vannak beivódva, de sem a borda sérte, sem a mellüreg megnyitva nincs. Az eddig vázoltakat még bonyolultabbá teszi azon tény, hogy a musculus latissimus dorsi, teres major és minor, úgyszintén a hónalj laza kötőszöve haemorrhagikusan van beszűrődve és a processus coracoideus alatti fossa infraspinata is jókora almamekkoraságú, rozsdás árnyalatú kötőszövevel kibélelt üreget mutat, mely régebbi vérömlenynyel van kitöltve.

Boncsolási kísérlet. Aneurysma traumaticum mixtum arteriae et venae axillaris. Az aneurysmának következményes megpukkadása, ismételt vérzések és egy friss nagy vérzés, következményes általános vérszegénységgel.

Annak magyarázatát, hogy miképen került a golyó a máj egy vívőérébe, megadja *Pertik* tanár az esethez fűzött epicrisisben. A lövés bemeneti nyílása a musculus deltoideus hátsó szélén van s a löcsatorna a jobb II. bordaközé felé halad. A lövedék ezen útjában az *arteria axillaris* alsó hátsó falát megsebezvén, a II. bordaközé ütődött és itt kifáradva, a nagy vívőérébe került. Pathologiai szempontból unicum a golyónak a fekvése a máj közepén a nélkül, hogy a májon löcsatorna, vagy egyéb legkisebb roncsolásnak nyoma találtatott volna. A golyó a májnak nem szövetében, hanem egy elsőrangú májvívőérben fektett, úgy hogy az oda a felső és alsó üres vívőérben át részben a vérárammal ellentett irányban erejét veszve, beleesett. A boncsolás arra is támpontot szolgáltat, hogy a golyó a jobb szívben egy ideig keringett, mert csak a szív behártyájának a golyó által való ezen mechanikai suroltatásából magyarázható a különben ki nem tágult jobb szív csúcsán talált, még életben keletkezett vérrög (thrombus).

A nem penetráló lövések kezelésében kisebb, lényegtelen különbségektől eltekintve, ma már teljesen egyforma eljárást követnek. Azelőtt minden lött sebet tudvalevőleg mérgezettnak tekintettek, melyet ki kell égetni; midőn a véletlen bebizonyította, hogy minden ilyen forró olajjal való kiegészítés nélkül is szépen gyógyulnak ezen sebek, az ellenkező végtelbe esve aseptikusnak tartották a lött sebet. A végzett bakteriologikus vizsgálatok azonban ezen állítást megdöntötték. Azon nagy számú állatkísérletek, melyeket *Messner*, *Pustoschkin*, *Probst*, *Koller*, *Kayser* és mások végeztek, bebizonyították azt, hogy az inficiált lövedéket sem a puszkapor fellobbanásakor keletkező hő, sem annak dörzsölődése a puska csövéhez nem képesek aseptikusá tenni. De még ha a lövedéket semmi kórokozó mikroorganizmus sem borítaná, a testet fedő ruházatról és a test felületéről mindig vihet az a löcsatornába elég fertőző anyagot. *Karlinski* desinficiált Mannlicher-lövedékekkel desinficiált nyúlezomra lött, melyet staphylococcus-fertőzött ruhával takart be. A löcsatorna fertőzöttségét minden esetben ki tudta mutatni.

Hogy pedig a lövésű sérülések mégis zavartalanul, genyedés nélkül gyógyulhatnak, annak oka minden valószínűség szerint nem abban keresendő, hogy véletlenül kórokozó mikroorganizmus nem volt jelen a golyón vagy a test felületén, hanem abban,

hogy a szervezet képes bizonyos mennyiségű ilyen mikroorganizmussal sikeresen megküzdeni.

Kérdés már most, hogy dacára annak, hogy bacteriologica a lött seb nem steril, kezelhető-e mégis mint ilyen?

Koller állatkísérletek útján akarta ezen kérdésre a feleletet megtalálni. Ő fertőzött lövedékekkel nyulakra lött és a keletkezett lövésű sérüléseket többféle módon kezelte és azon eredményre jutott, hogy csakis az egyszerű fedőkötéssel, varrattal, vagy drainezéssel való kezelés mellett maradtak kísérleti állatai életben. A löcsatornának 5% carbololdattal való desinfectiojával, thermocauterrel való kiegészítéssel, jodtincturával való beecseteléssel történt kezelésnél az állatok mind kimultak.

A mindennapi tapasztalat ezen kísérleti eredményeket a legteljesebb mértékben beigazolja és azért ma már a lövésű sérüléseket a legtöbbször csakis aseptikus vagy antiseptikus fedőkötéssel látják el a környezet desinfectioja után.

A legutóbbi spanyol-amerikai háborúban ily módon kezelt 75 nem penetráló mellkasi lövés közül egy halállal végződő eseten kívül (a halál okát nem találjuk feljegyezve) a többi mind zavartalanul gyógyult. Ép így *Klett* 7 esete, *Wiemuth* 5 esete.

A klinikánkon észlelt 59 nem penetráló mellkasi lövés közül meghalt három, és pedig egy az *arteria subclavia*, egy az *axillaris aneurysmája* következtében és egy semmi módon nem csillapítható epistaxisban. A többi 56 eset közül 55 zavartalanul, genyedés nélkül gyógyult a bemeneti és esetleg a kimeneti nyílásnak is egyszerű fedőkötéssel való ellátása után; csupán egy esetben észleltünk genyedést a löcsatornából. Ez az eset a következő:

S. György felvétellett 1898. V/27. Forgópisztolylyal meglőtték. A bal 3-dik bordaközében a bimbó és mellső hónalji vonal között egy 7 mm.-nyi pörkölt szélű bemeneti nyílás, melytől 15 cm.-rel kifelé tapintható a bőr alatt a golyó, mely V/28.-án el lett távolítva. V/29.-én a bemeneti nyílás környéke lobos, a löcsatornából híg genyennel együtt sok ruhafoszalvány is ürül. A lob tünetei lassanként visszafejlődnek és a beteg VI/4.-én még be nem hámosodott sarjfelülettel hagyja el a klinikát.

Még csak azon kérdés eldöntése marad hátra, hogy a testben visszamaradt golyót eltávolítsuk-e vagy nem?

Régi tapasztalat, hogy a szervezet tolerantiája igen nagy a testben maradt golyókat illetőleg. Nem egy eset ismeretes, a hol a golyó évtizedekig minden zavar nélkül a testben maradt. Eseteink közül egyik a pectoralis majorba jutott golyót már 10 éve viseli, a nélkül, hogy az neki a legkisebb kellemetlenséget is okozná. *Altermatt* Krönlein klinikáján észlelt perforáló lövésű sérüléseknél a testben visszamaradt golyót illetőleg azon következtetésre jut, hogy azok az életre imminens veszélyt nem képeznek és ezért nem helyeselhető a golyónak a szűk löcsatornán eszközökkel való keresése eltávolítás céljából. Ezzel szemben *Graetzer* 3 lövésű sérülést közül, a hol a golyó 10, 20 és 4 éven keresztül minden zavar nélkül a testben volt, de utóbb mégis genyedést okozott. Az irodalomból még 52 esetet sorol fel, a melyekben a golyó hosszú időn át (egy esetben 59 éven át) minden tünet nélkül fekvődvén, mégis lobot és genyedést okozott a környező szövetekben a nélkül, hogy kívülről jött infectio lehetősége kimutatható lett volna. *Köhler* is közöl esetet, melyben egy katona 20 éven át minden tünet nélkül hordott egy golyót testében, míg végre mégis el kellett távolítani. „Man kann nie einen Verwundeten, — mondja *Graetzer* — der einen Fremdkörper in sich birgt, garantieren, dass er stets ohne Störung und schwere Folgen denselben mit sich tragen wird; denn nach Monaten, ja oft erst nach vielen Jahren ganz ungestörten Wohlbefindens, wenn die Anwesenheit einer Kugel längst vergessen ist, treten entzündliche Erscheinungen und Eiterungen auf, die oft einen sehr schweren Verlauf nehmen.“

Ezen késői genyedések mindenesetre abban lelik magyarázatukat, hogy a golyóval a szervezetbe jutott genyelt mikroorganizmusok nagyon hosszú időn át képesek virulentiájukat megtartani.

Klinikánkon a golyót nemcsak minden olyan esetben távolítjuk el, a hol az bármilyen zavart okoz, hanem akkor is, ha helye biztosan diagnoskálható és nagyobb beavatkozás nélkül eltávolítható. A golyót sohasem a löcsatornán át, hanem mindig direct rámetsszve távolítjuk el. 59 lövésű sérülésünk közül 22 esetben tettük ezt. (Folyt. következik.)

Közlemény a szent István-kórház VI. belgyógyászati osztályáról.

Az extrasystolés arhythmiaik diagnostikai jelentőségéről.¹

Korányi Sándor egyet. tanártól.

(Vége.)

Említettük, hogy Hochhaus és Quincke szerint az extrasystole hangja különbözik a normális systole hangjától. A különbség abból áll, hogy az extrasystole hangja sokkal erősebb pulsusának nagyságához mérten, mint a normálisé és ezenkívül feltűnően rövid, dobbanó. E különbség oka, a mint azt Quincke és Hochhaus kifejtették, a szívizom összehúzódása rendellenes időbeli lefolyásának következménye és az extrasystolékra vonatkozó mai ismereteink alapján könnyen ismerhető fel. A kamarák rendes systoléja hullámalakban terjed végig a kamarák izomzatán. Az izomzatnak nem egész tömege rövidül meg maximalisan ugyanazon pillanatban, hanem az ingerület tovaterjedése mérhető időt vesz igénybe. Az ebből eredő izomhang tehát aránylag tartós és miután hosszabb időre oszlik el, gyengébb.

Ezzel szemben az extrasystolét nem az ingervezetés rendes útjain át haladó folyamat váltja ki, hanem a szív valamelyik üregének belsejében uralkodó nagy nyomás. A nyomás az üreg egész falzatára egyidejűleg hat és azért a systole az izomzat minden részében ugyanazon pillanatban indul meg és éri el maximumát. A hangot okozó folyamat egyidejűsége a hangot erősíti és rövidebbé teszi. Ez a sajátos erős és rövid hang a szív azon része felett jön létre, a mely a diastolés nagy nyomásnak, extrasystole-nak kiindulási helye. Ha ez pl. a bal kamara volt, akkor a jobb kamara már nem a nagy nyomás hatása alatt, hanem azért húzódik össze, mert az ingerület a bal kamaráról reá is áterjed. Miután nem egyidejű, hanem vezetett ingerületből származik a jobb kamara systoléja, azért hangja sem oly rövid és dobbanó, hanem ellenkezőleg gyenge és tartós. Már Hochhaus és Quincke észrevették, hogy az extrasystole jellemző hangjának localisatiója változó. Vizsgálataik idejében azonban az extrasystolék tana még fejlődésének legelején volt, azért észleletüket nem értékesíthették.

E viszonyokat igen nagy anyagon tettem vizsgálat tárgyává és vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. Arteriosclerosisnál, zsugorodó vesénél és az aorta-szájadék bántalmainál előforduló arhythmiaik eseteiben az extrasystole erős, dobbanó hangja rendszeren a bal kamara felett hallható.

Az extrasystole hangja a jobb kamara felett ilyenkor gyenge, tompa. Ebből következik, hogy ezen esetekben, a mikor a fennálló anatómiai rendellenesség a bal kamrát terheli túl, az extrasystole a bal kamrára ható ingerből keletkezik.

2. Emphysemánál, ha az arhythmiaival jár, az extrasystole dobbanó hangja elfoglalja a szívnek majdnem egész mellkasi projectióját. Tehát emphysemánál az extrainger székhelye a tüdő állapota folytán túlterhelt jobb kamara.

3. A bal venás szájadék betegségeinél igen változó localisatiójú extrasystole hangokat hallhatunk.

Többnyire súlyos esetekből álló kórházi anyagomon rendszeren azt találtam, hogy az extrasystole dobbanó hangja a bal venás szájadék hibáinál a jobb kamara területére localizált, néha azonban a bal kamara felett hallható. Az esetek harmadik csoportjánál az extrasystole hangja sehol sem erős, dobbanó, hanem mindenütt tartós, gyenge, tompa. Ezen tapasztalatokból az következik, hogy a bal venás szájadék bántalmainál az extrasystole hol a jobb, hol a bal kamarából indul meg, hol pedig mind a két kamarának systoléja tovavezetett és így az extrasystole kiindulási helye valamelyik pitvar.

Ilyenkor, a mint arról pár nap előtt győződtem meg, megtörténhetik az is, hogy a pitvari extrasystole hangja gyenge, tompa hang alakjában hallható. Ez esetben a bigeminus auscultatiós tünetei a szívesűcs felett a következők voltak: A fennálló bicuspidalis insufficienciának megfelelőleg 1. systolés hang, közvetlenül utána systolés zöreje, 2. diastolés hang. Utána igen rövid idővel 3. tompa, gyenge praesystolés hang, a melylyel a szív extraperiodusa megindult; ezt követte: 4. gyenge systolés hang igen gyenge systolés zorejjel, 5. gyenge diastolés hang.

Tehát a bal kamarát túlterhelő bántalomnál az extrasystole a bal kamarából, a jobbat túlterhelőnél a jobból indul ki, míg olyan betegségeknél, mint a kétüregű billentyű elégtelensége, a mely a szív minden részét túlterhelheti, az kiindulhat a szív bármelyik részéből.

A felsorolt klinikai tapasztalatok tehát egyrészt azt bizonyítják, hogy az extrasystolék tényleg a túlterhelt szív-részletből indulnak ki és így az állatkísérletből folyó theoriát hathatósan támogatják, másrészt pedig ezen örvendetes harmoniából a klinikai és a kísérleti tapasztalatok eredményei közt az következik, hogy az extrasystolék kiindulásának klinikai localizálása az auscultatio segítségével megbízható.

Az elmondottak alapján tehát sikerült az extrasystolés rhythmuszavarok tanának kibővítése odáig, hogy az a diagnostikában értékesíthetővé váljék. Kiindulásunkat Knoll tétele képezte, a mely szerint extrasystolék származnak, ha a szív ereje feladatához mérten elégtelen. Ezt a tételt kiegészítettük azzal, hogy a szívnek akadályaihoz mért elégtelensége csak akkor vezet extrasystolékhoz, ha az elégtelenségből származó túltelődés nagy pozitív nyomást okoz a diastole időszakában. Kifejtettük, hogy ez csak akkor lehetséges, ha a gyenge szív-részlet mögött erősebbek dolgoznak, a melyek a gyenge részt nagy nyomás alatt töltik meg és így végeredményben az extrasystolék diagnostikai jelentőségét abban foglalhattuk össze, hogy azok jelenléte esetében az egyes szív-részek ereje és az előttük álló akadály közt az arány nem azonos. E tételt a diagnostika localizálás szempontjából is értékesítheti, miután az extrasystolék először Hochhaus és Quincke által ismertett jellemző hangjának localisatiójából felismerhetjük, hogy az extrasystole melyik szív-részlet felől indul meg, hogy tehát melyik szív-részlet az, a mely kisebb eredménnyel ürül ki, mint a melylyel megtöltetik.

Valamely szív-részlet rendellenes megterhelését eddig csak annak hypertrophiájából és dilatációjából ismerhettük fel. Ezentúl erejéhez mérten túlságos megterhelését is felismerhetjük a megfelelő szív-rész extrasystoléből. E túlságos megterhelés két okból származhatik: az egyik az illető szív-rész kiürülésének fokozott akadály. Ha ez az extrasystolék oka, akkor az akadály rendellenességét a szív-szájadékok vagy az erek betegségeinek alakjában felismerhetjük. Ha diagnostikai módszereink ezeket a betegségeket kizárják, akkor a túlterhelés csak relativ lehet és okát a szív izmában kell keresnünk. Ezen az úton várható, hogy az extrasystolék a szívizombetegségek diagnostikájában, különösen a betegségek localizálásánál, fontos szerepet fognak játszani.

Ha egyéb nem is volna az extrasystolék tanulmányozásának eredménye, mint az, a mit eddig kifejtettünk, akkor is megérdemelné ez a tanulmány a fáradságot. Az extrasystolék azonban egyéb felvilágosításokkal is szolgálnak. Ezekkel röviden végezhetünk.

Előadásom első részében említettem, hogy Kronecker, Marey és különösen Engelmann vizsgálatai szerint a szív minden systoléja kimeríti egy időre a szív működési képességét és ezzel annak contractilitását. Ez az idő a refractaer időszak, a mely a systole vége után még rövid ideig fennáll és a mely után a szív működési képessége lassanként visszatér és fokozódik a legközelebbi systole kezdetéig. Engelmann az élettani praeparatumon a contractilitás fokozódását a pausa tartamával úgy bizonyította be, hogy annak extrasystoléit különböző hosszú pausák után váltotta ki és mérte meg. Ugyanaz, a mi az élettani praeparatumon kimutatható, tanulmányozható emberen is akkor, ha extrasystolés arhythmiaja van. Az extrasystolékkel dolgozó szív, a mint láttuk, túltelt. Ennek folytán a systole által kidobott vérmennyiség nem a szívüreg vértartalmával egyenlő, hanem a szív erejével arányos. Engelmann tapasztalatából folyik, hogy ennek megfelelőleg a pulsusnak az azt megelőző pausa hosszával nőnie kell. E növekedés menetének észleléséhez nem kell egyéb, mint hogy az egyes pulsusok különböző hosszú pausák után jöjjenek létre és ha ez a feltétel fennáll, akkor kimérve a pulsust megelőző pausa hosszát és a pulsus magasságát, az utóbbit graphikus táblában mint a megelőző pausa functióját tüntethetjük fel.

Az így szerkesztett graphikus táblán a pausák hossza és a pulsusok magassága szerint elhelyezett pontok annak a görbének alakját határozzák meg, a mely szerint a szív contractilitása,

energiája, a pausa tartama alatt nő. E görbék alakja a szívizom energiaképzésének menetéről ad fogalmat és a mint arról meggyőződtem, kóros viszonyok közt változik.

Extrasystolés arhythmianál a pulzusok három csoportja fordul elő: rendes időben bekövetkező pulzusok, korai pulzusok és hosszú pausa utáni pulzusok. Tisztább képet kapunk a contractilitás fejlődésének menete felől, ha az egyes csoportokat egy pontban egyesítjük, a melyet a bemutatott táblán az illető csoport pulzusainak középbevetkezési ideje és közepmagassága szerint helyezünk el. Az így elhelyezett három ponton kívül egy negyedik a contractilitás visszatérésének első pillanatát jelzi és *Hering* szerint úgy helyezendő el, hogy vízszintes távolsága a 0 ponttól egy szabályos pulsus-periodus 0.6 részének feleljen meg. Az így nyerhető görbék néhány példáját bemutatom.

Az első tábla különben ép szívű és érrendszerű fiatal syphillises nő sphygmogrammja alapján készült, a ki időnként szívdobogásról panaszkodott. A nyert görbe azt mutatja, hogy a szív contractilitása a pausa hosszával arányosan nő. Ez a tábla tekinthető az ép szív energiaképzésének menetét feltüntető példa gyanánt.

A második eset compenzált aorta insufficiencia esete. Az előbbivel szemben feltűnő, mily gyorsan nő a szív contractilitása nagyra. E rendellenesen gyors növekedés valószínűleg a szív nagy hypertrophiájával áll összefüggésben.

A harmadik tábla a szív energiájának fokozódását myocarditis esetében jelzi. A contractilitás elég gyorsan kezd nőni, azonban növekedése nem kitartó és bizonyos időn túl a pulzusok alig nagyobbodnak késésük fokozódásával. Ez azt bizonyítja, hogy a myocarditises szív contractilitása csakhamar eléri maximumát, a melyen túl nőni nem képes.

Még súlyosabb myocarditissnél fennálló viszonyokat ábrázol a negyedik ábra. A korai pulzusok rendkívül kicsinyek. A későbbiek nagyobbak ugyan, de a növekedés nem halad messzire. Az energia-képzésnek tehát súlyos zavara áll fenn, a mely e folyamat lassú, vontatott kezdetében és abban nyilvánul, hogy az nagy contractilitást hosszú pausa után sem hoz létre.

