Negyvenhetedik évfolyam. 31. szám. *Budapest, 1903. augusztus 2.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál. 490. lap.

Ihrig Lajos: Sebkezelés biologiai alapon. 494. lap.

Idősb és ifj. Iberer János: A bányászok vérszegénységéről és az ankylostomum duodenale előfordulásáról Steyerlak-Anina kőszénbányáiban. 496. lap.

Tárcza. Szana Sándor: A tüdővész sanatoriumi gyógykezelése kérdésének megoldása Magyarországon. 497. lap. — Picker Rezső: Balneologiai kirándulás az erdélyi fürdőkbe Nagy-Szeben, Brassó és Kolozsvár megtekintésével. 497. lap.

Közegészségügy. Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei. 499. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezeléséről. 500. lap. — *Könyvismertetés. A. Schwenk:* Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe in der Praxis. (Picker Rezső.) — *Lapszemle. Venerás bántalmak. Magnus Möller:* A „mercuriol-olaj" mint új higany-injectiós készítmény. (Guszman). — *J. Mueller:* Higanykúrák s néhány szájbántalom alkalmával követendő szájápolás (Guszman). — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Tannalbin. — *Siedler:* A Riedel-féle „Kraftnahrung". — *Reinking:* Alkoholcellit. — *Folyóiratok átnézete.* 502—503. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt. — Kinevezés. — Megválasztások. — Ünnepeltetés. — Győry Tibor. — Erdey Gyula. — Ritoók Zsigmond. — A kolozsvári vándorgyűlés. — Az Országos Orvos-Szövetség. — Az alföldi népsanatorium. — A belügyminister. — Fürdőink személyforgalma. — A Bródy Adél-kórház. — Megjelent. — Elhunyt. 503. lap. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos természettudományi szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

Az újkori sebészet egyik nevezetes vívmánya, hogy olyan kórállapotokat is hozzáférhetőkké tett a gyógyítás számára, melyek a közel multban még reménytelenek voltak. Sok esetben idézik elő külerőszak, mozgató ideg hűdés, lobos folyamatok a tagoknak olyan bénulását vagy elferdülését, mely azokat használhatatlanekké teszi. Még szerencse volt, ha többé-kevésbé sikerült, de mindig nehézkes, költséges és romlékony orthopaediai készülékekkel az ilyen tagokat annyira megtámaszthatták, hogy pl. az alsó végtag járásra használható lett. Ha még aczélrugók, gummiszalagok segélyével egy-egy izomnak, mint pl. a m. quadriceps femorisnak, vagy az ujjak feszítő izmának működését némileg pótolni sikerült, az már igen nagy eredmény volt.

Mióta azonban az ilyen bajokkal sebészek kezdtek foglalkozni, törekvésük lassanként odairányult, hogy valódi gyógyulást, a hiányos vagy elveszett működéseknek természetes és állandó kipótlását létesítsék. E törekvéseket siker koronázta. Ma azon helyzetben vagyunk, hogy betegeinket legtöbbször a sok alkalmatlanságot okozó gépek viselése alól felmenthetjük, sőt nem egyszer a rendes viszonyokkal egyenlő értékű állapotot termthetünk.

Az erre szolgáló eljárások még most — jóllehet nem csekély számú, különösen orthopaediai esetekkel szívesen foglalkozó sebész tulajdonát képezik — távolról sem mentek át az orvosi köztudatba; ellenkezőleg azokról, főképen hazánkban, még jóformán a kartársak alig vettek tudomást. Nem tartom tehát feleslegesnek — irodalmi adatok és saját tapasztalataim alapján — ezen eljárásokat és eredményeiket összefoglalva ismertetni.

Az eredményt ma műtétekkel érjük el, melyek közt első helyen áll az ináthelyezés; hozzá sorakozik segítőül az ínképlés és ultimum refugium gyanánt marad néha az arthrodesis.

Az ináthelyezés czélja és lényege abban áll, hogy ha gyógyíthatatlan izomhűdés miatt, vagy egyéb okból valamely fontos munkára hivatott ín hatóképessége megsemmisült, épen maradt, kevésbbé fontos izmok ínainak a tehetetlen ínnal való összenövesztése útján az ép izmok erejét ezen megbénult ínra átvigyük.

A mult század utolsó évtizedében jó ideig nagy zűrzavar uralkodott a tekintetben, hogy a műtét szerzésének joga kit illet. Ma általában *Nikoladoni*-t tartják feltalálójának, mihez különösen hozzájárultak az elhunytakor a szaksajtóban közölt megemlékezések. Azonban a műtét első nyomait korábban megtaláljuk, ha történetére futó pillantást vetünk.

Először is bizonyosra vehetjük, hogy össze nem tartozó íncsonkokat traumánál végzett ínvarrás alkalmával régen is gyakran egyesítettek. Ez a véletlen műtéti hiba mintegy nem öntudatos transplantatio volt, mely azonban épen azon okból maradt felfedezetlen, mert a gyógyulás után az izmok továbbra is zavartalanul működtek. És pedig, mint később látni fogjuk, azért, mert a beidegző készülék a hosszas gyógyulás alatt a változott viszonyokhoz alkalmazkodva, az íncserét nem vehették észre, hogy most egyik izom a másik munkáját végzi. Az a gondolat tehát, hogy körülirt hűdésnél szomszédos izmok erejét vegyék igénybe, fel sem merülhetett ilyen véletlen összecserélés folytán, mivel épen a csere rejtve maradt.

Technikailag a mai ú. n. leszálló áttevéshez teljesen hasonló módon láttak el íncsonkokat *Ahissa* 1770-ben és *Champion* egy-egy

esetben traumánál. A centralis csonkot, melyet a környi csonkkal nem tudtak összehozni, egy szomszédos ínra varrták. Ezen eljárásuk czélja és lényege tehát nem valamely hiányzó működés pótlása volt, mint manapság; csupán egy különben ép izom erősbítését érték el a sérült izom erejével, mely egyébként parlagon hevert volna.

Izommüködés áttevését czélzó műtétet végzett *Tillaux* 1869-ben *traumánál*, a 4. és 5. ujj átmetszett feszítő ínainak környi csonkjait a középső ujj ép feszítő ínához varrván. Hasonlóan gyógyította Duplay 1876-ban a hüvelykujjnak ínszakadásból eredt hajlott zsugorát azzal, hogy a környi csonkot a m. extensor carpi radialis inán készített lukon áthúzta és rajta sodronyvarrással rögzítette.

Nikoladoni tehát, mikor 1880-ban pes calcaneus paralyticus esetében a szárkapcsi izmok inait átvágta és az Achilles-ínra varrta, nem volt elődök nélkül, a mi az ináttevés eszméjét és kivitelét illeti. Ez a körülmény azonban mégsem csökkenti az ő érdemét, mert először is ő nem birt tudomással a Tillaux és Duplay műtéteiről, másodszor pedig ő e módszert tervszerüleg eszelte ki *gerinczagyi hüdés* gyógyítására, míg amazok az ináttételt egy-egy kinálkozó esetben, *sérülésnél*, mintegy ötletszerüleg hajtották végre a nélkül, hogy abból módszert csináltak volna.

Nikoladoni ezen első kisérlete nem ütött ki egészen jól, a mennyiben az eleinte jelentkezett szép eredmény későbben veszendőbe ment. Ugyanez történt azon *Maydl* által ismertetett három hasonló esetben, melyeknél abban az időben *Albert* klinikáján a műtét megkiséreltetett. És ez érthető is. Nikoladoninak nem volt szerencséje abban, hogy jól kigondolt eszméjét ilyen nehéz esetben akarta megvalósitani. A hatalmas m. triceps surae működését az aránylag gyenge szárkapocsizmok tartósan nem helyettesíthették; a nagyerejü antagonisták, melyeknek hatását hivatva lettek volna ellensúlyozni, a pótló izmokat és az inheget lassanként megnyujtották. Azért maga Nikoladoni is csak számos év mulva, mások sikerein felbuzdulva vette módszerét újból alkalmazásba.

A 80-as években csak *Partsch* végzett transplantatiót egyszer traumánál, továbbá *Winiwarter* próbálta a hüdött m. deltoidest a kifelé fordított m. pectoralissal helyettesíteni.

A műtét további történetében érdekes jelenséggel találkozunk. Az ideát, mintha a levegő hordozta volna magával, majd itt, majd amott látjuk felbukkanni. A 90-es években majdnem egyidejüleg több az orthopaediával előszeretettel foglalkozó sebész számolt be ináthelyezés műtéteiről, melyeket hüdéses zsugorok különféle alakjainál végeztek. Egyik sem ismerte *Nikoladoni* kezdését, sem egymás rokon műtéteit. Mindegyikük teljes jóhiszeműséggel önmagát tartotta módszere első feltalálójának, annyira, hogy pl. *Parrish*, a ki hüdéses lúdtalpat úgy gyógyított, hogy a hüdött m. tibialis anticus és az ép m. extensor hallucis longus felsebezett inait oldalvást összevarrta, mintegy eszmetolvajlással vádolta *Millikent*, a ki ugyane bajnál a m. ext. hall. l. inának egy csücskét varrta rá a m. tib. ant.-ra. Milliken védekezésében rámutatott Nikoladonira és *Winkelmannra*, a ki hüdéses dongalólábnál az ép Achilles-ín felét a hüdött m. peroneus longus átvágott inának környi csonkjával kötötte össze; mit persze ő is saját eredeti eszméjének tartott. Ilyen „feltalálók" voltak időrendben *Parrish*, *Drobnik* 1892, *Phelps*, *Phocas* 1893, *Winkelmann* 1894, *Goldthwait* 1895. Hozzájuk sorakoztak egyes műtéteikről közreadott tudósításaikkal *Krynski*, *Lipburger*, *Ghillini*, *Forgue* és *Franke*.

Drobnik[1] igen tanulságosan adja elő, mi vezette őt az ináttételre. Pes equino-varus paralyticusnál, a hol a m. ext. digitorum volt hüdve, sok baja volt a czipőkkel és orthopaediai készülékekkel, melyekbe a lábat nehéz volt belekényszeríteni, főképen az öregujj sajátságos állása miatt. Ennek első percze túlfeszítésben, végpercze túlhajlításban van ilyen esetekben, a hol az extensor hallucis longus az ext. dig. lábemelő hatását pótolni igyekezvén, túlteng és megrövidül. Ezt a czélt nem éri el, hanem ellenkezőleg bajt okoz azzal, hogy — mint az ext. dig.-nak a láb forgatásában antagonistája — a hanyintást fokozza s azonkivül az öregujjat az emlitett hibás állásba erőlteti. Próbálta az izomhatást úgy ellensúlyozni, hogy az öregujjat szalaggal a talphoz szorította; ez nem sikerült, mert az erős izomhúzás miatt a bőr kifekélyedett. Nem maradt más hátra, mint az ext. hall. inát átvágni. Minthogy pedig ez által az izom jórészt tétlenné vált volna és annak működése úgy sem nagyon fontos, közelállt a gondolat, hogy a hüdött m. ext. dig.-mal hozza összeköttetésbe.

Mivel ez kárral semmikép sem járhatott, egy 8 éves leánykánál, kinek 5 év óta rosszabbodó pes equino-varus paralyticusa volt, a műtétet véghezvitte olyan jó eredménynyel, hogy a gyermek 3 év mulva már korcsolyázott.

Franke 1895-ben már hüdéses dongalábnál „szabályszerü eljárásnak" nyilvánította az ináttételt és annyira lelkesedett érte, hogy 1898-ban „az operáló orthopaedia terén *Stromeyer* tenotomiája óta a legnagyobb haladásnak" állította. A felső végtagon elért sikerek pedig azon felkiáltásra indították: „Nincs többé gyógyithatatlan radialis hüdés!"

Az utóbbi években a műtét már annyira tért hódított, hogy igen hosszadalmas volna mindazokat felsorolni, a kik híveivé szegődtek. Azok közül, a kik jelentékenyebb casuistikával, vagy újabb javaslatokkal az eljárás fejlesztéséhez hozzájárultak, megemlítem *Vulpiust*, kiben az eredeti anastomosisos módszer talált buzgó képviselőre, *Helferichet*, *Tilanust*, *Codivillát*, *Hoffát*, kik elismert tekintélyükkel a műtét reputatioja érdekében síkra szállottak, *Lange*-t, a periostalis módszernek, *Wolff*-ot az ostalis transplantationak szerzőjét, *Heusner*-t, kitől az eljárásnak makacs térdzsugoroknál való felhasználása származik, *Reichard*-ot és *Gibney*-t, kik 43, illetve 92 operált esetről referáltak.

Hazai irodalmunkban eddigelé még a módszerről is alig tétetett megemlítés. Csupán *Gönczy* közölte egy esetét, melyben traumás radialis hüdésnél a műtétet eredményesen végezte.

De még a külföldön sem mondhatni, hogy ezen valóban áldásos törekvések általános elismerést arattak volna. Hiszen, mint *Vulpius*-nál olvasom, *Bakradzé* még 1898-ban inkább „curiosité operatoire"-nak, mint komoly módszernek nevezte az ináttételt, *Rochard* pedig 1900-ban úgy élczelt felette, hogy az nem egyéb, mint „deshabiller Pierre, pour revêtir Paul". Remélem azonban és czélom nem egyéb ezen tanulmányom ismertetésével, hogy a ki a felsorolandó adatokat figyelemre méltatja, az meg fogja érteni, ha *Kunik* nyilatkozatát magamévá teszem: „Az intransplantatio az idült hüdések souverain gyógymódja, mely ezt a régebben hozzáférhetetlen tért a gyógyítás jutalmazó tárgyává tette annyira, hogy a valóban reménytelen esetek száma az eljárás kihasználása mellett a minimumra fog csökkenni".

Az ináttételre okot szolgáltató kóralakoknál gyakran jönnek alkalmazásba egyéb, az inakon végzett műtétek, melyek az ín megrövidítését, megnyujtását, rövidsége vagy defectusa esetén a hiány vagy hézag kipótlását czélozzák.

Az ín műtéti megnyujtásának legrégibb módja a *tenotomia*, melyet *Thilenius* és *Lorenz* (1789), *Sartorius* (1806) és *Delpech* (1828) nyiltan végeztek az Achilles-ínon, míg *Stromeyer* (1831) a subcutan tenotomiát honosította meg. Újabban már az ín egyszerü meghosszabbítását is sokszor szivesebben végezzük a *Bayer* által ajánlott lépcsős metszés vagy annak módosításai segélyével történő plastikus eljárással.

Inak hézagát kipótolni, vagy valamely czélra túlrövid inat kitoldani állati és emberi índarabokkal, továbbá holt anyaggal: az erre irányuló törekvések az ináttétellel mintegy párhuzamosan fejlődtek és sok tekintetben egymásra kölcsönhatást gyakoroltak.

Löbker-nél olvasom, hogy *C. Hueter* ínhézagot a centralis csonkból hasított szelettel hidalt át, melyet a csonk végén összefüggésében meghagyván, a környi csonkhoz lehajtott. Összefüggésétől megfosztott índarabot *Czerny* használt fel először, mintegy műhibától kényszeríttetve, 1882-ben. Az ext. hall. long. elszakadt inának hézagát a környi csonkból visszafordított szelettel akarván kitölteni, ezt véletlenül alapjáról leszakította. Bevarrta mindkét végével az índarabot a csonkok közé és az odagyógyult. *Bouglé* a hüvelykfeszítők hiányát 8 héttel a sérülés után az ext. carpi rad. és az abd. pollicis inaiból hasított 6—8 cm. hosszú szeletekkel pótolta ki.

[1] Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Functionstheilung und Functionsübertragung der Muskeln. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1896. 43. kötet, 473. l.

Néhányan ilyen czélra állati inakat használtak fel. *Helferich* 1882-ben a sarcoma miatt részben kiirtott biceps brachiit kutya czombbicepsével, Peyrot 1886-ban a középső ujj átmetszett hajlító inának hiányát kutya-ínnal, sőt *Monod* 1887-ben egy defectust olyan házinyúl-ínnal pótolt ki, a mely előbb fertőtlenítés végett tévedésből forró sublimatoldatba mártatott és fehérjealvadás folytán egészen meg volt merevedve. Ezen utóbbi esetben már nem lehet szó eleven anyag felhasználásáról.

Holt anyaggal először *Anger* hidalt át ínhézagot 1875-ben. Egy esetben, hol trauma után az V. ujj feszítő inának centralis csonkja annyira visszahúzódott, hogy a környi csonkhoz 2 cm.-nél közelebb nem húzhatta, czüstsodrony-hurokkal létesítette az összeköttetést egészen jó eredménynyel.

Főképen azonban *Gluck* fáradozott azon, hogy az ínpótlás ezen német rendszeres kisérleti alapra helyezze és széles körben ismertesse. Ő és utána más kisérletezők kezdetben állati inakat használtak e czélra. Nevezetesen *Gluck* tyúk inából kivágott darabot más tyúk inával pótolt. *Fargin* és *Assaky* házinyulak és tengerimalaczok índarabjait cserélték ki, majd házinyulak índarabjait kutya- és bárányinakkal, kutyáét házinyuléval, házinyulét madáréval helyettesítették és megfordítva. Használtak ínpótlásra catgutfonalakat is, de az élő anyagot többre becsülték. *Vulpius* és segédje *Schmidt* tengerinyulakon és kutyákon végeztek hasonlóan eredményes kisérleteket.

Midőn *Gluck* a német sebészek 1890-diki congressusán índefectusoknak catgutselyemköteggel való pótlásáról jelentést tett, még erős kételkedéssel fogadták és viharos ellenmondással találkozott. Kisérleteit folytatta és 1892-ben már 19 sikerült esetről számolt be. Néhányan még tettek egy-egy esetben embernél kisérletet, ú. m. *Hoffa* eredménytelenül, *Schreibel* (catguttal, 1892), *Kümmell* (selyemmel, 1893), *Dawbarn* (silkwormmal, 1896) sikerrel. Leghivebb képviselőjévé a módszernek Lange szegődött 1890-től fogva, kiterjesztvén azt az izomerő-átvitel terére a mesterséges ínnal való transplantatio alakjában.

Javalatok.

Röviden előrebocsátom azon kórállapotok felsorolását, melyeknél az irodalomban ismertetett tényleges tapasztalatok, némi részben pedig saját felfogásom alapján a műtétet hasznosnak itélem. Általánosságban mondhatjuk, hogy az „*izommüködés átvitele*“ — ez Drobnik terminusa — javalva van, ha az egyensúly valamely izületet mozgató izmok működőképességében *állandóan* és olyképen van megzavarva, hogy a zavar sem magától meg nem szünhetik, sem más gyógymóddal meg nem szüntethető. A zavart okozhatja egyes izmok vagy izomcsoportok hüdése, illetve viszonylagos gyengesége, vagy bizonyos izmok túlságos tevékenysége. Az első esetben egyoldali működéshiány van jelen, mint pl. az orsóideg hüdésénél, vagy a m. quadriceps sorvadásánál térdzsugor esetében; a második esetben egyoldalúlag fölös erő fejtetik ki, pl. a görcsös lólábnál. Mindegyik esetben természetesnek tünik fel a törekvés, hogy az izomműködés aránytalansága a rendelkezésre álló izomerő legczélszerübb elosztása által egyenlíttessék ki. A transplantatio feltétele az, hogy a hüdés ne terjedjen ki az izület összes izmaira, és hogy *mütéti úton elérhető elég erős izmok* álljanak rendelkezésre.

Az ínáthelyezést javaló kóralakok tehát:

1. *Indefectusok*, ha az ínpótlás auto- v. heteroplastikával kivihetetlen vagy eredménytelen volna Kivihetetlen az ínplastika, ha az ín hosszas genyedés, vagy specifikus lob folytán annyira elpusztult s a centralis csonk akkora hegtömegbe van beágyazva, hogy nem lehet kiszabadítani. Eredménytelen volna akkor, ha a müinat működését gátló összenövésektől megóvni épen ilyen viszonyok miatt nem lehetne, vagy ha azon izom tétlenségi sorvadásban egészen tönkrement. E szempontok fennforoghatnak *régi sérüléseknél*, inak elpusztulásánál *lobok*, phlegmone, ínhüvely gümökór, mélyrehatóló lupus által, régi bőr alatti *ínrupturánál*.

2. *Környi idegek motorius hüdése trauma* által: átmetszés esetén, ha elsődleges vagy másodlagos idegvarrás kivihetetlen vagy eredménytelen volt; idegzúzódás, túlnyújtás következtében; *neuritikus folyamatok* által égési sebek és csontvelőlobok kiséretében. Exponált fekvésük miatt nevezetesen a n. peroneus és n. radialis ilyetén bántalmaztatása szolgáltatott alkalmat az ínáttételre.

3. *Központi származású petyhüdt bénulások*. Különösen kedvezők a feltételek a *poliomyelitis anterior* nyomán fennmaradó *gerinczagyi gyermekhüdésnél*, a hol a hüdés többnyire körülirt és a hol a gerinczagy góczszerü megbetegedésének megfelelően bénult izmok mellett gyakran egészen épen maradtak találhatók. Teljes hüdésnél, a hol egy izület összes izmai megbénultak, alkalmas ép izom hiányában az activ működés helyreállításáról le kell mondanunk. Ilyen esetekben tehát csupán arra szorítkozunk, hogy az izületet czélszerü középállásban olyan módon rögzítsük, hogy az illető tagrész rendeltetésének lehetőleg megfelelhessen. E végre két módszerrel birunk: az inas rögzítést *ínmegrövidítésekkel*, a feszes rögzítést *arthrodesissel* létesíthetjük. Az izület feladata teszi egyiket vagy másikat kivánatossá. A kézujjak hasznavehetőbbek, ha a kéztőt mérsékelten feszített állásban ínmegrövidítéssel fixáljuk, míg lötyögő csípő-, térd- és bokaizületet a járásra legalkalmasabbá az izületi felületek összeforrasztása által tehetünk.

Részleges hüdésnél a működés hiányosságával és legtöbbször deformitással kell megküzdenünk. A működés zavara abban nyilvánul, hogy az izület bizonyos irányban vagy irányokban cselekvőleg nem mozgatható. Az izületet az ellenhatástól ment ép izmok bizonyos állásba húzzák, ebben fogva tartják, majd megrövidülésük folytán ezen zsugoros állást állandósítják és igy maradandó elferdülés fejlődik ki, melynek létrejöttéhez sok esetben a nehézségerő hatása is hozzájárul. Ilyen bénulásos zsugorok és elferdülések a pes calcaneus, equinus, varus, equinovarus, valgus paralyticus alakjaiban ismeretesek, melyek a leggyakoribb és leghálásabb anyagát adják az ináthelyezésnek. Térdizületnél a hiányzó feszítő működés a m. sartorius és a hajlító izmok áttételével pótoltatott. A felső végtagon is sikerült az ujjak feszítőinek működését helyreállítani, valamint a m. triceps brachii és a m. deltoides kipótlása is megkiséreltetett.

A mi a hüdés bekövetkeztétől számítva a mütéti beavatkozásig bevárandó időtartamot illeti, arra nézve okoskodás és tapasztalat arra tanítanak, hogy 6—9 hónap mulva már indikálva van a mütéti beavatkozás, mert azok az izmok, melyektől ekkor sem mechanikai, sem villamos ingerekkel rángást kiváltani nem lehet, végképen tönkrementek. A hüdés régisége úgyszólván nem szab határt a mütét kivihetőségének, a melyet *Vulpius* egyszer a hüdés után 34 évvel eredményesen végezett. Az életkort illetőleg alsó határul többen a 4. életév betöltését kivánták megállapítani, a mikor a sikeres utókezelésben a beteg akarata és értelmessége is segítségül jön, jólleliet fiatalabb gyermekeknél is értek már el minden tekintetben kielégítő eredményt. A mütét idejének megválasztásánál még figyelemre méltó egyfelül az a körülmény, hogy az idegrendszer a megváltozott viszonyokhoz zsengébb korban könnyebben alkalmazkodik, másfelül pedig az a tapasztalat, hogy az épen maradt izmok idővel sokszor túltengenek és az áthelyezésre jobb anyagul szolgálnak.

4. *Cerebralis eredetü* egyes izmokra vagy körülirt izomcsoportra szorítkozó *féloldali hüdésnél* a mütét jogosult lehet némely esetben, ha az agyguta régen volt, ismétlődésétől nem igen kell tartani és ha nem valamely súlyos edénymegbetegedés okozta. Részemről úgy vélem, hogy agysérülések némely esetében is sikerülni fog az izomerőátvitelt hasznositani.

A spastikus hüdések csoportjában spasmusok és paresisek változatos keveréke alkotja a kórképet. A rendes tagállást és működést itt nem csupán bizonyos izmoknak a hüdöttekhez képest viszonylagos túlsúlya zavarja, hanem a spasmustól megszállott izmok erőkifejtése absolut értelemben véve is túlságos. Azért megeshetik, hogy a gyengébb izmok legkevésbbé sem bénultak, erőkifejtésük és színük egészen rendes; túlzottan működő ellenseikkel szemben mégis hátrányban vannak. Javalva van tehát az egyik oldalról a mozgató idegingerek kártékony feleslegét olyan pályákra terelni, melyek ilyenekben hiányosabban részesülnek. Ezt nem tehetjük közvetetlenül, hanem igenis kerülő úton. Ha t. i. inat helyezünk át (izommüködést átteszünk), beidegzést terelünk más útra; ha inat (izommüködést) felezünk vagy megosztunk: in ultima analysi beidegzést osztunk meg. Hüdött és görcsösen összehúzódott izmok keverékétől a majdnem tisztán

spastikus hüdésekig mindenféle átmeneti alakkal találkozhatunk s a szerint a műtétet irányító eszmemenet is majd hasonló ahhoz, mely az előző csoportnál uralkodott, hogy t. i. valóságos erőhiányt kell pótolni, majd inkább az a feladat, hogy az erőfelesleg czélszerüen elosztassék.

E csoportba tartoznak a *világrahozott izommerevség v. Little-féle kór*, különösen annak könnyebb alakjai, melyek inkább az alsó végtag görcsös zsugoraiban jutnak kifejezésre. Még a *Strümpell*-féle *paralysis spinalis spastica hereditaria, distrophia muscularis progressiva, syringomyelia, meningocele, athetosis* is szolgáltattak egy-egy esetben okot a műtétre. Ilyen esetek csak akkor volnának alkalmasak javalatadásra, ha a kórfolyamat megállapodnék vagy rendkivül lassan haladna. Ide sorozandók még az *agyi gyermekhüdés* nyomán jelentkező *hemiplegia* és *diplegia spastica* a végtagok különféle görcsös zsugoraival.

5. Végül felsorolandó egy sereg különféle természetü kórállapot, melyek több-kevesebb esetben és a legtöbbször a kivánt sikerrel a műtétet igazolták.

Lobos eredetü *térdzsugorok:* arthritis tuberculosa, gonorrhoica, rheumatica után, térdizület körüli kötszövetlob után (saját esetem); a térd- és bokaizület *arthritis deformansa*, ha az arthrodesis nem vezetne kellő megszilárdulásra. Alszárcsonkolás után a csonk hajlítási zsugora. Habitualis térdkalácsficzam. Világrahozott dongaláb hüdéses tünetekkel. Rachitises lúdtalp. Hallux valgus. A czomb pathologiai kifelé forgatottsága resectio után.

A műtét tervezése és előkészitése.

Első teendőnk: lehetőleg pontosan megállapitani, mely izmok bénák és melyek tartották meg és mily fokban működőképességüket? Találóan jegyzi meg Vulpius, hogy az operateur ezen mérlegelésnél a csődtömeggondnokhoz hasonlít, ki azon fáradozik, hogy egy tönkrement vagyon romjainak czélszerü felhasználásával a károsult hitelezőkkel lehetőleg kedvező módon kiegyezzék.

Az izmok állapotának megitélésében rendelkezésünkre állanak: a hibás állás, vagyis a deformitas alakja, melyből — külső tényezők, súly, fektetés stb. leszámításával — nagyjában következtetést vonhatunk arra nézve, hogy az izomműködés egyensúlya mely irányban zavartatott meg; továbbá az izmok összehúzódó képességének közvetetlen meghatározása. Az izom állapotának legbiztosabb fokmérőjével azonban a műtét alatt rendelkezünk, midőn az izomhasakat megszemlélhetjük.

A mi a deformitásokat illeti, számbaveendő, hogy azok alakulásában mechanikai tényezők mellett a hüdött izmok antagonistáinak van tevékeny részük. Az a kérdés, hogy ezen tevékenység csupán egyoldalúlag ható tonus-e, mint *Delpech* állitotta, vagy psychomotorius ingerek által kiváltott összehúzódás, mint a *Seeligmüller* által védett antagonismusos mechanikai elmélet magyarázza, különös érdekkel bir. Mert ha az utóbbi álláspontjára helyezkedünk, akkor — mint később a gyógyeredmények magyarázatánál látni fogjuk — az idegmüködésnek ugyanolyan berendezése, mely a hüdéses zsugorokat létrehozta, müködik közre egyszersmind azok gyógyulásának gyorsitásában.

Ezen elmélet szerint: minden esetben, melyben egy izület mozgató izmai közül egyesek kizárólag vagy főképen bénultak, a mozgás első *szándékos* kisérleténél az agyból induló impulsus csak azon izmokhoz juthat el, a melyeknek idegpályái szabadok maradtak. E szerint egyedül a nem bénult antagonisták húzódnak össze és a tagnak olyan állást adnak, mely hatásuknak megfelel. Már most a tag kénytelen ezen állásban megmaradni, mert a bénult izmok nem képesek az akaratlagosan megrövidült izmokat kinyújtani. Ezentúl minden újabb impulsus ugyanazon úton halad és mindinkább fokozza az ép antagonisták összehúzódását, míg végül emezek igy megrövidült állapotukban megmerednek, vagyis míg a zsugor kész és állandósul. A mint látni fogjuk, ez a felfogás a *Duchenne*-féle mozgás-elméletre támaszkodik; ugyancsak látni fogjuk a gyógyulás tárgyalásánál, hogy e mozgáselmélet, a paralytikus contracturák keletkezésének antagonistikus-mechanikai elmélete és az átültetett izom működésének alkalmazkodása egymással összhangba hozhatók.

Ha felnőtt és értelmes egyénnel van dolgunk, az izommüködéseket elég gyorsan és kényelmesen meghatározhatjuk. Felszólítjuk egyik vagy másik mozgás végzésére, esetleg annak megfelelő ép tagon is, a mikor is az egyik oldalon kiváltott mozgás a másikat elősegíti. Igy az izomösszehúzódásokból, inak feszüléséből és — a nem rendes viszonyok számbavételével — a tag állásváltozásaiból meglehetős pontosan tájékozódhatunk az izmok erőbeli állapotáról. Felnőttnél még a villamos ingerlést is jobban felhasználhatjuk, mint gyermekeknél, nemcsak azért, mert nyugodtabban türik, hanem azért is, mert az egyes izmokat inkább lehet elszigetelten ingerelni. A testrészek terjedelmesebb volta miatt ugyanis az ú. n. idegpontok, a honnan legkönnyebben lehet a faradikus árammal összehúzódást kiváltani, egymástól elég távol esnek, úgy hogy erősebbb áram ingere sem terjed át egyéb izmokra. *Vulpius* ugyan a villamos árammal való vizsgálásra épen nem fektet súlyt és azt megbizhatatlannak tartja, mondván, hogy csak olyan erős árammal lehet összehúzódást kiváltani, melynek hatása más izmokat is contractiora ingerel. *Codivilla* ellenben igen is értékesnek tekinti. A magam részéről sok esetben tett tapasztalataim alapján, különösen felnötteknél és a tétlenség miatt sorvadt izmokra nézve a villamos áramot határozottan hasznosnak itélem. Sőt, a heteken át ismételt villamozásnak a diagnostikai mellett mintegy előkészitő therapeutikai becse is van. 3, sőt 15 éves zsugoroknál észleltem, hogy az atrophiás izmok eleinte még igen erős áramra sem reagáltak, jóllehet következetes massage és villamozás mellett a tetszhalott izmok néhány hét alatt annyira feléledtek, hogy a contractio kiválthatóvá lett. Eleinte erős áram is alig észrevehető, részleges rángásokat vált ki, melyek a fibrillaris rángásokhoz hasonlók, míg napról napra az összehúzódás erősbödik, az egész izomra egyformán kiterjed, a kiváltásához szükséges áram erőssége pedig mindinkább csökken. Ha tehát Vulpius azt mondja, hogy hüdött és atrophiás izmokat egymástól nem lehet megkülönböztetni, ez csak abban az esetben találó, ha nem ismételten vizsgáljuk a beteget. Gyakran az atrophiás vagy paresises izom villamos reactioja azért nem áll be, mert az izom túl van terhelve, illetve nagyon ki van nyújtva. Ilyenkor, ha tapadási helyeit egymáshoz közelitjük, vagyis terhe alól felszabadítjuk, villamos reactiót idézhetünk elő benne, a mi azelőtt nem látszott lehetőnek. Kinyúlt, illetve túlterhelt izmok akkor menekülnek terhüktől, ha a kóros állást megszüntetjük. Nem egyszer olyan esetben, a melynél jeles szakemberek teljes hüdést állapitottak meg, redressement után folytatott villamozás és massage által több — nyilván sorvadt vagy félhüdéses izom — ébredt fel szunyadásából. Ebből is — anticipando — felállithatjuk a tételt: olyan esetekben, mikor látszólag teljes, vagy igen sok izomra kiterjedő hüdéssel van dolgunk, a mikor tehát a legcsekélyebb izomerő visszahódítása is becses nyereség: először redressáljunk és csak bizonyos, esetleg hosszabb idő mulva, melyet az izmok erősítésére fordítunk, határozzuk meg a műtéti tervet. Igy választhatjuk meg a legjobb módszert és kerülhetünk el egy oly beavatkozást, mely a betegre nézve nem nyujt annyi előnyt. A hol egy-két izomról van szó s a hol a viszonyok egyébként is elég tisztán láthatók: ott kevesebb körülményességgel és több időmegtakarítással dönthetünk.

Apró gyermekeknél nagy türelemmel kell magunkat felszerelnünk, hogy az egyes izmok működőképességét meghatározhassuk. Itt is első sorban a kóros állásból indulunk ki; azután órahosszat kell őket megfigyelnünk, játékra ösztönöznünk, eközben mozgásaikat apróra észlelnünk, csiklandozás, passiv mozgatások által reflexmozgásokat előidéznünk és ily módon ellesnünk: mely izmok maradnak állandóan tétlenek és melyek működnek. A mozgások intensitása, esetleg a passiv mozgatásokkal szemben kifejtett ellenállás még az egyes izmok erejének mértéke felől is nyujthat némi tájékozódást. A villamos áramnak itt nem sok használ veszszük; mert a gyermekek mindenféle védő- és reflexmozgásokat végeznek, de meg a kicsiny területeken csak valamivel erősebb áram is nem csupán egy, hanem több izmot, esetleg épen antagonistákat ingerel, melyek összehúzódása a vizsgálni szándékolt izom mozgását paralyzálja.

Látnivaló ezekből, hogy már a bénult és ép izmok megállapítása is sok nehézséggel jár. Még bizonytalanabb annak becslése, hogy valamely izom inának, vagy ina egy szeletének áthelyezésével mennyi erőt teszünk át. Legkevésbé tudjuk pedig

megjósolni, hogy az egyes egyénnél a központi idegrendszer mily mértékben fog a változott környi viszonyokhoz alkalmazkodni. A dolgot másik oldaláról nézve viszont a tapasztalat szerencsére azt tanítja, hogy többnyire épen az agy alkalmazkodó képessége a műtő által nagyjában vázolt művet részleteiben finomabban kidolgozza és tökéletesíti.

(Folytatása következik.)

Sebkezelés biologiai alapon.

Irta: *Ihrig Lajos* dr.

(Folytatás.)

Bizonyságul bakteriologice igazolt fertőzés számtalan esetében szabály a sima gyógyulás, nem azért, mert a csirák avirulensek, de mert a szövetsejtek életerősek.

Ezzel pedig *nem azt akarom mondani, hogy a sebkezelésben az asepsis mellékes*, hanem azt, hogy *józan asepsis mellett a szövetkimélésen fekszik a súlypont*. Az bizonyos, hogy a fertőzést legtöbb esetben a kezelés viszi a sebbe, de az is egészen kétségtelen, hogy ha a szennyes seb simán gyógyul, beavatkozásra pedig elgenyed, akkor a kezelés nem bevitte a fertőzést, mert benne volt, hanem kikeltette azzal, hogy a szövetek vitalitásán ejtett csorbát.

Miután a sebgyógyulásban a regeneratio a lényeges, *regeneratioképes szövet annak alapfeltétele* és a fertőzés kizárása *másodrendű kérdés*, annyival inkább, mert ép szövetélet ennek is óvószere. És ez a felfogás szabja meg számomra a sebkezelés irányát.

Mivel ejt csorbát a szövet vitalitásán a kezelés?

1. *physikai*, 2. *chemiai* ártalommal.

ad 1. Physikai az *erőművi*, a *hő* behatás és a *levegővel* a *kiszáradás* befolyása. Ez utóbbi ponton az osmosis elvének érintésével *chemismussal* találkozunk, a melyben nem is vegyi affinitások, hanem az ionok dissociatio foka játszsza a főszerepet.

a) Erőművi ártalom. A szerves összeköttetéseiből kiküszöbölt szövetsejt zsíros degeneratioval szétesik. Szintúgy elhal a mechanice kettéválasztott és a megnyúzott szövetsejt is; egyszersmind azonban világos, hogy a metszés aránytalanul kevesebb sejtet ér a tompa erőszaknál. Minden mechanikai beavatkozás, mely a jelzett ártalmak egyikével illeti a sejtállományt, szövethalált okoz, minden kisebb fokában pedig vitalitást csökkent. Ebből érthető, hogy a sebben minden erőszakos turkálás, tompa kifejtés és az éles kanál már tömérdek szövethalált okozott és még több genyedésnek vetett ágyat.

A szövetkimélés elve három követelményt szab az operativ technika elé: *életképes szövetet ne bántson, életképtelent gyökeresen irtson ki* és *szerves összefüggést élesen válaszszon szét*.

Igaz, hogy annak eldöntése nehéz, hol van sérülésnél a roncsolt szövetek életképességének határa?

És a szövetkimélés épen itt aratja legszebb diadalait. Pamutszálnyi szövethidak már bőrlebenyeket és ujjakat mentettek meg, mert edény fut bennük, a hogy ez személyes tapasztalatom; viszont ugyanilyen igénytelen szövetczafat sepsisnek válhatik forrásává, mikor életképtelenül és fertőzötten a sebbe zárjuk. Kezdő sebésznek az energia és a bravour imponál a vérengzésben, csak később különbözteti meg a czéltudatosságot és legkésőbb a szeretetet becsüli meg, mely a szövetháztartásnak ezer apró igényeit respectálja.

Langenbeck-ről mondja Schleich, hogy egy filigranművész finomságával dolgozott és kifogástalanul *asepsises gyógyulást* ért el *fogyatékos antisepsis* daczára.

Az elmondottaknál fogva a sebnek kitörlését is perhorreskálom, mikor tisztítás czéljából történik, mert ép az ellenkezőjét éri el, az által, hogy sejtéletet bántalmaz és fertőzést zúz közéjük.

És nem csekély megnyugvásomra szolgált *Bergmann*-nak az a tapasztalata, hogy mióta a sebdesinfectiót, sőt a sebleöblítést elhagyta, nincsenek „asepsises lázai".

b) A hőingadozásnak sem égés, sem fagyás fokára nem kell emelkednie, hogy szöveti ártalommá váljék.

Ha a hideget, meg a meleget az edénybeidegzésre gyakorolt hatásánál fogva alkalmazzuk jól vérző seben, akkor világos, hogy ugyanaz az inger sem a szövetben szabadon fekvő idegsejtekre, sem az élő sejtprotoplasmára általában nem lehet közömbös. Azért minden a szervezetétől jelentékenyen eltérő hőfok ártalmat visz a sebbe és legyen hatása bármily jelentéktelen, életerőt csökkent.

A sebkezeléshez használt folyadéktól tehát megkövetelem, hogy *hőmérsékben közelítse meg a szervezetét*.

c) *Levegő* a sejtélet számára *nem alkalmas medium*, benne az anyagcsere folytonossága szünetel. *A kiszáradt sejt elhal* s a száradás kisebb fokát nehezen heveri ki, nevezetesen a szövetsejt, mely a szövetnedvek homogen mediumától nem tűr eltérést. Miután ezzel szemben az önálló életű parasitarius sejt alkalmazkodása nagy, sőt a kiszáradást jól tűri, az *ellenállás e különböző foka növeli a kiszáradás veszedelmét* a sebben, a hol a fertőzés talaját előkészíti.

Ez oknál fogva a száraz sebkezelést, a száraz törlést egyenesen a szövetélet ellen elkövetett merényletnek tartom és a *nedves kezelést a biologiai elv alapkövetelményének* ismerem.

A folyadékban, vagy helyesebben az oldatokban jut kifejezésre a *chemismus* befolyása a sejtéletre. Ez az elhatárolás nem absolut, mert a hogy pl. a napvilágban az ultraviolett sugarak intensiv hatása chemiai, épen úgy oldatokban a concentratioval változó osmosis-nyomás physikai tényező.

A sejtéletre a tiszta víz sem közömbös. Tömör oldatban a sejt osmosis-nyomás fokozódásával zsugorodik, hideg oldatban duzzad. Savanyu mediumban a sejt duzzad, alkaliásban zsugorodik, azon határig, míg a concentratioban az elpusztuló protoplasma kocsonyás anyaggá szét nem esik. Világos, hogy a sejtélet ilyen érzékenysége mellett *lethalissá válik reá minden anyag, mely vegyi affinitásánál fogva sejtméreg*.

Ilyen minden antisepticum, az által, hogy baktericid, mert csakis az által baktericid, hogy sejtméreg.

A sebkezelés használta és használja ma is még azok egész sorát, azzal a gondolatmenettel, hogy bizonyos higításuk a szervezet sejtéletének már nem árt, de még elég arra, hogy a parasitarius élet fejlődését megakaszsza.

Az igaz, hogy a toxicitásnak a concentratioban van olyan foka, a mit az élő sejt kihever. De az is kétségtelen, hogy a parasitarius sejt könnyebben heveri ki, mint a szervezeté, ugyanazon oknál fogva, a melynél fogva az önálló sejtélet ellenállóbb annál, a mely egy szövevényes életszerkezetnek csak parányi alkatrésze. Ha mindamellett a szervezett élet nem vallja evidens kárát valamely toxikus hatásnak, a melynek ártalma a bakteriumculturán szemmel látható, az onnét van, mert a szervezet sejtállományának hiányait pótolja, vagyis ugyanazt a fogyatkozást tartalékból fedezi. Vagyis az ártalmat csak eltakarja.

A kifejtett hamis alapon nyert polgárjogot az antisepticum mint sebdesinfectio és kevés kivétellel még ma is a sebkezelés souverain szere.

Pedig senki sem vonja kétségbe, hogy a *sebben alkalmazott antisepticum egyformán éri mind a két rendbeli sejtéletet*, mint sejtméreg és a fejlődésben gátolt bakterium a környezet bénult szerves életében el nem pusztul. Viszont a toxinos hatás szüntével az életre tért szövetsejt virulensebb bakteriumot talál szemközt a saját életerejénél, mert ez a közös bajt könnyebben kiheveri.

És most a *fertőzés megeredésére előnyösebbek a feltételek, mint desinfectio előtt*.

Vegyük szemügyre nehány antisepticumnak a sejtéletre gyakorolt hatását.

A *carbolsav* hygroskopos természeténél fogva vizet von el, fehérjét coagulál és már 2%-osnál alacsonyabb concentratioban sejthalált okozhat, a hogy ez *Lévai* vizsgálataiból kitünik. A zsugorodással támadt szövetrések utat nyitnak a fertőzésnek és ez a csökkent életerejű szöveten termékeny talajra esik. A mellett a mélyrehatásban edényzsugorodás, áramlassúdás és diffundáló edényfalak súlyos következmények előkészítői. Carbol-gangraena talán minden sebésznek került már a szeme elé és a carbol-dermatitisek egész sora nem más, mint insultált szöveten megeredt fertőzés.

Mindezek után nem csuda, ha a carbolsav a sebkezelésben eljátszotta szerepét, habár még mindig nagyban szedi áldozatait a laikusok között és felette meglepő, ha szakavatott helyről (*Bruns és Honsell*) hallunk olyan kritikát a concentrált carbol-

*

savas sebkezelésről *(Phelps)*, hogy baktericid hatása felette áll a szövetreactionak. A carbolsavhoz vegyileg közel állanak a *kresol*-készítmények, hatásuk azonban messze mögötte marad úgy a szöveten, mint a fertőztelenítésen. Biologiai érvényesülésük és értékük a sebkezelésben ugyanazon elbirálás alá esik.

A *fémsók*, köztük nevezetesen a *kéneső összeköttetések*, baktericid tulajdonságuknál fogva a desinficiensek első sorában állanak. Hatásuk alapja az, hogy a sejtprotoplasmával fémfehérjét képeznek és a leghigabb concentratioban is megkötik. *Behring* azt mondja, hogy higanysók desinficiáló ereje bárminő összeköttetésben csupán oldékony higanytartalmuktól függ. Ezzel éles ellentétben állanak *Paul* és *Krönig* szabatos vizsgálati eredményei, a melyekből kiderül, hogy a fertőztelenítő erő az elektrolysises dissociatioval tart lépést, vagy fémionok tömörségével arányos valamely sóoldatban. Azért áll felette a Hg Cl2 baktericid ereje minden egyéb higanysóénak, és ugyanezért gyengébb az argentamin és hasonló összetételü ezüstsók hatása az ezüstnitraténál. *Hültl* ezen elektrolysises dissociatio alapján várja az antisepticumok hatásának kiépülését.

Mindez mitsem változtat azon a tényen, hogy a *fémsók sejtmérgek* és a *sebbe feltétlenül ártalmat visznek*, míg hasznuk arra a feltevésre épül, hogy az *esetlegesen odajutott pathogen csírák fejlődését megkötik*. Ha pedig ez csakugyan megtörténik, akkor még mindig a *seb sejtéletében nagyobb kár csik a fertőztelenítéssel, mint a csírákban*, mert az csak egyetlen mediumban él meg, tehát érzékenyebb.

Néhány év óta Credé ajánlata alapján az ezüstsók örvendenek nagy keletnek a sebkezelésben és nevezetesen pyogen fertőzések ellen nagy hírben állnak: mint *actol*, *itrol*, *arg. colloidale* stb. A vélemények nagyon megoszlanak s a hogy *Bayer* magasztalja, *Strohmeyer* minden hatást megtagad tőlük, *Brunner* kritikája pedig nem nagyon biztató. Hatásuk a minimalis dissociationál fogva nyilván mérsékelten toxinos, de ugyanazon mértékben az a szervezet, mint a parasita sejtéletére.

Desinficiensek bakteriumellenes hatásának ott lehet értéke, a hol nem a szervezet belső sejtéletével kerül szembe, tehát a bőrfelületen, kifelé elhatárolt sarjadzáson, fekélyen, és talán savós, meg nyálkahártya felületes specifikus lobjainál. Mióta sebkezelésemből kizártam, sohasem éreztem szükségüket.

Az elmondottak teljes mértékben érvényesek *savak* és *alkaliák* hatására is, a meddig olyan tömörségü oldatuk szerepel, a melynek chemismusa érvényesül. Rólnk is bebizonyult, hogy fertőztelenítő erejük arányos az elektrolysises dissociatio fokával, vagyis hydrogen, illetőleg hydroxyl ionok concentratiojától függ. Ez az oka, hogy a sósav erősebb desinficiens a kénsavnál, és hogy a kéksav jóformán hatástalan, valaminthogy ugyanazért erősebb a káli, natronlúg az ammoniaknál.

Mindezek nagy fertőztelenítő erejük daczára nem használatos sebantisepticumok; azért nem, mert káros hatásuk a sejtéletre szembeszökőbb, mint a használatosaké.

Szorosan véve nem tartoznak fejtegetéseim keretébe a *poralakú antisepticumok*, miután a nedves sebkezelés alapján állok, és annak mediumát keresem.

Futólag csak annyit jegyzek meg, hogy a *jodoform* magában nem antisepticum *(Rovsing)*, és csakis a szövetnedvekben leváló jod lesz baktericiddé *(Behring)*. Ugyanez válik szövetméreggé is, és dermatitist, exanthemát okoz, valamint távolhatásától a fatalis jodoform-mérgezések egész sora ismeretes. Azért ma már nincsen kelete, de pótlását számtalan szerrel próbálták *(jodol, aristol, dermatol, airol, loretin, xeroform, vioform, amyloform* stb.), a mik nem mérgezők, de mert jod nem válik le rólnk *(Schmidt)*, nem is antisepticumok és hatásuk nem áll felette az agyagporénak.

Milyen legyen tehát a sebkezelés mediuma, hogy a szövetek belső sejtéletének ártalmára ne váljék? Az egyedüli, mely e feltételnek megfelel, *a vér*, mivel az összes sejtélet közös mediuma. Csakhogy vérrel nem lehet sebet kezelni, az maga is élő szerv, és addig felel meg, a míg az.

Kerestem olyan oldatot, mely a vérnek hatásban legjobban megfelel. Mivel hat a vér a sejtéletre? Chemismusával és savójának molekularis concentratiojával.

Közel feküdt a gondolat, hogy az úgynevezett physiologiai sóoldat a czélnak megfelel, annyival inkább, mert intravenosus injectioban vért pótol és a sebkezelés legkényesebb pontjain, a hassebészetben használatos is. Kisérletezésem első idejében csakugyan ezt használtam, természetesen a vérének megfelelő hőfokban.

Csakhogy a physiologiai, tehát 0·6%-os konyhasó-oldat, sem a vér chemismusával, sem annak osmosisos concentratiojával tudományos szabatossággal nem egyezik, tehát tulajdonképen nem physiologiai. A vér vegyhatása alkaliás és *Fodor* vizsgálataiból azt tanultuk, hogy a vér természetes *alkalescentiája* tartja fenn és szaporodásával növeli annak baktericid erejét. Következéskép a mi czélunk érdekében fontos. A konyhasó-oldat pedig *közömbös*. A 0·6%-os oldat tulajdonképen a béka-vérrel isotoniás, míg az *emlősök vére közel 1%-os oldattal áll osmosisos egyensúlyban*.

Minő legyen az alkalescentia foka? Erre nehezen tudtam megbizható adatot találni, azért, mert ennek meghatározása felette nehéz. A vér nem oldat, hanem híg mediumban a szakadatlan anyagforgalomban lévő sejtek complexuma. A régebbi meghatározások, és nevezetesen a Fodor-félék is hibásak.

Mivel bármely folyadék vegyhatása a szabad H-től, illetőleg hydroxyl-ionok concentratiojától függ, és mivel emez ionok egy ismert concentratiojú oldattal szemben elektromos feszülésbe jutnak: a kérdéses folyadékban az ionok concentratioja az elektromotoros erővel mérhető. Ezen a módon vizsgálta *Höber* a vér alkalescentiáját, valamint ugyanezen alapon határozta meg azt *Farkas Géza*. A talált értékek még hibásak, nem is végérvényesek, annyit azonban kétségen kivül mutatnak, hogy *a vér alkalescentiája alacsony, az ezredékes arány alatt állt*.

Ezen eredmények ismerete előtt az úgynevezett physiologiai konyhasó-oldatot Na HO_2, majd Na_2CO_3, később Na H CO_3 hozzáadásával tettem alkalikussá eleinte 2‰-es, majd 1‰-es arányban.

Tangl tanár úr hivta fel figyelmemet olyan oldatokra, a melyekkel isolált emlős szív edényeit átáramoltatni szokás, hogy életben maradjon. Nyilván ez az oldat a vérhez úgy chemismusban, mint osmosisos concentratioban legközelebb esik.

Ilyen a *Ringer*-féle oldat, és ennek azon módosítása, melyet *Locke* ajánl a következő összetételekben:

Ca Cl_2 0·02%
K Cl 0·02%
Na H CO_3 0·01—0·03%
Na Cl 0·90%
Dextrose 0·10%.

Ebben az *Abderhalden* hamu-analysisei vannak kevés módosítással értékesítve, míg a *dextrose* kedvező hatását *Locke* empyrice állapitja meg és nyilván könnyen assimilálódó sejttáplálék. A Ca Cl_2-nak az a szerepe, hogy a konyhasóban a Na ionok toxikusnak bizonyult hatását kizárja, a mire nevezetesen *Loeb* helyez súlyt. *Na H CO_3 visz alkalit az oldatba* Na CO_3 helyébe, mert ennek *Gaskell* fatalis alkali hatást tulajdonít.

Ez a folyadék ebben a formában változatlanul használható sebkezeléshez, de mivel a seb sejtéletében sem a K Cl-nak, sem a dextrosenak nincsen lényeges szerepe, sőt mivel ez utóbbi bakteriumkikelést propagál az álló oldatban, ez a két alkatrész mellőzhető, és ilyen egyszerűbb összeállítás ajánlatos:

Ca Cl_2 0·03%
Na H CO_3 0·04%
Na Cl 0·90%.

Ezt az oldatot használom legújabban sebkezeléshez a test hőmérsékét megközelítő hőfokban, ebből jut a sebhez törlő, kötőszer és varrófonál. Szóval *ez a folyadék az én sebkezelésemben a seb sejtéletének egyedül illetékes mediuma*. (Egyszersmind ilyen oldat — nevezetesen a Locke féle összeállítás — infusioban a legszabatosabb vérpótlás.)

Használom pedig nem csupán tiszta és sima egyesülésre szánt sebekre, de alkalmazom a *pyogen fertőzés valamennyi formáinál és minden phasisában*. Mert az a meggyőződésem, hogy a fertőzés gyógyitásában a kezelés részéről kizárólag *physikai tényezőnek* van hatása, a szövetbeli nyomás- és keringési viszonyok megváltoztatásával, *a chemismusé csak káros lehet*, mihelyt a vérétől eltér, annál károsabb, minél eltérőbb és egyenes ártalom, mihelyt sejtméreg, tehát antisepticum. A gyógyulást a sejtek bio-

logiája végzi el az energiák kölcsönös mértéke szerint, a mi hozzájárulásunk nélkül. Mi csak ennek mechanikus akadályait háríthatjuk el.

Fejtegetéseimből ezeket a következtetéseket vonom le:

1. A sebfertőzés megeredésének két componense van: *a)* a parasitarius csirák, *b)* a szervezetsejtek é'etereje, amannak növekedése, ennek gyengülése egyenértékű feltételek.

2. A fertőzés meggátlásának csak prophylaxisos módja van, azzal, hogy csirák bejutásának elejét veszszük.

3. Ez a prophylaxis csupán physikai módszerekkel érhető el egy bizonyos határig, azon túl minden kisérlet ez idő szerint a sebkezelést czéltalanul nehézkessé teszi.

4. A sebbe jutott fertőzést megsemmisíteni nem lehet, sőt gyengíteni sem, a nélkül, hogy a szervezet sejtélete annak legalább ugyanakkora kárát ne vallja.

5. Erre nincs is szükség, miután a fertőzés a szövetélet anyagforgalmában elpusztul — csakis ott és feltétlenül —, hacsak a toxicitás nem absolut erejű. Ez ellen nem ismerünk védelmet.

6. A seb sejtéletét érő minden ártalom kettős: a természetes regeneratiót késlelteti és a csökkent vitalitású szöveten a fertőzést kikelti.

7. Azért az életerő kifejezett ártalma nagyobb kár a sebre, mint a fertőzés.

8. A gyógyulást csak a sejtélet oldja meg, ezt pedig azzal támogatom, ha távol tartok minden ártalmat, physikait és chemiait egyaránt, és ha a szövetélet igényeinek eleget teszek.

9. A sebnek biologice legalkalmasabb mediuma a vér és a folyadék, a mely annak physikai és vegyi tulajdonságait legjobban megközelíti.

10. Fertőzött sebben és szövetben a két rendbeli életenergiák kiegyenlítődése a physiologia törvényeit követi és nem módosítható, következésképen a kezelés módosítására sem jogosít.

(Folytatása következik.)

A bányászok vérszegénységéről és az ankylostomum duodenale előfordulásáról Steyerlak-Anina kőszénbányáiban.

Közlik: idősb és ifj. *Iberer János* dr. bányaorvosok.

(Vége.)

A Leichtenstern-féle formulát $\left(x = \frac{a}{47}\right)$ mely szerint egy gm. bélsárban lévő peték számából a férgek számára lehetne következtetni, eseteinkben nem találtuk beigazolva. Igy például találtunk egy látótérben 5—6 petét és az elhajtásnál egyik esetben 49, másiknál 59, 96, 142, 194, sőt 279 férget is. A Leichtenstern-féle formula már azért is megbizhatatlan, mert ez 1 gramm bélsárra vonatkozik, már pedig az 1 gramm bélsárban a szilárd részek, melyekben a peték vannak, a bélsár víztartalmától függően igen különböző arányban lehetnek jelen. Azonkivül teljesen figyelmen kivül hagyja ezen formula a hímek számarányát a nőstényekhez viszonyítva, a mely pedig igen különböző; a legtöbb esetben a hímek száma kisebb, némelyikben egyenlő, sőt némelyikben még több is mint a nőstények száma.

Valószinübb, hogy a hímek inkább okozhatnak bélizgalmat, sőt lehet, hogy több toxint is termelnek, mert hiszen ivarozás idejében rajzanak és több mozgást végeznek, mint az inkább helyhez kötött nőstények.

A bányászok vérének haemoglobintartalma általánosságban jóval csekélyebb mint más embereké, még ha nincs is ankylostomumjuk, a minek valószinü okait már fentebb említettük. Haemoglobintartalmuk a Fleischl-féle haemometerscala szerint rendesen 76—90° között ingadozik. 706 bányamunkás között csak 10 esetben találtuk a haemoglobintartalmat 95-nek, három esetben száznak, és ugyancsak 3 esetben százon felülinek.

A két legkisebb haemoglobintartalmat 19-nek találtuk 219 féreg mellett, és 28-nak 418 féreg mellett.

Súlyos anaemia tünetei voltak jelen 50—60° haemoglobintartalom mellett, 60—75° között könyebb anaemiáé, és 76—90°-ig látszólag teljesen egészséges, ép bányászok voltak, tekintet nélkül arra, vajjon van-e ankylostomumjuk, vagy nincsen. Szükségesnek tartjuk megjegyezni, hogy bányászainknál akkor 90—94%-ban fordult elő ankylostomum, most is 50%-ban látható vérszegénység tünete nélkül.

Eredményes féreghajtó gyógymód után az első időben különbözően, de mégis elég gyorsan emelkedett a vér haemoglobintartalma, igy pl. 19-ről 65-re, 28-ról 64-re, 34-ről 67-re, 48-ról 86-ra stb. és hónapokon keresztül ezen a magasságon maradt.

A gyógykezelés extr. filicis maris aethereum adagolásában állott, thymol kevésbbé volt hatásos, más féreghajtó szerek cserben hagytak.

A tiszta extractumból 7—8 grammot adunk egyszerre, nem capsulában. Gyakran kis adagok után is fellépett rosszullét és hányás mint kellemetlen complicatio. Ilyenkor az extr. további adagolását be kellett szüntetni. Eleinte (1886—1888-ban) teljes dosist adtunk, 20—25 grammot pro dosi, azonban kellemetlen tapasztalatok — hányás, szédülés, ájulás, collapsus és egy haláleset — elővigyázatra intettek; s azóta a fentemlített 7—8 grammos dosisokat adjuk, a szokásos egy napi előkészítő kúra betartása után. Ezen adagot hol naponként, hol kétnaponként adjuk, a hogy a beteg kibirja; 3—4-szeri bevétel rendesen elég a kivánt hatás elérésére.

Rendes körülmények között a férgek tömegei a második napon, a második adag bevétele után, távoznak.

A kúra befejezésekor a vérszegénységet csökkentő, a táplálkozást és emésztést elősegítő szereket adagoltunk.

Némelykor minden egyes székletét után külön vizsgáltuk meg annak tartalmát, többnyire azonban az egész napon át összegyült ürüléket vizsgáltuk meg estefelé. Találtunk különböző nagyságú és hosszúságú férgeket, találtunk a hímek között és nőstények között különböző számarányokat, igen sok féreg még eleven volt, némelyik vöröses színü a vértől, másik zöldes színü az extractumtól, mely őket csak elbódítja, de nem öli meg.

A férgek nem annyira az extractumtól zöldes-sárgára festett nyákban, mint inkább a kis mennyiségü bélsárdarabkákban találhatók.

Az eseteknek körülbelül 5 százalékában az eltávozozott férgek mellett, a nagymennyiségü nyák és kisebb mennyiségü bélsárdarabokon kivül még hol folyékony vért, hol pedig egész diónyi nagyságú véralvadékot találtunk.

Többször volt alkalmunk órákon keresztül górcső alatt megfigyelni az ankylostomumokat, a mint néha megszakitott sugarakban, néha lassú folyással bocsátották ki magukból a kiszivott vért, illetve vértestecseket, a melyek azután igy kibocsátva a féreg analis része körül egy vörös felhőcskét képeztek.

Az általunk megfigyelt esetekben a férgek legkisebb száma 28 volt, köztük 10 hím, azután 38, köztük 1 hím, 33 tizenhárom hímmel, 43 két hímmel, 63 harmincz hímmel, 76 ötvenhárommal, 117 harminczegygyel, 178 kilenczvenhéttel, 279 harminczegygyel, 220 százhuszonnégygyel, 219 huszonhéttel, 370 százhatvanegygyel, 341 százhuszonhárommal, 390 százkilenczvennyolczczal, és mint legmagasabb szám 572 harmincznyolcz hímmel és 58° haemoglobintartalom mellett.

82 esetben pontosan megolvasva találtunk 10,396 féreg közül 7154 nőstényt és 3242 hímet, vagyis 68·83% nőstényt, és 31·17% hímet; átlagban tehát esett — ezen esetekben — egy betegre 126 féreg; a nöstények száma majdnem másfélszer akkora volt mint a hímeké.

Daczára annak, hogy 34,000 ankylostomum duodenaleról tudunk beszámolni, mégis azok között egyetlen egy párzásban lévő pár sincsen, sem 27 bányásztetem bonczolásánál ilyent nem leltünk, igy tehát a felvett ivarozási idejöknek igen ritkának vagy igen rövidnek kell lennie.

Érdekes megfigyeléseink közé tartozik, a mely megfigyelés helyességéről évek során át volt alkalmunk meggyőződni, hogy fiatal, friss anaemia-eseteknél a legnagyobb és legjobban kifejlet, nöstényeket találni; minél hosszabb ideig állt fenn az anaemiat annál kisebbek lettek a nöstények és annál kisebb lett a hímek relativ száma is. A hímek legtöbbjét csak friss megbetegedéseknél találtuk. Minél több ideig állott fenn az anaemia, annál kevesebb volt a talált hímek száma; ezen adatokból könnyen

magyarázhatók azon különböző nézeteltérések, melyek eddigelé az ankylostomum duodenale nagyságáról, nemi viszonyairól, és annak egymáshoz való arányairól uralkodnak.

Különben a nőstények hossza 8—10 millimeter, a hímeké pedig 6—12 mm. A legerősebb, legnagyobb hím sohasem volt oly vastag, mint a legvékonyabb, leggyengébb nőstény.

Peték nélküli nőstényt nem láttunk soha; a vaginában lévő peték mind barázdálódásban voltak már.

Egy 21 éves bányász T. I. bonczolásánál, ki 5 évig a III. számú bányában dolgozott, és 85 napos súlyos anaemia után meghalt, a következőket találtuk: test elég jól táplált, az összes szervek vérszegények, bélfalazat vékony, atrophizált, sok ezer tűszúrásnyi vérzéses pontocskával behintve; a nyúlós sárga vékonybélnyákban sok halványsárga színű, hosszméretben csökkent, harántátmérőjében megvastagodott, többnyire nőstény ankylostomum. A halál után 14 órával minden 10 cm. vékonybélrészletben 26—30 féreg megtapadva. A Payer-féle plaqueok és a bélnyirokmirigyek duzzadtak, zsírosan degeneráltak, keresztmetszetük a körzeten szívós, fehéres, közepe felé puhább, sárgás.

A bonczolásra került másik eset egy 43 éves, M. A. iszákos bányászt illet, ki szintén a III. számú bányában dolgozott; öt hónap előtt minden következmény nélkül vett be első izben 25 gramm extr. filicist, ezt követő három nap mulva megint 20 grammot, összesen 45 grammot. Ekkor 184 féreg ment el tőle. 3 hónap mulva újból betegnek érzi magát, a bélsárban ankylostomum-peték kimutathatók; 20 gramm extractum filicis bevétele után collabál, és 6 óra mulva szívhüdés tünetei alatt exitál. A 18 óra mulva megejtett bonczolás a következő eredményt adja; a nagy szív és máj elzsírosodása, a vesék zavaros duzzadása, a bél muscularis rétegének atrophiája, úgyszintén a vérzéses pontocskákkal behintett bélnyálkahártyáé is; nagyobb mennyiségű szabad vér a belekben, és csak 24 ankylostomum a bélsárban.