E táblákat azért mutattam be, mert azt hiszem igen demonstratív képet nyújtnak annak, hogy a physiologusoknak úgynevezett extrasystole-módszere a klinikán is alkalmazható a szív energiaképzésének tanulmányozására, valamint azt is bizonyítják, hogy a folyamat menete más, ha a szívizom ép, más, ha hypertrophiás és más, ha elfajult. De azért e táblák ellen bizonyos kifogások tehetők. Ezek egyike, hogy a pulsus-magasság a sphygmogrammban a sphygmograph beállításától is függ. Igaz, hogy ez egy görbe felvételének ideje alatt állandó és így annak egyes pulsusai egymással összehasonlíthatók, de azért mégis megeshetnék, hogy az energiaképzés görbéjének alakját a rugó megfeszülésének foka befolyásolja. Már pedig ez a tényező két különböző egyén vizsgálatánál változó lehet és azért, ha nem is nagy súlylyal bír, de mégis számba jövő ellenvetést tehetne valaki az ellen, hogy ilyen görbék alakjait egymással összehasonlíttuk. A másik és még fontosabb kifogás a táblák megszerkesztésénél alkalmazott módszer ellen annak körülményessége.

Ennyire időtrabló eljárás klinikai alkalmazásra nem tarthat számot, már pedig az hasznossá csak akkor válhatnék a diagnosztikában, ha széles körben volna alkalmazható.

Szerencsére módunkban áll az energiaképzés menetének vizsgálata egyszerűbb eszközzel, a mely még hozzá a sphygmogram hibaforrásait is mellőzi és ez a tapintás. Az ezen vizsgálat által megoldandó kérdések ugyan egyszerűen a következők: 1. A szív contractilitása a korai pulzusok idejében akkora-e, mint az ép szívnél, vagy ennél kisebb. 2. A szabályos időközön túl késő pulsus a szív contractilitásának a késéssel arányos növekedésére vall-e, vagy a növekedés bizonyos idő múlva megszűnik. Igaz hogy nem számokkal, de *igennel* és *nemmel* e kérdésekre válaszolhatunk, ha betegeink pulzusát figyelmesen tapintjuk.

Említettük, hogy az extrasystole után következő pausának tartama az extrasystole erejével arányos. Tehát az extrasystole erejét nemcsak az extrapulsus függőleges méretével fejezhetjük ki, de az azt követő pausa tartamával is. Láttuk, hogy *Lommel*

tapasztalatai szerint, a mely tapasztalat helyessége az én észlelteimből is kitűnik, ép szívizomnál az extrasystole után szabályos ideig tartó compenzáló pausa következik, a melynek folytán a bigeminus tartama egyenlővé válik két szabályos pulsus tartamával. Láttuk, hogy az extrasystole erejétől függ, vajon a compenzáló pausa szabályos marad-e vagy megrövidül.

Ha az megrövidül, akkor ebből az következik, hogy az extrasystole rendellenesen gyenge. A kinek eléggé kiművelt rhythmus-érzéke van, az a tapintás és még inkább a hallgatódzás útján a bigeminus megrövidülését elég élesen felismerheti. A rendes bigeminusnál a postcompensatiós systole akkor következik be, a mikor azt a szív adott rhythmusánál fogva várjuk, rövidülnél pedig előbb. *Az extrasystole gyengeségének első fokát tehát a bigeminus megrövidüléséből constatáljuk. Ha az még magasabb fokot ér el, akkor compenzáló pausa nincs és tri-, quadrigeminusok vagy hosszabb extrasystole sorozatok jönnek létre.* Harmadik táblám sphygmogrammján a bigeminusok rövidültek voltak, a negyediken pedig extrasystole-sorozatokkal váltakoztak.

A második kérdés, hogy a szívrevolúciók szabályos tartamán túl nő-e még a szív contractilitása. Ezt eldönteni egyszerű. *Ha nő, akkor a hosszabb pausa utáni pulzusok feltűnő nagyok, ha ellenben nem nő, akkor a szabályosaktól alig különböznek.*

A szívizom energiaképzésében előforduló rendellenességeket tehát minden komplikáltabb segédeszköz nélkül felismerhetjük a következőkből: 1. Míg az energiaképzés menete normális, addig az extrasystolék szabályos tartamú bigeminusokat okoznak, a melyeket feltűnő nagy postcompensatiós pulsus követ. 2. Ha az energiaképzés eleinte normális, azonban később hanyatlik, akkor a bigeminusok teljes tartamúak maradnak, de a postcompensatiós pulsus nem nagy. E tény jelentőségét a prognosira már *Nothnagel* és *Jürgensen* felismerték, a nélkül, hogy azt az extrasystolék tanával összefüggésbe hozták volna. *Jürgensen* szerint az olyan arhythmiaik közben prognosisa jó, a melyek időnként feltűnő nagy pulsusok tapinthatók, ellenben kedvezőtlen, ha e nagy pulsusok hiányzanak. Sphygmogrammjaiból kivehető, hogy e pulsusok alatt post compensatiósakat értett Empiriás tapasztalata tehát annyit jelent, hogy ha a szívizom energiaképzése sokáig fokozódó folyamat, akkor a prognosisa jó, ellenkező esetben kedvezőtlen. 3. Az energiaképzés rendellenességeit annak elején a bigeminusok megrövidüléséből, súlyos rendellenességeit pedig extrasystole-sorozatok fellépéséből ismerhetjük fel.

Tisztelt orvosegyesület! Szívtherapiánk gazdagsága, a mennyiben annak céljával a szív működés szabályozását tűzzük ki, minden elképzelhető kívánságunkat kielégíti. Tudjuk a szív működés energiáját fokozni. A digitalissal fokozhatjuk a szívizom energiaképzését. A szív működés szaporaságát fokozhatjuk vagy csökkenthetjük. Az erek tonusának szabályozása bizonyos fokig szintén kezünkben van. Újabban kezdjük ismerni azokat a feltételeket is, a melyektől a vér belső surlódása függ és talán remélhető, hogy azt módunkban lesz tervszerűen befolyásolni. Az, a mi therapiánknak e gazdagsága dacára annak előre megállapított terv szerinti berendezésének folyton érezhető nagy akadálya, a helyes indiciók hiánya.

Ezen a hiányon csak az segíthet, ha vizsgáló módszereinket folyton fejlesztve, mind exactabb módon ismerhetjük fel a fennálló működési zavar lényegét és megszokjuk gyógyító eljárásaink hatásának ezen módszerek szerinti minél behatóbb ellenőrzését. Ha e téren a munka előbbre haladt, akkor biztosabb indiciók alapján, jobb és biztosabb sikerrel fogjuk szívbetegjeinket kezelhetni, mint eddig. E haladás feltétele a szív *functionalis diagnosztikájának* tökéletesedése és ebben egybekel mellett bizonyos szerep betöltésére van hivatva az arhythmiaik diagnosztikai értékesítése is.

Ehhez nem kell egyéb, mint hogy a physiologia ide vonatkozó ismeretei az azokat megillető helyet elfoglalják gondolkodásunkban, ezenkívül gyakorlott fül és ujj. E szerény segédeszközökkel felismerhetjük az extrasystolék tényéből azt, ha a szív valamelyik részének ereje és feladata között kevésbé kedvező az arány, mint többi részének ereje és feladata közt; felismerhetjük, hogy melyik az a szív részlet, a melyet a betegség különös

nagy mértékben terhel túl; egyéb diagnostikai módszereink arról is felvilágosítanak, hogy a kiválóan túlterhelt szívész előtt az akadályok nőttek-e nagyon nagyra, vagy az illető szívészlet ereje hanyatlott-e és végül felismerhetjük azt, hogy a szív nyugalma alatt annak ereje normális gyorsasággal nő-e és ha nem, hogy a növekedés inkább a nyugalom vége felé, vagy mindjárt annak elején hiányos-e.

T Á R C Z A.

Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről.

(Folytatás.)

Az Erzsébet királyné-sanatoriumban 1902-ben végzett rhino-laryngologiai vizsgálatok.

Az Erzsébet királyné-sanatorium működése első negyedéről közölt gégeorvosi jelentésben körvonalaztam azon eljárást, a mely legalkalmasabbnak mutatkozott arra, hogy a gégekezelés kiegészítőleg illeszkedjék bele a sanatoriumban folytatott gyógykezelés eszmemene-tébe és a lefolyt esztendő tapasztalatai a gyógykezelés ezen módjait teljesen jogosulttá tették, a mennyiben csekély változtatásokkal a be-avatkozásokban conservatív eljárást követve, kielégítő eredményt tudunk elérni. A orrlégzés szabaddá tétele, a köhögést okozó garat- és gégemegbetegedések okszerű gyógykezelése, a nyelési fájdalmak csökkentése voltak azon főbb momentumok, a melyeket ismert therapiai eszközökkel és újabb gyógyszerek alkalmazásával szem előtt tartottunk és eredményeink meggyőztek ezen álláspont helyes voltáról. Tekintve az intézet felvételi szabályzatának azon pontját, a mely súlyosabb fekélyesedéssel, perichondritissel jelentkező gégebajosok felvételét nem engedí, műtétit beavatkozásra alig nyílt alkalom. Azon esetekben, a hol ez mégis szükséges volt: tanácsosabbnak tartottuk a szükséges operatív beavatkozást csak akkor foganasítani, mikor a táplálkozási viszonyok a sanatoriumi gyógykezelés alatt javultak. Rendszerint a betegnek a sanatoriumból való távozása után az I. belklinikán végeztük a műtétet. Az elv, a mely bennünket gümös természetű gégebaj műtétit gyógykezelésénél vezérel, ugyanaz, a melyet a sebészet alkalmaz, hasonló természetű, a test más részein, pl. a bőrfelületen levő bántalmaknál, t. i. eltávolítani minden kórosat. Ha tehát ezen elv ki nem vihető, azaz a laryngologiai vizsgálat alapján nincs reményünk arra, hogy minden kórosat eltávolítsunk, inkább tartózkodunk a műtétől és más eszközökkel, pl. tejsavcsetelésekkel igyekszünk győgyeredményt elérni. A tapasztalatok mutatják, hogy a gégemegbetegedés progressioja párhuzamosan halad a tüdő állapotának változásával, ezen párhuzamosság, ha nem is pontos, de mégis megköczkázthatjuk azon állítást, hogy a gége állapota mintegy hőmérője a tüdőphthisis változásának. Epen ezért bármennyire elismerjük is Besoldnak, a falkensteini sanatorium gégeorvosának operatorei képességeit és gyakoroltságát, kissé tartózkodással kell fogadnunk olyan indicatioit, a melyek alapján részleges vagy teljes gégekiirtást végezhetünk gümőkóros gégemegbetegedés miatt. Besold kívíendőknek tartja e műtétet, ha a tüdő állapota megengedi.

Mi azonban eddigi tapasztalataink és az imént mondottak alapján a legnagyobb ritkaságnak tudjuk elképzelni az oly esetet, a hol teljes gégekiirtást szükségelő gégeroncsolás mellett, a beteg tüdeje oly állapotban legyen, hogy az Besold indicatioja szerint a műtétet megengedje. Mint említettük, fekélyesedő folyamatoknál, ha azok operatív beavatkozást vagy nem igényelnek, vagy meg nem engednek, tejsavcseteléseket alkalmazunk, vagy tisztán vagy menthollal és salicylsavval keverve. A tejsavcsetelés bármennyire is régen alkalmazott, elterjedt és könnyű therapiai beavatkozás, mégis szükségesnek tartom erre vonatkozó észleleteinket ismertetni. Gyakori eset az, hogy már gégeorvosi kezelés alatt állott beteg kerül a sanatoriumba, a ki elbeszéli, hogy naponta 20—30%-os tejsavcseteléseket kapott, a melyek után rekedtsége eleinte javult, később azonban ismét visszatért.

Az intézetben való kezelés alatt, a tejsav csetelést egy hétre kihagyva és menthololaj vagy makacs köhögés jelenlétekor mentholanaesthesin emulsióval pótolva, a rekedtség lényegesen javult. A magyarázat igen egyszerű, a gyakran alkalmazott kemikus inger, a mit az erősen maró gyógyszer kifejtett, maga is hurutot okozott és az izgalom elhagyásával a lob is megszünt. Nem képezi e kis ismertetés célját a kérdést részletesen tárgyalni és ezért csupán a tapasztalatok folytán a tejsavcsetelés terén legalkalmasabbnak talált és általunk követett módokat soroljuk fel. Tejsavcsetelés előtt a gége jól cocainozandó, mert csak így lehetséges a jól localisált tejsavcsetelés és egyéb részek izgatásának kerülése. Csetelésre kivétel nélkül erős oldatokat alkalmazunk: 50—80%-ig és pedig bevarva egy csetelés hatását és az általa képzett pörk teljes leválását, a mi rendszeren 7—10 napig tart. És így legfeljebb hetenként egyszer végezzük a procedurát. A cocaint sok betegünk rosszul tűrté, a cocain által okozott paraesthesia igen kellemetlen hányást okozott és ezért oly esetekben, a hol a finom localisálás nem volt oly fontos, mint a hangszalagokon, pl. az interarytaenoidealis tájon, anaesthesin emulsióval kísérlettük meg a gége reflexingerlékenységét csökkenteni. Ezen kísérletek eredménye az volt, hogy sikerült

ezen 5%-os anaesthesin emulsióval elérni azt, hogy a tejsavcsetelés nem okozott laryngospasmust és így bizonyos esetekben nélkülözhetővé tette a cocaint.

Ezek után a vizsgálatok eredményét a következőkben összegezzük: Az intézetben ápolott betegek felvételük első hetében gégevizsgálatnak vétettek alá. Az intézetben ápolatott a lefolyt évben 400 beteg. Ezek közül súlyosabb fekvő beteg lévén, technikai okokból részletesen nem vizsgálatott és symptomásan kezeltetett 8. Az alább következő összeállításra vonatkozólag megjegyezzük, hogy áttekinthetőség kedvéért az orr- és garatmegbetegedéseket különve, a gége elváltozásait hasonlítjuk csak össze, hogy ez által a tulajdonképeni specifikus bajok percentatioja feltünőbbé váljék. Ezek szerint:

Nem vizsgálatott	8 gége
Tuberculosisan megbetegedett volt	73 "
A váladék által okozott bajt mutatott	150 "
Egészségesnek találtatott	178 "
Összesen:	409 gége

Hogy ezen összegezett szám nagyobb az ápoltak számánál, annak oka abban rejlik, hogy némely egyénnél több elváltozást találtunk. Százalékokban kifejezve, 400 beteg közül egészségesnek találtuk 44.5 százaléknak gégejét, és tuberculosis természetű gégebajban szenvedett a betegek 18.2 százaléka. A diagnosisok részletes sora a következő:

Orr- és orrgaratüreg:

Eczema narium	2
Rhin. chronic. hypertrophica	32
Rhin. atrophica	5
Deviatio septi	24
Crista septi	52
Polypus nasi	1
Crista baseos nasi	3
Erosio septi	14
Catarrh. in cavo pharyngo-nasale	9
Perforatio idiopathica septi	1
Empyema antri Highmori	2
Vegetationes adenoideae	5

Torok:

Pharyngitis chronica	40
" sicca	8
" lateralis	19
" granulosa	17
Lues pharyngis	4
Hypertrophia tonsillarum	17
Mycosis benigna	3

Gége:

Laryngitis chronica	126
" catarrhalis chronica	19
" subglottica	7
Chorditis ulcerosa	6
Epiglottitis	3
Hypertrophia chordae spuriae	5
Arytaenoiditis	12
Fixatio articulationis ary-cricoideae	2
Ulcus regionis interarytaenoideae	8
Prolapsus ventriculi Morgagni	4
Tracheitis	5
Intumescencia region. interarytaen.	26

A felsorolt adatok mutatják, hogy a betegeknek felső légutai részletesen megvizsgáltattak, és eredményképen nem egy, tudományos tekintetben érdekes észleletet tettünk és néhány különben tünetet nem okozó gégebajt állapíthattunk meg és kezelhettünk. Legyen szabad felmlítenem egy esetet, a mely más helyen közölve nem lesz, de ritkasága miatt említésre méltó. Egy 31 éves férfibetegnek összes panaszát felső légutaira vonatkozólag az képezi, hogy jobb orrfele állandóan kissé eldugult. A rhinoscopia anterior nem mutat eltérést, rhinoscopia posterioránál a jobb tubaduzzanatóból kiinduló és alulról mellülről fel és hátrafelé haladó, lemezszerű, sondával nyálkahártyatapintatú képlet foglal helyet. Ezen képlet, mint a leírásból kitűnik, egy részletes choanalis diaphragma és irodalmi ritkaságszámba megy. A gégevizsgálat kötelező voltának jogosultságát igazolja a következő eset: 28 éves férfibeteg felvételekor első vizsgálatra jelentkezik, panaszai nincsenek, részletes kérdésekre (rekedtség, nyelési fájdalom stb.) is negative válaszol. Gégevizsgálatnál mindkétoldali prolapsus ventriculi Morgagni, az állhangszalagok és interarytaenoidealis táj infiltratioja és a bal articulatio ary-cricoidea kisfokú kötöttsége volt látható.

Több tanulságos vizsgálati eredmény felsorolása túlhaladná e jelentés keretét és azok további észlelés után később fognak napvilágot látni.

Az év befejeztével nem mulaszthatom el köszönetet szavazni Kuthy tanár igazgató főorvos úrnak, a ki körültekintő figyelmével a vizsgálatokat elősegítette és a betegeket idejekorán kezelésre utasítva, ez által sok elváltozásnak a kezdeti szakban való kezelését és gyógyítását tette lehetővé.

Pollatschek Elemér dr. intézeti rendelő gégeorvos.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

A vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister által f. évi 28.857. szám alatt 15 éven aluli gyermekeknek a koresmák és nyilvános mulatóhelyektől való távoltartása ügyében kiadott körrendelet.

I. Valamennyi törvényhatóság közigazgatási bizottságának.

Nem szükséges bővebben magyarázni azt, hogy a szesz italok mértéktelen élvezete mily romboló hatást gyakorol az ember testi, lelki épségére és erkölcsi életére, s ha szenvedélylyé válik, miképen pusztítja el az ember egészségét, akaratát, erkölcsi erejét és egész idegrendszerét, s miképen dulja fel a családok békéjét és miképen lesz oka annyi szerencsétlen család anyagi elzüllesztésének és nyomorának; a serdülő kor pedig az alkohol élvezete által az iszákosság szenvedélyének legveszedelmesebb terjesztője.

Minden eszközt meg kell tehát ragadni arra nézve, hogy az ifjúságot ezen veszedelemtől megóvjuk.

A vezetésem alatt álló ministerium már több évvel ezelőtt közölte a vármegyei kir. tanfelügyelőkkel Heves vármegye közönségének 1893. évi július havában alkotott azon szabályrendeletét, melylyel a 15 éven aluli, tehát a tanköteles korban levő mindkét nemű gyermekeknek a koresmákban időzését, koresmai mulatságokban, nyilvános táncvizsgákban megjelenését tiltotta; közölte pedig ezen szabályrendeletet oly felhívással, hogy a vármegyék közönségét hasonló szabályrendelet alkotására buzdítsák.

Mint hogy azonban még számos vármegyei és városi törvényhatóságtól az érintett szabályrendelet megalkotásáról jelentés hozzám nem érkezett, felhívom a bizottságot, jelentse be, hogy a törvényhatóság megalkotta-e és mikor ezen szabályrendeletet, s az kormányhatósági jóváhagyást nyert-e?

A mennyiben a jelzett szabályrendelet még ez ideig meg nem alkotott volna, a bizottságnak kötelességévé teszem, hogy a másolatban ide csatolt hevesmegyei hasonló szabályrendelet rendelkezéseit figyelembe véve, a tanköteles korban levő gyermekeknek a koresmáktól és nyilvános mulatóhelyektől távol tartására nézve szabályrendelet alkotására a törvényhatósági bizottsági közgyűlés elé javaslatot terjesszen és ennek megtörténtét ide annak jelzésével, hogy a javaslatot a törvényhatóság elfogadta-e vagy sem? a f. év végéig jelentse be.

II. Valamennyi kir. tanfelügyelőnek és tanfelügyelőségi kirendeltségnek.

A 15 éven aluli gyermekeknek a koresmák és nyilvános mulatóhelyektől való távoltartása ügyében a törvényhatósági közigazgatási bizottságokhoz egyidejűleg intézett körrendeletem egy példányát a tanfelügyelőségnek tudomás végett kiadom.

Budapest, 1903. évi május hó 6-dikán.

Wlassics Gyula s. k.

Szabályrendelet.

406/XXXII. 893. A 15 éven aluli gyermekeknek a nyilvános mulatóhelyektől való távoltartása tárgyában.

1. §. A közrend, közérkölciség és közegészség szempontjából Heves vármegye területén rendőrileg tilos az, hogy 15-dik életévét még be nem töltött gyermek koresmában, sörmérési, vagy pálinkamérési helyiségben időzzék, vagy nyilvános táncmulatságon megjelenjenek.

2. §. Ezen rendőri tilalomnak megszegése az 1879. évi 40 t.-czikk 1 §. alapján kihágásnak nyilvánítottatik, és ennél fogva száz koronáig terjedhető, az illető község szegényalapját megillető pénzbüntetéssel büntetendő:

a) azon koresmáros, sör- vagy pálinkamérő, avagy nyilvános táncmulatságot rendező, a ki 15 évet még be nem töltött gyermekeket a koresmában, sör- vagy pálinkamérési helyiségben, avagy a nyilvános táncmulatságon időzni enged;

b) azon szülő vagy gyám, a ki 15-dik életévét még be nem töltött gyermeket koresmában, sör- vagy pálinkamérési helyiségben avagy nyilvános táncmulatságon időzni enged, vagy pedig most jelzett helyekre avagy nyilvános táncmulatságra magával viszi.

3. §. Nem képez kihágást az, ha a községben állandó lakással nem bíró vagy pusztán lakó szülő vagy gyám 15-dik életévét még be nem töltött gyermekkel étkezés czéljából időz koresmában vagy sörmérési helyiségben, úgy szintén az sem, ha valamely helybeli lakos különleges viszonyainál fogva a jelzett helyiségben való étkezésre van utalva.

4. §. A községi előljáróságok szigorú kötelességévé tétetik ezen szabályrendelet betartása felett örködni, s az az ellen vétőket a járási főszolgabíróknak feljelenteni.

5. §. Ezen szabályrendelet minden községben a szokott módon kihirdetendő, s minden italmérési helyiségben a vendégek által könnyen látható helyen kifüggesztendő, olvasható állapotban tartandó.

Azon vendéglős, koresmáros vagy italmérő, ki ezen szakasz rendelkezését nem teljesíti, a községi szegényalap javára száz koronáig terjedhető pénzbüntetéssel fog büntetettetni.

6. §. Kihágások esetében első fokban az illető járás főszolgabírája, másodfokban a vármegye alispánja, harmadfokban a belügyi magyar kir. minister bíraskodik.

Kelt Heves vármegye részéről, Egerben, 1893. évi július hó 24-dikén tartott üléséből.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: Pólya Jenő Sándor dr. műtő.

(Folytatás.)

III. Indicatiók.

Irodalom. 40. *House*: Surgical treatment of acute peritonitis. The Journ. of Americ. med. assoc. 1899. — 41. *Stanmore Bishop*: On the relative value of symptoms of acute peritonitis. Lancet. 1900. — 42. *Symonds*: On the individual value of the symptoms in perforative peritonitis more especially as regards operations. British med. Journ. 1899. — 43. *Catchcart*: Peritonitis as a cause of increased peristalsis in the rectum and other bowels. Medical press. 1899. — 44. *Faure*: A propos de quelques interventions d'urgence sur la cavité abdominale. Gazette des hopitaux. 1897. — 45. *Cackovic*: Liecnicki wjestnik. XXIII. 1901. Ref. Schmidt's Jahrbücher. — 46. *Roper*: When to operate in perforative peritonitis. Lancet. 1901. — 47. *Fritsch*: Ueber Tod nach Laparotomien. Wiener med. Presse. 1896. — 48. *Graser*: Operative Behandlung der Erkrankungen des Bauchfells. Penzoldt-Stinzing's Handbuch der Ther. d. inneren Krankheiten. 1903. — 49. *Penzoldt*: Behandlung der Erkrankungen des Bauchfells. Penzoldt-Stinzing. — 50. *Rochet*: Traitement chirurgical des peritonites. Province méd. 1899. — 51. *Forgue*: Traitement des peritonites aiguës. Gazette méd. 1897. — 52. *Gerard, Peyrot, Reynier*: Bullet. et mem. de soc. chirurgie. 1897. május-junius. Discussio.

A „mikor“ kérdése a peritonitis sebészi kezelésében ép oly fontos és talán még nehezebb, mint a „hogyan“. Mikor kell már és mikor lehet még beavatkozni, mely symptomák indítsanak activ cselekvésre és melyek mellett kell óvakodnunk attól: ezen kérdőpontokra nézve a szerzők tulajdonképp csak egy tekintetben egyeznek meg — a válasz határozatlanságában; a dolog lényegére nézve meglehetősen eltérő nyilatkozatokat találhatunk.

S ez jól érthető. E problémákra feleletképp általános szabályt adni lehetetlen, individualizálni kell s a gyakorlatban minden egyes esetenél tulajdonképpen a szavakba nem foglalható, tanításképp át nem adható, csak az évek sikerein és balsikerein megérlelt egyéni tapasztaláson és orvosi belátáson alapuló „összbenyomás“ mutatja meg a helyes utat. És ha mások tömeges tapasztalásából: az irodalomból levonhatunk is bizonyos irányelveket arra nézve, hogy a peritonitisek különböző aetiológiája, különböző formája szerint mikor legezészerűbb beavatkozunk — a betegágnál ezen elveket igazán csak nagy óvatossággal és körültekintéssel s a hasi diagnostikában a kórfolyamat s a beteg állapotának megítélésére vonatkozó, sajnos oly gyakori tévedések lehetőségének figyelembe vételével szabad értékesíteniünk.

A peritonitist létrehozó alapmegbetegedés és a peritonitis klinikus természeté — ezek ama tényezők, melyek az indicatio felállításánál első sorban számba jönnek.

Az alabántalom, különösen a folyamat kezdeti stadiumaiban s elsősorban akkor, midőn még klinice nem is lehet biztosan tudni, van-e sőt lesz-e általános peritonitis jelen? fogja elhatározásunkat befolyásolni. Így pl. penetráló hasi sebéseknél (duodenum-fekély perforationjánál, ha erre a kórisme megtehető, kivétel nélkül mindenki lehetőleg azonnal a peritonitis tünetei kifejlődése előtt fog prophylactice beavatkozni, viszont az appendix perforationnál, a typhus perforationnál a szerzők véleménye eltér a beavatkozás idejére nézve.

Ezen kérdésekkel, úgy szintén azzal, hogy a különféle alabántalmak mellett meddig érdemes még peritonitist beavatkozni, az egyes nevezetesebb peritonitis-fajok chirurgiájának s az ez által elért eredményeknek taglalásánál fogunk foglalkozni; e helyütt csak azzal, hogy a peritonitis mely szakában, mely klinikus megjelenésénél kell ez szabad operálnunk.

Már a peritonitis-operálás első szóvivői: *Witzel*,³² *Mikulicz*³¹ hangoztatták, hogy a peritonitis septikus formája a műtét által nem igen gyógyítható meg s az ilyen rendkívül debilis collabált betegknél az operatióval csak siettetjük a halált. *Körte*³⁷ már határozottan azon álláspontra helyezkedik, hogy mivel a műtéttel peritonitist egyebet többnyire nem érhetünk el, mint az exsudatum kiürítését s a mi hasznát a műtétől várhatunk, az tulajdonképpen csak ezen exsudatum kiürítésének következményeképpen áll be, így a mérgező anyagok további felszívódásának megszűnése, a beleknek, a hasfalnak, a rekesznek a reájuk ható nagy nyomástól való felszabadulása s ez által a bélpassage, légzés, vérkeringés megjavulása: csak jelenlevő exsudatum mellett érdemes operálni s csak addig, a míg a localis jelenségek — a fájdalom, hányás, meteorismus — praevaleálnak az általánosak felett; ha ez utóbbiak a túlnyomók, ha nagy nyugtalanúság, félelmi állapotok, deliriumok, fonál-szerű igen gyors pulsus, frequens, erőltetett légzés dominálják a körképet, elvetendőnek tartja az operatiót, mert ily esetekben az exsudatum kevés, a szervezet általános intoxicatiója, a septicæmia ellen pedig, mely e jelenségeket létrehozza, műtéttel mit sem tehetünk.

Körte-nek e tétele általában véve el van fogadva, legfeljebb abban van különbség, hogy más szerzők az általános intoxicatio más jelenségeire helyeznek főszlyt, így *Fritsch*⁴¹ a szivgyengeséget, *Friedrich*³ a végtagok tartós hűvösségét és cyanosist, mely szerinte a központi idegrendszernek és hőközpónak a toxinok általi irreparabilis károsodását jelenti, helyezik előtérbe.

○ **Kinevezések.** A belügyminister a nagyszőlősi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosává *Skutety Tivadar* dr.-t, a pozsonyi állami kórház másodorvosává pedig *Schwarz Andor* dr.-t nevezte ki.

△ **Fodor József szobra.** Az országos közegészségi egyesület által megindított mozgalom következtében eddig 4003 korona gyűlt össze boldogult Fodor József professor szobrára. Az adományokat Elischer Gyula egyetemi tanárhoz, mint az egyesület pénztárosához kell küldeni.

— **Füldőorvosok.** *Hintz Henrik* dr. füldőorvosi gyakorlatát Bártfán, *Dilliberger Emil* dr. Szliácson, *Szabóky János* dr. pedig Gleichenbergben újra megkezdte.

⊗ **A tüdőbeteg-sanatorium-egyesület** évi rendes közgyűlését június 9-dikén d. u. 4 órakor fogja megtartani. Az egyesület igazgató tanácsa legutóbb tartott gyűlésén megállapította az egyesület évi mérlegét és jóváhagyta a sanatorium építésére és berendezésére vonatkozó számlákat.

± **A budapesti orvosok segítő-egyesülete** április 29-dikén tartotta meg közgyűlését *Schulhof Jakab* dr. elnöklésével. Az egyesületnek 201. rendes tagja és 36,800 koronányi vagyona van. A kilépő választmányi tagok helyébe Prochnow József, Jurkiny Emil, Grosz Sándor, Ötvös József, Báthory Dániel és Frank Albert doktorok választották meg.

× **A magyar fül- és gégeorvosok egyesületének** *Zwillingner Hugó* dr. összehívásában most megjelent évkönyve szerint az egyesület 1902-ben 9 rendes ülést tartott több mint 50 előadással. Az egyesület tagjainak száma 46.

— **XI. nemzetközi közegészségügyi és demographiai congressus** **Bruxellesben.** A congressust f. évi szeptember hó 2-dikától 8-dikáig tartják meg Bruxellesben Lipót király védnöksége és Albert kir. herceg díszelnöksége alatt. A szervező bizottság elnöke E. Beco földművelésügyi ministeri főtákar, az egészségügyi igazgatás főnöke; főtákará pedig Félix Putzeys dr. liège-i egyetemi orvostanár (ezime: Liège, 1. Rue Forgeur 1). A congressusra kapcsolatban kiállítás is lesz, a melyen a congressusra kitűzött kérdésekre vonatkozó tervek, mintákat, vázlatokat, készülékeket és közleményeket fognak kiállítani. A kiállításra szánt tárgyakat a congressus kezdete előtt legalább 6 héttel be kell küldeni. A congressus tagsági díja 25 franc, mely összeget a főtákarhoz kell beküldeni; a congressusi tagok kíséretében jelentkező hölgyek 10 franc-ot fizetnek. A congressus *A*) közegészségügyi és *B*) demographiai főosztályokra, s a közegészségügyi főosztály 7 szakosztályra oszlik, a melyek a következők: 1. Bakteriologia: mikrobiologia és parasitologia. 2. A táplálkozás. 3. Egészségügyi technologia. 4. Iparegészségügy. 5. Közlekedés. 6. Egészségügyi közigazgatás: a fertőző betegségek prophylaxisa, munkáslakások, gyermekegészségügy. 7. Gyarmati egészségügy. A tárgyalandó kérdések a congressus programjában fel vannak sorolva; a programba fel nem vett kérdéseket is fognak azonban tárgyalni, a mennyiben ilyeneket a congressus tagjai — legalább 2 hónappal a congressus megnyitása előtt — beküldenek. A congressus magyar bizottsága a következő: Elnök: Liebermann Leo dr. Titkár: Szegedy Maszák Elemér dr. I. Egészségügyi osztály. Elnök: Hógyes Endre dr. Bizottsági tagok: Bexheft Armin dr., Bókay Árpád dr., Bókay János dr., Chyzer Kornél dr., Frank Ödön dr., Friedrich Vilmos dr., Genersich Vilmos dr., Grósz Emil dr., Hochhalt Károly dr., Hutya Ferencz dr., Kétly Károly dr., Konrád Márk dr., Kuthy Dezső dr., Korányi Frigyes dr., Korányi Sándor dr., Müller Kálmán dr., Pertik Ottó dr., Preisz Hugó dr., Raisz Gedeon dr., Rátz István dr., Rigler Gusztáv dr., Saxlehner Andor, Schermann Adolf dr., Székely Agost dr., Tangl Ferencz dr., Tauscher Béla dr., Thanhoffer Lajos dr., Torday Ferencz dr., Tormay Béla, Tóth Lajos dr., Wenhardt János dr. II. Demographiai osztály. Elnök: Vargha Gyula dr. Bizottsági tagok: Földes Béla dr., Hegedüs Loránt dr., Kovács Aladár dr., Kőrösi József dr., Mandello Gyula dr., Piszatory Mór dr., Thirring Gusztáv dr., Vályi Gábor dr., Vizaknay Antal dr.

± **Orvosi közegészségügyi nagyobb beruházási tervek a törvényhozásban.** A képviselőház május 28-diki ülésén a pénzügyminister bemutatta az országos nagyobb beruházási tervezetet és javaslatát annak keresztülvitelére. Nagy orvosi és higiéniai jelentőségűek ezek közül: 1. A belügyi tárca körében: a) a ministerium elhelyezésére szolgáló középponti épület emelésére 3.200.000 k.; b) egy colonialis rendszerű állami elmeegógyintézet létesítésére 2.000.000 k.; c) a pozsonyi állami kórház kibővítésére 300.000 k.; d) a nagykálói állami elmeegógyintézet kibővítésére 150.000 k.; e) a nagyszabonyi állami elmeegógyintézet kibővítésére 300.000 k.; f) állami gyermek-sanatoriumok létesítésére 800.000 k.; g) az ő Felsége a király védnöksége alatt álló szegénysorsú tüdőbeteg sanatorium-egyesülete részére a foghízi és tolonczhízi alaphól adott kamatmentes kölcsönnek ez alap javára való megtérítésére 500.000 k.; h) egy állami kórháznak Budapesten tüdőveszes betegek részére való építésére 800.000 k.; i) a marosvásárhelyi állami kórháznak újjáépítésére 600.000 k.

2. A vallás- és közoktatásügyi tárca körében: a) a ministerium elhelyezésére szolgáló épület emelésére 3.000.000 k.; b) a budapesti kir. egyetem orvosi kara mellett létesítendő egyetemi közkórház építésére 5.000.000 k.; c) a kolozsvári Karolina országos kórház telepén apáczalak, üdülők és tüdőveszesek pavillonjának építésére 300.000 k.

* **A budapesti szegénysorsú tüdőbeteg sanatorium-egyesülete** 1903. évi június hó 9-dikén, kedden délután 4 órakor tartja V. évi rendes közgyűlését az első magyar általános biztosító-társaság palotájának tanácstermében (Vigadó-tér 1. sz.).

— **Alkoholelles congressus Budapesten.** A brémai alkoholelles congressus a magyar kormány képviselőjének ajánlatára elhatározta, hogy 1904. évi nagygyűlését Budapesten fogja megtartani.

— **Erdély nevesebb füldői 1902-ben** czímmel a m. kir. földművelésügyi minister úr támogatásával 20 nyomtatott ívre terjedő, 32 fénynyomatú műmellékletet tartalmazó munka jelent meg az országos közegészségi egyesület kolozsvárvidéki osztályának kiadásában. A szerzők mult évi tanulmányútjukban gyűjtött személyes tapasztalataik alapján állították össze a füldők ismertetését és így ez, minden szépítés nélkül, hű képe az erdélyi füldők mai viszonyainak. Ezenkívül az általános füldőgyógyászat körébe tartozó czikkek is vannak benne, a melyeket minden gyakorló orvos haszonnal olvashat. A csinosan kiállított munka beosztása a következő:

I. Előszó. Gr. Béli Akostól. II. Bevezetés. Rigler Gusztáv dr.-tól. III. Erdély nevesebb füldőinek története és fejlődése Rigler Gusztáv dr.-tól. IV. Erdély nevesebb ásványvizeinek geologiaja általában. Szádeczky Gyula dr.-tól. V. A füldők hatásáról általában. Jakabházy Zsigmond dr.-tól. VI. A füldők és ásványvizek kezeléséről. Rigler Gusztáv dr.-tól. VII. Éghajlat és időjárás. Filep Gyula dr.-tól. VIII. A gyógyítás módjai, eszközei és eredményeiről. Genersich Gusztáv dr.-tól. IX. Lakásviszonyokról az erdélyi füldőkben. Filep Gyula dr.-tól. X. Az erdélyi füldők anyagi viszonyairól. Sárkány Lajos dr.-tól.

A könyv ára 3 korona. Megrendelhető az egyesület titkárnál (*Rigler Gusztáv* dr. egyet. tanár, titkár, Kolozsvár, Mikó-u. 1.). A tiszta jövedelmet Fodor József szobrára fordítják.

√ **Megjelent.** *Hücl Ernő* dr.: Kimutatás az érsekújvári kórház 1902. évi betegforgalmáról. A kimutatás szerint a kórházban 1902. folyamán 892 beteg ápolatott, kik közül gyógyultan 579, javulva 175-en hagyták el a kórházat. — Index Médical des principales Stations Thermales et Climatiques de France. Publié par le Syndicat général des Médecins des Stations Balnéaires et sautoires de France. Paris. Jean Gainche 1902. — *Chiari*: Die Krankheiten des Rachens. F. Deuticke, Leipzig-Wien. 1903.

† **Elhunytak.** *Iszlay József* dr., a budapesti egyetem orvosi karán a fogászat ny. rk. tanári czímmel felruházott magántanára f. hó 26-dikán. *Medek Alajos* szigorló orvos 28 éves korában Budapesten.

Szűsz István gyógyszerész (Budapest, Csömöri-út 28.) *vaskészítményei* kedvező hatásuk miatt rövid idő alatt nagy kedveltségre tettek szert. A vas, fehérje és pepton oly előnyös szerves összeköttetésben van jelen bennük, hogy oldhatóságuk, felszívódásuk, szóval emészthetőségük a lehető leggyorsabban és legkönnyebben történik; e mellett a gyomor működését nem zavarják, az étvágyat fokozzák és székrekedést sem okoznak. Kiemelendő, hogy a Szűsz-féle haemogen-tabletták, valamint főleg a gyermekgyógyászatban használható essentia ferri albuminati különböző, főleg az idegrendszerre ható szerek (arsen, brom, chinin) hozzáadásával is kaphatók; ilyenek a „Haemogen tablettae c. arseno“, „Haemogen tablettae c. natr. bromato“, „Haemogen tablettae c. chinino“ stb. Rendelésnél ajánlható mindig odairai „sec. Szűsz“.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapporogások, zuhany-massage, vízgógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádifürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Ősűz, kőszvény, ideg-, borbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet

VIII. Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vízgyógyászat. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Bókay János dr., e. rk. tanár: Közlemények az intubációs gyakorlatból. Újabb adatok a gégebeli decubitusok helyi kezeléséhez. — Leitner Vilmos dr., szemész-főorvos: Küzlés a „Stefánia” gyermekkorházából. A felső szemhéj veleszületett colobomáról. — Gerlóczy Zsigmond dr., e. m. tanár: Láz nélkül és csaknem kiütés nélkül lefolyt morbilli. — Tárca. Linsbauer Rezső dr., segédorvos: Az új bécsi gyermekkorház. — Irodalomszemle: Összefoglaló szemle. A „Riga”-féle betegség (Produzione sottolinguale). — Könyvismertetés. — Lapszemle. — Vegyesek.