A harmadik eset egy szerencsétlenség folytán elhalt bányász K. A. tetemét illeti, a kinél a halál előtt 16 nappal féreghajtó kúrát végeztünk és a kitől 197 féreg el is ment, bélsarát ezután a 16 nap alatt még kétszer megvizsgáltuk és abban ankyl. petéknek még nyomát sem találtuk; ennek bonczolásánál találtuk a bélben 4 nőstény és egy hím ankylostomumot.

Az utolsó 13 év lefolyása alatt alkalmunk volt 27, különböző szerencsétlenségek folytán elhalt bányász bonczolásánál a belet megvizsgálni, és két eset kivételével, ha nem is a duodenumban, de a felső jejujum nyákjában mindig találtunk egyes ankylostomumokat.

Ideiglenes közleményünket azzal fejezzük be, hogy az annak idején a III-as számú bánya munkásai között fellépett ankylostomum epidemia rohamos tovább terjedése okozójául nem tekinthetjük sem a locsoló vizet — a mint azt most Németországban (hol a Ruhr vidék 64 bányájában felette nehéz epidemiát constatálnak) hibásan teszik —, sem a belégzés, robbantások, bányalégáram által felzavart ankylostomum álczákat. Az epidemia terjedését szerintünk az egészségre ártalmas gázok, többszöri bányatüzek, öltások, ezek által okozott rothadások, rossz ventilatio, magas hőmérséklet, szóval az egész úgynevezett bányaüzem és bányaforgalom okozza.

Miután a III. számú bánya kifogástalan állapotba helyeztetett, megszünt az anaemia és az epidemia minden élesebb rendszabályok alkalmazása nélkül. A bányászok egy negyed részétől, kik súlyosan voltak megbetegedve, el lett hajtva 34,000 ankylostomum, ez által az akna folytonos további fertőzésének eleje lőn véve. Az ürülékek elhelyezésére a bánya különböző helyein edények lettek ugyan felállítva, de nagy keresletnek ezek nem örvendeztek.

Azelőtt a bányába másodperczenként 5—6 m^3 levegőt vezettek, most 20 m^3 felüli levegőmennyiséget, erre a bánya hőmérséklete 36—40° C.-ról 20° C.-ra sülyedt, az epidemia pedig megszünt.

Daczára annak, hogy a bányászok 50%-a most is bir ankylostomummal, a jó szellőztetés óta új epidemia nem lépett fel.

Észleléseink arra engednek következtetni, hogy téglavető helyeken, bányákban és bizonyos földek mívelésével foglalkozók között is elég sokszor található fel — vérszegénység nélkül — az ankylostomum a bélsárban, csak keresni kell azt és petéit. Kartársainkat erre ösztönözni czélja ezen nem a zöld asztalnál készült, és nem theoriákon alapuló közleményünknek.

TÁRCZA.

A tüdővész sanatoriumi gyógykezelése kérdésének megoldása Magyarországon.

Korányi Frigyes nevének varázshatásával indult meg Magyarországon a tüdővész elleni harcz. Az ő fáradhatlan működésének eredménye, hogy ma a magyar közönség köztudásába ment át, hogy a tuberculosis évente csaknem ötször annyi áldozatot követel, mint a hányat az ázsiai cholera egy-egy epidemiás esztendőben elragad.[1]

Magyarország a tüdővészesek statistikai kimutatásában Oroszország után a második helyet foglalja el. Korányi a tüdővészesek számát 500,000-re teszi, évente körülbelül 60,000 egyén hal meg tüdővészben. A 20 és 60 évesek között elhaltak közül minden harmadik tüdővészben pusztul el.

Ezen adatok eléggé mutatják, hogy a tüdővész Magyarország legégetőbb kérdései közé tartozik. Korányi fáradhatatlan működése, a kormány erélyes támogatása, a társadalom és a főváros nagylelkű hozzájárulása daczára mindössze egyetlenegy sanatoriumunk van a tüdővész gyógyítására. Ezen sanatoriumban a legjobb esetben 400 ember lel gyógyulást. 500,000 beteg közül évente csak 400-nak tudunk gyógyulásra alkalmat adni!

Beláthatatlan időkre a kérdés megoldhatlannak látszik.

A veszély csak sanatoriumokban való elhelyezés által hárítható el. Németország a leghathatósabban védekezik a tüdővész ellen, számos sanatoriumai által. A biztosító társaságok maguk küldik a halálesetre náluk biztosított tüdővészeseket sanatoriumokba. Nálunk kényszerek kellene reá, hogy sanatoriumok keletkezzenek.

Czélszerűnek látszik tehát egy eszmét propagálni, mely rövid idő mulva a kérdést megfejtheti, s mely rövid idő alatt a tüdőbetegek számára való sanatoriumok számát megtízszerezheti, a kormány és társadalom *minden áldozata nélkül*, kizárólag önsegély alapján.

Indítványunk: *a tüdővész esetére való biztosításnak* országszerte való szervezése.

Angliának legnagyobb biztosító intézetei biztosítanak himlő, vörheny, typhus, diphtheritis, sőt legújabban vakbélgyuladás ellen is.

Szervezzünk országszerte biztosítást tüdővész esetére olykép, hogy minden biztosított, kinél orvosilag tüdővész, vagy csak „praetuberculosus“ tüdőcsúcshurut állapíttatik meg, a biztosító társulat költségén tüdőbetegek számára való sanatoriumban 6 hónapig kezeltetnék.

A díj, melyet fizetni kellene, minimalis lenne. Approximativ számítással évi 5 korona díjjal, a társulat 3 évi carentia után elvállalhatja a 6 havi kúra költségeit.

Kétségtelen, hogy minden alkalmazott és hivatalnok, az alkalmazó érdekében is, és egyáltalában minden belátó ember, hogy e mindenkit veszélyező betegség esetén gyógyulást találjon, a biztosítás e nemébe a legkönnyebben belemenne.

Magasabb díjtételek mellett elvállalhatja a biztosító társulat azt is, hogy a sanatoriumi tartózkodás alatt a beteg családjának havi segélyt nyujt.

Hogy az ország nagy tömegei bevonathassanak, ugyanezen biztosító társaság a betegsegélyző pénztárakkal tagjaikat illetőleg hasonló, de persze olcsóbb díjtétellel, biztosítást köthetne.

Ajánlom a biztosítás e német a tüdővész elleni harczban legelül küzdők figyelmébe. A biztosítás terjedése arányában nyujtana alkalmat s teremtene szükségletet megfelelő számú új sanatoriumok keletkezésére.

Szana Sándor dr.

Balneologiai kirándulás az erdélyi fürdőkbe Nagy-Szeben, Brassó és Kolozsvár megtekintésével.

(Vége.)

Egy pár erős kanyarulaton végigvágtatva, hirtelen leereszkedtünk Tusnád felett az Olt völgyébe, és a tusnádi alsó úton — az országúton — végighaladva, pontosan beérkeztünk a pályaudvarhoz, s nemsokára útban voltunk „Csikország“ szive, Csikszereda felé. Kellemes, alig két órai utazás után kiértünk azon észak felé enyhén emelkedő fensíkra, melynek déli sarkában Csikmegye székhelye fekszik, mely kastélyával, sok magasabb épületével igen csinosan mutatkozik be a vasutról tekintve. A pályaudvaron Veress Sándor dr., a megyei tiszti főorvos fogadott, kinek szeretetreméltóságát már az előző napon Tusnádon volt alkalmunk megismerhetni, s ki a következendő kocsiútunk alkalmával oly jóknak bizonyult tanácsaival volt szíves ellátni; szabadjon neki több mint collegialis fáradozásáért e helyen is őszinte köszönetet mondani.

Tiz különböző dignitású fogat volt a pályaudvar előtt felállítva; Bókay tanár úr részére történt választás után folyt a kocsi- és lószakértők harcza lehetőleg kitünő anyagért; többnyire négyen foglaltunk

[1] Kuthy Dezső dr.: „A tuberculosis sanatoriumi gyógyitása“.

helyet a kocsikban, a két doktor kényelmesen „a fundusban első bal koponyafekvésben“ ; a két szegény medikus pedig összeszorulva, összefont lábakkal és karokkal „haránt fekvésben“ a kis ülésen.

Miután végre a soknak mutatkozó 8 láb (4 emberre számítva) mindenütt megtalálta helyét, megszólalt Bókay tanár úr sípja, s kocsijával a menetet megnyitva, csilingelve indultunk neki útunk ezen érdekes részének, mely a Székelyföld egyik legszebb és természeti kincsekben leggazdagabb részén vitt keresztül, hol a vasút hiánya miatt milliók hevernek kihasználatlanul, hol a fa az erdőkben megrothad, hol márványnyal csinálják az utat, hol a hegyek belsejében ólom, szén, arany stb. bőségesen kínálkozik, s hol 4—5 nap is eltelik, míg az ország szívéből, Budapestről az újság megérkezik.

Kitünő országúton, melyet az utolsó idők sok esőzése szerencsénkre teljesen pormentessé tett, haladtunk a széles fensikot képező Felső-Csíkságon keresztül, mely sűrűen egymás mellet fekvő, sajátságosan épült falvaival, gondozott földjeivel és a látkört mindenfelé beszegő, enyhe lejtőkben emelkedő erdős hegyeivel sajátságosan érdekes képet nyujt. Indulásunkkor — alig volt 1/24 óra — meleg ruháink daczára már felöltőt is voltunk kénytelenek felvenni ezen a vidéken, hol, mint kocsisunk magyarázta, „csak 3 hónapig nincs hideg“. Csík-Szeredát alig hogy elhagytuk, elértük Csík-Tapolczát, tőle balkézt fekszik a szép nagy búcsújáró templommal biró Csík-Somlyó ; majd következik Csík-Csicsó, Csík-Mádéfalva, Csík-Rákos, Csík-Madaras s egy érdekes dombon álló, erődített, régi templommal Csík-Oltfalva, majd Csík-Karczfalva, Csík-Jenőfalva és Csík-Szt.-Tamás, ez utóbbi három egy hosszú, majd 6 kilometeres faluvá összeolvadva.

Már kissé esteledett, midőn ősziesen érzékeny hűvös, de tiszta időben a délutáni pihenőhelyre, Csík-Szt.-Domokos vendégfogadójába behajtottunk, hol a Veress dr. tanácsára sürgönyileg megrendelt pompás uzsonna már várt reánk. De jól is esett a zamatos „bihal“-tejes kávé, a szalonna, a sültek, sütemények és egyéb jó falatok, melyek mind a jókedvű társaság áldozatává estek. A hangulat emeléséhez még a jelenlevő Péterek és Pálok — lévén Péter-Pál napja — éltetése is nagyban hozzájárult, úgy hogy általános jó kedvvel hajtottunk neki a mai út második felének, dicsérve a rendezőség körültekintését, mely a fényes uzsonna által nemcsak az anyagforgalom fenntartásához, hanem a hideg leküzdéséhez is szükségelt caloriák bevitelét bölcs előrelátással lehetővé tette. Szent-Domokostól útunk a mindinkább összeszoruló völgyben eleinte lassan, majd erősebben emelkedik, a termőföld s vele együtt a falvak eltünnek, s nagyobbára legelők közt haladva, reánk esteledik, midőn az út vagy 1 km.-nyi legmeredekebb részét a lépést haladó kocsik mellett gyalog megteszszük. Nálunk szokatlan szürkés-ibolyás-pirosas szint öltenek a lemenő nap utolsó sugaraitól ért felhők, a hegyvidék kezd grandiosusabb lenni, kelet felé a láthatárt magas hegyek sötét silhouettjei zárják le. Közben olyannyira hűvös van, hogy minden takarónak szolgálható ruhadarab alkalmazást talál, sőt székely kocsisunk még kis bundás kabátját is felveszi ; az út mentén sehol egy falu ; egy-egy útkaparó házikója az országút szélén, egy-egy erdőőr háza a hegyoldalon egy kis fénypont által jelezve ; már jóval elmult 9 óra, midőn ismét községbe, Gyergyó-Tekerőpatakba, hol a Tekerőpatak vizéből itatnak a kocsisaink, tehát az etetés ideje sincs messze. Nemsokára 3—4 igen erős fénypont tünik fel, s egy negyedóra mulva csodálva látjuk, hogy Gyergyó-Szent-Miklós villamos lámpái intettek oly távolról felénk. Az egyik kövezett főutczán egy nagy ívlámpa fénye mellett megáll a kocsisor ; 30 ember a helyiség 2 szállójában, 6-an pedig Fehér Dávid dr. és Dobribán dr. collegák szívessége folytán részben ő náluk, részben magánházakban találtak szállást. 11 óra már elmult, midőn vacsorához ültünk, melyen Gyergyó-Szent-Miklós notabilitásai, köztük 3 orvosa (a fenntemlített két collega és Nagy dr. kórházi orvos) is részt vettek. Van Gyergyó-Szent-Miklósnak t. i. tavaly óta egy 42 ágyas kórháza, mely Fehér Dávid kartárs terve szerint épült, és az ottani viszonyoknak teljesen megfelel. Mint Dobribán kartárs úr volt szíves velünk tudatni, kitünő sikerrel folyik ott a sebészkedés. Vagy 70 sérvműtétet, több bélresectiót, ovariumtömlő-műtétet stb. végeztek haláleset nélkül ; a vidék lakosságának is óriási szolgálatot tesz ezen intézmény, mert egyrészt Csik-Szereda, hol szintén van kórház, már Szt.-Miklóstól is távol esik, másrészt Szt.-Miklós maga sokkal központibb fekvésű, mint Szereda, melynél 2000-rel több lakost is számlál. A kórház, melyet Fehér collega elutazásunk előtt gyorsan bemutatni volt szíves, egy egyemeletes, 2 szárnynyal biró épület ; földszinten a gondnoki stb. helyiségek, az ambulantia, az alorvos lakása vannak elhelyezve. Az első emeleten középen van a műtőhelyiség, mely egy erkélyre kivezető nagy üvegajtón át nyeri a világitását s cementpadlóval, villanyvilágítással van ellátva. Vízvezetéke nincs, sőt időnként a kórház kútja is ki szokott apadni, s ekkor a városból hozzák a szükséges vizet. Mint Fehér collega mondotta, egy teljesen megfelelő vízvezetéki és csatornázási tervet Dobribán kartárssal és a szakközegekkel már ki is dolgoztak, egynehány év mulva, mikor ennek megvalósitását remélik, Gyergyó-Szt.-Miklós mintaképen fogja mutatni, hogy mi mindent képes az orvosok kitartó és együttes munkája szűk anyagi viszonyok mellett is a hygiene terén felmutatni. A kórház első emeletén a műtőszobától jobbra és balra, a nélkül, hogy vele közlekednének, van elhelyezve 3—3, egyenként isolálható, különösen szellőzött, kályhával fűthető kórteremben a férfi- és női osztály, melyek közül 1—1 tizágyas, a többi kisebb, 4—5 ágyra berendezett, xylolith-padlóval, síma fehérre meszelve ; az ablakok nagyok, úgy hogy a kórtermek mind pompás világosak. Az udvar felé fedett folyosó és minden szárny végén szintén egy-egy fedett veranda van mint nappali tartózkodó hely. A closetek előszobával birnak, tőzegesek, tiszták. Ottlétemkor leginkább sebészeti és nőgyógyászati betegek voltak az osztályokon.

Mikor ezen futólagos látogatásról sietve visszatértünk a Laurentzi-szállóba, hol a gyülekezés volt, már együtt állottak a kocsik, szám szerint 13, mert a mai Gyergyó-Tölgyes-Borszéki út a tegnapinál fáradságosabb lévén, csak 3 utast lehetett egy kocsira számitani, a minek leginkább medikusaink örültek. Dobribán és Fehér collegák is voltak szívesek saját kitünő fogataikat rendelkezésünkre bocsátani ; nem is tudjuk, hogyan köszönjük az elszállásolás és kocsirendezés körül kifejtett sok fáradozásukat. Mintha megrendeltük volna, az elindulás előtt negyedórával a reggeli gyenge eső megszünt, s midőn Gyergyó-Szent-Miklósból kiérve, észak felé folytattuk útunkat, már annyira kitisztult az ég, hogy az oláhországi határhegyek egy-egy hóval fedett orma is kikerült a ködből. A gyergyói széles fensikon ép úgy mint a Csiksagban egymást érik a nagy falvak, míg balkézt még előttünk fekszik Gyergyó-Alfalú, áthajtunk Gyergyó-Szárhegyen és Gyergyó-Remetét ismét baloldalt elhagyva, Gyergyó-Ditróba, egy igen nagy faluba érünk, melynek hetivásárán áthaladva, alkalmunk volt a székely viseleteket is kissé tanulmányozni. Innen kiérve, észak-keleti irányban ismét neki vágunk a hegyeknek és számos kanyarulatban, melyekről szép visszatekintés nyilik Gyergyóra, közbe-közbe gyalogolva, 1030 meter magasságban elérjük (úgynevezett Ferenczi-mező) mai útunk legmagasabb részét.

Innen gyönyörű alpesi hegyvidéken, festői szép úton vig ügetésben száll le a csilingelő kocsisor nem egy meredek kanyarulaton a hatalmas erdős hegyek között mélyen fekvő Putna keskeny, buján zöldelő völgyébe.

Ezen gyönyörű úton végighaladva „fejedelmi“ pontossággal érkeztünk meg délben Gyergyó-Tölgyesre, az oláh határvárosba, hol Vámossy e. m. tanár, a tölgyesi Székely-társaság elnöke, a jegyző stb. fogadtak. A casino nagytermében, hol a „szinjátékszék“ (szinpad) is fel van állitva, folyt le az ebéd ; ebéd közben és után is még hallottunk nem egy panaszt a kormány ellen a székely vasút építésének abbanmaradása miatt, mely miatt sem ipar, sem kereskedelem nem fejlődhetnek, a mezőgazdasági termékek sem értékesíthetők. Egyedül a fa találja meg útját a Bisztriczán tutajoztatván Oláhország felé ; de még a fakereskedés is oláh, sőt török kezekben van ; a székely nép pedig napszámosnak jár ki Romániába.

Két órakor ismét előállottak a kocsik, egy rövidke zivatar lecsapta a gyönyörű út porját s felfrissitette a levegőt, úgy hogy fényes conditióban értünk kirándulásunk fénypontjába, Borszékre, hol a fürdőigazgató, a plébános, a fürdő tisztikara fogadtak. Vámossy tanár már Tölgyesen volt szives az elszállásolást elvégezni s igy kiki lakására sietett, mely ezúttal *két* éjjelre fogadott be bennünket. Már a rövid út, melyet délutáni gyülekezésünk helyéhez, a Kossuth-kúthoz a szállónkból kellett megtennünk s még inkább az azután Vámossy tanár kalauzolása mellett a parkban és a fürdőtelepen tett sétánk teljesen meggyőzött arról, mennyire felette áll Borszék úgy fekvése, mint környék tekintetében az eddig érintett fürdőknek. Tagadhatatlanul nagyon szép Tusnád fekvése is, de egy hegyoldalba van épitve és ez kiterjeszkedését talán akadályozza ; Borszék ellenben egy dél felé eső széles lejtőn épült, nagy kiterjedésű, számos modern (összesen 60 villa) épületével, nagy tereivel, gyönyörű sétányaival, kiválóan gondozott útjaival sokkal nagyobb szabású benyomást kelt. Leginkább érvényesül ez, ha a magasabban fekvő villák egyikéből, pl. a Szini-villa verandájáról tekintjük át a fürdőt, mikor is egy teljesen nyugoteurópai, magas culturájú magaslati gyógyhelyet vélünk látni. Kiegészíti ezt a villák, mélyek közül csak példaképen a Szini-villát s a Pax ot akarom említeni, casinos berendezése, a nagyszabású „Remény“-szálló nagy és kis étkezőterme, az itteni service, konyha és kiszolgálás — s mind ez egy olyan helyen, hova az üdülést keresők csak hosszú vasútazás és egy napi erős kocsizás árán juthatnak.

Midőn Borszékre beérkeztünk, ragyogó szép idő volt, ugyanigy köszöntött be az este, de hirtelen feltünően hűvös lett, úgy hogy haza siettünk kabátunkért és vacsora előtt még folytattuk sétánkat a fürdőtelepen. A Remény-szálló ú. n. kistermében lefolyt vacsora és az ezt követett táncmulatság után alkalmunk nyilt Borszék üde éjjeli klimáját megismerhetni.

Másnap délelőttre Vámossy tanár terjedelmes programmot állított össze a fürdő forrásainak és gyógytényezőinek, a vízkezelésnek stb. alapos bemutatására és ismertetésére és végre érdekes előadásban foglalta össze Borszék klimájának, vizeinek és gyógyberendezéseinek alkalmazását, úgy hogy e helyen is köszönetet mondunk neki lelkes fáradozásáért, melylyel sorainkból nem egy barátot szerzett Borszéknek ! Vajjon ki is felejtené el a Lobogó nagyszerűséget, oly bőven fakadó forrását és főleg végtelen kellemes frissitő, villanyozó hatását.

Ugyanilyen nagyszerű benyomást gyakorolnak a kitünően kezelt, bőségesen alkalmazott lápfürdők is, a teljesen modernül berendezett szakszerűen vezetett hidegvízgyógyintézet, a nagyszabású mintaszerűen kezelt töltőház, a források szép foglalásai és jó karban tartása, úgy hogy Borszék dús szénsavas Fő-kút, Lobogó stb. és vasas Kossuth-, Petőfi-kút stb. vizeivel és egyéb a természet által adományozott előnyeivel határozottan a legszélesebb körű felkarolást érdemli.

Ebédre ismét a Remény-ben gyültünk össze. Az asztal utáni kedélyes hangulatot ismét csak a „vezér“ sípja szakitotta meg, mely arra emlékeztetett, hogy a délutáni pensum : kirándulás a jégbarlanghoz és medvebarlangokhoz, valamint a Vámossy tanár és neje által az „Ős-forrásnál“ rendezendő uzsonna még absolválandó. Megindult tehát a menet az árnyas parkon keresztül czélunk felé, mely a Borszék alapját képező mésztuffa-sziklák physikai alakulása és sajátsága folytán jött létre : mély hasadékok, mohával benőve, bennük feltünően hűvös a levegő ; a jégbarlang-

ban annyira, hogy a tetőről lecsepegő víz a barlang alján egy jégstalaktittá fagy meg. Ezen tünemények helye ugyanazon, de itten meredek, lejtő, a melyen a fürdő is épült; egyes szabad pontjairól csinos kilátás nyilik a völgyben fekvő Alsó-Borszékre és a környező hegyekre. Innen visszasétálva megtekintettük s megizleltük a szintén „borviz" jellegű szénsavas Ós-forrást, s azután csoportokban bejártuk a környezetét, a mig visszahivtak az Ós-forrás körüli tisztáson felállított asztalokon tálalt piknikhez. Uzsonna után daloskörünk produkálta magát „az emésztés előremozdítása" czéljából, majd mi is megmozdultunk és egy kis kerülő úton egy pompásan eltöltött délután után egy kis tennis-játékkal szereztünk étvágyat a fényesnek igérkező estebédhez, melyre délben Köllő igazgató a fürdőtulajdonosok nevében meghivott. A banketen, mely ezúttal a Remény-szálló nagytermében folyt le, Köllő igazgató tartalmas és formailag is szép beszédben az eddigi állapotokat ecsetelve, a kormány, az orvosok és a társadalom támogatására apellált. Élénk tetszéssel fogadott beszédére Bókay tanár válaszolt, kiemelve Borszék előnyeit és részéről a megérdemelt támogatást kilátásba helyezte. Másnap reggel már 5 órakor kellett indulnunk, hogy a Szász-Régenből este Kolozsvár felé vivő vonatot elérhessük, tekintettel arra, hogy az általunk igénybe vett sok fogat miatt csak egyszeri lóváltást lehetett biztositani. Utunk legszebb része volt a mesterileg kivitt műút az Árkozán-on át, mely Baross minister alatt a 80-as évek vége felé készült el. 1/28 órakor a nagyterjedelmű Oláh-Topliczába értünk, hol az ottani langyos fürdőhöz kalauzoltak, mely kristálytisztasága és kellemes hőmérséklete által (19° R.) a hűvös reggel daczára az egész társaságot fürdésre izgatta. Fürdés után Urmánczy úr vendéglátó házához kalauzolt, melynek kertjében a ház asszonyai hosszú terített asztalnál minden elgondolható reggelizni valóval fogadtak. Sajnos, rövid volt tartózkodásunk kedves gazdánk körében, az idő hajtott bennünket, mi kocsisainkat és azok lovaikat, úgy hogy a szép Marosvölgyben tovább haladva ismét „fejedelmi" pontossággal értük el az ebéd és etető állomást, Ratosnyát. Innen a Maros völgye mindinkább szélesebb és síkabb lesz, nincs is semmi ez útrészletről emliteni valónk, mint egy pár érdekes viselet, melyet az egyik faluban tartott vásár alkalmával láttunk. Pontosan érkeztünk Szász-Régenbe: egy typikus zöld szász városba, hol minden német! 8 órakor ültünk vonatra és ki hogy tudott aludt Kolozsvárig és ott is a félretolt különkocsikban 6 óráig, mikor is Genersich Gusztáv magántanár úr, kinek szives, fáradságos kalauzolásáért köszönettel tartozunk, vezetésünket átvette és azt ki nem engedte, mig csak a gőzfürdőzésre és reggelizésre szánt idő kivételével 1/29—1 óráig az összes egyetemi intézeteket, részben az otthon levő tanárok, részben a tanársegédek kalauzolása mellett be nem mutatta. Valóban remek a sok új intézet, nem is lehetne őket egyenként leirni, olyannyira modernek és czélszerűek, legkivált a fényesen berendezett laboratoriumok, melyek pl. a belklinika valóságos diszét képezik. Legszebbek az összes új intézetek közül a szemészet és az elmegyógyintézet, a tébolyda szót ezen „anheimelnd" intézetre nem is szabad alkalmazni. Igen czélszerűek a régebbi keletű, egy nagy épületben elhelyezett boncztani, kórboncztani és törvényszéki orvosi intézetek, melyek muzeumait, közöttük a híres Genersich-féle teratologiai gyüjteményt is alkalmunk volt megnézni. Élénken ellenkezik ezen modern és legmodernebb épületekkel az egy-két kis szűk bérházban elhelyezett kórtani és gyógyszertani intézet, hol egy egyetemi gyógyszertár berendezésén épen most fáradozik Jakabházi dr. magántanár. Midőn mindezek megtekintése után fáradtan a New-York-szálló éttermében összegyültünk, már ott találtuk azon tanár urakat, kik megjelenésükkel Bókay tanár iránti tiszteletüknek akartak kifejezést adni: Purjesz udvari tanácsost, Fabinyi, Udránszky, Hoór és Budai tanárokat.

A rövid délután a város megtekintésére szolgált, a hozzánk csatlakozott orvostanhallgatók és collegák kalauzolása mellett. 1/47 órakor ismét a pályaudvaron gyülekeztünk, hol a délben is társaságunkban volt tanárok bucsúztatásunkra szintén megjelentek. A vonat egy órai késése miatt a Rév és Csúcsa közötti csinos útrészletet a beállott sötétség folytán nem élvezhettük, Nagyváradra is csak megkésve érkeztünk. E miatt a másnap reggeli indulás a Felix- és Püspökfürdőkbe is a programmban előre nem látott késéssel történt.

Felix- és Püspök-fürdő, két indifferens akrathotherma alig félórányi távolságban fekszenek egymástól, mindegyik közvetlenül a hasonnevű vasútállomás mellett, Nagyváradtól 3/4 órányira. Felix-fürdő, melynek orvosa Matolay Károly dr., volt szives bennünket kalauzolni; rendkivül bő mennyiségű artézi eredetű 49 R. fokú meleg forrással rendelkezik, melynek vize egy nagy fedett hűtőmedenczében 38° R.-re lehűttetik és onnan a különböző osztályú közös és kabinfürdőkbe vezettetik. A telep igen nagy, elég komforttal birónak mutatkozik. Specialitása a népfürdő és a hozzátartozó lakóházak, földszintes tornáczos épületek, hol 1 szobából és 1 konyhából álló lakásokban egy-egy akár 6—8 tagú parasztcsalád az otthonihoz teljesen hasonló viszonyok közt rendkivül olcsón lakik és élvezi a meleg fürdő jótékony hatását. Még olcsóbban fürdőzik, a ki csak kocsija és lova után járó 20 fillér étetési dijat és ugyanannyit önön maga fürdőjéért fizet és azután szürkabátjába burkolva és a naptól jól megsütve kocsija mellett földön fekve izzadja ki rheumáját.

Felix-fürdőtől alig 1/2 óra járás van Püspök-fürdőre, hová Nagy Ignácz dr., a fürdőorvos vezetett bennünket, szintén melegfürdő, de természetes forrásokkal, melyek nem oly melegek és nem is oly bővek, mint a Felix-fürdői artézi kút, de mégis több mint elegendők, hogy a több osztálylyal biró intézet nagy tükör- és kádfürdőit bőven ellássa. A telep csinos árnyékos sétányokkal bir, azonkivül van még egy nagy erdei parkja, melyhez azonban egy 10 percznyi napsütötte út vezet szántóföldeken keresztül; ennek befásitása már tervbe is van véve. A fürdő épületei és a nagyszálló igen csinosak és jól be vannak rendezve. Ezen fürdőnek is van egy specialitása, egy tavacska, melynek több meleg forrása van. Ezen tóban nőnek a lotosvirágok, valamint flórája egyebekben is sajátságos. A fürdőorvos, az intéző és több nagyváradi collega kellemes társaságában folyt le az árnyas park nagy fái alatt ezen kirándulás utolsó közös ebédje, melyen nem egy felköszöntő hallatszott el Bókay tanárra, a balneologiai kirándulások megindítójára, ki mintaszerű pontosságával, szeretetreméltóságával és jó kedélyével mindenütt és mindenben elől járt, valamint az idei kirándulás rendezőire, Fenyvessy Béla dr. I. tanársegédre és Berkó Antal collegára.

A vonat jelzésével ért véget a kedélyes együttlét; néhány órai utazás után ismét Pest felé közeledve búcsuzni kezdtünk Bókay tanártól és egymástól: „viszontlátásra a jövő kiránduláson".

Picker Rezső dr.

Közegészségügy.

Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei.

1/V—c./1903. B. M. számú rendelet. (Az 1901: VIII. és XXI. törvényczikkek végrehajtása tárgyában.)

Az állami gyermekvédelem szervezete. 13. §. Az állami gyermekmenhely személyzete.

A menhely személyzete:

I. Tisztviselők: 1. az igazgató-főorvos; 2. a másodorvos a szükséghez képest; 3. a felügyelő orvos a szükséghez képest; 4. a teleporvos; 5. a gondnok; 6. az ellenőr.

Budapesten az igazgató-főorvos helyett külön igazgató és külön főorvos, a gondnok mellett pedig helyettes gondnok.

II. Irodai személyzet.

III. Alkalmazottak: 1. ápolók; 2. dajkák; 3. szolgák.

14. §. Az igazgató-főorvos.

Az igazgató-főorvos, a ki a menhely vezetője és a menhely személyzetének főnöke:

1. Végzi a menhely igazgatási teendőit és felügyel, hogy a menhely személyzete kötelességeit pontosan teljesitse.

2. Képviseli a menhelyet szemben a hatóságokkal, egyesületekkel, intézetekkel és magánosokkal.

3. Megállapitja arányosan, hogy az irodai teendőkből (ezek közt a nyilvántartások vezetéséből is) mit végezzen a gondnok (helyettes gondnok), mit az ellenőr s esetleg az irodaszemélyzet.

4. Szükséghez képest meglátogatja a gyermektelepet.

5. Közreműködik annak a czélnak elérésére, hogy intézetek, egyesületek az elhagyott gyermekeket gondozásba vegyék, avagy rokonok, jótevők eltartsák, örökbe fogadják.

6. A menhely működéséről évről évre jelentést szerkeszt. Ebben beszámol a társadalom közreműködéséről is. Jelentéséhez részletes statistikai adatokat csatol s jelentését az elmult évről a belügyministerhez való felterjesztés végett a következő év február hó 1-jéig az országos felügyelőnek megküldi.

7. Kimutatást készit évről évre a menhely kórházának betegforgalmáról s azt a belügyministerhez közvetlenül felterjeszti.

8. Az intézet orvosi berendezése és felszerelése, kiegészitése és pótlása iránt intézkedik. Kezeli a fekvő és bejáró betegeket.

9. Gondoskodik az ügyeletes orvosi szolgálat ellátásáról s azt ellenőrzi.

10. Intézkedik egyes beteg gyermekeknek gyógyintézetbe elhelyezése iránt.

11. Megvizsgálja a felvétel czéljából behozott gyermekeket.

12. Felülbirálja a jelentkező nevelőszülők egészségi állapotát.

13. Alkalmazza és kiképezi a dajkákat és esetről esetre megállapitja az intézeti dajkakötelezettség időtartamát.

14. Az intézetben felesleges dajkáknak magánházakban elhelyezését közvetiti.

15. Megállapitja a napi étrendet.

Egyebekben az igazgató főorvosra vonatkozólag az 5., 7., 11., 13., 18., 19., 21—30., 32., 34., 35., 42., 45—47., 51—54., 56., 58., 65., 67., 68., 70., 73., 74., 76. és 77. §-ok rendelkeznek.

Budapesten az igazgató az 1—7 alatti teendőket s azokat látja el, mely teendőkről az előző bekezdésben felsorolt szakaszok rendelkeznek. A főorvos pedig ellátja a 8—15 alatt felsorolt teendőket.

17. §. A másodorvos.

A menhely másodorvosa végzi az igazgató-főorvos által reábizott teendőket és ha a főorvos távol van, helyettesiti.

18. §. A felügyelő orvos.

A felügyelő orvos:

1. Megvizsgálja időközönként a telepeket s ez alkalommal az elhelyezett gyermekeket a helyszinén lakásukban meglátogatja.

2. A rosszul elhelyezett gyermeket a teleporvos meghallgatása után más nevelőszülőnek adja, de ezt az igazgató-főorvosnak hivatalos levelező-lapon haladéktalanul bejelenti.

Azt az időközt, a melyben a felügyelő orvos vizsgálni köteles, a helyi viszonyokra tekintettel az igazgató-főorvos állapitja meg.

A felügyelő orvos minden körútjáról a menhely igazgató-főorvosának jelentést tesz. A jelentésben különösen ki kell terjeszkedni arra is, hogy a teleporvosok pontosan végzik-e kötelességeiket.

19. §. A teleporvos.

A külső gondozásba elhelyezett gyermekek folytonos felügye-

lete és a megbetegedett gyermekek gyógykezelése a teleporvos kötelessége. Különösen pedig:

1. Teljesiti a telepen elhelyezett gyermekek váratlan vizsgálatát. A teleporvos minden kedvezőtlen jelenség felmerülése esetén az igazgató-főorvosnak hivatalos levelező-lapon azonnal jelentést tesz.

2. Megvizsgálja a nevelőszülők es háznépük egészségi állapotát, a lakást és a személyi viszonyokat, a tisztaságot és az élelmezést.

3. Javaslatot tesz az igazgató-főorvosnak, hogy a rosszul elhelyezett gyermekeknek más nevelőszülőkhöz áthelyezése iránt intézkedjék; sürgős esetekben a saját felelősségére maga intézkedik és intézkedését hivatalos levelező-lapon az igazgató-főorvosnak haladéktalanul bejelenti.

4. Javaslatot tesz az igazgató-főorvosnak új családi telepek szervezése, avagy a már meglevő, de nem megfelelő családi telepek megszüntetése iránt.

5. A nevelőszülőknek jelentkezőket a menhely igazgató-főorvosának időnként bejelenti. Minősítésüknél s az annak alapján szerkesztett bizonyítvány kiállításánál közreműködik, szoptatásra jelentkezőknek ilyen minőségüket igazoló bizonyítványt díjtalanul ad.

20. §. A panasz.

A panaszt a menhely igazgató-főorvosa (igazgatója) ellen a belügyministernél, a menhely személyzetének többi tagjai ellen az igazgató-főorvosnál (igazgatónál) kell beadni.

22. §. A menhelybe való felvétel módja.

A felvétel a menhelybe a következőkép történik:

A gyermek kiséröje a menhelyben az intézet gondnokánál jelentkezik. A gondnok a gyermek jelentkezéséről és eredetéről jegyzőkönyvet vesz fel és ezt — a hatósági intézkedéssel felszerelve — az igazgató-főorvoshoz juttatja.

Az igazgató-főorvos a jegyzőkönyv és az iratok átvizsgálása után a gyermeket megvizsgálja, egészségi lapját kiállítja, és intézkedik a szoptató anyának visszatartása vagy elbocsátása iránt. Egyben a gyermek táplálásáról és ápoltatásáról gondoskodik.

23. §. A gyermek felvétele és elhelyezése közvetlenül a telepen.

Ott, a hol a távolsági viszonyok, az időjárás, a gyermek egészségi állapota vagy egyéb körülmények a gyermeknek a menhelybe szállitását meg nem engednék, a gyermek az igazgató-főorvos előzetes engedélye alapján a menhely telepén is felvehető és elhelyezhető.

24. §. Értesítés a menhelybe felvett gyermekeknek külső gondozásba adásáról.

Az igazgató-főorvos, a mint a menhelybe felvett gyermeket külső gondozásba adta:

1. A gyermek egészségi lapja másolatának megküldésével értesiti a teleporvost és a felügyelő orvost, hogy a gyermek hova és kihez adatott gondozásba és felhivja őket, hogy a gyermek felett a felügyelő-orvosi, illetőleg teleporvosi felügyeletet gyakorolják.

2. A gyermek nevének s korának közlése, úgyszintén annak közlése mellett, hogy a gyermek hova és kihez adatott gondozásba, értesiti annak a városnak polgármesterét, illetőleg annak a községnek elöljáróságát, a hova a gyermeket elhelyezte, valamint az illetékes árvaszéket is.

26. §. Értesítés-adás a menhely kötelékébe tartozó gyermekről.

Értesítés a gyermekekről a felügyeletre hivatott hatóságokon kivül csak a törvényes képviselőnek, szülőknek, nagyszülőknek és a beavatkozási joggal biró rokonoknak adható.

Az értesítést rendszerint az igazgató-főorvos adja meg.

A gyermeknek hol történt elhelyezéséről azonban a gondnok, egészségi állapotáról pedig úgy a másodorvos, mint a felügyelő- és teleporvos is adhat felvilágositást.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: **Pólya Jenő Sándor** dr. műtő.

(Vége.)

V. Eredmények.

88. *Haemig:* Beobachtungen über Perityphlitis. Bruns Beiträge. 1901. — 89. *Rehn:* Die chir. Beh. der acuten Appendicitis. Arch. f. kl. Chir. LXIV. — 90. *Herczel:* A féregnyúlványlob és annak sebészi kezelése. Budapest, 1900. Franke. — 91. *Barling:* Perforation of gastric ulcer. British med. Journ. 1895. — 92. *Barker:* Remarks on twelwe consecutive cases treated by operation for gastric ulcer. Transact. of the clin. soc. London. 1900. — 93. *Jowers:* A case of perf. gastric ulcer. Lancet, 1895. — 94. *Pariser:* Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi. Deutsche m. Woch. 1895. — 95. *Weir és Foote:* The surgical treatment of round ulcer of the stomach. Med. News 1896. — 96. *Lennander:* Mittheilungen aus den Grenzgebieten. 1898. — 97. *Bennet:* A series of six cases of ruptured and perforating gastric ulcer etc. Lancet. 1898. — 98. *Furner:* Notes of three cases of perf. gastric ulcer etc. Lancet. 1898. — 99. *Guinard:* Ulcéres perforantes de l'estomac. Revue de Chir. 1898. — 100. *Verral:* Perforated gastric ulcer. Lancet. 1898. — 101. *Tinker:* Die perfor. Magengeschwüre. Diss. Berlin. 1899. — 102. *Mitchell:* The surgery of perforated gastric ulcer. Lancet. 1899. — 103. *Shaw:* Guy's Hosp. Gaz. 1899. — 104. *Finney:* Perforating ulcer of stomach. Annales of surg. 1900. — 105. *Hume:* A series of eleven operations of perforated gastric ulcer. Lancet. 1900. — 106. *Littlewood:* British med. journ. 1901. — 107. *Adamson:* Observations on perforated gastric ulcer. British. med. journ. 1901. — 108. *Garré:* Chir. Beh. der Magenkrankheiten. Penzoldt-Stinzing. Hbuch der spec. Ther. der inneren Krankheiten. IV. 1903. — 109. *Horsley:* Two cases of perf. gastric ulcer etc. British med. Journ. 1895. — 110. *Borelius:* Hygieia. 1895. — 111. *Sellby:* A case of perf. gastric ulcer. Lancet. 1896. — 112. *Begouin:* Journal de med. de Bordeaux. 1897. — 113. *Borchgrewink:* Hildebrandt Jahresber. 1897. — 114. *Angerer:* Über subcutane Darmrupturen. Arch. f. klin. Chir. 61. k. 1900. — 115. *Gesselewitsch és Wanach:* Die Perforationsperitonitis bei Typhus und ihre operative Behandlung. Mittheilung a. d. Grenzgebieten der Med. und Chir. 1897. — 116. *Kadjan:* Bolnitschaja Gazetta. Ref. Schmidt's Jahresb. 1899. — 117. *Monod és Vauwerts:* Du traitement chirurgical des peritonites par perforation dans la fièvre typhoide. Revue de Chir. 1897. — 118. *Shattuch, Collins Warren* és *Farrar Cobb:* A study of twenty four cases of typhoid fever. Boston med. and surg. Journ. 1900. — 119. *Keen:* Surgical treatement of perf. of the bowel in typhoid fever. The journ. of the med. ass. 1900. — 120. *Mauger:* La perforation typhique de l'intestin et des annexes. Gazette des hopitaux. 1900. — 121. *Loison:* Quelques reflexions au sujet de diagnostic et de pronostique des perforations intestinales d'origine typhoide. Bull. et mem. de la soc. de Chirurgie. Paris. 1901. — 122. *Cushing:* Annals of surg. 1901. — 123. *Winckel:* Penzoldt-Stintzing. IV. köt. Beh. der Beckenzellgewebs-, Beckenbauchfell- u. allgemeinen Bauchfellentzündungen beim Weibe.

A peritonitis miatt végzett műtétek eredményeiről helyes áttekintést leginkább úgy nyerhetünk, ha számos esetet ugyanazon elvek szerint megoperáló sebészek eseteinek hiánytalan sorozatát tekintjük át. 1—2 esetről szóló közlések, tudósitások, bemutatások annál kevésbbé birnak értékkel, mivel ilyenek rendszerint csak a gyógyulásokról számolnak be, úgy hogy az ilyenek összeállitásából származó statistika a viszonyokat a valónál sokkal jobb szinben tüntetné fel. Ez magyarázza meg, hogy *Steinthal* 1888-ban 14 különféle szerzőtől összeállított 20 esetben 7 (35%) és *Krecke* 1891-ben az irodalomban addig közölt 119 esetben 51 gyógyulást (43%) talált. E számok bizonyitók annyiban, hogy az általános peritonitis is sebészileg igenis gyógyitható, de a gyógyulás arányát bizonynyal helytelen szinben tüntetik fel.

Az irodalomban manapság több száz sebészi beavatkozásra meggyógyult általános peritonitis ismeretes; ezek összeállitását részint a mondott okból, részint mivel ezzel igen túllépnők egy összefoglaló szemle keretét, elmellőzhetőnek véltük s a peritonitis-ellenes műtétek eredményeinek statistikájából csak egyes nevezetesebb adatok közlésére fogunk szorítkozni.

Első sorban ismertetnünk kell *Körte* statistikáját (1897). 71 diffus genyes peritonitist operált meg, ebből 25 gyógyult (35·2), 46 meghalt, az esetek a következőkép oszlanak meg:

Féregnyúlvány-átfúródás	gyógyult	13,	megh.	21,	össz.	34 eset
Gyomorátfúródás	„	1	„	5	„	6 „
Sérvrepositio utáni perit.	„	4	„	2	„	6 „
Bélperforatio typhus miatt	„	—	„	2	„	2 „
— egyéb okból	„	—	„	2	„	2 „
Női ivarszervekből kiind.	„	3	„	11	„	14 „
Epehólyagmegbetegedésb.	„	1	„	—	„	1 „
Ismeretlen okból	„	4	„	2	„	6 „

Tietze (1899) 25 esetről referál; ezekből 14 gyógyult; 16 esetben a peritonitis féregnyúlványperforatio után keletkezett (9 gyógyulás), 1—1 esetben epehólyag, typhusfekély perforatio (gyógyulás), úgyszintén 1—1 esetben gyomor, illetve coecum átfúródás után (halál); 5 postoperativ peritonitis közül 2 meghalt (gyomorműtét után létrejött hashártyalob), 3 gyógyult. *Beck*[53] 100 esete közül 54-ben ért el gyógyulást. Esetei a következőképen oszlanak meg az alapbántalom szerint:

Gyomorfekélyperforatio	3,	gyógyult	3,	meghalt	—
Duodenum „	2	„	1	„	1
Epehólyag „	2	„	1	„	1
Ileum és colon „	6	„	1	„	5
Proc. vermiformis „	66	„	37	„	29
Női genitaliák megbetegedése	11	„	8	„	3
Bélruptura	7	„	2	„	5
Hólyagruptura	3	„	1	„	2

A gyógyulás legfontosabb feltételének a korai beavatkozást tartja; az első napon a gyomor-béltractus lobos folyamatából eredő peritonitis miatt operált 23 betege közül egy sem halt meg, mentől később történt a műtét, annál nagyobb a mortalitás és ha vannak is esetek, a melyeknél későbbi beavatkozással is czélt ért ek — *Körte* gyógyult esetei közt van olyan, a mely 10, sőt 15 nappal a betegség kezdete után (a mi különben nem jelenti a peritonitis kezdetét) lett megoperálva —, az oly kivétel, mely a szabályt csak megerősiti.

A beavatkozás idején kivül a peritonitis kiindulási pontja, az alapmegbetegedés természete is nevezetes szerepet játszik a gyógyulás létrejöttében; mint egy helyt már emlitők, mennél csendesebb zugában a hashártyának fekszik a primaer megbetegedés helye, annál nagyobbak a gyógyulás chanceai, azért az appendix perforatio átlag sokkal nagyobb gyógyulási arányt mutat, mint a gyomor- és bélperforatio, melyek szerencsére sokkal ritkábbak is.

A féregnyúlványlobbal kapcsolatos diffus peritonitis statistikáját *Krogius*[2] (1901) állitotta össze; 59 szerző adatait, a kik mind legalább 4 esetről számoltak be, összefoglalva, 680 ilyen operált esetet állitott

össze, ezek közül 194 (28·5%) gyógyult, 486 meghalt. Az irodalomból addig ismeretes összes operatio útján gyógyult diffus appendicularis eredésű diffus peritonitisek száma 194 volt.

Sonnenburg (1900) 150 appendicularis peritonitis esetét állítja össze; ezek közül

progrediens genyes fibrinosus	81,	gyógyult	56=69·1%
diffus eves-genyes . . .	69	„	23=33·6%
összesen . .	150	„	79=52%

Az újabbi években a gyógyulási arány nőtt, míg az 1894—97. triennium ban 61 esetre 25 (41%) gyógyulás jutott, addig az 1897—900. időszakban operált 89 esetre 54 (66%) gyógyulás jutott. Ez eredmények oly túlságosan jók, hogy fel kell vennünk, miszerint az esetek közt eltokolt tályogok is szerepelnek.

Nagyobb számú esetről referál *Haemig*,[88] a ki a *Krönlein*-klinika 241 appendicitis esetéből 29 általános peritonitis miatt operált esetet talált; ezek közül meghalt 22, gyógyult 7.

Rehn[89] 180 az acut stadiumban operált betege közül 35-nek volt diffus peritonitise, ebből 5 gyógyult, 36-nál a Mikulicz-féle progrediens peritonitis forma volt jelen, ebből 25 gyógyult. *Herczel*[90] 39 esete közül 10-nél volt általános peritonitis, ebből 3 gyógyult. *Ochsner* 565 esete közül 18-nál volt diffus peritonitis, ezekből meghalt 10 (55·5%). *Burckhardt*[93] 17 diffus peritonitissel járó appendicitis esete közül csak 3 halt meg, a hol a peritonitis 30—40—50 órás volt; a gyógyultak kevés kivétellel hamarabb lettek megoperálva.

A gyomor és duodenum perforatioi gyakoriság dolgában a féregnyúlványperforatio után legtöbbször képezték indicatioját operativ beavatkozásnak.

Barling[91] 37 betegnél avatkozott be, ezek közül 9, ki 3—10 órával a perforatio után került műtétre, meggyógyult; *Lennander*[96] igen szerencsétlen személyes tapasztalatokat gyüjtött a gyomorfekély perforatio műtéte tekintetében: 15 ilyen esete közül 7-et operált diffus peritonitissel, 4 a peritonitis folytán röviddel a műtét után halt meg, 2 hosszabb idővel a műtét után subphrenikus tályog folytán, egy pedig, kit gyógyultan bocsátottak el, 3½ hóval a műtét után bélvérzés (duodenalis fekélyből eredő?) folytán; ezzel szemben *Bennet*-nek[97] mind a 6 esetében, melyek közül négynél volt diffus peritonitis jelen, sikerült betegét megmentenie a laparotomiával, míg *Guinard*[99] 5 betege közül csak egyet birt keresztülhozni.

Barker[92] 12 esete közül 5 gyógyult meg, kiknél körülbelül 11 óra mult el a műtétig. *Mitchell*[102] 13 műtett gyomorperforatio esetéből 6 gyógyult meg. *Shaw*-nak[103] mind a 4 műtett esete meggyógyult, *Hume*[105] 11 esete közül 6 maradt meg, a melyeket 6—28 órával az átfúródás után operált; *Adamson*[107] 5 operált esete közül 3, a hol a mellső falon volt a perforatio, megmaradt, kettő, a hol a hátsó falon volt a perforatio, meghalt. *Littlewood* 12 gyomor és 3 duodenumperforatiót operált, ezek közül csak 3 gyomorperforatiós maradt életben.

Nagyobb összefoglaló statistikákat készitettek e tárgyról *Jowers*,[93] a ki az 1892—94. évi angol irodalomból 25 észlelt esetet állított össze 8 gyógyulással, *Pariser*,[94] a ki 43 operált gyomorperforatio esetét gyüjtötte egybe, 10 gyógyulással. *Weir* és *Foote* statistikája 78 esetről szól 23 gyógyulással.

Az operatio időpontjának fontosságát bizonyítja, hogy az első 12 órában operáltak közül gyógyult 14, meghalt 9, a 12—24. órában gyógyult 4, meghalt 13, 24 órán túl gyógyult 4, meghalt 28, meg nem állapított időben gyógyult 1, meghalt 5.

Mikulicz (l. Tietzenél) az operativ technika haladásának jelentőségét ezen eredményekre bizonyitandó, a *Pariser* és *Weir-Foote*-féle statistikát a következőképen combinálta:

1885—1893-ig operálva lön 35 beteg, gyógyult 1, meghalt 34, összmortalitás 97·13%; 1894—1896-ig operáltatott 68, gyógyult 32, meghalt 36, összmortalitás 52·94%; összesen operáltatott 103, gyógyult 33, meghalt 70 (67·96%).

Tinker[101] 57 esetet gyüjtött egybe s ezeket *Weir* és *Foote* 78 és *Keen* 78 esetével kibővitvén, 213 esetről szól, melyek összmortalitása 48·81%. *Finney*[104] e statistikát kibővitvén, 268 gyomorperforatio kapcsán fellépett peritonitist állított egybe, melyek közül 139 gyógyult, 129 meghalt, a mortalitás tehát 48%, sőt a 21 legújabb esetnél csak 38%. A *Hartmann* és *Terrier* által egybegyüjtött 169 esetben 52·5% volt a mortalitás (lásd *Garré*-nál[108]).

Megjegyezzük még, hogy az esetek egy csoportjában egy a műtétnél észre nem vett második gyomorfekély perforatioja (*Horsley*[109], *Borelius*[110], *Selly*[111], *Begouin*[112], *Verral*[100], *Guinard*[99]) vagy secundaer gyomorvérzés (*Borchgrevink*[113]) volt. *Furner*-nek[98] egy esetében enterostomia által sikerült a jelentkezett secundaer gyomorvérzést elállitani s a beteget megtartani.

A béltractusból kiinduló peritonitisek közül a gümős folyamatok, álképletek kapcsán létrejövők rendszerint circumscriptek maradnak s igy ritkán adnak alkalmat arra, hogy általános peritonitis miatt kelljen náluk beavatkozni. A sérülések után fellépő peritonitisekről is hiányoznak nagyobb statistikák. *Angerer*[114] 178 subcutan bélruptura esetét állitotta egybe; ezekből 160-at nem operáltak, közülök 149 meghalt s csak 11 maradt életben, ezek közül is 10-nél secundaer bélsársipolyok miatt kellett operálni. A 18 operált eset közül 8 gyógyult meg, 10 meghalt, azonban 4-nél ezekből *Angerer* a műtét tökéletlenségét okolja az exitusért.

A közölt esetekből aránylag sok gyógyulást látunk az incarcerált herniák repositioja után keletkező peritonitiseknél.

Különálló helyet foglal el a typhusperforatio után keletkező peritonitis, mert itt a perforativ peritonitis egy a súlyos betegség által már előzőleg rendkivül megviselt organismust talált. Az egyéni eredmények itt is különbözők; mig *Kadjan*[116] 5 esete közül 1 maradt meg *Cushing*, *Osler* klinikáján 12 esetből 5-öt, tehát 41·6%-ot látott meggyógyulni. Nagyobb összefoglaló statistikákat tettek közzé *Gesselewitsch* és *Wanach*,[115] a kik 63 esetet gyüjtöttek egybe, ezek közül 11 gyógyult; *Monod* és *Vanwerts*[117] 39 esetet állitottak össze 4 gyógyulással (12%); *Shattuck*, *Collins Wanen* és *Farrar Cobb*[118] 24 typhus-esetben végeztek laparotomiát peritonitis tünetei miatt; biztos a peritonitis csak 21 esetben volt (17 esetben perforatio által előidézve, 2 esetben bélnecrosis perforatio nélkül, 1-ben mesenterialis mirigy áttörése a szabad hasűrbe), ebből 3 (14·3%) gyógyult. *Loison*[121] 90 az irodalomból gyüjtött typhusperforatio miatt operált esetéből 74 meghalt, 16 gyógyult. *Keen*[119] 158 összegyüjtött megoperált typhusperforatio esetéből 36—23% gyógyult, de azt hiszi, hogy helyes időben való beavatkozással — legalkalmasabbnak erre a perforatio utáni második 12 órát tartja — a gyógyulási arány 30%-ra menne fel. *Mauger* statistikája, mely szerint typhusperforationál tisztán belgyógyászati kezeléssel 95% a mortalitás, mig sebészi beavatkozással, ha az idejekorán történik, a betegek 23%-át megmenthetjük, is igazolja a sebészi beavatkozás jogosultságát ezen esetekben.

A női genitaliákból kiinduló peritonitisek közül a puerperalis peritonitisek gyógyulási arányát *Winckel*[123] 25%-ra teszi (20 eset kapcsán). A női genitaliákból kiinduló perforatiós peritonitisek (pyosalpinx, parametritikus tályog áttörése) műtéti eredményeire nézve l. *Beck* és *Körte* statistikáit; laparotomia után gyógyult egyes eseteket igen számosan közöltek.

A postoperativ peritonitisekre nézve is számos sikeres beavatkozás van irodalmilag közölve, azonban rendszeres összeállitást, seriesek ismertetését vagy gyüjtőstatistikát nem találtam.

Ezekben foglaltuk volna össze in nuce a peritonitis miatt végzett műtétek eredményeire vonatkozó legfontosabb adatokat; tagadhatatlan, hogy ezen eredmények még sok kivánni valót hagynak hátra, azonban bátorítók arra nézve, hogy a diagnostika finomodásával, az indicatiók felállításának tökéletesedésével, az operativ technika haladásával, az egymásnak ellentmondó methodusok kikristályosodásával a jövőben mind szebb és szebb sikereket fogunk a chirurgia ezen terén is aratni.

Könyvismertetés.

A. Schwenk: Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe in der Praxis. (Aus der Poliklinik für Haut- und Geschlechtsleiden von Prof. Dr. R. Kuttner in Berlin.) Jena, G. Fischer. 1903.

Egy rövid füzetkében, melynek felerészét 30 idevágó, rövid idő alatt (átlagos gyógytartam 8—10 hét) teljesen gyógyult eset kivonatos közlése foglalja el, szerző elitéli a kankós eredetű chronikus urethritisek mechanikus kezelését tágitással és mint panaceát a Kuttner által 1898 óta használt „Druckspülung"-ot ajánlja, melyet a tágitási „mechanikai" eljárással szemben „chemikus" eljárásnak nevez. Azonban egy pár oldallal (5. l.) később már ezen eljárásnak „dupla mechanikai" hatása van, mert egyrészt az összes a nyálkahártyára tapadó váladékot eltávolítja és egyszersmind „einen intensiven Seitendruck auf die Wandungen der Urethra ausübt". Ez pedig semmi egyéb, mint egy Oberländer-Kollmann-féle tágitás, melynek hátrányai — a gummiáthuzat és a régi eszköz által rosszul közvetített ellentállás érzése — a mai tökéletesen sterilizálható, könnyen járó, izületes eszközök okkal-móddal való használata által teljesen elesnek. A Kuttuer-féle eljárás értéke tagadhatatlan és egy józanul keresztülvitt tágitási kúrának kitünő kiegészítő szere, sőt egy előrement ilyen után is mint kisebb qualitású gyógybeavatkozás teljesen megállhatja helyét. Hiszen sokat maltraitirozott urethritisek egyszerű vizöblítésre is feltünően szoktak javulni, sőt minden kezelés nélkül is. De hogy sok év óta fennálló általános és periglandularis infiltrativ processus visszafejlesztésénél a fokozatos tágitásokat teljesen pótolhassák a „Druckspülung"-ok, azt erősen kétlem. Ez eljárás alkalmazása azonban oly egyszerű és nagyobb kézifecskendővel — még rövid urethral-katheter nélkül is — teljesen megfelelő módon végezhető, hogy a practikus orvosnak, ki nem akar költséges eszközöket beszerezni, nagy szolgálatokat fog tenni. De azért határozottan merem állitani, hogy a chronikus kankó ellen kitalált sok panacea közt ez sem a valódi; itt is, mint minden egyéb bajban, a körülmények megfontolása után individualizáló eljárás fogja a makacs esetekben a legjobb eredményt adni.

Picker Rezső dr.

Uj könyvek. *Schultze:* Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Zweite Folge. Halle a. S., C. Marhold. — *Dahlgren:* Beitrag zur Behandlung des perforirenden Magen- und Duodenalgeschwürs. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Rumpel:* Die Diagnose des Nierensteins mit Hülfe der neueren Untersuchungsmethoden. Hamburg, Gräfe und Sillem. — *Ott:* Die chemische Pathologie der Tuberkulose. Berlin, A. Hirschwald. — *Frisch* und *Zuckerkandl:* Handbuch der Urologie. Wien, A. Hölder. — *Matthes:* Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie. 2. Auflage. Jena, G. Fischer. — *Elmgren:* Über operative Befestigung der Wanderniere. Berlin, S. Karger. — *Schlesinger:* Die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen. I. Theil. Jena, G. Fischer. — *W. A. Pusey* and *E. W. Caldwell:* The practical application of the Röntgen rays in therapeutics and diagnosis. London, W. B. Saunders and Co. — *R. Douglas:* Surgical diseases of the abdomen. London, Rebman. — *F. Smith:* Modern bullet wounds and modern treatment. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Venereás bántalmak.

A „mercuriol-olaj"-ról mint új higany-injectiós készítményről értekezik *Magnus Möller* (Stockholm). Szerző abból a szempontból indul ki, hogy a legtöbb higany-injectiora használt készítményben a higany savhoz van kötve, minek következtében a szövetekben sav válik szabaddá. Szerinte e savak azon tényezők, melyek a szövetfehérjékre izgatólag hatnak s így lobot produkálnak. A savmentes higanykészítmények ily tulajdonsággal nem birnak; ennek bizonyítására felhozza, hogy a *Lang*-féle oleum cinereum jóval kisebb reactiót szül a szövetekben, mint a használatos higanysók (állandó tapasztalatból tudjuk, hogy az oleum ciner. jóval nagyobb fájdalmat okoz, mint sok higanysó, pl. a hydrarg. imidosuccinicum. Ref.). A különben kitünő hatású oleum cinereum *Lang*-nál állítólag még hatásosabb s teljesen veszélytelen szer *Möller* szerint a *Blomquist* előállította „mercuriol", mely higanyból s igen kevés magnesiumból és aluminiumból álló amalgam. Ezen amalgam vízmentes lanolin s mandola-olajjal keverve az oleum mercuriolit adja, melynek higanytartalma 90%-ig emelhető. *Möller* szerint a legkedvezőbb adagolási alakja az olajnak az, ha ugyanannyi mandola-olajjal keverjük, vagyis ha 45% higanytartalomra higítjuk. Ez utóbbi készítménynyel történt kisérletek alapján szerző annak dosisát $^1/_{20}$—$^2/_{10}$ cm^3-re állapította meg, mely adag mellett a hatás minden localis irritatio nélkül rendkivül erősnek mutatkozott. A készítménynek nagy előnye, hogy steril állapotban jut a kereskedésbe s továbbra is az marad. Az injectiók átlag öt naponként adatnak összesen 6—10 izben, egy-egy kúra tehát 4—8 hétig tart. A vizeletvizsgálatok, melyek a *Welander* által használt *Almén Schillberg*-féle eljárással történtek, arról is tanuskodnak, hogy a higanyhatás igen potrahaltan folyik le, úgy hogy e tekintetben egészen egyenértékü a hatás egyéb erélyes higanykezelési módokéval. (Archiv f. Dermat. u. Syph. LXVI. kötet, 1—2. füzet, 1903.)

Guszman dr.

Higanykúrák s néhány szájbántalom alkalmával követendő szájápolásról értekezik *J. Mueller* (Wiesbaden). Szerző véleménye szerint a higanykúráknál s szájaffectioknál oly gyakran rendelt kalium chloricum, kalium hypermang. oldatok egyáltalában nem képesek a bakteriumokat tönkretenni, mert azok erős higításuknál fogva hatástalanok. Hogy hasznot így is látunk tőlük, az onnan ered, hogy a velük való öblögetés mechanikus hatásánál fogva is gyógyít. Nem szabad különben szem elől téveszteni, hogy pl. *Sanarelli* vizsgálatai szerint a nyál is sok tekintetben igen alkalmas desinficiens a szájban, a mennyiben az igen sok pathogen mikroorganismusra nézve feltétlenül rossz táptalajt képez, úgy hogy azok csakhamar elpusztulnak benne. Más szempont alá esnek természetesen a súlyos infectión alapuló ulceratiós folyamatok. *Mueller* szájbántalmaknál, különösen pedig higany-kúrák alatt szájöblögetésre már évek óta a wiesbadeni „Kochbrunnen" vizét használtatja, mely a czélnak teljesen megfelel s azért igen alkalmas, mert egyrészt üditő hatású, másrészt egészen indifferens a kalium chlor. mérgező hatásával szemben. Újabban szájöblögetés czéljából, valamint fogtisztításra 40%-os fogpastát alkalmaz, mely a „Kochbrunnen" sóiból készül. Szerző szerint e pasta sokkal alkalmasabb s jobb a széltében használt *Beiersdorf*-féle 50%-os kalium chloricum-fogpastánál, mely eltekintve jó hatásától, egyáltalában nem tartható indifferens készítménynek a szervezetre nézve. Nevezetesen azt tapasztalta, hogy hosszas használat folyamán chronikus gyomorbántalmakat (dyspepsia) okoz. A vérre ható mérgező tulajdonságuk miatt újabban *Kobert* is ellenzi a chalium chlor.-pasták használatát. A *Mueller* által ajánlott Kochbrunnen-pasta gazdag konyhasótartalmánál fogva a lueseseknél gyakran jelenlevő leukoplakia ellen is igen jó hatású, a mi nem valószinűtlen, mert csak utalnunk kell *Bockhart* vizsgálataira, melyek szerint a konyhasós öblögetések e bántalom megszüntetését idézik elő. (Dermat. Zeitschft. X. kötet, 3. füzet. 1903.)

Guszman dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A tannalbin gyermekek nyári hasmenése ellen kitünő szolgálatokat tesz; következő módon rendelhető: Rp. Tannalbini (Knoll) 0·3—0·5: Calomelanos 0·005. M. f. p. D. tal. dos. No. X. S. Naponként 3—4 port rizsnyákban. Három hónapos korig az adag 0·3 gramm, ezentúl 0·5 gramm.

A Riedel-féle „Kraftnahrung" rendkivül jóizű, jól záró dobozban korlátlan hosszú ideig eltartható, nagyon könnyen emészthető, a testsúlyt gyorsan gyarapító por, mely a szervezet felépítéséhez szükséges összes anyagokat (szénhydratok, fehérjék, zsirok, nucleinok, sók, stb.) természetes, változatlan alakban tartalmazza. Előre megemésztett anyagokat, melyek újabb vizsgálatok szerint a bélre izgatólag hatnak, nem tartalmaz. Alkatrészeit a maláta oldható szénhydratjai és a tojássárga tápláló anyagai képezik. *Siedler* szerint nagyon jó eredménynyel használható gyermekek, betegek, üdülők táplálására, a kik közönséges tápszereket még nem képesek feldolgozni. Evőkanalanként adandó vízben, tejben, kávéban, sörben, levesben, pépekben, tésztákban stb. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1903. 53. szám.)