Közlemények az intubációs gyakorlatból.¹

Újabb adatok a gégebeli decubitusok helyi kezeléséhez.

Irta: Bókay János dr., egyet. rk. tanár, a budapesti „Stefánia”-gyermekkorház igazgató-főorvosa.

A „Gesellschaft f. Kinderh.” 1901. hamburgi összejövele alkalmával tartott referáló előadásomban² kóresetekkel vázoltam a *gelatinás-timsós bronz-tubusok* kiváló *therapeutikus* értékét az intubatio folyamán fejlődhető *súlyosabb jellegű gégebeli felfekvési fekélyzések* jelenlétének. Észleleteimet ugyanakkor, önálló cikkben, a „*Deutsch. med. Wochenschrift*” hasábjain is közzétettem,³ mert gyakorlati szempontból fontosnak tartottam, hogy meggyőzzem az európai intubatorokat a felől, hogy az intubációs praxisban, még kiterjedtebb decubitalis fekélyzéseknek is, a másodlagos légcsömetszés *feleslegessé* válhatik, mert módunkban áll a fekélyzések *helyi kezelés által* teljes gyógyuláshoz vezetnünk.

Szükségesebbnek látom e tárgygyal újabb s jelentékenyen bővült tapasztalataim alapján ismét foglalkozni, mert tudvalevő, hogy a másodlagos légcsömetszés utóhatásaiban nem egyszer nagy kárt okoz a betegnek,⁴ hisz jól tudjuk, hogy azon szerencsétlen „*canulard*”-ok, kik az intubációs gyakorlatban, fájdalom, itt-ott előfordulnak s kiknél a heges gége-összenövés évekre szóló terhes munkát rónak a velők foglalkozó szakembereknek, indirecte a sec. tracheotomiának köszönik a heges gégeszort, illetőleg heges gége-atresiát.

Hamburgi előadásomban jeleztem, hogy O'Dwyer 1897-ben Washingtonban, az „*American Pediatric Society*” évi összejövetelén tartott előadásában⁵ egy sikerrel kezelt esete alapján ajánlotta volt, hogy mindazon esetekben, hol a tubus végleges eltávolítása, gégebeli felfekvések jelenléte folytán lehetetlen, kísérlet téessék az általa ily esetek kezelésére ajánlatba hozott *karcsúbb nyakú, de aránylag mélyebb fekvésű, nagyobb hasas kidomborodással ellátott bronz-tubusokkal*⁶ és pedig oly módon, hogy a tubus feje s hasas kidomborodása közötti karcsú nyakrész, tehát azon rész, mely a kifelé fejlődött felülettel áll közvetlen érintkezésben, *gelatina-réteggel vonassék be s erre porrá tört timsó préseltessék.* O'Dwyer szerint ugyanis egy erős adstringens, vagy enyhe causticum alkalmazása, mely a tubussal a kellő helyre volna vihető, a fekélyes felületek gyógyulását lényegesen előmozdithatná. Ezért gelatina forró oldatát alkalmazta a tubusra, annak feje és hasas kidomborodása között s e fölé porrá tört timsót szórt bőven s azt bepréselte a gelatina-rétegbe. O'Dwyer ezen praeparált tubussal *csak egy esetben* tett kísérletet, — a gelatinás timsós-bronz-tubust háromszor változtatta meg a lefolyás alatt s a bevont tubus *majdnem 15 napig* fekiúdt a felső légutakban. A hang az utolsó

extubatio után csakhamar visszatért, daczára, hogy a beteg majdnem 29 napon át hordott, *in continuo*, tubust s a gyógyulás teljes volt.

Gyógykísérleteimet a vezetésem alatt álló budapesti „*Stefánia*”-gyermekkorházban O'Dwyer ezen egyetlen észlelete alapján indítottam meg 1900. november havában s 1901-ben megjelent cikkemben, őt, ily eljárással gyógyult esetem alapján azon nézetemnek adtam kifejezést, hogy O'Dwyer *fontos* eljárása a gégebeli felfekvések kezelésénél *egy felette egyszerű, könnyen kivihető s eredményes gyógybeavatkozás*, melylyel az intubatoroknak mielőbb foglalkozniok kell.

Ezóta az eljárást minden arra való esetben alkalmazásba vettem a kórházban s ma, midőn 16 *gyógyult esetről* számolhatok be, örömmel constatálhatom, hogy újabb tapasztalataim 1901-ben tett kijelentéseimet *mindenben megerősítették.*

A legutóbbi időnkig úgy véltem, hogy ezen eljárással előttem mások, O'Dwyer-t kivéve, nem foglalkoztak, csak nemrég jutott azonban tudomásomra, hogy E. Fischer, az intubatióról írott értékes munkálatairól jól ismert amerikai kártársam, hasonló gyógykísérleteket szintén tett, de *ichthyol*-al bevont tubusokkal. Mintán a közlést, fájdalom, nem sikerült megszereznem, Fischer kísérleteinek eredményéről mit sem tudok.

Eseteim — első őt, már közzé tett észleleteimet is újból közölve — a következők:

I. csoport.¹

1. A. I., 4 éves. Felvétetett 1901. márczius 18-dikán.

3 nap óta rekedtes köhögés, torokfájás; 2 nap óta egyre fokozódó nehézlégzés. Tegnap d. u. serummal óltatott (1500 egys.)

St. pr.: Súlyos stenosis mellett alhártya flottálás tünetei. Mindkét tonsillán s a jobb garatiben disseminált felrakódás. 1500 e. Behring-serum. Azonnali intubatióra (esti 10 órákor) a légzés felszabadul s két kisebb alhártyardarabkát ürít. Gőz-sátor.

Márczius 20-dikán. Torokból vett cultura diphtheriára positiv. Extubatio d. e. 9¹/₂ órákor. Estefelé újból nehezedő légvét, miért is esti 10¹/₂ órákor reintubatio.

Márczius 21-dikén. Újból 1500 egys. Behring-serum.

Márczius 22-dikén. Extubatio d. e. 10¹/₂ órákor, de már 1/4 óra múlva a tubus újabb bevezetése szükséges.

Márczius 23-dikán. Extubatio d. u. 3 órákor; intubatio 1/2 óra múlva.

Márczius 24-dikén. Torok feltisztult. Belsőleg chloralhydrat s brommixtura rendeltetett.

Márczius 25-dikén. Extubatio d. e. 10 órákor. *Intubatio gelatinás-timsós bronz-tubussal* d. e. 10³/₄ órákor.

Márczius 28-dikán. *Végleges extubatio* d. e. 1/2¹/₁₀ órákor.

Április 2-dikán. Cultura diphtheriára negativ.

Április 4-dikén. Gyógyultan elbocsáttatik. Légzése azóta állandóan szabad.

Intubatio tartama (5 ízben) összesen 213 óra (ebből gelatinás-timsós tubussal 70¹/₂ óra).²

¹ Összesen csak *egy ízben* vétetett alkalmazásba a gyógy-tubus, esetenként. (Lásd a mellékelt graphikus táblákat.)

² A kérdéses bronz-tubusok gelatinával való bevonását s timsóval való impraegnálását a kórházban a következőképen végeztem:

A lapos, vékony lemezekben áruba bocsátott gelatinából az alkalmazandó tubus nagysága szerint 4—7 mm. széles csíkokat vágunk. Az első gelatincsíkot közvetlenül a tubus feje alatt körkörösén vezetjük a tubus nyaka körül, miután a gelatinát előbb forró vízbe való bemártással puhává, hajlékonyvá tettük. A ráfektetésnél ügyelnünk kell arra, hogy a gelatincsík alatt léghólyag ne képződjék s hogy a teljes körülvétel után az egyenesre levágott szélek pontosan összeérjenek. Ekkor alumen crudum pulv.-ot veszünk fel két ujjunk közé s

¹ Minden jog fentartva.

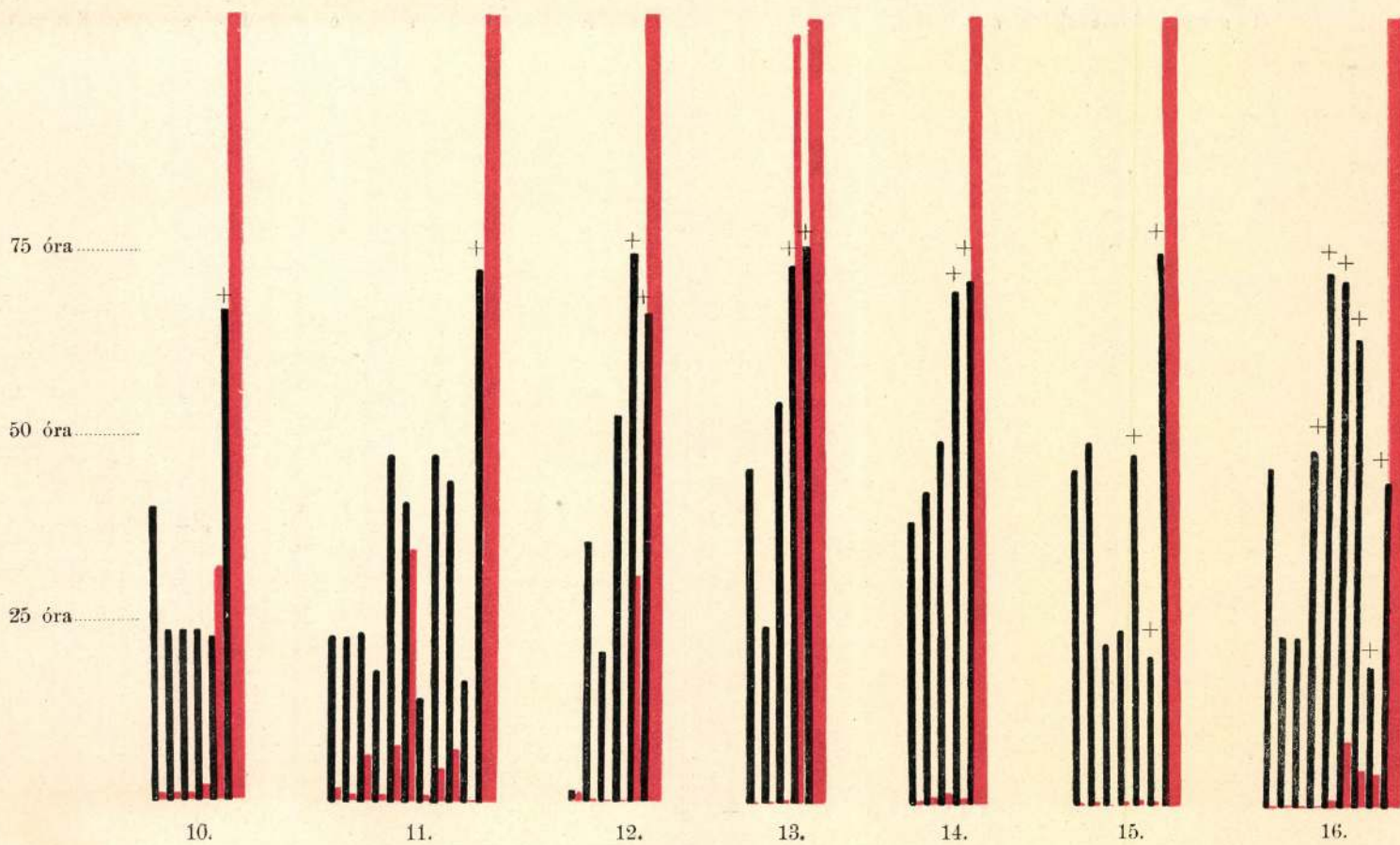
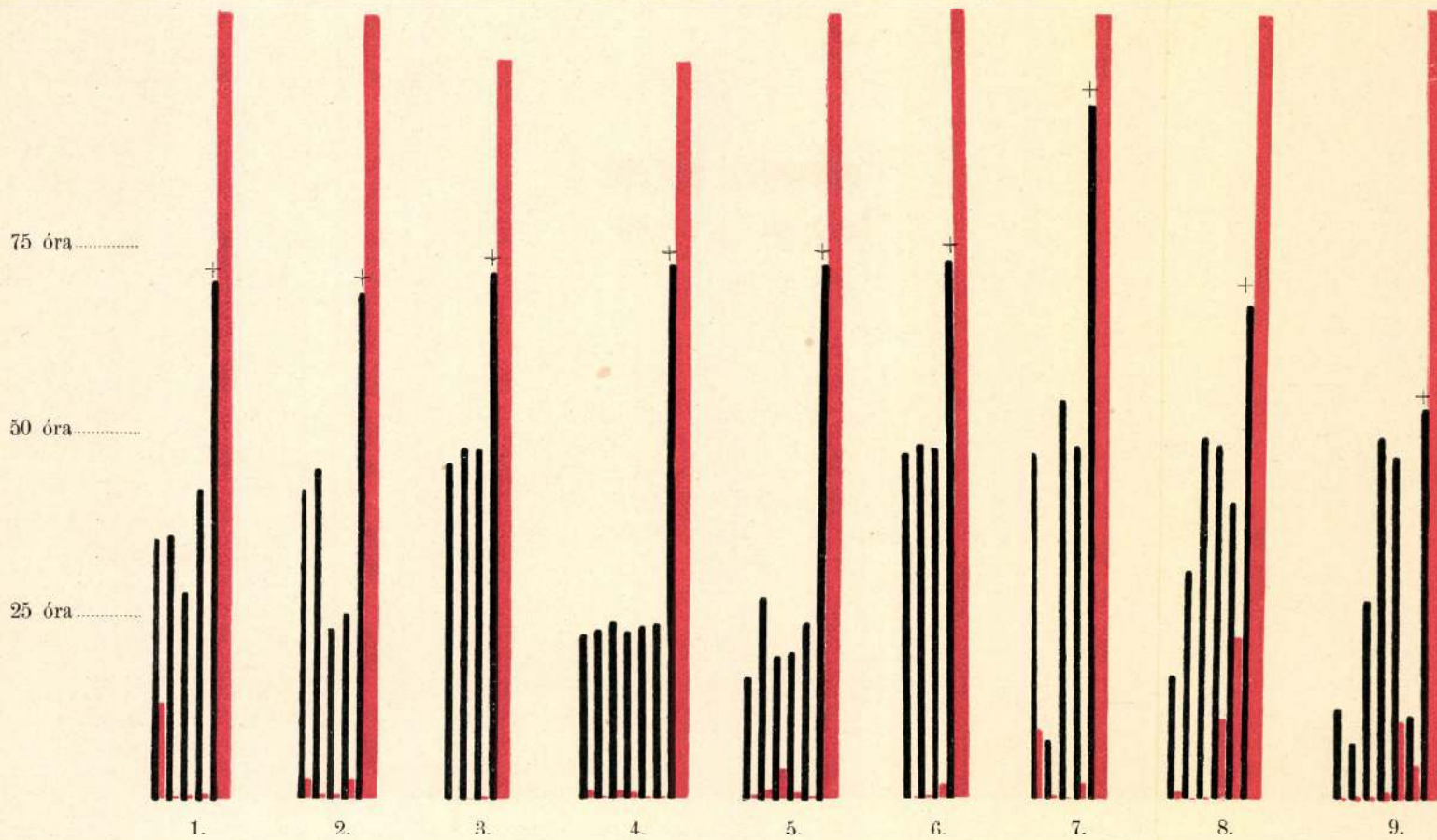
² Az intubatio mai állásáról. Orv. Hetilap. Gyermekgyógyászat. 1901. 4. sz.

³ 1901. Nr. 47.

⁴ Lásd: Bókay J. Az intubációs traumáról. Magy. Orv. Archivum. 1901.

⁵ Arch. of Pediatrics. 1897.

⁶ Gyártja: Georg Ermold, New-Yorkban. (New-York. 201 East. 23 d. Street).



A fekete oszlopok jelzik a tubus-fekvést, órákban kifejezve, a vörös oszlopok pedig az extubatio tartamát. A széles vörös oszlop a végleges detubatiót jelenti. A kereszttel jelzett fekete oszlop a „gyógytubus“ fekvési idejét mutatja.

nikai tünetek vezettek s a gyógytubus alkalmazásának indikációját mindenkor ezen egyedül redlis alapon állapítottam meg. Eseteim kor szerinti elosztódása a következő volt:

1 ¹ / ₄ é.	1 eset
1 ¹ / ₂ é.	2 "
2 é.	1 "
2 ¹ / ₂ é.	1 "
3 é.	3 "
4 é.	5 "
4 ¹ / ₂ é.	1 "
6 é.	1 "
6 ¹ / ₂ é.	1 "
összesen	16 eset.

A fenti összeállításból látjuk, hogy fele eseteimnek 3 és 4 éves gyermekeket illetett.

Az ebonit-tubus fekvési ideje, a „gyógytubus“ alkalmazása előtt, esetenként a következő volt:

93 óra	} az ebonit-tubus 5 × 24 órán túl feküdt.
107 "	
108 ¹ / ₂ "	
124 "	
129 "	
130 ¹ / ₂ "	
137 "	
139 ¹ / ₄ "	
141 ³ / ₄ "	
142 ¹ / ₄ "	
142 ¹ / ₂ "	
142 ¹ / ₄ "	
152 ¹ / ₂ "	
186 ³ / ₄ "	
186 ³ / ₄ "	
294 "	

Mint a fenti összeállításból látjuk, az ebonit-tubus, a gyógytubus alkalmazásáig 13 esetben feküdt 5 × 24 órán túl. (Egy esetben 12¹/₄ napig feküdt, a gyógytubus alkalmazása előtt.)

Az ebonit és gyógytubus fekvési idejét összegezve, a tubus-fekvés, órákban kifejezve, esetenként a következő volt:

179 ¹ / ₂ óra	} 10 × 24 órán túl.
196 ¹ / ₂ "	
205 "	
206 "	
212 "	
213 "	
213 ¹ / ₄ "	
215 "	
247 ¹ / ₂ "	
251 "	
254 "	
268 ¹ / ₂ "	
271 ¹ / ₂ "	
283 ¹ / ₄ "	
366 "	
410 "	

Az összes tubus-fekvés idejének minimuma tehát 7¹/₂ × 24 óra volt, maximuma pedig 17 × 24 óra.

A gyógytubus (tehát gelatinás timsós bronztubus) fekvési ideje, órákban kifejezve, esetenként a következő volt:

52 ¹ / ₂ óra
66 "
67 ¹ / ₄ "
69 "
70 ¹ / ₂ "
71 ¹ / ₂ "
72 "
72 ¹ / ₂ "
72 ³ / ₄ "
72 ³ / ₄ "

94 óra
139 ¹ / ₄ "
139 ¹ / ₂ "
140 ³ / ₄ "
147 "
317 "

A gyógytubus-fekvés minimuma tehát 2 × 24 + 6¹/₂ óra volt, maximuma pedig 13 × 24 óra. Az átlagos fekvési idő, utolsó esetünktől eltekintve, melynél a gyógytubus felette hosszú deig (317 óra) feküdt, 89³/₄ óra volt (1347¹/₄ óra: 15 esettel).

Hogy eseteimben gégebeli felfekvések gátolták a végleges extubációt, s nem egyszerű glottis-görös, az kétségtelenül vált majdnem minden egyes esetben, eltekintve egyéb klinikai jelektől, azon tapasztalat által, hogy a bronzból készült gyógytubusokon a jellegzetes helyen fekete foltok kisebb-nagyobb kiterjedésben láthatók voltak. Tizenkettedik esetem különben az által is demonstrálta a subglottikus fekélyződés előmentét, hogy egy hónappal a kórházból való elbocsátatása után mérsékelt stridorral mutattatott be újból, melynek oka, mint azt a gégetükri vizsgálat kiderítette, egy mérsékelt subglottikus heges circularis szorulat volt. A strictura, mint a kórtörténetből látjuk, methodikus tágitásra, tubusbevezetéssel csakhamar eltűnt, s a nehéz légzés megszűnt, s a beteg azóta teljesen szabadon lélegzik, rendszeren phonál s egészsége kifogástalan. Ez volt különben az egyedüli esetem a 16 között, kinél utólag heges szűkület fejlődött ki.