Alkoholcellit. Ismeretes az alkohol-kötések kedvező hatása különböző lobos folyamatoknál, a mennyiben a mérsékeltebb lob visszafejlődését, a már súlyosan megbetegedett szövetnek pedig feltünő gyors szétesését, hig genyet tartalmazó tályog képződését eredményezi. A „Bayer und Co." elberfeldi czég alkoholcellit elnevezéssel egy új kötöző-anyagot hozott forgalomba, melyet a kieli egyetemi sebészeti poliklinikán 37 esetben használt *Reinking*. Előnye a közönséges alkohol-kötéssel szemben, hogy az alkohol lassabban párolog el; ennek következtében főleg ambulans betegeknél használható, míg a súlyosabb esetekben, a melyek klinikai kezelést igényelnek, czélszerűbb a közönséges alkohol-kötéseket alkalmazni, mert ezeknek mégis erélyesebb a hatásuk, az alkohol gyorsabb elpárolgása folytán szükségessé váló gyakoribb kötésváltoztatás pedig a klinikán nem okoz nehézségeket. (Inaug.-Dissertation, Kiel, 1903.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 30. szám. *Jancsó Miklós:* A lép- és visszérpunctio jelentősége a hasi hagymáz bakteriologiai kórismézésénél. *Kiss Gyula:* A prostata gyuladásos bajairól és azoknak gyógyításáról.

Orvosok lapja, 1903. 30. szám. *Weisz Ferencz:* A kankós (blennorrhocás) rheumatismusról. *Kallós Jenő:* A spinalis gyermekbénulás sebészi kezeléséről.

Budapesti orvosi újság, 1903. 18. szám. *Siklóssy Gyula:* A gyenge látóságot és vakságot szinlelők leleplezése. *Böke Gyula:* Az adhaesiv dobüreghurutról. *Krepuska Géza:* I. A dobüreg és melléküregeinek idült genyes és sarjadzó lobja kapcsán fejlődött, a hangvezetőt nagy mérvben szükitő hyperostosisok mütett esete. II. A két külső hallócsont elsődleges osteomyelitise. *Halász Henrik:* A külső hangvezető mellső falának ásitás folytán létrejött repedése.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 30. szám. *Breier* és *Seiller:* A castratio befolyása nőstény állatok vérére. *Hofbauer:* Eddig ismeretlen sejtelemek állandó előfordulása az emberi placenta chorionbolyhaiban és az embryotrophok. *Schmidt:* Sajátságos serodiagnostikai tünemény (amorph agglutinatio). *Kapsammer:* Az enuresis kezelése epiduralis injectiókkal.

Wiener medizinische Presse, 1903. 29. szám. *Edgren:* Az úgynevezett ideges szivbajok. *Kienböck:* A könyökizület változatai, patella cubiti és processus anguli olecrani. *Popielski:* Az emésztőmirigyek működésének czélszerűsége.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 30. szám. *Politzer:* Módszer a sebüreg gyors elzárására a csecsnyújtvány feltárása után. *Kelling:* A rosszindulatú daganatok aetiologiájához. *Neumann:* A tertiaer syphilis. *Englisch:* Betokolt húgykövek. *Pick:* A hepatogen dyspepsia kérdéséhez. *Fellner:* A heveny fertőző betegségek öröklése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 30. szám. *Stern:* Az agglutinatio értéke a typhus diagnosisában. *Halpern:* Adat a kisérletes albumosuria kérdéséhez. *Müller:* Egyszerű módszer az organikus és psychikus okokból eredt érzési és mozgási zavarok megkülönböztetésére az ujjakon. *Berger:* Acut psychosisok pathogenesise. *Beard:* Embryomák és más daganatok.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 30. szám. *Kolle* és *Gotschlich:* A bakteriologiai choleradiagnostika és a Koch-féle cholera-vibrio specificitása. *Criegern:* Adat az edényrendszer ideges eredésü megbetegedéseinek ismeretéhez. *Bloch:* Klinikai-haematologiai közlések. *Alter:* Vesegenyedés esete. *Saalfeld:* Diabetes és bőrbajok. *Saft:* Eclampsia miatt végzett vaginalis császármetszés a terhességben.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 30. szám. *Salant:* Strychnin kimutatása a vastagbél tartalmában.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 28. szám. *Franke:* A paraffinprothesisek technikájához.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. junius. *Bechterew:* Foglalkozási jellegű kóros félelem („Angst des Sakramenttragens bei Priestern"). *Devaux:* A lumbaris punctio és a cytodiagnosis.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 14. kötet, 6. füzet. *Krüger:* Az urogenital-tuberculosis kezelése, különös tekintettel a Klebs-féle tuberculocidinre és seleninre. *Malfatti:* A kreatininkiválasztás praemortalis fokozódása. *Kollmann:* Javitott négyosztatú dilatatorok.

La semaine médicale, 1903. 29. szám. *Lejars:* A sebészi therapia „in extremis".

Journal médical de Bruxelles, 1903. 29. szám. *Joteyko:* Az adrenalin és néhány más mirigytermék befolyása az izomösszehúzódásra.

Archives générales de médecine, 1903. 24. szám. *Fleig:* A secretin és a sav szerepe a pancreas elválasztó működésében. *Mendel:* Légzési elégtelenség tüdőgümőkórban. *Rénon:* Jobboldali latens rekesz alatti pleuritis szivbajosoknál. *Noé:* A constipatio orvoslása. 25. szám. *Michon:* A malaria prophylaxisa chininnel. *Follet:* Immunitás alkohollal szemben. *Mauté:* Puerperalis infectio és appendicitis. *Duclaux:* Appendicitis szövődött súlyos esete. *Marion:* A térdkalács törései. *Delherm:* Elektromos lavement.

Bulletin général de thérapeutique, 145. kötet, 22. és 23. füzet. *Bardet:* Hypersthenias dyspepsiások táplálása. *Le Blond* és *David:* A vanadiumsav használata, különös tekintettel a gynaekologiára. *Rénon:* Enteritis tuberculosa kezelése methylenkékkel. *Chevalier:* Az adrenalin. *Triboulet:* Az alkohol mint tápszer. *Raffray:* A hygiene jelentősége neuro-arthritises betegségekben. *Thomas:* A theocin. 146. kötet, 1. füzet. *Bardet:* Hypersthenias dyspepsiások táplálása.

Revue de médecine, 1903. 6. füzet. *Gallavardin* és *Varay:* Az agy, kisagy és gerinczvelő másodlagos rákja. *Féré:* A csók hygienéje. *Escomel:* A mandolák és az uvula gümőkórosoknál. *Péhu:* Nycturia cardio-vascularis bajokban. *Bonnet:* Veleszületett aortaszükület az isthmus táján. *Carrière:* A metabenzamidosemicarbazid (cryogenin) gyógyászati értéke.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903. 6. füzet. *Jonitescu:* Lichen scrophulosorumot és keratosis pilarist utánzó miliaris peripilaris syphilidek. *Audry:* Az idült körülirt és az egyszerű heveny disseminált lichen együttes előfordulása.

The lancet, 1903. II. 1. szám. *J. Rose Bradford:* A Bright-kór. *J. Frank Payne:* Orvostörténelmi adatok. *Lauder Brunton:* Dysenteria és bélvérzés. *L. G. Guthrie:* A chloroform kedvezőtlen hatása gyermekeknél. *F. May Dickinson Berry:* Testileg gyenge gyermekek tanítása. *H. A. Lediard:* Az epehólyag-átfúródás kezelése invaginatióval *D. Noel Paton:* A terhesség alatti táplálkozás befolyása a magzat súlyára. *H. de R. Morgan:* Penészgombák befolyása arsen-összeköttetésekre. *Carstairs C. Douglas:* Az ortol-reactio a nyers tej megkülönböztetésére a főtt tejtől. *G. Singer:* Syphilises rheumatoid affectiók. *J R. Gibson:* Az egyik emlő túltengése. *W. J. Collins:* Teljes suprapubikus prostatectomia esete. *G. E. Herman:* Dermoidokkal szövődött terhesség esetei.

British medical journal, 1903. julius 11. *H. T. Butlin:* Bárzsing-diverticulum nyolcz műtett esete. *J. Mackenzie:* Az appendicitis természete és tünetei. *H. D. Rolleston* és *A. J. Jex-Blake:* Hányás rectalis táplálásnál. *H. J. Curtis:* Hólyaghernia inguinalis herniával. *W. G. Spencer:* Nagy idegek megrövidítésének szükségessége amputatiókor. *R. M. Simon:* Neuralgia brachialis. *Th. Oliver:* Agydaganat miatt 8½ év előtt műtett beteg története. *H. Rhodes:* A lumbaris punctio értéke a mindennapi gyakorlatban. *W. Merth Strong* és *C. G. Seligmann:* A vérsejtszámlálás új módja. *Middleton Connon:* A gümőkór kezelése jodoformmal. *E. Laurie Robinson:* Császármetszés esete. *W. Jobson Storne:* A halántékcsont-gümőkór diagnosisa és sebészi kezelése. *H. Waldo:* A májvisszerek infectiosus thrombosisa okozta ascites. *J. J. Douglas* és *W. G. Stone:* Paraffin-injectioval kezelt méhelőesés esete.

Edinburgh medical journal, 1903. julius. *P. M'Bride:* Kisérletek a Dunbar-féle szénaláz toxinnal és antitoxinnal. *R J. A. Berry:* Adat a mellkas boncztanához. *R. Jardine:* Sóinfusiókkal kezelt eclampsia öt esete. *E. Bramwell:* Meralgia paraesthetica esete. *Wm. Cotton:* A Röntgenkép némely sajátossága. *S. Vere Pearson:* Latens empyema a gyermekkorban. *J. F. Sutherland:* Megemlékezések a madridi congressusról. *A. E. Barker:* A Talma-féle műtét módositása.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. julius 31.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 28. hetében (1903. julius 12-dikétől julius 18.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Élveszületett 395 gyermek, elhalt 320 egyén, a születések tehát 106-tal multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 26·0. — Halálozások aránya száma: 1000 lakosra 21·0, az egy éven felüli lakosságnál: 16·4, az öt éven felüli lakosságnál: 15·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 12, gümős agykérlob 10, agyguta 9, ránggörcs 5, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 10, hörglob 3, tüdőlob 17, hurutos tüdőlob 5, mellhártyalob 4, tüdővész 46, tüdőlégdag 2, bélhurut 38, májbajok 5, hashártyalob 5, kizárt sérv 0, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 16, gyermekaszály 0, aggaszály 15, rák 18, méhrák 3, egyéb álképlet 2, gümős bajok 7, kanyaró 8, vörheny 10, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 4, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 2, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 4, gyilkosság 0, öngyilkosság 8, baleset 5, erőszakos, kötes 3. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3157 beteg, szaporodás 902, csökkenés 925, maradt e hét végén 3134 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi julius 12-dikétől julius 18-dikáig terjedő 28. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 102 (107), vörheny 46 (54), álh gége- és roncsoló toroklob 37 (32), hökhurut 9 (6), gyermekágyi láz 1 (0), hasi hagymáz 7 (6), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 3 (14), vérhas 1 (0), orbáncz 21 (17), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (4), trachoma 2 (5), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⊕ **A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt** f. év szeptember hó 10-dikén kezdődik. Bővebb felvilágositást nyujt Konrádi Dániel dr. Kolozsvár, Trefort-utcza 8. sz. (Egyetemi kórtani intézet).

× **Kinevezés.** A nagykállói elmegyógyintézetben megüresedett másodorvosi állásra a belügyminister *Gárdos Henrik* dr.-t nevezte ki.

= **Megválasztások.** *Gyengő Ignácz* dr.-t parádi körorvossá, *Javkovits Milán* dr.-t bácsföldvári községi orvossá megválasztották.

/ **Ünnepeltetés.** *Berger Ferencz* dr. Hódmezővásárhely tiszti főorvosa tiszteletére nyugalomba vonulása alkalmából a város intelligentiája julius 18-dikán fényes ünnepélyt rendezett.

□ **Győry Tibor** dr. egyetemi magántanárt a barcelonai orvosi akademia levelező tagjául megválasztotta.

△ **Erdey Gyula** dr. nőorvos, a II. sz. női klinika volt I. tanársegéde f. évi augusztus hó 1-jétől IV. ker., Eskü-tér 9. sz. alatt lakik.

⚔ **Ritoók Zsigmond** dr. lakását V., Fürdő-utcza 4. szám alá tette át.

⚔ **A kolozsvári vándorgyülésre** újabban bejelentett orvosi és gyógyszerészi előadások a következők: *Epstein László* dr.: A gyakorló orvos feladata az elmegyógyászat terén. *Fejér Gyula* dr.: A tarsus egy sajátságos megbetegedéséről. *Halász Henrik* dr.: Teljes orrgarat elzáródás gyógyult esete. *Kélly László* dr.: Mennyiben állitható fel a punctio indicatioja régibb exsudatumoknál a kryoskopia alapján. *Patzauer Felix* dr.: Néhány jól sikerült parafin-prothesisről. *Porosz Mór* dr.: A kankó prophylaxisáról. *Rózsavölgyi Mór* dr.: A budapesti orvosi kör országos segélyegylete és annak tovább fejlesztése. *Weyner Emil* dr.: Anyajegyek gyógyitása elektrolysissel. Bejelentettek még előadásokat: *Böke Gyula* dr., *Hajós Lajos* dr., *Herczel Manó* dr., *ifj. Klug Nándor* dr., *Kovács Ödön* dr., *Manninger Vilmos* dr., *Varsághy Zoltán.*

⊕ **Az Országos Orvos-Szövetség** szeptember 13-dikán fogja ezidei évi congressusát megtartani. Tárgyai: Elnöki megnyitó, titkári jelentés és az igazgató tanács inditványai a nyugalomdij és segélyző intézmény és a közegészségi törvény revisioja tárgyában. Kedvezményes vasúti jegyek dolgában augusztus 21-dikéig Ritoók Zsigmond dr. titkárhoz (Budapest, V., Fürdő-utcza 4.) kell fordulni.

— **Az alföldi népsanatorium** ügye, melyet egyelőre 100 beteg számára Gyula város határában, a város által ingyen felajánlott 30 hold erdőben fognak felépiteni, ismét előbbre haladt. Lukács György főispán Kuthy Dezső dr.-ral és Czigler Győző műegyetemi tanárral a napokban tartotta meg a helyszini szemlét és a helyet minden tekintetben alkalmasnak találták. Czigler tanár szülővármegyéje iránt való szeretetből ingyen vállalta el a sanatorium tervezését.

+ **A belügyminister** kiadásában megjelent, Magyarország elmebetegügyét az 1902. évben tárgyaló füzet szerint az ország összes intézeteiben 1902-ben összesen 9554 elmebeteg ápoltatott, a kik közül gyógyultan 646, javultan 1261 távozott.

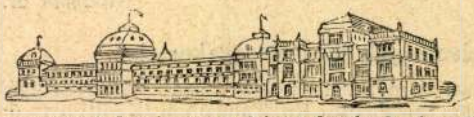
+ **Fürdőink személyforgalma.** *Tarcsa* VII/21. 632. *Iglófüred* VII/19. 310. *Bártfa* VII/23. 2437. *Uj-Tátrafüred* VII/24. 805. *Tátrafüred* VII/21. 1046. *Tátra-Széplak* VII/23. 625.

○ **A Bródy Adél-kórházban** az 1902. évben 15,805 gyermek részesült orvosi segitségben, mint benntlakó fekvő beteg pedig 1052 gyermek ápoltatott.

☒ **Megjelent.** *Váli Ernő* dr. összeállitásában a budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának évkönyve. Budapest. 1903. — *Sugár K. Márton:* Gussenbauer Károly. Orvosi Hetilap. 1903. — *Hollós István* dr.: Adatok a paralysis progressivához Magyarországon. Budapest. 1903. — *Heller Ágost:* A physika története a XIX. században. II. kötet. Természettud. Társ. kiadványa. 1902. — *Kaufmann:* Kórbonctan. II. kötet. Orvosi Könyvkiadó-Vállalat. 1903.

△ **Elhunyt** *Schuller Gábor* dr. ókanizsai községi orvos 52 éves korában julius 22-dikén. *Farkas Sándor* dr. fővárosi gyakorló orvos 90 éves korában Budapesten.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (1903. április 20-diki ülés.) 504. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (I. szak ülés 1903. évi január hó 30-dikán.) 504. l.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(1903. április 20-diki ülés.)

Elnök: **Epstein L.** Jegyző: **Hudovering K.**

(Vége.)

II. A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris egy esetének makroskopos agykészítménye.

Schaffer Károly: Bemutató utal arra, hogy *Sachs* ezen bántalomra nézve az agyvelő abnormis fejlődési és morphologiai viszonyait fontosnak tartja. Ezt az első hazai esetben (Mohr M. közlése) nem észlelte, de talált egy, az egész központi idegrendszerre kiterjedő súlyos degenerativ folyamatot, mely legintensivebb a nagy agyvelőben volt. S ezen eset kapcsán és ez esetre való érvényességgel bemutató ama nézetének adott kifejezést, hogy a Sachs-féle id. am. fam. egy ab ovo rendes fejlettségű agyvelőt is megtámadhat egy oly folyamat képében, mely sok tekintetben az amyotrophiás lateralsclerosissal egyezik; erre utalt azon tény, hogy a pyramis-pálya, valamint a gerinczvelő elülső szarva részben florid, részben befejezett elfajulás szövettani képét nyujtotta.

Jelen esetből bemutatja a bal féltekét (formalin-keményítés) és a következő pontokat emeli ki:

1. A Reil-féle sziget az operculum által nincsen egészen eltakarva, úgy hogy a szigetnek két kis tekervénye szabadon látható.

2. A fissura calcarina nem ered a félteke medialis, hanem domborulati felszinén.

3. A fissura calcarina és parieto-occipitalis egybefolyásából eredt közös hasadék nem respectálja az isthmus gyri Hippocampit, hanem ezen átvágva belétorkollik a fissura Hippocampiba.

4. A fiss. par.-occ. szokatlanul mélyen vág a félteke domborulatába, mi által a majomagyvelőhöz hasonlóvá lesz.

5. A praecuneuson található harmadlagos barázda, a s. subparietalis mintegy folytatása a sulc. callosomarginalisnak; ez a barázda ugyanis két ágra hasad: az egyik felfelé hajlik, hogy a gyrus paracentralist határolja, a másik az eredeti s. call.-marg. egyenes folytatása s mint ilyen a sulc. subparietalisnak felel meg. Egy feltünően mély és a rendes viszonyokkal ellenkezve átszeli a gyrus fornicatust, mi által a s. fornicatushoz igen közel jut, de abba nem szakad belé.

6. Végül kiemeli, *Sachs*-sal egybevágóan, hogy esetében a fő- és elsődleges barázdák szokatlanul mélyek.

Ezek alapján bemutató nézete, hogy egy nem rendes agyvelő szenvedte el a folyamatot. Az eset kórszövettani részleteiről csak később fog felvilágositást adhatni; tapasztalatai alapján azonban azt hiszi, hogy a *Sachs*-féle megbetegedés nem egy az idiotismusnál szereplő hypo- vagy agenesise az agyvelőnek, hanem egy akár normális, akár morphologice rendellenes agyvelőn a csecsemőkorban fellépett elfajulási folyamata a központi idegrendszernek.

Grósz Gyula (vendég), kinek osztályáról való ezen eset, a klinikai részről ad felvilágositást. Jelen eset a negyedik észlelése, miért is *Sachs* nézetét acceptálja, hogy t. i. a betegség nem nagyon ritka. A készitmény egy 17 hónapos izr. csecsemőtől származik, ki 7—8 hónapos koráig rendesen fejlődött; ekkor megszünt a fejlődés, apathiás lett. A kilenczedik hónapban a felső végtagokon görcsök és nagyfokú hyperacusia léptek fel. A beteg az első látásnál a jellemző képet mutatta: előrehajlitott fej, bárgyú tekintet, petyhüdt végtagok; láták középtágak, renyhén reagálnak; spasmus az alsó végtagokban, fokozott patellar-reflexek, mindkét oldalon Babinski-féle jel; hiányzó bőrreflexek. Szemfenéki kép: a papilla helyén egy fehér, a macula lut. helyén egy megypiros folt. Pulsus 140. Hő rendes.

A következő három napon a hőmérsék 38·2, 38·5 és 39·0°. Harmadnapon a gyermek meghalt; kórboncolat eredménye — eltekintve az agytól — negativ.

Szóló megjegyzi, hogy ezen eset az általa észlelt II. és III. esettel együtt ugyanitt közölve lesz.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1903. évi január hó 30-dikán.)

Elnök: **Lőte József.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Marschalkó Tamás** ismét bemutatja azon **multiplex dermatomyomában szenvedő betegét**, kit czelőtt 3 évvel, 1900. május havában már egyszer bemutatott a szakülésnek, a midőn az esetből származó górcsői készitményeket is demonstrálta, a melyek kétséget kizárólag igazolják, hogy a bántalom ez esetben a praeexistáló bőrizomzatból és pedig az *arrectores pilorumból* indult ki. Az esetet azóta a külföldi szakirodalomban is közölte és most csak épen azért rendelték be ismét pár napra a klinikára, hogy az azon idő óta mutatkozó esetleges változásokat észlelhessék. A bántalom azonban egyáltalában nem változott, egészen ugyanazon állapotban van, mint 3 év előtt, legfeljebb pár újabb apró göbcse lépett fel, ugyancsak megvannak és nem mutatnak semmi csökkenést a naponta több izben hirtelen beálló fájdalomparoxysmusok sem.

b) *Marschalkó Tamás* az 1899. év tavaszán már egyszer bemutatott M. T.-né, 41 éves, zágrai születésű nőbeteget mutatja ismét be, ki **rhinoscleromában** szenved. Tudvalevőleg már 1897. őszén mutatott be egy *rhinoscleromában* szenvedő férfibeteget a szakülésnek és ennek a sorsáról is referálni kiván. Az illető kolozsvári lakos lévén, bemutatót igen érdekelte *Róna* közleményei után megkisérteni, vajjon a scleromás szövet szomszédságában lévő nyirokmirigyekből kitenyészthetők-e a tokos bakteriumok s ezért az említett férfibeteg lakását nagynehezen kinyomozva, 1902. márczius havában berendelték a klinikára, a midőn is kitünt, hogy az illetőnél a scleromás folyamat az orrüregben hátrafelé terjedt és már a lágy szájpad is beszűrődött volt; a jobb oldalon egy circa diónyi beszűrődött nyirkmirigy volt kitapintható; sajnos, hogy az illető semmiképen sem volt rábirható, hogy beleegyezzék a mirigy eltávolitásába, de még a mirigy egyszerű punctiojába sem akart beleegyezni, hanem a klinikáról eltávozott. Pár hét előtt értesültünk róla, hogy az illető elhalt, a nélkül, hogy sectiora került volna, miután ebbe hozzátartozói semmi szin alatt sem voltak hajlandók beleegyezni.

Ily körülmények között az említett kisérlet megejtésére csak a második, most bemutatott rhinoscleromás beteget használhatták fel, a kinél azonban a scleromás folyamat 4 év óta, a midőn narcosisban gyökeres kiirtást végeztek, úgy látszik megállapodott, illetve nem terjedt hátrafelé; az orr alsó része besüppedt, az orrnyilások alig lúdtollvastagságúak, az orrüreg hátsó része ellenben épnek látszik tükörvizsgálatnál is, hasonlókép a lágy szájpad és garat is. Az orrüreg kaparékából azonban rhinoscleromabacillusok még mindig kitenyészthetők voltak és pedig a 2%-os agar-agaron való szélesztés után a thermostatban már harmadnapra jellegző culturák fejlődtek, a gelatinaszélesztésnél ellenben csak a 8-dik napon indult meg a tenyészet. Ezen betegnél csak egy nagyobb, kb. nagy babnyi áll alatti mirigy volt kitapintható, a mely narcosisban eltávolittatván, a mirigy bennékéből agar-agarra és gelatinára szélesztettek, azonban a lemezek teljesen sterilek maradtak, úgyszintén nem fejlődött semmi a mirigyből vágott és agar-agar felületére tett szeleteken sem. A mirigy szövettani vizsgálata folyamatban van.

Távol áll a bemutatótól, hogy ezen egy negativ leletből következtetéseket vonjon, vagy épen *Róna* leletét vonja kétségbe, annál is inkább, mert a scleromás folyamat ez esetben — mint említve volt — úgy látszik, egyelőre megállapodott és mert bemutatóunk a VII. német bőrgyógyászati congressuson alkalma volt *Róna* készitményeit látni és megerősitheti, hogy azok a bakteriumok, a melyeket *Róna* a scleromás betegektől származó nyirkmirigyek metszeteiben demonstrált, tényleg teljesen megfelelnek a scleromás szövetekben található bacillusoknak. Igaz, hogy a nyirkmirigy szövettani képe *Róna* készitményeiben jellegző scleromás elváltozásokat egyáltalában nem mutatott, mert azokat a sejteket, a melyeket *Huber* mint „Mikulicz"-sejtekhez hasonló képződményeket mutatott be, bemutató nem tarthatja Mikulicz-sejteknek; addig pedig a rhinoscleromabacillusok jelenlétének pathologikus jelentősége a „metastatikus" mirigyekben nincsen minden kétséget kizárólag bebizonyitva. További vizsgálatok lesznek hivatva *Róna* kétségen kivül iden érdekes leleteinek jelentőségét közelebbről megvilágitani és bemutató igen örülne, ha később, vagy a most bemutatott eset kapcsán — ha a scleromás folyamat idővel tovább terjed — vagy pedig esetleg egy új eset kapcsán, a melyet a véletlen észlelése alá kerit, még egyszer lenne alkalma a kérdéshez hozzászólni.

2. **Brandt tnr. echinococcus** miatt mütett betegeknek több esetét mutatja be és ennek kapcsán kiemeli, hogy e betegség más országokban, hol az emberek a taenia echinococcusban szenvedő állatokkal, különösen kutyákkal érintkeznek, gyakran szokott előfordulni (Island szigetén a lakosság 15%-a szenved benne). Nálunk a ritkaságok közé tartozik, évek telnek, mig ismételten találkozunk egy-egy esettel.

Az embernél a betegség tudvalevőleg akként fejlődik ki, hogy a kutyák ürülékében lévő peték tápanyagainkhoz, főkép kerti zöldséghez tapadva, emésztő szerveinkbe jutnak és itt, főkép a gyomorban, a pete elveszíti külső hüvelyét s a kiszabaduló scolexek horgocskáik segitségével belekapaszkodnak a bél falába, vagy a nyirk- és vérkeringés útján a szervezet különböző szöveteibe jutnak, nagyobb ré-zt a v. portaen át a májba, minélfogva az echinococcus-cystáknak majdnem a felét a májban találjuk. A másik felének a székhelye az agy, szemgödör, tüdő, szív, lép, vese, csont, peritoneum, kötőszövet, húgy-ivarszervek. Az echinococcusnak két alakja van: uni- és multilocularis, utóbbit előadó, mint a ritkaságok közé tartozót, csak egy izben látta a belek peritonealis lemezén. Az egymással összefüggő és legfeljebb kis almanagyságú cysták egy közös kötőszöveti ágyban fekszenek, fejlődésük akként történik, hogy az elsődleges cysta egy

fiatal stadiumában, még mielőtt fala tömörebb összeállást nyert volna, kifelé nő, az egyes cysták egymástól lefűződnek, de egymáshoz való közel égüknél fogva a képlet igen sokszor alveolaris szerkezetet nyer. Az egyrekeszű echinococcus gömb- vagy tojásalakú, mogyorónyi, emberfejnyi tömlőt képez, mely a májban annak mélyebb rétegeiben vagy felelütén fekszik, utóbbi esetben néha vékony kocsánynyal is bir, a mi radicalis műtétre alkalmassá teszi. A cysta benneke többnyire vizszerű, híg, majdnem színtelen és fehérnyét rendesen nem tartalmazó, a borostyánkő reactioját adó folyadék. (Zavaros és fehérnyetartalmú csak akkor, ha többször lobosodás ment előre.) A folyadékban majd szabadon úszkáló, majd pedig a fal felületéhez tapadó borsónyi, tojásnagyságú fiókcysták találunk, igen gyakran ezernyi számban. A fal helyenként erősen vékony, hol is néha kiöblösödik, helyenként pedig megvastagodott s akkor sokszor porczösszeállású. Szerkezete réteges, egy mm.-nyi vastag, alvadt fehérnyéhez hasonló, lemezekre osztható külső réteg, mely jellemzetes az echinococcus-cystára, különben kivülről némelykor meglehetősen erős kötőszöveti burokkal van körülvéve. A bennékben górcső alatt rendesen megtaláljuk a horgocskákat; a hol azok, nemkülönben a fiókcysták hiányzanak, ott sterilis alakról beszélünk.

Keletkezése észrevétlenül történik és lassan nő s különösen akkor, ha valami indifferens organumban van, semmi kellemetlenséget sem okoz a betegnek. Súlyosabb tünetek csak akkor állanak elő, ha fontosabb szomszédszervekre nyomást gyakorolva, ezeknek működését lényegesen megzavarja. Ha a májban van, teltség, nyomás, feszülés érzete mutatkozik a máj és a gyomor táján, miként ezt bemutató esete is bizonyítja. Ha valamely nagyobb idegtörzs szomszédságában van s arra nyomást gyakorol, nagyfokú fájdalmak, görcsös izomösszehúzódások támadnak, miként azt másik bemutatott esete bizonyítja, hol az echinococcus-tömlő a lumbalis tájon feküdve, a plexusra gyakorolta a nyomást.

A májban székelő echinococcus gyakran emésztési zavarokat (hányás, hasmenés) idéz elő. Icterus annál fejlődik ki, a mely az epeutakat elzárja. Ha a mollüreg felé nő, nehézlégzést és szivpalpitatiót okoz s beáll sápadt, piszkos bőrszin kiséretében a cahexia.

Sokszor keletkeznek kisebb-nagyobb lobok benne, megfelelő lázak kiséretében. Ily lobok fellépése alkalmával áttörés is jöhet létre a falon és ha ez a gyomorba vagy bélbe, vagy bármely physiologikus űrbe történik, a melynek kivezető csöve van, akkor az echinococcus meg is gyógyulhat spontan, midőn benneke ily módon kiürül s burka teljesen obliterálódik.

Ily kimeneteleknél tett tapasztalatokon épült fel operativ gyógykezelése. Ha az áttörés a szabad hasűrbe vagy mellűrbe, vagy véredénybe történik s benneke genyes, pyaemikus folyamatok kiséretében halál következik be.

A diagnosis néha nehéz, máskor könnyű, különösen a tapintásnál megjelenő rezgési zörej alapján, mely azonban nagyon sokszor hiányzik. A daganat rendesen lapos félgömbalakban jelenik meg, fluctuál és fájdalomnélküli addig, míg lobosodások nem állottak benne elő. A fluctuatio néha nehezen vagy egyáltalában nem mutatható ki, ha vastag rétegek fedik a tömlőt és különben is nagyon feszes. Differentialis diagnosis szempontjából a májban előforduló carcinomától megkülönböztethető az által, hogy ez tömör összeállású, nyomásra fájdalmas tumorokból áll, gyorsan nő, mirigyinfiltratio és cahexia kiséretében. Hydronephrosisnál a vizeletvizsgálás vezet eredményre, továbbá az, hogy a tumor fix, míg az echinococcus a lélegző mozgásokat kiséri. A mi a májtályogokat illeti, megjegyzi, hogy másodlagos módon, különösen pyaemiánál előfordulókon kivül idiopathikus májtályogot még nem látott s tudomása szerint a melegebb éghajlat alatt szoktak ezek előfordulni.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

15381/1903. szám.

A vármegyei főispán úrnak folyó évi 553. számú rendeletével nyert felhatalmazás alapján a nyugdíjazás folytán megüresedett s Rahó székhelylyel rendszeresített **tiszavölgyi járásorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen 1040 korona évi fizetés és 600 korona évi utazási átalánynyal javadalmazott járásorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I.-t.-cz. 1. és 9. §-ainak s a vármegyei ügyviteli szabályok 3. illetve 4-dik §-aiban foglalt rendelkezéseknek megfelelően felszerelt kérvényeiket báró Roszner Ervin dr. főispán úrhoz, **a mai naptól számitott 15 napon belül** annyival inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Máramarossziget, 1903. évi julius hó 23-dikán.

Szabó Sándor, alispán.

A **szegszárdi Ferencz-közkórházban egy alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi augusztus hó 20-dikáig** nagyméltóságu gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitás. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1903. évi julius hóban.

2—1 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

4664/1903.

Szentetornya községben rendszeresitett **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Az orvosi oklevelet és eddigi alkalmazást igazoló bizonyitványokkal felszerelt pályázati kérvények **hozzám folyó évi augusztus 31-dikéig** annál inkább beadandók, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembe nem vétetnek.

A megválasztandó orvos köteles az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ában meghatározott teendőket ellátni, ezen teendők teljesitéséért fizetése: 1. szabad lakás, mely áll 3 szobából, mellékhelyiségekből és kertből, 2. évi 1200 korona készpénz, 3. 300 korona évi fuvarátalány, melyből hivatalos teendőinek ellátása alkalmából szükséges fuvart előállitani tartozik.

Vagyonosoktól szedhető látogatási dijai: *a*) saját lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér, *b*) a beteg lakásán ingyen fuvaron felül nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér.

A megválasztandó orvos kézi gyógytártartási jogra számithat.

Orosháza, 1903. julius 23-dikán.

Ambrus Sándor, főszolgabiró.

1482. sz.

Háromszék vármegye miklósvári járásához tartozó Árapatak, Előpatak, Erősd, Hidvég, Bölön, Nagyajta, Középajta és Miklósvár községekből **Hidvég** székhelylyel alakitott közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Javadalmazás: a szabályszerüleg megállapitott látogatási dijakon kivül 1200 kor. fizetés, 200 kor. lakpénz és 200 kor. utazási átalány.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1880: I. t.-cz. 9 §-a illetve 1876: XIV. t.-cz. 143 §-a szerint felszerelt kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 27-dikéig** hozzám nyujtsák be, mert a később beadandó pályázatokat nem fogom figyelembe venni.

A választást folyó évi augusztus hó 31-dikén délelőtt 10 órakor fogom Hidvég községházánál megtartani.

Nagyajta, 1903. julius 16-dikán.

3—2 *Zathureczky Kálmán*, főszolgabiró.

1975/1903. sz.

Hajdú vármegye **Hajdúhadház** községben megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1. Törzsfizetés 808 kor., 2. Irodai átalány 80 kor., 3. 4 öt tüzifa helyett 80 kor., 4. Természetben kiszolgáltatandó lakás, 5. Látogatási dijak: *a*) A község belterületén az orvos lakásán vizsgálás és vényirásérl nappal 50 fillér, éjjel 1 korona, *b*) A község belterületén a beteg lakásán vizsgálás és vényirásért nappal 1 korona, éjjel 2 korona, *c*) A község határához tartozó tanyákon látogatásért és vényirásért a természetben kiszolgálandó fuvaron kivül nappal 2 korona, éjjel 4 korona, saját fuvarjáért 5 kilometerig 2 koronát, 5 kilometeren túl 4 koronát számithat fel, *d*) Halottkémlésért 40 fillér, *e*) Látleletért 4 korona.

Teendői: a községi betegeket gyógykezelni, a vagyontalanokat ingyen, halottkémlést, himlő-oltást s a rendőrorvosi teendőket teljesiteni, az első orvost akadályoztatása esetén helyettesiteni.

Az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy a 1883. évi I. t.-cz. 9 §-a illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143 §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 14-dikéig** annyival inkább nyujtsák be, mert a hiányosan felszerelt, vagy elkésetten érkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választást folyó évi augusztus hó 14-dik napján d. e. 9 órakor fogom Hajdúhadház községházánál megtartani.

Hajdúböszörmény, 1903. julius 18-dikán.

2—2 *Nemes Zoltán*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
aug. 3	kórh. s. o.	Arad	1800 k., lakás	Dálnoki Nagy Lajos alispán
„ 15	kórh. s. o.	Nyitra	1400 k., lak., élelmezés	Markhot alispán Nyitra
„ 15	körorvos	Maros-Illye	1000 k., 500 k. ú. á.	Hőhn Károly szbiró Maros-Illye
„ 20	kórh. alo.	Székesfehérvár	1000 k., élelm., lak.	Fiáth Pál főispán
„ 20	körorvos	Darócz	1200 k., 100. k. lakp.	Szabady Tivadar fszb. Okland
„ 20	körorvos	Radosócz	1200 k., 400 k. ú. á.	Frideczky főszolgabiró Holics.

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

Negyvenhetedik évfolyam. 32. szám. *Budapest, 1903. augusztus 9.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

Báron Jónás: A cseplesz üszkösödése. 506. lap.

Szily Pál: Indicatorok alkalmazása állati folyadékok vegyhatásának meghatározására. 509. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhüdéseknél és zsugoroknál. 510. lap.

Ihrig Lajos: Sebkezelés biologiai alapon. 513. lap.

Tárcza. Lenhossék Mihály: A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése. 515. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Kopits Jenő**: A gümős csigolyagyuladás gyógyitásának mai állása. 516. lap. — *Könyvismertetés. Prof. Dr. Adolf Schmidt*: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Ewald*: Az atypusos typhusok. — *Deucher*: Táplálás a végbélen át. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schandlbauer*: Aspirin. — *Swoboda*: Tussis convulsiva gyógyitása aristochinnel. — *Folyóiratok átnézete.* 517—518. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezés. — A XI. bruxellesi hygieniai és demographiai congressus. — A szabolcsvármegyei „Erzsébet" közkórház. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Békés vármegye közkórháza. — A budapesti poliklinika. — Fürdőink személyforgalma. — Syphilis átoltása anthropoid majomra. — A heidelbergi egyetem ünnepe. — Megjelent. — Elhunyt. 218. lap. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég: Protylin „Roche", új kitünő tonicum czimü prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A cseplesz üszkösödése.

Báron Jónás dr., magántanár-főorvostól.[1]

Azon gyakori eseteken kivül, melyekben a sérvben kizárt bél és cseplesz üszkösödnek, vannak: 1. oly esetek, melyekben cseplesz mint a sérv egyedüli tartalma szenved üszkösödést és 2. olyanok, melyekben, bár a kizárt sérv tartalmát bél és cseplesz képezik, a kizárt bél életképes marad és csak a cseplesz üszkösödik.

A cseplesz üszkösödésének oka az esetek két utóbbi categoriájában csak a csepleszre gyakorolt nyomás, vagy a cseplesz vongálása külső és belső sérvben lehet.[2] Aránylag nem ritkák azon esetek, melyekben a sérvműtétet septikus hashártyalob követi, melyet a hasüribe visszahelyezett üszkös cseplesz és elő nem esett folytatása, vagy a sérvbe előesett csepleszsnek csonkolása után annak a hasüribben maradt üszkös folytatása okozott. Ide tartozik következő esetem:

O. Anna, bosáczi születésü, 50 éves, férjezett, budapesti lakos, napszámosnő, 1900. február 1-jén délben 12 órakor vétetett fel osztályomra. 8 év óta volt baloldali czombsérve, mely gyakran előesett, de visszahelyezhető volt; sérvkötőt viselt. 3 nap előtt ismét előesett, azóta nem birja visszahelyezni. A sérv fájdalmas, széke a jelenlegi kizáródás óta naponta 1—2-szer, utoljára 1 órával felvétele előtt volt. 3 nap óta csuklik. Arcz fakószinü, szemek kissé beesve. Baloldali gyermekökölnyi, önkényt és nyomásra fájdalmas czombsérv, mely tompa kopogtatási hangot ad. Hő és érverés rendes. Sérvműtét délben 1/2 1 órakor narcosisban. A sérv, tartalmat nagy diónyi, tömött, sárgás-szürkés cseplesz képeztemely a hasürbe ujjvastagságú zsineg alakjában folytatódott. A kaput tágítottam, a csepleszt, a mennyire lehetett, előhúztam, úgy hogy a hasüribből mint a sérvtartalmat képező csepleszsnek folytatása egy körülbelül 10 cm. hosszú, ujjvastagságú, tömött, szürkés sárga csepleszzsineg került elő, melyet centralis részén catguttal lekötöttem, a lekötés alatt a csepleszt lemetszettem. A sérvtömlőt is nyakán lekötöttem, a lekötés alatt lemetszettem. A kaput, valamint a bőrsebet selyem csomós varratokkal zártam. Délután hő rendes, érverés 100. Beteg csuklik, has nem fájdalmas, éjjel 3-szor hányt. Február 2-dikán néhányszor hányt, hő rendes, délelőtt érverés 96, szelek nem mennek, néhányszor hányt. Has baloldalt érzékeny. Február 3-dikán hő reggel 35·5°, érverés 90; a has baloldalt érzékeny, a beteg csuklik, nem hány, icterus; délután hő 36·1°, érverés 92, nyelv száraz, has bal fele igen érzékeny, szelek nem mennek. Február 4-dikén icterus fokozott, érverés fonalszerü. Délelőtt 11 órakor meghalt. A bonczolat általános septikus hashártyalobot mutatott, mely a csepleszsnek egy megvastagodott, keményebb, szürkés-zöldessárga, lekötési catgut-csomókat mutató baloldali részéből indult ki. Nyilvánvaló, hogy a septikus hashártyalob már a műtét előtt megvolt.

Előfordulhatnak azonban esetek, melyekben daczára annak, hogy a sérvműtét alatt csonkolt csepleszsnek hasüri folytatása a további lefolyásban üszkösödöttnek mutatkozik, a beteg meggyógyul, mert a cseplesz elhatároltatott, illetőleg elhatárolva maradt. Kórházi gyakorlatomban 1900 óta négy ily esetem volt:

1. K. Etel, újfehértói születésü, 33 éves, tiszaroffi lakos, korcsmáros neje 1900. november 4-dikén jobboldali czombsérve műtéte végett vétette fel magát osztályomra. A jobboldali czombhajlatban, mióta emlékszik, van sérve, mely a nagy szeméremajakra is terjedt. Sérvkötőt viselt, melylyel még 1 hónap előtt

[1] Előadta a budapesti kir. orvosegylet sebészi szakosztályában 1903. április 16-dikán.

[2] Rokitansky, Lehrb. der pathol. Anat. 3. köt. 3. kiad. 143. lap.

vissza birta a sérvet tartani. De azóta nem tudja visszahelyezni. Jelen van jobboldali lúdtojásnagyságú czombsérv, mely tompa kopogtatási hangot ad, tartalma tömött. Van azonkivül tyúktojásnagyságú sérve a köldök felett, mely szintén tömött tapintatú tartalommal bir. Minthogy a menstruatio közbejött és fájdalmai is voltak hasában, különösen jobboldalt, a czombsérv műtétét csak november 22-dikén végeztem, narcosisban. A sérvtartalmat diónagyságú, sárgás, tömött cseplesz képezte, melynek kisujjvastag nyaki része a sérvkapuval köröskörül erősen össze volt nőve. A csepleszt a kapu alatt catguttal lekötöttem, a lekötés alatt lemetszettem, a sérvtömlőt is a nyakig eltávolítottam, a bőrsebet bevarrtam, egyik zugába jodoformgazecsíkot vezettem. Másnap szelek mentek. Deczember 1-jétől 18-dikáig a hő reggel 37·7° és 38° közt, este 38° és 39·7° közt ingadozott. Deczember 6-dikán menstruatio, a hasban a seb felett erősebb ellentállás, ott gyakorolt nyomásra a sebben büzös, zöldesbarna híg folyadék mutatkozik. Deczember 7-dikén hányásinger. Deczember 8-dikán a sebből felfelé a hasba vezető járat találtatik, mely ujjvastag draint enged bevezetni; délben borzongás, este hő 39·3°, érverés 126. Deczember 9-dikén reggel a hő 38°, érverés 110; délben 1 óra hosszat tartó hideglelés, több izben hányt, állandó hányásinger, este hő 39·7°, érverés 120. Éjjel nem hányt. Deczember 10-dikén közérzet jobb, délután hő 38·8°. Deczember 14-dikén, 16-dikán, 17-dikén egyszer-egyszer hányt. *Deczember 18-dikán délután két ujj vastag sötétbarna büzös csepleszrész volt a sebben, mely legfelső részén leköttetett, a lekötés alatt lemetszetett. Kiterítve a lemetszett cseplesdarab 35 cm. hosszúnak, legnagyobb szélességében 17 cm. szélesnek mutatkozik.* Deczember 25-dikén d. e. 12 órakor borzongás, mely ½ óráig tart; utána a hő 39·2°. Deczember 28-dikán a cseplesz lekötési fonala levált. 1901. január 19-dikén több izben heves görcsös fájdalmak a jobb csipő és a köldök táján, melyek morphium-befecskendésre szünnek. Márczius 14-dikén a köldökfeletti sérv operáltatott narcosisban. A sérvtömlő sok zsírszövettel volt fedve, sérvtartalom nem volt. A tömlő lemetszetett, az ujjvastag sérvnyilás, valamint a bőrseb selyemcsomós varratokkal záratott. A sérv helye alatt egy másik kisujjvastag sérvnyilás, mely ugyanily módon záratott. Délután beteg kétszer csuklott, szelek nem mennek, hányásinger, este háromszor hányt. Márczius 15-dikén csuklik, szelek nem mennek, délután 2-szer hányt, többször csuklott. Márczius 16-dikán délután fájdalom mindkét hypochondriumban, mely morphin-befecskendésre szünik, este szelek mennek, éjjel nagy fájdalom a hasban, mely márczius 17-dikén reggel szünik; akkor szelek mentek, jól érezte magát. Márczius 19-dikén szék. A köldöksérvek sebjei per primam gyógyultak. Április 5-dikén d. u. 6½ órakor rázóhideg, mely 15 perczig tart, utána a hő 38·5°. 1901. junius 5-dikén gyógyultan bocsáttatik el. A czombsérv hegje erős. Köhögésre ott bél nem tolul elő.

2. St. Berta, süttői születésű, 27 éves, vámos-mikolai lakos, kereskedő neje, 1901. február 5-dikén vétetett fel osztályomra. 1½ év óta volt sérve a jobb czombhajlatban, mely állítólag mindig visszahelyezhető volt. 4½ hó óta a has jobb felében görcsös fájdalmai voltak, melyek csak 10 nap előtt multak el; ott 4 hét óta daganatot érez. Körülbelül 4 hét előtt bélelzáródás tünetei mutatkoztak: csuklás, böfögés, székrekedés állottak be. Akkor tőle művi abortussal 5 hónapos magzatot vettek el. Ezután néhány napig véreset vizelt. A bélelzáródás tünetei pár nap alatt megszüntek, de a sérvet azóta nem birták visszahelyezni. Jelen állapot: Tyuktojásnagyságú jobboldali lágyékcsepleszsérv, felette az alhasban egy két ökölnagyságú, gömbölyű, egyenletes felületű, tömött, a méhhel össze nem függő, szabadon mozgatható daganat érezhető. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Február 9-dikén délelőtt műtét narcosisban: A sérvtömlőt sok túltengett sejtszövet boritja, a tömlő fala egyes helyeken 2, más helyeken 5 mm. vastag. Tartalmát régi odanőtt cseplesz képezi. Tekintettel arra, hogy a hasüri daganat a sérvben levő cseplesznek folytatása lehetett, hogy utóbbinak nyaki része a sérvtömlő nyakát bedugaszolta, a sérvtartalmat képező cseplesznek a kapu helyén való lekötésére és a lekötés alatt lemetszésére szoritkoztam, a túltengett sejtszövetrétegeket eltávolitottam, a seb egyik zugába jodoformgazeszalagot tettem, a bőrsebszéleket egyesitettem. Február 9-dikén napközben 3-szor hányt, többször böfögött, csuklott, nyelv nedves volt. Éjjel 3-szor hányt. Műtét után szelek mentek, néhány napig néha csuklik, 11-dikén reggel hányt, a hüvelyből kevés vérzés. Február 12-dikén torka fáj, borzongás, délután hő 39·1°, este 38·3° (angina follicularis). Február 26-dikán a sérvnyilásból geny ürült ki, 5 cm. hosszú 10-es angol számú drain vezettetett a hasürbe, melyből márczius 13-dikán körülbelül ½ liter barna büzös folyadék ürült ki. *Márczius 14-dikén a sérvnyilásból kis ökölnyi, fekete, büzös cseplesz-darab távozott el. Azóta a hasdag nem érezhető. Márczius 19-dikén egy 6 cm. hosszú, kisujjvastag üszkös cseplesz-darab távozott el.* Április 5-dikén délelőtt 2 órán át fázott, este hő 38·5°. Április 6-dikán d. e. 1 órán át hideglelés, délután hő 38·8°. Április 7-dikén reggel hányt, délben 10 perczig borzongás, délután hő 38·1°, érverés 120. Április 9-dikén délután 2 órán át fázott, délután hő 38·4°, érverés 120. Láz (d. u. 38·2°—38·4°) április 11-dikéig tartott, azután 24., 26., 27. és 28-dikán d. u. 38·4°—38·4° volt a hő. *Május 8-dikán lúdtojásnagyságú üszkös cseplesz ürült ki.* Junius 6-dikán a beteg saját kivánatára elbocsáttatott sipolymenettel, melybe 6 cm. hosszú drain volt bevezethető. Otthon néhány hónap mulva teljesen gyógyult. Körülbelül egy évvel ezelőtt a kórházban jelentkezett. A hasban daganatnak nyoma nem volt. Mint orvosa nekünk nem rég irta, jelenleg sem érezhető dag, azóta rendes terhessége és szülése volt; a jobb czombhajlatban újra sérv képződik.

3. E. Henrik, 36 éves, budapesti születésű és lakos, nős, kereskedő, 1901. április 1-jén reggel ½2 órakor vétetett fel osztályomra. 7 év óta van baloldali lágyéksérve, mely jelenleg diónagyságú, visszahelyezhető; sérvkötőt mindeddig viselt. 3 nap óta a sérv tája fájdalmas, azóta széke nem volt, szelek mentek. Márczius 30-dika óta több izben hányt. Márczius 31-dikén este beöntésre 3-szor volt szék és mentek szelek. Jelen állapot: Nagy diónyi baloldali lágyéksérv, mely tompa kopogtatási hangot ad, tapintásra cseplesztartalmazónak mutatkozik. A sérv tája nyomásra és önkényt fájdalmas. Hő rendes, érverés 100. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Szemek kissé beesettek. Felvétel után sérvműtét narcosisban: A sérvtartalom kis kemény tömött, különben rendes küllemü cseplesz volt. Ezt előrehúztam, a kapu alatt lekötöttem, ez alatt lemetszettem, a sérvtömlő nyakát szintén lekötöttem és a lekötés alatt lemetszettem. A lágyékcsatornát Bassini szerint bevarrtam, a bőrseb széleit szintén varrattal egyesitettem. Délután a hő 37·3°, érverés 102—108; 2-szer hányt, többször böfög és csuklik, nyelv nedves, szelek nem mennek, a has a seb felett érzékeny. Jégtömlő a hasra, 3 óránként 2 csepp tinct. opii; este 7 órakor érverés 112—116, 9 órakor hő 37·1°, érverés 102, ismét 2-szer hányt. Április 2-dikán délelőtt hő 36·1°, érverés 102. Éjjel sokszor csuklott és böfögött, 3-szor hányt, hajnal óta kevesebbet böfög és csuklik, szelek nem mennek, a seb tája kevésbbé érzékeny. Délután 36·2°, érverés 116. Az nap 4-szer hányt, kevesebbet csuklott. Nyelv nedves, has puffadt, a seb felett érzékeny, szelek még nem mentek (hashártyalob). Este 6 órakor valeriana-főzet beöntésben 3 adagban. Április 3-dikán délelőtt hő 36·2°, érverés 114. Tegnap este óta 6-szor kapott camphorinjectiót a bőr alá. Szelek mennek, csuklik, böfög. Reggel ½5 óra óta nem hányt. Meteorismus csökkent, délután ½3 órakor coffein bőr alá, délután hő 35·7°, érverés 108. Egyszer hányt, szelek mennek, kevesebbet böfög és csuklik, champhorbefecskendés, d. u. 6 órakor valeriana csőrében, este hő 35·8°, érverés 108.

Április 4-dikén reggel hő 36·2°, érverés 96. Éjjel egyszer kevés tejet hányt, sokkal kevesebbet csuklik, szelek mennek; délután hő 36·3°, érverés 94, nem hány, keveset csuklik, szelek mennek, közérzet jó. Április 5-dikétől 13-dikáig hő és érverés rendes. Április 5-dikén éjjel egyszer kevés tejet hányt, alig csuklik, április 8-dikán keveset csuklik. Április 9-dikén beöntésre szék. Április 10-dikén a bőrvarratok eltávolittattak, a külső varratok alatt kis felületes tályog, drain. Április 13-dikán d. u. 4 órától ½5-ig kissé fázott, hő 38·5°, érverés rendes. Április 14-dikétől 16-dikáig hő délután 38° és 38·6 közt ingadozik, április 16-dikán délelőtt ¾11-kor is volt 38·2°. Április 17-dikén reggel hányt, néha csuklott. 3-szor volt lágy széke. Rendelés: chinin. sulf. 0·15 és extr. hyosciami 0·015 háromszor naponta; a hasra Priessnitz-borogatás. Hashártyalob még fennáll. Április

18-dikán széke volt, 19-dikén a meteorismus kisebb, d. e. 4-szer volt széke, d. u. 1-szer, hő és érverés rendes, meteorismus megszünt, közérzet jó. Április 22-dikén saját kivánatára elbocsáttatott, a további kezelés Farkas Dániel dr. alorvosra bizatott. A seb majdnem teljesen be volt hegedve, mikor *a beteg május 14-dikén székletétel után érezte, hogy a végbélnyilásból puha, szalagszerü képlet lóg ki. Ezt megfogta és kihúzta. Egy körülbelül 50 centimeter hosszú, helyenként ujjvastag, a középen 6 centimeter széles, a végeken vékony és keskeny, helyenként piszkos-szürkés és barnás csepleszdarab volt.* Junius 21-dikén sebe teljesen be volt hegedve.

A kiürített csepleszdarabot f. é. márczius végével *Feldmann Ignácz* dr. tanársegéd úr is megvizsgálta és a következőkben irja le: „A köteggé összecsavarodott szövettömeg — alkoholból kivéve — 53 cm. hosszú és legfeljebb 6 cm. széles lemezzé terithető ki, melynek egyik végén mintegy 20 cm. hosszú, 1—3 cm. széles és 2—5 mm. vastag, laza, sárgás zsírszövetet kapunk. Az utóbbi mintegy ½ mm. vastag, többszörösen átlyukadt, ínfehér, rostos hártyával áll összefüggésben, melynek szélei szennyes-barnás (üszkös) czafatokkal vannak ellátva és a mely úgy tetszik, mintha részben az említett zsírtömegről vált volna le. E hártya rostos kötőszövetből, nagyobbára azonban apró, fehér (necrotikus) zsírlebenykéket tartalmazó pókhálószerü szövetből álló lemezbe folytatódik; sőt a szövettömegnek másik körülbelül 20 cm. hosszú, végső darabja csakis ilyen hálószerüen likacsos és kendermag-lencsényi, részben egymással összefolyó, lapos, fehér zsírlebenykékkel egyenlőtlenül behintett, 2—5 cm. széles lemez által képviseltetik, melynek széléről szintén szennyes-barnás czafatok lógnak le. Bélfalnak nyoma sem szabad szemmel, sem a különböző helyekről készitett metszetek górcsövi átvizsgálásánál nem találtatott. A szövettömeg tehát, ha különösen annak pókhálószerü részét és a zsírszövetnek egyenlőtlen elosztását veszszük figyelembe, omentumnak tekinthető. Mint Feldmann dr. úrtól értesültem, a kérdéses szövettömeg *Genersich* tanár úr véleménye szerint is csepleszdarabnak felel meg.

4. S. Regina, munkácsi születésü, 61 éves, békési lakos, kereskedő neje, 1902. augusztus 12-dikén vétetett fel osztályomra. 32 év óta van jobboldali czombsérve, sérvkötőt néha viselt. A sérv 2 évvel ezelőtt kizáródott, akkor visszahelyezés sikerült. 1902. évi augusztus 9-dikén este újra kizáródott a sérv, azóta annak helyén fájdalmai vannak. Augusztus 9-dikén délben utoljára volt széke. Ugyanazon idő óta szelek nem mennek, néhányszor hányt. Kórházba felvétele előtt a visszahelyezés több izben kiséreltetett meg. Jelenállapot: Jobboldali ökölnyi czombsérv, mely dobos kopogtatási hangot ad, fájdalmas, taxis nem sikerül. Gyakori böfögés. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, hő és érverés rendes. Műtét felvétel után narcosisban: Sérvtömlő nagyon megvastagodott, alsó részében a nyak alatt egy 2 cm. hosszú, hosszirányú repedés, melyen egy 10 cm. hosszú sötétpiros fénylő bélkacs búvik ki. A sérvtartalmat ezzel együtt 20 cm. hosszú ilyen bélkacs és a sérvtömlővel több helyt összenőtt, gyermektenyér nagyságú, helyenként sárgás-szürkés színü, tömöttebb cseplesz képezte. A bélkacs a kapu tágitása után visszahelyeztetett, azután a cseplesz a tömlőről leválasztatott, 3 cm.-nyi hosszban előrehuzatott és minthogy ily magasságban rendesnek mutatkozott, ott két részben leköttetett, ez alatt elmetszetett, csonkja visszahelyeztetett, a sérvtömlő a nyakon szintén két részben leköttetett, alatta lemetszetett, azután a kapu 3 csomós selyemvarrattal záratott, a bőr sebszélei egyesittettek. Műtét közben széke volt. Délután hő és érverés rendes, széke volt. Augusztus 13-dikán szelek; hő és érverés augusztus 18-dikáig rendesek. Az nap délután hő 38·9°, érverés 96, a bőrvarrat megnyittatik. *Augusztus 28-dikán több 10—12 cm. hosszú és kisebb üszkös csepleszdarabok távoznak.* Október 1-jén szépen sarjadzó sebbel bocsáttatott el, melynek alján egy nyilás a kisujjat befogadó 4—5 cm. hosszú hasi ürjáratba vezetett. Otthon még 3½ hónapig kezeltetett, míg sebe teljesen begyógyult. Ez alatt a hasürből a csepleszsnek két lekötési fonala távozott el. 1903. márczius elején bemutatta magát. A jobboldalon sérvrecidiva nincs, baloldalt mogyorónyi czombsérv van.

Ezen gyógyulással végződött 4 eset közül az 1-söben már műtét előtt voltak a has megfelelő oldalában fájdalmak; a 2-dikban a hasürben műtét előtt volt daganat, mely az üszkös cseplesz kiürülésével eltünt. A 3-dik esetben már a műtét előtt voltak jelen körülirt hashártyalob tünetei. E három eset egyikében sem találtatott bél a sérvtömlőben. Ezekben ép úgy, mint az első helyen közlött esetben, mely halállal végződött, ki van zárva, hogy a csepleszüszköt gangraenosus bélből kiinduló infectio okozta. Ugyanez áll a 4-dik esetre, melyben a kizárt bél életképesnek bizonyult és igy a csepleszüszök ez esetben is csak oly tényezőből magyarázható, mely egymagára a csepleszre hatott.

Hogy a halálos kimenetelü esetben septikus hashártyalob már a műtét előtt volt, kétséget nem szenved. Vajjon a többi 4 esetben műtét alatt történt-e infectio és ez mennyiben volt befolyással az üszkösödési folyamat menetére, biztonsággal nem mondhatni. De eltekintve attól, hogy az első három esetben a hasüri cseplesz kóros elváltozásának tünetei már műtét előtt jelen voltak, tény az, hogy műtét alatti infectio, mely pl. a cseplesz lekötésére használt catgut- vagy selyemfonalakból indulhat ki, a cseplesz gyuladását,[1] de nem üszkösödését okozhatja.

Ha a csepleszre, mint sérvtartalomra, a külső sérv kapujának szélei gyakorolnak nyomást, ha ezen cseplesz vongáltatik vagy csavarodást szenved, a vérkeringés nemcsak a sérvtartalmat képező csepleszrészben, hanem ennek hasüri folytatásában is fennakadhat, megszünhetik. Ez esetben úgy az egyik, mint a másik üszkösödhetik és gyógyulás csak úgy lehetséges, ha a hasüri cseplesz a külső sérvtömlőnek egy belső folytatásában van, azaz, ha inguino- vagy crurointraabdominalis sérv van jelen, vagy ha a hasüri csepleszrész lobgát által betokoltatik. Meglehet, hogy a leirt esetek közül a 2-dikban a hasüri daganat nem volt egyéb, mint az elzárt cseplesz hasüri folytatását tartalmazó belső sérvtömlő.

A szerint, a mint a nyomás jelentékenyebb vagy csekélyebb, egész csepleszdarab vagy pedig több kisebb-nagyobb csepleszsziget üszkösödhetik el. Ez összhangzásban van azon ténynyel, hogy a záródás által létrejött bélüszök is egyes ritka esetekben nem az egész kizárt bélkacsra terjed, hanem csak annak szigetenként elszórt egyes kis részeire szorítkozik, a mire 1886-ban az „Orvosi Hetilap"-ban megjelent értekezésemben egy idetartozó eset közlése kapcsán utaltam.

Azon körülmény folytán, hogy a 3-dik esetben az üszkös cseplesz a bélhuzamba jutott és a végbélen át üríttetett ki, azon kérdés merülhetne fel, vajjon az üszkös cseplesz nem képezte-e talán bélinvaginatio részét, mely az invaginált bélrészszel együtt üszkösödött és azután a végbélen át ürült ki. Az, hogy a csepleszszel együtt bélrész nem ürült ki, nem hozható fel az invaginatio ellen, ha egyáltalában lehetséges, hogy cseplesz az invaginans és invaginatum közé kerüljön. Mert az invaginált bélrész külön kiürülhetett a nélkül, hogy azt a beteg vagy más valaki észrevette volna. De eltekintve attól, hogy a kórbonczlani és a sebészi irodalomban oly esetre, melyben béllel cseplesz is invaginálttatott volna, nem akadunk, a jelen esetben a végbélen át kiürített üszkös csepleszrész oly nagy tömeget képez, hogy annak az intussusceptio két része közé való férkőzését nem tarthatom lehetségesnek. E szerint a 3-dik esetet is csepleszüszkösödésnek kell kijelentenünk, még ha el is tekintünk attól, hogy ez esetben a cseplesz a végbélből oly későn ürült ki.

A többi 3 gyógyult esetben az üszkös hasüri csepleszrész, miután a körülötte meggyült geny a sérvnyilásból kiürült, ez utóbbin át volt eltávolitható. Lehet azonban oly eset is, hol a hasüri csepleszt környező lobgáton belül, illetőleg a külsővel közlekedő belső sérvtömlőben az üszkös cseplesz körül meggyült geny nem tör át a sérvnyiláson, hanem, miután a lobgát, illetőleg a belső sérvtömlő a hasfallal lobos beszüremkedés által összetapadt, a hasfalat elődomborítja. Ily esetben hasmetszés, az üszkös cseplesz helyén lehet javalva. E műtét belső sérv csepleszének üszkösödése esetében egyedüli mentő eszköz maradna.

[1] L. *Braun H.* Über entzündliche Geschwülste des Netzes. Arch. für klin. Chir. 63. köt. 378—399. l. és *Schnitzler J.* Über Epiploitis im Anschluss an Operationen. Wiener klin. Rundschau. 1900. 1—3. sz.

Indicatorok alkalmazásáról állati folyadékok vegyhatásának meghatározására.

Irta: *Szily Pál* dr., v. élettani tanársegéd.[1]

Ismert és újabban többször hangoztatott tény az, hogy titráló módszerekkel sóoldatok és még inkább állati folyadékok tényleges vegyhatása meg nem állapítható. Az állati folyadékokhoz analog alkalisó-oldatok savval való titrálásakor nem nyerünk más adatot, mint legfeljebb azon helyettesíthető alkalimennyiséget, mely nincs a titráláshoz használt savnál erősebb savhoz kötve, s így a különböző indicatorok használatánál különböző értékeket nyerünk.

Valamely oldat reactioját annak szabad OH, illetve H-ion mennyisége szabja meg. A szükségessé vált újabb nézetek szerint ugyanis a savak, basisok és sók oldataikban positiv és negativ ionjaikra dissociálnak. A tényleges vegyhatás alatt már most az oldat túlsúlyban levő OH, illetőleg H-ionok concentratioját értjük. Ha, mint a legtisztább vízben, a H és OH-ionok mennyisége egyforma, úgy az oldat neutralis, ha az $\overset{-}{OH}$-ionok mennyisége túlnyomó, akkor alkalikus, ha a $\overset{+}{H}$-ionoké nagyobb, akkor savi. A legtisztább vízben az $\overset{-}{OH}$, illetőleg $\overset{+}{H}$-ionok concentratioja $1{\cdot}1\times10^{-7}$ 25° C. mellett. A $\overset{+}{H}$ és $\overset{-}{OH}$-ionok száma minden vizes oldatban azon numerikus viszonyban áll, hogy concentratiojuk szorzata $1{\cdot}2\times10^{-14}$-nel egyenlő.

Erős savak és lúgok híg oldataikban majdnem teljesen dissociálva vannak, ezért erősen lúgos, illetőleg savi vegyhatásúak. Gyenge savak sói oldatában a víz, mely igen kis fokban maga is $\overset{+}{H}$ és $\overset{-}{OH}$-ra dissociálva van, tömeghatásba lép, a mennyiben $\overset{-}{OH}$-ja a só alkalijával erős lúgot képez, a mely dissociál, míg $\overset{+}{H}$-je a savionhoz társul, s azzal nem dissociáló savat képez. Ebből következik egy ilyen sóoldat lúgos vegyhatása, mely azonban érthetőleg sokkal gyengébb egy aequivalens lúgoldat vegyhatásánál. A víznek ezen tömeghatásban való szereplését és az ily módon létrejövő lúgképzést hydrolysisnek nevezik.

A hydrolysis akkor is felléphet, ha a gyenge, két vagy három vegyértékű savnak csak egy, illetőleg két vegyértéke van alkalival helyettesítve. Így a bicarbonat ($Na\,H\,CO_3$) és natriumhydrophosphat oldataiban is fellép hydrolysis, a mennyiben itt is a változatlan só mellett lúg és sav van jelen; az erős lúg által feltételezett vegyhatás azonban még kisebb fokú, mint aequivalens neutralis carbonat-, illetőleg phosphat-oldatokban.

Ha egy hydrocarbonat-oldatot szénsav átvezetésével telítünk, úgy ez által a hydrolysist, a víz behatását visszaszorítjuk és az oldat semleges vegyhatású marad, sőt savanyúvá is válhatik.

A sóoldatok vegyhatásának meghatározására több modern módszer ismeretes. Jelen kis dolgozatban a vérsavóval foglalkozván, a lúgos vegyhatás, vagyis az $\overset{-}{OH}$-ionok mennyiségét meghatározó elektrometriás módszert említem csak fel. Mindjárt megjegyzem, hogy a következőkben nem kívánok egy új módszerrel szolgálni, mely az állati folyadékok vegyhatását pontosan meghatározná, vagyis $\overset{-}{OH}$ concentratiót indicatorokkal mérni nem lehet. Mindamellett nem tartottam hiábavalónak a reactio meghatározására szolgáló eddigi segédeszközt, az indicatorokat is physico-chemiai szempontból bírálat alá vonni, mint olyant, mely a másikkal megegyező, ha nem is hajszálpontos eredményt ad.

A vérsavó reactiojának meghatározásánál a legtöbbnyire alkalmazott oly indicatorokat használtam, melyek savi jelleggel birnak. A mint a táblázatból kitünik, a leggyengébb sav a Poirrier-kék, azután az α naphtholbenzein, majd phenolphthalein, lacmus és rosolsav következnek.

[1] Előadatott a Természettudományi Társulat élettani szakosztályának 1903 április 21-dikén tartott ülésén és a Berliner Physiolog. Gesellschaft 1903 márczius 25-diki ülésén (l. Physiol. Verhandlungen, Engelmann's Archiv. 1903. 5. füzet).

	Poirrier-kék	α naphtholbenz.	Phenolphthalein	Lacmus	Rosolsav	Lacmoid	Alizarin
Sav	kék	sárga	színtelen	vörös	sárga	vörös	sárga
Lúg	vörös	zöld	vörös	kék	vörös	kék	vörös
Soda	kék	zöld	vörös	kék	vörös	kék	vörös
Bicarbona ...	kék	sárga	rózsa	kékes ibolya	vörös	kék	vörös
U. az szénsavval telítve	kék	sárga	színtelen	vöröses ibolya	vörös	kék	vörös
Szénsavmentes víz	kék	sárga	színtelen	vörös!	sárga	vörös	sárga
Víz	kék	sárga	színtelen	vörös ibolya	vörös	kék	vörös

A táblázat feltünteti az indicatorok természetét. Phenolphthalein, mely igen gyenge sav, nem dissociált állapotában színtelen, 1—2 csepp egyszázalékos alkoholos oldata lúg csekély nyomaira megvörösödik, mivel a dissociált alkali az indicator sav-ionjával egyesül szintén dissociáló natriumphenolphthaleinné, 1%-os bicarbon-oldatot rózsaszínűvé fest, mely tapasztalatomat másokéval szembeállítom. Ha azonban ez oldatot szénsavval telítjük, akkor a rózsaszín teljesen elvész, csaknem az első fölös szénsavnyom jelenlétében. Ez abban nyeri a magyarázatát, hogy a phenolphthalein a szénsavnál gyengébb sav, és utóbbi amazt alkalisóiból kiszorítja.

Még gyengébb savak az α naphtholbenzein és Poirrier-kék, melyek csak erősebb lúgnak mutatják a vegyhatását. Nehezebben dissociálnak, nehezebben vonják magukhoz az alkalit, illetőleg óriási a hydrolysisük.

Középen áll a lacmus. A tinctura 1%-os oldata a szénsavmentes vizet (Leitfähigkeitswasser) tiszta vörösre festi, minden kék árnyalat nélkül. Vízvezeték-víz, épen mint a szénsavval telített bicarbonat-oldat, vöröses-ibolya, azaz vörös, de kék *is* van benne. Ennek magyarázata az, hogy ezen sav a szénsavval csaknem egyenlő erősségű, a mennyiben alkali jelenlétében mindig elvon az ahhoz kötött alkaliból valamit.

Hasonlóan a rosolsav is, mely ezen vizsgálatok alapján a lacmusnál erősebb sav, elvon alkalit; vízvezetékvízben vörös, míg alkalimentesben sárga.

Ezen tényezőkből kiviláglik, hogy az említett különböző fokú savanyú indicatorok különböző módon alkaliérzékenyek, és fordított viszonyban savérzékenyek.

Az érzékenység fokát pontosan megadja azon legkisebb $\overset{-}{OH}$-concentratio, melynek jelenlétében az indicator első színváltozást mutat. Így azután fordítva egy színes mértékrendszerrel birunk, melynek segítségével a só oldatok vegyhatását meghatározhatjuk. Ugyanígy az állati folyadékokét is.

Állati folyadékoknál segítségünkre lehet egy általam tapasztalt tény, hogy t. i. némely indicatornál (phenolphthalein, lacmus stb.) az ionizálás felléptekor absorptiós spectrum észlelhető. Így az indicator-módszer talán színes, átlátszatlan folyadékoknál (epe, zavaros vizelet) is alkalmazható.

	Poirrier-kék	α naphtholbenz.	Phenolphthalein	Lacmus	Rosolsav
$Ba\begin{matrix}OH\\OH\end{matrix}$	1×10^{-2}	1×10^{-4}	5×10^{-5}	5×10^{-5}	5×10^{-5}
Na_2CO_3	—	3×10^{-4}	$1{\cdot}5\times10^{-4}$	$1{\cdot}5\times10^{-4}$	9×10^{-5}
$NaHCO_3$	—	—	3×10^{-3}	1×10^{-3}	3×10^{-4}
NH_4OH	—	—	$3{\cdot}4\times10^{-4}$	$3{\cdot}4\times10^{-4}$	2×10^{-4}

Az említett kisérleteknél az indicatorok concentratioja minden esetben 3×10^{-5} volt. (Az indicatorok molekulasúlya körülbelül 300 valamennyinél.) Relative oly csekély mennyiségű indicatort használtam tehát, hogy tekintetbe veendő tömeghatás részéről kizártnak tekinthető, vagyis az oldatban levő savak és lúgok közötti egyensúlyt meg nem zavarja.

Lúgnak szénsavmentes barytot használtam. (Tekintetbe kellett még vennem, hogy a leggyengébb indicator-savak alkalisói [pl.

phenolphthaleinnatrium] könnyen oxydálódnak, ezért a színes oldatot soká várnunk nem szabad).

Említésre méltónak tartom még azon tényt, hogy az indicatorok a színváltozást a titrált basis anyagi minőségétől függetlenül, csakis az $\overline{OH}$ ion-concentrationak megfelelőleg mutatják. Pl. phenolphthalein az első színváltozást mindig körülbelül 5×10^{-5} $\overline{OH}$ concentratio mellett mutatja, függetlenül attól, hogy ezen $\overline{OH}$-ionok mennyisége $BaOH$, NH_4OH vagy Na_2CO_3-tól származott.

	C aequ.	C $\overline{OH}$
$Ba(OH)_2$	5×10^{-5}	5×10^{-5}
Na_2CO_3	$1{\cdot}5\times10^{-4}$	$5{\cdot}2\times10^{-5}$
NH_4OH	$3{\cdot}4\times10^{-4}$	$7{\cdot}1\times10^{-5}$
$NaHCO_3$	3×10^{-3}	$1{\cdot}1\times10^{-5}$

E táblázat első rovata a különböző lúgoknak és sóknak azon aequivalens concentratioit tünteti fel, a melynél phenolphthalein először mutat rózsaszínt, míg a másik rovat az ezen oldatokban foglalt $\overline{OH}$-ionok concentratioját adja meg.

Ezen OH-concentratiók a Shields által elszappanosítási kisérletek útján meghatározott hydrolysis-állandó, illetve az NH_4OH-nál annak Hantsch által meghatározott dissociatio-állandója segítségével lettek kiszámítva. Az utóbbi rovat adatainak csak nagyságrendje egyező, a mi azonban az ily kényes meghatározásoknál fellépő kisérleti hibákat tekintetbe véve, eléggé kielégítőnek mondható.

A *vérsavóban* az indicatorok ugyanoly vegyhatást mutatnak, mint a milyet a szénsavval telített bicarbonat-oldatban:

α naphtholbenzein .	sárga
Poirrier-kék . .	kék
phenolphthalein . .	színtelen (nagyobb mennyiségben színtelenül kiválik)
lacmus	vöröses ibolya
rosolsav	vörös
lacmoid	kék
alizarin	vörös.

Ebből világosan kiderül, hogy a vérsavóban *soda semmi esetre sem lehet jelen*. Vegyhatása az indicatorok tanusága szerint okvetlenül 5×10^{-5} $\overline{OH}$ nál kisebb, a mi azonban még nem bizonyítja, hogy $\overline{OH}$ tartalma még kisebb nem lehet, a mint azt a pontosabb módszer kiderítette.

A vérsavó tehát a neutralitás határán belül mutatkozik az indicatorokkal való szemléléskor is.

De egy másik tényt is lehet a színes módszerből következtetni.

A methylorange-indicator alkalisó, mely lúgos, de közömbös közegben is sárga, és csak 6×10^{-4} savi közegben teljesen rózsaszínü. A vérsavót sárgán mutatja.

Szénsavmentes víz methylorangera sárga, szénsav átbocsátására rózsaszínbe megy át. Ezt vérsavóban el nem érhetjük, de bicarbonatban sem.

A vérsavó phenolphthalein ellenében $\frac{N}{10}$ NaOH-val sötétvörös színig titrálva 0·035 N savnak felelt meg. Szénsavmentes víznek ugyanezen szín elérésére 5×10^{-4} lúgra volt szüksége. Ebből a vérsavónak egy tulajdonsága volt következtethető: a resistentiája alkalival szemben, mely ez esetben 70-nek volt mondható $\left(=\frac{350\times10^{-4}}{5\times10^{-4}}\right)$.

Methylorange ellenében a vérsavó úgy viselkedett, mint 0·232 N-lúg, midőn $\frac{N}{10}$ savval vörös színre titráltam. Víznek ugyanezen szín elérésére 6×10^{-4} savra volt szüksége. Ebből a vérsavónak savresistentiája folyik, melyet $\frac{1960}{6}=327$-tel fejezhetünk ki.

Hasonló nagyfokú sav- és lúgresistentiát mutat a szénsavval telített bicarbonat oldat is. A vérsavó tehát nemcsak közel közömbös vegyhatású, hanem igyekszik is ezen vegyhatását *megtartani* savi vagy lúgos behatások ellenében. E tulajdonsága biztosítja a szövetekre nézve bizonyára nem indifferens neutralis vegyhatását.

Ha a vérsavóban az anionokat és kationokat összeszámítjuk, annak osmotikus analysisét végezvén, a kationokat túlsúlyban lévőknek találjuk. Minthogy a vérsavó reactioja közömbös, a fehérjének mint többbasisú savnak kell szerepelnie, hogy a fölös alkalit megkösse.

Összefoglalván azon eredményeket és következtetéseket, melyeket az indicatorokkal való szemlélés szolgáltat, a következő tételek állíthatók fel:

1. Az indicatorok 5×10^{-5} $\overline{OH}$ és 1×10^{-4} $\overset{+}{H}$ jelenlétét képesek jelezni.

2. A vérsavót ezen neutralitás határán belül esőnek indikálják. A vérsavó sodát nem tartalmazhat, csak szénsavval telített bicarbonatot; a fölös alkalit a fehérjének kell hasonló módon lekötnie.

3. A vérsavó hatalmas resistentiát fejt ki savi és lúgos behatások ellenében, vagyis igyekszik a neutralis vegyhatását megtartani.

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

A mi a deformitás corrigálását illeti, azt mindenesetre az ínműtét előtt kell végezni. Többen fordítva cselekszenek, bizonyára nem okszerűen. Hiszen ahhoz nem kell magyarázat, hogy az úgyszólván újjonnan képzett izomnak és ínnak jövendő tevőleges működőképessége akkor a legelőnyösebb, ha az a tagnak középállásában mérsékelt feszülésben van, melyből active megrövidülhet, antagonisták hatása alatt pedig megnyúlhat. Igy van ez rendes viszonyok között is. Más kérdés az, hogy a correctio közvetlenül az ínműtét előtt történjék-e, vagy ezt hosszabb idővel megelőzze? Erre nézve több szempont irányadó. Az egyiket már felemlítettem, hogy t. i. némely esetben az izomzat regenerálásának elősegítésére czélszerű a ferdeséget jóval előbb corrigálni. A másik a vérkeringési viszonyokból indul ki. Régen fennálló zsugorok és elferdülések correctioja, melyek csontokban, szalagokban, bőnyékben alakváltozásokat és zsugorodásokat okoztak, csak nagy erőszakkal, zúzódások, repedések és szakadások kiséretében vihető ki. Az ínműtéti sebek gyógyulása biztosítottabb, ha a műtéthez correctio által okozott keringési zavarok kiegyenlítődése, azaz vérömlenyek felszívódása, vizenyős duzzanat lelohadása után fogunk. Nagyobb fokú izommegrövidüléseknél a tenotomia vagy az ín plastikai megnyujtása is ilyenkor végzendő, már a correctio teljessé tétele szempontjából is. Az elmondottakból önként következik, hogy ha az izmok hosszasabb kezelésére nincs szükség, és ha a csontváz, izom- és szálagkészülék részéről jelentékeny akadályok nem várhatók — a mit a redresszáló kisérletek ellenében kifejtett ellenállásból meg lehet itélni —, akkor ugyanazon alkalommal történhetik az ínmeghosszabbítás, a redressemet és az ínáthelyezés.

Magának a műtétnek előkészítése főképen az asepsis biztosítására irányul. Igaz, hogy nem egy eset ismeretes, midőn beállott genyedés daczára is a végeredmény kielégítő, sőt kitünő lett; igy a Gönczy esetében, vagy Vulpius egy betegénél, hol az ijesztő mérvü genyedés ellenére az áttett izom kifogástalanul működött. Némelyek még úgy is vélekednek, hogy az inak erősebb összeforradására nézve bizonyos reactio még előnyös. Mindazonáltal a műtét tárgyát adó, tagadhatatlanul renyhébb anyagcseréjü testrészeken és fertőzésre oly fogékony inakon és ínhüvelyeken végzett műtéteknél a csiramentesség szükségessége annyira nem szorul bővebb megokolásra, hogy annak elérésére minden rendelkezésünkre álló eszköz felhasználásával kell törekednünk. Ép úgy magától értetődik, hogy a műtét általános narcosisban végzendő.

Vulpius Esmarch-vértelenítés mellett operál, látható ereket

*

kimél és a tömlőt csak jól nyomó kötés levétele után veszi le, hogy az invarrások közelében utóvérzést megakadályozzon. Nekem erre az egész eljárásra nézve aggályaim vannak, melyek közül egyelőre a vértelenítésre vonatkozót említem; a többi majd a kötésnél és utókezelésnél kerül sorra. Mindenki tudja, hogy a kaucsuktömlő szorítása az érmozgató idegeket egy időre megbénítja; levétele után az erek tágultak és erősen vérzenek. Ez a gyurmás vérzés addig, míg az erek zsongjukat vissza nem nyerik, még nagy nyomással sem akadályozható meg teljesen. A vérzés a seb zárása után a gyógyulást hátráltatná. Vulpius nyomókötésének, hogy ezt a bezárt sebben előállható vérzést meggátolja, nagyon szorosnak kellene lennie. Két más, hogy úgy mondjam ártatlanabb módot is választhatunk azonban; az egyik: Esmarch mellett operálva a tömlő levétele után ideiglenesen comprimálni, a míg az érbénulás elmulik, mint ezt egyéb műtéteknél teszszük, a másik pedig: mellőzni a vértelenítést. Én az utóbbi mellett vagyok, mert a műtét közben semmi különös hátránynyal nem jár, végeztével pedig nincs szükség a vérzéscsillapodásra várni; a sebet rögtön zárhatjuk utóvérzés veszélye nélkül.

Az inműtétek technikája.

Ináttételnél a bőrmetszésnek nemcsak az a czélja, hogy az erőt kölcsönző inat és annak új rögzítő helyét feltárja, hanem az is, hogy az izomhasakat láthatóvá tegye. Ezek színe ugyanis a legbiztosabb mértéke működőképességüknek. Ép izmok sötét-vörös, tétlenség miatt sorvadtak halványabb piros, bénultak sárgás fehér színben mutatkoznak. Némelyek csikoltak vagy foltosak a szerint, a mint egyes kötegeik hüdöttek, mások pedig épek. Ez azért lehetséges, mert egyes részeiknek megfelelő góczok a gerinczagyban térbelileg külön foglalnak helyet s azok némelyike megbetegedett, míg mások megkíméltettek.

A sebvonal ne essék egybe az invarrással, hogy az ínheg a bőrheggel össze ne forrjon. Ugyanezért kerülendő a lebenyes metszés, mert a felkészített lebeny kiterjedt összenövések forrásává lehet. Hogy az inakhoz jól hozzáférjünk, elengedő hosszú hosszirányú vagy ferde metszést ejtünk, melyből széleinek félrehúzásával jókora területhez eljuthatunk. Néha két vagy több metszésre van szükség, ha az erőt adó izom a bénulttól igen messze esik, vagy ha az izomhasakra külön diagnostikai metszéseket ejtünk. Ilyenekre akkor lehet szükség, ha a műtét helye az izomhasaktól igen távol esik, mi nevezetesen a periostiumra vagy a csontra való áttételnél fordul elő. Többen, pl. Codivilla lehetőleg rövid metszést ajánlanak és esetleg egy hosszú helyett több apró sebet ejtenek a hüdött tagok rossz gyógyhajlamára való tekintettel. Ez a félelem ne tartson vissza bennünket attól, hogy a czél érdekében a metszést kellőleg hosszúra szabjuk. Hüdött tagok bizonyára hátrább vannak táplálkozás dolgában, de ha fertőzés és egyéb káros behatások: túlságos nyomás stb. kikerültettek, egészen zavartalanul gyógyulnak. (E tekintetben kedvezőtlenebb viszonyokat már alig képzelhetek, mint egy esetemben voltak, melyben inplastikával combinált arthrodesist végeztem. 56 éves egyén pes equinovarus paralyticusa az Achilles-ín megnyújtása után is csak oly nagy erőszakkal, a Hoffa-Stille féle osteoklast-redresseur segélyével volt corrigálható, hogy utána több hónapig tartott hatalmas duzzadás következett. Ezután, mikor a duzzanat még teljesen el sem tünt, a bokaizület mellső oldalán egyik bokától a másikig húzódó metszéssel nyitottam meg a felső ugróesonti izületet, az izületi felszinek porczborítékát egy általam erre a czélra készíttetett, villamos motorra alkalmazott hengeres fraiszel félvastagságban lehorzsoltam, egy-két helyen a csontba terjedő mélyebb barázdát vájván; végül az összes átvágott feszítő inakat megrövidítettem. E nagy beavatkozás után a seb gyógyulása idealis prima intentioval történt.)

El nem kerülhető a hosszú metszés, ha az izomhasba felterjedő elosztásról van szó, vagy ha az áthelyezendő inat lehetőleg egyenes vonalban akarjuk új tapadási pontjához vezetni, a mire a legkedvezőbb mechanikai hatás érdekében kell súlyt fektetnünk.

A hüdött tagok sülyedt táplálkozási és keringési viszonyaira vagyunk tekintettel, mikor nevezetes bőr alatti idegeket és bőrvisszereket kikerülünk.

A pólyán, hogy később egyesíthető legyen, tapadásától bizonyos távolságban hosszmetszést ejtünk; ha ennek igen hosszúnak kellene lennie, középen inkább egy kis hidat hagyjunk, hogy szélei nagyon szét ne húzódjanak.

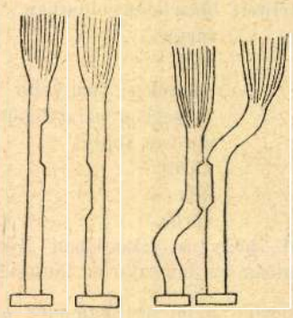
Az ínhüvelyeket kiméletesen és élesen hasítjuk fel.

A mi magát az ináthelyezés műveletét illeti, arra nézve ma már több móddal birunk. Ezek két főcsoportba oszthatók: az elsőbe tartoznak az eredeti módszernek, az ínről ínra való áthelyezésnek vagy ínanastomosisnak különféle változatai, a másodikba a Lange által inaugurált csonthártyára való áthelyezés és ennek módosítása. Választjuk a czélszerűség szerint hol ezt, hol amazt; sőt gyakran előnyösen combinálhatunk különféle módszereket.

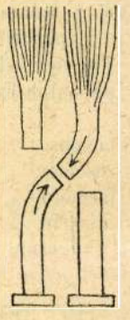
Két ín között Vulpius szerint a következő módozatokkal lehet anastomosist létesíteni: Legegyszerűbb az oldalas megsebzés és összevarrás (1. ábra), de legkevésbbé ajánlatos, mert az összeforradás csak felületes és könnyen enged:

Megbizhatóbb egyesülést érünk el az inak átvágásával és áthelyezésével. És pedig átvághatjuk az inat egész vastagságában: *teljes ináthelyezés*, vagy elhasíthatunk belőle egy szeletet az anastomosis czéljára: *ínmegosztás*.

Az ép izom ínának teljes áthelyezése egyértelmű az izom működésnek áttételével, a mennyiben az ép izom ina egészen átvágatván, a hüdött izom inához erősíttetik. Ezt akkor tehetjük, ha az ép izom működése nem fontos és mellőzhető. És pedig, ha az erőt adó izom működése közömbös, vagy épen hátrányos volt, akkor peripherikus ínesonkja ép úgy elhanyagolható, mint a hüdött izom (2. ábra).

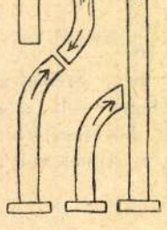


1. ábra.



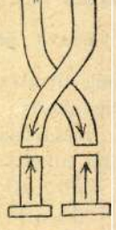
2. ábra.

Ha az erőt adó izom hatása továbbra is kívánatos, ezt helyreállítani vagy úgy lehet, hogy környi ínesonkját egy szomszédos ép izom ínára erősítjük (3. ábra), vagy ha az erőt adó izom további hatását enyhítve akarjuk megtartani, akkor környi csonkját az anastomosis helyétől a peripheria felé az erőt kapó ínhoz erősítjük (4. ábra).



3. ábra.

4. ábra.



5. ábra.

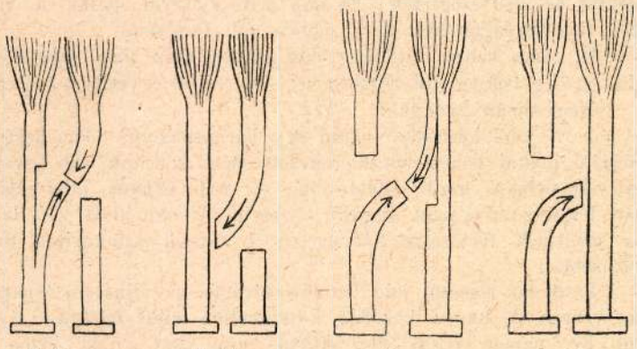
Ha az erőt kapó izom csak félhüdéses állapotban van, akkor az inak keresztezésével mintegy kicserélhetjük az ép izommal, úgy hogy most ez utóbbi a fontosabb, nagyobb munkára, amaz a kevésbbé fontosra használtatik fel (5. ábra).

Ha még az ilyen félhüdéses izom erőmaradványával az áthelyezett izom működését akarjuk támogatni, akkor vagy meghagyjuk az erőt kapó ín összefüggését és az erőt adó inat oldalvást erősítjük reá, vagy pedig az erőt kapó ínból környi alappal

egy szeletet hasítunk és az erőt adó inat ezzel egyesítjük (6. és 7. ábra.)

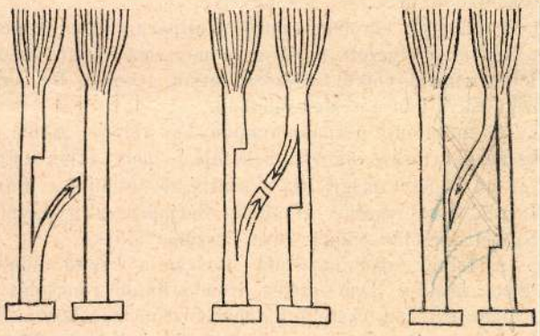
Sok esetben az erőt adó izom rendes feladata annyira jelentős, hogy annak működéséről az előbbi irányban egészen le nem mondhatunk. Ilyenkor az *izom működését megosztjuk*, mit a következő módokon tehetünk.

Ha az erőt kapó izom teljesen hüdött, akkor átmetszett inának környi csonkját erősíthetjük a sértetlen hagyott erőtadó izom inához, vagy egy ebből centralis alappal lehasított szelethez (8. és 9. ábra).



6. ábra. 7. ábra. 8. ábra. 9. ábra.

Ha az erőt kapó izom félhüdéses vagy tétlenség miatt sorvadt, szóval csupán elgyengült, akkor vagy egy környi ínszelete vezettetik a sértetlenül hagyott erőt adó izom inához, vagy az utóbbiból elhasított centralis ínszelethez, vagy pedig az ép izomnak egy ínszelete vitetik az erőt kapó izom sértetlenül hagyott inához (10—12. ábra).



10. ábra. 11. ábra. 12. ábra.

A mint ezekből látható, az erőáthelyezés és erőmegosztás különféle módokon, az inak vagy ínszeletek különböző irányokban vezetett áthelyezésével történhetik. Ezen módok és irányok rövid megjelölésére többféle nomenclatura van használatban.

A műtétet magát a legtöbb szerző íntranspantationak nevezi. Gluck ezt kifogásolja, mert transplantatio a sebészetben már egyebet jelent *Német szerzők* Sehnentransplantation, Sehnenverpflanzung, Sehnenverlagerung, Sehnenüberpflanzung-ot irnak, Drobnik Functionsübertragung der Muskeln; *angolok és amerikaiak:* tendon transplantation, tendon grafting, tendon transposition, tendon transference; *francziák:* anastomose des tendons, transplantation musculo-tendineuse, anastomose tendineuse, greffe tendineuse; *olaszok:* trapianti tendinei, trapianto dei tendini.

Vulpius elismeri, hogy a transplantatio kifejezés nem a legszerencsésebben választatott, valamint a helyette ajánlott implantatio sem; szerinte helyesebb volna: deviatio. Ma már azonban a *transplantatio* szó annyira általánosan használatos, hogy ezen aligha lehet változtatni.

Magyarul *ináthelyezést* vagy *ináttételt*, a „*Sehnenvertheilung*"-ra pedig *ínmegosztást* mondhatnánk.

A műtéti módozatok megjelölésére Vulpius azt vette alapul, hogy az átteendő ínesonk vagy ínszelet vége centralis irányba = felfelé tekint-e, vagy a peripheria felé = lefelé. E szerint környi csonkok és ínszeletek átvitelét *felhágó*, centralis csonkokét és ínszeletekét *leszálló*, mindkét irányból jövők találkozását *kétoldali transplantatio*-nak nevezi (Utóbbit talán *kölcsönös vagy szembetalálkozó áthelyezésnek*, bizonyos esetben *íncserének* lehetne mondani.)

Hoffa és *Friedrich* az áttett inak izmainak élettani viszonyaira való tekintettel más terminologiát ajánlottak. *Hoffa* szerint a lehágó áthelyezés „activ", mert tevékeny izom ina, a felszálló „passiv", mert tétlen izom ina helyeztetik át; a kétoldali vagy kölcsönös áthelyezés pedig „activ-passiv". *Friedrich* felszálló vagy activ helyett „intrafunctionell", lehágó vagy passiv helyett „intraparalytisch" kifejezést használ, vagyis működőbe, illetve hüdöttbe való áthelyezésről beszél; a kölcsönösre e szerint nincs kifejezése.

Legtalálóbbak a Vulpius-féle elnevezések, mert minden esetben használhatók, akkor is, ha nem egészen hüdött, hanem félhüdéses, atrophiás vagy spastikus izmokról van szó. Ez utóbbi eshetőségekre való tekintettel megfelelőbb általánosságban nem ép és hüdött, hanem „*erőt adó* és „*erőt kapó*" izmokról szólanunk.

Codivilla egyes rövidítéseket és jelzéseket használ: izmokat neveik kezdőbetüivel, ép izmokat nagy betükkel, hüdötteket kis betükkel, az áthelyezés müveletét = jellel, ínmegosztást törtszámmal, ínmeghosszabbítást <, ínmegrövidítést > jellel fejez ki. Ezeket magánhasználatra, műtéti terv készítésénél hosszadalmas leirás helyet igen alkalmasnak találtam és még a következő jelekkel toldottam meg: Spasmusos izmot aláhúzott öregbetüvel, félhüdésest reczésen, atrophiást egyenesen aláhúzott kis betüvel jelölök; periostalis transplantationál a csont nevével, közvetett transplantationál ⊢—⊣ jellel, az áthelyezés irányára ↑ = felhágó, ↓ = leszálló, ↕ = kölcsönös, esetleg az ín átvezetésére szolgáló szokatlanabb út neve előtt → jellel rövidítek. Pl.: l. $^1/_3$ *TS* ⊢—⊣ *pb* = e d annyi, mint: a spasmusos m. triceps surae inának oldalsó harmada lehasíttatván, a tétlenség miatt sorvadt m. peroneus brevisre erősíttetett, melynek ina átvágatott és a hüdött m. extensor digitorumra helyeztetett át. A ⊢—⊣ jel azt jelzi, hogy a peroneus csak a triceps surae erejének közvetítésére használtatott. Vagy: $^1/_2$ FD = → Sp. int. t. a. azt jelenti, hogy az ép m. flexor digitorum inának fele a spatium interosseumon keresztül áthelyeztetik a m. tibialis anticusra.

Varrásra lehet gombos öltéseket használni, melyek a csonk végét és széleit a másik ínhoz szorítják juxtapositionál, vagy a Wölfler hullámosan haránt vezetett fonalkacsát, vagy a Lange féle hosszirányban többször beöltött kacsot.

A leirtakon kivül újabban más módozatokat is tanultunk, melyek valamely izom működésének átvitelét vagy megosztását lehetővé teszik. Ilyenek: Vulpius lépcsőzetes, Mainzer közvetett (indirect) áthelyezése, az izomáthelyezés, ineltolás (Hevesi), Lange periostalis és mesterséges ínnal való áthelyezése, a Wolff-féle és a Müller-féle ostalis áthelyezés.

A *lépcsőzetes áthelyezés* abban áll, hogy egy hüdött izom ínára egy szomszédos ín részlegesen áthelyeztetik, ez utóbbi pedig egy hozzá közelebb fekvő izom által erősbíttetik. Pl. a hüdött m. tib. ant.-ra a m. ext. dig. egy része, utóbbira egy szárkapocsizom helyeztetik át.

Ehhez némileg hasonló a *közvetett* eljárás, melyet Mainzer két izben használt, mikor az erőt adó ín rövidsége miatt az erőt kapóhoz nem ért el, pl. a triceps surae inának csücske a peron. brev.-re, ennek ína az ext. dig. ínára tétetik át.

Az izomerőnek egy a rendestől különböző hatásra való felhasználását egyszerű módon érhetni el bizonyos esetekben az által, hogy az ín irányát félreterelléssel megváltoztatjuk. Ezt a módszert egy pes equinus paralyticus esetében gondoltam ki és *ineltolásnak* nevezném. A hüdött m. tibialis anticus-t az ép m. ext. hallucis inának az I. ékalakú csontra való periostalis áthelyezésével pótoltam. Az ext. dig. paresise miatt ezt a supinatioban nem tudná ellensúlyozni; erre szántam a m. peroneus brevist, melynek inát ha a külső boka mögül a boka elé fektetem, talpi hajlító hatása lábháti hajlítóvá lesz és pedig a külső lábszélet emeli. Előbb azonban a m. peroneus brevis-t, mivel a műtétnél halványnak, vagyis kissé sorvadtnak találtam, az Achilles-ín plastikai megnyujtása alkalmával ezen ín külső harmadával megerősítettem. Igy a kivitel egyszerűbb, mintha ugyanazon hatás elérésére a Mainzer közvetett áthelyezését végeztem volna, mert az inat nem kell átvágni.

Izomáthelyezés (az izomhasaknak áttétele) oly expediens, mely csak más mód hiányában kisérlendő meg, pl. ha a triceps brachiit a deltoidessel, a deltoidest a pectoralissal kell pótolni. Olyan eljárás, mint a minőt eleinte Vulpius is próbált, t. i. a sartorius hasának a quadricepshez varrása, nem ajánlatos, mert a laza izomszövetet nem lehet kellő feszüléssel odavarrni, az öltések kiszakadnak s az izom is szenved edényeinek és idegeinek sértése és a mély öltések szorítása által.

(Folytatása következik.)

Sebkezelés biologiai alapon.

Irta: *Ihrig Lajos* dr.

(Vége.)

Most pedig röviden azt a sebkezelési eljárást ismertetem, a melyet a jelzett elvek alapján követek a budapesti gépgyárak sebészeti rendelő intézetében.

A műszert kifőzöm, éleset alkoholban tartom, a többit szárazon; használat után soda oldatba dobom, szennyezés után nem használom.

A kifőzött selyemfonalat absolut alkoholban tartom, használat előtt sebkezelő oldatomba teszem.

A kötőszert gőzön teszem csiramentessé.

Vattából törlőket készítek frissen forralt vérisotoniás oldatomban, ezzel melegen öblítek sebet és ezzel tapintok váladékot. A sebre kötésképen kerülő száraz mullt ugyancsak csuromnedves vattatörlőbe fogom, kifacsarom, s így a kezem felületével nem érintkezett mullt nedvessé váltan teszem a sebre, vagy helyezem belé.

A kötést, váltásakor, levétel előtt vízvezeték alá tartom és nedvesen dobom el, hogy csirák ne szálljanak a levegőbe.

Szappannal, kefével, csurgó víz alatt és alkoholban mosakodom, körömtisztításra fősúlyt helyezek, tökéletesnek csak úgy tartom, ha befejezésül csiramentes mullal kitörlöm.

Kefét külön tartok kézmosásnak, alkoholnak, eszköznek, tiszta sebnek és genyesnek. Csak a genyes kefét főzöm ki, antisepticumban egyiket sem tartom, de minden nap kiszárítom.

A műtéti területet szintén mechanice tisztítom szappannal, kefével, borotvával, aetherrel.

A sebhez kézzel nem nyúlok, ha elkerülhetem — és csaknem mindig lehet —; a tisztához azért, hogy ne fertőzzem, a fertőzöttöz, hogy kezemet óvjam.

Schleich-féle infiltratiós anaesthesia alatt dolgozom, még fogat is azzal húzok, de a készletben tartott oldat ismételt kifőzésére súlyt helyezek, mert már két izben okozott kötőszövetlobot pontosan az infiltratio határáig.

A sebet pontos áttekintés végett az utolsó zugig feltárom és e czélból annak tetemes nagyobbítása árán is felhasítom.

Élesen fejtek ki kiirtandó képleteket és élesen távolítok el roncsolt, szennyes és zúzott szövetrészt. Tisztán éllel pedig csak a kés dolgozik.

Csak ott varrok, a hol a sebszélek össze nem illeszkednek és csak annyit, a mennyi ezt a czélt biztosítja.

A kötést nedves melegen rakom fel, a mely a seben szárad ki és legkésőbb hatodnap váltom, a mikor a varrást kiszedem.

Fertőzött, lobos és genyes góczot az ép szövetélet határáig felhasítok. Még eddig minden irányú takarékoskodást megbántam, a radicalismust soha. Nem az a metszés elég, a melyik nagy, hanem mindegyik elég nagy, a melyik a fertőzött terület szövetbeli nyomását megszünteti. Genyes ínhüvelylobok szabatos megoldása magasabb követelményt támaszt a sebész itéletéhez, mint akárhány laparotomia.

Antisepticumot itt sem használok és a seb ellátása csak annyiban módosul, hogy a kötés hygroskoposságát fóliéje borított guttapercha-lemezzel tartom fenn és mint párakötést naponként, esetleg kétszer is, váltom.

Éles kanalat ma már nem használok, ámbár mikor szövetet nem roncsol, a hogy soká alkalmaztam, nem okoz kárt. De ha éle dolgozik, veszedelmes, ha nem azzal dolgozik, felesleges, azért hagytam el.

Végül rövid áttekintést akarok nyujtani a rendelő intézet azon 739 esetéről, a melyet a biologia elvei alapján kezeltem 1902-ben, azon megjegyzéssel, hogy a módszer jelen formájában ezen idő folyamán jegeczedett ki. Az eredmények összehasonlításra nem alkalmasak, mert nevezetesen a sérülések kivétel nélkül olajos korommal impregnált roncsolások és legalább is felerészben másodnap kerülnek végleges ellátás alá.

I. Kisebb daganat, ganglion- és mirigykiirtás, ezt követő véres varrással *14 eset.* Ezek közül egy elgenyedt lymphomakiirtás a nyak bal oldalán bőrprimát ad; vérömlés szétesik; kibocsátás az alsó szögleten; 14 nap alatt gyógyul. (Csak a vérömlés holt anyagán kelt ki a sebben volt fertőzés.)

II. Sima sebzés, illetőleg éles kiirtás után *sima egyesülésre szánt sérülés,* legnagyobb részben véres varrattal egyesítve, *142 eset.*

Nem simán gyógyul:

1. A jobb kézcsukló hátán egy haránt irányú, 8 cm. hosszú, a feszítő inakat lemeztelenítő, roncsolt szélű szakított seb (gyalugép). Másodnap kerül ellátás alá. 4. nap genyes ínhüvelylob miatt feltárás; folyamat megáll. Gyógyul 52 nap alatt. (Nyilván már megeredt fertőzésre zártam rá a rosszul kitakarított roncsolt sebet.)

2. 3 cm. hosszú, ínig hatoló vésővágás az ujjháton. 2. napon jön; varrás. 5. napon kezdődő kötszövetlob miatt feltárás. Gyógyul 17. napon. (Csak éles kiirtás után lett volna jogos a sebzárás.)

3. Rongyos, ínig hatoló, körfürész okozta sérülés a bal 4. ujj hátán harántul. Feszülő sebszélek elhalnak. Sarjadzás útján gyógyul 28 nap alatt. (Rossz elhatárolás, esetleg szövetfuladás a feszülés alatt.)

4. Bal mutatóujj párnán haránt, a csontig hatoló metszett seb. A metszés felett az ujjcsúcs száraz gangraenával elhal. Csonkítás a 2. percz fejecse alatt. Prima reunio. (A distalis vég teljes táplálkozáshiánya nem volt megfigyelve.)

5. A hüvelyk körömperczéről az ujjpárna lebenyképen végig lezúzva. A visszahelyezett ujjpárna a meztelen csontra nem tapad le, de lobos reactio nélkül sarjadzás útján gyógyul 38 nap alatt. (Más megoldás híjján kisérlet indokolt.)

6. A mutatóujj párnája alapján az ulnaris szélre áthajló, 3 cm. hosszú, körfürész okozta roncsolás, mely a perczalapot lehasítja és az izületet megnyitja. Csontvégek lesimítása után egyesítés. Varrás feszül; szélek elhalnak. Sarjadzással gyógyul 28 nap alatt. (Szövetroncsolás elhatárolása, feszülés hibás.)

7. A felkar alsó harmada határán a feszítő oldalon egy haránt, 8 cm. hosszú, 3 cm. széles, izomba hatoló roncsolás; befelé a sulcus bicip. ext.-ban czafatokká zúzott izomhasak közt a humerus lemeztelenítve, rajta 2 cm.-es haránt barázda. A bőrszélekbe 2—3 cm. szélességben a coriumig olajos korom belesodorva (szíjkorongba került), 3. napon kötőszövetlob miatt feltárás, 18. napon éles kiirtás után másodlagos varrás. Külső sarok genyed. Gyógyul 31 nap alatt. (Sem a szennyezés, sem a roncsolás határa nem volt meghatározható és a primaer zárás hibás kisérlet.)

8. A hajas fejbőr határán baloldalt egy szabálytalan alakú, szaggatott, roncsolt szélű, 10 cm. hosszú zúzott seb (gerenda esett rá). A homlokcsont koronavarrat széle tallérnyi terjedelemben behorpadt, többszörösen harántul repedt, a felső repedés proximalis szögletében egy tollszárnyi hajpamat beszorulva, a melynek eltávolítása csupán a csontszél kivésése után sikerül. 3. nap került ellátás alá. Bőr prima. 8. napon a felső szögletből genycsepp, mely meztelen csontra vezet és 2 hétig nyitva marad. Az eset fejfájás miatt a 28. napig marad megfigyelés alatt. (A koponyatörésbe 2 napig beékelt hajpamat fertőzés kikeltésének elég oka a roncsolt szövetben.)

III. *Szövetroncsolás, csonkítás,* éles kiirtás után sima egyesülésre szánva, *37 eset.*

Nem simán egyesül:

1. Körömperczcsonkítás, a ki nem irtott körömágy befordulása folytán, lobos reactio nélkül. (A körömágy kiirtása nélkül mindig bekövetkezik.)

2. Csonkított ujjcsúcs, melynek reamputatioja válik szükségessé lebenyelhalás folytán. (A lebeny életképességének megitélése volt hibás.)

3. Csonkított ujj, melyből a 3. héten csontszilánk eltávo-

lítása válik szükségessé. (A csontcsipő életképtelen éket zúzott ki a csontvégből.)

4. Morell-Lavallé-féle sérülés. A 4. ujjon, az 1. és 2. perczen, az ujjhatáron, a radialis oldalon és a tenyéren egy-egy 4—5 cm. hosszú, csontig hatoló szakított seb, melyek a mélyben a csontalapról lehántott bőr alatt összefolynak; az izület megnyitva. Bőr prima, 10. napon tenyér felől genyecsepp. Gyógyul 40 nap alatt szalagos ankylosissal. (Sérült szövetrészek éles elhatárolása nem volt lehetséges.)

IV. Szövetbe ékelt *idegen test eltávolítása* felhasítással, varrás, *19 eset.*

Genyed:

1. A hüvelyk feszítő inába a kézközépperczizület felett beékelődött tüzes vasszilánk. Éles kiirtás után invarrat, sebzárás. Genyes ínhüvelylob, felhasítás két izben. Gyógyul 58 nap alatt.

2. Az alkar alsó harmadában, a feszítő oldalon, a közös feszítő hasába mélyen beékelődött 1½ cm. hosszú, 6 mm. széles tüzes vasszilánk. Éles kiirtás után sebzárás, 3. napon vérömlés miatt feltárás. Ismételt utóvérzés miatt 5. napon tamponade. Sarjadzás útján gyógyul.

3. Az alkar feszítő izmai között nagy lencsényi aczéldarab. Kötőszövetlob a Schleich-infiltratio határáig; feltárás. A 21. napon másodlagos varrás. Gyógyul 32 nap alatt.

Az 1. és 2. alatt jelzett tüzes vasszilánk a szövetben a legrosszabb indulatú sérülés okozója, mert lefutása mentén kanálist pörköl a szövetbe, melynek határa nem is sejthető. Sima gyógyulást még egyszer sem sikerült utána elérnem. Azért teljes felhasítás után az ilyen égett seb nyilt kezelése ajánlatos és nekem 6 más esetben demarcatio után tiszta sarjadzással jobb eredményt adott.

V. Széles alapú szövetroncsolások éles kitakarítás után *lágy vérrög alá helyezvék, 172 eset.*

Valamennyi lobos reactio nélkül gyógyul, mélyebb roncsolások egy-egy kisebb részlete másodlagosan, tiszta sarjadzással (a vérrög korai eltávolítása folytán). Két esetben a felszakított körömágy alatt a körömperczek lemeztelenített nyilt törése, sarjadzás útján a gyógyulást késlelteti 37, illetőleg 43 napig.

VI. Thiersch-féle börátültetés, *2 esetben,* letapadt.

VII. Széles alapú, piszkos szövetroncsálás, párakötés alatt feltisztulásra és sarjadzásra szánva, *61 eset.*

Complikálódik: Az alszár zúzott sebe a tibián. A sérült *munkában marad.* 6. napon orbáncz, gyógyul 7 nap alatt

VIII. Fertőzött seb nyitott kezelése párakötés alatt visszafejlesztésre, *44 eset*

Nem válik be:

1. A kisujj fertőzött zúzott sebén, melyet könyökig terjedő nyirokérlob kisér. 3. napon kötőszövetlob; felhasítás 2 izben. Gyógyul 45 nap alatt.

2. Reszelő-szúrás a hüvelykredőben; lobos. Felhasítást nem engedi. Genyedéssel gyógyul 14 nap alatt.

3. A kézhát fertőzött zúzott sebe; kezdődő kötszövetlob. 2. napon felhasítás; gyógyul 20 nap alatt.

IX. Sarjadzó és hegszövet kiirtása épben, varrás, *5 eset*; sima egyesülés.

X. Kötőszövetlob, kelevény, tályog és genyes ínhüvelylob felhasítása, *243 eset*; ismételt beavatkozás 3 esetben vált szükségessé.

Ezek az eredmények statistikai összeállításban nem idealisak, de annyi tanulságot mégis nyujtanak, hogy a balsiker az előirányzathoz képest nem a fertőzés, hanem a technika és a téves biologiai megfejtés hibája.

Fertőzés csak a IV. csoport 3. esetében irható a kezelés rovására nagy valószinüséggel, de ha csakugyan a Schleich-oldatból ered, a kezelés részéről durva hiba.

Ma már eredményeim sokkalta jobbak, ez alapon javultak és ha nem lesz balsikerem, nem a csiramentességnek köszönöm — a mi nincs és nem lehet —, hanem a szövetélet helyes megitélésének az eljárás megszabásában és kiméletének a beavatkozásban.

Ha pedig ez igy van, akkor kivánatos, hogy sebkezelésünket biologiai alapra helyezzük, a helyett, hogy az antisepsis czéltalanul túlzott követelményeivel kinai falakat rakjunk a sebkezelés köré, melyeket reszketve lép át a czéhbeli sebész is és miközben az asepsis körül tojástánczot jár, beletapos a szövetélet vitás érdekeibe.

Ezért hoztam ezt a jelentéktelennek látszó elvi kérdést az egyesület szine elé.

Irodalom. Verworn: Allgemeine Physiologie. Jena. 1901. — *Marchand:* Der Process der Wundheilung etc. Stuttgart. Enke. 1901. — *Schleich:* Neue Methoden der Wundheilung. Berlin. Spinger. 1900. — *Schmidt* u. *Weiss:* Die Bakterien. Jena. 1902. — *Hamburger:* Osmotischer Druck und Ionenlehre etc. Wiesbaden. Bergmann. 1902. — *Haegler:* Die chirurgische Bedeutung des Staubes. Beitr. z. klin. Chir. 9. k. 3. f. — *Flügge:* Ueber Luftinfection. Zeitschr. f. Hyg. u. Infect.-Krankh. XXV. 1. 1897. — *Flügge:* Ueber Infection durch Luftkeime in Tröpfchenform. Allg. med. Centralzeit. 1897. 66. — *Friedrich:* Bedeutung der Luftkeime f. die Wundheh. II. Bedingungen für das Zustandekommen der bact. Resorption etc. Centralbl. f. Chir. 1899. 3. Beilage. (D. Chirurgencongress. 1899.) — *Hübener:* Ueber die Möglichkeit der Wundinfection vom Mund aus und ihre Verhütung durch Operationsmasken. Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankh. 28. — *Friedrich:* Die aseps. Versorgung frischer Wunden unter Mittheilung von Thierversuchen über die Auskeimungszeit von Infektionserregern in frischen Wunden. Arch. f. klin. Chir. 1898. 7. 2. — *C. Brunner:* Erfahrungen und Studien über Wundinfection und Wundbehandlung. I. Ueber den Keimgehalt u. Heilverlauf aseptisch angelegter Wunden. Das initiale postoperative Wundfieber. Frauenfeld. 1898. — *C. Brunner:* Erfahr. u. Stud. etc. II. Ueber den Keimgehalt u. Heilungsverlauf accident. Wunden. Aseptik oder Antiseptik. Frauenfeld. 1898. *C. Brunner:* Erf. u. St. etc. III. Die Begriffe Pyämie u. Sephthämie im Lichte der bakteriolog. Forschungsergebnisse. Frauenfeld. 1899. — *Noegerrath:* Das Verhalten unmittelbar der Luft entstammender Keimformen in frischen Thierwunden. D. Zeitschr. f. Chir. 1901. 58. 3—4. — *Riggenbach:* Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden. D. Zschr. f. Chir. 1897. 47. 1. — *Noetzel:* Ueber die Bakterienresorption frischer Wunden. D. Chirurgencongress. 1898. — *Döderlein:* Die Bakterien asept. Operationswunden. Münch. m. W. 1899. 26. — *L. Championnière:* Le passé et le présent de la méthode antiseptique. Journal de méd. prat. 1899. 9. — *Lana:* Asepsis contra Antisepsis. Münch. med. W. 1900. 15. — *Olshausen:* Ueber Asepsis und Antisepsis in der Gyn. u. Geburtsh. Berl. klin. W. 1899. 45. — *Schenk* u. *Lichtenstein:* Studien über d. Keimgehalt asept. Wunden. Zeitschr. f. Heilk. XXII. 6. — *Mikulicz:* Ueber die neueren Bestrebungen die asept. Wundbehandlung zu vervollkommnen. Arch. f. klin. Chir. 1898. 57. II. — *Pawlowsky:* Zur Frage d. Infection u. Immunität. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh. 33. k. — *Fürbringer:* Entwickelung u. Stand d. Händedesinfection. D. med. Woch. 1899. 49. — *Lauenstein:* Untersuchung über die Möglichkeit die Haut des zu oper. Kranken zu desinficieren. Arch. f. klin. Chir. 53. — *Samter:* Die Prüfung d. Hautdesinfection nach der antisept. Methode. Arch. für klin. Chir. 53. — *Gottstein* u. *Blumberg:* In wieweit können wir unsere Hände sterilisieren? Berl. klin. W. 1899. 34. — *Lévai József:* Vizsgálatok carbol, savak és lúg híg oldatainak hatása felől az élő szövetekre, különös tekintettel a carbolgangraenára. Gyógyászat. 1897. — *Gottstein:* Beobachtungen u. Experimente über die Grundlage der Asepsis. Beitr. z. klin. Chir. 1899. 24. 1—2. — *Anschütz:* Ueber d. primären Wundverschluss ohne Drainage und die Ansammlung von Wundsecret in asept. Wunden. Beitr. z. kl. Chir. 25. — *König:* Aseptik der Hände? Operation ohne directe Berührung der Wunde mit Finger und Hand. — *Rochard* et *Terrier:* Bull. et mém. de la soc. de chir. 1900. 19. — *Karl Haegler:* Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. Basel. 1900. — *Krönig* et *Blumberg:* Vergl. Untersuchungen über d. Werth der mechan. u. Ahlfeld'schen Alkoholdesinfection gegen über d. Desinf. etc. Münch. m. W. 1900. 29—30. *Paul* et *Sarvey:* Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection. Münch. med. W. 1900. 27—31. — *Mohaupt:* Beiträge zur Frage nach d. Bedeutung der Hautdrüsensecretion auf den Sterilisationseffect bei der Hautdesinfection. D. Zeitschr. f. Chir. 1900. 58. 1—2. — *Paul* et *Sarvey:* Händedesinfection. Münch. m. W. 1901. 12., 27., 38. — *Lübbert:* Ueber die Desinfection d. Hände. Militärärztl. Zeitschr. 10—11. — *Ahlfeld:* Die Desinfection der Hand des Geburtshilfers u. Chirurgen. 1901. — *Schuhmacher:* Beitrag zur Frage d. Desinficierbarkeit der Haut. Beitr. zur klin. Chir. 1901. 29. 3. — *Linser:* Ueber Gewebsläsionen und die durch sie erregte Prädisposition für Infection. D. Zschr. f. Chir. 1899. 51. 5—6. — *Schlosser:* Ueber Wundsecret und Bakterien bei der Heilung per primam. Archiv f. klin. Chir. 1898. 57. 2. — *Bergmann:* Die Behandlung der acut progredienten Phlegmone. Berlin. 1901. Hirschwald. — *Jordan:* Ueber die Ätiologie des Erysipels u. sein Verhältniss zu den pyogenen Infectionen. Münch. m. W. 1901. 35. — *Klemm:* Ueber das Verhältniss des Erysipels zu den Streptomykosen sowie über die Epidemiologie derselben. Mittheil. aus den Grenzgeb. 1901. 8. 3. — *Tavel:* Ueber Wunddiphtherie. D. Zeitschr. f. Chir. 1901. 61. 5—6. — *Bernard:* Recherches critiques sur les épidemies de streptococcie. Revue de méd. 1901. — *Credé* et *Beyer:* Silber u. Silbersalze als Antisepti ica. Leipzig. 1896. — *Credé:* Vortrag über Silbersalze. D. Chirurgencongress. 25. — *Meyer:* Zur antisept. Kraft der Credé'schen Silbersalze. Centralbl. f. Chir. 1897. 3. — *Strohmeyer:* Die therapeut. Erfolge mit Ungu. arg. colloid. Credé. Münch. m. W. 1900. 31. — *Brunner:* Ueber das lösl. Silber u. seinen therap. Werth. Fortschr. d. Med. 1900. 20. — *Lévai:* Experiment. Untersuch. über d. Wirk. dil. Chemikalien auf d. lebend. Gewebe mit bes. Rücksicht auf die Carbolgangrän. Pester. med. chir. Presse. 33. k. 1897

— *Bruns* et *Honsell*: Ueber die Anwendung reiner Carbolsäure bei asept. Wunden u. Eiterungsproc. Arch. f. klin. Chir. 1901. 64. 1. — *Rosenberger*: Ursachen der Carbolgangraen. Dissert. Würzburg. 1901. — *Haberda*: Die bisher beobachteten Lysolvergiftungen und gewaltsame Tödtung durch Lysol. Wiener kl. W. 1895. 289. l. — *Schmidt*: Die Desinfectionskraft antisept. Streupulv. etc. Centralbl. f. Bakter. 1897. 5—15. — *Hültl*: Az újabb vegyi desinficiensek. Orvosi Hetilap. 1901. 31—36. — *Eicken*: Ueber die Desinfection inficierter Wunden. Beiträge zur klin. Chir. 1899. 24. 2. — *Paul* et *Krönig*: Ueber das Verhalten d. Bakterien zu chemischen Reagentien. Zeitschr. f. physiol. Chemie. 12. 414. — *Paul* et *Krönig*: Die gesetzmässigen Beziehungen zwischen Lösungszustand u. Wirkungswerth der Desinfectionsmittel. Münch. med. W. 1897. 12. — *Paul* et *Krönig*: Die chemische Grundlage der Lehre von der Giftwirkung und Desinfection. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh. 25. 1. — *Höber*: Ueber die Hydroxylionen des Blutes. Arch. f. die ges. Physiol. 81. k. — *Rhorer*: A vizelet aciditásának elektrometrikus úton való meghatározása. Orvosi Hetilap. 1901. 18—19. — *Locke*: Die Wirkung der Metalle des Blutplasmas und verschiedener Zucker auf das isolierte Säugthierherz. Centralbl. f. Physiol. XII. 26. 670. l.

TÁRCZA.

A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése.[1]

Tisztelt Akademia!

Akademiánk május 25-dikén tartott összes ülésében azzal bizott meg, hogy képviseljem Akademiánkat az Akademiák nemzetközi associatiójának f. évi junius hó 4-dikén Londonban tartandó választmányi ülésén. Midőn e megtisztelő megbizásért köszönetemet fejezném ki, jelentem, hogy e kiküldetésben eljártam s van szerencsém a gyülés lefolyásáról és eredményeiről a következőkben beszámolni.

Legyen szabad bevezetésképen röviden előadnom az Associatio történetét. 1899. október hó 9-dikén a berlini Akademia kezdésére 10 különböző akademia küldöttei összegyültek Wiesbadenben s akademiáik megbizásából elhatározták, hogy a világ nevezetesebb akadémiáit és tudományos társulatait magában foglaló szövetséget alapitanak meg Association Internationale des Academies néven. Az Associatio egyik czélja az, hogy elősegitse az olynemű tudományos vállalkozásokat, a melyek vagy sajátságos természetüknél vagy nagy arányaiknál fogva csakis vállvetett nemzetközi munkálkodással és több akademia hozzájárulásával valósithatók meg; egy másik feladata, hogy általában véve előmozditsa a különböző országok közti tudományos érintkezést.

Az Associatioba eddigelé 19 akademia jelentette be belépését, köztük a mi Akademiánk is.

Az Associatio kétféle gyüléseket tart: közgyüléseket és választmányi gyüléseket. Az előbbiek minden három évben tartatnak s ezen Assemblée générale-ra minden akademia bármennyi tagot küldhet. A választmányi gyülések a közgyülések közti időben tartatnak s bennük minden akademia részéről csak egy vagy két tag vehet részt.

Az Associatio első közgyülését 1901. április havában tartotta Párisban; e közgyülésen Akademiánkat Than és Goldzieher tagtársaink képviselték. Akademiánk az idei választmányi gyülésre, melynek feladata csak a jövő évi közgyülés előkészitése volt, eredetileg ugyancsak Than és Goldzieher tagtársainkat küldötte volt ki; de mivel mindketten akadályozva voltak abban, hogy küldetésüknek megfeleljenek, Akademiánk új képviselőt választott, s választása reám esett.

A gyülés székhelye London volt, mert a mult évi közgyülés határozatában a vezetés 1904. január 1-jéig a Royal Society-re szállott át, a gyülések pedig a szabályok értelmében mindig a vezető akademia székhelyén tartandók. Ezért a legközelebbi, jövő év május 25-dikére kitűzött közgyülés szintere is London. Az azután következő, 1907-ben tartandó közgyülés helyéül Bécs van kiszemelve.

Az idei választmányi gyülés f. hó 4-dikén délelőtt és délután tartatott meg a Royal Society egyik termében Sir Michael Foster, a cambridge-i egyetemen a physiologia tanárának s a Royal Society örökös titkárának elnökletével. Vele együtt huszan vettek részt a gyülésben, ú. m. kivüle a párisi Academie des Sciences képviseletében annak egyik örökös titkára, Darboux, mathematikus, a berlini Akademia részéről annak két örökös titkára, Diels philologus és Waldeyer anatomus, a lipcsei Akademia részéről His anatomus, a müncheni Akademia részéről Krumbacher nyelvész és Lindemann mathematikus, a göttingai Königl. Gesellschaft der Wissenschaften részéről annak két titkára, Ehlers zoologus és Leo philologus, a bécsi Akademia részéről annak főtitkára, Lang physikus és Gomperz philologus, a római Accademia dei Lincei részéről Angelo Mosso, a turini egyetemen a physiologia tanára, a szentpétervári Akademia részéről Famintzin botanikus és Salemann nyelvész, a stockholmi Akademia részéről annak elnöke Retzius anatomus és Dahlgren történetiró, a brüsszeli Akadémia részéről egyik szakosztály-elnöke, Tilly, a christianiai Tudós-Társaság részéről Guldber anatomus, az amsterdami egyetem részéről Leyen, a washingtoni National Academy of Sciences részéről Newcombe csillagász, s végül Akademiánk képviseletében magam. Nem volt czúttal képviselve a párisi Académie des sciences et belles-lettres, a párisi Académie des sciences morales et politiques, a kopenhágai Akademia és végül — a mi kissé feltünő — a londoni British Academy for the Promotion of Historical, Philosophical and Philological Studies, mely csak legutóbb lépett be az Akademiák szövetkezetébe.

A gyülésnek, mint már emlitettem, czélja csak az volt, hogy előkészitse a jövő évi közgyülés tárgysorozatát; czéljának ily korlátozottsága mellett nem lehetett feladata, hogy érdemleges határozatokat hozzon, hanem tárgyalásai főkép oda irányultak, hogy azon különböző indítványokat, a melyek vagy a mult közgyülésen merültek fel, de ott még el nem intéztettek, vagy időközben nyujtattak be, vagy végül a jelen ülésen kerültek bejelentésre, megvizsgálja azon szempontból, vajjon beterjeszthetők-e a jövő közgyülésen s milyen concret alakban történjék ez. Végczélja a választmányi gyülésnek tehát az volt, hogy megállapitva a javaslatok legczélszerűbb alakját, biztositsa a jövő évi közgyülés sikerét.

E javaslatok közül a legfőbbek a következők:

A Royal Society egy javaslata, melynek Sir M. Foster az értelmi szerzője, oda irányult, hogy vétessék fel az Associatio alapszabályai közé, hogy kivánatos, hogy ezentúl minden oly nemzetközi tudományos vállalkozás, mely különböző államok anyagi támogatására szorul, mielőtt az egyes kormányok ezt a támogatást megadnák, az Akademiák Associatiójának terjesztessék be megvizsgálás és véleményadás czéljából. E javaslat természetesen csak egy pium desiderium kifejezését czélozza, mely kötelező erővel semmiképen sem birhat, mégis élénk eszmecserére s nézeltérésekre szolgáltatott alkalmat és különösen a berlini Akademia kiküldöttei voltak azok, a kik Akademiájuk megbizásából a javaslat ellen foglaltak állást azért, mivel nézetük szerint ezen indítvány bizonyos kényszert foglal magában, mely esetleg megbénithatná a tudományos vállalkozások szabad mozgását. Kiemelték, hogy van sok oly tudományos vállalat, mely az akademiák körén kivül eső egyénekből indul ki s nem volna méltányos, ha az állam ily vállalatok támogatását mindig az akademiák votumától tenné függővé. Minthogy az eszmecsere nem látszott eredményre vezetni, a választmányi ülés a vitatkozást félbeszakitotta s elhatározta, hogy a javaslatot véleményének nyilvánitása nélkül terjeszti a jövő évi ülés elé.

A mult közgyülés elintézetlenül hagyta Marey párisi tanár javaslatát, mely a következő ülésen újra elő fog fordulni. Marey tanár, a hires physiologus, már évek óta fáradozik egy olyan intézet létesitésén, melynek feladata a párisi „Bureau international des poids et mesures" mintájára az élettani vizsgálatoknál használt regisztráló készülékek pontosságának az ellenőrzése s ezáltal a physiologiai módszerek egyöntetűségének s eredményeik összehasonlithatóságának a biztositása volna. Marey fáradozásainak meg is volt már eddig az eredménye, hogy Páris városa ingyen telket ajánlott fel e czélra, a franczia közoktatásügyi kormány pedig 50,000 frankot bocsátott Marey rendelkezésére. Az intézet már fel is épült s Marey azt félig-meddig be is rendezte részben saját műszereivel és készülékeivel, melyeket az intézetnek ajándékozott, részben azokkal a készülékekkel, a melyeket mások ajánlottak fel az intézetnek. Marey a mult közgyülésen az Associatio támogatását kérte intézete részére; az Associatio az alapszabályok 10. §-a értelmében albizottságnak adta ki az ügyet. E bizottság most a közgyülés elé terjeszti javaslatát, mely főkép oda irányul, hogy tegye az Associatio a Marey-intézet ügyét magáévá s eszközölje ki a franczia kormánynál s a különböző akademiáknál, hogy ezek az intézet fentartásához évenként bizonyos összeggel járuljanak hozzá.

A mult ülésen előfordult javaslatok közül kiemelkedő még a párisi Académie des sciences morales et politiques azon indítványa, hogy szövetkezzenek az akademiák Leibnitz összes műveinek és hátrahagyott levelezéseinek a kiadására. Ezen indítvány eddigelé még nem lépett a megvalósulás stadiumába, a mit igértünk, ha számba veszszük a feladat roppant terjedelmét, a mennyiben a teljes kiadás hozzávető becslés szerint 130—140 kötetre rúgna, s egyedül Leibnitz leveleinek száma, melyeket a hannoveri könyvtárban őriznek, 15,000-et tesz ki.

Ily régibb javaslat továbbá az, a mely a Mahábhárata teljes és kritikai kiadására vonatkozik.