Tény, hogy 16 esetben, hol 93—294 órán tartó ebonit-, illetőleg Trumpp-tubussal történt intubatio után a végleges detubatio kivihetetlen volt, 52¹/₂—147—317 órai gelatinás timsós, karcsubb nyakú bronztubus-fektetéssel a végleges extubációt teljes eredménnyel keresztülvittem, s 179¹/₂—410 órai tubusfekvés után is teljes gyógyulást érhettem el másodlagos légsömetszés nélkül.¹

A vázolt tizenhat köreset nézetem szerint kétségtelenül bizonyítja az általam alkalmazott gyógytubusok tényleges gyógyító hatását a fennálló cricoidealis fekélyzödésekre. Az eljárás kiváló gyógyhatását szemmel láthatólag demonstrálja különben egy csak a legutóbbi időben (1903. márczius 7-dikén) észlelt köresetem, melynél ugyan, fájdalom, nem értem el eredményt, a mennyiben a másfél éves fiúcska egy szövödményes hurutos tüdőlobnak lett áldozata, de a kórbonczai kép tisztán mutatta a fekélyes felületek előhaladó gyógyulásának jeleit. A beteg a gyógytubus alkalmazásáig 173 óra hosszat hordta az ebonittubust s a gyógytubus, rövid megszakításokkal összesen 280 óra hosszat feküdt. A bonczjegyzőkönyvnek bennünket érdeklő része a következő: „Az egész gége-nyákhártyáján kis gombostüfejnnyi s ennél kisebb edénydús granulatiók. A hangszalagok között mellül két gombostüfejnnyi széles alapú polypusszerű granula. Ezek alatt szabálytalan alakú babterjedelmű heges nyákhártya, a cricoidealis gyűrű mellső részletén. Ugyanilyen hegesedés látható a trachea felső részében mellül, bal oldalt.“

* * *

Jelen cikkemmel egyáltalában nem akarok állást foglalni a másodlagos légsömetszéssel szemben, csak oda akarok hatni, hogy a sec. tracheotomia indikációja az intubációs praxisban a lehető legszűkebb korlátok közzé szoríttassék, s csak ott végeztesse, hol a végleges detubatio az általam ajánlatba hozott gyógytubusok rendszeres alkalmazása dacára sem vihető keresztül, midőn is supponálható, hogy a cricoidealis porcz jórészt destruált s ezen szerencsétlen esetekben a sec. tracheotomia tényleg életet menthet, bár kiteszi a beteget azon veszélynek, hogy örökké „canulard“ marad.

1903. április hó.

¹ Megjegyzem, hogy ezen 2¹/₄ évi időszak alatt, mely alatt a vázolt 16 esettel foglalkoztam, a kórház fekvő anyagában összesen 425 diphtheriás beteg fordult meg, s ezek között összesen 177 oly croup laryngis megbetegedés, hol azonnal a felvétel után intubatio volt szükséges. Az operált esetek gyógyulási százaléka ezen időszakban 60% volt, — ha levonunk 9 esetet, hol az exitus lethalis már a kórházi tartózkodás első 24 órájában bekövetkezett, 64¹/₂%. Összes 177 intubált esetünknél sec tracheotomia, 2¹/₄ év alatt csak 7-szer végeztetett.

Közlés a „Stefánia“ gyermekórházból.

A felső szemhéj veleszületett colobomáiról.

Közli: *Leitner Vilmos* dr. szemész-főorvos.

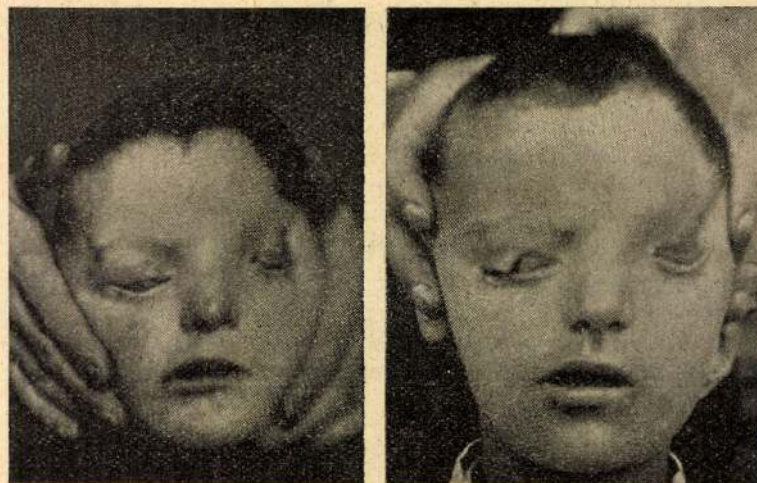
A szemhéjak colobomái a szem veleszületett rendelleneségeinek aránylag kis részét teszik ki; *Zumsteg* a tübingai szemklinika utolsó 25 évi beteganyaga között csak 3 colobomát talált, s *Hippel*-nek újabb összeállítása szerint az irodalomban eddig mindössze 80—90 eset ismeretes. A rés gyakrabban fordul elő a felső, mint az alsó szemhéjon s az esetek többségében csak az egyik oldalon van jelen; ritkábban észlelhető a coloboma mindkét felső szemhéjon, s még ritkábban egyszerre mind a négy szemhéjon. A szemhéjrés nagysága elég tág határok között váltakozik; legkisebb fokának a szemhéjszél kiesorbulása tekinthető, míg a nagyobb fok változó nagyságú háromszögű hiányt tüntet fel, melynek alapja a szemhéjszél, csúcsa pedig felfelé, az orbita széle felé tekint. Legnagyobb fokú colobomák, miként az alább leírandó esetemben, a szemhéj hiányának képét is utánozhatják. A coloboma területében a szemhéj összes képletei hiányoznak s csak a legkisebb fokúak esetében észlelhető vékony bőrhíd, esetleg pillaporcz és pillaszőrök is. Figyelemre méltó, hogy a szemhéjrés aránylag ritkán észlelhető mint izolált fejlődési rendellenesség s többnyire egyéb anomaliákkal kombinálva jelentkezik; ilyen komplikációk lehetnek: bőrhidak a homlok bőre s a szemtekei kötőhártya, illetve a cornea között, dermoidok a corneoscleralis határon, keratoconus, továbbá a ferde arc-hasadékkal járó esetekben különböző arcdefectusok. Egyéb, a szemteke mélyebb képleteinek elváltozásai (coloboma iridis, c. chorioid. stb.) ritkábban kísérik a szemhéjcolobomát, ellenben a szervezetben másutt észlelhető súlyos fejlődési zavarok (hemicephalia, anencephalia, syndaktilia, hasadt ajak és szápad stb.) a gyakoribb jelenségek közé tartoznak.

Keletkezésüket illetőleg egységes magyarázatot ez idő szerint még nem adhatunk, de az észlelések egész sorozata mindjobban megerősíti azon feltevést, hogy (nem képződési, primaer formatios hiba hozza létre a szemhéjrést, hanem a normálisan képzett szemhéjat fejlődésének különböző szakában valamely akadály gátolja meg a teljes és normális kifejlődésében.

Ily mechanikai akadályt támaszthat a szemteke korai fejlődési szakában keletkezett keratoconus vagy valamely epibulbaris daganat, a mely a felső szemhéjon egyszerű, egyéb rendellenességekkel nem szövődött colobomát szokott létrehozni az által, hogy a felső szemhéjnak, mint a homlok bőréből képződött duplicaturának leszállását, rendszerint a szemhéj közepe táján megakadályozza. Ez esetekben a coloboma keletkezésének tisztán localis oka lévén, a szervezetben másutt fejlődési hibák nem találhatók.

Egy másik, általánosabb természetű tényező, mely nemcsak a szemhéjak, hanem a legkülönbözőbb szervek fejlődésének akadályaul szolgálhat, az amnion kóros feszesége s a fejlődő szervekkel való összenövése. Van Duyse volt az első, ki a szem fejlődési rendellenességeinek oktanában e tényezőt nyomatókusan hangoztatta, s valóban, mindinkább szaporodnak azon észlelések, melyek e feltevés jogosultságát igazolni alkalmasak. Nevezetesen a szemteke külső, elülfekvő részeinek s a szemhéjaknak azon anomaliái, melyek azelőtt intrauterin gyuladás vagy a formatios theoria alapján alig voltak értelmezhetők, nyerhetnek könnyű és nem erőszakolt magyarázatot az amnion részéről támasztott zavarok révén. Analogia más szervek részéről nem egy kínálkozik; s ha az amnion-kötegek traumás befolyása (strangulálás, összenövések) elfogadható oknak látszik az anencephalia, hemicephalia, spontán amputációk, a syndaktilia s más fejlődési zavarok értelmezésében, úgy a szemhéj colobomáinak aetiológiájában is hasonló jogosultsággal szerepelhet. Az orbita felső széle, illetve a fejlődésben levő felső szemhéj, exponált helyzeténél fogva eléggé alkalmas pontot szolgáltat az amnion feszes volta mellett egy-egy köteg megtapadására, sőt tulajdonképen összenövés nélkül, egyszerűen az amnionnak reáefeszülése által is létrejöhet azon aka-

dály, mely a felső szemhéjat normális descensusában gátolván, a rés képződését okozza. Olyan esetekben, midőn a felső szemhéjon komplikálatlan coloboma van jelen, a nélkül, hogy a szemteken, vagy a szemhéjak környékén valamely rendellenesség mutatkoznék, a midőn tehát a coloboma keletkezése sem helyi okokra, (keratoconus, daganat, gyuladás) sem hibás képződésre valószínűséggel nem vezethető vissza, a van Duyse-féle elmélet igen plausibilis magyarázatot nyújt. Igaz, hogy ily esetekben a theoria helyességét tárgyi bizonyítékok nem támogatják, vannak azonban esetek, s mondhatjuk, hogy a szemhéjcolobomák nagy része sorakozik ide, melyekben a veleszületett elváltozás oly alakban jelenik meg, hogy rajta az előidéző ok nyomai világosan felismerhetők. Ezek azon colobomák, melyeknél összetapadások vannak jelen a szemhéj és a bulbaris conjunctiva között, sőt a szemhéjat magát bőrhíd köti össze a conjunctivával s többnyire a corneával is, s a melyeknél továbbá hám eredetű képződmények, cysták és dermoidszerű képletek találhatók a conjunctiván, illetve a corneoscleralis határon: oly jelenségek, melyek az amniotikus összenövéstől való eredetet a legnagyobb valószínűséggel engedik felvenni. S noha az ily összenövések a fejlődés későbbi szakában rendszerint el is szakadnak, direct bizonyítékát szolgáltatják ezen felvétel alaposágának és helyességének azon, bár kis számban észlelt esetek, melyekben még a szemhéjjal, vagy a conjunctivával összefüggésben maradt amnion-részeket kétségtelenül kimutathatók voltak. További bizonyítékul



Műtét után.

Műtét előtt.

hozható fel, hogy a szemhéjcolobomák ezen utóbb említett alakjai mellett elég gyakran észlelhetők egyéb szerveken is oly anomaliák, melyeknek az amnion traumájából való származtatása ma már vita tárgyát alig képezheti.

Az idevágó esetek ritkasága miatt, óhajtom a következőkben röviden ismertetni a magam észlelését, melyet a van Duyse elméletének támogatására is kiválóan alkalmasnak tartok.

D. J. hét éves fiúgyermeket 1902. szeptember 12-dikén vettem fel osztályomra mindkét felső szemhéjának nagy fokú colobomája miatt. Az előzményekre vonatkozólag csak annyi érdemel említést, hogy a szülők vérokonok, egészséges egyének; a bemutatott gyermek születése a rendes időben és módon következett be, öt testvére ép, egészséges s a családban más fejlődési rendellenesség nem fordult elő.

Az elég jól fejlett gyermek szeméin a következő elváltozások találtattak: A jobb felső szemhéjon a középvonaltól kissé medialisan eső nagy rés van jelen, melynek megfelelően a szemhéj összes képletei hiányoznak; a coloboma nagyjában lekerekített csúcsú háromszögnek felel meg, melynek a szemhéjszél felé eső alapja körülbelül 12 mm., magassága 10 mm. A külső szemhéjrészlet széle szabad, megfelelő számú pillaszőrökkel ellátott, kötőhártyája a szemtekei conjunctivával kóros összefüggésben nem áll, úgy hogy a felső szemhéjnak e külső darabja bár korlátoltan, de szabadon mozog a bulbus felett. A coloboma szárain a bőr éles határok nélkül folytatódik a kissé kifordult conjunctivába s felül szabálytalan, lekerekedett csúcsban futnak össze a szélek. A csúcspontra a bulbaris conjunctivára lenőtt, s e lenövés megszakítás nélkül terjed tovább a belső szemhéjrészletre, mely egész kiterjedésében szoros összefüggésben van a bulbussal. Az összenövés felfelé az áthajló redőig terjed, úgy hogy sonda a szemhéj és bulbus között sehol sem

vezethető át. Pillaszörök, sőt szemhéjszél is e területen egyáltalán hiányzik, a mennyiben a felső szemhéjrészlet bőre megvékonyodva, egyenesen a corneára folytatódik, s annak egész belső felszínével szerves összefüggésben van. A corneára áterjedő bőrhíd valamivel keskenyebb, mint maga a szemhéj belső darabkája, s így a belső zug szabad. Az alsó szemhéj ép. Cornea belső fele az említett bőrhíddal összenőtt s ennek szomszédságában alul még kis területen heges, külső fele azonban tiszta, átlátszó. Csarnok, iris, pupilla normális viszonyokat tüntet fel. A szem mozgásai az összenövés következtében korlátozottak; kiskökű reggő nystagmus van jelen. Látásélesség: 1 m. ujjolvasás.

A bal szem érdekesebb s egyszersmind jóval nagyobb fokú eltéréseket mutat, melyek szinte ijesztő külsőt kölcsönöznek a betegnek. A felső szemhéj majdnem teljesen hiányzik s a szemteke egészben fedetlen. A homlok bőre szemöldök közbeiktatása nélkül folytatódik a szemtekére, oly módon, hogy az orbita széle alatt 5—18 mm. távolban a bőr megszűnik, illetve éles határok nélkül megy át a bulbaris conjunctivára s a corneára. A felső szemhéj durványaként imponáló bőrhíd a szemteke felé nem egyenes vonalban határolódik, a mennyiben az orbita szélének közepe táján magasan, a két zugnak megfelelőleg pedig alacsonyabban végződik, mi által a határvonal nagyjában egy, az orbitaszél közepe felé kicsücsösödő ívnek felel meg. E bőrhíd határa azonban élesnek sehol sem mondható, sőt úgyszólván alig észrevehetőleg folytatódik a száraz, xerotikus bulbaris conjunctivába. A szemteket erősen fel- és kifelé rotált helyzetében a három oldal felől reánőtt bőrhidak annyira rögzítve tartják, hogy csak minimális mozgást engednek meg. A cornea ennek megfelelően felül-kívül, az orbita felső széléhez közel, mint sötéten áttűnő, a rendes cornea nagyságával és görbületével bíró, teljesen átlátszatlan zsírfényű képlet látható, melyet egész kiterjedésében elszarósított és megvastagodott hám borít. A szemteke és cornea érzékenysége nem nagyobb a megvastagodott bőr érzékenységénél. Szemteke rendes nagyságú. Az alsó szemhéj kifordult, conjunctivája belővelt, száraz, zsugorodott, áthajlasi redő nincsen. Fényvisszereflektálás hiányzik.

A bal szem ezen említett elváltozásaihoz járul még a koponyának a bal halánték táján való lelapulása s egy vonalszerű heges behúzóadás a bőrön és esonton, mely az ik-homlokvarratnak megfelelőleg az orbita szélétől kiindulva körülbelül 3 cm. hosszúságban húzódik a halánték felé. A többi szerveken rendellenesség nem mutatkozik; a gyermek szellemi funkciói korához képest kissé gyengébbnek mondhatók, a mit azonban a nagy mértékben hiányos látásra vezeték vissza.

A diagnosis-ra vonatkozólag a jobb szem részéről kétség nem merülhet fel, míg a bal felső szemhéjat illetőleg az ablepharia és egy extrém fokú coloboma között kell döntönnünk. A kérdés tisztázása azonban a mondottak után alig ütközik nehézségekbe, mert tekintve, hogy a szemhéjnak hiányzó nagy része háromszögnek felel meg s hogy továbbá a meglevő szemhéjrész két csücske a belső és külső zugok táján elég mélyen leterjed, állíthatjuk, hogy nem hiányosan praeformált, hanem egy rendesen képzett, de fejlődésében megakasztott szemhéjjal van dolgunk, azaz a fejlődési rendellenesség a bal szemhéjon is ugyanolyan természetű, mint a jobbon. Tagadhatatlan, hogy a jobb szemhéj colobomája is hozzájárul a bal szem állapotának elbírálásához, a mennyiben ily túlzott fokú coloboma, minő esetünkben fenforog, az irodalomban eddig tudtommal ismertette nincs s így mint szokatlan jelenség kevesebb valószínűséget nyújt a diagnosis helyes felállítására. A két szemhéjon leirt elváltozások között csak fokozati különbség létezik, míg a lényeges pontokra nézve a megegyezés feltűnő; a hiányok háromszög alakja, valamint a bulbaris conjunctivával s a corneával összefüggő bőrhidak képezik a sarkalatos egyező tulajdonságokat, melyek alapján a két szemhéj fejlődési rendellenességét azonos természetűnek s közös okból származottnak vehetjük fel.

Hogy ezen okot az amnionban tételezem fel, azt az előző fejtegetések után bővebben megokolnom alig kell. Ama körülmény, hogy mindkét szemteke normálisan kifejlődött, rajtuk sem daganat, sem más oly elváltozás, mely a coloboma keletkezését magyarázná, nincs jelen, már kizárás útján is valamely külső, a szemhéjak rendes fejlődését trauma útján befolyásoló ok felvételére kényszerít. Van Dnyse teoriájának helyességére nézve esetünk szinte klasszikus bizonyítékul szolgál. Az amnionnak a szemhéjakra, illetve a szemgolyóra való reáefeszülését s e részekkel való összenövését élénken demonstrálják azon bőrhidak, melyek a szemhéjről a bulbusra áterjednek s ugyancsak az amnion-kötegek részéről gyakorolt nyomást igazolja a koponyának említett lelapulása.

A gyermeket a jobb szem colobomájának megoperálása s látásának megjavítása céljából vettem fel. A nagy, rendkívül torzító szemhéjrész már kozmetikus okokból is indokoltá teszi a műtéti beavatkozást, fontosabb volt azonban esetiinkben a cornea fedéséről való gondoskodás.

A coloboma műtétét két szakaszban végeztem. Előzőleg ugyanis a belső szemhéjrészletnek a bulbaris conjunctivával s a corneával való kiterjedt összenövését kellett megszüntetnem s e végett akként jártam el, hogy lándzsával leválasztván a cornea szélén a szemhéjat, az így kapott szemhéjszél felől tovább fejtettem szét az összenövést a szemhéj és bulb. conjunctiva között, a míg a szemhéj e belső darabja mozgékonyra nem lett. Ujabb összenövés meggátolása céljából a külső szemhéjrészlet tarsalis conjunctivájából vettem egy körülbelül 8—10 mm. széles nyeles lebenyt, melyet átfordítva a belső rész széléhez közel rögzítettem. Miután arra nem volt kilátás, hogy az áthajlasi redő felől várható összenövést a keskeny conjunctiva lebennyel feltartóztassam, törekvésem főleg az volt, hogy szabad szemhéjszéllet teremtsék. S ez sikerült is, a mennyiben a transzplantált lebeny természetes zsugorodása mellett is elég nagy felületen tapadt meg, úgy hogy a végleges gyógyulás után a szemhéj széle és körülbelül 6 mm. széles része szabadabbá lett. Hat hét után történt a coloboma-műtét, melyet a Landolt-féle szemhéj-plastika mintájára végeztem. A felső szemhéj külső darabján levő pillaszörök epilálása után a coloboma széleit felsebeztem s a belső résznek újabb lenövését kellőképpen megoldván, a szemrészt a külső zugból kiinduló ollócsapással tágitottam; ezután az intermarginális vonalból kezdődőleg a szemhéj ezen külső darabját, melyet előzőleg a külső zugból ferdén fel- és befelé ejtett bőrmetszéssel egy rhombus alakú lebenynyre alakítottam, lap szerint két lemezre választottam szét s a külső bőrlemez a coloboma belső szélével néhány esomós varrat útján egyesítettem. Az ily módon képzett felső szemhéjnak belső része csupán a bőrből, középső része bőr és conjunctivából, külső háromszögletalakú része pedig csak conjunctivából állott. A középső részen a szemhéjszél lehető pontos egyesülése végett két varratot alkalmaztam. A szemhéj külső részén levő bőrhiany pótlására háromszög felső csücskéből vezetett metszéssel nyert nyeles bőrlebenyvel történt, a mely egy a csontthártyához rögzítő varrat által feszülés nélkül volt a szemhéj sebszélével egyesíthető.

A varratok a hatodik napon eltávolítottak s a meglehetősen heves conjunctivalis reactio lezajlása után az új szemhéj megfelelőnek bizonyult; csak a kissé tág szemrészt kellett még utólag megszűkíteni, melynek megtörténte után az eredmény minden tekintetben kielégítőnek mondható. A felső szemhéjon a műtétnek nyoma alig látszik s csak a másodlagos bőrhiany pótlására készült metszés hege tűnik fel; a cornea tökéletesen fedett s a szemrés jól záródik. Az új szemhéj emelése ez idő szerint még korlátolt ugyan, de hónapok múlva e tekintetben is javulás várható.

Mint említve volt, a cornea belső fele a szemhéjről reáfoltyatódott epithelréteg következtében teljesen átlátszatlan s csak igen hiányos excentrikus látást engedett meg s így a látásélesség javítása képezte még feladatunkat. E célból a colobomaműtét után nyolcz héttel, midőn a szem már egészen békés volt, iridectomiát végeztem a külső-alsó negyedben. A gyógyulás reactio nélkül történt s a látás 1 m.-ről 3 m.-re való ujjolvasásra emelkedett.

A bal szemén, miután új szemhéj képzésére a viszonyok teljesen alkalmatlanok voltak, s a legjobb esetben is csak totalis ankyloblepharon elérésére lehetett kilátás, a műtéti beavatkozástól elálltam.

Láz nélkül és csaknem kiütés nélkül lefolyt morbilli.

Közlő: *Gerlóczy Zsigmond* dr., egyetemi m.-tanár, a székesfővárosi szű. László-kórház főorvosa.

A kiütéssel járó heveny fertőző betegségek sorában a rendes, megszokott tyupustól eltérő alakzatokkal nem ritkán találkozhatunk. Az eltérések a kiütésnek majd alakjára, intenzitására, tartamára, majd pedig a megjelenése sorrendjére, vagy az egyéb kísérő tünetekre vonatkoznak.

Minden gyakorló orvos tudja, hogy a scarlatina kórképe felette változatos, s gyermekorvosok, de főképen nagyobb kórházi tapasztalással rendelkező gyermekorvosok a scarlatinának legkülönbözőbb alakjait láthatják nap-nap mellett. Így súlyos általános infectio symptomáival, magas lázzal, alig kifejezett scarlatinás exanthemát, vagy megfordítva igen intenzív bőrkiütéssel járó scarlatot láz és subjectív tünetek nélkül, stb. stb.

Morbilli-nél ellenben a rendes, tipikus alaktól eltérő alakzatok tetemesen ritkábbak. Az olyan alak pedig, a melyet ez alkalommal közlök, egyenesen a legnagyobb ritkaságok közé sorolható.

Láz nélkül lefolyt morbilli-esetéről, sőt járványokról többen tettek említést. Ne felejtjük azonban azt, hogy ezen esetek diagnosis nem áll kételyen felül, mert jóformán csak az exanthema alapján állítottak az fel, s épen ez okból el sem fogadható. Hogy mennyire nem szabad a morbilli diagnosisát egyedül az exanthema alapján kimondani, ez olyan igazság, a melynek hangsúlyozását feleslegesnek tarthatják ugyan, de a melyet én mégis hangsúlyozok; hangsúlyozom pedig azért, mert nem tartozik a ritkaságok közé az, hogy

kanyarónak tartanak olyan exanthemás bajokat, a melyekben csakis a bőrkiütés hasonlít a morbillihez (sokszor még az sem), s a kanyarónak minden más tünete hiányzik. Ilyen első sorban a rubeola, melyből, noha bejelentésre sem kötelezett fertőző betegség, évente 100-nál több eset kerül hozzánk, persze többnyire morbilli diagnosisával.

Ezt a kis bevezetést szükségesnek tartottam előrebocsátani azért, nehogy valaki eleve is arra a gondolatra jusson, hogy a most megemlített eset, a melynek *láz nélkül és csaknem kiütés nélkül lefolyt morbilli* címet adtam, talán egy ilyen félreismert rubeola.

Esetem a következő:

F. Fáni 11 éves kertész leánya, 1903. februárius hó 8-dikán öt testvérel együtt scarlatina miatt vétetett fel a szt. László-kórházba. A hat testvért, miután nagy kórtermeink tele voltak scarlatosokkal, egy kisebb kórteremben helyeztük el. A gyermekek egyikén, F. Sylvester 7 éves fiun márczius hó 30-dikán morbilli kezdőtüneteit vettük észre, miért is azonnal elkülönítettük más pavillonban.

Mintán a kanyarót ezen a gyermekeken csak az exanthea kitörési időszakában vettük észre, — a mely esetben tapasztalás szerint az elkülönítéstől sikert már alig várhatunk —, gondosan megfigyeltük a többi gyermeket nap-nap mellett, hogy a morbilli incubatioja idejében a legelső kóros tüneteket azonnal észrevehessük.

A 11 éves Fáni volt az első, ki az incubatio időszak előhírnöke képen már márczius hó 9-dikén este kis hőemelkedés (37.7°C.) kíséretében fejfájásról panaszkodott.

Márczius 10-dikén: feje még fáj. A jobb buccalis nyálkahártyán egyetlenegy Koplik-folt. Hőmérséke reggel 36.1, este 36.9°C. A többi gyermekek délelőtt még semmi változás. Este a 8 éves Ernőnek 38.2°C-ig emelkedő a hőmérséke, bágyadt, de egyéb változása nincs.

Márczius 11-dikén: Jobb buccalis nyálkahártyán 6, baloldalt 3 Koplik-folt. Hőmérséke reggel 36.5°C., este 36.4°C. Ez okból, minthogy most már kétségtelenül megállapítottuk a nyálkahártyatünetekből a morbillit, elkülönítjük. Ugyanekkor, vagyis 11-dikén már Ernőt is elkülönítjük, mert jobboldalt a buccalis nyálkahártyán két Koplik-foltot láttunk, s azonkívül a lágy szájpadon kifejezett fejlődőben levő morbilli exanthemát. Ernőnek hőmérséke reggel 37.3, este 37.7.

Márczius 12-dikén: Fáni testhőmérséke reggel 36.2 este 36.7. Koplik-foltok eltűnőfélben, gyenge foltoz enanthea, csekély conjunctivitis belőveltség, mérsékelt hurutos tünetek; arcban és törzsön itt-ott néhány (legfeljebb 20) papulosus, piros udvarú exanthea. (A harmadik gyermeket, Irmát, Koplik-tünet miatt elkülönítjük.)

Márczius 13-dikén: Hőmérséke reggel 36.1, este 36.3. Koplik-foltoknak nyoma sincs már; a törzsön és arczon tegnap élénken látszott morbilli papulák többnyire visszafejlődtek, már alig látszanak. Hurutos tünetek absolute hiányoznak. Közérzet teljesen jó.

Márczius 14-dikén: Kiütésnek nyoma sincs.

Ahhoz, hogy az eset morbilli volt, kétség nem férhet. Az exanthemás időszak a fertőzéstől számított 9—10-dik napon következett be, (t. i. fivérének, Sylvesternek márczius 3-dikán vettük észre az exanthemát, ennek tehát már elsején, vagy 1—2 nappal előbb is, mindenesetre volt exanthemája). A Koplik-tünet (enanthea időszak) három napig állott fenn. Hurutos tünetek, igaz ugyan, hogy igen mérsékelt, de constatálhatók voltak. Láz a morbilli egész tartama alatt nem volt; csak mint a betegség legelső gyanus tünete, jelentkezett — mint említettem márczius 9-dikén a 37.7°C-ig felszálló esti hőemelkedés.

Bár az eset maga mint kétségtelen morbilli felismerhető volt, a többi három gyermek tipikusan jelentkező és szabályszerint lefolyó kanyarója azt még inkább megerősítette. A testvérek legidősebbike mentes maradt a morbillitól.

TÁRCZA.

Az új bécsi gyermekórház.

Irta: Linsbauer Rezső dr., a „Stefánia“-gyermekórház segédorvosa.

Kevéssel ezelőttig Bécs gyermekórházak tekintetében gyéren volt ellátva. 1900-ban az összes bécsi gyermekórházakban mindössze 521 ágy állott a szegény kis betegek rendelkezésére, úgy hogy Bécs lakosságához viszonyítva 3107 lakosra jutott egy ágy (Budapesten hozzávetőleges számításom szerint az arány 1:2057), nem tekintve azt, hogy ezeknek is nagy része a modern közegészségügyi követelményeknek egyáltalán meg nem felelő módon s környezetben volt elhelyezve. A meglevő gyermekórházak továbbá mindannyian a régi Bécsben, az I—X. kerületben voltak,

míg az újabban a városhoz csatolt kerületekben ily intézmény teljesen hiányzott. E visszásságok megszüntetését célozta az új városi gyermekórház létesítése, mely Nagy-Bécs XVI., legnépesebb kerületében, a város nyugati szélén, a Montleart-Strasse és Flötzer-Steig által határolt területen épült és a „Kaiser Franz Joseph-Regierungs-Jubiläums-Kinderspital“ kissé hosszú nevet viseli. Létesülését két alapítványnak köszöni: Bécs városa 1 millió forintos alapítványának I. Ferencz József ötvenéves uralkodása alkalmából, és Kellermann György 300,000 forintos hagyatékának. Ezen két alapítványt az alsó-ausztriai helytartóság azon kötelezettséggel vette át, hogy ezen pénzen 180—200 beteg befogadására alkalmas gyermekórházat épít s hogy ezen kórház fentartását a „k. k. Krankenanstaltenfond“ terhére magára vállalja. Az építkezés 1899. december 2-dikán kezdődött és a kórház 1902. augusztus 18-dikán adatott át rendeltetésének.

A telek, melyen a kórház épült, csak a kisebb része ama területnek, mely a fent említett „kórházi alap“ tulajdona; ide építik majd az ósdi „Allgemeines Krankenhaus“-ot pótlendő új közkórházat is. Az új gyermekórház 79,290 m²-nyi területén a már régebben fennálló „Wilhelminen-Spital“ 3 épületén kívül összesen 34 kisebb-nagyobb pavillon van elhelyezve, melyek a következő három csoportba foglalhatók:

A) az administratio közös épületei (6),

B) a belgyógyászati és sebészi osztály 86 ágygyal 5 épületben és C) a fertőző osztály 188 ágygyal 23 épületben.

Az épületeket általában jellemzi, hogy valóban „pénzt és tért nem kímélve“, a technika modern vívmányait felhasználva a higiénie követelményei tartattak mindenütt szem előtt. A gyepezett és fásított területen az egyes pavillonok villaszerűleg vannak szét-szórva, úgy hogy az összterületből egy-egy ágyra 203 m² jut, míg a kórtermek s szobák méretei akkorák, hogy ágyanként 9—18 m² terület s 40.5—92 m³ levegő áll rendelkezésre. Az épületek 5 minta szerint épültek: 43, 17, 11, 5 és 2 ágyas pavillonok; utóbbiak ú. n. megfigyelők vegyes fertőzések, vagy kétes kórisméjű fertőző betegek számára. Az 5, 11 és 17 ágyas pavillonokban szintén a fertőző osztály egyes csoportjai helyeztetek el, míg a két legnagyobb, 43 ágyas pavillon a belgyógyászati és sebészi betegek számára van fentartva.

A nagyobb pavillonok mindegyikében a közös kórterem kívül kisebb, 1—2 ágyas szobákat, valamint a lábadozó betegek tartózkodási helyül megfelelő méretű nappalit találunk; a kórteremtől a nappalit üvegfal választja el, mely virág-, madár- stb. motívumokkal van díszítve; ez a kórtermet nemcsak vidámbbá, barátságosabbá, hanem egyúttal lehetővé teszi, hogy a nappali a kórteremből mindenkor áttekinthető. Azonfelül a pavillonok déli oldalán tágas, nyílt erkélyeken feküdhhetnek kedvező időben a betegek.

Bő hely jutott a mellékhelyiségeknek is. Minden pavillonban a teakonyhán, mosogatóhelyiségen, closetteken kívül egy teljesen felszerelt labororiumot és egy ú. n. rendelőt találunk, melyben pontosabb betegvizsgálatok, kisebb műtétek, kötéstválások eszközölhetők, valamint az ápoló személyzet számára egy kisebb szobát. Fürdőszobák csak a nagyobb épületekben vannak; azonfelül úgy ezek, mint a kisebb pavillonok kerekeken nyugvó, mozgatható fürdőkáddal vannak ellátva. Praktikusak a falba illesztett, jól elzárható szekrények, vizelet és egyéb váladékok megóvására.

Az összes épületek központi gőzfűtéssel fűtetnek s Auer-égőkkel világítatnak, egyes helyiségekbe azonban a villamos világítás is be van vezetve. A padlózat betonlapba mélyesztett mettlachi lemezekből, vagy más, könnyen fertőtleníthető anyagból áll; a legömbölyített éli falak részben olajfestékekkel festettek, részben 2 m. magasságig majolikalemezekkel borítottak. Felesleges említenem, hogy meleg és hideg víz mindenütt áll rendelkezésre, valamint hogy a szellőztetésre is kiváló gond fordított.

A kórház üzemét illetőleg az administratio lehetőleg központosított, míg a betegek, nevezetesen a fertőző betegek elhelyezésében szinte a túlzásig menő elkülönítés elvét tartották szem előtt. Mindkettőnek azonban megvannak a maga hátrányai, melyek máris nyilvánulnak: a túlságos centralisációnak, mert pl. a központi gőzfűtés, mely az összes épületeket ellátja, naponta kétszer 3—3 órán át szünetel, s ilyenkor a diphtheria-osztály gőzszobája, a vízagyak stb. nem használhatók. Viszont a tökéletes izoláció

nemesak költségessé teszi a kezelést (egy beteg ellátása naponként mintegy 6 koronába kerül), hanem óriási személyzetet is kíván; így pl. csupán a fertőző osztályon 55 testvér van alkalmazva (úgy hogy átlag 3—4 betegre jut egy ápoló), s *Pospischill* főorvos ennél is többet, 80-at kér!

Az épületeket egyenként véve, az A) csoporthoz tartozik az igazgatóság épülete, a központi konyha, a fűtő- és gépház s a hullaház, melyben a boncztermen, nagy laboratoriumon kívül díszes ravatalozó helyiség is van. Két kisebb házikó tartozik még e csoporthoz: az egyik a kapus lakása, míg a másikban a csatornák szennyvizének fertőtlenítése történik oly módon, hogy annak minden 50 literjéhez $\frac{1}{4}$ liter mésztej kevertetik automatikus módon; az ily módon elért $\frac{1}{20}$ -nyi hígítás azonban az egész eljárást kétes értékűvé teszi.

A B) csoporthoz tartoznak a belgyógyászati és sebészi osztály pavilonjai; előbbit *Foltanak*, utóbbit *Friedländer* főorvos vezeti. E helyen akarok köszönetet mondani úgy ezen uraknak, mint *Pospischill* dr. úrnak, a fertőző osztály vezetőjének, kik a kórház nagy területén fáradhatatlan előzékenységgel kalauzoltak végig és szíves felvilágosításokkal szolgáltak.

A belső és sebészi betegek osztálya egy-egy emeletes, egyformán berendezett pavillont foglal el; a földszinti és emeleti közös teremben 18—18 ágy, kisebb szobákban 6 ágy nyert elhelyezést, végül mindkét osztályban 1—1 vízágy áll rendelkezésre.

A sebészeti osztályt fedett, fűthető folyosó köti össze a műtőházzal. A folyosónak akkorák a méretei, hogy esetleges tömeges szerencsétlenség alkalmából betegek pótágyakon itt könnyen elhelyezhetők. A „műtőház“-ban, mint nevezik, a tágas előcsarnokban a betegeket elaltatják, s innen kerülnek azután a két műtőterem egyikébe, melyek egyformán tökéletesen berendezettek, aseptikus és septikus műtétek számára. A két műtőterem között van a sterilizáló helyiség, kötszerek, műszerek, víz stb. sterilizálására. A műtőházban van azonkívül a teljesen berendezett Röntgen-szoba és sötét kamara. A sebészethez tartozik továbbá a külön épületben elhelyezett orthopaed-tornaterem, redressáló, munkagépekkel stb. tökéletesen ellátva. A bejáró sebészi betegek kötőzése az ambulantián történik; ismét egy külön épület ez, melynek két egyforma felében a sebészi és belgyógyászati bejáró betegeknek rendelkeznek. Megfelelő váróhelyiségeket, fürdő- és elkülönítő-szobákat itt is találunk.

A belgyógyászati, de különösen a sebészeti osztály beteganyaga azonban, hogy úgy mondjam, nem méltó a gyönyörű berendezéshez. Minthogy t. i. e kórháznak közkórházi jellege van, Bécs összes gyermekkórházai ide küldik azon betegeiket, a kiket helyhiány vagy egyéb ok miatt maguk nem vesznek fel. Így azután pl. a sebészi osztály ágyait a csont- és izülettuberculosisban szenvedők foglalják el leginkább, míg heveny esetek csak elvétve láthatók.

C) A fertőző osztály 23 pavillonból álló épületesoportozatja határozottan a legimponálóbb. Ezen 23 épület a következőképpen oszlik meg:

- a) diphtheria-csoport, 6 pavillonban 51 ágygyal,
- b) vörheny-csoport, 6 " 60 "
- c) vegyes csoport, és pedig
 - 2 pavillon 34 ágygyal kanyarós,
 - 2 " 28 " hőkhurutos,
 - 1 " 11 " bárányhimlős betegek számára,
 - és 2 megfigyelő pavillon (2—2 ágygyal). Végül

d) a közös épületek csoportja, nevezetesen a felvételi épület, melyben az ambulantián felvett vagy a városból kocsin ideszállított fertőző betegek felvétel előtt megvizsgálatnak; e célból 6 kisebb szoba áll rendelkezésre, mindegyik egy-egy fertőző betegség számára. A felvételi épület emeletén az orvosok ebédlője, valamint az ápoló testvérek kápolnája s étkezője van elhelyezve. Két kisebb házikó a fertőző betegeket látogatók számára épült, hogy abban átöltözködjének, illetve látogatás után megfürdödhessenek; de úgy ezek, mint egy harmadik kis fürdőház (az elbocsátott betegek számára) jelenleg csak ritkán használatnak.

Természetes, hogy a fentebbi beosztás csak keretet képez, melyen belül a betegek elhelyezése szükség szerint változhat. Így pl. ottlétemkor az egyik kisebb pavillon oly betegek számára volt fentartva, kik egyidejűleg kanyaró és vörhenyben szenved-

tek, mely esetek történetesen akkor nagyobb számban kerültek észlelés alá; hasonlóképpen kanyaró és diphtheriában szenvedők külön épületben ápolatnak.

A fertőző osztály egyes pavillonjainak berendezése miben sem tér el a már leírttól; megemlítendő mégis, hogy az inhaláló készülékek gégediphtheriás betegek részére közvetlenül a központi gőzfűtéssel állanak összeköttetésben, ép úgy, mint a már említett gőzszooba is; naponta kétszer azonban, mikor a gőz szolgáltatása fel van függesztve, bizony Siegl-féle készülékekre szorulnak.

Ha megjegyzem még, hogy a betegek ápolása az egész kórházban a paulai szt. Vincze-rend nővéreire van bízva, — azt hiszem, nagyjában legalább — teljes leírását adtam eme kórháznak, a mely berendezés tekintetében a higiéné és technika mai előrehaladottságának megfelelően szinte tökéletesnek mondható; az osztályos főorvosok nevei pedig biztosítékot nyújtanak, hogy a betegek kezelése, gyógyítása is mindenkor az orvosi tudomány színvonalának magaslatán fog állani.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A „Riga“-féle betegség (Produzione sottolinguale).

Közlő: *Baranyai Vilmos* dr. gyermekorvos.

Történeti áttekintés.