Az újabb javaslatok közül a következőket emelem ki. Mosso, a turini egyetemen a physiologia tanára, már évek óta foglalkozik a magas fekvésű helyeken való tartózkodás befolyásával az emberi szervezetre. Az ő kezdésére a Monte Rosa tetején, 4560 m. magasságban observatorium épült, melynek költségeihez az olasz állam is hozzájárult, mely azonban főkép egyesek adakozásaiból, de tisztán olasz pénzen létesült. Egyik főadományozó Margherita özvegy királyné volt, a kinek a tiszteletére az observatorium a Caperna Regina Margherita nevet viseli. Az observatorium jelenlegi kibővitett alakjában hét helyiségből áll s physikai, meteorologiai és physiologiai osztályt foglal magába; mindhárom be van rendezve a szükséges műszerekkel. Megjegyzem, hogy a Monte Rosa csúcsa az olasz oldal felől könnyen hozzáférhető. Az intézet vezetősége a teljesen olasz pénzen alapitott és fentartott observatoriumot, igen liberalis módon, a világ összes tudósainak rendelkezésére bocsátja, s ennek kifejezéseképen a római Accademia dei Lincei útján azon kérelmet terjeszti az Akademiák Associatioja elé, hogy jelentse ez ki, hogy a Monte Rosán levő megfigyelő-állomás nemzetközi jellegű. Anyagi támogatást az intézet az akademiáktól nem kér.

A berlini Akademiának két javaslata volt megbeszélés tárgya, mindkettő felvétetett a jövő évi ülés tárgysorába. Az első javaslat oda irányul, hogy adassék ki az akademiák közös munkálkodásával és anyagi támogatásával egy corpus medicorum antiquorum, mely magába foglalná a legkiválóbb görög és latin orvosok müveinek eredeti szövegét a legmegbizhatóbb kéziratok alapján. A berlini Akadémia a kopenhágai és bécsi Akademia hozzájárulásával már át is vizsgáltatta

[1] Előterjesztette a M. T. Akademia junius 22-diki összes ülésén.

a legnevezetesebb európai könyvtárakat e szempontból és megállapította, hogy a tervbe vett gyüjtőmunka 37, egyenként 1000 oldalú oktav-kötetre terjedne, s hogy kiadása körülbelül 300,000 frankba kerülne. A berlini Akademia második javaslata az, hogy ragadja meg az akademiák szövetkezete a kezdést arra nézve, hogy vizsgáltassanak meg a föld mágnességi viszonyai egy teljes parallel-kör vagy olyan vonal mentén, mely nem tér el lényegesebben valamely parallelkörtől, még pedig azon szempontból, hogy megállja e helyét Gausznak a föld mágnességére vonatkozó theoriája. E theoriából indult ki eddig minden vizsgálódás, a mely a föld mágnességének eloszlására vonatkozik; e theoria alapján készültek a földmágnességi térképek is, a melyek tudvalevőleg a hajózás szempontjából is fontosak. Egyes újabb tapasztalatok azonban kételkedést támasztottak az iránt, vajjon csakugyan teljesen szilárdak-e ezen elmélet alapjai, s ezért szükséges volna, hogy a kérdés újra nagyarányú vizsgálat tárgyává tétessék. A javaslat bővebb megokolásában ki is van fejtve e vizsgálatok részletes terve. Az a vonal, a mely mentén haladniok kellene e vizsgálatoknak, Anglia déli részén kezdődve, Észak-Franciaországon és Észak-Németországon át Oroszországba húzódnék, s Moszkva környékén kissé északnak görbülve, az e várostól délre fekvő nagy zavaró áramlat elkerülése végett, Omsk-nál érné el a szibériai vasutat. Innen a vonal a vasút mentén a Csendes-Óczeánig folytatódnék s ezen át Amerikát érve el, itt két ágra oszlanék, az egyik a Canadian Pacific-vasútat, a másik a Norther Pacific-vasútat követné. A két vonal az Atlanti-tengeren át a vonal kiinduló pontján találkoznék ismét. A tengeren eszközlendő vizsgálatokra külön fahajókat kellene építeni.

Lenhossék Mihály, r. tag.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümős csigolyagyuladás gyógyitásának mai állása.

Közli: **Kopits Jenő** dr. műtőorvos.

Irodalom. Dollinger: A gümős csigolyagyuladás gyógykezelése és kórtani tapasztalatok 700 eset alapján. Budapest, 1896. — *Dollinger:* Sebészeti módszerek. 1901. — *Schramm:* Caries der Wirbelsäule. Wien. med. W. 1896. 23—24. sz. — *Lorenz:* Die Behandlung der tuberculösen Spondylitis. Wiener Klinik. 1889. — *Haudek:* Die moderne Behandlung der Spondylitis. Wien. m. W. 1899. 42—43. sz. — *Vulpius:* Ueber die moderne Behandlung der Spondylitis. Centralbl. f. Kinderh. 1897. 10. sz. — *Maass:* Zur mechanischen Behandlung der Spondylitis. Deutsche m. W. 1898. 36. sz. — *E. Martin:* Zwei Fälle von operativ geheilter Spondylitis tbc. Münch. m. W. 1899. 43. sz. — *Hoffa:* Die Redression des Buckels nach der Methode von Calot. Deutsche m. W. 1898. — *Lorenz:* Ueber das Redressement der s ondylitischen Wirbersäule durch totale Lordosierung in horizontaler Suspension. Wiener m. W. 1898. — *Wolff:* Ueber das Redressement des Buckels bei Spondylitis. Berl. klin. W. 1898. 7—8. sz. — *Pierre:* Le traitment de la gibbosité Pottique au Congrés international de 1900. Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie. 1900. 92. sz. — *Hoffa:* Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde. Mittheilungen aus den Grenzg. d. Med. u. Chir. 1900. 5. füzet. — *E. Reinert:* Ueber die Erfolge der Extension bei spondylitischer Rückenmarkslähmung. Beitr. z. klin. Chir. XIV. 1895. — *Trendelenburg:* Ueber die Resection der Wirbelbogen bei spondylitischen Lähmungen. Archiv f. klin. Chir. 59. 1899. — *Kraske:* Ueber die operative Eröffnung des Wirbelcanales bei spond. Lähmungen. Archiv für klin. Chir. 1901. 41. — *Goldscheider:* Ueber Chirurgie der Rückenmarkserkrankungen. Deutsche m. W. 1894.

A gümős csigolyagyuladás gyógyitása az utolsó decennium második felében oly érdekesen rohamos változáson ment át, kicsapva a végletekig menő conservativ eljárásból, a csigolyagyuladás következményeként jelentkező gibbus legdurvább mechanikus redressementjáig, annak számtalan módositásával, hogy a ki nem kisérhette élénk figyelemmel az utolsó öt év szakirodalmát, az valóban nem alkothat magának egységes képet a követendő gyógyitó eljárás mai állásáról.

A gümős gyuladás gyógyitásának a feladata: meggyógyitani, illetve kiküszöbölni magát a gümős góczot a csigolyákból és megszüntetni a gyuladás következményeit: a csigolyapúpot (gibbus), a tályogot és a bénulást, illetve megakadályozni, a mennyiben módunkban áll, ezeknek a kifejlődését.

A csigolyatestben székelő gümős góczot a szervezetbe bekebelezett gyógyszerekkel directe gyógyulásra birni eddig még nem sikerült, akár belsőleg adagolva, akár lokalisan alkalmazva azokat. Számtalan gyógyitószer ajánltatott specificum gyanánt, melyek felsorolása ma már szükségtelenné válik, miután a gyakorlatban nem feleltek meg a hozzájuk fűzött reményeknek. A csontváz más helyein fellépő gümős csontgyuladásnál lokalisan alkalmazott szerek itt megkisérthetők sem voltak a gümős csontgócz rejtett helyzete miatt, de ugyanezen szerek hozzáférhető helyen sem bizonyultak specificumoknak. A szervezet gümőkórja ellen ajánlott szerek egyrésze azonban az által, hogy a szervezet általános anyagcseréjét emeli, javulást idézhet elő a gümős góczban is.

Nem hiányoztak műtők, kik a gümős gócznak gyökeres eltávolitását a gerinczoszlopból műtéttel kisértették meg, eljárásukat azonban nem koronázta siker. A csontváz más részének a gümős megbetegedésénél is csak akkor jár a gümős gócz sebészi kiirtása eredménynyel, ha az oly helyen fekszik, hogy feltárással teljesen szabaddá, szemmel láthatóvá tehetjük, midőn véső és éles kanál segélyével a kóros csontfekélyt az ép csontig eltávolitjuk, apróbb csontoknál pedig az egész csontot a benne foglalt gümős góczczal együtt a szervezetből kiküszöböljük. A csigolyák rejtett anatomiai helyzetéből könnyen érthető, hogy e feltétel — legalább a csigolyatestek gyuladásánál — hiányzik, s ha sikerül is műtéttel a gümős góczot megtámadnunk, annak gyökeres kiirtásáról le kell mondanunk, már azért is, mert a gümős gócz legtöbbször elszórtan több csigolyában képződik. Egy ily műtét csak kivételes esetekben járhat eredménynyel, ellenben nagyon sokszor a beteg állapotát súlyosbithatja, sőt reá nézve káros lehet. Műtét után az eltávolitott gümős csont helyén maradt üreget csakhamar gümős sarjak töltik ki, melyek erősen burjánozva az epiduralis űr felé is terjedhetnek, a gerinczvelő összenyomását, illetve vérkeringési zavarait okozzák, másrészt megbolygatva, de teljesen ki nem irtva a gümős csontgóczot, a beteget az általános gümős fertőzés veszélyének teszszük ki. A kóros egy vagy több csigolyatest eltávolitása után a gerinczoszlop ez által is vesztve szilárdságából, a gerinczpúp növekedhetik s legtöbbször a műtét után genyedő sipolyok maradnak vissza, melyek hátráltatják a mechanikus kezelést, s ezenkivül külső fertőzés veszélyének teszik ki a beteget.

A műtétnek mindezen kiszámithatatlan kimeneteléből önként folyik annak contraindicatioja. A műtét csakis azon ritka esetekben indicált, midőn diagnostizálhatólag a primaer csontgócz egyedül csak a csigolyák haránt- és tövisnyúlványában vagy a csigolyaközti izületekben székel, midőn a nyúlványok, illetve az azokkal érintkező bordafejecsek resectiojával a gümős gócz teljesen eltávolitható a szervezetből. Az eredmény ez esetekben nagyon jó lehet, mint azt *Martin* hasonló okból végzett műtéteinek jó kimenetelei is mutatják.

Miután tehát a gümős csontgóczra sem gyógyszerekkel directe gyógyitólag nem hathatunk, sem a gócz radicalis sebészi kiirtásától jó eredményt nem várhatunk, arra kell törekednünk, hogy mechanikus eljárásokkal a gerinczoszlopot, illetve a gümős góczot oly kedvező helyzetbe hozzuk, mely a beteg subjectiv érzését javitja és legmegfelelőbb arra, hogy a gócz ne terjedjen tovább, hanem elmeszesedve betokolódjék, másrészt a beteg szervezetét erősitve, annak ellentálló képességét növeljük, hogy a beteg szervezet végül a tuberculosissal való küzdelemből mint győztes kerüljön ki.

A gyógyitásnak ezen módját *conservativ* eljárásnak nevezzük.

Mindent el kell követnünk a szervezet általános erősitésére, össze kell egyeztetnünk azonban eljárásainkat a gyuladás mechanikus gyógyitó módjának a követelményeivel.

A szervezet általános anyagcseréjét emelő tényezők között mint elsőt kell emlitenem a napsugaras jó levegőn való tartózkodást. Sajnos, hazánk éghajlata alatt az évszakok változó időjárása miatt nem mindig élvezhető a szabad levegő, nagy városokban pedig a kis területre összezsúfolt házak között, a lakásokban legtöbbször nélkülözzük azt. A beteget tehát, ha állapota és anyagi körülményei megengedik, oda kell küldenünk, hol jó levegőt élvezhet; mint ilyen, legkiválóbban ajánlható a tengeri levegő. Külföldön számtalan gyógyitó intézet van szegény betegek számára is a tengerparton, kizárólag csont- és izületi gümőkórban szenvedők gyógyitására berendezve. Ily intézetek találhatók többek közt Norderneyban, Wyk auf Föhrön, Franciaországban a Rotschild-kórház Berck sur Mer-ben. Hazánkban az Adria partja lenne alkalmas e czélra, de ez irányban kellően kihasználva még nincs. Cirkvenicában van ugyan egy, József főherczeg védnöksége alatt álló sanatorium, hol szegény betegek nyernek elhelyezést, de még ez ideig nagyon korlátolt számban. Ugyanitt van Ebers dr. „Therapia“ czimű sanatoriuma, a közeli Abbaziában pedig Szegő dr. jól berendezett és vezetett intézete. Az Adria partján tartózkodás már kora tavaszszal kellemes s rendkivül erősitő hatással bir. Nyáron nagy melegben inkább ajánlható, főleg felnőttek számára, a hegyi levegőn tartózkodás, mely tekintetben jó helyekkel hazánkban bőven el vagyunk látva; oly betegek számára pedig, kik fürödhetnek is, nyári tartózkodási helyül a Balaton partja ajánlható.

Nagy gondot kell forditanunk a beteg lakószobájának a hygienéjére. Legyen a lakás feltétlenül száraz — legmegbizhatóbb az oly házban a lakás, mely alatt pincze van —, legyen a lakás ezenkivül világos és levegős. Ha a beteg az időjárás miatt a szobát kénytelen őrizni, használjon külön szobát nappali és éjjeli tartózkodásra, mely utóbbi jól ki legyen szellőztetve, ne legyen meleg s a betegen kivül sokan ne háljanak benne. A beteg tápszere legyen fehérjedús és zsirtartalmú, főleg tej, tojás és hús, növényi tápszerek csak korlátoltabban vétessenek igénybe. Nagyon sokszor találkozunk, főleg a gyermekkorban, határozott aversioval állati tápszerek iránt, a mi rendkivül hátráltatja a beteg gyógyulását. Ilyenkor indicált lehet belső szerek, mint kreosot, guajacol, kreosotal stb. adagolása, melyek az étvágy javitásával emelik a szervezet anyagcseréjét, sokszor pedig a légváltoztatás az, a mi a beteg étvágyát meghozza.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Prof. Dr. Adolf Schmidt: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin, 1903. Verlag von August Hirschwald.

Krehl kitünő könyvének (Pathologische Physiologie) megjelenése óta véleményünk szerint nem volt az orvosi irodalomnak oly terméke

mely az orvostanhallgatóknak a klinikára előkészítése szempontjából oly jó szolgálatokat tehetne, mint az előttünk fekvő, néhány héttel ezelőtt megjelent munka, a mely ugyan csak a belső betegségek általános kór- és gyógytanát tárgyalja igazán meglepő áttekinthetőséggel és józansággal s így főleg a belgyógyászat tanitását és tanulását van hivatva megkönnyíteni, módszerével azonban eléri azt is, hogy mindenki, a ki tartalmát behatóan tanulmányozza, a rendszeres tudományos orvosi gondolkozásmód barátjává lesz és ezt az orvostan többi szakában is szükségképen alkalmazni fogja, nagy előnyére úgy magának, mint leendő betegeinek.

Nagyon természetes, hogy a munka, úgy tárgyának terjedelménél, mint feldolgozásmódjánál fogva eddig egyedül állván, nem mentes némi hiányoktól, illetve hibáktól; ezek azonban a munka kiválósága mellett annyira eltörpülnek, hogy szóra sem érdemesek.

A munka 12 főfejezetre oszlik, a melyek közül az első 3 a belső betegségek általános aetiologiájával, therapiájával és a diagnosis, prognosis és lefolyás tekintetében szükséges általános tudnivalókkal foglalkozik, az idetartozó fontosabb orvostörténeti adatok érintésével. A többi 9 fejezet a fertőző betegségeket, a vérkeringési és a légző szervek betegségeit, a gyomor, a bél, a máj, a vese, az anyagforgalom és a vér, végül az idegrendszer megbetegedéseit tárgyalja általános kór- és gyógytani szempontból. Minden egyes főfejezet jól tagolt alfejezetekre oszlik; így, hogy egy példát említsünk, a gyomorbetegségekről szóló fejezet tárgyalásmódja a következő: a gyomorbetegségek általános aetiologiájának (külön szólva az öröklésről, az infectioról, az intoxicatioról, a physicalis tényezőkről, egyéb betegségek befolyásáról) tárgyalása után a gyomor feladataival ismerteti meg az olvasót; ezután áttér a tünetek ismertetésére, külön szólva a gyomor motorius és chemiai működésének megmásulása által feltételezett zavarokról, illetve tünetekről; ezt követik a gyomorbajoknak a szervezetre gyakorolt befolyását és a prognosist tárgyaló rész, végül pedig a therapia, a mikor is első sorban a prophylaxist tárgyalja, azután a direct kezelésmódokat ismerteti (diaetotherapia, pharmacotherapia, physicalis gyógymódok, operativ beavatkozás), végül pedig a tüneti kezelésről szól. Ehhez hasonló a többi fejezet tárgyalásmódja is.

Szerző mindenütt csak a lényeges dolgok megismertetésére szorítkozik és ezeket a nélkül, hogy a könnyen érthetőségen csorba esnék, röviden és velősen mondja el. Csak így érthető, hogy tárgyát ötödfélszáz lapon elvégezni képes.

A munkát, a mely ugyan orvostanhallgatók számára készült, nemcsak ezek használhatják. Didaktikai becsénél fogva bizonyára a tanárok kezében is sokszor meg fog fordulni és nagy hasznát fogják venni a gyakorló orvosok is, mert tanulmányozásával egyrészt már-már elhomályosuló ismereteik egy jókora részét felújithatják, de másrészt észszerűbb és rendezettebb orvosi működésre is serkentetnek.

Σ

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Az atypusos typhusok *Ewald* szerint ma sokkal gyakrabban észlelhetők, mint azelőtt, vagyis a typhus is úgy viselkedik, mint a többi fertőző betegség, a mennyiben intensitásuk csökkenésével az atypusos alakok szaporodnak. Gyakori az eltérés a typhusos láz rendes menetétől; sokszor észlelhetők typhus-esetek, melyekben a hő már az első napon magas fokra emelkedik és a láz hectikus jellegű. Hirtelen kezdet rázóhideggel, az emésztő szervek és az idegrendszer részéről jelentkező szokásos praecursorius tünetek nélkül szintén előfordul. Vannak esetek, a hol a betegség heveny lobaris pneumoniával veszi kezdetét. Utal szerző a reconvalescentiában hirtelen, rázóhideggel jelentkező egyszeri magas hőemelkedésekre is. A hig borsólevesszerű bélürülések ma már csak kivételesen észlelhetők; nagyfokú tartós constipatio gyakran található. Gyakoriak ma az ideges excitatiós tünetek. A typhus-exanthema is sokszor atypusos. Szerző észlelt esetet, melyben roseola helyett kiterjedt pemphigusszerű kiütés volt jelen. Egy másik esetben a betegség 8. napján herpes labialis jelentkezett, a nélkül, hogy a tüdők részéről valami eltérés lett volna kimutatható. Egy további esetben mindkét alkar ulnaris oldalán pustulaképződés mutatkozott. A diagnosis az ilyen atypusos esetekben sokszor igen nehéz; még az újabb vizsgáló módok (typhus-bacillusok kimutatása, Gruber-Widal-féle reactio) is sokszor cserben hagynak. Egy esetben csak a betegség 53. napján vált positivvé a Widal-próba. A mi a gyógyítást illeti, Ewald csatlakozik Curschmann nézetéhez, hogy könnyű, középsúlyos, sőt még némely súlyos és szövődménynyel járó esetekben is, főkép ha előzőleg egészséges egyéneket illetnek, a diaetás kezelés és a szorgos felügyelet minden további gyógyeljárást szükségtelenné tesz. A tisztaság és az üdítés szempontjából azonban fürdőket ilyen esetekben is ad Ewald. Antipyresisre leginkább a langyos, a fürdés közben lehűtött teljes fürdőket ajánlja. Pyramidontól és lactophenintől sokszor jó eredményeket látott, előnyben azonban a chinint részesíti (½—1 gramm per os vagy per rectum 2—3-szor naponként), a nélkül, hogy rendszeres használatát ajánlaná. A diaetát illetőleg az újabban némelyek által ajánlott kiadóbb vegyes kosztot nem tartja veszélytelennek. Nagyon sokszor észlelte már csekély diaetahiba után a láz fokozódását vagy recidiva jelentkezését; míg annak, hogy egy typhusos beteg a szükséges caloriák hiánya miatt pusztult volna el, még sohasem látta legcsekélyebb jelét sem. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 4. és 5. szám.)

A végbélen át táplálásra vonatkozólag mond el a gyakorlatra nézve fontos tudnivalókat *Deucher*. A fehérjék közül különösen a tojás ajánlható, mint a mely klysmában adva nagyon jól felszivódik, ha tojásonként 1 gramm konyhasót adunk a klysmához; 3-nál több tojást nem jó egy klysmához venni; tej hozzáadása fokozza a rothadás veszélyét; pepton hozzáadása sem ajánlható, mert a pepton és a konyhasó kölcsönösen zavarják egymást, azonkivül a bélizgalom is fokozódik; többnyire bor hozzáadása sem ajánlható; czukor-oldatok hozzáadása azonban nem vetendő el egészen, noha ilyenkor könnyebben jelentkeznek izgalmi tünetek a bél részéről; tojásklysmák használatakor nincsen, vagy csak igen kis mérvű a gyomornedv-elválasztás. Pepton-oldatok gyorsabban felszivódnak, mint a tojások; 60 grammnál több peptont nem ajánlatos venni egy közönséges 200—250 köbcentimeteres klysmához; ennek a mennyiségnek a tápértéke csak félakkora mint 3 tojásé. Kitünő fehérjetartalmú tápanyag a pankreas, friss pankreasok nehezen beszerezhetősége miatt azonban a Leube-féle pankreashúsklysmák nem igen használhatók. Somatose könnyebben okoz diarrhoeát, mint a többi pepton; húsnedv, húsleves, casein, nutrose rosszul szivódnak fel és a belet túlságosan izgatják. A thymusklysmák értéke a pankreasklysmákéval egyenlő. A zsirok nehezen felszivódásuk miatt nem igen játszhatnak szerepet a végbélen át táplálásban. Nagyon ajánlhatók azonban a czukrok, mint a melyeknek nagy előnyük, hogy gyorsan felszivódnak; kisebb mennyiségek (30—50 gramm 300 köbcentimeter vizre) teljesen felszivódnak; tejczukor a nádczukorral szemben semmi előnynyel nem bir. A Leube ajánlotta keményitő-suspensio nehezebben szivódik fel, mint a czukor és többnyire rosszabbul használtatik ki; előnye az volna, hogy kevésbbé izgat. Dextrin valamivel nehezebben, maltose pedig alig vétetik fel. A czukrot eddig azért nem használták kiterjedtebben, mert nagyon féltek az izgalmi jelenségektől; ha azonban a végbelet előzőleg jól kiöblitjük, a klysmához 10 csepp opiumtincturát adunk, a klysma alkalmazása után pedig opium-suppositoriumot használtatunk és 10%-os czukor-oldatoknál töményebbeket nem veszünk igénybe, akkor a czukorklysmákat csaknem mindig jobban visszatartják a betegek, mint a tojásklysmákat. Az összetett tápszerek közül főleg a tej jön tekintetbe, tápértékének csekély volta és egyéb hátrányai miatt azonban szerző nem igen ajánlja használatát. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 2. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az aspirinről irott czikkében *Schandlbauer* a többi között felemliti, hogy nevezett szer a köszvényes diathesis fájdalmas nyilvánulásai ellen, továbbá fájdalommal járó arthritis deformans eseteiben is jól hat. Eltekintve attól, hogy emésztési zavarokat nem okoz, már csak azért is előnyben részesitendő az antipyrinnel, natrium salicylicummal és más hasonló szerekkel szemben, mert a szivre nézve teljesen veszélytelen. (Aerztliche Reform-Zeitung, 1903. 6. szám.)

Tussis convulsiva gyógyitása aristochinnel. *Swoboda* a bécsi poliklinika gyermekgyógyászati osztályán tussis convulsiva 68 esetében tett kisérletet aristochinnel, azzal az eredménynyel, hogy az eseteknek körülbelül felében kedvező befolyás volt kimutatható. A betegség előrehaladott szakában, valamint lázas betegségekkel szövődött esetekben nem igen használt az aristochin. A mi a rendelésmódot illeti: csecsemőknek 3-szor annyi centigramm adandó, mint a hány hónapos a beteg, nagyobb gyermeknek pedig 3-szor annyi decigramm, mint a hány éves a beteg, úgy azonban, hogy 11 és 12 hónapos gyermekek sohasem kapjanak többet 0·3 grammnál pro die, 4 évesnél öregebb gyermekeknél pedig csak kivételesen emelkedjünk 1·2 grammon túl. Ezt az adagot 3 napon át adjuk, a többi napon pedig leszállunk félannyira. (Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 10. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 31. szám. *Felletár Emil*: Heveny anyarozsmérgezés vagy vetélés utáni sepsis? *Jancsó Miklós*: A lép- és visszérpunctio jelentősége a hasi hagyváz bakteriologiai kórismézésénél.

Orvosok lapja, 1903. 31. szám. *Barabás József*: A scabiol, egy új antiscabiosum gyógyértékéről. *Weisz Ferencz*: A kankós (blennorrhoeás) rheumatismusról.

Budapesti orvosi újság, 1903. 19. szám. *Zirkelbach Antal*: A hyperidrosis bilateralis faciei egy esete. *Siklóssy Gyula*: A gyengelátóságot és vakságot szinlelők leleplezése. *Huber Alfréd*: Haladás a radiotherapia terén.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 31. szám. *Basch*: A thymus kirekesztése. *Pflanz*: A tengeri betegség aetiologiájához. *Pelzl*: Az Ehrlich-féle diazoreactio differentialdiagnostikai értéke. *Holub*: A tetanus kezelése antitoxinnal.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 31. szám. *Zappert*: Genitalis vérzések újszülött leányoknál. *Barsi*: Febris typhoides helminthiatica. *Nossal*: Bassini-varrathoz fixált hólyagkő esete. *Neumann*: A tertiaer syphilis. *Englisch*: Betokolt hólyagkövek. *Pick*: A hepatogen dyspepsia kérdéséhez.

Wiener medizinische Presse, 1903. 30. szám. *Hahn*: Lobos adnexmegbetegedések conservativ és operativ kezelésének eredményei. *Edgren*: Az úgynevezett ideges szivbajok. *Kienböck*: A könyökizület változatai, patella cubiti és processus anguli olecrani.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 31. szám. *Nagel*: Adat az ankylostomiasis kezeléséhez. *Salomon*: A gyomorrák diagnosisa. *Middeldorpf*: Thrombosis és embolia heveny perityphlitis eseteiben. *Scagliosi*: Adat a bőrégések kórtanához. *Alexander*: A Krönig-féle hangmezők tüdőcsúcsgümőkórban és a gerinczoszlop kopogtatáshangja. *Feilchenfeld*: A strychnin gyógyhatása polyuria és diabetes insipidus

eseteiben. *Pagenstecher:* Bismutose használata gyomorfekély eseteiben. *Gerson, Schumburg*: Sebészeti eszközök sterilizálása szappanborszeszszel.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 14. szám. *Wieland:* A diphtheriaserum. *Cloetta*: Szénsavas fürdők készítése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 31. szám. *Hohlfeld*: Erythema exsudativum multiforme, chorea, rheumatismus nodosus, endopericarditis. *Sigel:* A rheumatin gyógyértéke. *Havelburg*: A moszkitók viszonya a sárgalázhoz. *Lassar*: Bovin ojtási gümőkór. *Stern*: Az agglutinatio értéke a typhus diagnosisában.

La semaine médicale, 1903. 30. szám. *Bard:* A gümőkóros bélfekélyek okozta szűkület jelenségei.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 30. szám. *Moreau:* Csecsemők számára való rendelőintézetek.

Le progrès médical, 1903. 30. szám. *Thébault:* Az ujjak traumás amputatioja.

The lancet, 1903. II. 2. szám. *H. Timbrell Bulstrode:* A tüdőgümőkór okai, gyakorisága és az ellene való védekezés. *H. Campbell*: A masticatioról. *Guthrie Rankin:* Aneurysmák kezelése gelatina subcutan befecskendezésével. *J. W. Fraser:* Richter-féle sérv esete. *A. Newsholme*: A fogászat viszonya a közegészségügyhöz. *W. Mair*: Gégediphtheria esete; tracheotomia; halál 6 hét mulva a tracheát körülvevő tályog nyomása folytán. *A. D. E. Kennard:* Natrium salicylicum használata malariabán. *Allan Warner:* Himlő foetusban. *Seymour F. Gibbs:* Löveg az ágyéktájban 2½ éven át. *J. Phillips*: Arsen-idiosyncrasia. *H. Dardenne:* Májbaj két esete. *J. Lindsay Steven* és *J. W. Allan:* Duodenalis és gyomorfekély esetei, különös tekintettel a májtompulat viszonyaira.

British medical journal, 1903. julius 18. *J. Galloway:* Erythemák mint betegségindicatorok. *F. Semon:* A Dunbar-féle szénalázantitoxin. *W. Hale White:* Az idült pancreatitis sebészi kezelése. *E. F. Bashford:* A rákproblemák. *Allan Macfadyen* és *A. Macconkey:* A mesenterialis mirigyek, tonsillák és adenoidok vizsgálata virulens gümőbacillusok jelenléte szempontjából. *A. Ruffer* és *M. Crendiropoulo:* Antihaemolytikus serum. *S. Snell:* Acromegalia esete. *E. Smith:* A chorea gyógyítása ergotinnal. *J. Petrie:* Bilharzia haematobia. *H. Waldo:* A mellűri izzadmány kezelése. *F. J. W. Porter:* Varicocele műtevése typhusreconvalescentiában. *J. Mc Caw:* Paroxysmalis haemoglobinuria 6 éves gyermeknél. *O. Eichholz:* Az első és második borda törése.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 29. hetében (1903. julius 19-dikétől julius 25.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Elveszületett 418 gyermek, elhalt 275 egyén, a születések tehát 178-tal multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 27·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·1, az egy éven felüli lakosságnál: 14·1, az öt éven felüli lakosságnál: 12·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 6, gümős agykérlob 3, agyguta 7, ránggörcs 4, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 13, hörglob 3, tüdőlob 17, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 0, tüdővész 46, tüdőlégdag 1, bélhurut 41, májbajok 3, hashártyalob 2, kizárt sérv 0, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 14, gyermekaszály 0, aggaszály 16, rák 10, méhrák 1, egyéb álképlet 3, gümős bajok 4, kanyaró 7, vörheny 6, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 1, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 2, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 2, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 0, gyilkosság 2, öngyilkosság 7, baleset 8, erőszakos, kétes 2. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3134 beteg, szaporodás 895, csökkenés 896, maradt e hét végén 3133 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi julius 19-dikétől julius 25-dikáig terjedő 29. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 78 (102), vörheny 57 (46), álh gége- és roncsoló toroklob 25 (37), hökhurut 7 (9), gyermekágyi láz 0 (1), hasi hagymáz 6 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 8 (3), vérhas 0 (0), orbáncz 5 (21), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 4 (1), trachoma 7 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

= **Kinevezés.** A belügyminister a munkácsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek ellátásával *Nuszer Lajos* dr.-t bizta meg.

— **Réczey Imre** dr. budapesti tud. egyetemi ny. r. tanárt, az igazságügyi orvosi tanács alelnökét az igazságügyi minister ez állásra további három év tartamára újból kinevezte.

= **A XI. bruxelles-i hygieniai és demographiai congressus** magyar bizttsága a következőkről értesit: A congressusra utazóknak a franczia vasútak 50% ármérséklést engedtek. A belga államvasútakon 5 és 15 napos érvényű bérletjegyek adatnak ki a II. osztályra 20 és 40 frankon. Erre a czélra egy fel nem ragasztott arczképet kell beküldeni annak az állomásnak a főnökéhez, a mely állomáson az illető utas Belgium területére lép. Erre nézve bővebb felvilágositással szolgál a nevezett vasútak által kiadott értesités, mely a congressus magyar bizottságának titkárától, Szegedy-Maszák Elemér dr. kir. iparfelügyelőtől (Budapest II., Kereskedelemügyi ministerium) megkapható. A többi vasútak kedvezményt nem engedtek. A központi bizottság által eddigelé tervbe vett kirándulások és ünnepélyek a következők: Szeptember 1-jén estély, melyet Bruxelles város hatósága a városháza termeiben rendez. A „Theatre royal de la Mounaie"-ban diszelőadás. Anvers (Antwerpen) város fogadja a congressus tagjait, kik külön vonaton fognak odaszállittatni. Kirándulás: Spa-ba, a borgoumontii sanatoriumba, a gileppei reservoirhoz. Végül banket.

— **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** segitségét 1903. julius havában 147 esetben vették igénybe. Fennállása óta az egyesület összesen 19,677 esetben működött.

× **A szabolcsvármegyei „Erzsébet" közkórház** 1902. évi kimutatása szerint a kórházban a mult évben 60,522 ápolási napon 2765 beteg ápoltatott.

+ **A budapesti poliklinikán** 1903. julius havában 3719 új beteg fordult meg és 11,286 rendelés eszközöltetett.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Lipik* VII/28. 2647. *Iglófüred* VII/27. 377. *Uj-Tátrafüred* VII/31. 1051. *Korytnicza* VII/23. 869. *Tarcsa* VII/29. 791. *Bártfa* VII/30. 2868. *Trencsén-Teplicz* VIII/2. 4830. *Szt. Lukács-fürdő* VII/31. 624. *Tátrafüred* VIII./1. 1409.

× **Syphilis átoltása anthropoid majomra.** Az „Académie de médecine" julius 28-dikán tartott ülésén *Metchnikoff* a saját és *Roux* nevében egy nőstény simpánzt mutatott be, a kinél syphilises sanker váladékának a clitoris táján scarificatio útján végzett inoculatioja után 25 nap mulva egy kis zavaros bennékű hólyag keletkezett, a mely a következő napokon szürkés, kissé besüppedt erosiová változott, melynek alapját indurált szövet képezte. Nemsokára mindkét lágyékban polyganglionaris, teljesen fájdalmatlan adenitis fejlődött. Eruptiók a test egyéb helyein eddig még nem észlelhetők. A bemutatáshoz csatlakozott eszmecserében *Fournier* azt mondta, hogy az erosio ugyan syphilises eredetűnek látszik, biztosat azonban csak akkor lehet mondani, ha secundaer tünetek jelentkeznek; míg *Du Castel* azt hiszi, hogy még akkor is egészen határozottan mondhatjuk, hogy syphilises sanker van jelen a majomnál, ha secundaer tünetek nem jelentkeznének, mint a hogy embernél is előfordul néha, hogy a kemény sanker egyedüli manifestatioja a syphilises fertőzésnek. Hasonlóan nyilatkozott *Hallopeau* is.

— **A heidelbergi egyetem,** a mely a legrégibb Németországban, a mennyiben 1386-ban alapitották, e hónap elején ünnepelte újjáalakitásának 100. évfordulóját.

/ **Békés vármegye közkórházának** története és 1902. évi jelentése jelent meg *Berky Sándor* dr. kórházi igazgató tollából, mely érdekesen illustrálja, hogy hogyan fejlődött a kórház régi, primitiv mivoltából a mai szép intézménynyé. Az 1875-ben hozott alapszabályok közt például még ott van, hogy 30 betegnél többet egyszerre nem szabad ápolni, 1902-ben pedig 9 orvos már 2944 beteget gyógykezelt összesen 228,368 betegápolási napon.

⊕ **Megjelent.** *Grósz Menyhért* dr.: A balesetbiztositási törvénytervezet orvosi szempontból. Kny. a „Magyar Ipar"-ból. 1903.

† **Elhunyt** *Szakáll Gyula* dr., a budapesti állatorvosi főiskola magántanára folyó hó 4-dikén; egy lépfenében elhullott ló bonczolása közben fertőzte magát. *Wellner Lajos* dr. Veszprémben 67 éves korában. *Bassilides Károly* dr. vaskói körorvos 36 éves korában Jolsván. *Ruttkay Sándor* dr. 54 éves korában Kecskeméten. *S. Fuchs* dr. hazánkfia (Érsekujváron született), a bécsi állatélettani intézet igazgatója, 44 éves korában.

Lapunk mai számához F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég baseli és grenzachi gyárainak Protylin „Roche", új kitünő tonicum czimü prospektusa van mellékelve, melyre ezennel t. olvasóink figyelmét felhivjuk.

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

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimeritő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (1903. április 18-diki ülés.) 519. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (I. szakülés 1903. évi január hó 30-dikán.) 519. l.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(1903. május 18-diki ülés.)

Elnök: **Schaffer Károly**; jegyző: **Hudovernig Károly.**

I. Syringomyelia egy esete.

Frey Ernő: Bemutató ismerteti a syringomyeliánál előforduló gerinczoszlopelferdüléseket és a különböző erre vonatkozó statistikai adatok felsorolása után áttér a különböző elferdülési alakok leirására. Előadja a különböző theoriákat a syringomyeliánál előforduló skoliosisokat illetőleg és maga is a myopathiás eredet mellett foglal állást.

Ezután bemutatja az esetet, melyben a typikus syringomyeliás tüneteken kivül nagyfokú skoliosis is van jelen a csigolyák dorsalis részén. Bemutat az egyénről két Röntgen-felvételt: a gerinczoszlopról és karról. A gerinczoszlopi kép azonban nem nyujt semmi támpontot a skoliosis előidéző okát illetőleg. Minthogy a bemutatott egyénnél a mellkas izomzatában igen élénk fibrillaris rángás látható, bemutató oda concludál végkövetkeztetéseiben, hogy jelen esetben egy myopathiás skoliosissal állunk szemben.

Sarbó Arthur nem veheti egészen biztosnak a kórismét, mert a beteg fiatal kora ellene szólna, másrészt mivel az első tünet izgalmi gyöktünet (contractura) volt és mivel az elferdülés rohamosan fejlődött, mi szintén syringomyelia ellen szólana. Ezért nem tartja kizártnak, hogy egy primaer csigolyabántalom (Pott-kór) okozta e syringomyeliának megfelelő tünetcsoportot.

Ónodi Adolf felemlíti, hogy egy syringomyeliás egyénnél teljes anosmia volt; kérdést intéz bemutatóhoz, vajjon milyenek betegénél a szaglási viszonyok és kéri, hogy neki a beteget szaglási vizsgálat czéljából átengedje.

Frey Ernő nem oszthatja Sarbó aggályait, mert a betegnél sem, családjánál sem található tuberculosis még nyomokban sem; a fiatal kort illetőleg utal Schlesingerre, ki betegei között sok fiatal syringomyeliást talált. Ónodinak szivesen engedi át a beteget; szaglás vizsgálata durván történt s épnek bizonyult.

II. Akromegalia esete.

Hudovernig Károly: Bemutat egy 24 éves nem terhelt asszonyt, ki mindig egészséges volt. Egy éve van férjnél, körülbelül félév óta ő is, környezete is találják, hogy kezei, alsó állkapcsa és orra rohamosan vastagodnak; ugyanezen idő óta nem menstruál; coitus sine voluptate. Beteg régi bőrkesztyűit, gyűrűjét nem képes viselni. Fejfájásai, s egyéb somatikus panaszai nincsenek. Hangja mély lett, azt modulálni nem tudja. Kezei és orra monstruosus növekedést, de csak haránt irányban mutatnak. Kezei vastag húsos massát képeznek; a kéz hossza 17, szélessége 10, kerülete 24 cm. A jobb középujj hossza 10, kerülete 7·2 cm. Orra széles húsos tömeg; a növés főleg a porczos részre vonatkozik. Arcza merev, kevés mozgással. Szemészeti lelet: jól reagáló láták, szabad látótér, papilla határai elmosódottak. Vizelete czukrot, fehérjét nem tartalmaz. A méh felényi nagyságú, könnyen anteflectálható reteflexioban.

Radiographia a koponyán nem mutat semmi rendellenességet; a kezeken a phalanxok csontjai vastagodást mutatnak, ossificationalis eltérés nélkül; ugyanitt látható a lágyrészek rendkivüli túltengése.

Bemutató a februári szakosztályi ülésben a gigantismus-eset kapcsán kifejtett theoriája értelmében betegnek ovarin-tablettákat adagol.

III. Széngázmérgezés okozta ifjúkori hemiplegia.

Hudovernig Károly: Az esetet csak érdekes aetiologiája miatt mutatja be; 1884-ben gázömlés (csőrepedés) folytán beteg egész családja elpusztult Ó-Budán, csak az akkor 3½ éves gyermek maradt életben. Néhány hó mulva jobb testfele hűdött lett, majd visszamaradt fejlődésben. A beteg jelenleg a jobb testfél visszamaradott fejlődését mutatja; végtagjai gyengébbek, rövidebbek, spastikus contracturát mutatnak és atrophiásak; a jobboldali végtagok 2—3 cm.-rel vékonyabbak a baloldaliaknál; a jobb testfél összes reflexei spastikusak, fokozottak; a villamos vizsgálatnál az atrophiás jobb m. deltoideus inversiót mutat.

IV. Két elektrod bemutatása.

Hudovernig Károly: *a*) Az egyiknek czélja a bitemporalis galvanozásnál vagy faradizálásnál azt elkerülni, hogy a beteg vagy az orvos a két elektrodot tartsa, mi eléggé fárasztó. Áll egy szövetszijból, mely körülbelül 3 cm. széles és szarvasbőrpárnával ellátott csattal bir; ez a fej kerületén fel lesz csatolva. Rajta szabadon eltolható két lapelektrod, melyek jól párnázottak, körülbelül 3 cm. átmérőjűek, s a szerint alkalmazhatók, a mint bitemporialis vagy fronto-occipitalis áramirányt óhajtunk. Ezek külső részén 1—1 csavar van a vezetékzsinórok bekapcsolására.

b) A másik ama kellemetlenség elkerülését czélozza, hogy a n. supraorbitalis stabil galvanozásánál a lap- vagy gombelektrod, mint azt rendesen alkalmazzuk, elcsúszszék az alkalmazás helyéről, s esetleg a szemgolyót érintse. E végből egy elektrodot construáltatott, mely két 1—1 cm. hosszú, körülbelül 0·8 cm. széles, lekerekitett végű s villaszerűen, több mint 90°-nyi szögben egymással találkozó szárból áll. Az egyik szár a supraorbitalisnak a homlokon haladó ágán fekszik, a szeglet s a másik szár pedig a supraorbitalis kilépési pontját fedi. Mindkét elektrodot, melyek a gyakorlatban czélszerűen beváltak, Weszely István czég készitette.

V. Adatok a különböző eredetű epilepsiák kraniektomiájához.

Donáth Gyula: Egész terjedelmében a „Közkórházi évkönyv"-ben fog megjelenni. A discussioban résztvesznek *Salgó Jakab*, *Hajós Lajos*, *Bálint Rezső*, *Hudovernig Károly* és *Donáth Gyula*.

VI. Végül elhatározza a szakosztály, hogy évi körülbelül 100 koronányi pénztári többletét szakfolyóiratok előfizetésére fordítja, igy például a következőket: „Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift", „Centralblatt f. Nervenheilkunde", „The Mind" és „Journal für Psychologie u. Neurologie" fogja járatni, s közhasználatra az Orvosegyesület olvasótermében kitenni.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1903. évi január hó 30-dikán.)

Elnök: **Lőte József.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Folyt.)

1. eset. F. J. 15 éves, hajadon, egy év óta jobb ágyéktáján daganata nő, a mely azon a helyen csak nyomásra fájdalmas, de a fájdalom a jobb alsó végtagjába is kisugárzik. Vizsgálatnál a jobb ágyéktájon egy kb. férfiökölnyi, gömbölyded, élesen határolt fluctuáló tumor, a mely felett a bőr normális. 1902. október 1. műtét. Az ekkor eltávolitott tömlő fala górcső alatt az echinococcusra jellemző párhuzamos szabályos csikoltságú chitinréteget mutatja, a parenchymás rétegnek csak nyomai látszanak. A tömlő hurka rostos kötőszövet, tele cosinophil-leucocytákkal, legbelső rétege hyalinszerű fibrinből áll. A tömlő kaparékában echinococcus-horgok. Beteg műtét után 3 héttel gyógyultan hagyta el a klinikát.

2. eset. F. A. 40 éves, útkaparó. Állitása szerint 4 hét óta jobb felhastáján fájdalmat érez s azóta ugyanott dagad. Vizsgálatnál a jobb felhastáj laposan elődomborodik, a mely elődomborodás bal felé a középvonalon túl, aláfelé pedig 5 harántujjnyira terjed a bordaiv alatt. A bőr, kitágult visszerektől eltekintve, normális. Tapintásnál a mélyben fluctuatio, nyomásnál fájdalom Beteg erősen lesoványodott, gyenge, étvágya nincs. Este 39·5 láz. 1902. november 13. műtétnél kitünik, hogy a májban székelő daganat majdnem hártyaszerű és kifejezetten fluctuál. Punctionál belőle zavaros, tejszerű, megnyitásnál sürű genyszerű folyadék ömlik, mire a dag összeesik, benneke mogyoró-, tojásnagyságú cystákból áll. Górcső alatt szöveső genysejtek, hosszú tűalakú vagy rhombikus bilirubinjegeczek és echinococcus-horgok. Drainezés. Az állandóan drainezett sebből bőven ürül epetartalmú folyadék, a melynek mennyisége folytonosan kevesbedik s 6 héttel a műtét után egészen megszünik. E közben a beteg hizik, jól érzi magát, jó étvágya van s 1903. január 28-dikán gyógyultan hagyja el a klinikát.

3. eset. G. A. 12 éves, állitólag bal hypochondriumában fájdalom jelentkezése nélkül egy daganata nő, a mely vizsgálatnál gyermekfej nagyságú, a hasfalból laposan kiemelkedik, elég élesen körülirt, ruganyos, fluctuál. Felette tompa hang, a mely tompulat a rectum és a colon felfúvása után sem változik. 1902. november 30-dikán műtétnél a daganatból kb. 1—2 mm. vastagságú, kocsonyás összeállású fehéres hártyák, egyúttal savót tartalmazó forint- és koronanagyságú lapos hólyagok ürülnek. Drainezés. Nyolcz nap mulva drain és varratok eltávolitása. Beteg 1903. január 25-dikén gyógyultan hagyta el a klinikát.

3. **Borbély Samu** tordai közkórházi főorvos bemutatásai:

a) **Krönlein-féle sérv. Incarceratio. Bélcsonkolás. Gyógyulás.**

Bemutató kevésbbé a demonstrált praeparatumért, mint inkább azon érdekes sérvalakért, a melyből a bemutatott béldarab származik, óhajtja az esetet ismertetni.

A beteg 22 éves férfi. Két éve, hogy sérve keletkezett, a felvétel előtt négy nappal incarceratio lépett fel, ezért — miután a forcirozott repositiók nem sikerültek — műtét végett a vezetése alatti osztályra hozták. Tüdőben, szivben semmi eltérés, a beteg nagyon elesett, csuklás, bélsárhányás, kicsiny, szapora, elnyomható pulsus. Meteorismus. Máj- és léptompulat eltüntek. A jobb inguinalis árok felett egy két ökölnyi, kemény, tompult dobos kopogtatási hangot adó képlet, mely-

nek nyaka nem érezhető ki. Schleich-féle infiltratioban végezte a herniotomiát. Sérvtömlőben középmennyiségű, de kissé bűzös sérvvíz, melynek kibocsátása után feltünik egy 10 cm. hosszú gangraeneskált bélkacs, a melyhez hozzávezető bél erősen belövelt. Tekintettel arra, hogy a gangraena elhatárolódásának helye pontosan meg nem határozható, tekintettel az infiltrált serosák rossz tapadékonyságára és szakadékonyságára, de tekintettel arra is, hogy a sérvbennék a kiméletlen taxis-kisérletek által nagyon megviseltetett, előhúzza a belet egész a strangulation felüli részig s teljesen ép és érintetlenül álló bélrészleten csonkol. A kiirtott darab 40 cm. hosszú. Lembert-Czerny varratokkal circulaer bélegyesités. A fodor ellátása Kocher szerint.

Már több esetben tapasztalta, hogy a Mikulicz-féle eljárás — t. i. a szorulatot nem belülről, a Cooper-féle herniotommal nyitjuk meg, hanem kivülről haladva mintegy reávágunk — különösen csonkolt bél repositiojánál igen jó eljárás, ez esetben is ezt végezte. A műtét mint typikus Bassini nyert befejezést.

A sebgyógyulás nem a legsimábban ment, már másnap lázas mozgalmak, este kötésváltoztatásnál a sebszélek vörösek. Harmadnap az összes bőrvarratokat eltávolitja, a kötőszövetben formalis gázgangraena van. Szerencse, hogy ez localizálva maradt, erős ezüstkezelés mellett a mélyebb varratok sértetlenül megmaradtak, a beteg hat hét alatt épült fel, jelenleg széles bőrheg mellett a sérvnek nyoma sincs.

Mióta a herniologia kifejlődött boncztani alapokon nyugszik, azóta a hasfali sérvek számos válfaját ismerjük. Ilyen alfaj a bemutatott eset is, melyet első leirója után *Krönlein*-sérvnek vagy boncztanilag determinálva hernia pro- vagy praeperitonealisnak nevezünk. Ritkább sérvalak s a lényege az, hogy a sérv az inguinalis árkon áthaladva, nem a praedisponált tunica vaginalis peritoneibe halad, hanem felfelé térve a fascia transversa alá s a peritoneum parietale felé búvik. Scrotal sérveknél, ha incarcerálódnak s durva taxis-kisérletek történnek, műlegesen létrehozhatók az ily alakú sérvek. Ebben az esetben nem művileg jött létre a praeperitonealis sérvhelyzet, mert a beteg egy éve ambulantián volt s már ekkor diagnostizáltatott a Krönlein-féle sérv, de a radicalis műtétbe akkor nem egyezett.

Hogy mi az eredeti oka az ily herniáknak, az eldöntetlen; sokan fejlődési rendellenességből, mások a tunica vaginalis peritonei igen solid összenövéséből származtatják.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

2955/1903. ki. sz.

A **Vaál** községben üresedésben lévő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Vaál, a körhöz tartoznak: Vaál, Tabajd, Gyuró és Kuldó községek.

A körorvos javadalmazása:

1. Vaál község pénztárából	420	korona	—	fillér
2. Tabajd „ „	390	„	—	„
3. Gyuró „ „	251	„	29	„
4. Kuldó „ „	49	„	98	„
	1111	korona	27	fillér,

mely összeg a községek által előleges negyedévi részletekben fizettetik.

(A körorvos fizetésének 1600 koronára való felemelése iránt a törvényhatósághoz javaslat tétetett s Tabajd, Gyuró és Kuldó községek a felemelést elfogadták s kimondatni kérték, hogy a körorvos hetenként kétszer legyen köteles a körben megjelenni.)

A körorvos tartozik a körhöz tartozó községekben a községi előljárósággokkal közösen megállapitandó határnapon, hetenként egyszer megjelenni; nappali látogatási dija 50 fillér, az éjjelié 1 korona; Vaál községben a halottkémlésért esetenként 50 fillér.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám f. é. **szeptember hó 1-sejéig** adják be; a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választás hatátidejéül f. évi szeptember hó 3. napjának reggeli 9 óráját Vaál községházához kitüzöm.

Vaál, 1903. évi julius hó 30-dikán.

Vuits Jenő, főszolgabiró.

5064/1903. szám.

Horváth Gyula dr. községi orvos lemondása folytán a **récsei községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

A községi orvos székhelye Récse.

A községi orvos javadalmazása készpénzben 1200 korona.

Látogatási díj nappal 60 fillér, éjjel 1 korona, halottkémi vizsgálat után 60 fillér.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében megkivánt minősítésüket, nyelvismeretüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt, 1 koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **a választást megelőző nap déli 12 óráig** annyival is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. é. augusztus hó 17-dik napjának d. e. 9 órájára tüzöm ki a récsei községi irodába.

Pozsony, 1903. julius 27-dikén.

Bérczy, főszolgabiró.

2760/1903. szám.

Az üresedésben levő és Nyitra vármegye vágsellyei járáshoz tartozó **farkasdi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázni szándékozókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. 143. t.-cz, §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi augusztus hó 31-dikéig** terjeszszék be.

A körorvos évi fizetése 1600 korona, látogatási díjai nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér.

A közegészségügyi körbe az egymástól 2 km. távolságra fekvő Farkasd és Negyed községek tartoznak 10,000 lélekszámmal.

A választás napja iránt a pályázat lejárta után fogok intézkedni.

Tornócz, 1903. julius 31-dikén.

2—1 *Langhammer*, főszolgabiró.

657/1903.

A kormányzatomra bizott Szabolcs vármegye **„Erzsébet" közkórházánál** évi 1000 korona törzsfizetés, szabad lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 28-dikáig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1903. évi julius hó 27-dikén.

2—1 Br. *Feilitzsch*.

3097/1903. elnöki szám.

Hódmezővásárhely város törvényhatóságánál megüresedett **tiszti főorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő tiszti főorvosi állás 1600 korona évi fizetéssel s nyugdijjogosultsággal van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I-sö t.-czikkben továbbá 80,099/1893· sz. belügyministeri körrendeletben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Lukács György dr. úrhoz czimezve **folyó évi augusztus hó 31-dik napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalnál nyujtsák be.

Hódmezővásárhely, 1903. julius hó 28-dikán.

Kmetykó József, helyettes polgármester.

A szegszárdi Ferencz-közkórházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhivatnak az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi augusztus hó 20-dikáig** nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitás. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1903. évi julius hóban.

2—2 *Tanárky Árpád* dr., igazgató-főorvos.

1482. sz.

Háromszék vármegye miklósvári járásához tartozó Árapatak, Előpatak, Erősd, Hidvég, Bölön, Nagyajta, Középajta és Miklósvár községekből **Hidvég** székhelylyel alakitott közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Javadalmazás: a szabályszerüleg megállapitott látogatási dijakon kivül 1200 kor. fizetés, 200 kor. lakpénz és 200 kor. utazási átalány.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1880: I. t.-cz. 9 §-a illetve 1876: XIV. t.-cz. 143 §-a szerint felszerelt kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 27-dikéig** hozzám nyujtsák be, mert a később beadandó pályázatokat nem fogom figyelembe venni.

A választást folyó évi augusztus hó 31-dikén délelőtt 10 órakor fogom Hidvég községházánál megtartani.

Nagyajta, 1903. julius 16-dikán.

3—3 *Zathureczky Kálmán*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
aug. 14	m. orv.	Hajdúhadház	808 k. fiz., 80 k. ir. át. 80 k. fütésre, lakás	Nemes Zoltán fszbiró
„ 15	kórh. s. o.	Nyitra	1400 k., lak., élelmezés	Markhot alispán Nyitra
„ 15	körorvos	Maros-Illye	1000 k., 500 k. ú. á.	Höhn Károly szbiró Maros-Illye
„ 20	kórh. alo.	Székesfehérvár	1000 k., élelm., lak.	Fiáth Pál főispán
„ 20	körorvos	Darócz	1200 k., 100. k. lakp.	Szabady Tivadar fszb. Okland
„ 20	körorvos	Radosócz	1200 k., 400 k. ú. á.	Frideczky főszolgabiró Holics.
„ 31	közs. o.	Szentetornya	1200 k. f., 300 k. ú. á. szabad lakás	Ambrus Sándor fszb.

HIRDETÉSEK.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

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

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

E. Merck

vegyészeti gyár, Darmstadt.

Hydrogen-superoxyd Merck.

Absolut vegytiszta, 30 súlyszázalék H_2O_2, kitünő sebészi, urologiai, fülészeti és fogászati czélokra; a sebkezelésben nélkülözhetetlen.

Methyl-atropinum bromatum.

Enyhén ható atropinszármazék, fájdalomcsillapító hatással. Kokainnal vagy Tropakokainnal összekötve kitünő szer szemvizsgálatokhoz.

Largin.

Magas százalékú ezüst-fehérnyeösszeköttetés. Igen hathatós antigonorrhoicum. Gonorrhoeás szembajok kezeléséhez nagyon ajánlva.

Rp. **Bromipin 10%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta egy teáskanállal és több.
Javallat: Neurasthenia, hysteria, idegesség.

Rp. **Dionin** 0·3 g.
Aqua amygd. amar. 15 g.
M. D. S. 3-szor naponta 10, este 20 cseppet.
Javallat: Hörghurut, gégehurut, tüdövész.

Rp. **Jodipin 10%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta és többször 1 teáskanálnyit forró tejben.
Javallat: Görvélyes jelenségek, hörgi köhögés, emphysema.

Rp. **Jodipin 25%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 10—20 cm³, 10 napon át vagy tovább a glutealis tájba fecskendezendő.
Javallat: Tertiaer syphilis, arteriosclerosis, ischias, emphysema.

Rp. **Stypticin** 0·05 g.
fiat tabuletta, dentur tales doses No. 20.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 3—5—8 tabletta veendő.
Javallat: Menstrualis vérzések, klimacterikus vérzések, menorrhagiák.

Irodalom ezen készítményekről az orvos uraknak ingyen és bérmentve rendelkezésére.

Veronal.

Új, igen kitünő hypnotikum, kellemetlen uto- és mellékhatások nélkül.
Adag felnöttnél 0·5 g.

Glykosal.

Glycerin salicylicum, a salicylatok melegen ajánlott pótszere, a salicylsav és egyéb származékainak kellemetlen mellékhatásaitól ment.

Tannoform.

Touristáknál, sportot üzőknél és katonai körökben előszeretettel alkalmazott anhydrotikum.

Keleti J. orvosi műszergyáros BUDAPEST.

Főraktár: **IV., Koronaherczeg-utcza 17. szám.**
Gyár: **Központi városháza.**

Ajánlja legújabb szerkezetű orvosi műszereit,

elismert legjobb kivitelben, legolcsóbb árak mellett!

Kezdő orvos uraknak teljes műszerberendezéseket szállít részletfizetés ellen.

Eszközök javitásai, nikkelezései, müköszörülései jutányos áron elvállaltatnak.

Legújabb 1903. évre szóló árjegyzék ingyen és bérmentve.

! Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt. !

Ajánlom a t. orvos urak figyelmébe az

Igmándi keserűvizet.

Előnyei, 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 szállíttatik.

Dr. Brehmer **gyógyintézete tüdőbetegek számára**
közismert **anyaintézet**
Görbersdorf—Schlesien.
Prospektusokat díjmentesen küld *az igazgatóság.*
Igazgatóorvos: **Dr. Hahn,** szolgálatonkivüli főtörzsorvos, tüdőbetegintézetek kipróbált vezetője.

Chemische Industrie A.-G.
ST. MARGRETHEN (Svájcz)
ajánl

Tabulettae compressae

internae, externae, veterinariae, hypodermicae, organo-therapeuticae, dentalae, ophtalmicae és technicae.

Különlegesség: Könnyen oldó **sublimatum.**
Kivánatra különféle keverék előállítása elvállaltatik.

Főraktár: **CSILLAG-gyógyszertár, BUDAPEST.**
Árjegyzékek és irodalom ingyen és bérmentve küldetnek.

Marienbad világfürdőhely
(Csehország).

A marienbadi ásványvizszétküldési vállalat
otthon használandó ivókúrának ajánlja:

Kreuzbrunn
Ferdinandsbrunn
Europa legerősebb glaubersós vizei.
Javallatok: Általános elhízás, hájszív és hájmáj, a légzés és vérkeringés zavarai fokozódó elhájasodásnál, mindennemü pangási hurutok, altesti vérpangás, aranyér, idült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klimacterium bajai, diabetes.

Waldquelle
Javal: A garat, légcső és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Ambrosiusbrunn
Legdúsabb tiszta vasas savanyúvize Európának.
0·17 ketted szénsavas natron egy literben.
Javal: Vérszegénység, chlorosis, szervi gyengeségi állapotok, neurasthenia.

Rudolfsquelle
Legkiválóbb képviselője föld.-alk. forrásoknak.
Javal: A húgyutak idült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, köszvény, húgysavas diathesis.
Évről-évre fokozódó fogyasztás.

Marienbadi természetes forrássó
savat közömbösitő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitünően 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 ásványvizkereskedésekben, gyógyszertárakban és drogueriákban vagy **közvetlen: Mineralwasser-Versendung, Marienbad** (Csehország).
A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kisérletezés czéljából ingyen állnak rendelkezésre.

Negyvenhetedik évfolyam. 33. szám. *Budapest, 1903. augusztus 16.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

Schaffer Károly: A paralysis progressiva kórtana. 521. lap.

Morelli Gusztáv: Közlemény a cs. és kir. 16. helyőrségi kórház ideggyógyászati és megfigyelő osztályáról. Kolbászmérgezés (botulismus) hármas esete. 523. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál. 526. lap.

Tárcza. Lenhossék Mihály: A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése. 528. lap.

Közegészségügy. Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei. 529. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Kopits Jenő: A gümős csigolyagyuladás gyógyitásának mai állása. 530. lap. — *Könyvismertetés. Deutsch (Detre) und Feistmantel:* Die Impfstoffe und Sera. Grundriss der aetiologischen Prophylaxe und Therapie der Infectionskrankheiten (Székely Ágoston). — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Albarran:* A két vese vizeletelválasztásának összehasonlitása. — *Menzer:* Az antistreptococcus-serum. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Wiener:* A veronal. — *Gnezda:* A protylin. — *Müller:* Helmitol. — *Schmidt:* Collargol-befecskendések. — *Schäfer:* Az ichthalbin. — *Engelen:* Sexualis neurasthenia. — *Streit:* Theocin. — *Folyóiratok átnézete.* 531—533. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Orvosok tanulmányútja. — Tapay József. — Gager Károly. — Szabóky János. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése. — Figyelmeztetés. — A szénsavas fürdők. — Iskolaegészségügyi congressus. — Tüdőgümőkór Magyarországban. — Az egyetemi I. számú női klinika. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Erdélyi Muzeum-Egylet orvos természettudományi szakosztálya. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A paralysis progressiva kórtana.

Irta: *Schaffer Károly* dr., egyet. rk. tanár.[1]

Tisztelt Orvosegyesület!

Az elmekórtannak egyik leghatalmasabb alakja: a terjedő hüdéses elmezavar kórtanában az utolsó évtizedben az actualis kérdéseknek egy egész sorozata nyomult a homloktérbe és lefoglalta a maga számára a tudományos világ érdeklődését. És ez érthető, ha szem előtt tartjuk azt a tényt, hogy a paralysis progressiva az emberi szellem haladásának szomorú kisérője, a civilisatio fényét nyomon követő árnyék, mely évről évre nagyobb arányokat ölt. Tehát nem csupán orvostudományi, hanem socialis szempontból is rendkivül figyelemre méltó a paralysis, melynek kórtanát, értvén ez alatt e bántalom kórszármazását, kórboncolástanát és klinikáját, eszmecsere czéljából az Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában, ennek f. évi márczius havi ülésében felvetettem. Szerencsésnek vallom magam, hogy igénytelen referatumomat nagy érdeklődés kisérte, mert az előadás és a hozzá füződött eszmecsere a szakosztálynak négy rendes ülését vette igénybe. Tekintettel a szóban forgó tárgy közérdekü voltára, a szakosztály, megem'ékezvén alapszabályainak 10. §-ába foglalt következő rendelkezéséről: „a mennyiben pedig a megvitatott tárgy közérdekü és tudása az általános orvosi gyakorlatra is kivánatos, annyiban a szakosztály egy e czélra megválasztott referense által az Orvosegyesület valamely rendes ülésén referáló előadást tartat", kegyes volt csekélységemet a referatum megtételével megbizni, a mely megtiszteltető mandatumnak a következőkben bátorkodom eleget tenni.