U. Cardarelli 1857-ben csecsemőknél fellépő, súlyos klinikai tünetekkel járó bántalmat írt le, mely majd mindig halálosan végződik. Ezen bántalomra jellegző főleg a nyelvfelek kifekélyesedése (aphtha cachectica). Később mások is foglalkoztak ezen betegséggel és főleg a nyelvfelek elváltozására irányították figyelmüket; *Ridola* (1872) decubitus vagy nyomási necrosisból eredő fekélyt írt el; *Pandolfi* kicsiny gyöngyházfényű fibrosus újképletet említ; *Riga* 1881-ben belső fertőzésből eredő gyöngyházfényű hártyszerű képletre hívja fel a figyelmet; *Chiariello* (1881) mechanikus eredésű nyelvfeleki fekélyeket említ; *Somma* (1881) a nyelvfeleket borító fibrinos izadmánnyal fedett alhárttyát ír le.

Mindaddig csak egyszerűen leírták az eseteket, de pontos klinikai és szövettani vizsgálatot nem végeztek. Végre 1889-ben *Guida* a nápolyi gyermekklinikán több esetet szövettanilag és bakteriologice vizsgált meg, *Fede* pedig a vizsgálat eredményeit közli az első olasz paediatricai congressuson. Ugyanítt *Sonsino* felemlíti, hogy Egyiptomban az orvosok neki hasonló betegségről tettek említést.

A második olasz paed. congressuson ismét *Fede* referál *Guida* újlag (1890—1892) végzett vizsgálatairól; ezen vizsgálatokból kifolyólag tagadja, hogy összefüggés léteznék a nyelvfeleki fekély és a mások által leírt szerkezeti megbetegedések közt. A fekély szerinte kizárólag a nyelvfeleknek az alsó metszőfogakhoz való dörzsölődéséből származik, de az okot megmagyarázni nem tudja. *Concetti* saját vizsgálatai alapján csatlakozik *Fede* nézetéhez.

Pianese megvizsgálta vegyileg és bakt. a beteg csecsemők véréit és vizeletét, úgyszintén az illető anyák vizeletét és tejét; arra a következtetésre jut, hogy a *Cardarelli* által leírt betegség nem azonos azzal, melyet *Fede* és mások említenek. A IV. olasz paed. congressuson *Fede* a legújabb vizsgálatok alapján előbbi nézeteinek helyességét hangsúlyoztatja.

Miként az eddigiekből kitűnik, ezen betegséggel — melyet főleg „Riga“-féle betegséggel neveznek — első sorban az olasz szerzők foglalkoztak. A *Riga*-féle betegség a ritka bántalmak közé tartozik. Az esetek legnagyobb részét Olaszországban észlelték, főleg annak déli vidékein. Franciaországból 1902-ig mindössze hét esetet közöltek. Német- és Oroszországban igen ritka. Nálunk is észlelhető, a „Stefánia“-gyermekkórház nagy ambulans anyagában minden évben előfordul 1—2 eset. Valószínű, hogy az esetek egy része elkerüli a figyelmet.

Tünettan.

Vannak esetek, melyekben a nyelvfeleki elváltozás képezi a betegség egyedüli tünetét; más esetekben más súlyos általános megbetegedéshez csatlakozik.

A bántalom kezdete rendszerint elmosódott. Majd a nyálelválasztás fokozódott, majd a szopás megnehezített. Az esetek egy nagy részében a véletlen vezeti rá az anyát, vagy az orvost a bántalomra.

Ha a száj kinyitása után a nyelv hegyét fel- és hátrafelé toljuk, akkor a nyelvfeleken kis tumort látunk, melynek szélei a fék széleit túlérik; kivételesen a fék és a nyelvcsúcs között foglal helyet. Változó alakú: főleg tojásdad vagy gömbölyű, az alak meg is változhatik. Lenyomási-füllérnyi nagyságú; ha elliptikus alakú, akkor legnagyobb átmérője 1—1½ cm. lehet. A környező nyákhártya fölé néhány milliméternyire kiemelkedik. Sima felszínén igen sűrűn álló fehéres pontok, vagy fátyolszerűen kiterjedt hártya látható; későbbi stádiumban szürkés-fehéres hártya fedi, mely gyöngyházfényű, többé-kevésbé vastag, erősen tapadó. Ezen hártya csak igen nehezen és darabokban választható le; a leválasztás

vérzéssel jár, utána 1—2 nap alatt újonnan képződik. A tumor tömött, kemény consistentiájú. Némely esetben nem tumorszerű képletet, hanem egyszerű fekélyt látunk.

A szájüreg egyéb részei épek, a nyákhártya normális. Némely szerző a bántalom kezdetén enanthemát, a foghús megduzzadását és néhány aphtha fellépését észlelte; *Riga* csak egyetlen esetében látott egyidejűleg apthákat.

Functionalis tünet rendszeren nincsen. A tumor nem fájdalmas, spontán nem vérzékeny. Némely esetben a szopást megnehezíti. Néha folytonos nyáladás észlelhető.

Az ily enyhe alakoknál általános tünetek nem igen vannak. Kezdeti hőemelkedést is észleltek. De nem volt pontosan megállapítható, hogy a helyi tüneteket megelőzőleg, egyidejűleg vagy azok után lépett-e fel.

Vannak azonban súlyos esetek is, melyeknek a klinikai képe lényegesen eltérő. Ezen esetekben egyidejűleg valamely más komoly természetű megbetegedés is van jelen, főleg gyomorbelihurut. A hurut fellépése majd megelőzi, majd pedig követi a tumort. Ezen esetekben a nyelvféki bántalom sokáig makacsan fennáll, kifekélyedés következik be. Az általános állapot rohamosan rosszabbodik. A bőr fakóságos lesz — miként rosszindulatú alképletknél —; a szemek beesettek, bágyadt fényűek; ijesztő gyors lesoványodás következik be; a hang igen gyenge; profus hasmenés; a gyermek a táplálékot visszautasítja, csak a friss italt fogadja el; a pulsus kicsiny, lassú.

Ilyen tünetek közt hónapokig elhúzódhatik a bántalom, többnyire halállal végződik. A szopást ily esetekben nem annyira a fekély, mint inkább a teljes elerőtlenedés nehezíti meg.

Az enyhe eset — ha a gyermek különben egészséges —, rendszerint gyógyul megfelelő kezelésre. Ha azonban elhanyagolják, akkor a tumor kifekélyesedik, hosszú ideig elhúzódik, végül többnyire mégis meggyógyul; később ki is újulhat.

A bántalom tartamát a szerzők különbözőképen itélik meg: lehet tizenöt nap — két hó, mások szerint nyolcz, sőt húsz hónapig is eltarthat.

A körjóslat az enyhe esetekben kedvező, súlyos esetekben kétes. A halál oka természetesen nem a nyelvfék bántalma, hanem a hozzájáruló megbetegedés.

Figyelemre méltó körülmény, hogy Franciaországban csak enyhe eseteket észleltek.

K ó r i s m e.

A kórisme nem szokott nagyobb nehézségeket támasztani: nyelvféken megjelenő kis tumor, mely majdnem mindig a két alsó középső metszőfog áttörése után lép fel, gyakran diphtheroid izzadmány fedt. A görsös köhögés hiánya megóv a pertussisnál előforduló nyelvféki fekélylyel való összetévesztéstől. Syphilitikus fekélyek más helyeken székélnek, az általános megbetegedés könnyen kimutatható. Tekintetbe jöhetnek még apthák, varicella-hólyagok, herpes; ezek multiplex fellépésűek, hirtelen jelentkeznek.

K ó r b o n e z t a n.

A vizsgálók nagy része megegyezik abban, hogy a nyelvféki képletet a nyákhártya hámlásának hypertrophiája és hyperplasiája hozza létre; főleg a papillák és a Malpighi-réteg szenvednek elváltozást. Az epithel-sejtekben számos vacuola látható; a hypertrophizált papillaris rétegben kissejtű infiltratio van, az apró sejtek közt pedig rostonyás izzadmány. *Letulle* kórszövettani vizsgálatai szerint a nyelvféki képlet nem tumor, hanem a szájnyákhártya gyuladással eredésű hypertrophiájában áll. Felszínének közepe kifekélyesedett, rostonyás alhártyszerű képletek fedik.

A bakteriologikus vizsgálatok még nem vezettek pozitív eredményre. *Concetti* tumorrészeket oltott be nyulak mellő szemesarnokába, csak egyszerűen tályog képződött, melynek genyében specifikus mikroorganizmusokat kimutatni nem lehetett.

K ó r o k t a n.

Az oki momentumok során mindenek előtt tekintetbe jö a kor. Főleg a fiatal gyermekkor megbetegedése. Ép oly ritka öt hónapnál fiatalabb, mint tizennégy hónapnál idősebb gyermeknél. Leggyakoribb 6—9-dik hónap között. *Riga* egy esetben 2½ hónapos gyermeknél észlelte. Némely szerző szerint felléphet a gyermek első tíz évében. A nemek határozott befolyása nincsen.

Számos esetben azt észlelték, hogy a *Riga*-féle betegség egy családhoz tartozó több gyermeknél lépett fel egyszerre vagy egymás után; megmagyarázható ez a gyermekek azonos társadalmi, egészségi és táplálkozási viszonyaival. Olaszországban főleg szegény földművesek gyermekei betegszenek meg, jobb módúaknál ritka.

Befolyása van az egészségtelen lakás romlott levegőjének. Tekintetbe jö a helytelen táplálás is: rendellenes a szoptatás ideje vagy korán kezdik a mesterséges táplálást. Okolták a szoptató nő hiányos táplálkozását, tengerinek vagy romlott burgonyának mértéktelen élvezetét is. Ugy látszik azonban, hogy a szülők egészségi állapotának nincsen lényeges befolyása; többnyire egészségesek, nem ritka nálak a lymphaticus alkat, de nem észlelhetők sem syphilis, sem tuberculosis.

Azon kérdésre, hogy vajon fertőzésnek van-e szerepe a bántalom terjedésében, valószínűleg tagadólág felelhetünk; némely szerző mindazonáltal a fertőzés lehetőségéről meg van győződve. Annyi bizonyos, hogy a bántalom átvitelére nem sikerült.

A helybeli okok közt szerepel mint praedisponáló momentum a

hiányos szájapolás. Fontos momentum a fogak áttörése: majdnem minden esetben constatálható, hogy az alsó metszőfogak kevés idő előtt törtek át, csak igen kivételes esetben okolható a fogmedernyúlvány rendellenes keménysége.

Külön kell felemlíteni *Tommaso Guida* elméletét, melylyel a bántalom keletkezését magyarázza. *Guida* szerint a gyermek szopási módja — a szopás mechanizmusa — változik a szerint, hogy bő vagy kevés tejü emlőből szopik-e. Normális esetekben szopás után megnyugszik a gyermek, a gyomor megtelt; ha közvetlenül utána megvizsgáljuk a nyelvféket, azt találjuk, hogy még csak nem is lett megnedvesítve; nem dörszölődött, mert nem vált szükségessé, hogy a nyelv ide-oda mozgást végezzen, vagy ezen mozgások igen kis mérvűek; midőn bőven van tej és apró sugarakban folyik ki, a gyermek gyorsan nyel.

Míg ellenben, ha az emlő működése hiányos, ha csak kevés tej folyik ki egyszerre — igen gyakori eset, miről mérlegeléssel győződhetünk meg —, a gyermek alkalmazkodni fog az emlő hiányos működéséhez és sajátos módon szopik, hogy az emlőből a kevés tejet cseppenként kiürítse, kénytelen nyelvét folyton ide-oda mozgatni. A nyelvfék erősen a fogmedernyúlványhoz szoríttatik, és ha ezen már fogak vannak, akkor a folytonos trauma következménye lehet: 1. a nyelvfék hámlásának egyszerű lehorzsolása, 2. anyagvesztés (fekélyzódás, necrosis) vagy végül 3. a nyákhártya idült hypertrophiája, mihez idővel még degeneratív elváltozás járul (produzione sottolinguale). A nyelvféken létesülő elváltozás minősége függ a gyermek erőbeli állapotától. Ha a gyermek egészséges, erőteljes, akkor erősen szopik; a nyelvféket érő trauma is nagyobb, akkor leginkább tumorszerű képlet fog azon létrejönni. Ha a gyenge a gyermek, nem tud erősen szopni, a létrejövő sérülés többnyire más természetű, főleg alhártyszerű képleteket vagy kifekélyesedett felületet fogunk találni. Ezek szerint tehát a nyelvféki fekélyből, illetőleg annak a minőségéből az emlő működésére, illetőleg a gyermek erőbeli állapotára is következtetéseket vonhatunk.

Ezen elmélet ellen ellenvetéseket könnyen tehetünk: ezen surlodás, mely annyi sok gyermeknél létrejö, miért okoz csak kivételesen ilyen bántalmat? Nem tagadható másrészt az sem, hogy észlelték ezen bántalmat oly gyermekeknél is, kiknek foguk még egyáltalán nem volt.

T h e r a p i a.

Az olasz szerzők prophylacticus célból ajánlják, hogy kiváló gondot fordítsunk a csecsemő szájának tisztaságára, főleg gyomorbeli-működési zavaroknál.

Kifejlődött betegséggel szemben a gyógyeljárás lehet általános és helybeli.

Meg kell állapítani, hogy a gyermek táplálkozása kielégítő-e? Mindenek előtt rendezzük a szoptatást; ha az emlő kevés tejet választ el, akkor czélszerű lehet dajkaváltoztatás, allaitement mixte vagy mesterséges táplálás. Az alapbántalom kezelésére kiváló gondot fordítsunk. Némely esetben czélszerűnek bizonyult a levegőváltoztatás.

Helybeli kezelésre főleg jodtincturát és az argentum nitr.-ot használják. *Comby* azt tanácsolja, hogy kétszer hetenként tiszta jodtinct.-ba mártott vattapamattal érintsük a fekélyt. *Chiariello* többször tapasztalta, hogy argent. nitr. alkalmazása a lobos folyamat fokozódását idézte elő.

Ha ilyen módon czélt nem érünk, akkor sebészi eljárás alkalmazandó. Kimetszés görbe ollóval, utána cauterizálás, vagy a nyákhártya két sebszélének varrattal való egyesítése. *Lombardi* szerint súlyosabb esetekben a sebészi kezelés csak gyorsítja a halálos kimenetelt.

I r o d a l o m.

1. *Brun*: La maladie de Riga. Presse médicale 1895.
2. *Callari*: Sulla produzione sottolinguale. La Pediatria 1900.
3. *Cappuccio*: Tre casi di produzione sottolinguale. Pediatria 1901.
4. *Chiariello*: Intorno alla malattia della prima infanzia trattata per prima dal dottor Antonio Riga. Movim. med. chir. 1881.
5. *Chiariello*: Seconda contribuzione alla conosceura della malattia di Riga. Movim. med. chir. Napoli 1882.
6. *Comby*: Ulceration sublinguale et subglossite diphtheroïde indépendantes de la coqueluche. Presse médicale 1895.
7. *Comby*: Subglossite diphtheroïde. „Traité des maladies de l'enfance“ de Grancher, Comby et Marfan. 1897, t. II.
8. *Concetti*: Sulla produzione sottolinguale dell' infanzia. Atti del II. Congresso. Napoli 1895.
9. *Fede*: Della produzione sottolinguale. Atti del I. Congresso pediatrico italiano. Napoli 1891.
10. *Fede*: Della prod. sotto. II. Congr. Ped. Napoli 1892.
11. *Fede*: Nuove ricerche sulla produzione sottolinguale. La Pediatria. Napoli 1894.
12. *Fedele*: Contribuzione clinica alla Produzione sottolinguale o „morbo del Riga“. La Pediatria 1900.
13. *Gaspari e Santi*: Su di un caso di „Morbo di Riga“. Gazz. d. Osp. Milano 1900.
14. *Gazotti*: Morbo di Riga. Gazz. d. Osp. 1899.
15. *Grande*: Contribuzioni cliniche . . . Archivio di Pat. e Clin. infantile 1902.
16. *Guida*: La malattia di Riga. Ibidem 1902.
17. *Orta*: Intorno al morbo di Riga. Ibidem 1903.
18. *Pandolfi*: Sul fibroma sublinguale. Atti dell' Accad. med. chirurg. Napoli 1875.
19. *Pianese*: Afta cachettica. Atti dell' XI. Congr. med. internaz. Roma 1894.

20. *Reinbach*: Zur Lehre von den sublingualen Geschwülsten des Kindesalters.
 21. *Riga*: Di una malattia della prima infanzia . . . Movim. med. chir. 1881.
 22. *Riga*: Lettera al Prof. Del Monte. Ibidem 1881.
 23. *Rosi*: Malattia del Riga. Gazz. med. lomb. Milano 1900.
 24. *Sannone*: Archivio di Pat. infant. 1884.
 25. *Somma*: Di alcume mal. poco ute dell' inf. Giorn. int. delle sc. med. Napoli 1882.
 26. *Vincenzo*: Sulla curabilita del funghetto sottolinguale. Suppl. al. Policl. Roma 1901.

Könyvismertetés.

W. B. Cheadle. Artificial feeding and food disorders of infants. London. *Smith Elder & Co.* 1902.

A Londonban élő gyermekorvosok közt a legjobb hírnévnek örvendő szerző ezen művének 5-dik kiadása jelent meg, melyben a St. Mary-hospitalban s a Great Ormond Streeti gyermekkórházban tartott előadásait állította össze. Az új kiadást segédje *F. I. Poynter* nézte át, s több táblázattal bővítette. A munka a mesterséges táplálás fontos témáját 6 előadásban tárgyalja. Miután az első előadásban ismerteti a női tej sajátosságait, vegyi összetételét s szükséges mennyiségét, felállítja azon alapelveket, melyeket mesterséges tápszerre nézve megkövetel.

Megfelelőnek csak akkor mondható a mesterséges tápszer, ha megfelel a következő követelményeknek: 1. Összetételének arányai legyenek hasonlóak a női tejéhez. 2. Tartalmazzon scorbut-ellenes alkatrészt. 3. Napi összmenyisége legyen megfelelő. 4. Ne legyen tisztán növényi eredetű, hanem bizonyos mennyiségű állati anyagot is kell tartalmaznia. 5. Összetétele legyen állandó s a csecsemő emésztési képességének megfelelő. Végül 6. A tápszernek frissnek kell lennie, s megsavanyodás vagy bomlásnak termékeit nem szabad tartalmaznia. Ezen irányító elvek tekintetbe vételével sorra tárgyalja a mesterséges táplálás módjait. Első sorban a hígított tehéntejjel foglalkozik, s a higitáshoz használt zab-, árpa-főzettel, méssz s soda-oldattal való higitásra tér át, s újszülött számára legcélszerűbbnek tartja a kezdetben felére hígított peptonizált tejet. A tej sterilizálásánál vagy pasteurizálásánál jobbnak tartja az egyszerű forralást néhány percen át. Tej helyett egy ideig sikerrel alkalmazható vízben főtt kenyér, melyet tejföllel és nyers hús préselt levével kever, s ezt naponta kétszer frissen készítetteti. A beef tea s a nyers húslé készítésének leírásánál igen csekélynek mondja a cysticercussal való fertőzés veszélyét. Majd a hibás táplálás módjai, a keményítő tartalmú tápszernek lesznek felsorolva s az általuk okozott zavarok. A táplálás helytelen volta vagy onnan ered, hogy a bélhuzam izgatva lesz, vagy hiányosan működik vagy mérgek szívódnak fel. Egy másik csoportja a táplálkozás zavaroknak a táplálék hiányos voltától ered. A trophiánál szerző peptonizált tejet s nyers húsvakarékot ad. Angolkórnál mint állandóan jelenlévő kórok a hibás táplálás szerepel, a táplálék rendszerint minőségileg helytelen s az állati zsir s fehérje hiánya s talán calcium-phosphat hiánya a főtényező. Az utolsó előadás a *Barlow*-kórral foglalkozik s tüneteit 6 esete kapesán írja le. A kezelés antiscorbutikus diétából áll. Azon kérdést, vajjon az infantilis scorbutot valamely scorbutot előidéző mérreg jelenléte okozza-e vagy pedig egy mai napig ismeretlen antiscorbutikus elem hiánya? az utóbbi felfogás javára dönti el. Ezen ismeretlen antiscorbutikus elem megvan az állati eredetű friss temékekben, forralatlan tejsben, nyers húslében.