Méltóztatnak tudni, hogy a p. p. leginkább a 35—40. életévben levő olyan egyéneket támad meg, a kik előrement luesen kivül nagyobb fokú szellemi és kedélyi túlterheltetésnek voltak kitéve. A kórkép kezdeti nyomai legtöbbnyire oly elmosódottak, hogy még a gyakorlott szakorvos is nehezen, bizonytalanul ismeri fel ezeket mint a későbbi p. p. biztos előhirnökeit; a kórkép embryojában igen hasonlatos a cerebralis neurastheniához és ezzel tévesztik össze leggyakrabban. Ez a bántalom prodromalis stadiuma, a mely fokozatosan avagy ugrásonként átcsap a már többé nem kétes bekezdő, initialis stadiumba, a melyben az ismeretes paralysises beszédzavar mint legjellegzetesebb és legbiztosabb tünet válik ki. Úgy a prodromalis, valamint a bekezdő stadiumban egyes, elszigetelten fellépő tünetek mutatkozhatnak, melyek a p. p. diagnosisához lényegesen hozzájárulhatnak. Értem ez alatt pl. az egyoldali pupillamerevséget, avagy a paralysises rohamokat, a me'yek mint a villám fénye a sötét éjbe, világítanak belé egy eleddig homályos állapotba és így a készülő, lappangó p. p. körvonalait engedik felismerni. A folyamat előrehaladó jellegénél fogva azután átmegy a kórkép virágzó stadiumába, mely a legkifejezettebb elmegyengeség és az ebből folyó nagyzási deliriumok, téveszmék által válik ki. E nagyzási téveszmék, mint pl. az óczeánt drága kövekkel kirakatni és ezen át Európából Amerikába egy milliós hadsereget átvonultatni és egyéb hasonló badarságok, a kritikátlanságnak netovábbját képviselik; az elmegyengeség ezen alakja jellegzetesen csakis a p. p.-nál fordul elő s így joggal tekintik a megalomaniás téves eszméket a florid p. p. stigmájának. E virágzó vagy magaslati stadiuma a p.-nek részben a jelzett nagyzásból kifolyó izgalmakkal, ú. n. paralysises izgalmakkal jár; ez időben bizonyos testi tünetek is mind határozottabban kidomborodnak, így a kezek remegése, miből az irás

[1] Referáló előadás a budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának megbizásából.

feltünő elváltozása származik, a facialis egyoldali gyengesége, a nyelv remegése, a pupillák hiányos fényreactioja és egyenlőtlensége, a térdtünetek fokozott vagy csökkent volta. Mindehhez járulnak bizonyos, szabálytalanul fellépő ú. n. paralysises rohamok, melyek vészes jelentőségüek, mivel minden egyes roham az amúgy is előrehaladó hanyatlásnak egy-egy erélyes lökést ad és így a folyamat végét sietteti. Ily módon a paralysises beteg eljut a végső állomáshoz, a teljes szellemi felbomláshoz, mely stadiumban a betegek már ágyhoz kötvék, teljesen tehetetlenek, járni, állani képtelenek, sphincter-hüdéseknél fogva tisztátalanok és e legnagyobb fokú pusztulás képét vagy egy paralysises roham, illetve egy intercurrens szövődmény egy csapásra megszakítja, avagy pislákoló tengődés közepette végkimerülés folytán áll be a halál.

Ez dióhéjban a p. p. kórképe, a melyről *Arnaud* tranczia elmeorvos oly találóan mondta, hogy egészében előrehaladó, részleteiben szabálytalan. E nagy és nevezetes kórkép pathologiájában az utóbbi években több tényező domborodott ki, a melyek a szakemberek figyelmét megragadták és élénk vizsgálódásra nyujtottak alkalmat. Igy első sorban a bántalom *aetiologiájában* kivált a luesnak kórnemző jelentősége, valamint az örökléses terheltségnek, mint disponáló momentumnak a fontossága. A p. p. *kórszövettanának* még alapvető ismereteiben is élénk ellentmondások állanak fenn; nincs még eldöntve, vajjon a folyamat elsődleges-parenchymás avagy interstitiumos, lobos természetü-e? Végleges eldöntés alá kell továbbá kerülnie ama kérdésnek, vajjon a paralysises kéregfolyamat körülirt avagy kiterjedt-e? A bántalom *klinikájában* az újabb figyelmes észlelet kideritette, hogy a p. p. kórképe átalakulófélben van, a mennyiben a classikusnak tartott nagyzásos alak gyérülni kezd és háttérbe szorul az egyszerü demens alakkal szemben; ezzel karöltve jár a bántalom bekezdő szakának növekvő jelentősége, mert a demens p. hosszabb bekezdéssel birván, hasonlatossága és viszonya az agyi neurastheniához mindjobban kidomborodott, miáltal a gyakorlatilag olyannyira fontos differentialis diagnosis szerfelett megnehezült. Fokozódó érdeklődést ébresztett a nőknek mindjobban elharapódzó paralysise; beható elemzés tárgyát képezték az ú. n. pseudoparalysisek és élénk vitára adott alkalmat a tabesnek a p. p.-hoz való viszonya.

A p. p. aetiologiájának, kórbonczolástanának és klinikájának most említettem momentumait óhajtanám lehető rövidséggel a tisztelt egyesület elé vezetni.

A) Aetiologia.

A p. p. aetiologiájában, mint említém, két újabb momentum köti le a szakemberek figyelmét, az első a syphilisnek, a másik a terheltségnek a jelentősége. Különösen az első tényező, vagyis a syphilis évről-évre mind jobban domborodik ki és és lép előtérbe a p. p. aetioligiájában, olyannyira, hogy *Gaupp* épen a syphilist vevén iránytünek a bántalom aetiologiájában, a következő három csoportra oszthatta a különböző nézeteket:

I. A p. p. különböző okokból eredhet.

II. A p. p. különböző káros behatásokra áll elő, de csakis előrement syphilis alapján.

III. A p. p. a syphilis késői alakja, a gummával egyértelmü.

Ismeretes dolog, hogy az aetiologiai momentumok kiderítésében kétféle módszerrel operálhatunk, az egyik a statistika, a másik a természettudományi, tehát kisérletes és kórboncz-, illetve szövettani módszer. Utóbbinak hiányossága már nem egyszer kényszerítette a klinikust arra, hogy a mindenképen megbizhatónak nem mondható statistikához forduljon; kétségtelen azonban, hogy a statistikának is vannak olyan hangosan beszélő adatai, a melyek elől az elfogulatlan gondolkodó nem zárkózhatik el. Igy rendkivül figyelemre méltó *Sarbó* összeállítása, a melyet dolgozatában cital. Ez az összeállítás 18 legkülönbözőbb statistikából készült, a melyekben képviselve vannak a szélsőségek és az átmenetek is. Az egyik szélsőséget az a statistika adja, a melyben 11% syphilis szerepel az előzményekben, a másik szélsőséget képviseli a 85% syphilist felmutató statistika; e kettő között ez összes lehető számtani árnyalatok feltalálhatók. E statistikák 2370 férfi és női paralytikust foglalnak magukban, kik közül 1074-nél, vagyis 45·5%-ban volt a syphilis előzményileg kimutatható. Ezzel szemben 10,810 *nem* paralytikus elmebeteg kórelőzményében 434-szer szerepel a syphilis, a mi 4%-ot tesz ki. A syphilis aetiologiai jelentőségét ez az eredmény úgy hiszem minden commentár nélkül is élénken illustrálja.

Az egyes statistikákkal a t. o. figyelmét fárasztani nem akarom, mert hiszen csakis kisebb-nagyobb számokat sorolhatnék fel és így nyomósabb bizonyitékot a syphilisnek aetiologiai jelentősége érdekében az eddigieknél ezzel nem hozhatnék fel. Van azonban nézetem szerint két alakja a p. p.-nak, a melyek felé a figyelem csakis az újabb időkben terelődött és a melyek jóformán az experimentum naturae jellegével birván, rendkivül nyomatékkal szólnak a syphilis kórnemző hatása mellett a p. p.-ára nézve; e két kóralak az *infantilis juvenilis p. p.* és a *conjugalis p. p.*

Az infantil juvenil alakja a p. p.-nak, mint már neve is mutatja, az által válik ki, hogy a gyermek-, illetve ifjúkort illeti, mert e bántalom fellép a 15—16 dik életévben átlag, de észleltek eseteket, a hol a 9-dik életévben is bontakozott ki a p. p., holott tudjuk, hogy a p. p.-ának kitörési ideje a 35—40. évre esik. Fontos és érdekes körülmény, hogy az ifjúkori p. p. a női nemet ép oly gyakorisággal támadja meg, mint a férfinemet, holott a felnőtteknél az arány olyan, hogy egy női paralysisre 5—10 férfieset jut. Rendkivül érdekesek az ilyen ifjúkori paralytikusoknál kideríthető aetiologiai viszonyok. A szülők p. p.-ja 25%-ban szerepel, általában pedig az örökléses elfajulás, mint pl. a szülők másnemü elmebántalma vagy neuropathiája, ritkábban alkoholismusa 65%-ban volt jelen. Legerősebb tényező azonban a syphilis és pedig mint syphilis hereditaria 70%-ban, noha vannak olyan esetek is, de kisebb számban, a melyekben kora gyermekévekben történt a fertőzés, pl. a szoptató dajka részéről. Dominans tünete az ifjúkori p. p.-nak a kifejezett, előrehaladó elmegyengeség és az ismeretes paralysises dysarthria, érdekes, hogy aránylag sokkal gyakrabban mutatkozik a látóidegfő sorvadása a gyermek, semmint a felnőtt paralytikusnál. Gyakori szintúgy a szemizmok bénulása, főleg a ptosis, gyakori a pupillaris különbség és renyhe fényreactio. Kiemelendő a paralytikus rohamok teljes hiánya; a térdtünet vagy csökkent vagy fokozott, de sohasem normális. A szerzők, kik közül leginkább *Alzheimer*-t és *Mingazzini*-t kell kiemelnem, súlyt fektetnek arra a körülményre, hogy az ifjúkori paralytikusok már gyermekkorukban a középszinvonal alatt állanak szellemi tekintetben, szintúgy tökéletlen testi fejlettségök.

A kórkép lefolyása az egyszerü elmegyengeség képében történik, csak egyes esetekben mintegy kivételesen fordulnak elő futólagos nagyzások, hypochondriás gondolatok és hallucinatiók. Kiemelendő, hogy a lefolyás igen elhúzódozó, hat, sőt több évre is kiterjedő, szemben a felnőttek p. p.-jával, mely rövidebb idejü szokott az átlagban lenni.

Az ifjúkori p. p.-ánál található bonczlelet egészben megfelel a felnőtteknél észlelt elváltozásoknak. Idült meningoencephalitis, kisebb fokú pachymeningitis haemorrh. int., egyes esetekben osteophytikus megvastagodásai a koponyacsontoknak és ependymitis granulosa a legfőbb makroskopos elváltozások. Kórszövettanilag *Alzheimer* a kéregben az idegsejtek festenyes és sclerotikus elváltozásait találta, továbbá az érfalak elfajulását és beszürődését s a póksejteknek felszaporodását; ugyanő a kéregnek inkább felületes rétegeit találta elváltozottaknak és sok *Ehrlich*-féle hízósejtet (Mast-Zellen) látott. *Westphal* a tangentialis rostok hiányát constatálta, mig *Mingazzini* a mélyebb ú. n. sugaras rostoknak az elfajulását is észlelte és pedig oly mértékben, a mint ez még a felnőtteknél sem fordul elő. Ezek szerint tehát *Mingazzini* még súlyosabb és mennyiségileg nagyobb elváltozásokat talált az ifjúkori p. p.-nál, mint a felnőttek p. p.-jánál; e mennyileges különbség oka kettős lehet. *Mingazzini* esetében a folyamat egy 15 éves fiút illetett; már pedig tudjuk Vulpius nyomán, hogy a tangentialis rostok fejlődése a 17—18. életévig eltart s így az ifjú-, illetve gyermekkori p. p. esetében a kórfolyamat fejletlen rostozatot talál, tehát látszólag nagyobb pusztitást is tud okozni. De másodsorban tekintetbe jő, hogy az ifjúkori paralytikusok szellemi fejlődése a középszinvonalon alul marad és így ebből is következtethetjük, hogy a kéreg velős rostjai fejlődésükben gátolva voltak.

Az ifjúkori p. jelentősége nézetem szerint abban rejlik, hogy itten a viszonyok sokkal egyszerűbbek lévén, az egyes aetiologiai factoroknak jelentősége sokkal biztosabban határozható meg. Míg ugyanis a felnőtt, jelesen a férfikora delén álló egyén a legkülönbözőbb lelki és testi káros behatások egész sorozatán esett már keresztül, mire paralytikus lesz és ily esetben kétséges lehet annak az eldöntése, vajjon már most a sok tényező közül melyiknek tulajdonítsuk a kitört paralysist, addig egy 9—15 éves gyermeknél a helyzet hasonlíthatatlanul egyszerűbb és tisztább. Gyermekeknél a kimutatható örökléses terheltség, nemkülönben az akár a dajkától extragenitalisan szerzett lues, akár pedig a syphilis hereditaria kórnemző hatása elvitathatlan, mert hiszen ilyen zsenge korban nem szerepelhetnek az alkohol, a lelki és szellemi túlcsigázás, caloriás és traumás behatások, a melyeknek az egyes szerzők a p. aetiologiájában többé-kevésbé jelentőséget tulajdonítanak. Az ifjúkori paralysisnél tehát a p. aetiologiájában hatásosnak tartott számos tényező közül csupán 1—2 található, és így nem eshetik nehezünkre a bántalom keletkezését ezekre visszavezetni.

Nézetem szerint tehát a gyermek- és ifjúkori p.-nek eddig az összes e téren működött szerzők által egybevágóan kimutatott, illetőleg megállapitott aetiologiája a leghathatósabban szól a syphilisnek nagy szerepe mellett a p. aetiologiájában. De ugyancsak az említettem oknál fogva, vagyis az aetiologiai viszonyok rendkivüli egyszerüsége folytán szembeötlő a terheltségnek, illetve az örökléses degenerationak a szerepe a gyermek- és ifjúkori p. létrehozásában. Mindezek alapján joggal vélem kimondhatónak, hogy a *syphilis és a degeneratio, tehát egy veleszületett, a rendestől eltérő idegrendszer képezik azokat a feltételeket, a melyek alapján a p. kitörhet.* Igy van ez a gyermek- és ifjúkorban; e viszonyok nézetem szerint igen becses útbaigazítást adnak nekünk a felnőttek paralysisének aetiologiájára nézve. A kifejtettek után érthető, hogy én a gyermek- és ifjúkori p.-t egy experimentum naturae-nek tekintem a szóban forgó bántalom aetiologiájára nézve.

Szintolyan jelentőséggel bir az úgynevezett *conjugalis* p. Ezalatt értjük a házaspároknál az egyidejüleg vagy rövid egymásutánban kitörésre jutó p.-t. Ilyen esetek jelentőségére legelőször 1888-ban *Mendel* utalt és azóta az idevágó esetek száma igen megszaporodott. Rendkivül jellegzetes ezek közül *Goldsmith* azon esete, a melyben a syphilises férj mindenekelőtt nejét fertőzte, majd pedig, varietas delectat, a náluk lakó sógornőt is inficiálta; 6—8 év leforgása után mind a hárman p.-be estek.

Már az eddigi adatokból is kitünt a syphilisnek kiváló szerepe a p. aetiologiájában, de *Hirschl* a syphilisben ennél még többet lát. Szerinte a p. a syphilisnek harmadlagos alakja, és így ő a p.-re ugyanazt mondja, a mit *Moebius* a tabesre, vagyis a mint hogy „omnis tabes e lue", azonképen „omnis paralysis e lue". *Hirschl* szerint tehát a p. aetiologiája egységes, illetve absolut, mert a syphilisen kivül egyéb kórnemző tényező nincs, illetve nem szükséges. E felfogáshoz *Hirschl* 200 paralytikuson megejtett beható anamnestikus vizsgálódás, tehát statistikai anyag alapján jutott.

Hirschl az ő absolut álláspontjával meglehetősen elszigetelten áll. Annyit ténynek lehet tekinteni, hogy a syphilisnek határozott szerepe van a p. aetiologiájában, de nem zárkózhatunk el azon felismerés elől sem, hogy más tényezők is szerepelnek a syphilis mellett. Az ez irányú eszmemenetet legújabban *Naecke* fejtette ki igen szépen; felfogását igen röviden a következőkben adnám.

Ismeretes, hogy az elmebetegségek aetiologiájában előkészítő és alkalmi okokról szoktunk szólani. Mindkettő meglehet, hogy egyidejüleg szükséges valamely bántalom kitöréséhez. Ha azonban az alkalmi ok nagyon intensiv, akkor ritka esetekben talán dispositio nélkül is válthat ki elmebántalmat. Kétségtelen, hogy a legáltalánosabb dispositio az örökléses terheltség. A mi már most a syphilis jelentőségét illeti, úgy egyesek által csak előkészítő természetünek, mások részéről mint valódi, végső oka a p.-nek tekintetik. *Naecke* nézete, hogy a syphilis csupán előkészítő és hangsúlyozza, hogy még más oknak is kell szerepelnie a p. létrejöttében. Saját nézetem szerint ezt a gyermek- és ifjúkori p.-nél kifejezve láttuk; méltóztatnak visszaemlékezni, hogy e betegeknél az örökléses terheltség, illetve a degeneratio csaknem ugyanolyan percentuatioban fordul elő, mint a syphilis, vagyis a terheltség 66%-kal, a syphilis 70%-kal van képviselve. Igen érdekes e tekintetben *Naecke* azon lelete, hogy kimutatásában a lueses előzményt mutató paralytikusok több mint felénél örökléses terheltséget mutathatott ki, a mely körülmény ismét a gyermek- és ifjúkori p. hasonló viszonyaival mutat igen közel álló megegyezést. Igen valószinünek látszik tehát, hogy a lues csakis úgy képes káros hatást kifejteni, ha az idegrendszer már ab ovo gyengébb. *Naecke* a luesen és degeneration kivül a p. kitöréséhez még *alkalmi okokat* tart szükségesnek, és ilyenek gyanánt nézete szerint a kedélyrázkódások — Gemüthsaffekte — tekintendők.

Mindent összegezve, *Naecke* a p. kifejlődésében a következő momentumokra fekteti a fősúlyt. Alapfeltétel — *Naecke* kifejezése szerint: conditio sine qua non — a rendestől eltérő anatomochemiás viszonyokat mutató idegrendszer; e feltételnek megfelelő idegrendszer, *Naecke* szerint rokkant agyvelő, melynek talaján a syphilis előkészítőleg hat; ily körülmények közt legtöbbnyire több alkalmi ok, főleg lelki rázkódások váltják ki a p.-t. A terheltséget *Naecke* a paralytikusoknál általa kimutatott nagyszámú és súlyos jellegü elfajulási jelek által látja igazoltnak; e jelek szerinte összességükben egy csökkent értékü (minderwerthig) idegrendszerre utalnak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a cs. és kir. 16. helyőrségi kórház ideggyógyászati és megfigyelő osztályáról.

Kolbászmérgezés (botulismus) hármas esete.

Irta: *Morelli Gusztáv* dr., jelenleg az I. belklinika gyakornoka.

Az irodalmi közlések szerint nálunk aránylag ritkán előforduló ezen mérgezés hármas esetét volt alkalmam a közelmultban megismerni és megfigyelni.

A diagnosis biztos megállapításának körülményei és az esetek klinikai lefolyása alatt felmerült adatok, azt hiszem, ez eseteket a közlésre érdemessé teszik.

Eseteink a következők:

I. Sz. Dezső, 22 éves, tüzér katona felvétetett 1903. február 13-dikán.

Kórelőzmény: Gyermekkora óta soha beteg nem volt. Alkohollal és dohánynyal mértékletesen élt. Nemi betegségben sohasem szenvedett.

Jelen baja abban áll, hogy február 9-dike óta mindent kettősen lát, garatja és szája rendkivül száraz, nyelni is csak folyadékot képes meglehetősen nehezen. Ugyanez idő óta vizeletét kissé nehezen tudja kiüríteni és vizelés után még pár perczig vizeletcsepegés áll fenn. Széke 9-dike óta nem volt. Egyébképen bár kissé gyenge, de jól érzi magát. Betegségének okául nem tud semmit sem megemlíteni. Miután állapota nem javult, sőt látása mindig rosszabb lett, míg a többi tünetek alig bántották, február 13-dikán szembajának megvizsgálása végett a kórház szemészeti osztályára lett beküldve. A megejtett szemvizsgálat a következő adatokat szolgáltatta: Mindkét szemrés szükült, a szemhéjak lelógók, különösen a bal. Szemgolyók mozgása mindkét oldalra korlátolt. Oldalt nézéskor mindkét oldalon párhuzamos és egyenlő magasságon álló egynevü kettős képek keletkeznek. Mindkét pupilla tágult, a bal erősebben mint a jobb és tojás alakú. Fényre és alkalmazkodásra egyik sem reagál, fénytörő közegek rendesek. Retinán rendellenesség nincs. A szemtükri és olvasási próbák jobboldalt $2^1/_2$, baloldalt $1^1/_2$ D. hypermetropiát mutatnak. A szemtünetek és a beteg nyelési nehézségei, melyek a nyelőizmok hüdéséből származtak, valamely góczbeli hirtelen fellépett elváltozásra engedtek következtetni, de mivel a beteg semmiféle adatot sem tudott szolgáltatni, megfigyelés czéljából február 14-dikén áttétetett a megfigyelő osztályra.

Az itt több izben foganatosított tüzetes kikérdezés folytán kiderült a következő kórelőzmény:

Beteg február 6-dikán 2 társával kolbászt evett, melyet Tihanyból (Zala m.) papirba csomagolva küldtek és a feladástól a kézbesitésig 3 nap telt el. Ő, a házi gazda, evett legtöbbet. Nemsokára égető érzése volt a gyomrában. Az éjet és napot, február

7-dikét, még teljesen jól töltötte el és szolgálatát végezte. Február 8-dikán reggel ismét erős égető érzése volt a gyomrában, szemei előtt minden elhomályosodott, úgy, hogy az egyes tárgyak elmosódtak. Szájából kevés sötétbarna hab folyott. Feje nem fájt. Láza nem volt. A reggelit jó étvágygyal megette. Ebédjéhez szintén jó étvágygyal látott hozzá, de a tészta után hirtelen gyomornyomást érzett és ez időtől kezdve semmiféle szilárd táplálékot nem vett magához. D. u. 5-kor kevés barnás, kávéüledékszerű, zsíros, folyékony gyomortartalmat ürített. Ugyanekkor kevés vizes széke volt. Szemei előtt ezután minden annyira elhomályosodott, hogy feljebbvalóit 10 lépésnyire is alig volt képes felismerni.

Február 9-dikén állitólag ugyan mindent tisztán látott, de a tárgyak meg voltak kettőzve. Minthogy ez időtől kezdve az előzményeket már említettem, áttérek a jelenállapotra február 14-dikén.

A középmagas, rendkivül lesoványodott, jól fejlett férfi bőre halavány és száraz. A látható nyákhártyák és a kötőhártya szárazak, ez utóbbi teljesen érzéketlen. Ajkak halványak, cserepesek. Hőmérsék normális. Érverések száma perczenként 68, rendetlen, gyenge. Légzés hasi-mellkasi jellegü, száma perczenként 17. Sensorium teljesen szabad. Mozgások úgy active mint passive jól kivihetők. Rendkivüli izomgyengeség. Szemek vizsgálatánál fenti leletet találjuk. Könyelválasztás megszünt. Nyelv zöldes-sárga, vastag lepedékkel van bevonva és igen száraz. A lágy szájpad bal fele mérsékelten lelóg. Hangadásnál csak igen kevéssé mozog. Izérzés normális. Hang mély, rekedt, érdes és egyhangú. Nyelőmozgások a garat bénulása miatt alig kivehetők. A bevett folyadék nagy része az orron át kiürül. Kevés folyadék mindazonáltal lenyelhető. A nyelőcső egész hosszában bénult, a mennyiben a a gyomorsonda ellenállás nélkül halad a gyomorba.

Tüdők, szív, máj, lép, vesék eltérést nem mutatnak.

Has felfújt, rugalmas, nyomásra nem érzékeny. Vizelet csak igen nagy erölködés után indul meg. A vizelés után egy ideig még csurgás, majd vizeletcsepegés áll fenn. Széke február 8-dika óta nem volt. Patella-reflex fokozott.

A vizelet úgy qualitative mint quantitative rendes, csupán az indican van kevessé megszaporodva.

Ezek után a legnagyobb valószinüséggel megállapittatott, hogy itt egy acut kolbászmérgezés esete forog fenn és e feltevés feltétlenül helyesnek bizonyult, midőn a másik két tüzérkatona február 19-dikén a következő adatokat és leletet szolgáltatta:

II. H. János, 22 éves, tüzérkatona. Azelőtt mindig egészséges volt. Február 7-dikén evett Sz. D.-vel a kolbászból. Február 8-dikán korán reggel gyomorémelygés után reggeli levesét kihányta, ezenkivül feje fájt és szédült. Egyébképen semmi különöset sem érzett. 9-dikén száraz, kaparó érzése volt a szájában. Ugyanekkor vette észre, hogy csak folyadékot tud nyelni, azt is igen nehezen. Látása elhomályosodott, se közelre, se távolra nem látott tisztán. Később, úgy két nap mulva kettősen látott. Vizelni csak igen nehezen képes, míg azelőtt semmi ilyenféle baja nem volt. Szeme, szája és bőre teljesen szárazak. Hangja monoton és rekedt. Február 17-dikéig így marad az állapota, ekkor a nyelés kezdett javulni, de rossz látása miatt február 19-dikén mégis jelentkezett felvételre a következő jelenállapottal:

A középmagas, erőteljes beteg bőre és a látható nyálkahártyák szárazak, vérszegények. Conjunctiva száraz és érzéketlen. Könnyelválasztás megszünt. Szemgolyók mozgása kifelé mindkét oldalra korlátolt. Oldalnézésnél mindkét oldalon egynevü, egyenlő magasságon álló párhuzamos kettős képek keletkeznek. Pupillák tágak, a bal tágabb, mint a jobb és tojás alakú. Pupillák fényre és alkalmazkodásra egyáltalában nem reagálnak. Jobb szem látása $^6/_{10}$, üveg nem javítja. Bal szem látása $^6/_{20}+1$ D.-val $^6/_{10}$. Sciaskopia szerint mindkét oldalon 1 D. hypermetropia.

Nyelv erősen bevont barnás-szürke lepedékkel és igen száraz. Kinyújtáskor nem remeg. Nyelés alig kivihető, mi a lágy szájpad és a nyelőizmok bénulásából ered. Vizelet csak nagy megerőltetés után ürül. Utána egyideig csepegés áll fenn. Pulsus 80. Sensorium ép. Rendkivüli izomgyengeség. Temparatura normalis.

III. P. János, 23 éves, tüzérkatona. Ezelőtt mindig egészséges volt. Február 7-dikén d. u. 5-kor két barátjával (I. II.) evett a kolbászból, de csak keveset, mert nem nagyon izlett. Utána éjjel erősen hányt. Szombaton, február 8-dikán reggel, délben és este ismét erősen hányt. 9-dikétől nem tudott szilárd táplálékot nyelni vagy csak igen nehezen vízzel. Február 10-dikén vizes székletéte és erős gyomorfájása volt. Ugyanekkor vette észre, hogy szájában kaparó érzése van és úgy ez, mint a bőre igen száraz. Ezután jobban érezte magát, míg 15-dikén egyszerre kettős látás állott be. Egyébképen jól érezte magát, feje nem fájt, nem szédült, láza nem volt, de mert a munkánál rosszul látott, február 19-dikén felvételre jelentkezett.

Jelen állapot. A középmagas, jól táplált beteg bőre kissé száraz. Kötőhártya száraz, kissé érzéketlen. Könyelválasztás megszünt.

Száj és ajak száraz. Temparatura normalis. Pulsus 84, erőteljes. Mérsékelt izomgyengeség. Szemmozgások rendesek.

Pupilla fényre lassan, alkalmazkodásra nem reagál. Látás jobb szemen $^6/_{20}+1{\cdot}5$ D.-val $^6/_6$, bal szemen $^6/_{15}+1{\cdot}5$ D.-val $^6/_6$. Sciaskopia mindkét szemen 1·5 D. hypermetropiát mutat. Az alkalmazkodási izom bénulása folytán tehát a latens 1·5 D. hypermetropia manifesttá lett.

Ezenkivül a jobb belső egyenes szemizom bénulása mutatható ki, a mennnyiben oldalt nézéskor a bal oldalon keresztezett kettős képek jelennek meg, mit azonban a beteg azelőtt észre nem vett. Sensorium ép.

A mérgezés lefolyása a három betegnél a következő:

I. Miután a beteg 7 nap óta úgyszólván semmit sem evett és rendkivül elesett, gyomorcsövön keresztül naponta kétszer $^1/_2$ liter Soxhlet-mixturát vittünk a gyomrába. Mindjárt az első adagnál láthatólag és subjective is jobban érzi magát a beteg, sőt a gyomorcső kivétele után rögtön maga is képes volt keveset nyelni. Fel kell tenni, hogy maga a mechanikus inger is előnyösen befolyásolta a bénult nyelőizmok ingerlékenységét. Kétnapi mesterséges táplálás után február 17-dikén beteg már maga képes folyékony táplálékot lenyelni. Február 18-dikán, miután a belsőleg több izben adagolt különböző purgansok teljesen eredménytelenek maradtak, minthogy már 10 nap óta széke nem volt, magas beöntést adtunk (300 gm. vízben 25 gm. magnesiumsulphat és 10 gm. glycerin), melyre kétszeri kielégítő ürülés következett.

Az állandóan kínzó nyákhártya- és bőr-szárazság ellen február 19-dikén 2 cgm. pilocarpint adtunk belsőleg, mire kismértékü nyál-, köny- és verejtékelválasztás indult meg és a nyelés is erősen javul. Ezután minden nap a szív gondos ellenőrzése mellett 1—2 cgm. pilocarpint adtunk; az általa előidézett kiválasztás után beteg mind jobban és jobban érzi magát. Az egyszer megkisérlett meleg izzasztó fürdőt collapsus tünetei miatt nem ismételtük. Az egyes tünetek javulási menete a következő volt:

A rendkivüli elesettség és szívgyengeség a táplálás és székletét mesterséges rendezése után 20-dikán eltünt. 23-dikán megszünt a vizelési nehézség. 24-dikén a kettőslátás már csak az erősebb oldaltnézésre szorítkozik. Az alkalmazkodás is javul, a mennyiben látása a jobb szemen $^6/_{12}$, mely $+0{\cdot}5$ D-vel $^6/_{10}$-dé lesz, a bal szem $^6/_{10}$ látását üveg nem javítja. Pupillák majdnem normalis nagyságúak, fényre reagálnak, de részletenként úgy, hogy ez által a pupilla szegletes. Felvét 28-dikán: A szem kötőhártyájának érzékenysége teljes. Ptosis megszünt. A bör és nyákhártyák szárazsága bár már nem oly nagyfokú, de még fennáll. A nyelés az összes tünetek között aránylag még mindig a legtöbb panaszra ad okot.

Márczius 15-dikén a bőr szárazsága még mindig észlelhető, nyelés eléggé nehéz. Pupilla fényre jól reagál.

Accommodatio még nem teljes. Kettőslátás teljesen megszünt. Beteg jól érzi magát, igen jó színben van, hangja majdnem teljesen tiszta, de még kissé egyhangú.

Márczius 22-dikén az accommodatio teljes, 23-dikán pedig a nyelési nehézség teljesen megszünt, hang és hanglejtés normális.

Márczius 31-dikén mint utolsó tünet a köztakaró szárazsága szünik meg és így beteg április 10-dikén teljesen meggyógyultan hagyja el a kórházat.

II. H. Jánosnál a tünetek nemcsak épen azon sorrendben, de úgyszólván ugyanazon napon javultak, mint I-nél s így ismétlések elkerülése végett fel nem sorolom. Beteg teljesen gyógyultan április 10-dikén hagyja el a kórházat.

III. P. Jánosnál a mérgezés összes utókövetkezményei gyanánt fennálló kisfokú izomgyengeség a szemtünetekkel együtt márczius 1-jére helyreállott úgy, hogy márczius 10-dikén teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

Összefoglalva már most a 3 eset adatait, azt találjuk, hogy egyes tünetek csak a súlyosabb, mások a könnyü esetnél is előfordulnak.

Ezek szerint míg az állandó tünetek a diagnosist biztosítják, addig a ritkább tünetek jelenléte vagy hiánya a mérgezés intensitására enged következtetni. A mérgezés lefolyását általában a következőkben körvonalozom.

A botulismus-toxinnal fertőzött étel elfogyasztása után 6—10 óra mulva esetleg acut gastroenteritis tünetei lépnek fel általános rosszullét, gyomorémelygés, gyomornyomás, hányás, csekély mérvü hasmenés és fejfájás képében. E tünetek bármely romlott hús vagy étel bevétele után felléphetnek. A specifikus *intoxicatio* tünetei csak 36—48 óra mulva mutatkoznak. Beteg először homályosan lát, majd minden megkettőződik előtte és szemeit nem tudja egészen kinyitni, mert szemhéja lecsüng.

Könyelválasztás megszünik, kötőhártya száraz és *érzéketlen*. A pupillák ad maximum tágak, néha nem kerek az alakjuk, fényre és alkalmazkodásra egyáltalában nem reagálnak. A szemtünetekkel egy időben fejlődik ki a nehéznyelés, vagy teljes nyelési képtelenség. Ennek főoka a pharingealis izomzat és a lágy szájpad bénulása; az utóbbi okozza azt, hogy a bevett folyadék legnagyobb része az orron át kifolyik. Hozzájárul a nyálkahártyák teljes szárazsága. Szájban égető, kaparó érzés. A bőr rendkivül száraz és nagy pikkelyekben hámlik. A beszédhang egyhangú, rekedt Beszéd a nyelv szárazsága miatt nehéz, vontatott. A székletét teljesen fennakadt. A vizelet kiürítése meg van nehezítve, a mennyiben csak igen nagy megerőltetés után indul meg és vizelés után még egy ideig csepegés áll fenn. Az általános izomgyengeség igen jelentékeny, mit részben a nyelésképtelenségből származó inanitio eredményez. Pulsus lassú, kieső. Sensorium teljesen szabad. Ép ezért toleransabb betegek, mint eseteinkben is, csak napok mulva fordulnak orvoshoz látási zavarok miatt. Temparatura teljesen normális. A súlyos esetekben, talán egyrészt directe a toxinhatás, másrészt az inanitio folytán, az izomgyengeség fokozódik, a szivműködés gyengül és az állapot folytonos rosszabbodása után a 8—10-dik napon szívgyengeség miatt exitus áll be, a mi a német statistikák szerint az esetek 20—50%-ában bekövetkezik. Ezen időn túl minden nap több remény van a gyógyulásra. Az egyes tünetek javulására nézve talán szabályul lehet felvenni, hogy a legelső tünetek legkésőbb, a legutolsó tünetek leghamarább fognak javulni. Igy súlyos (I.) esetünkben, a midőn a 10-dik napon a fenyegető collapsus tünetei elmultak, legelőször a vizelési nehézség (a 16-dik napon), utána a kettős látás (a 35-dik napon) szünt meg. Míg az accomodatio zavara csak a 43-dik és a nyelési nehézség csak a 44-dik napon tünt el. A két utóbbi, úgy látszik legállandóbb tünethez csatlakozik az általános köztakaró szárazsága is, a mely mint legutolsó tünet csak a 60-dik napon maradt ki.

Különös, hogy az egyes tünetek mindig rövid időn belül keletkeztek és multak el, úgy hogy átmenetet a betegek nem igen vettek észre és mindig azt állitották, hogy a bajuk úgyszólván hirtelen jött és tünt el.

Legkönnyebb (III.) esetünkben az acut gastroenteritis folytán fellépő többszöri hányás és hasmenés mentették meg a beteget a súlyosabb következményektől, úgy hogy nála csak az accommodatio és nyelés mérsékelt zavara volt meg, a köztakaró szárazságától kisérve.

Ha a mérgezés jelenségeinek magyarázatát keressük, úgy felvilágositanak a Kempner által végzett kisérletek. Ő ugyanis azt találta, hogy a botulismustoxin a központi idegrendszert mérgezi és főképen a szürke állomány idegsejtjeinek degeneratioját idézi elő. Minthogy az idegsejtek szöveti elváltozása klinikailag azok működésének felfüggesztését vonja maga után, érthető, hogy a lassú regeneratio folytán csak oly hosszú idő mulva javulnak a különböző functionalis zavarok.

Embernél a fentebb leirt tünetek szerint a legérzékenyebb az aquaeductus Sylvii alatt fekvő oculomotorius mag legelől fekvő része, mely az alkalmazkodás központja, ezután a pupillaszükítőideg magva, a belső egyenes izom, végül a szemhéjemelőideg magva. Utána következik a trigeminus azon érző magva, mely a könyelválasztást és a kötőhártya érzékenységét szolgálja.

A IV-dik agygyomor fenekén fekvő facialis mag elváltozása a lágy szájpad emelő bénulásában, a nyelv alatti és az áll alatti mirigyek elválasztásának teljes felfüggesztésében nyer kifejezést, az oculomotorius bénulását nyomon követve. A mögötte fekvő abducens mag elváltozása a külső egyenes szemizmok bénulásának képében jelentkezik és aránylag hamar reparálódik. A nyult agy többi magvai közül bénul a glosso-pharyngeus-mag mint a parotis elválasztó idege és a vagus, mint a mely a garat, nyelőcső, gége, gyomor és a belek mozgató idege.

E különösen megtámadott részeken kivül a bőr kiválasztásának teljes felfüggesztése a gerinczagy általános elváltozására mutat, melyhez a centrum vesico-spinale csökkent functioképessége járulván, a hólyag innervatioja meg van nehezítve. Ily módon a méreg által a központi idegrendszernek csak az aquaeductus Sylvii alatti része és a nyúlt- és gerinczvelő bizonyos részei vannak többé-kevésbbé befolyásolva, míg a többi, különösen a szellemi központok teljesen intactak.

A mi a mérgezés kezelését illeti, mindenekelőtt itt is, mint minden a tápláló rendszeren bejutott méregnél, a gyomorból kimosása vagy legalább kiürítése volna kivánatos. A mint azonban a mi eseteinknél is kitünik, erre ritkán nyilik alkalom, mert épen a súlyosabb esetekben, hol acut gastroenteritis folytán a mérges anyag ki nem ürült, csak 36—48 óra mulva mutatkoznak az első tünetek a beteg subjectiv jólléte mellett úgy, hogy különösen kissé indolensebb betegnél még napok telnek el, míg a diagnosis felállitható és a kezelés meginditható. Az első 24 órában meg lehetne kisérelni a mérgezést antitoxinnal kezelni, de ez alábbi okokból még egy esetben sem történt meg. Ha a mérgezés kifejezett tüneteivel állunk szemben, csak symptomatice járhatunk el.

Mindenekelőtt fontos a tápcsatorna működési zavarainak megszüntetése. E czélból a makacs obstipatiót, melynél a nagyfokú bélhűdés miatt a rendes hashajtók eredményre nem vezetnek, magas beöntéssel oldjuk meg. A nyelési nehézségek nagyon befolyásolván a beteg táplálkozását, ha kell gyomorcsővel küzdendők le, minthogy a lethalis kimenetelü esetekben az inanitionak a toxinhatás mellett igen nagy szerep jut. A gyomorcsőnek mint mechanikus ingernek az az előnye is megvan, hogy utána a mi esetünkben a nyelés sikerült, míg előtte egyáltalában nem.

A bőr és nyálkahártyák kínzó szárazsága ellen pilocarpin a szív kellő ellenőrzése mellett gyakorolt belső adagolása járt kellő eredménynyel, a mennyiben a beállott izzadás, köny-, és nyálelválasztás után betegeink igen jól érezték magukat.

E therapeutikus beavatkozások mellett a kellő hygienikus viszonyok, jó táplálás, langyos fürdők, szabadban való mozgás voltak a gyógyulás segitő eszközei.

A fentebb említett botulismus-antitoxinnal és a toxin vizsgálatával különösen Kempner, Brieger és van Ermengen foglalkoztak.

Kempner vizsgálatai szerint, ha az élettelenített és filtrált bacillus botulinus-kultura kecskébe injiciáltatik, ez állat seruma oly erős activ immunitást nyer, hogy azt a mérges anyagot, mely egy 250 gm.-os tengerimalaczot 2 nap alatt megölne, 100,000-szeresen képes parallelizálni. Az antitoxin hatása úgy prophylactice, mint a mérgezéssel egy időben, sőt a mérgezés utáni 24 órán belül adva is nyilvánul. Mint Pollak és Marinese, továbbá Kempner vizsgálataiból kitünik, állatnál a botulismustoxin az idegrendszerben különösen az elülső szarvak sejtjeiben visz nagy rombolást véghez, azok szétesését idézve elő. Serum behatása mellett a sejtek szétesése helyett csak degeneratio fordul elő.

Sajnos, mint eddig, úgy ezúttal sem lehetett a kisérleteket emberen megejteni, minek úgy látszik a külföldön is főoka az esetek késői felismerése, már pedig az oltásnak az első 24 órán túl az állatokon végzett kisérletek szerint nincs eredménye.

Miután az 50% halálozási arányszámot is mutató kolbászmérgezés ellen radicalis gyógyszert vagy eljárást még nem ismerünk, igen fontos a prophylaxis.

Hogy honnan kerül a bacillus botulinus a kolbászfélékbe, nem tudjuk. De tapasztalat szerint veszélyes a frissen elkészített

*

és azután félre tett kolbász. Lehetséges, hogy a kolbásznak egy részlete mérges, a nélkül, hogy színe, íze vagy szaga ezt elárulná. Leginkább a látszólag teljesen kifogástalan kolbászszal történnek a mérgezések, mert a folyós, zöldes, büzös, gázbuborékos kolbász mint hasznavehetetlen és ártalmas rendesen felismertetik. Az állott és később füstölt kolbász a füstölés után nem lesz ártalmatlan, sőt sütés vagy főzés által sem, mint az eseteinkben is történt.

Láthatjuk tehát a mondottakból, hogy a kolbászmérgezés keletkezésére, a bacillus botulinus életviszonyaira, a botulismustoxin és antitoxin szerepére és a mérgezés ellen való hygienikus védekezés módjaira vonatkozólag még oly kérdések előtt állunk jelenleg, melyekre csak további beható vizsgálatok adhatják meg a feleletet.

Ezek után kedves kötelességnek teszek eleget, midőn Neuber Ede dr. cs. és kir. főtörzsorvos és Pelzl Ottó dr. törzsorvos uraknak szíves támogatásukért hálás köszönetet mondok.

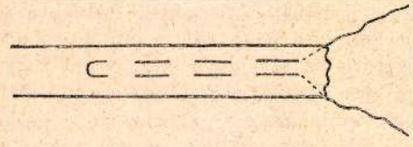
Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum.Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

A csonthártyára való áthelyezés (transplantatio periostalis) elnevezése és módszerré képzése *Lange*-től származik, jóllehet előtte *Drobnik* (1896) és *Weid* (1897) hasonló módon tett műtéteket irtak le. A módszer lényege az, hogy az erőt adó ín nem a hűdött ínnal köttetik össze, hanem a csontváznak valamely pontján, mely a kivánt működésre nézve legelőnyösebbnek mutatkozik, a csonthártyához erősíttetik. E czélra a csonthártya 1—2 cm.-nyire felhasíttatik, szélei a csontról kissé elemeltetnek és az ínvég alája helyeztetvén, rajta a Lange-féle selyemkacsesal rögzíttetik. Ez a kacs az ín hosszában többszörös be- és kiöltéssel képeztetik (ú. n. Raffnaht, 13. ábra).



13. ábra.

A periostalis transplantationál is biztosabb rögzítésre törekedvén, *Wolff* több esetben úgy operált, hogy az inat egy kivágott csontbarázdába fektette úgy, hogy vége még azon túl kilógott. Felette a csonthártyát zárta és a kinyúló ínvéget is a csonthártyához varrta. Ez a *csontra való áthelyezés* (transplantatio ostalis). Felemlítendő, hogy már korábban Drobnik az ext. hall. inát az os cuboidesbe vágott csontbarázdába illesztette, de ezen eljárásából nem csinált külön módszert.

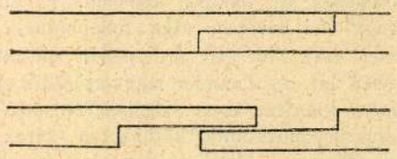
Legújabban olvasom E. Müller tanár ajánlatát a lúdtalpra nézve: a m. tib. ant. inát tapadásáról leválasztani és az os naviculareba fúrt *csatornán* áthúzni, a lábboltozatot lehetőleg felnyomni, az erősen lehúzott inat a csont körül hajtani és sodronynyal a csontra varrni. Ezt nevezném *csonton át való ináthelyezésnek* (transpl. transossea).

A periostalis transpl. további módosítása azon törekvés által jött létre, hogy az erőt adó izom mechanikai támadáspontja a csontváz olyan helyére is áthelyezhető legyen, a meddig ina el nem ér. Az ilyen rövid inat Lange néhány selyemfonallal, vagyis *mesterséges ínnal* toldotta ki. A fonalak a leirt kacsok módjára fogják az inat, szabad végeik a csonthártyához erősíttetnek.

Lange ily módon elért eredményein felbátorodva, ma már az erőmegosztásra is mesterséges inat használ, melyet egyszerűen az erőt kölcsönző izom inába beakaszt és a kiválasztott insertiohoz vezet.

Még röviden meg kell említenünk az ínmeghosszabbítás és ínmegrövidítés technikáját, mely műveletek az állás correctioja kedvéért gyakran vétetnek igénybe.

Az ínmeghosszabbítás legegyszerűbb alakja a subcutan tenotomia. Ha jelentékenyebb meghosszabbításra van szükség, vagy ha az íntransplantatio végett úgyis feltáratik, akkor plastikával nyújtható. A *Bayer*-féle lépcső metszés az inat hosszában két oldalsó (szélesebb felületek nyerésére mellső és hátsó) félre osztja, melyek egyike a peripherián, másika central felé átvágatván, végeikkel összevarratnak. Igy az ín folytonossága helyreállíttatik (14. ábra). A folytonosságot különben nem is kell megszakítani; elég az inat két vagy több helyen, különböző magasságokban felváltva hol az egyik, hol a másik oldalon közepéig bemetszeni, mikor az rostjainak eltolódása útján kellőleg kinyújtható.



14. ábra.

Az ínmegrövidítés közönséges módjának (átvágás, egymásra fektetés és varrás) az a hibája, hogy ha a varrás szétmegy, az ínvégek is szétválnak, a mi az eredetinél is rosszabb állapotot jelent. Ettől legalább megóv az ínredőzés. Egy ínkacsot felemelünk, szárait egymáshoz varrjuk és a kettőzetet a centralis részre is rögzítjük. Lange hosszú selyemkacsának erős meghúzásával is meg lehet az inat korczszerűleg rövidíteni.

A mi a seb további ellátását illeti, először is az ínhüvelyeket — melyeket különben lehetőleg kímélni kell — annál is inkább jól kell zárni, mert a regeneratio folyamatában, ruganyos rostok újraképződésében nevezetes szerepük van. Meggátolják továbbá a környezettel való összenövést. Ezért kivánatos a felhasított pólyáknak is teljes zárása. Némelyek drainaget használnak, mások nem. *Vulpius* a bőrsebet felületes silkworm-öltésekkel zárja, mely nem lévén nedvszívó, ép úgy mint a fémsodrony hetekig benn hagyható fonálmenti fertőzés veszélye nélkül. Én úgy a mély, mint a bőrvarráshoz antiseptikus (1‰-s, nem festett sublimatban ½ óráig főzött) selymet használok, mely maga körül az accidentaliter bejutott csirák fejlődését még hetek mulva is gátolja. A fonalakon át való fertőzést egy frissen sublimatba mártott és gyengén kinyomott gaze-compresse előzi meg, mely alatt a selyemfonalak is heteken át heverhetnek.

Miután a vérzés már a seb zárása előtt elállott, nyomókötésre nincs szükség. Ez nem is volna hasznos az insebek gyógyulására, mert a szabad vérkeringést, melyre pedig az amúgy is gyengén edényzett inaknak és pólyáknak ugyancsak szükségük van, megnehezítené. A Capurro kisérleti eredményei közül annak, hogy az ín leggyorsabban és legerősebben heged össze mérsékelt feszülés mellett, t. i. gyorsabban és erősebben, mint ellazult vagy túlfeszített állapotban, sem lehet más magyarázata annál, hogy mérsékelt feszülésben a vérkeringés a legélénkebb. Közvetve tehát ez is azt bizonyítja, hogy szorítókötés a gyógyulásra hátrányos. Mert azt mindenki belátja, hogy erős nyomás alatt a vérkeringés nem lehet oly szabad, mint mérsékelt nyomás alatt. Én a fixáló kötést két darabból készítem, két erős gyps-sínből, melyek bármelyike könnyen levehető, mialatt a másik a végtag állását elegendőképen biztosítja.

Az általam tett gypskötésnek tehát nincs más czélja, mint a kiigazított állást fenntartani s így az operált inak túlfeszülését és vo[illegible]gálását megakadályozni.

A végtagot az első 3—4 napon, vagy tovább is felfüggesztem, mit gyermekek is jól tűrnek s a mi épen náluk előnyös, mert a mellett, hogy vérpangást megelőz és nyugalmat biztosít, felfüggesztve a kötés is tisztán marad.

Mérsékelt fájdalmak néhány napon át időszakonként jelentkeznek a nélkül, hogy a sebre volnának vonatkoztathatók, mert az a reactio legcsekélyebb jelét sem mutatja; de a nyomásra sem, melyet a magam részéről a leggondosabban elkerülök. Vulpius szerint ezen fájdalom a szokatlan izomfeszülésből

magyarázandó; tényleg megfigyeltem, hogy még gyermekek is oda localizálják, a hol az áthelyezésre felhasznált izomhasak vonulnak.

Két-három hét mulva a kötést leveszem és ezentúl az állás biztosítására a végtaghoz idomított gyps-sinek, később sines czipők és más készülékek használhatók. Massage, villamozás, fürdők, activ mozgások az izomzat erősítésére és az idegrendszer begyakorlására 4—5 hét mulva kezdhetők meg. Enyhe effleuraget mindjárt a kötés levételekor kezdek, ügyelve mindig az állás fennmaradására. Passiv mozgásokat — az újra zsugorodásra hajlandó szalagok ellensúlyozására — csak a correctio értelmében kell végezni.

Végül hosszú ideig, hónapokon át gondoskodni kell alkalmas készülékek segélyével arról, hogy a még eléggé meg nem erösödött izmok meg ne legyenek erőltetve, valamint hogy a fiatal inhegek ki ne nyújtassanak.

A módszerek összehasonlítása általában.

Számbavéve az egyes módszerek előnyeit és hátrányait, melyiket válaszszuk a sok közül? Vulpius erre azt feleli, hogy mindig inról inra transplantáljunk, ha csak lehetséges. Az ő előszeretete e módszer iránt, melynek kiképezésében oly kiváló része van, könnyen érthető. De egyes esetekben más módszernek, pl. a csontra vagy csonthártyára, vagy a műinnal való áthelyezésnek határozott technikai előnye lehet akkor is, a mikor az inanastomosist semmi sem gátolja. Válaszszuk tehát azt a módszert, mely az adott esetben legkevesebb sértést okoz, a legjobb gyógyulásra és mechanikai hatásra nyujt kilátást. Ezekre való tekintettel ugyanazon esetnél többféle módot is egyesítünk. Néha pedig kénytelenek vagyunk az adott viszonyok miatt olyan eljárással megelégedni, melyet ezek megengednek, jóllehet mások mögött értékben messze elmarad.

Ezen fenntartásokkal elismerhetjük, hogy az eredeti, inról inra való áthelyezés a legtermészetesebb és a legtöbb esetben czéljának meg is felel. Különféle módozatai közül a teljes áthelyezést akkor választhatjuk, ha az erőt adó izom rendes működése érdekkel nem bir; ellenkező esetben erejét csak megosztjuk egy új működéssel az erőmegosztást feltételező módszerek valamelyikével. Ha a régi és az új működés külön-külön való végzésének lehetősége óhajtandó, akkor a megosztást ínlehasítással létesítjük, mely az izomhasba is felterjedvén mintegy új izomegyedet különít el belőle. A mennyire lehet, leszálló módokat válaszszunk, mert peripheriás ínesonkok gyengébben táplálkoznak.

Vulpius és Lange között controversia forog fenn először az erőátvitelre — inról inra való áthelyezés vagy csontra való áthelyezés —, másodszor az erőmegosztásra — ínmegosztás vagy műin használata — vonatkozólag.

Lange a periostalis módszert, a hol csak technikailag kivihető, mindig előbbre helyezendőnek tartja, mert szerinte annak két nevezetes előnye van. Ezek: 1. Általa elkerültetik az a hátrány, mely a hüdött izom megvékonyodott és degenerált inának a tőle követelt, erejét meghaladó munkára való elégtelenségéből származik, hogy t. i. utólag kinyúlik és a műtétet hatástalanná teszi. 2. Az erőt adó innak tapadásául a csontváz azon pontját választhatjuk, a melyen az áthelyezett izomerő új feladatát a legkiadósabban teljesítheti. Igy pontosabban felelhetünk meg azon változatos követelményeknek, melyeket a zsugorok és elferdülések gyógyítása reánk ró.

Vulpius erre azt feleli, hogy igaz ugyan, hogy a hüdött inak vékonyabbak, fehér fényüket elvesztették, de azért a tapasztalatok nem igazolják a félelmet, hogy azok a kellő ellenállást ne tudnák kifejteni. Sőt valószinü, hogy ha működés által igénybe vétetnek, újra megerősödnek.

A másodikra nézve Vulpius nézete az, hogy ne akarjuk mi jobban csinálni a dolgot a természetnél, hanem elégedjünk meg az inak meglévő tapadási pontjaival.

A két nézet között mindig megtalálhatjuk a helyes középutat, ha azt a módot szemeljük ki, mely az adott viszonyok közt a mellett, hogy a mechanikai feladatnak jól megfelel, a legegyszerűbb. Ha az in kézzelfoghatólag igen gyenge, mállékony — mint a quadriceps femoris ina szokott lenni zsugoroknál —, akkor inkább a csontra (csonthártyára) transplantálunk. Némely körülmények között még azt is jogosultnak, sőt előnyösnek kell elismernünk, ha az erőt közvetítő inat olyan helyre rögzítjük, a hol rendes insertio nincs; ha t. i. igy jobb mechanikai hatás fejthető ki.

Mikor pl. hallux valgusnál a m. ext. hall. inát az ujjporcz medialis oldalára teszszük, a hol de norma ín tapad, kétségkivül a legelőnyösebb erőművi hatásra számíthatunk. Mesterséges ínnal az inat akkor toldjuk meg, ha ennek rövidsége azt megkivánja és ha más természetes ín, mely a közvetítésre egyszerűen volna felhasználható, a szomszédságban nincs.

A mi az erőmegosztásnak műinnal való eszközlését illeti, ennek előnyei Lange szerint, hogy a beavatkozás enyhébb, hogy az ép izom nem roncsoltatik, hogy az ín zavaró összenövése a környezettel elkerültetik és hogy a műin necrosis veszélye nélkül ad maximum megfeszíthető.

Vegyük e pontokat szemügyre. Nem áll feltétlenül az, hogy a typikus leszálló ínmegosztásnál a beavatkozás nagyobb, mint a műinnal valónál. Sőt Vulpius azt véli, hogy Langenak még hosszabb metszésekre van szüksége, melyek sokszor kedvezőtlen helyekre jutnak. Igy a bokaizület előtt, a hol a fonál börredőt emel fel és azt átvághatja, a mi Lange három esetében meg is történt. Ez annál könnyebben áll be, ha a műin — mint Lange kivánja — nagyon megfeszíttetik.

Nézetem szerint ezektől még nem kell visszariadni, ha a módszer egyébként haszonnal kecsegtet. Mindenekelőtt felesleges a műinat túlságosan megfeszíteni; ép úgy felesleges, sőt káros, mint a természetes ínnal való áthelyezésnél és ínmegosztásnál. Hiszen *Capurro* kisérletei bizonyítják, hogy 1. az ínforradására legkedvezőbb a közepes megfeszítés, 2. túlfeszítés által maga az izom is szenved. A nagy metszést elkerülhetjük, ha helyette két kisebbet ejtünk; egyet a fonál beakasztására, másikat rögzítésére, a fonalat a kettő között alagútfurással vezethetjük. Ha ezt az alagútat mély rétegben, esetleg más inak alatt fúrjuk s a fonalat úgy sem feszítjük meg túlzottan: egyúttal a bőr átvágásának veszedelmét is elhárítottuk.

Súlyosabb ellenvetés az, hogy a selyemfonál még prima intentio után is néha kilöketik. Ez nem baj, ha pár hét mulva történik és ha csak inak egyesítésére szolgált, melyek akkorra már összenőttek; annál nagyobb baj azonban, ha a fonál — mint mesterséges ín — mentén a végleges ín gyanánt szolgáló kötszövetköteg még ki nem fejlődött.

Továbbá igaz, hogy az ép izmot az oldalába akasztott selyemkacs jelentősen nem bántalmazza. De a behasítás sem. Sőt emez egészen új izomnegyedet létesít, a mit a műin nem tehet. Átvihetem műinnal az izomerő egy részét más irányba, úgy hogy az izom összehúzódása ezen és az eredeti irány között középállást eredményez, de nem végezheti külön-külön ezt vagy amazt a mozgást. Azonkivül aligha teljesíthet olyan összetett működést, minő pl. a m. extensor dig. ina által közvetíttetik, mely a külső lábszélt emeli, borint és távolít a mellett, hogy az ujjakat is feszíti.

A mi végül az összenövéseket illeti, a tapasztalat azt mutatja, hogy ínanastomosisnál, ha a kivánt eredmény kimaradt, nem ezeken mult. Másrészt a selymet körülvevő új ín ép úgy összenő a környezettel. Sőt épen arra is van tapasztalat — *Rosenfeld* índefectus pótlása catgutfonállal —, hogy a fonál körüli kötszövetburjánzás a helyreállt működést utóbb nagyban nehezítette.

A többi eljárásra vonatkozó észrevételeimet azok tárgyalásánál megtettem. Csak a Müller csonton át való ínvezetésére akarom kiemelni, hogy ez a művelet épen a pes planus legtöbb kórtünetét, a lábboltozat lesülyedését oly észszerűen és oly hathatósan támadja meg, hogy az ideát a legszerencsésebbnek gondolom. Épen van a sebészeti klinikán egy pár ide való esetem — mozgékony és rögzített deformitás —, melyekben a módszert — más combinatioban — használatba is vettem. A minden tekintetben kiváló eredményt módomban volt az Erdélyi Muzeum-egylet egyik orvosi szakülésén demonstrálni.

A módszer megválasztása és alkalmazása az egyes kóralakoknál.

Próbáljuk meg, a mennyire az eddig tett és irodalmilag hozzáférhető tapasztalatok engedik, az egyes kóralakoknál követendő eljárásokat áttekinteni. A legkimerítőbb adatgyüjteményt

az 1902. év elejéig Vulpius monographiája szolgáltatja, mely addig teljes irodalomjegyzéket is tartalmaz.

Továbbá rendelkezésemre állottak az ezen jegyzékben felsorolt munkák nagyobb része eredetiben vagy referatumaik s néhány azóta megjelent közlemény. Két év előtt Heidelbergben tett látogatásom alkalmával Vulpius módszereit közvetlenül tanulmányozhattam és eredményeiről személyesen meggyőződhettem. Főleg ez ösztönzött arra, hogy a kérdéssel, mely iránt már régebben érdeklődtem, behatóbban foglalkozzam. Sok nehézségbe ütköztem azonban, míg egy-egy alkalmatos beteghez sikerült jutnom. A betegek és hozzátartozóik nem igen akarták megérteni, hogy miért kellene az illető bajoknál operálni; ők csak kiegyenesítést és orthopaediai czipőket, gépeket óhajtottak, néha ilyen gondolkodásban orvosok is megerősítik őket. Saját kisérleteim alapján is szereztem bizonyos benyomásokat és tanulságokat.

Talán helyes lesz az egyes bajokat testrészek szerint csoportosítani; annál is inkább, mert a kór-ok szerint már a javalatok tárgyalásánál soroltattak fel. Elvégre azon okok, melyek valamely izom hüdésében részesek, akármelyik részén hatottak be a motorikus ideg-izomkészülékre, egyféle hatásban jutnak kifejezésre. Ez a végállapot egyforma lehet a legeltérőbb természetü aetiologiai mozanatok mellett és ezért egyformán is kezelendő. Igy a részletesebb átnézetnél ismétléseket elkerülhetünk, miután a czél csak az, tudni, mely izületnek minő bántalma esetén mely eljárások alkalmazhatók sikeresen?

A gyakorló orvos is könnyebben rátalál egy általa ismert eset kórképére, melyben talán finomabb neurologiai kórisme megállapítására sem alkalma, sem ideje nem volt, ha annak külső megjelenésében való hasonmását találja. Egy pes equinovarus esetében pl. elég, ha tudja, hogy ezt lehet és mi módon gyógyítani és ha ehhez képest utasíthatja. Hogy a deformitas Littlekór részjelensége, meningitis, encephalitis, poliomyelitis maradványa, paralysis spinalis spastica hereditaria, cerebralis, gerinczagyi, környi ideghüdés, idegtrauma folyományа-e? jó ha megállapítja; de fő az, hogy betegét szakorvoshoz küldje, a ki nemcsak mindezeket felismeri, hanem — a mennyiben lehet — a baj gyógyításához is hozzáfog.

A felső végtag hüdései és zsugorai.

Lölyögő vállizület-nél — paralysis spinalis infantum poliomyelitis anterior után — a hüdött m. deltoidest *Winiwarter* a m. pectoralis szegyesonti és belső kulcscsonti részével pótolta, melyet eredésén lefejtett, ki- és felfordítva a lapoczkatövishez varrt. *Hoffa* az ép m. cucullaris egy részét varrta a hüdött m. deltoidesre, *Reichard* a hüdött m. deltoidest három részletre osztva felhágólag a m. cucullarisra. Némi javulást mindegyik műtét eredményezett; annyit azonban bizonyára nem, mint az *arthrodesis*, mely után a rögzített kar majdnem vízszintesig emelhető. Ez Vulpius véleménye. Az arthrodesist illetőleg a magamé még vérmesebb reményü. Meg vagyok győződve arról, hogy vállhüdésnél, ha a lapoczkaforgató-, mell- és széles hátizmok épek, a felkarnak szinte teljes mérvü mozgathatósága lenne elérhető, ha a vállizületet olyan állásban rögzítenők, hogy a lapoczka rendes helyzete mellett a felkar közel vízszintes abductioban, mérsékelt supinatioban és kissé előrefelé tartatnék. Ebből az állásból a törzsöktől eredő izmok, melyek részint a karcsontra, részint a lapoczkára tapadnak, a felkart mindenféle állásba hozhatják, és pedig mozgásai annál korlátlanabbakká lesznek, a mily mérvben a lapoczka a reátapadó izmok megnyulásával mozgékonyabbá válik. Ezt a javaslatomat egy esetemre alapítom, melyben a véletlen tette azt, a mit előadtam.

M. L. 10 éves fiúgyermeket apja azért vizsgáltatta meg velem, mert jobb karját ugyan minden irányban tudja mozgatni, de a jobb lapoczkája elál és félti, hogy a gerincze elgörbül. Vizsgáltatta Dollinger tanárral, ki Jendrássik tanárhoz utasította, mert ideghüdése van. Jendrássik azt constatálta, hogy az idegeknek nincs baja, hanem a vállizmok (m. deltoides, supra- és infraspinatus) sorvadtak s orthopaediai kezelést, massage-t stb. ajánlott. Fel is irta a sorvadt izmok neveit, mit az apa (mérnök és felsőbb ipariskolai igazgató) nekem megmutatott. Behatóan vizsgálva a dolgot, megállapítottam, hogy: a kar minden irányban mozog, de a lapoczka minden mozgást vele együtt végez, miközben a legkülönbözőbb helyzet- és állásváltoztatásokon megy át. Apró mozgások a lapoczka és karcsont között passive kivihetők. A kar lógó állásában a lapoczka alsó szöglete a gerincz mellett állt, medialis széle fel- és oldalfelé haladt. Ha a lapoczkát a törzshöz rögzítettem rendes helyén és állásában, akkor a felkar majdnem vízszintes elevatio-ban, egyenesen oldalfelé, erős borintásban állott. Feje a hónaljárokban jóval beljebb volt tapintható, mint a túloldalon. A m. deltoides, supra- és infraspinatus sorvadtak voltak, a m. pectoralis és latissimus dorsi inai élesen kiugrottak és megfeszültek, a m. trapezius, *levator* anguli scapulae, serratus posticus sup. és inferior, latissimus dorsi izomhasai jobban kidomborodtak, mint a túlsó oldalon. A lapoczka a kar mozgásainál függélyes és vízszintes tengely körül rendkivül nagymérvü forgásokat végzett s a törzsön le, fel és oldalt tág határok között csúszkált. A villamos árammal való vizsgálatnál a sorvadt izmok is összehúzódtak faradikus áramra.

Kórismém volt tehát: Nem csontos ankylosis a vállizületben a felkar távolított és borintott állásában, a scapulo-humeralis izmok tétlenségi sorvadása és zsugora, a törzsök-lapoczkai izmok megnyúlása és túltengése.

Magyarázat: Bemondás szerint a rendellenességet 3—4 éves korban vették észre. Kérdéseimre elmondták, hogy a gyermek fogómütéttel született. Ebből magyarázhattam volna hüdéseket, de nem ankylosist, melyet traumás eredetünek kellett tartanom, inkább törésből eredőnek, mint ficzamnak. E mellett szólt a karcsont fejének dislocatioja, mely azonban előre nem domborodott ki, és a lapoczkával szemben sokkal kisebb mozgékonyságot mutatott, mint ficzamnál. A kórképet legjobban megfejthettem, ha felveszem a lapoczka nyakának törését, median felé dislocatioját és hibás odaforradását. Rendellenes szülésről levén tudomásom, többször kérdeztem, nem volt e előesett kar vagy valami ilyen momentum, mely a vállizület születés közben való traumáját magyarázná? Hetek mulva az apa egyszer azzal jött, hogy arra emlékeznek, hogy az anya nagyon vérzett, és míg az orvos vele volt elfoglalva, az újszülöttel senki sem törődött; mire ügyet vetettek rá, egészen kék volt és nem akart légzeni. Egyebet nem tudott. De ennyiből majdnem bizonyos, hogy mesterséges légzés, valószinüleg a Schultze-féle lóbálások alakjában végeztetett, a mikor a lapoczka törése megeshetett. Utóbbi mellett szóltak Röntgen-felvételeim, melyekből kitünt, hogy a másik oldalihoz képest kevésbé és nem oly szép domborulattal kiképződött csontfej viszonya az izületárokhoz nem változott, ellenben emennek távolsága a vállcsúcstól körülbelül 2 cm.-rel nagyobb, mint a másik oldalon. A hollóorrnyújtvány árnyéka körülbelül megtartotta az izfejhez való viszonyát. Feltehető tehát, hogy a lapoczka feje, talán a hollóorrnyújtvány alapjával együtt születéskor levált, medián felé csúszott és odaforrt, magával vivén a karcsontot, melynek feje úgy ékelődött be, hogy lefelé mozgásnál (adductio) és oldalfelé forgásnál (supinatio) csontos akadályra talált. A lágyrészek ezen állásban zsugorodtak, s a hasznavehetetlen izmok a fejlődésben visszamaradtak.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése.