A könyv kiállítása pazar. Ára öt shilling.

Loránd dr.

Dr. Carl Hochsinger. Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaushaus. (II. Auflage. Leipzig u. Wien. Verlag v. Franz Deuticke. 1903.)

Ha népszerűen írott orvosi műveknek általában megvan a jogosultságuk s nem félünk attól, hogy gyarapítjuk a művelt laikusok hiányos orvosi ismereteit, melyek az orvosnak nem ritkán alkalmatlanok, úgy kell, hogy elismerjük létjogosultságát egy oly műnek, mely miként a megbeszélendő, támogatja a szülőket gyermekeik észszerű ápolásában s nevelésében. A munka a gyermek egészségtanának vázlatát nyújtja a vagyonszámba osztályok számára, kik abban a szerencsés helyzetben vannak, hogy gyermekeik érdekében tehetnek valamit. Megtaláljuk benne a táplálásra, ruházásra s gondozásra vonatkozó rendszabályokat a gyermek születésétől iskolaköteles kora befejezéséig. A könyv három főfejezetre oszlik. Az első a csecsemő ápolásának sajátosságait tartalmazza, a második az általános gyermekegészségtant, illetve a gyermek védelmét megbetegedések ellenében, míg a harmadik rész a tanuló s iskolát látogató gyermekekre vonatkozó egészségügyi szabályokat foglalja össze.

A 7 év előtt első kiadásában megjelent mű új átdolgozásában tekintettel van azon fontos újításokra, melyek időközben különösen a csecsemő táplálása s ápolása terén napvilágot láttak, de továbbra is ragaszkodik azon alapelvekhez, hogy a női tej legjobb pótszere a hígított tehéntej, mely *Soxhlet* módszere szerint lett elkészítve. A szopós gyermek 3 órai időközben napjában 7-szer kapja a mellet. A csecsemő szájápolása céljából naponként egyszeri tisztogatást enged meg. A csecsemők szoros bepólyázását a vánkosba elhagyandónak véli, s a ruházásnak angol minta szerint ad előnyt. Fátyol használata az arc befödésére tilos, úgyszintén czezüli alkalmazása a síró gyermek megnyugtására. Alkohol adása a gyermekeknek egyáltalában nem engedhető meg, még a gyógyszereknek is alkoholmenteseknek kell lenniük.

A harmadik fejezet az iskolába járó gyermekek bajaival foglalkozva, tárgyalja a rövidlátást és a gerincoszlop-elferdülések kifejlődésének okait s ezek elhárítását.

A czélszerű tanácsok, s a művelt laikus közönségnek könnyen érthető előadási mód ajánlják a munkát, s miután a könyv nem nélkülözi a tudományos alapot, sikerrel forgathatják lapjait a pályánk kezdetén állók is.

Loránd dr.

Lapszemle.

Az újszülöttek ajakreflexéről. (*John Thomson*, az edinburgi „Royal Hospital” orvosa). *Thomson* 1896-ban a *Chvostek*-féle facialis tünet tanulmányozása közben alvó csecsemőkön egy rendes ajakreflexmozgást észlelt, mely a szájjugok közelében véghezviitt gyenge ütésekre jelentkezik. Azóta több száz gyermeket vizsgált ily szempontból és csodálkozik, hogy ezen szembetűnő jelenséget csak kétszer találja leírva az orvosi irodalomban (*Loos*, *Escherich*), és érdemesnek tartja a további tanulmányozásra.

A reflex oly módon váltható ki, hogy gyenge ütésekkel alkalmazzunk a felső ajkakon kissé a szájjug felett vagy az alsókon az alatt; de kifejezett esetekben akárhol az ajkakon lehet azt kiváltani, néha az arcz kiterjedt részein is. Az ajak nyálkhartyájának gyenge érintése mint azt például a mellbimbó teheti, sokszor létrehoz ily mozgásokat.

A felső ajkak gyenge ütése az összehúzódnak; ha a száj nyitva volt, akkor záródnak az ajkak; további ütések az ajkak előcsucorodnak és legtöbbször az ellenkező oldalra húzódnak, mint a hol az ütés történt.

Több ismételt ütésre a nyelv szopómozgásokat végez és a száj oly alakot ölt, mintha duzzogna.

Ezen tünetmenny egészséges csecsemőknél vátható ki leginkább, ha nem alszanak mélyen, és különösen olyanoknál fokozott e reflex, a



Ütögetés előtt.

Az első ütegetésre.

Ismételt ütegetésre.

kik eclampsia ellen chloralhydrattal vagy más sedativummal kezeltetnek. Annak bebizonyítására, hogy ez egy valódi reflex és nem az izmok vagy idegek direct izgatásának következménye 5 pontot sorol fel *Thomson*: 1. A jellegzetes mozgások megfontoltak, koordináltak és quasi céltudatosak. 2. Az ütések ismétlése cumulativ hatással bír. 3. Mindkét szájjug megrándul, ha csak egyet is izgatunk, és mindkét ajak megmozdul, ha csak az egyiket is érintjük. 4. Akármily kifejezetten legyenek ezen mozgások alvó gyermeknél, úgy majdnem mindig megszűnnek az ébredéssel.

A *Chvostek*-féle tünet ezen reflextól nagyon különbözik, mert *Thomson* szerint nem is valódi reflex, csak mechanikai ingerlése a n. facialisnak és valószínűleg mindig kóros jelenség, jellegét illetően pedig pillanatnyi, nem koordinált és nem céltudatos.

Tekintve, hogy a szopás a legkifejlettebb koordinált tevékenysége az újszülöttnak, nem kell csodálkoznunk, hogy az ajkak születés után egy különös reflexközpontot képezhetnek. Tehát valószínű, hogy az ajkak-reflex egy hasznos czélnak szolgál, midőn a csecsemő első szopási kísérleteinél szerepel, automaticen oly alakot adván a szájjugnak, hogy az a csecsbimbót közbefoghassa. A mellbimbó is bir egy correspondáló reflex-sel; mert mechanice izgatva keményebb, hosszabb és vékonyabb lesz, úgy hogy a csecsemő szája azt jobban megragadhatja és befogadni bírja. (*Review of Neurology and Psychiatry*, 1903.)

Szendeff Ida dr.

E. Kobrak. A csúzos eredetű chorea és annak csüzelles gyógyítása. A berlini *Neumann*-féle gyermek-poliklinikán 1895–1902-ik években észlelt 122 chorea eset közül csupán 34-nél nem lehetett csúzos elő-, illetve utóbántalmat kimutatni, míg 64 esetben az összefüggés a két bántalom között nyilvánvaló volt. A *Meyer* és *Menzer* által kiemelt összefüggés a torokgyűrű megbetegedései és a rheumatismus között a choreára is áll, a mennyiben 54 esetben sikerült előrement, illetve a chorea lefolyása közben fellépett torokfolyamatokat kimutatni. A chorea csúzos eredetűre vall továbbá annak gyakoribb fellépése a téli időszakban; míg ugyanis a nyári félévekben 39 esete volt, addig a téli félévekben az észlelt chorea-esetek száma 76-ra emelkedett. S míg a nyári időszakban fellépett choreák jóval enyhébbek s gyorsabb lefolyásúak (átlagos tartamuk 24 hónap) voltak, addig a téli choreák jóval makacsabbak, hosszabb — átlagosan 4-5 hónapi — lefolyást mutattak. A csúzos terheltség mellett mindenesetre fontos szerepet játszik az ideges terheltség s dispositio, a mi a chorea gyakoribb előfordulását a leánygyermeknél s a pubertas előtti korban magyarázza. A csúzos terheltség gyakorisága indította szerzőt arra, hogy betegeinél az aspirin 3-4,

0–5–1 gm.-os napi adagokban alkalmazza. Eredményei a csúszos kísérő tünetekkel járó choreáknál kitiűnök voltak; ezen esetekben az arsen hatását az aspirin felülmúlja. A csúszos tünetektől ment esetekben viszont az aspirin hatástalannak bizonyult s az arsen adott jobb eredményeket. A mi a szív részéről fenyegető complicatiókat (endocarditis) illeti, azok fellépését megakadályozni, illetve lefolyásukat enyhíteni sem az aspirin, sem az arsen nem volt képes. (Archiv für Kinderheilkunde, 1903.)

Faludi Géza dr.

Gonser Rudolf a gyermekkor acut osteomyelitisét tárgyalja, különös tekintettel a gyógyulási végeredményre. A baseli gyermekkórház (Hagenbach) 15 évi anyagát használta fel e célra. Ez anyag egy részét bakteriologice is megvizsgálta s az esetek túlnyomó többségében a staphylococcus pyogenes aureus talált mint kórokozó mikroorganizmust. Ezenkívül a különböző esetekben a staphylococcus pyogenes albus, streptococcust, typhus-bacillust és diplococcus lanceolatus talált. A therapiát esetek szerint individualizálták, a mennyiben hol megelégedtek az egyszerű tályogmetszéssel, hol pedig felvették az egész csontcsatornát.

A folyamat kimenetelében ép oly nagy a változatosság, mint a milyen változatos az acut megbetegedés képe; gyakran évek multak el, míg a látszólag teljesen gyógyult folyamat exacerbált. A gyógyulás végeredménye általában kedvező, a mennyiben végtag rövidülés csak ott állt be, hol a folyamat az epiphysisekre is terjedt, de a legtöbb esetben e rövidülés oly csekély, hogy számításba alig jön. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde Bd. 56.)

Koós Aurél dr.

Moser vörheny-streptococcus serumával foglalkozik Pospischil dr. a „Wiener Klin. Wochenschrift-nek“ 1903. 15. sz. füzetében. A czikk bevezetésében hangsúlyozza a pontos klinikai észlelés értékét szemben a statisztikai adattal, a mikor új gyógyszer hatékonyságának megítéléséről van szó. Megemlékezik a betegségek lefolyásában mutakozó mellékes körülményekről, melyek a gyógyszer hatásának megítélését megnehezítik, miután a hatást leronthatják, vagy érvényesülését megakadályozhatják; int mindezeknek szemmel tartására. A serum hatásosságának megítélését vörhenynél még nehezebbnek tartja, mint diphtheriánál, miután szerinte vörhenynél nehéz prognostist mondani, míg diphtheriánál ez jóval könnyebb. Említi, hogy a vörheny-streptococcus-serummal a vörheny aetiologiájának kérdése megoldást nem nyer, a streptococcus secundær fertőzés útján teszi csak súlyossá a betegséget; praeventiv immunisatio némileg bizonyító erővel bír. Ezek után az általa kezelt 25 esetben részletes kórtörténetét ismerteti. Rendszeres 1 oltást végzett 200 cm³ serummal, csak kivételesen alkalmazott ezenfelül még 100 cm³ serumot. A serum közvetlen hatásaként hőcsökkenést, a légzés és érlökés gyérülését, a sensusium felszabadulását, üdítő álmat, a végtagok melegedését, a cyanosis színését, jobb táplálkozást észlelt. A torokbeli folyamatnak javulását is tapasztalta. Kizárólag súlyos, rossz kórjóslatú eseteket vett gyógykezelés alá, ezeken a Moser-serum hatékonyságáról meggyőződött, dacára annak, hogy 11 esete volt halálos kimenetelű és nem egyenlő sepsis vagy pyaemia volt a halál oka 1–3 héttel a streptococcus-serum alkalmazása után és a szív vérből pedig több esetben a streptococcust ki lehetett tenyészteni.

Preisich dr.

Veau, a congenitalis nyaki serosus cysták pathogenesisével foglalkozik. Elveti Cruveilhier, Broca és mások nézetét, kik azt tartják, hogy a daganatok eredetileg angiomák voltak és azután alakultak át serosus cystákká. A cysták tartalmának vérrel kevertése, a cysták és angiomák kombinációja másképen is magyarázható. Szerző szövettani vizsgálatok és fejlődéstani fejtegetések alapján azt a nézetet vallja, hogy a nyaki veleszületett serosus cysták a nyaki nyirkedényrendszer fejlődési zavarának következményei. (Archives de médecine des enfants, 1903. április.)

Torday Ferencz.

Clive Riviere: A pylorus veleszületett hypertrophikus szűkület. A klinikusok észlelete szerint e bántalom nem oly ritka, mint a bonczonokok tapasztalatai szerint. Ennek oka vagy az, hogy a klinikusok tévedésből a más ok folytán előálló pylorusgörcsessel tévesztik össze, vagy pedig ezen bántalom nem oly súlyos lefolyású, mint a hogy hitték, és sebészi beavatkozás nélkül is gyakrabban gyógyulhat. Szerző másokkal ellentétben az első magyarázatot tartja valószínűbbnek. Saját észlelése egy három hetes fiúra vonatkozik, kit az „East London Hospital for Children“-ben kezelt, ki három hónapos korában halt el. A bonczolás igazolta, hogy a túltengésben az egész gyomor összes rétegei s a nyelőcsőnek alsó vége vett részt. (The Lancet, Dec. 27. 1902.)

Loránd dr.

VEGYESEK.

— Mély fájdalommal jelentjük olvasóinknak **B. L. Wagner** dr. (Lipese) elhunytát. Néhai kartársunk évtizedeken át volt a „Jahrbuch f. Kinderheilkunde“ főszerkesztője s mint ilyen elvülhetlen érdemeket szerzett szakunk irodalmi fejlesztése körül. Betegeskedése már évek előtt arra készítette őt, hogy a terhes szerkesztői állástól megváljon. Benne a magyar paediatricus iskola egy régi barátját veszítette, azon szoros baráti kapocs folytán, mely **B. Wagner-t** néhai **Bókay-val** összefűzte.

— **Bézy** dr. Toulouseban a gyermekgyógyászat rk. tanárává neveztetett ki.

— **Villa Alfredo** dr.-t a római egyetemen a gyermekgyógyászatból magántanárként habilitálták.

— **Palermoban** a gyermekgyógyászat tanításával az egyetemen **Antonino Carini** magántanárt bízták meg.

— A **Cervcsato** halálával megüresedett bolognai gyermekgyógyászati tanszékre, a tanártestület egyhangú javaslatára kinevezték **Carlo Comba** magántanárt, a florenczi gyermekklinika assistensét.

— A „**La Pédiatria**“ szerkesztőségében **Vitale Tedeschi** a páduai egyetemi gyermekklinika igazgatója tölti be az elhalt társszerkesztő — **Cervcsato** — helyét.

— „**La Pédiatrie Pratique**“ czimmez új szakfolyóirat indult meg. A lap szerkesztője **E. Ausset** tanár Lilleben.

— Az ötödik olasz gyermekgyógyászati congressus 1903-ban, október havában, Rómában tartatik meg, ha ugyan, mint azt egyesek óhajtják, a madridi congressus miatt nem halasztatik el 1904-re.

— Az „**American Pediatric Society**“ május hó 12–14-dikén tartotta meg évi összejövetelét Washingtonban, **J. H. Crozer Griffith** elnöklése alatt.

— **Leur. aux** dr. Brüsszelben antipertussis-serumot állított elő, melylyel nagyobb számú esetben tett gyógykísérleteket, a „**Medical Record**“ jelentése szerint, a legjobb eredménnyel. A hatása a serumnak már negyvennyolc óra után nyilvánul abban, hogy a rohamok száma gyérül s intensitásuk csökken.

— **Csecsemő-kórházat**, helyesebben az újonnan építendő bécsi szt. Anna-gyermekkórházban egy csecsemő-osztályt akar **Escherich** tanár alapítani. Ugyanott a csecsemő-ápolásban járatos gyermekápoló személyzetet (nurse) akar nevelni. Egy igen szép jelentésű brosúrában Bécs asszonyait közadakozásra szólítja fel, hogy így előteremtse ezen nagyon hiányzó intézmény fenntartásához szükséges alapot. — **Heidelbergben** a **Vierordt** tanár által vezetett Lujza-gyermekkórházban 1902. július havában nyitották meg az újonnan létesített 12 ágyas csecsemő-osztályt. Ugyanott couveusóket is beszereztek koraszülött gyermekek felnevelésére. Ez intézmény keretében csecsemőtejet is termelnek. A csecsemők ápolásában Heidelberg városának úri női világából jelentkező hölgyek önkéntesen segítkeznek. A jelentkező úrnők több héten át gyakorolják be magukat a gyermekgondozás és ápolás aprólékosságában.

— A bécsi tudomány-egyetem orvosi facultásán új vizsgarendszer lép életbe, mely azon hallgatókra bir érvényesül, kik az 1900–1901. tanévben iratkoztak be. Kötelező szigorlati tárgyak lettek az elmekörtan s ideggyógyászaton kívül a gyermekgyógyászat is, melyek eddig a szigorlatoknál csak mint vendégtárgyak szerepeltek. Az új tárgyak a második szigorlat keretébe jutottak be, melynek letételéhez az absolutorium szükséges. Hazánkban, hol a gyermekgyógyászat mindaddig az egyetemi orvosképzés mostoha gyermeke volt, s csak az új tanrend értelmében lett kötelezővé félévi hallgatása, kívánatos volna, hogy szintén mielőbb felvétessék a kötelező szigorlati tárgyak sorába. Hazánk közegészségügyének javítása sürgősen követelné a hasonló reformot, mely a gyermekhalandóság csökkentése céljából egyike volna a legfontosabb tényezőknél.

— **Rómában** kis gyermekkórházat építettett saját költségén **Pasquale Sorgente** dr., a gyermekklinika assistense. A földszinten van egy megfigyelő-szoba két ágygyal, gyanus esetek számára. Az első emeleten van két kis betegszoba, összesen tíz ágygyal. A berendezés egyszerű, de a hygiene összes követelményeinek megfelelő.

— **A tuberculosis és a gyermekvédelem.** **Marne** francia kerület tanácsa elhatározta, hogy azon orvosok, kik az állami felügyelet alatt álló gyermekek orvosi gondozásával vannak megbízva, a kerület főnökségének és gyermekvédelmi bizottságának sürgős jelentést tegyenek minden oly esetről, hol a tuberculosis környezet miatt az őt ápoló gyermek a fertőződés veszélyének van kitéve. Ezen jelentésben sürgősnök kell ama szükségesnek talált intézkedéseknek elrendezését, melyekkel tuberculosis fertőzés veszélyét elkerülni lehetne.

— **Uj könyvek.** **W. S. Christopher.** Pediatrics and orthopedic surgery. Chicago. — **S. Legrand.** Précis de médecine infantile. Paris. — **W. Prausnitz.** Physiol. u. social-hygiene. Studien über Säuglings-Ernährung u. Säuglings-Sterblichkeit. München. — **W. Degré.** Therapie der Kinderkrankheiten. 1903.

— **Uj dissertatiók és thésék.** **O. Buchholtz.** Bruchoperationen bei Kindern in den ersten zwei Lebensjahren. Kiel. 1902. — **S. Waltermann.** Die Laparotomie bei Darminvagination im Kindesalter. Kiel. 1902. — **E. Schüle.** Beitrag zur Perityphilitis im Kindesalter. Zürich. 1902. — **H. Legrand.** Précis de médecine infantile. Paris. 1903. — **L. Six.** Contribution à l'étude du lait maternel. Paris. 1902. — **S. Savelli.** Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou. Paris. 1902. — **I. Pallegoia.** Des néphrites aiguës bénignes dites primitives chez l'enfant. Paris. 1902. — **P. Mir.** Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile. Paris. 1902. — **Ch. Calamet.** Etude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant. Paris. 1902. — **Ch. Séguin.** La médecine infantile chez les Grecs et les Romains. Paris. 1902. — **I. Dupoux.** Du rein mobile chez l'enfant. Paris. 1902. — **S. Jacquier.** Lenteur et arhythmie transitoire du pouls chez l'enfant. Paris. 1902. — **F. Lobligois.** Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatiniformes et de la scarlatine uraie apparaissant au cours de la diphthérie. Paris. 1902. — **Beauguard.** Des difficultés de diagnostic dans les attentates à la pudeur chez les petites filles. Paris. 1902. — **Bacaresse.** Considérations étiologiques sur le syndrome de Little. Paris. 1902. — **E. Simon.** Le scorbut infantile. Paris. 1902. — **R. Monot.** Réactions méningées chez l'enfant. Paris. 1902. — **P. Tiberius.** La température dans les différentes formes d'allaitement chez les nourrissons sains. Lyon. 1902.