(Folytatás.)

A washingtoni Akademia nevében Newcombe, a washingtoni állami csillagvizsgáló igazgatója, azon javaslatát jelentette be, hogy szerveztessék egy astronomusokból álló nemzetközi bizottság a hold mozgásainak egyöntetü elvek szerint való megfigyelésére s erre vonatkozó táblázatok egybeállítására.

A Royal Society-nek következő javaslata szintén elfogadtatott a jövő évi gyülés egyik tárgya gyanánt: Vállalja el az Associatio a földrengésekre vonatkozó, az egész világra kiterjedő vizsgálatok központi vezetését.

A müncheni Akademia két javaslattal járul hozzá a jövő évi közgyülés programmjához. Az első az, hogy vegye fel az Akademiák Associatioja munkatervei közé egy a középkor és újkor görög okmányait magába foglaló gyüjtemény kiadását. A másik javaslat tárgya a levegő villamossági tüneményei vizsgálatának nemzetközi szerve-

zése; e javaslathoz hozzácsatlakozott a müncheni Akademián kivül a lipcsei, göttingai és bécsi Akademia is.

Végezetül a legbővebb tárgyalásokra a lipcsei Akademia egy inditványa szolgáltatott alkalmat. E javaslat, melynek His lipcsei anatomus a szerzője, az agyvelő s általában véve az idegrendszer vizsgálatának az előmozditását tűzte ki czélul, külön e czélra szolgáló intézetek szervezése útján. His már a mult közülésen beterjesztette ez inditványát, s az Associatio elhatározta, hogy, tekintve az ügy actualitását és fontosságát, nem fogja azt a választmányi ülés során egyszerűen a többi inditványnyal együtt tárgyalni, hanem ez üléssel kapcsolatosan külön értekezlet tárgyává teszi, s ezen értekezlethez meghiv az Associatión kivül álló tudósokat is, olyanokat, a kik az idegrendszer anatomiája, physiologiája és pathologiája terén elsőrendű tekintélyek.

Ezen értekezleten, mely az Associatio ülését követő napon, junius 5 dikén tartatott meg, ugyancsak a Royal Society üléstermében s melyben His tanár elnökölt s én vittem a jegyzői tisztet, a következők vettek részt: az Associatio tagjai közül: Foster, His, Waldeyer, Retzius, Mosso, Ehlers, Guldberg, Lenhossék, az Associatión kivül álló meghivottak közül: Fleichsig Lipcséből, Toldt és Obersteiner Bécsből, Giard Párisból, Ferrier és Horsley Londonból, Sherrington Liverpoolból és Cunningham Edinburghból.

Mi a czélja e mozgalomnak? His ezt elnöki bevezető beszédében s már 1901-ben a lipcsei Akademia kiadványaiban megjelent füzetében igen szépen kifejtette. Az utóbbi évtizedekben az agyvelő s egész idegrendszer anatomiája és biologiája terén igen nagyarányú munkálkodást fejtettek ki. A vizsgálódás módszerei felszaporodtak és tökéletesedtek, az új adatokból és észleletekből nagy anyag halmozódott fel, melynek összehordásában egyaránt van része az anatomusoknak, pathologusoknak és elmeorvosoknak. Az ismeretek ezen halmaza oly nagy terjedelmű, olyannyira szét van szórva a legkülönbözőbb szaklapokban s a vizsgálatok különböző iránya és eszközei következtében olyannyira hiján van az egyöntetűségnek és szerves összefüggésnek, hogy úgyszólván lehetetlenné vált, hogy olyan tudós, a ki egyébbel is foglalkozik, áttekintéssel birhasson az ismeretek e nagy és oly változatos összegéről. Ha még hozzávesszük, hogy a vizsgálódás e téren a módszerek nagy száma és nehézkes volta miatt bonyolódott és időrabló, nem kételkedhetünk azon, hogy nevezetesebb és szerves haladásokat e téren alig várhatunk, vagy e haladások legalább is nem fognak a kivánatos gyorsasággal bekövetkezni, ha az agyvelő anatomiájának és működésének vizsgálatát az anatomusok, physiologusok és psychiaterek ezentúl is úgyszólván mellékfoglalkozásként űzik.

Az anatomiai intézetben — s ezt magam is megerősithetem — az agyvelőre vonatkozó kutatások az ehhez szükséges apparatus következtében nem fogadhatják el az őket megillető helyet; viszont az elmeorvosok sem foglalkozhatnak kellő intensitással e tárgygyal klinikai elfoglaltságuk mellett, a miért is ez irányú munkálataik nem mindig mentek bizonyos felületességtől és dilettantismustól. A biologia e nagyfontosságú fejezetének szerves és gyors előhaladása érdekében kivánatos, hogy külön intézetek létesüljenek, a melyekben ne foglalkozzanak egyébbel, mint csakis az agyvelőnek különböző irányban eszközlendő vizsgálatával. Ezen intézetek feladata volna a vizsgálódás módszereit tökéletesiteni, az évről évre nagy számban felmerülő új technikai módszereket értékükre megvizsgálni. További feladatuk volna begyakorlott személyzet működésével az agyvelőre vonatkozó makroskopiai és mikroskopiai készitményekből lehetőleg teljes és választékos gyüjteményt megteremteni, a mely úgyszólván muzeumot alkotna, a melyben az, a ki az agyvelő szerkezetét meg akarja ismerni, vagy egyes részeit tanulmányozni, könnyen megtalálná az ehhez szükséges készitményeket, s igy fel volt mentve azon tartós és időrabló feladat alól, a melyből a tudománynak semmi haszna nincs, hogy maga készitse vagy készitesse el a megfelelő praeparatumok sorozatát. E készitmények czélszerű, áttekinthető felállitása, továbbá fotogrammok, modellek útján el volna érhető, hogy az, a ki tájékozódni kiván a tudás e területén, idegen segitség nélkül is, akár csak egy jól berendezett muzeumban, könnyen megtalálná azt, a mit keres, s néhány nap vagy hét alatt szert tehetne a szemléleti ismereteknek olyan összegére, a melynek megszerzésére különben éveket kellett volna szentelnie. Megtalálná az érdeklődő ez intézetekben az idegrendszer teljes irodalmát is. De legfontosabb feladata e laboratoriumoknak az volna, hogy bennük hivatott szakerők lehetőleg intensive mozditsák elő önálló kutatásokkal az agyvelő s egész idegrendszer anatomiájára és működéseire vonatkozó ismereteinket.

Európában eddigelé két intézet van, a mely egyedül az agyvelő kutatásainak czéljaira szolgál s a mely körülbelül megközeliti az ily intézetek fogalmát. Az egyik a bécsi „Neurologisches Institut“, Obersteiner tanár a vezetője. Ezen intézet az egyetem orvosi karának a kötelékébe tartozik; költségeihez hozzájárul ugyan az egyetem is, de az intézetet főkép maga Obersteiner tanár tartja fenn. Ez intézetben az agyvelőnek csakis az anatomiájával és szövettanával foglalkoznak. A másik hasonnemű intézet nemrég létesült Berlinben Krupp, a nemrég elhunyt világhirű gyáros adományából. Ezen intézet szintén az egyetemmel kapcsolatos; igazgatója Vogt Oszkár, kit a ministerium Krupp egyenes kivánságára nevezett ki, az orvoskari tanártestület ellenkező véleményével szemben. Ebben az intézetben is csak anatomiai és szövettani vizsgálatok folynak, még pedig elég jó sikerrel, mint azt a Vogt-tól kiadott „Neurobiologische Arbeiten“ czimű vállalat eddig megjelent füzetei tanusitják. Az intézet elég bő anyagi eszközökkel rendelkezik, a mennyiben annak az összegnek, a melyet Krupp az intézet fentartására adományozott, az évi kamatai 40,000 márkára rúgnak.

De az agyvelő vizsgálata oly sokféle irányban vehető foganatba, s e különböző irányoknak oly eltérők a segédeszközei, a technikájuk, hogy alig képzelhető, hogy egy-egy intézet felölelhetné az agyvelő kutatásának összes ágazatait, vagy legfeljebb úgy tartható ez megvalósithatónak, ha egy-egy nagyobb szabású intézet szerveztetnék több külön alosztálylyal, a melyek különböző tudósok vezetése alatt állanának. Legczélszerűbbnek látszik az az expediens, hogy szerveztessék egy egész sorozata az intézeteknek, a melyek az agyvelőt s az idegrendszert általában különböző irányokban, de egységes terv szerint dolgoznák fel, szoros kapcsolatban egymással s egymást kölcsönösen támogatva.

Lenhossék Mihály, r. tag.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvos okat közvetlenül érdeklő részei.

(Folytatás.)

A gondozás, az ápolás, a nevelés és a felügyelet.

27. §. A gyermek gondozása a menhely intézetében. Elhelyezés külső gondozásba. Telepalapitás.

I. A gyermek mindaddig az intézetben marad, a mig a viszonyok megkivánják.

A csecsemőt emlőn kell nevelni, kivéve azt az esetet, a mikor a gyermeket az édesanya nem szoptathatja, azt pedig egészségi érdekek tiltják, hogy nevelőanya szoptassa.

Minden anya, a kinek csecsemő gyermekét a menhely felveszi, köteles saját gyermekét a menhelyben addig szoptatni, a mig a gyermek egészsége ezt megkivánja. Ha gyermekét nevelőanyának szoptatásra kiadják, köteles az anya a gyermekmenhelyben két hónapon át idegen gyermeknél dajkaszolgálatot teljesiteni. Ez alatt a szolgálati idő alatt az igazgató-főorvos által megállapitott fizetésben részesül, a melyből gyermeke eltartási diját le kell számitani.

II. A menhely intézetében vissza nem tartott, internatusokban, sanatoriumokban stb. el nem helyezett gyermekek az állami gyermektelepeken egyes nevelőszülőknek adatnak ki gondozás czéljából.

Minden gyermeket lehetőleg vele egy vallású nevelőszülőnél kell elhelyezni.

A gyermektelepek alapitására alkalmas városokat és községeket az igazgató-főorvos jelöli ki.

Gyermektelep csak oly városban vagy községben alapitható:

1. a mely a területi beosztás szerint a gyermekmenhely működési körében fekszik;

2. a melynek égalji és területi viszonyai a gyermekegészségügy szempontjából kifogástalanok;

3. a melyben, illetőleg a melynek közelében járási, községi avagy oly gyakorló orvos lakik, a ki a teleporvosi tiszt viselésére alkalmas;

4. a melyhez a közlekedés szempontjából könnyű szerrel hozzá lehet férni (pl. vasút, gőzhajózási útvonal, állami vagy törvényhatósági út mentén fekszik);

Végül rendszerint oly városban vagy községben:

5. a melyben legalább is gyermek befogadására alkalmas harmincz család lakik.

Figyelemmel a telepen elhelyezett gyermekek korára tekintettel kell lenni a telepalapitásnál arra is, van-e a községben kisdedóvó (gyermekkert) avagy népiskola?

Az igazgató-főorvosnak a telepalapitás iránt tett intézkedése az országos felügyelő jóváhagyása alá esik.

28. §. Szopós gyermek elhelyezése az anyánál.

Az igazgató-főorvos a menhely kötelékébe felvett gyermeket a szoptatás időszakának és az ezt követő egy hónapnak tartamára édesanyjának gondozásába adja, ha ezt a gyermek érdeke javasolja. Az édesanya — gyermektartás czimén — megfelelő segélyezésben részesül, mely nem lehet nagyobb, mint a rendesen fizetett gyermektartásdij háromnegyedrésze.

A segélyezés mértékét az igazgató-főorvos állapitja meg.

Ha azon a helyen vagy annak közelében, a hol az édesanya gyermekével tartózkodik, teleporvos nincs: a gyermekre vonatkozólag a teleporvos teendőit a községi orvos köteles teljesiteni.

29. §. Szopós gyermek kivételes elhelyezése az édesanyjával.

Ha a gyermek életérdeke megkivánja, hogy édesanyja a szoptatás egész időszakában maga szoptassa és ha a gyermeknek intézeten kivül való elhelyezését a gyermek egészségi állapota megengedi: az igazgató-főorvos a gyermeket a szoptatás időszakának s az ezt követő egy hónapnak tartamára a telepen kivételesen édesanyjával együtt helyezi el arra alkalmas családnál. Ez esetben a tartásdijat (56. §.) az anya élelmezéséért kell fizetni.

Az ilyen anyáknak elhelyezését az arra különösen alkalmas telepekre kell korlátozni és a családokat olyképen megválasztani, hogy azoknak felügyelete alatt nemcsak a gyermek, de az anya testi és lelki épsége is meg legyen oltalmazva. Az ilyen családnál elhelyezett anya a család fejének felügyelete alatt áll s általa a házban és a házon kivül mérsékelt munkára szorithatő ugyan, de csak oly mértékben, hogy az anyát táplálási képességében ne csökkentse, gyermeke gondozásában, ápolásában ne korlátozza. Ez irányban, vitás esetekben, a teleporvos intézkedik.

A szóban levő elhelyezéseket az igazgató-főorvos a menhelybizottságnak bejelenti.

Ezen szakasz értelmében a csecsemőkkel kihelyezett anyák részére a helyi viszonyokhoz képest oly foglalkoztató házak, intézmények létesítbetők (szövés, kosárfonás stb.) a melyekben az ilyen anyák jövedelmező munkát végezhetnek.

30. §. A 7 éven alól levő, elválasztott gyermek elhelyezése.

A menhely intézetében csupán a beteg, gyenge fejlettségű, különösebb ápolást és orvosi gondozást igénylő gyermekek tartatnak; a többiek — 28. §-ban foglalt eset kivételével — az igazgató-főorvos nevelőszülőkhöz külső gondozásba adja.

Oly családnál, a mely a menhelytől átvett gyermeket kifogástalanul gondozza, a teleporvos ajánlatára a viszonyokhoz képest több gyermek is elhelyezhető. Ezeknek száma azonban háromnál több rendszerint nem lehet.

Testvérek lehetőleg egy családnál vagy legalább is egy telepen helyeztessenek el.

31. §. A 7—15 év közt levő gyermekek elhelyezése.

Az állami gyermekmenhelyek kötelékébe tartozó 7—15 éves gyermekek, a mennyiben nincsenek sem a menhelyek falai között, sem internatusokban vagy sanatoriumokban: megbizható gondviselőknél, elsősorban gazdáknál és iparosoknál helyeztetnek el.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümős csigolyagyuladás gyógyításának mai állása.

Közli: **Kopits Jenő** dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A beteg anyagcseréjét emelendő, a csigolyagyuladás oly szakában, midőn már a beteg fürödhetik, nagyon ajánlhatók a házilag készített szappanos sós fürdők. A fürdőt a következőképen készítjük el: 28—30° C.-ra felmelegített vizbe házi szappant reszeltetünk oly mennyiségben, hogy az a vizet gyengén zavarossá tegye, azután közönséges konyhasót adatunk hozzá annyi evőkanállal, a hány liter vizet a fürdő tartalmaz. A fürdőben a beteg 10 percz egész ½ órát tölt, mely után a bőre élénkpiros szokott lenni, jeléül annak, hogy a fürdő feladatának megfelelt; a beteget ekkor langyos szappanos vizzel még leöblítjük, s bőrét vaselinnel kissé bekenjük. Azon betegek számára, kiknek a fürdéssel járó sok mozgás még nem engedhető meg, inkább alkalmazhatók a Hoffa-által ajánlott sapo kalinus bedörzsölések. Hoffa hetenként 2—3-szor 25—40 gm. sapo kalinussal dörzsölteti be a beteg testét a nyakától a térdéig, s csak félóra mulva mosatja langyos vizes szivacscsal tisztára. Az eljárás hatása abban rejlik Kollmann szerint, hogy a szappanbedörzsölés által a szervezetbe vitt lúgos anyag az ott felhalmozódott ártalmas tejsavat neutralizálja, s ez által a vér alkalicitását növeli.

Mindezen eljárások és intézkedések a szervezet erősítését célozzák, azonban sajnos, nem állanak minden betegnek rendelkezésére, s sok vagyontalan beteg kórházban kénytelen tölteni betegségének nagy részét. A kórházban tartózkodás a gümős csigolyabetegségben szenvedőkre határozottan káros; jóllehet a beteg itt a legjobb orvosi erők szemmeltartása alatt áll, s baja meggyógyítására minden eszköz készen vár, de legtöbbször a szervezet ellentálló képességének az emelésére annyira szükséges levegő s megfelelő jó táplálék hiányzik.

A conservativ gyógyítás másik részének, a *mechanikus eljárások* alkalmazásának a feladata a beteg fájdalmait megszüntetni s a csigolyapúp képződését megakadályozni.

Miután a gerinczoszlop mozgása okozza a beteg fájdalmait, a legkisebb izomrángás, mely a csigolyák egymásközti mozgását váltja ki, vagy rossz fekvő helyzet, mely a gerinczoszlop megtöretését okozza, képes kínzó fájdalmakat előidézni. Másrészt a gerinczoszlopnak a beteg csigolyarész felett levő szakasza és az azzal összefüggésben levő csontvázrészek, valamint a gerinczoszlopra felfüggesztett zsigerek súlya állandóan megterheli a beteg részt és a gyuladás által megpuhult és részben tönkrement csigolyatest ez által összenyomatik, a mi a gerinczoszlop e szakaszának a megtörtetését okozva, létrehozza a gerinczpúpot (gibbus).

A gerinczoszlopot tehát meg kell védenünk a legkisebb mozgástól is, azaz absolut nyugalomba kell helyezni, s ha ezt kifogástalanul sikerül létesitenünk, úgy a fájdalom székhelyét tehermentesitettük is egyúttal, s a gibbus kifejlődését is megakadályoztuk.

A gerinczoszlop nyugalomba helyezésére nem elegendő pusztán az ágynyugalom, mert a többé kevésbé puha derékalj a test nyomása alatt besüpped, s ez által a gerinczoszlop is megbajlik. Nagyon sokszor az alvó beteg fájdalmas sikoltással riad fel álmából, mert a gerinczoszlopa egy hirtelen zökkenéssel megmozdul, részben izomrángások következtében, részben mert éber állapotban a gerinczoszlopot rögzítő állandó összehúzódásban levő törzsizomzat elernyed, mi által a gerinczoszlop a puha fekvőhely felé lesülyed.

A gerinczoszlop, illetve az egész törzs teljes rögzítésére számtalan egyszerű és complikált rögzitő készüléket szerkesztettek már a régebbi időben. E készülékek egy része különféle módon egy szilárd matráczhoz köti a beteget, hátán fekvő helyzetben igyekezve mozdulatlanul tartani (*Busch, Eulenburg, Rauchfuss, Maas* stb.), a mi által érthető módon meg van fosztva a beteg a szabad levegő élvezetétől, s a mozgás teljes hiánya miatt táplálkozása is lényegesen csökken. Ez említett okból e készülékek ma már alig jönnek alkalmazásba. Ma a fekvőkészülékek közül azon teknőszerű készülékek vannak alkalmazásban, melyek a test alakját utánozva, ahhoz pontosan simulnak, s a melyben rögzítve a beteg könnyű módon portálható, s igy naponta levegőre vihető. Ilyen készülék a *Bonnet*-féle sodronykosár, mely jól kibélelve a beteg testét a fejtetőtől a lábakig körülveszi, ilyen a *Bradfort*-féle keret, a *Nönchen, Nebel* és *Phelps*-féle állítható ágy (Stehbett), mely utóbbi nem más, mint a beteg teste körrajzának megfelelően kibélelt faláda, melyben a beteg pólyák segitségével vagy gypspólyákból készített gypslap előrészszel van megerősítve. E készülékek a mellett, hogy legtöbbször eléggé nehézkesek, még drágák is, s azok elkészítéséhez hozzáértő mesterember szükséges.

Lorenz igyekezett e hiányon segiteni gypságyával, mely minden orvos által könnyen elkészithető s olcsóságával felülmulja az összes másfajta fekvőkészülékeket. A gypságyat Lorenz olyképen szerkeszti, hogy a beteg gerinczoszlopa ne csak nyugalomba helyeztessék, hanem — mint azt Maas és Rauchfuss is igyekeztek elérni készülékükkel — egyúttal reclinatioban is legyen, s ez által véli leginkább tehermentesiteni a beteg csigolyatestet.

A reclinatiós gypságy elkészítése a következőképen történik: A beteget hasra fektetve, a szükséghez képest különböző magasságú hengeralakú lószőrpárnákkal úgy támasztja alá homloka, mellkasa és czombjai alatt, hogy a vánkosok közé a beteg teste lesülyedve a gerinczoszlopa hátrahajoljon. Az igy elhelyezett beteg testének egész hátsó részét most vattaréteggel befedi, és erre széles gypspólyákat hengerget le a fejtetőtől a glutealis redőkig elegendő vastagságban, s az egész gypsréteget a beteg testéhez jól odasimitja. A gypsréteg szilárdságát fokozza a rétegek közé befektetett vargakéreggel vagy gypspépbe kevert juta vagy kócz felkenésével. Ha a gyps megszáradt, a törzsről leemeli, s az igy nyert teknőszerű készüléket jól kiszáritja, megbéleli s széleit egyenletessé teszi. A beteg törzséhez a gypsteknő széles pólyákkal lesz odaerősitve, s a készülék fölé a beteg gyermek ruhája is feladható. Ha a gümős gócz a felső háti vagy a nyaki részben van, úgy a leirt módon készült gypsteknő hátuljába egy fejtartó készülék vas ivének a nyele lesz megerősitve, melyre a beteget fejénél fogva felfüggeszti. A leirt készülék főelőnye az olcsóságban van.

Dollinger tanár a fekvőkészülékeket *csak bénulás esetén és éjjeli használatra alkalmazza*. Szintén teknőszerű készülékei gypsmodellen vörösrézlapból vannak kikalapálva, mely jól kibélelve egy párnázott vaslapon erősittetik meg, s kényelmesen bárhol elhelyezhető. Dollinger tanár fekvőkészülékei a derékon lefelé a trochanterek magasságáig érnek, felfelé az ágyéki és alsó háti gerinczszakasz gyuladásánál, a lapoczkák felső széléig, mig a nyaki és felső háti rész gyuladásánál a fej és a nyak hátulsó részét is körülfogják.

Az összes fekvőkészülékek közös hibája — t. i. a többé-kevésbbé mégis helyhezkötöttség — szülte az orthopaedek azon törekvését, hogy a betegeket ambulanter kezeljék. Talán az első rationalis kisérlet volt a *Sayre* által 1877-ben ajánlott gypsjacket, mely nem más mint a beteg törzsét körülvevő gypskötés, mely mellül felfelé a csecsbimbókig ér, lefelé a trochanterekig, megtámaszkodva a csipőtarajokon. Sayre a kötést verticalis suspensioban alkalmazza, miáltal a törzs izomzatának a contractioja, mely a természet részéről a beteg gerinczrész rögzítésére irányul, megszünik, minek következményeként a gerinczoszlop egészséges része kiegyenesedik.

A Sayre-féle kötésből fejlődtek azután ki a különböző *rögzítő fűzők*, a szerint a mint azt eltávolithatóvá, elül vagy két oldalt fűzhetővé tették. A gypsjacket mintájára készültek gypslenyomat szerint a különböző anyagból: fa, nemez, bőr, celluloid és celluloseból készült rögzítő készülékek.

Az e szerkezetű fűzők és kötések a gerinczoszlop alsó szakasza gyuladásának a gyógyitására szolgáltak, míg a felső háti szakasz és a nyaki gerinczoszlop rögzítésére *Sayre* a kötésébe hátulról egy vas rudat erősitett, mely a fej felett nagy ivben végződve, a nyakszirtre és állcsúcsra támaszkodó függesztő készülék megerősítésére szolgált (Jurymast). Önként érthető e feltünő készülék szerkezetéből, hogy hordozásának sok hátránya van. *Heusner, Hessing* és *Hoffa* ezt ezáltal akarták elkerülni, hogy a fej alá, a nyakra, az állhoz és nyakszirthez simuló gyűrűt készittetnek, mely függélyes irányban lefutó rudakon van megerősitve az alsó szakasz gyuladásánál használt fűzőn gummiszalagok segélyével a czélból, hogy a gummiszalagok felfelé nyomva a tarkó állgyűrűt, a gerinczoszlopot extensioban tartsák. Ez természetesen csak addig sikerülhet, mig a gummiszalagok megnyúlva el nem vesztik rugalmasságukat, de teljesen elhibázott szerkezet azért is, mert a gerinczoszlop rögzitése ily módon nagyon is tökéletlen.

E készülékek és kötések kivitelök és szerkezetök szerint többé-kevésbbé rögzitették a gerinczoszlop beteg szakaszát, de csak nagyon kevéssé tehermentesitették. *Dollinger* tanár, hogy a gerinczoszlop alsó szakaszát — értve ezalatt a hatodik háticsigolyától lefelé eső részt — jól rögzithesse, a Sayre-jacketet akként módositotta, hogy annak mellső részét a sternum felső széléig, a jugulumig vitte fel, a miáltal a gyuladás feletti gerinczszakaszt mellfelől igyekezett megtámasztani s ezzel a gyuladásos góczot a nyomás alól felszabaditani s a felsőbb gerinczszakon előredülésének a meggátlásával a gerinczpúp (gibbus) növekedését megakadályozni. Ugyanezen elv szerint szerkesztette Dollinger tanár a gerinczoszlop alsó szakaszának gyuladásánál alkalmazott fűzőjét is. A fűző kemény bőrből készül, félhengeres acélsinekkel ellátva, gypslenyomat után. A gypslenyomat készitésénél a beteget Glisson-féle függesztő készüléken csak oly magasra függesztjük fel, hogy sarka a földet érje. Az igy készitett

fűző mellső része kemény pajzs alakjában felterjed a szegycsont felső széléig és a mellkasnak mellfelé biztos támaszt nyujt. A fűző hátsó része felfelé a lapocztövisig ér, lefelé pedig a trochanter csúcsa felett mintegy 3—4 centimeterrel végződik és a csípőcsontra jól megtámaszkodik; a fűző hátsó része két egyenlő félből áll, melyek a gerinczvonalban egy vászon csikkal vannak egymással állandóan egyesitve, a mellső rész a hátsó részszel pedig a két hónaljvonalban van összefűzve. A mellső hónaljvonalban fekvő sinekhez mindkét oldalt egy-egy válltartó van megerősitve.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Deutsch (Detre) und Feistmantel: Die Impfstoffe und Sera. Grundriss der aetiologischen Prophylaxe und Therapie der Infectionskrankheiten. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1903.

A mint szerzők előszavukban mondják, czéljuk az volt, hogy a gyakorló orvos és az állatorvos számára összegyüjtsék a mikrobiologiai tanulmányok feltárta mindazon ismereteket, melyek a prophylactikus, therapiai és diagnostikai segédeszközök sorába többszörös kipróbálás után már fel vannak véve; különösen a hatékonynak bizonyult védoltó eljárások tárgyalására kivánnak súlyt fektetni.

Az ilynemű munka elbirálásakor mindenekelőtt az a kérdés merül fel, vajjon van-e szükség rá? Tekintetbe véve, hogy hasonló irányú munka még nagyon kevés van, noha a fertőző betegségek gyógyitása és az ellenük való védekezés ma a közérdeklődésnek úgyszólván középpontját képezik; továbbá, hogy az orvostudománynak épen ez az ága van mostanában a legnagyobb forrongásban, úgyszólván nap nap után merülnek fel újabb adatok és újabb elméletek e téren, úgy hogy még a szóban forgó kérdésekkel szakszerüen foglalkozó is alig képes a nagy anyaghalmazt áttekinteni és rendezni: mondhatjuk, hogy egy oly munka megjelenése ellen, mely a nagy orvosi közönséget az aetiologiai prophylaxis és therapia mai állásáról felvilágositani akarja, semmi kifogás sem emelhető, sőt az örömmel üdvözlendő.

Csakhogy az ilyen munka összeállitása rendkivül nehéz. Nehéz egyrészt azért, mert bajos a határt megállapitani, hogy meddig mehetünk: mit vegyünk fel még és mit ne vegyünk fel már a tárgyalandók közé. E tekintetben nagy szükség van egy előre pontosan megállapitott egységes tervezetre, a melynek hiányát az előttünk fekvő munkán nagyon megérezni. Igy némelyik betegség tárgyalásakor (pl. cholera, pestis) szerzők pontosan leirják a diagnosis felállitásához szükséges bakteriologiai vizsgálat menetét, mig más nem kevésbbé fontos betegségnél, pl. a typhusnál, megfeledkeznek a tenyészetek leirásáról. A veszettségnél a védoltásokon kivül szólnak a többi prophylactikus intézkedésről is, más betegségnél pedig nem. A tetanus serumtherapiájának eredményeiről sem találunk említést. Sok oly hypothesises adatot is felemlitenek szerzők, a melyeknek elhagyása csak használt volna a munkának. Nem mondom, hogy a hypothesiseket teljesen mellőzni kellene, ezt nem is lehet; de az ilyeneket, mint: a hol gyógyhatást akarunk létesiteni, a helyi méregimmunitás fejlődését meg kell akadályoznunk; vagy hogy a bakteriumok ellen ható serum alkalmazásakor tulajdonképen még árthatunk, mert igy a tönkremenő bakteriumok testében levő anyagok (toxonok) által való megmérgezését a sejteknek még siettetjük; vagy hogy az immunserum a leukocytákat a bakteriumokkal szemben még resistensebbé teszi — egy a szükebb körü szakemberek számára irott dolgozatban fel lehet említeni, mert ezek képesek az ilyen feltevéseket kellő értékükre redukálni; de a nagy orvosi közönség, sőt a tanulók számára készült munkában nincsen helyük, mert csak félreértésekre adhatnak alkalmat. Az előre pontosan megállapitott egységes terv hiányának tudható be az is, hogy a könyv tartalma nem felel meg czimének, a mennyiben nem nyujtja a fertőző betegségek aetiologiai prophylaxisának és therapiájának alapvázát, hanem úgyszólván csak a védoltó eljárásokkal és a serumtherapiával foglalkozik.

A másik nehézség hasonló munkák megirásakor az előadásmód: világosság, könnyen érthetőség, a fontos részek kellő kidomboritása, a szükségtelen részletek elhagyása, az együvé tartozó dolgok csoportositása. Nagyon sok szerző szenved abban a hibában, hogy tárgyát, melyet pedig sokszor nagyon jól ért, nem tudja úgy előadni, hogy a munka tartalmát képező kérdésekben nem járatos is világos képet nyerjen; ehhez nem elég még a jól kiforrott tudás sem, hanem ezenkivül egy csak kevesek tulajdonát képező sajátságos érzék, nemkülönben a stylus és az előadásmód felett való mesteri uralkodás szükségesek.

A világosság tekintetében a munkában szintén elég sok a kifogásolni való. Igy egyes dolgok nincsenek eléggé megokolva, röviden vannak odavetve, úgy hogy csak azok érthetik meg, a kik az illető kérdéssel már foglalkoztak. A már meglehetős biztos alapon álló dolgok néha nincsenek kellőképen kiemelve, úgy hogy a legtöbb olvasó hajlandó lesz ezeket a még kiforratlan dolgokkal egyenlő értékűeknek tartani. A bevezetésben a resistentia és az immunitás egyértelmünek van feltüntetve; később már szembeállitják szerzők — még pedig helyesen — az immunitást a resistentiával; itt azonban megint az előadás világosságának hiánya miatt azt a benyomást nyerheti az olvasó, hogy immunitás csak serum használatával érhető el. Egyes dolgok, szintén a kifejezések nem eléggé pontos volta miatt, az általános érvényesség benyomását keltik, noha csak specialis esetekre vonatkoznak.

Nagy súlyt kell fektetni továbbá arra, hogy ellentmondó, és még inkább, hogy helytelen állitások ne forduljanak elő. Ebben a tekintetben sem kifogástalan a birálatunk tárgyát képező munka. Igy hogy egy-két ilyen ellentmondást emlitsünk: szerzők szerint az antitoxin hatása közvetlenül a toxinra gyakorolt befolyással magyarázandó, tehát nem alapszik — a mint ezt mások hiszik — a szervezet gyors immunizálásán; munkájuk egy másik helyén azonban mégis a serum adta passiv immunitást és ennek gyors megszünését veszik fel annak magyarázására, hogy miért nem szabad a gyógyitáskor egy serumbefecskendéssel megelégedni. Vagy egy helyen azt állitják, hogy toxinnal immunizált állatok csak a toxin ellen immunisok, a bakteriumok ellen pedig nem; később azonban ezzel ellenkező — még pedig helyes — álláspontot foglalnak el. A határozottan helytelen állitások közül is álljon itt néhány: immunanyagok Behring törvénye értelmében csak *hyper*vaccinált állatok vérsavójában találhatók; az antitoxin képződése semmi jelentőséggel nem bir az illető állatra nézve; a képződött antitoxin mennyisége egyenes arányban áll a bevitt méreg mennyiségével; az antitoxin mindig közvetlenül, a szervezet közbenjárása nélkül hat; az antitoxin akkor hat legjobban, ha a toxinnal egyidejüleg, ugyanazon helyen vitetik be.

Egyes dolgok másképen, sőt helyesebben magyarázhatók, mint a hogy szerzők teszik. Igy pl. az, hogy felhevített typhustenyészet hozzáadása nagyon kevés typhus-bacillushoz halálos fertőzést okoz, nem csupán azzal magyarázható, hogy a felhevített tenyészetben levő anyagok csökkentik az ellentálló képességet. Annak, hogy főleg anaërob bakteriumok bevitelét közvetlenül a véráramba jobban tűri a szervezet, nem, vagy legalább is nem főleg a prompt phagocytosis az oka. A serummal való gyógyitás eredménytelenségét a fertőzés előrehaladt szakaiban szintén sokkal egyszerübben lehet magyarázni, mint a hogy azt szerzők teszik, a kik szerint az erősen megmérgezett szervezet nem tudja a leukocyták belsejében az antitestet complettálni.

Végül még egyet. Szerzők a munkájuk körébe vágó magyar dolgozatokat nem méltatták kellő figyelemre. Pedig nem volna mindig okunk miattuk szégyenkezni és tanulmányozásuk szerzőket is többször megóvta volna a felületességtől. Igy szolgálatokat tehettek volna nekik a magyar dolgozatok a veszettségről szóló fejezet megirásakor is, megóván őket egyes helytelen állitásoktól, a milyen például az, hogy a Pasteur-féle mód szerint szárított velőben a veszettség fertőző anyagának virulentiája csökken; vagy az, hogy a velő-emulsio higitásával a virulentia csökkenthető. Nem került volna akkor munkájukba az az állitás sem, hogy a Högyes-féle veszettségellenes oltásmód — a melyet különben több rendbeli előnye miatt több külföldi intézetben is meghonositottak — állatkisérletekben csak marási és subcutan fertőzések ellen ad jó eredményeket, nem pedig intracranialis fertőzés ellen is; mert a Högyes-féle mód igenis adott jó eredményeket intracranialis fertőzés esetén is, ha a fertőzést megelőzőleg vétetett alkalmazásba; subduralis fertőzés után kezdve meg az oltást, Pasteur sem tudott módszerével jó kisérleti eredményeket felmutatni.

Mindent összevetve, mondhatjuk, hogy a munka ugyan elég szorgalommal készült s hogy sok tekintetben, különösen a tárgygyal már előbb is foglalkozottaknak, jó szolgálatokat tehet; azt a czélját azonban, hogy orvosoknak, állatorvosoknak és tanulóknak vezérfonalul szolgáljon, nem érte el. *Székely Ágoston* dr.

Uj könyvek. *Finte*: Erfolge der Karlsbader Cur und der chirurgischen Behandlung des Gallensteinleidens. Wien, W. Braumüller. — *Crämer*: Magenerweiterung, motorische Insufficienz und Atonie des Magens. München, J. F. Lehmann. — *Fischer*: Laienwelt und Geisteskranke. Stuttgart, F. Enke. — *Schedel*: Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Chlorbariums besonders als Herzmittel. Stuttgart, F. Enke. — *Gottstein*: Die Periodizität der Diphtherie und ihre Ursachen. Berlin, A. Hirschwald. — *Rosenbach*: Das Problem der Syphilis und die Legende von der specifischen Wirkung des Quecksilbers und Jod. Berlin, A. Hirschwald. — *Chatin* et *Carle*: Phototherapie. La lumière, agent biologique. Paris, Masson et comp. — *Gley*: Études de psychologie physiologique et pathologique. Paris, F. Alcan. — *Boeckel*: De l'ablation de l'estomac. Paris, F. Alcan. — *R. Douglas*: Surgical diseases of the abdomen. London, Rebman. — *H. Oppenheimer*: Some practical points in the diagnosis and treatment of gonorrhoea in the male. London, Rebman. — *M. L. Dhingra*: Elementary bacteriology. London, Longmans, Green and Co. — *Geo. Herschell*: Manual of intragastric technique. London, H. J. Glaisher.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A két vese vizeletelválasztásának összehasonlitása. Eddig általánosan az a nézet volt elfogadva, hogy a két vese az időegység alatt egyenlő mennyiségü vizeletet választ el és hogy a két vese által elválasztott vizelet összetétele is egyező. *Albarran* — a mint azt az „Académie des sciences“ május 18-dikán tartott előadásában elmondta — ez irányban újabb kisérletek végzett úgy állatokon, mint emberen, és a fent emlitettel ellenkező eredményre jutott. 11 kutyánál és 18 nőnél fogta fel külön-külön a két vese vizeletét, még pedig a kutyáknál 2—12 óráig tartó időszakokban, a nőknél pedig ½—2 óráig tartókban. Azt találta, hogy az első fél órában az esetek felében 10—40% különbség mutatható ki a két vese vizeletének mennyiségében. A hugyanyra nézve a különbség 0·5—1·0 gm. (1 literre számitva), a chloridokra nézve pedig 0·5—5·0 gramm. A különbség később csökken, általában azonban sohasem válik egyformává a két vese vizelete. A két vese működésének pontos megállapithatása czéljából tehát szükségesnek tartja, hogy a vizeletet legalább két órán át fogjuk fel elkülönitve. (La semaine médicale, 1903. 21. szám.)

Az antistreptococcus-serumról közöl kimerítő tanulmányt *Menzer* törzsorvos. Következtetései az alábbiakban adhatók vissza: 1. Az antistreptococcus-serum úgy az állatkisérletben, mint az embernél a phagocytosisra való serkentés útján hat; a streptococcusokkal való küzdelemben tehát a szervezetnek jut a főmunka; ha tehát erre a munkára már nem képes, akkor a serum használata czéltalan. 2. Továbbá feladatát képezi a szervezetnek a harczban tönkrement bakteriumok és sejtek resorptioja. Azokban az esetekben, a melyekben zárt genygyülemek képződnek, sebészeti beavatkozás nélkül ellenjavalt a serum használata, mert a mérgező genytermékek resorptioját fokozza. 3. A serum jó eredményeket ad kezdődő heveny streptococcaemia eseteiben, továbbá idült streptococcus-fertőzéseknél is. 4. Csak olyan serum hatásos, melyet közvetlenül az emberből tenyésztett streptococcusok segélyével készítenek. (Ilyen az az antistreptococcus-serum, melyet szerző ellenőrzése mellett a *Merck*-féle gyár hoz forgalomba). A streptococcusok fajegysége miatt az ilyen serum minden streptococcus-fertőzés esetében használható. 5. Állatkisérletekből nem vonható következtetés a streptococcus-serum gyógyító értékére embernél. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903. 25. és 26. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A veronallal Pal tanár osztályán 30 betegnél tett kisérleteket *Wiener*. Rendesen 0·5 grammot adott este különböző okokból álmatlan betegeknek, mire többnyire ½ óra mulva nyugodt alvás következett be, melyből testileg és szellemileg üdülten ébredtek fel. A szer hosszabb időn át is használható minden kellemetlen következmény nélkül. A Gärtner-féle tonometerrel végzett mérések csak csekély vérnyomáskülönbségeket mutatnak, még pedig többnyire nagyon kevéssé csökkent a nyomás. Legjobban hatott a veronal hysteria és neurasthenia, előhaladt tüdőgümőkór, idült interstitialis veselob okozta suburaemiás állapotok és incompenzált szivbillentyűbajok által feltételezett álmatlanságnál. 1—2 nappal a halál előtt levő súlyos betegeknél a felébredés után néhány órán át fejfájás, szédülés, somnonentia észleltetett; az ilyen terminalis stadiumokban tehát inkább morphiumot használjunk. (Wiener medicinische Presse, 1903. 24. szám.)

A protylint, ezen a paranucleinek osztályába tartozó, vízben csaknem oldhatlan, alkaliákban oldódó, 6% phosphorsavanhydridet tartalmazó szert Leyden tanár klinikáján *Gnezda* próbálta ki. Tapasztalatai alapján nagyon hatásos tonicumnak mondja, a mely a táplálkozást tetemesen javítja. Kellemetlen mellléktüneteket nem okoz, csak habituális obstipatioban szenvedőknél állanak be 3—4 nap mulva némi hasfájások, a melyek azonban enyhe hashajtók használatára gyorsan megszünnek. Különösen kiemelendő a szer étvágyjavító hatása. A szer kávéskanálnyi mennyiségben adandó 3-szor naponként étkezés után. Megjegyzendő, hogy a protylin brom- és vasösszeköttetései is kaphatók, a melyek megfelelő esetekben nagyon jó szolgálatokat tehetnek. (Deutsche Ärzte-Zeitung, 1903. 9. füzet.)

Helmitollal szerzett tapasztalatairól ir *Müller*. Cystitis esetében belsőleg 4—6 grammos napi adagban nagyon jó eredményeket látott. Néha e mellett szükségesnek mutatkozott a helyi alkalmazás is: 1—2%-os oldatból 100—150 köbcentimeter befecskendezése a hólyagba; a folyadék 2—8 órán át tartandó benn. Helmitol-injectiók gonorrhoeánál nem vezettek eredményre. A továbbiakban laboratoriumi kisérleteit irja le szerző, melyekben a helmitol bakteriumellenes hatását tette vizsgálat tárgyává, összehasonlitva az urotropin hasonló hatásával. Az eredmények egész határozottan a helmitol fölénye mellett szóltak. (Deutsche Ärzte-Zeitung, 1903. 8. szám.)

Collargol-befecskendéseket 24 esetben végzett *Schmidt* feltünő jó eredménynyel. Megfigyelései különösen polyarthritis septica, phlegmonosus erysipelas, septicaemia és gyermekágyi láz esetekre vonatkoznak. Megemliti, hogy meningitis cerebrospinalis epidemica eseteiben, a hol Schirmer unguentum Credé használata után nagyon jó eredményeket látott, szintén meg kellene kisérelni az intravenosus befecskendezéseket collargollal. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 15. és 16. szám.)

Az ichthalbint diarrhoea különböző fajainál, még gümőkór által feltételezett esetekben is, kiterjedten használja *Schäfer* és eredményei alapján nagyon dicsérően nyilatkozik róla. Előnyei e szernek, hogy a gyomron változatlanul halad át, továbbá nem csupán desinficiáló, hanem tonizáló hatású is és a bélbeli transsudatiót csökkenti. Különben tanácsos a szert hosszabb időn át adni, a mi nem ütközik semmi nehézségbe, mert kellemetlen mellléktüneteket nem okoz, sőt még az étvágyat is javítja. Az adag 1—2 gramm háromszor naponként. (Wiener medizinische Presse, 1903. 18. szám.)

Sexualis neurasthenia (éjjeli erectiók következményes ideges jelenségekkel) egy nagyon makacs, hosszú éveken át fennállott és minden kezeléssel daczoló esetét ismerteti *Engelen*, a melyben heroinnak suppositorium alakjában alkalmazása után rövid idő alatt tetemes javulás állott be. Öt napon át minden este kapott a beteg egy suppositoriumot 1 centigramm heroinum hydrochloricummal, azután pedig 10 napig csak másodnaponként. (Aerztliche Rundschau, 1903. 14. szám.)

Theocinnal tett nagyobb számú kisérleteket a bécsi Erzsébet-kórház III. orvosi osztályán *Streit*. Eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. A theocin 4-szer naponként 0·2 vagy 3-szor naponként 0·25 grammos adagban kifejezett diuretikus hatást fejt ki. 2. A fokozott diuresis a szer kihagyása után legfeljebb 2—3 napig marad meg, a szer újból használatakor azonban azonnal ismét beáll. 3. Cardialis eredetű oliguria minden esetében mutatkozik a diuretikus hatás. 4. Idült vesebajokban többnyire szintén fokozódik a diuresis, heveny veselob esetében azonban nem. 5. Has- vagy mellűri izzadmány eseteinek némelyikében kifejezett hatás mutatható ki. 6. Egészséges, illetve nem hydropikus egyéneknél néha fokozódik a diuresis, máskor nem. 7. A gyomor részéről esetleg jelentkező kellemetlen tünetek megelőzése czéljából a szert oldatban, étkezés után és kis adagban kell adni. 8. Ingerlékeny betegeknek, főleg hysteriás nőknek legjobb a theocint hedonallal, adonis vernalissal vagy paraldehyddel együtt adni. (Heilkunde, 4. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 32. szám. *Jancsó Miklós*: A lép- és visszérpunctio jelentősége a hasi hagymáz bakteriologiai kórismézésénél. *Deák Zsigmond*: Casuistika.

Orvosok lapja, 1903. 32. szám. *Kolozs Mihály*: A tüdővész mai állása, tekintettel az újabbkori therapiára. *Barabás József*: A scabiol, egy új antiscabiosum gyógyértékéről.

Budapesti orvosi újság, 1903. 20. szám. *Hahn Dezső*: A haemangioma kórtanához. *Rosenberger Alajos*: Eklampsia-esetek. *Rajnai Béla*: A méhtest lágy rostos daganatának esete a megkülönböztetési kórisme szempontjából.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 32. szám. *Jehle*: Pneumococcus-agglutinatio pneumoniában szenvedő gyermekek serumával. *Hertle*: Pachymeningitis externa. *Elgart*: Invaginatio ileo-coecalis két műtett esete felnőttnél. *Maresch*: Agyvérzés strangulatio kisérleténél.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 32. szám. *Preindlsberger*: Gerinczvelőanaesthesia tropacocainnal. *Stolper*: Adat a szülési hűdések aetiologiájához. *Neumann*: A tertiaer syphilis. *Englisch*: Betokolt hólyagkövek.

Wiener medizinische Presse, 1903. 31. szám. *Bindermann*: Casuistikai közlések a dermatologia és syphilis köréből. *Hahn*: A lobos adnexmegbetegedések conservativ és operativ kezelésének eredményei. *Edgren*: Az úgynevezett ideges szivbetegségek.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 32. szám. *König*: A tüdő lőtt sérüléseinek lefolyása és kezelése. *Nonne*: Heveny haránthűdések a gerinczoszlop malignus újképződéseinél. *Mosse*: A vér neutrophil granulatioinak ismeretéhez. *Levy*: Az endemiás cretinismus organotherapiája. *Havelburg*: A moszkitók viszonya a sárgalázhoz. *Beck*: Önvédelem röntgenezéskor. *Posner*: Az osmiumsav használata a klinikai mikroskopiában.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 32. szám. *Schlesinger*: Urobilin kimutatása. *Landsberg*: Alimentaris laevulosuria májbajokban. *Rotter*: Colopexia végbélelőesés ellen. *Heidemann*: A rákos méh és hüvely gyökeres eltávolitása abdominalis úton. *Tadao Honda*: A lágyéksérvek gyökeres műtvése. *Neuhaus*: Adat a mikroskopi technikához. *Müller*: Kettős vagina és hymen. *Pankow*: A női nemi szervek kettőzöttségének esete. *Bloch*: A plexus brachialis és cervicalis egyes ágainak traumás neuritise.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 29. szám. *Knapp*: A Dührssen-féle cervixincisio. *Pietrzkowski*: Balesetsérülések véleményezése.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 31. szám. *Pichler*: Diabetes insipidus a csüllőárok fenekén székelő ependymitis diffusánál.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 29. szám. *Borelius*: A veleszületett hólyagectopia megszüntetésére szolgáló Maydl-féle műtét új módositása.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 14. szám. *Stransky*: A Marchi-festésnél jelentkező művi feketedések. *Pilcz*: A pupillaszél szabálytalanságainak diagnostikai jelentősége úgynevezett organikus idegbajokban. *Wizel*: Adat a dementia paralytica ismeretéhez.

La semaine médicale, 1903. 31. szám. A franczia elme- és idegorvosok congressusa.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 31. szám. *Bayet*: A syphilis átoltása állatokra.

Le progrès médical, 1903. 31. szám. *Morel*: Az adrenalin.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 2. füzet. *Linossier*: Dyspepsiák kezelése Vichy-ben. *Bardet*: Hypersthenias dyspepsiák diaetotherapiája.

Archives de neurologie, 1903. julius. *Vigoureux* és *Juquelier*: Delirium és Bright-kór. *Sérieux*: A giesseni psychiatriai klinika. *Garnier* és *Santenoise*: Veleszületett rhachitis nanismussal. *Bourneville*: Nagyfokú idiotia nanismussal és infantilismussal; tetemes javulás.

Revue de médecine, 1903. 7. füzet. *Marandon de Montyel*: Elmezavarok malariában. *Souhhanoff*: Paralysis generalis és terhesség. *Gallavardin* és *Varay*: Az agy, kisagy és gerinczvelő másodlagos rákja. *Péhu*: Nycturia cardio-vascularis bajokban. *Carrière*: A metabenzamidosemicarbazid (cryogenin) gyógyértéke.

Revue de chirurgie, 1903. 7. füzet. *Auvray*: Májactinomycosis. *Vautrin*: Adat a bélkirekesztés ismeretéhez. *Péraire*: Adatok az epekőbetegség ismeretéhez. *Delbet*: Paranephrikus cysták és traumás uronephrosisok. *Régnault*: Gázgangraena és phlegmone „vibrion septique“ nélkül. *De Vlaccos*: A férfihúgycső rupturái, különös tekintettel a kezelésre. *Guibal*: A visszerek ampullás tágulata.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 30. hetében (julius 26-dikától augusztus 1.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Élveszületett 386 gyermek, elhalt 292 egyén, a születések tehát 116-tal multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 25·4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·2, az egy éven felüli lakosságnál: 12·9, az öt éven felüli lakosságnál: 12·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 11, gümős agykérlob 2, agyguta 4, ránggörcs 3, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 17, hörglob 3, tüdőlob 15, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 3, tüdővész 42, tüdőlégdag 0, bélhurut 70, májbajok 2, hashártyalob 1, kizárt sérv 0, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 16, gyermekaszály 3, aggaszály 7, rák 7, méhrák 3, egyéb álképlet 6, gümös bajok 2, kanyaró 6, vörheny 4, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 3, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 0, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 1, genyvér 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 2, baleset 11, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3133 beteg, szaporodás 875, csökkenés 869, maradt e hét végén 3139 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi julius 26-dikától augusztus 1-dikáig terjedő 30. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 62 (78), vörheny 54 (57), álh gége- és roncsoló toroklob 35 (23), hökhurut 9 (7), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 3 (6), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 4 (8), vérhas 1 (0), orbáncz 8 (5), járv. agy-gerinczagykérlob 0 0), járv. fültömirigylob 1 (4), trachoma 8 (7), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Orvosok tanulmányútja.** *Matuska Alajos* helyettes-polgármester *Schermann Adolf* dr. tisztifőorvos javaslatára *Ladányi Mátyás* dr. V. kerületi orvost, *Szabó Sándor* dr. középponti tisztiorvost és *Kozma Arthur* dr. bakteriológiai intézeti orvost a franczia és angol közegészségügyi intézmények tanulmányozására küldte ki.

— **Tapay József** dr. Hajóson f. hó 4-dikén ünnepelte 25 éves doktorságának évforduló ját, mely alkalommal meleg ovatiókban részesült.

= **Gager Károly** dr. télen Arcoban, nyáron Gasteinben működő fürdőorvos „Bad Gastein“ czímű ismertető munkájának harmadik átdolgozott kiadása közelebbről jelent meg. A csinos kiállitású munka kimerítően tárgyalja a fürdőt és környékét a legújabb adatok alapján, ismertetve ebben már Than tanárnak lapunkban minapában megjelent elektrochemiai vizelemzését is. Magyarázó térképek is vannak hozzá csatolva.

× **Szabóky János** dr. v. klinikai tanársegéd fürdőorvosi gyakorlatát Gleichenbergben megkezdte.

○ **A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésére,** melyet szeptember 6—10. napjain Kolozsvárt tartanak — *augusztus 30-dikáig Kaiser Károly dr. pénztárosnál* (Belügyministerium) lehet beiratkozni; ugyanitt kapható kivánatra meghivó is. Azon túl csak Kolozsvárt lehet beiratkozni. Czélszerű a mielőbbi beiratkozás, hogy a kedvezményes utazáshoz való vasúti igazolványokat idején kapják meg a tagok s elszállásolásukról kellő időben lehessen gondoskodni. A helyi bizottság szállásoló osztálya minden tagnak meg fogja küldeni kijelölt lakásának czimét; azokat a tagokat, kik rokonaikhoz, vagy ismerőseikhez szállanak, arra kéri a bizottság, hogy ezt vele tudassák (*Farkas Géza* dr. t. főorvos úrhoz czímezve, l. Kolozsvár, Egyetem-utcza 20).

= **Figyelmeztetés.** Ismételve előfordult, hogy a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésén oly szakférfiak is óhajtottak előadást tartani, kik az illető nagygyülés tagjául be nem iratkoztak. Minthogy a vándorgyülésen csak a beiratkozott tagok tarthatnak előadást, a központi választmány felkéri mindazon kartársakat, kik a kolozsvári vándorgyülésre előadást bejelenteni szívesek voltak és idáig még be nem iratkoztak, hogy mielébb beiratkozni sziveskedjenek annál is inkább, mert a tagok névsorát naponként be kell küldeni Kolozsvárra, a lakások biztositása végett.

Minthogy pedig oly nagyszámú orvosi előadást jelentettek be a kartársak, hogy azok megtarthatása végett több szakosztály alakitása lesz szükséges, felkéretnek mindazok, kik az előadást a tárgy fenntartásával jelentették be, hogy előadásuk tárgyát Prochnov dr. központi választmányi titkár tudomására hozni sziveskedjenek a végből, hogy az osztályok száma és az azokban tartandó előadások beosztása iránt a kellő időben intézkedni lehessen. Újabban a következők jelentettek be előadásokat: Donáth Gyula: A Quincke-féle lumbalpunctio diagnostikus és therapeutikus értéke. Goth Lajos: Az aspirin a szülészeti és nőgyógyászati gyakorlatban. Az embryomákról, különös tekintettel az ovarium-teratomák egy esetére. Glück Gyula: A szegénysorsú idegbetegek kezeléséről. Halász Henrik: Adat a szemkötőhártya nasalis fertőzéséhez. Justus Jakab: A syphilis felismerésére szóló vérpróbáról és annak irodalmáról. Löbl Vilmos: A budapesti mentő-egyesület mérgezéseknél teljesitett 15 évi működésének ismertetése, tekintettel a mérgezéseknél nyujtandó első segély módjaira. Pattantyus Ábrahám: Adatok a gümőkóros megbetegedés kórtanához. Szenes Zsigmond: Kritikai megjegyzések a fülbetegségek operativ gyógykezeléséhez. Winternitz Arnold: A csontüregek plombozásának technicája és a plombok szervülésének csontszövettana. A tárgy fentartása mellett előadásokat bejelentettek: Böke Gyula, Dollinger Gyula, Glück József, Illyés Géza, Koch Béla tudorok, illetve tanárok.

△ **Iskolaegészségügyi congressus.** A jövő évi húsvéti nagyhétben nemzetközi iskolaegészségügyi congressus lesz Nürnbergben. E nagyfontosságú congressus előkészitésére Európa valamennyi művelt országában alakultak bizottságok. A magyar bizottság tiszteleti elnöke *Berzeviczy Albert*, igazgatója *Liebermann Leó* egyetemi professor, alelnöke *Szuppán Vilmos* és *Schuschny Henrik*, titkárja *Bexheft Ármin*, *Genersich Vilmos* és *Kovács Rezső*, pénztárosa pedig *Hegedüs Ármin* fővárosi mérnök lett.

□ **Tüdőgümőkórban** Magyarországban a mult évben 70,731 ember pusztult el, az idén májusban pedig 7351-en haltak meg. Legnagyobb volt a tüdőgümőkór-halandóság a Duna és Tisza közében. Budapesten 1902-ben 2600 egyén pusztult el gümőkórban, vagyis az összes halálesetek (13,351) 19·4 %-a.

+ **Az egyetemi I. számú női klinika** szülészeti poliklinikumának segitségét julius havában 72 esetben vették igénybe 45 műtéttel.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** julius hóban 1109 esetben nyujtott segélyt. Évi esetek száma 7314.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátrafüred* VIII./8. 1711. *Bártfa* VIII/6. 3187. *Iglófüred* VIII/6. 443. *Tátra-Széplak* VIII/6. 769. *Lipik* VIII/5. 3076.

+ **Megjelent füzetek.** *Konrádi Dániel* dr.: A fertőző betegségek és az iskola (klny.). 1903. Kolozsvár. — *Turcsányi Imre* dr. és *Engel Zsigmond* dr.: Az elhagyott gyermekek sorsa Angliában és Olaszországban. Dobrovszky és Franke. Budapest, 1903. Ára 2 korona. — Ugyanazon szerzőktől: Sociologiai jegyzetek „A gyermekvédelem néhány kérdéséhez“. Dobrovszky és Franke. 1903. Ára 80 fillér.

† **Elhunytak:** *Kádár László* kincstári orvos Ratzón (Máramarosmegye) 54 éves korában. *Duller János* dr. Dolna-Tuzlán 60 éves korában.

∞ **A szénsavas fürdőkről** Henri Wohlgemuth és Julius Quaglio (Berlin) irnak újabban. A szénsavas fürdők hatása a szervezetre általánosan ismert. A mesterséges szénsavas fürdők készitésére szolgáló módszerek egyik legalkalmasabbika *Quaglioé*, melyre már Pettenkofer (Zeitschr. f. Biol. 9. k.) felhivta a figyelmet. Egy poralakú és egy folyékony alkatrészből áll. A port a meleg fürdőbe teszik, ezután a beteg belefekszik és a kád szélére erősitett üvegből a folyékony részt a fürdőbe ereszti, a mikor 10—12 percz alatt 190,000 cm³ szénsavgáz képződik a vízben, mely nem illan el, hanem a vízzel keverve a testet borítja. E készülék és szer egyedüli főraktára Ausztria-Magyarország számára: Richard Seipel gyógyszerésznél, Bécs, Haupstrasse 60. szám.

Gonosan-nal elért eredményeit közli Friedländer M. dr. berlini orvos a „Deutsche Ärzte-Zeitung“ 1903. évi 12. számában. A gonosan a santal-olaj vegyüléke a kawa-gyökér érzéstelenitő hatású gyantájával és igy a santal váladékcsökkentő hatásával együtt a vizeléssel járó subjectiv tüneteket, égetést, szúrást is befolyásolja. A nyálkahártyákon a kawa hatóanyaga ischaemiát idéz elő, igy minden lobos nyálkahártyára kitünően hat. Szerző betegeinél kivétel nélkül jó eredményeket látott, naponta 8—10 capsulát adott és a hatás már 1—6 nap alatt volt észlelhető: a fájdalmas erectiók és vérzések elmaradtak, a lobtünetek csökkentek, a vizelet feltisztult, a váladék kevesebb és világosabb lett. Zavaró mellékhatás észlelhető nem volt, legfeljebb igen jelentéktelen hátfájások léptek fel néha.

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

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten. VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesitós.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természet-tudományi szakosztálya. (I. szakülés 1903. évi január hó 30-dikán.) 534. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1902. évi junius hó 1-én tartott szakülés.) 534. l.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1903. évi január hó 30-dikán.)

Elnök: **Lőte József.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

b) Ugyancsak **Borbély Samu** bemutat egy beteget, a kinél **carcinoma miatt gyomorcsonkolást és pylorus-resectiót végzett.** (Megjelent: Gyógyászat 1903. 10. sz. és Értesítőben.)

Hevesi Imre kérdi, miből diagnostizálta előadó azt, hogy jelen esetben tényleg praeperitonealis sérv van jelen?

Előadó megjegyzi, hogy a műtét folyamán is meggyőződött arról, hogy csakugyan praeperitonealis a sérv. Első látáskor is ebben a meggyőződésben volt, mert hiszen egy ily alakú sérv oly charakteristikus, hogy azt az első reánézéssel is diagnostizálni lehet.

Szabó tanár a második esethez szólva a konyhasó-infusiókra vonatkozólag tesz megjegyzést s felhivja előadó figyelmét arra, hogy a bőr alá ömlesztés veszedelmeit elkerülhetni végbélbe öntések által. Szabó tanár évek óta műtételek után, a hol a hányás miatt a gyomort kimélni kell, a szomj oltására és a szivműködés szabályozására ásványvizet, borvizes-bort vagy konyhasó-oldatot ömleszt a bélbe körülbelül $^1/_4$—$^1/_2$ liternyit egyszerre, s ez szükség esetén 4—6 óránként ismételtetik. A bélből gyors felszivódás jön létre s az érlökés javulása vértvesztetteknél rendesen észlelhető.

4. **Veszprémi Dezső kórboncztani készitményeket** mutat be. Az első eset egy 70 éves napszámosnőre vonatkozik, a kinél az epigastrialis tájban a hasüregben egy csaknem emberfejnyi daganatot talált. A daganat minden jel szerint az omentum minusban fejlődött; erősen dudoros tapintatú, a gyomor kis görbületével összenőtt. Metszés lapja általában szürkés-fehér, de ezt igen tarkává teszik a rendetlen kiterjedt friss vérzések és a sárga vagy rozsdavörös festenyzett foltok és csíkok. Szerkezete homályosan rostos, meglehetősen tömött tapintatú, számos lágyulásos, savóval vagy vérrel telt üreget tartalmaz. A górcsői kép szerint *fibrosarcoma haemorrhagicum*-nak bizonyult. Az esetnek érdekességet kölcsönöz azon körülmény, hogy az előbbin kivül még egy egészen más természetű, szintén rosszindulatú daganat volt a gyomorban. A pylorus felett közel tenyérnagyságú, laposan kiemelkedő, közepén kifekélyesedett álképlet van, a mely szövettani vizsgálat szerint *adenocarcinoma*. Metastasisokat a sarcoma képezett a lépben, tüdőkben, vesékben, sőt mogyorónyi, borsónyi tömött csomók alakjában a gyomor nyákhártyájában is. Carcinoma-metastasis nem találtatott.

A második eset egy *phthisis renalis tuberculosa*. Egy 53 éves nő sectioja alkalmával — a ki bicuspidalis insufficientia és stenosis következtében halt el — a jobboldali vese felénél is kisebbnek, zsugorodottnak találtatott, felületén mély heges behúzódásokkal, a melyek mintegy lebenyzetté tették a vesét. Felmetszés után kitünt, hogy a veseállomány teljesen elpusztult, illetőleg fehéres, száraz, túrószerű vagy vakolatszerű elmeszesedett anyaggá változott át, a mely a kissé tágult vesekelyheknek megfelelő üregeket teljesen kitöltötte. A vesemedenczét heges zsirszövet tölti ki, az ureter egész lefutásában teljesen elzáródott, a hólyagba sajjadzás helyén heg található, nyilás nincs. Egy pár hörgmirigyben elmeszesedett góczok vannak. A lelet azt a benyomást kelti, hogy itt egy spontan gyógyult vesetuberculosis volt s úgy látszik az ureter elég korán obliterálódott, s a gümős folyamat tovább terjedése ennek folytán meg lévén akadályozva, a vesére localizáltatott, a mi a vese szövetének lassú teljes elsajtosodásához, illetőleg elmeszesedéséhez vezetett. A baloldali vese részéről pótló túltengés fejlődött.

5. **Hevesi Imre:** Brandt tanár klinikájáról egy esetet mutat be, a melynél **ajak-pofarák** kiirtása után **cheilomeloplastica-t** végzett. Statistikai adatok szerint az arcz képleteinek rákos megbetegedése az összes rákbajok $^1/_5$-ét teszi ki. Leggyakoribb az alsó ajak rákja, a mely többnyire az ajaknak a szájzugok közé eső részén ül, de elég sokszor találjuk a szájzuggal szomszédos ajakszélen is, a mely esetben a szájzugra, majd tovább folytatólagosan a felső ajakra is átterjed. További fejlődésében — különösen azon gyorsabban haladó alak, mely a mélységbe növésre mutat hajlandóságot — a pofa is belevonódik a megbetegedésbe és pedig rendesen oly módon, hogy a nyákhártyai oldalon az álképlet még többet roncsol el, mint a bőrön. A bemutatott beteg, Florea Tódor 82 éves, napszámos, a jobb szájzug kisebb kiterjedésű epitheliomája miatt operáltatott ezelőtt hét hónappal, a mikor az ejtett hiány a sebszélek egyszerű összehúzása és varrása által könnyen el volt enyésztethető. Mirigyek nem találtattak. Fél év mulva, 1902. deczember hó 6-án újra jelentkezett a sebészeti klinikán recidivával. Ez alkalommal a neoplasma kivül tallérnyi, a nyákhártyai oldalon a pofa nyákhártyáját majdnem teljesen elfoglaló, felhányt szélű, fekélyes felületű, kemény beszűrődés képében mutatkozott, mely az állkapcsot annyira rögzitette, hog a fogrés alig kisújjnyira volt kinyitható. A szájzugtól az állkapocs külső oldalán az állkapocs alatti tájhoz lehúzodó, a csonton némileg mozgatható, lúdtollszár vastagságú, kötegszerű beszűrődés volt kitapintható, nyilván a nyirkedényekben való tovaterjedés kifejezéseképen. Az áll alatti táj jobb felén az állkapocs alatti tájban és lefelé az egész elülső nyaki tájék jobb oldalán borsó-mogyorónyi kemény mirigyek sorozatai mutatkoztak.

A műtét 1902. deczember 9-dikén morphium-chloroform-altatás mellett végeztetett. Az álképletnek és az emlitett kötegnek az ép részekben kellő távolságban történt kiirtása után úgyszólván az egész pofa hiánya állott elő. Ezért a műtétet úgy folytatta, hogy a további metszések egyrészt a kiirtandó nyirkutakat és mirigyeket hozzáférhetőkké tegyék, másrészt pedig a pofa és a hiányzó ajakrészek pótlására szükséges lebenyek képzésére alkalmasak legyenek. A pofahiány alsó határa körülbelül az alsó fogmedri szél magasságában, oldalsó határa a m. masseter mellső szélén volt. Innen vitt tovább egy metszést le- és oldal felé az állkapocsszöglet alá, onnan kissé lekerekitett csúccsal a szakcsont magasságában vizszintesen előre, a mig a metszés egy másikkal találkozott, a mely a beszűrődött nyirkedénykötegtől eredt réstől húzódott ferdén le- és median felé. Az igy körülmetszett bőrt felkészitve, fél tenyérnyi trapezalakú lebenyt nyert, mely felül a pofahiány alsó határán az alappal csupán igen vékony kötszövettel függött össze, hasonlóan az úgynevezett Gersuny-féle lebenyhez. Ez által a lebeny nagyon könnyen felhajthatóvá vált, úgy hogy annak hámfelületét a szájüreg felé fordítva, a bőrszéleket a pofahiány alsó, oldalsó és felső határán a nyákhártya sebszéleivel feszülés nélkül, simán és pontosan összevarrhatta catguttal, szűcsvarrattal. Szabadon maradt medialis szélének feladata volt, hogy annak segélyével visszahajtás és czélszerűen elhelyezett öltések útján ajakszegélyezés és szájzug képeztessék.

A műtét további menetében a már meglevő metszések tovább vezetésével a nyakról egy nagy lebenyt készített fel oldalsó keskeny nyéllel. Az igy feltárt területen a m. sternocleidomastoideus félrehúzásával az egész kötszövetet nyirkutakkal, mirigyekkel, valamint az állkapocs alatti nyálmirigygyel s a fültőmirigy lenyúló csúcsával kiirtotta, úgy hogy itt a nyak, mint egy izomedény-praeparatum volt kikészitve, mint ezt rendesen rosszindulatú mirigyek gyökeres kiirtása czéljából tenni szokták. A nagy nyaki bőrlebeny minden nagyobb feszülés és nyélcsavarás nélkül most fel volt hozható a pofára, a hol annak szélei a pofahiány bőrszéleivel és a befordított lebeny visszahajtott széleivel összevarratván, az összes pofa- és ajakhiányok pótolva és fedve lettek.

A nyak terjedelmes bőrhiányát szomszédos részek eltolása és összevarrása útján elég könnyű volt elenyészteni. Ilyen kiterjedt pofaképlésre főleg azért volt szükség, hogy heges szájmerevség beálltát megelőzzük, a mi teljes mértékben sikerült is. A beteg zavartalan gyógyulás után száját akadálytalanul teljes mértékben ki tudja tátani.

Hátra volt még a beteget egy alkalmatlanságtól megszabaditani. T. i. a befordított bőrlebeny szükségből olyan területről vétetett, melyen erős szakáll nő. Mikor a műtéti sebek begyógyultak és a szakállszőrök a szájüreg felé eső oldalon 5—6 mm.-nyire nőttek, hozzáfogott azoknak elektrolysis segélyével való epilatiojához. Ez egy meghajlitott platinatű-elektrod segélyével minden nagyobb nehézség nélkül ment, úgy hogy a betegen jelenleg néhány vonalas hegen kivül az eléggé kiterjedt és nagy sebzéssel járó műtétből semmi nyom sem látszik.

6. **Jancsó Miklós** előadása: **„Véletlenül előidézett házi malaria endemia a kolozsvári belgyógyászati klinikán“** (L. Értesitőt. — Megjelent: „Orvosi Hetilap 1903. 17—21. számaiban.)

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1902. évi junius hó 1-én tartott szakülés.)

1. **Konrád Márk** egy nőbeteget mutat be, a kinél **retroflexio** és **prolapsus uteri-t** talált (helyesebben **procidentia uteri-t**) s ennek orvoslására egy *Hodge-féle pessariumot* alkalmazott.

Az alkalmazott pessarium *két éven át* volt a hüvelyben s ott *benőtt*. A beteg bűzös folyással jelentkezett s ekkor jöttek reá, hogy a folyás előidézője és fentartója a pessarium benövése. A pessariumot úgy távolitotta el, hogy a körülötte támadt heget gombos bistourival felhasitotta. E csekély beavatkozás után kiderült, hogy a retroflexiót és a prolapsust tulajdonképen a pessarium körül támadt heg gyógyitotta meg, ez tette a hüvelyt ellentállóvá.

Az eset tanulsága az, hogy pessarium alkalmazásánál ügyelnünk kell, hogy a hüvely ne legyen arrodálva s a hüvelyt állandóan tisztán kell tartani. A pessariumot hordó betegnek legalább minden 2—3 hónapban jelentkeznie kell.

Előadó ezek után bemutatja az eltávolitott pessariumot, a mely, bár eredetileg sima volt, felületén kopásokat és érdességeket mutatott.

2. **Fráter Imre** egy három éves gyermeket mutat be, a kinél **magas kőmetszést (felső hólyagmetszést)** végzett.

A beteget márczius hóban nagyon erőtlen állapotban vették fel a biharmegyei közkórházba. A midőn ott kissé megerősödött, végezte rajta a műtétet. A műtét Kocher módszere szerint harántmetszéssel végzett typikus műtét volt. A sebet a hólyagon tovafutó selyemvarrattal egyesítette s a hólyag sebszélei per primam egyesültek. A külső varratok Lambert-féle varratok voltak. A bőrön azonban kis nyilás maradt a geny kibocsátására és hogy a vizelet kiszivároghasson, állandó kathetert alkalmazott, ez azonban izgatta a hólyagot s a vizelet mellette ürült. A kathetert ezért eltávolította, a hólyagot nem mosta többé s az állapot javult. E tapasztalatából azt a következtetést vonja le, hogy, ha csak nem nagyon hurutos, a hólyagot katheter (drain) nélkül lehet hagyni.

3. **Fráter Imre** még egy beteget mutat be, egy idősebb nőt, a ki **tizennégy nap óta kizárt czombsérvvel** jelentkezett.

A beteg már teljesen ki volt merülve, ütere alig volt tapintható, végtagjai hűvösek voltak. A műtétet indicatio vitalis alapján kellett végeznie. Nem altatta el, hanem Schleich módszere szerint érzéstelenitette. A kizárt bélrész el volt halva és műtét közben a hasüregbe huzódott vissza, úgy hogy bélsár ürült a hasűrbe. A belet resekálta, Murphy-gombbal egyesítette s a peritonealis űrt kitisztította. A peritoneumot nem zárta el, szabadon hagyta, Mikulicz-féle tampont alkalmazott s a peritonealis űrt jodoformgazezel töltötte ki.

3—4 nap után már az ütérlökés erősbödött, a hőemelkedés megszünt s a beteg összeszedte magát. Felszólította a beteget, hogy ügyeljen az ürülékkel távozó Murphy-gombra, de ezt a beteg elmulasztotta és csak három hét után vallotta be, hogy a második hét vége felé hallotta a kihulló gomb koppanását.

Előadó ezzel kapcsolatban megemlíti, hogy sokan ellenzik a Murphy-gomb alkalmazását, azt mondván, hogy a gomb a Bauhin-billentyűn át nem távozhatik. Esete is igazolja, hogy ez ellenvetés nem jogosult.

A seb szépen gyógyult, bár kezdetben a seben át bélsárral kevert geny ürült. Az űr adhaesiv peritonitis folytán gyorsabban zárult és visszatartási tömlővé lett, a melyet drainezni kellett.

4. **Révész Vilmos**: **„Pneumonia fibrinosa chronica“** czímmel tart előadást, bemutatva a biharmegyei közkórházban észlelt beteget.

A 38 éves férfibeteget április hó 7-dikén vették fel a kórházba, a midőn azt adta elő, hogy 5—6 hét előtt betegedett meg, a mikor jobb mellkasfelében heves szuró fájdalmat érzett. Ugyanekkor kétszer volt hideglelése. 15 nadályt ragasztatott magára. Négy nappal a kórházba való jövetele előtt egész teste megdagadt.

A beteg nagyon sovány, sápadt bőrű, nyákhártyái halványak. Arczán csekélyebb, törzsén nagyobb fokú vizenyő. A hasban szabad folyadék mutatható ki.

A mellkason baloldalt elől, csekély emphysemától eltekintve, a kopogtatási viszonyok rendesek, hátul a VIII-dik bordától lefelé tompulat nyerhető. A jobb mellkasfélen elől a II. bordánál tompult, a III. bordától lefelé tompa hang észlelhető. A jobb hónaljkúpban a kopogtatási hang tompult, innen alófelé mindenütt tompa.

Jobboldalt hátul a fossa supraspinatában a hang tompult, ettől lefelé mindenütt tompa, kivéve egy két centimeter széles sávot a VII. és VIII. bordaközben, a hol a hang dobos.

A tompulatok felett mindenütt éles hörgi légzés és finom dörzszörej hallható.

A máj a bimbóvonalban a bordaivet négy ujjal haladja meg, a lép szintén a bimbóvonal meghosszabbitott irányában tapintható.

A szivhangok tiszták, a diastole mindenütt ékeltebb. A beteg nem köhög, nem köp. A vizelet idegen alkatrészt nem tartalmaz. Felvételekor s néhány napig utána lázmentes volt, de aztán lázas lett.

Május 10-dikén a tompulat jobboldalt hátul a VIII. borda felett, elől a bimbóvonalban a IV. bordánál kezdődött. A hörgi légzés s a dörzszörej gyöngébb, az alsó végtagok s a törzs vizenyője eltünt, az arczé még nem teljesen. A máj kisebbedett, a lép nem.

Május 21-dikén a tompulat hátul még lejebb kezdődött, a dobos sáv eltünt, a hónalj- és bimbóvonalban a tompulat lejebb kezdődik. Hátul a légzés mindenütt sejtes, csak a hónaljkúpban gyengén hörgi.

Az előadás napján a tompulatok csaknem teljesen eltüntek, a légzés mindenütt sejtes, itt-ott egy száraz szörczörej, a dörzszörej gyéren hallható. A vizenyő eltünt, arczszin egészségesebb, étvágy jó, napok óta a szabadban sétál. A máj teljesen visszafejlődött, a lép még nagyobb.

Előadó már az első vizsgálatnál a tüdő tömörülésére gondolt, annál inkább, mert a tompulat felett mindenütt éles hörgi légzést és dörzszörejt hallott. A tompulatot adó közeg nem lehetett folyadék. Ha tény, hogy felvétele előtt hat héttel lett beteg, észlelt betegsége már akkori eredetű. Szerinte az acut fibrinosus tüdőlob lehetett, a mely a hepatisatio szakában megállt, resolutio nem következett be.

Kórházi gyakorlatában a pneumonia fibrinosa chronicának több esetét észlelte, kórisméjét két esetben a bonczolás igazolta.

Az acut tüdőlobok nagy számát tekintve, az idült tüdőlobok ritkábban fordulnak elő. Abban az észlelők még nem állapodtak meg, vajjon az idült rostonyás tüdőlobok genetice összefüggnek-e a heveny rostonyás tüdőlobokkal. A szerzők legnagyobb része azt tartja, hogy igen és csak a következményes alakoktól különbözteti meg. Akár genuin tüdőlobból fejlődik s ezzel genetice összefügg, akár önálló kóralak, az idült tüdőloboknak ezt a faját elsődlegesnek kell tekinteni, mert a tüdőszövetnek más elváltozása nem előzte meg.

Az idült tüdőlob kórképét már *Laënnec* leirja, a makroscopikus viszonyokat meg *Marchand* ismertette először. A tüdő induratiojának szine szerinte kevéssé tér el a szürke hepatisatio színétől, főkép, ha az egész lebenyre terjed. Jellemző a tüdő szövetének nagy resistentiája, ruganyossága és szivóssága. A metszési lapon a granulatio kevésbbé kifejezett, mint friss esetekben. Jellegzőnek tartja idült esetekben még a régi tüdőösszenövéseket s az erősebb véredényképződést, a mely kedvező a kötőszövetképződés szempontjából. Az összenövések által a tüdő úgyszólván rögzittetik, tágulóképessége csökken s ez által a levegő bejutása akadályozott.

Az utóbbira nagy súlyt helyez *Kahlden*, mert azáltal, hogy kevesebb levegő juthat a tüdőbe, mechanice elősegíti benne a vértorlódást, a tüdő rögzitett volta meg azt gátolja, hogy kiköpés és felszivódás útján a fibrin eltávolittassék.

Az idült tüdőlob pathogenesisének megitélését a górcsői vizsgálat tette lehetővé. Az elváltozások csak igy ismerhetők meg s a physicalis ismertető jeleknek igy adható meg a magyarázata.

Hesch kimutatta, hogy a tüdőtömörülésnél a tüdő gerendázatán s a hozzátartozó alapszöveten kötszövetképződmény hatol át, a mely a tüdősejtek hajszáledényeinek magvaiból indul ki. Azután az alveolusok eltömése következik, a mely folyamatot az alveolusokba lerakódott, zsugorodásra törekvő rostonyás anyagon kivül, a léghólyagok edényeiből kiinduló kötőszövetképződés segíti elő.

Egy szól ellene, az obsolet tüdőnek csekély térfogata, de a tüdő teljes obliteratiojához még a véredények elzáródása is hozzájárul, a melynek oka a tüdőben nagy mennyiségben megszaporodott kötőszövet zsugorodása. Egyébként a górcsői kép minden vizsgált esetben ugyanaz volt.

Abban a kutatók általában megegyeznek, hogy az első elváltozás fibrin lerakódása a tüdőhólyagcsákba s ez a tény vet világot az idült tüdőlob s a heveny rostonyás tüdőlob közti genetikus összefüggésre. S *Fränkel* mindkettőnél megtalálta a diplococcus pneumoniae-t.

Az idült tüdőlob egyes esetekben klinikailag úgy kezdődik, mint a rostonyás tüdőlob. A mi az anatomiai szempontot illeti, először az alveolus felhámja duzzad, aztán a rostonya kiizadása történik.

A kórszármazásra vonatkozólag *Aufrecht* véleménye egy szempontból eltérő. Az idült tüdőlob, úgymond, csak az első stadiumban felel meg annak, a mit a heveny rostonyás tüdőlobnál észlelünk, t. i. ekkor duzzad meg a felhám és rakódik le a rostonya, azután már eltérnek egymástól. Vérzés nem történik az alveolusokba, mint heveny esetekben az exsudatiokor. A fehér vérsejtek jóval lassabban hatolnak be a rostonyába s e lassúság segíti elő a kötőszövet organisatiojját.

A genesis szempontjából megkülönböztethető: 1. következményes idült tüdőlob; 2. elsődleges idült tüdőlob; 3. oly idült tüdőlob, a mely úgy jön létre, hogy tartós, idült kis vérkörbeli pangás idéz elő következményesen elváltozásokat a tüdőszövetben.

A bemutatott eset az *elsődleges idült tüdőlobokhoz* (primaer chronikus pneumonia) tartozik.

Laënnec az állítja, hogy bőséges érvágás előidézheti ezt a betegséget; ezt *Aufrecht* is lehetségesnek tartja, mert a bőséges érvágás az edényrendszernek nagy depletioját eredményezi s ezért a veres hepatisatio csak tökéletlenül vagy egyáltalában nem fejlődik ki. *Marchand* szerint jelentékeny hőcsökenés után is kifejlődhetik, pl. ha valaki a puszta földön fekszik, vagy hideg fürdő után, vagy ha ez oly egyénnel történik, a kinek megvan arra a dispositioja, hogy a tüdőlob lefolyása protrahált legyen. *Eppinger* szerint nagy a jelentősége a pleurán fellépő hyperplastikus folyamatoknak, a megvastagodott álhártyák a tüdőszövetre is átterjedhetnek.

Az idült rostonyás tüdőlob kórisméje a későbbi időszakban könnyebb, mint a megbetegedés kezdetén, a midőn a heveny pneumoniához hasonló. Hogy nem forog-e fenn tuberculosis, azt a köpetvizsgálat dönti el, a szivbillentyűbántalmak is könnyen megállapithatók.

A prognosis a teljes épség visszanyerése szempontjából nem kedvező, de az élet lehetséges, még ha egyik tüdő zsugorodik is.

A mi a gyógyítás módját illeti, a heveny szak lezajlása után, az csak a hygienikus viszonyok javításában állhat. Előadó gyógymódját *Marchand* és *Kahlden* észleleteire alapította, a melyek szerint a levegő gátolt bejutása mechanice elősegíti a vértorlódást és a rögzítés és nyugalombahelyezés miatt a rostonya nem szivódik fel s nem köpetik ki. Ezért mechanice, massage által segítette elő a tüdő mozgékonyságát. Naponta többször néhány perczen át 6%-os jodvasogent dörzsöltetett a mellkasfélre, nagy nyomást gyakorolva a kent helyre. A midőn ezt az eljárást megkezdték, léptek fel a hőemelkedések, a melyek ellen chinint adott.

5. **Schiff Ernő**: **„Typhoid után fellépett cerebralis megbetegedés (agytályog)“** czímmel tart előadást.

P. János 9½ éves fiúgyermek 1901. deczember hó 4-dikén fejfájással, lázzal beteggé lesz. A láz az első napokban fokozatosan emelkedik, miközben a 6-dik napon lépnagyobbodás, roseolák és a vizeletben kifejezett diazoreactio lép fel. Daczára, hogy a láz egész 40·2°-ig emelkedik, a gyermek sensoriumában sohasem mutatkozik a legcsekélyebb változás sem, sőt már a betegségének 2-dik hetében többnyire ágyban ülve, játékaival foglalkozik, a mennyiben az egész megbetegedés, mely a typhoid minden jellegét nyujtotta, már a második hét végén úgyszólván vége felé haladt, mert már akkor reggel többnyire 37° alatti hőmérsék mutatkozott, csak a délutáni órákban jelentkezett egy rövid tartamú subfebrilis állapot. Ez képezte a megbetegedés első szakát.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

5064/1903. szám.

Horváth Gyula dr. községi orvos lemondása folytán a **récsei községi orvosi állásra** pályázatot nyitok.

A községi orvos székhelye Récse.

A községi orvos javadalmazása készpénzben 1200 korona.

Látogatási díj nappal 60 fillér, éjjel 1 korona, halottkémi vizsgálat után 60 fillér.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében megkivánt minősitésüket, nyelvismeretüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt, 1 koronás bélyeggel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **a választást megelőző nap déli 12 óráig** annyival is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. é. augusztus hó 17-dik napjának d. e. 9 órájára tűzöm ki a récsei községi irodába.

Pozsony, 1903. julius 27-dikén.

2—2 *Bérczy*, főszolgabiró.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetben ideiglenesen betöltendő **másodorvosi állásra** a belügyminister úr ő nagyméltóságának folyó évi 72,579. szám alatt kelt felhatalmazása alapján pályázatot hirdetek. Ezen állás évi 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fütés és világitással van javadalmazva.

Felhivatnak azon orvostudorok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 kor. bélyeggel ellátott, kellően felszerelt s a belügyminister úrhoz czimzett kérvényeiket alulirottnál **folyó évi szeptember hó 8-dikáig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha orvostudor nem pályázik, szigorló orvos is alkalmaztatni fog.

Nagyszeben, 1903. évi augusztus hó 11-dikén.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

2760/1903. szám.

Az üresedésben levő és Nyitra vármegye vágsellyei járáshoz tartozó **farkasdi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázni szándékozókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. 143. t.-cz, §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi augusztus hó 31-dikéig** terjeszszék be.

A körorvos évi fizetése 1600 korona, látogatási díjai nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér.

A közegészségügyi körbe az egymástól 2 km. távolságra fekvő Farkasd és Negyed községek tartoznak 10,000 lélekszámmal.

A választás napja iránt a pályázat lejárta után fogok intézkedni.

Tornócz, 1903. julius 31-dikén.

2—2 *Langhammer*, főszolgabiró.

657/1903.

A kormányzatomra bizott Szabolcs vármegye „Erzsébet“ **közkórházánál** évi 1000 korona törzsfizetés, szabad lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresített **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 28-dikáig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1903. évi julius hó 27-dikén.

2—2 Br. *Feilitzsch.*

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
aug. 18	közs. o.	Oka	1200 k. fizetés	Wolff, főszolgabiró
„ 20	kórh. alo.	Székesfehérvár	1000 k., élelm., lak.	Fiáth Pál főispán
„ 20	körorvos	Darócz	1200 k., 100. k. lakp.	Szabady Tivadar fszb. Okland
„ 20	körorvos	Radosócz	1200 k., 400 k. ú. á.	Frideczky főszolgabiró Holics.
„ 20	kórh. alo.	Szegszárd	1200 k. fiz., teljes ellátás, fütés, világitás.	Tanárky Árpád dr. igazgató-főorvos.
„ 20	körorvos	Hidvég	1200 k. fiz., 200 k. lakpénz, 200 k. úti átalány	Zathureczky Kálmán főszolgabiró.
„ 24	körorvos	Dunaszekcső	1200 k. fizetés	Szinkovich, főszb.
„ 24	körorvos	Nezsider	1200 k. fizetés	Dezasse, főszb.
„ 26	közs. o.	Knéz	1200 k. fiz., 200 k. lakb.	Szepe László, szolgabiró
„ 27	tiszti főo	Hódmezővh.	1600 k. fizetés	Kmetykó József h. pm.
„ 31	közs. o.	Szentetornya	1200 k. f., 300 k. ú. á. szabad lakás	Ambrus Sándor fszb.
„ 31	körorvos	Vaál	1111 k. 27 f. fizetés	Vuits Jenő fszbiró

HIRDETÉSEK.

GYAKORLÓ ORVOS

helyben vagy vidékről, a ki jó hirnévvel bir és kisebb vagyon fölött rendelkezik, egy előkelő, verseny nélküli elektrotherapiai vállalatot, elsőrendű rentabilis jövővel, már meglevő legjobb praxissal, felpénz vagy biztositék ellenében átvehet. Jelentkezések „Kur 100 Budapest poste restante“ alatt intézendők.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői bacteriologiai** vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Gonosan

(TRADE MARK)

(törvényileg védve.)

Kitünő antigonorrhoicum.

Tartalmazza a **Kawa-Kawa** hatékony anyagait összeköttetésben **a legjobb keletindiai szantálfaolajjal.**

Gonorrhoeánál: hatása érzéstelenitő és váladékcsökkentő, a lefolyást rövidíti és szövődmények kifejlődését akadályozza.

Cystitisnél: a vizelet gyors feltisztulását és a dysuria megszünését hozza létre.

A Gonosan-capsulák ára körülbelül ugyanaz, mint a közönséges szantálolaj-capsuláké.

Adag: 4—5-ször naponta 2 capsula (kevéssel az étkezés tán vecndő.) A diaeta pontos betartásánál — alkoholfelék kerülése, **kevés folyadékbevitel** — a gyógyulás különösen gyors és szövődmények nélküli.

Kimerítő irodalom rendelkezésre áll!

RIEDEL J. D. vegyészeti gyára, Berlin N. 39.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

COLLARGOLUM. (Credé-féle oldható ezüstércz.) Mint kenőcs **(Unguentum Credé)** ezüst-kenőkúrához, oldatban intravenös injectiók részére fertőzési betegségeknél.

ITROL. Antiseptikus sebkezeléshez, szemgyógyitáshoz és nemi bajok ellen. Legolcsóbb ezüstkészitmény a gonorrhoea kezeléséhez.

ACOIN. Helyi anaestheticum a sebészet, szemészet és fogoperatiók részére. **Hosszan tartó anaesthesia.** Kevésbbé mérges és hosszabban tartó hatással mint cocain.

Acetylsalicylsav. (2—OH)

Hyrgol (Hydrargyrum colloidale). — **Solveol.**

Próbákat és irodalmi lenyomatokat ingyen küld:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

CSORBATÓ.

Klimatikus gyógyhely, 1387 méter tenger szine fölötti magasságban. **Posta, táviró helyben. Fogaskerekü vasút Vízgyógymód, villanyos kürák, massage.** Házi gyógytár. **Uszoda a tóban.** Több jól berendezett szál'oda. **Egyes egész villák is bérelhetók. Kitünő konyha. Olcsó pensio.**

Felvilágositással szolgál **a fürdőigazgatóság Csorbató** (Liptómegye) és a **Nemzetközi vasúti hálókocsi-társaság összes ügynökségei.**

Fürdőorvos: **Dr. Fanzler L.**

TÁTRA-LOMNICZ (Szepesmegye).

Klimatikus gyógyhely, 850 méter tenger szine fölötti magasságban. **Nagyszabásu vizgyógyintézettel** (hydro-, mechano-, electrotherapia-, massage-, nap- és légfürdők). Szállodái, éttermei a legnagyobb kényelemmel berendezve, **kitünő konyhával ellátva. Pensio mérsékelt árak mellett. Vasúti állomás, távirda és posta helyben.**

Fürdőorvos: **Dr. Hammersberg Árpád.**

Felvilágositással szolgál a fürdőigazgatóság Tátra-Lomniczon és a **Nemzetközi vasúti hálókocsi-társaság összes ügynökségei.**

Negyvenhetedik évfolyam. 34. szám. *Budapest, 1903. augusztus 23.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrássik Ernő egyet. ny. r. tanár.) Adat a tabeses ízület- és csontmegbetegedés ismeretéhez. 536. lap.

Schafler Károly: A paralysis progressiva kórtana. 539. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál. 541. lap.

Tárcza. Lenhossék Mihály: A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése. 543. lap. — **Csapodi István**: Goldzieher professor úrnak. 544. lap.

Közegészségügy. Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei. 544. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Kopits Jenő**: A gümős csigolyagyuladás gyógyításának mai állása. 545. lap. — *Könyvismertetés. Noorden und Dapper:* Ueber die Schleimkolik des Darms (Colica mucosa) und ihre Behandlung. 546. l. — *Lapszemle. Sebészet. Berger:* Hepaticus-drainage (T ö r ö k). — *Wassermann:* A leucocytosis diagnostikus jelentőségéről appendicitisnél (T ö r ö k). — *Klaussner:* A Winkelmann-féle hydrocele-műtét (T ö r ö k). — *Bergmann:* Az arteriovenosus aneurysmák casuistikájához (T ö r ö k). — *Venereás bántalmak. Winternitz:* A balsamicák hatása (S e l l e i). — *Vörner:* Ulcus molle miliare (S e l l e i). — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sack és Vieth:* Anthrasol. — *Morf:* Comprimált tabletták. — *Price:* Heroin. — *Folyóiratok átnézete.* 546—547. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Janny Gyula. — Pavlovits Simon. — Kinevezés. — Orvosi kinevezések és választások. — Az Országos Orvos-Szövetsép. — A magyar orvosok és természetvizsgálók. — Fürdőink személyforgalma. — Elhunytak. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr. egyet. ny. r. tanár.)

Adat a tabeses izület- és csontmegbetegedés ismeretéhez.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., tanársegéd.

A tabeses arthropathia irodalma igen nagy, *Kredel*[1] már 1888-ban 257 esetet gyüjtött össze. A casuistica növelésére most már szükség nincs, hacsak a közölt eset valamiben a rendes képtől el nem tér, vagy vitás pontot meg nem világít.

Az arthropathia tanának legvitásabb pontja az azt létrehozó ok körül forgott. *Charcot*[2] 1868-ban azt irja, hogy a gerinczvelő elülső szarvaiban levő trophiás középpontok megbetegedéséből folyólag táplálkozászavar támad a csontokban, minden trauma vagy más külső ok nélkül. Ezzel szemben állott *Volkmann*,[3] a ki a bajt az ataxiából folyó traumáknak, a szalagok és izülettokok vongálásának tulajdonította; míg *Rotter*[4] nézete, mely szerint a tabeses arthropathia arthritis deformans, melynek képét az analgesia, ataxia stb. megváltoztatja, kevesebb követőre talált. *Charcot* és *Volkmann* nézetét az irodalom tévesen ma is ekképen állítja szembe egymással, pedig *Charcot* később nézetét némileg megváltoztatta és az újabb alakjában, azt hiszszük, a tényeknek teljesen megfelel.

E nézetét *Charcot*[5] 1888. julius 24-diki előadásában adta elő, melyből, miután azt nem igen szokták citálni, a következőket akarom emlékezetbe idézni. „. . . . il convient de ne point séparer l'histoire des arthropathies tabétiques de celle des fractures dites spontanées, qui se produisent fréquemment dans l'affection spinale dont il s'agit, et souvent coïncident avec elles“ . . . . „Quand elle (t. i. a betegség) porte sur la diaphyse des os ce sont les fractures spontanées, qui se produisent, quand elle affecte, au contraire, les extrémités articulaires, les arthropathies en sont la conséquence“. Tovább az izületelváltozás keletkezésének módjára vonatkozólag azt irja: „Ce ne sont pas, cela semble bien établi, les extrémités osseuzes seules qui, dans l'articulation subissent *sous l'influence de le maladie spinale une altération de texture prédisposant au relâchement*, à la destruction, à la rupture des parties; les ligaments, les synoviales, les capsules articulaires partagent le même sort, et cela fait comprendre comment, lorsque tout est préparé, on peut voir en clinique, la jointure, *sous l'influence d'un traumatisme banal*, tellement banal, qu'on a l'habitude en pareille circonstance de parler de spontaneté, les desordres les plus graves apparaitre et aboutir presque du premier coup à la luxation ou mieux à la dislocation, en un mot aux déformations et aux déplacements les plus singuliers.“

A mint ez idézetből látszik, *Charcot* szerint az idegrendszerből kiinduló trophiás zavar a csont és izület szöveti elváltozását hozza létre, ehhez azonban trauma járul, mely oly csekély lehet, hogy spontan folyamatról beszélünk. Ha a csont diaphysise beteg, spontan törés, ha izületi vége, arthropathia támad; a trauma tehát mint alkalmi ok szerepel; az arthropathia és spontan törés egyértelmü folyamat.

Pansini[1] 273 esetből készített statistikájában 10%-ban a trauma ütés, esés alakjában az arthropathiával összefüggésbe hoz-

[1] *Kredel:* Volkmann's Vorträge 1888.
[2] *Charcot:* Archives de phys. et path. I. k. 161. és 379. lap. Oeuvres complètes IX. k. 158. lap.
[3] *Volkmann:* Virchow-Hirsch Jahrbücher 1868. II. k. 390. l.
[4] *Rotter:* Arch. f. kl. Chir. XXXIV. k.
[5] *Charcot:* Leçons du Mardi I. 464.

[1] *Pansini:* Sull'artropatia tabetica, 1897.

ható, ehhez járul az, hogy a többi esetben ataxiás és érzéketlen végtag ügyetlen mozgása szintén traumának tekinthető. E statistikában felsorolt esetek egy részében trauma megemlítve nincs, de az sincs határozottan kitüntetve, hogy trauma nem érte a beteget. Számos eset van továbbá közölve, melyben trauma után csonttörés és arthropathia fejlődött. Mindezek a trauma fontosságát bizonyítják. *Volkmann*, *Ball*, *Debove*, *Kredel* és mások, nálunk *Genersich*[7] emelték ki leginkább e mozzanatot. Azon körülmény azonban, hogy arthropathia néha nem ataxiás, nem érzéstelen, a baj kezdeti szakában levő betegen is támadt, a kin trauma kimutatható nem volt, mutatja, hogy a trauma csak elősegítő ok és nem az egyedüli kórokozó.

Charcot két boncolásban a megfelelő elülső szarvak megbetegedését találta, és ezért az izületbajt ezen részek elváltozásából származtatta. E leletet számos észlelő megerősítette, de később *Raymond*, *Oppenheim*, *Marinesco* és mások az elülső szarvakat épeknek találták. Felemlítem, hogy az itt leirt saját esetemben sem volt kimutatható elváltozás. Minthogy a peripheriás idegek elváltozásait sem lehet az arthropathiákkal összefüggésbe hozni, egyelőre csak annyit mondhatunk, hogy az idegrendszer ama elváltozása, mely arthropathiákra vezet, ma még festési módszereink részére hozzá nem férhető.

A csont elváltozása maga természetesen Röntgen-vizsgálatok tárgya is volt, egyesek a csont árnyékát rendesnek találták, mások világosabb helyeket leltek az arthropathiának megfelelő helyen. Ezen vizsgálati mód negativ eredménye azonban következtetésekre nem jogosít, mert a beteg csont is adhat a rendestől el nem térő árnyékot. Azon körülmény, hogy egy különben ártatlan traumára, mint a milyen például az izomösszehúzódás, csonttörés vagy arthropathia támad, maga is elég okot ad annak a felvételére, hogy a csont már súlyosan megbetegedett volt. Másodlagos fontosságú kérdés e mellett, hogy e csont megbetegedés lényege a csontot képző szervetlen anyagok százalékarányának megkisebbedése, mint azt *P. Regnard* leirta, vagy a csontok mészben való szegénysége, melyre *Nakbandoff* utal, vagy *Kienböck* nézetének megfelelően „eine durch abnorme Lagerung der Knochenbalken bedingte pathologische Structur und Veränderung der organischen Grundsubstanz". Természetes, hogy a hol olyan nagyfokú elváltozások vannak, mint a milyen az arthropathia, a csontszövet mikroskopos képe sem rendes, pl. a Havers féle csatorna szélesedését irták le; e vizsgálati eredmények azonban az elváltozás kórtani lényegébe közelebbi bepillantást nem engednek.

1. ábra.

Nagyon könnyen érthető, hogy a beteg csont már a legkisebb traumára is eltörik, a beteg izület pedig roncsolódik.

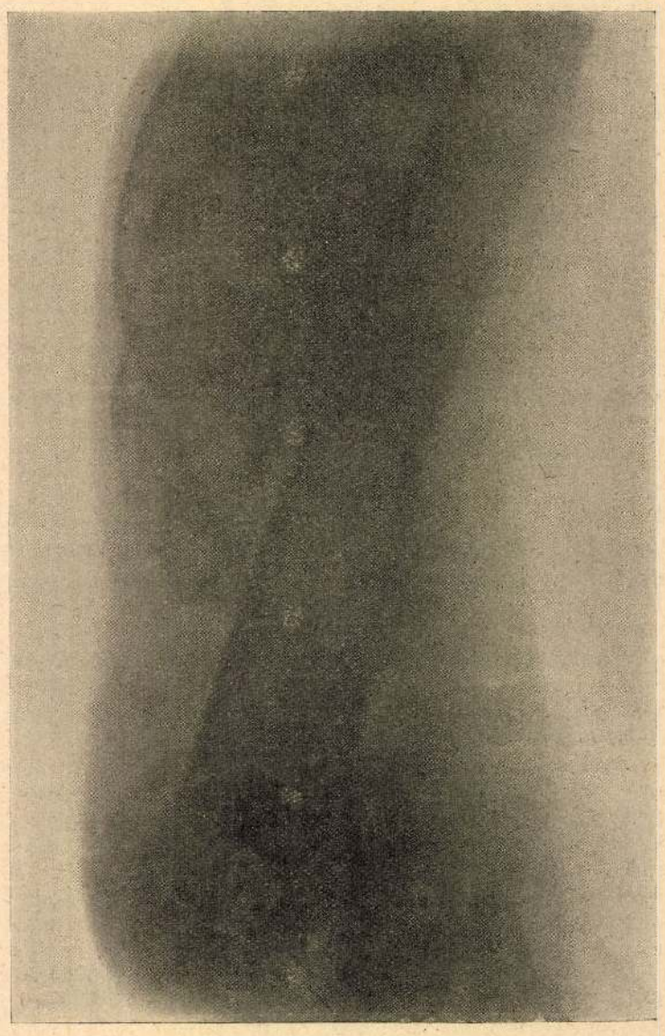
Ezek után áttérek esetem ismertetésére.

N. J., 45 éves, földmíves. Családi kórelőzményében nincs feljegyzésre méltó adat. Luest, potust tagad, erős dohányos. Felesége egészséges, nem vetélt el. 11 gyermeke volt, kik közül az első 7 hetet, a második 4 órát, a harmadik 2 napot, a negyedik fél órát, az ötödik 4 napot, a hatodik 7 napot élt, a hetedik közvetlenül születése után halt meg; egy 12, egy 8, egy 5 éves gyermek egészséges, a 11. gyermek 1 hónapos korban halt meg. Első gyermeke torokgyíkban halt meg, a többiek betegségéről felvilágosítást nem tud adni.

[7] *Genersich*: Gyógyászat. 1898.

Jelen baja 37 éves korában kezdődött lábujjainak zsibbadásával. 39 éves kora óta nyilaló fájdalmai vannak, 43 éves korában kezdett rosszul járni. 1896 elején a bal czombja megdagadt a nélkül, hogy fájdalmas lett volna; a beteg nem emlékszik, hogy ütés érte volna. 2 hónap mulva a duzzadás lelapult, de ugyanekkor a jobb térd kezdett ugyancsak fájdalmatlanul dagadni és 3 hét alatt arra a fokra emelkedett, melyen felvételkor volt.

Felvételi állapot. A beteg halvány, a tarkón és lágyékon egy-két borsó és kis bab nagyságú mirigy tapintható. Belső szervek épek. A jobb térdizület és czomb tetemesen megnagyobbodott, körfogata a térdkalács közepén 39·5 cm., míg a bal térdé 34 cm. A bőr e daganat felett rendes. A daganat a czombcsont közepe táján kezdődik, magában foglalja ezenkivül a térdet, az alszár felső részét, körülbelül annak közepéig. A térdkalács e daganatban elveszni látszik. Tapintáskor a daganat finom, benyomható, rugalmas csontburoknak látszik; hullámzó, benne a térdkalács jelentékeny mértékben mozgatható. Az alszár a térdizületben lötyög rendellenes módon, oldalt hajlítható és fekvő helyzetben a vízszintes síktól 20° ∢-re túlfeszíthető. Az érintkező izületi felszinek mozgás alatt nem ropognak, nem látszanak érdeseknek. A mozgatás, nyomás fájdalmatlan.



2. ábra.

Azon a helyen, a hol a czombcsont daganata rugalmas, benyomható volt, punctiós tűt szúrtunk be. E behatolás közben éreztük, a mint a tű a vékony csonton megakad, azt benyomja, majd áthaladva akadály nélkül megy előre. A tűt most jobbra-balra mozgatni lehetett annak jeléül, hogy üregbe jutott. Szívó fecskendővel ekkor sikerült átlátszó, kissé sárgás savót kiszivattyúzni.

A Röntgen-vizsgálat is erre mutatott, a mennyiben a czombcsont erős árnyéka mellett finom árnyék állott, mely a csonthólyagnak megfelelt.

A betegnek vizelete nehezen indult, néha csepegett, széke rendetlen volt, szaggató fájdalmakról panaszkodott, paraesthesiái voltak az alsó végtagokon, különösen a talpán. A vizsgálat a már említett tüneteken kivül ataxiát, nagyfokú hypotoniát, a Romberg-féle tünetet, a derékon tapintásra érzéstelen övet, a pupillák fénymerevségét és mindkét szem felső egyenes izmának bénulását derítette ki. A patella- és Achilles-ínreflex kiváltható nem volt. A beteg csaknem két évi klinikai ápolás után halt meg.

A bonczolást *Genersich* tanár végezte. *Genersich* tanár bonczolási jegyzőkönyvének az arthropathiára vonatkozó részéből a következő adatokat veszszük ki.

A jobb czomb és térd erősen megdagadt. A kerület a czomb felső részén jobboldalt 35, baloldalt 33 cm.; a czomb közepén jobboldalt 41, baloldalt 30; a patella felett 5 cm.-rel jobboldalt 36, baloldalt 27 cm.; a térden a patella közepén jobboldalt 39, baloldalt 31 cm.; a patella csúcsán jobboldalt 40·5, baloldalt 32 cm., az alszáron a tibia felső végén jobboldalt 39, baloldalt 28 cm.; az alszár felső és középső harmadában jobboldalt 29, baloldalt 24·5 cm.; az alszár közepén jobboldalt 23·5, baloldalt 21 cm.: 5 cm.-rel a boka felett jobboldalt 18, baloldalt 17·5 cm.; a bokán jobboldalt 25½, baloldalt 23 cm. A megdagadt térdben az ízvégek kifelé és befelé jól mozgathatók, a hajlítás 155, a feszítés 195° ∢-ben lehetséges.

A jobb czombon a cruralis mirigyek kissé nagyobbak. A m. sartorius lapos, de piros színü; ugyancsak lapos a m. extensor quadriceps leginkább a m. vastus internus, mely erősen szétterült és a czombcsonton levő daganattal összeforr, úgy hogy csak a csonthártyával együtt vakarható le. A m. gastrocnemius belső fejének felső részében csontmag található, a m. gluteus mediusban 2 cm. széles, 3 cm. hosszú csontlécz van.

A n. cruralis kissé zsíros szövettel körülvett, rostjai kissé ritkásak. Az art. cruralis átjárható, alig kissé harántul rovátkolt. A n. ischiadicus kötegei kissé szürkültek.

A térdizület rostos hártyája megvastagodott, a körülötte levő kötőszövet megszaporodott és helylyel-közzel csontnövedékekkel átjárt, melyek a tibiának mellső felületén, különösen a külső bütykök körül kinőnek. A ligamentum patellae proprium közepén csontmag van. A synovialis hártya tágult, helyenként megvastagodott, sőt rostosan átjárt, nagyobb mennyiségü kissé vörhenyes synoviát tartalmaz, melyben fehéres mákszem és köles nagyságú tömöttes, sima testecskék úszkálnak. A bolyhok tetemesen meg vannak vastagodva, egyesek babnyi csomócskák alakjában lógnak az ízürbe. A C képü porcz a külső részben félretolt, foszladozott, a belső pedig kissé megvastagodott és kissé befelé csúszott.

A tibián a külső bütyök tetemesen megvastagodott, ízfelület erősen, mintegy 1·50 cm.-nyire a felszin alá kivájt; részint foszlékony porczczal és vörhenyes sejtszövetszerü lerakódásokkal fedett, részben pedig lecsiszolt elefántcsontszerü felületet mutat.

A czombcsont ízvégén kissé szélesbült; a bütykök hátsó harmada eltünt, helyén lapos gödör áll, mely a fossa popliteával egybefoly; e terület rostos, részben halványfehéres, részben vöröses szövettel van bevonva. A czombcsont mellső bütyök közötti árka szintén nagyobbrészt sima rostos hártyával van bevonva, csak egy kis része porczos. Az izület szélei dudorosak, egyenetlenek. A patella alsó ízfelületén a porcz rostosodott és több helyt kimaródott.

A czombizület ép, csak ízporcza kissé lazább.

A czombcsont hosszában a trochanter csúcsától a fossa intercondyloidea felé átmetszve kitünik, hogy a czombcsont felülről egészen végig folytonosságában megmaradt. A csont héja körülbelül rendes vastagságú, velőüre alig tágabb a rendesnél, kissé kocsonyás velővel megtöltött. Ezen csont diaphysisében egy daganatszerü csontlerakódás képződött, mely a csont mellső felületén a trochanter minor tövében kezdődik és körülbelül az alsó harmadig folytatódik. E csontképződmény a czombcsontot mellső felében körülfogja, legnagyobb hossza 25 cm., legnagyobb vastagsága 7 cm. A czombcsont hátulsó felülete a fossa poplitea felett fekvő részletben mintegy gyermektenyér nagyságú kiterjedésben szintén csontnövedékkel van bevonva, melynek legnagyobb vastagsága alig 0·50 cm.-nyi. E csonttömeg legnagyobb részében csakis egy csonttokból áll, melynek külső fala legfeljebb 5 mm., de sok helyt csak 1 mm. vastag, helyenként még vékonyabb, egyes kendermag nagyságú foltokban csak rostos hártyából áll. A csonttok belső fala 0·5—1 cm. vastag szivacsos csont által a csonthéjjal erősen összefügg; ezen fal részben szintén csak kocsonyás kötőszövet által függ össze a csont felületével, sőt a diaphysis közepe táján izomszövet fekszik közben. E csontos tok szürkés-sárgás, áttünő, zsíros-kocsonyás, csontvelőhöz hasonló anyagot

3. ábra.

tartalmaz, mely jóval szívósabb a rendes csontvelőnél. A csonttok üre a rárakódás fötömegében körülbelül 12 cm. magas, 9·2 cm. haránt és 6 cm. sagittalis átmérőjü, belfelülete savósan fénylő, nagyobb részt zsírsárga színü, helyenként fehér és vöröses. Ezen ür felfelé kisujjnyi csatornával egy körülbelül 3 cm. magas, 2 cm. harántátmérőjü fiókürrel függ össze. Mindkét ürben tiszta, átlátszó, kissé epéssárga színü, lúgos vegyületi hatású savó foglal helyet. A felső ürben a belső burkot képező sárgás-piros hártyától a csontállományig áttünő kocsonyaszerü szövet van.

A lábtőizületben alig van valamivel több synovia, a porczfelület egészen sima, az ízbolyhok kissé túltengettek. A talus és os naviculare közötti izület szintén kissé tágabb.

A bonczolási jegyzőkönyv többi része a mi szempontunkból kevésbbé fontos, a gerinczvelő a tabes rendes képét mutatja.

Kórbonczolástani kórisme: Tabes dorsalis cum degeneratione grisea funic. post. (Goll et Burdach). Osteoma parosteale cysticum permagnum femoris dextri. Myositis ossificans? Arthropathia gen. dextr. hypertrophica. Osteoma parosteale in gluteo med. sin.

A gerinczvelő mikroskopi vizsgálatának eredményét részletesen ismertetni felesleges volna, az elváltozások a hátulsó kötegekben a tabes rendes képét adják. Kiemelendő azonban, hogy az elülső szarvak két oldalt teljesen egyenlőek, épek, sejtjei egészségesek. A vizsgálat Nissl, Kulschitzky módszerével és carminnal történt.

A közölt eset az arthropathia hypertrophiás alakjának

keletkezése módjára világot vet. *Charcot* a tabeses arthropathiákat atrophiás és hypertrophiás alakra osztotta fel, ez utóbbit szövődésnek nézte. Szerinte ezen szövődés létrejöttéhez egyéni dispositio kell, és ezt abban vélte feltalálni, hogy az ilyen betegek arthritisben is szenvedtek, vagy mint arthritisben szenvedők leszármazói arthritisekre hajlamosak.

Esetünkben a csonthártya nyilván levált a czombcsontról, a czombcsont felső részletében a m. quadriceps eredési helye felett. A csonthártyát kétségtelenül izzadmány emelte le, valószinüleg a m. quadriceps eredési helyének megrántása folytán. A leemelt csonthártya később vékony csontlemezkét termelt és így keletkezett a leirt sajátságos csonttok, melynek külső fala vékony, a belső fala vastagabb, és a mely a különben megtartott czombcsonthoz fekszik.

Az ürben kevés sárga savó foglaltatik. Ezen képződés emlékeztet azon viszonyokra, melyek csonthártyagyuladásban előállanak, a mikor is néha a csonthártya szintén leválik és alatta csontképződés indul meg. A tabesben a leválás valószinüleg erőművi úton a m. quadriceps vongálása által történik, tehát itt is jelentéktelen trauma szerepel, melynek fontossága az arthropathia létrehozásában ismeretes.

Habár ezen csonthólyag maga nem is izületi folyamat tulajdonképen, de tekintve egyidejü támadását a térdizületi bántalommal, tekintve a kórkép szokatlan voltát, alig lehet kételkedni a felett, hogy ezen folyamat is az izületi bántalommal egységes alapon, a tabeses táplálkozászavar alapján támadt trauma segítségével, a mely trauma ez esetben a quadriceps izom vongálása lehetett.

Mint érdekes lelet az izmokban és izületi tokokban levő csontmagvak kiemelendők.

A további esetek vizsgálata fogja eldönteni, hogy a tabeses arthropathiák hyperthrophiás alakjának létrehozásában az említett viszonyoknak máskor is jut-e szerep.

A paralysis progressiva kórtana.

Irta: *Schaffer Károly* dr., egyet. rk. tanár.

(Folytatás.)

Naecke állítása ellentmondás nélkül nem maradt. *Pilcz Sándor*, Wagner bécsi tanár assistense opponált *Naecke*-nek a leghatározottabban, mondván, hogy *Naecke* felfogásában megczáfolni igyekezett az elmekórtanban idáig uralkodó azt a nézetet, a mely szerint a p. valódi szerzett elmebántalma a születéstől fogva érintetlen agyvelőnek, a mely bántalomban tehát az örökléses terheltség csakis alárendelt szerepet játszik. *Pilcz* hivatkozik *Mendel*-re, a ki a paralysisről szóló nagyszabású monographiájában arra a következtetésre jut, hogy az örökléses dispositio a p.-nél nem bir azzal a jelentőséggel, mint az ú. n. elsődleges elmebántalmaknál (melancholia, paranoia). Hivatkozik továbbá *Krafft-Ebing*-re, a ki szerint a p. keletkezését sokkal inkább szerzett és járulékos kóros behatásoknak köszönheti, semmint disponáló feltételeknek. *Pilcz* 170 paralytikust vizsgált meg esetleg jelenlevő elfajulási jelekre nézve és az eredményeket 67 degenerált egyénen talált eredményekkel szembesítette. Paralytikusoknál örökléses terheltséget körülbelül 19%-ban talált, a degeneráltaknál 41%-ban. A *Lacassagne*-féle szélesség, vagyis a kinyújtott két kar közti távolság a paralytikusoknál 37%-ban multa felül a test magasságát, a degeneráltaknál 73%-ban, epilepsiásoknál 85%-ban. Az összes többi elfajulási jelek százaléka 30, a degeneráltak 60%-ával szemben. Ezen adatok szerint tehát a paralytikusoknál az elfajulási jelek számbelileg elmaradnak a degeneráltak hasonló viszonyai mögött, sőt *Pilcz* a p. és a degeneratio között valóságos antagonismust lát oly értelemben, mintha a degeneratio tényleges immunitást nyujtana a p.-sel szemben. Ezt az állítását a degeneráltak hiányos ethikájából folyó önzéssel támogatja, melynél fogva ily egyének idegrendszere a túlságos elhasználástól meg van óva. „Ich möchte sagen: — fejezi be *Pilcz* fejtegetéseit — Von den beiden Faktoren, welche nach v. *Krafft-Ebing* die Paralyse bewirken, von der Syphilisation und Civilisation — entfällt eben letztere für den Degenerierten".

Azonban *Pilcz* ilyképen állást foglalván *Naecke* felfogásával szemben, mégis hidat épit a két ellentétes felfogás közt, midőn kijelenti, hogy ő nem tagadja azt, hogy a p. számára dispositio létezik. Sőt ő is abból a körülményből, hogy a luesesen inficiált egyének nagy száma, saját anyagában 74·2%, paralysisbe esik, sejti azt, hogy a syphilisen kivül még egy meghatározott dispositio kell a p.-hez; e dispositio esetleg örökölt is lehet, és így lehetne a *Naecke* értelmében vett „paralytico-nato"-ról is szólani. De *Pilcz* szerint előbb be kellene bizonyitani, hogy ezen p.-re való hajlamosítás azonos a más elmebántalmakra való hajlamosítással. Azon körülményből, hogy az elmebetegek bizonyos kategoriája a p.-sel szemben immunitást élvez, *Pilcz* azt következteti, hogy a p.-re való és az egyéb elmebántalmakra való hajlam közt különbség áll fenn. *Pilcz* szerint tehát a dispositio fajlagos lenne, mert szerinte egy meghatározott dispositio egy meghatározott elmebántalomra hajlamosítana. E tétel bizonyításától azonban úgy vélem még igen távol állunk. Mindenesetre azonban nézetem szerint áll az, hogy a p.-re való és más elmebántalomra való hajlam között annyiban különbség *nincs*, hogy az elcsigázó lelki és szellemi behatásokra kitörhet a p. mindkét categoriába tartozó egyénen.

Naecke felfogását nem hagyhatom el a nélkül, hogy egy általam évek előtt kifejtett nézetről e helyen meg ne emlékezzem. Egy értekezésben, a mely az agyi neurastheniának a p.-hez való viszonyát tárgyalja, oda concludáltam, hogy a *subnormális* agyvelőknek idült szellemi és lelki elcsigázása, különösen akkor, ha elörement lues, alkoholismus is szerepelt, egyelőre haladó jellegü folyamathoz, az agyi neurastheniához vezet, a mely agyi kimerülés a kórfolyamat fennállására nézve kedvező feltételek mellett átmehet a p.-be. Itt csak constatálni akarom, hogy én *Naecke*-től függetlenül a p. aetiologiájában egy subnormális, rokkant agyvelőt szerepeltetek.

Végső összegezésben a p. aetiologiájában részben endogen, részben exogen tényezők mutathatók ki. Endogen tényező az invalidus agyvelő, a könnyen megrokkanó idegrendszer; exogen tényezők bizonyos infectio, mint a lues behatása, továbbá lelki és szellemi túlcsigázás. Az endogen tényező képviseli a fogékony talajt, a melyen az exogen tényező jobban verhet gyökeret.

Ha *Naecke* álláspontjára helyezkedve azt képzeljük el, hogy egy már elejétől fogva subnormális agyvelő, közbenjött lues által gyengíttetvén, súlyos surmenage által paralytikussá vált, úgy az a kérdés tolul fel előttünk, hogy a kiváltó tényező, vagyis a túlcsigázás mi módon fejti ki vészthozó hatását. A túlterhelés pathologiáját Edinger hyperfunctiós elmélete igyekszik megfejteni; rövid lényege a következő:

Edinger theoriája szerint minden szövetelem, tehát az idegsejt is működés közben anyagveszteséget szenved el, a mely azonban a nyugalom alatt pótoltatik s ily módon a functio okozta zavar a pihenés által kiegyenlíttetik. Kóros viszonyok közt ez a pótlás kétféle okból lehet hiányos avagy hiányzó. Vagy a functio túlnagy, noha a szövetpótlás normális, avagy a functio normális ugyan, de a pótlás hiányos. Előbbi az *absolut*, utóbbi a *relativ hyperfunctio*. Absolut hyperfunctiora példa a túlhajtott egyhangú munka, mint pl. a szivargöngyölítés, a kovácsok pörölyözése, és ismeretes, hogy ilynemü túlmunkálkodás eredménye izomsorvadás szokott lenni. Relativ hyperfunctio példája a vészes anaemiában szenvedőknél mutatkozó szövetelhalások a gerinczvelőben; itt a még rendesnél is kisebb munkára, functiora előáll az anaemia által feltételezett hiányos pótlásnál fogva a szövetnecrosis. *Edinger* állatokon kisérletileg tanulmányozta a hyperfunctio okozta elváltozásokat a középponti idegrendszerben akképen, hogy apróbb állatokat, mint patkányokat, folytonos, örökös mozgásra kényszerített egy járó kerékben. Főleg, ha ily túldolgozó állatokat előzetes pyridin-befecskendés által mesterségesen anaemiássá tett, tapasztalta, hogy a gerinczvelőben, túlnyomóan a hátsó kötelékben kezdeti szövetelhalás mutatkozott, mely a velős hüvelynek kóros szétesésében nyilvánult.

Látható *Edinger* kisérleteiből, hogy a túlmunkálkodás a velős idegrostoknak felbomlásához vezet. Közel áll e kisérleti tényt a paralysis aetiologiájában szereplő szellemi hyperfuntiora is alkalmazni. Ezek után nem ütközhetik nehézségbe az a felfogás, hogy a túlhajtott szellemi munka a nagyagy szürke kérgé-

ben elsődleges sejtbántalomból (túlmunkálkodó idegsejtek!) eredő velőszéteséshez vezessen, tehát egy oly kórszövettani elváltozáshoz, mely mint fentebb jeleztetett, a paralysisnek legkimagaslóbb pathohistologiai jelensége. A paralysisnél szerepelő szellemi hyperfunctio sem nem absolut, sem nem relativ hyperfunctio egyedül, hanem mindkettőnek eredménye. Ha a Naecke-féle és a saját álláspontomra helyezkedve a paralysises egyéneknél egy már kezdettől fogva gyengébb ellentállású és gyengébben alkotott idegrendszert veszünk fel, úgy lehet eset, a hol a normális embernek a munkája az ilyen gyengébb egyénre nézve már hyperfunctiót jelent, *Edinger* szerint absolut hyperfunctiót és ily viszonyok közt könnyen állhat elő a pótlás deficitje. Ha pedig ilyen ember idegrendszere ezenfelül még lues, alkohol vagy egyéb gyengítő tényező által egészségi állapotában csökkent, úgy érthető, hogy e réven is (relativ hyperfunctio) kisebb leend a munka utáni pótlás. Tehát az absolut és relativ hyperfunctio esete szövődik a paralysis egy és ugyanazon esetében; e hyperfunctio eredménye gyanánt pedig előáll az a velőszétesés, a melyet a paralytikus agyvelő kérgében mint állandó kórszövettani elváltozást találni nem lehet.

Eddigelé csak azt a tényt állapítottuk meg, hogy a lues a p. aetiologiájában fontos faktor, de nem szólottunk arról, vajjon *miképen* hat a lues az agyvelőre, a minek eredménye azután a p.

A nézetek e tekintetben lényegileg kétfélék. Az első felfogás szerint a lues a p.-nek közvetlen oka, a másik vélemény szerint a lues csak előkészítő. Az első felfogás kettéágazik: *Fournier*, *Moebius* szerint a p. nem a lueses virus, hanem ennek transformatiójából létrejött toxinok által létesíttetik, tehát a p. egy meta- vagy paralueses productum. *Hirschl*, *Obersteiner* szerint ellenben a p. egy specifikus lueses és pedig harmadlagos lueses bántalom.

Végezetül egészen röviden *Kraepelin* felfogásáról kell megemlékeznem, a melynek e kiváló elmeorvos a p. aetiologiája tekintetében hódol. Szerinte a p. anyagcsere-bántalom. Az idegállománynak előrehaladó sorvadása, az ereknek többnyire jelenlévő megbetegedése, a szervezet autointoxicatiojának az eredménye. A szervezetnek ily módon megfertözött nedvei az idegállományra méregként hatnak; a *Nissl*-féle festéssel nyert idegsejtképek *Kraepelin* szerint a mérgeztetés typusát mutatják. A p. semmi egyéb, mint a központi idegrendszerben lefolyó részlete az általános folyamatnak. A luest nem tekinti a p. kitörésére nézve elengedhetetlen előfeltételnek.

* * *

A p. aetiologiájában hatásos tényezőket tárgyalván, eddigelé a külföldi irodalomban képviselt nézeteket soroltam fel. Szabadjon már most ezzel szembeállítani az elme- és idegkórtani szakosztályban lefolyt eszmecseréből kialakult felfogásokat.

Általánosságban azt a körülményt állapítanám meg első sorban, hogy az eszmecserében résztvevők a lues aetiologiai jelentősége tekintetében megegyeznek; eltérés a vélemények közt azonban annyiban mutatkozott, hogy a lues hatásossága fokában két irányú felfogás állott egymással szemben. Az egyik vélemény szerint a lues a p.-nek legelső és legfontosabb aetiologiai tényezője; e nézetet vallják *Sarbó*, *Hudovernig*, *Lévy*. *Sarbó* hivatkozott az 1894-ben az orvosi körben tartott ama előadására, mely a lues szerepét a p. és tabes aetiologiájában tárgyalja és kijelentette, hogy az akkori fejtegetéseihez sem hozzátenni, sem elvenni valója nincs. E szerint *Sarbó* ma is a lues és p. közt lényegi, oki összefüggést lát és tarthatatlannak nyilvánítja azt a nézetet, mely a luesnek csak disponáló jelentőséget tulajdonít. *Lévy* szerint a lues a p. aetiologiájában döntő tényező, de azért utal a segédmomentumoknak a jelentőségére is. A p. szerinte egy harmadlagos lueses bántalom és nem fogadja el a para- vagy metasyphilises jellegét a p.-nek, a mint azt pl. *Moebius* állítja. *Hudovernig* hive a lueses elméletnek, mert ő a paralysissel azonos aetiologiával biró conjugalis tabesnél 96·8%-ban talált luest. Érdekes vizsgálatokról tett *Hudovernig* előzetes jelentést, a melyeket jelenleg a bőrkórtani klinikáról az elmekórtani klinika ambulatoriumára küldött harmadlagos luesben szenvedőkön folyamatba tett. Igy az eddig megvizsgált 9 esetben 1 paralysis incipiens, 1 taboparalysis incip., 4 tabes, 2 tabes inc. és csak egyetlen egy idegrendszere tekintetében egészséges egyént talált. Feltünő, hogy *Hudovernig* mindezen esetekben jól reagáló pupillákat talált, mi szerinte nem látszik a mellett szólani, hogy a pupilla zavara mindenkor a tabes és p. legelső tünetei közé tartoznék.

E feltétlen lues-hívőkkel szemben áll a mérsékeltek tábora, a melybe *Salgó*, *Moravcsik*, *Donath*, *Epstein* és *Hajós* tartoznak. Pontosabban meghatározva *Salgó* aránylag a legkevesebb jelentőséget tulajdonítja a luesnek a p. aetiologiájában; szerinte a lues mint a p. kóroka csakis két esetben lenne bizonyítva: 1. ha kórbonctanilag rendelkeznénk a luest fajlagosan jellegző elváltozások felett és azokat a p. minden esetében ki lehetne mutatni és 2. ha a p. minden esetében a lues kórelőzményileg feltalálható lenne. Szerinte az *egyes*, lueses előzményt mutató p. esetek csakis annyit demonstrálnak, hogy lueses egyének p.-be eshetnek, a mit pedig senki sem vont még eddig kétségbe, mert azt még senki sehol nem állította, hogy a lues p. ellen immunizál. *Moravcsik* elismeri a lues fontos szerepét, legyen a lues akár direct, akár indirect ható, vagy a szervezeti, vagy az idegrendszerbeli ellenálló képességet alászállító momentum; de hangsúlyozza, hogy a rendelkezésre álló bizonyítékok nem olyanok, hogy minden esetben kétségtelenné tennék azt, hogy a p. minden esetben oki összeköttetésbe lenne hozható a syphilissel s egyedüli, kizárólagos okként csakis a lues szerepelne. Hogy mennyire nem elégséges önmagában a lues a p. létrehozására, utal *Moravcsik* az arabokra, kiknél a syphilis már régóta nagy fokban volt elterjedve, de a kiknél a p. csak azóta mutatkozik, mióta a civilisatio befolyása alatt fokozottabb szellemi munkát végeztek és európai szokások szerint élve, más irányokban is excedáltak. Kiemeli, hogy sem a kórbonczolástan, sem a tünettan, sem a therapia nem nyujt támpontot az összefüggés megállapítására. *Donath* a luesen kivül súlyt fektet a veleszületett hajlamra és nézete, hogy syphilis nélkül is jöhet létre p. A civilisatioval karöltve járó káros tényezőknek nagy szerepet tulajdonít és ezekre vezeti vissza a p. terjedését. *Epstein* szerint a lues a p.-nek egy fontos kóroktani tényezője, a mennyiben az idegrendszert paralytikus elváltozásokra alkalmassá teszi, de a mely sem egyedül, sem kizárólag, hanem csakis más tényezőkkel egyetemben okozza a p.-t. Az egyéb momentumok első sorban *socialis* jellegüek. Ezt bizonyítja a női p. terjedése, minek oka egyedül a nőnek a társadalom activ munkájában való részesedésében rejlik. Constatálja, hogy a p.-nek a nők közt való terjedése összeesik a nőnek az élet küzdőterére való elönyomulásával. Bizonyítja ő ezt azzal a statistikai kimutatásával, a melyben a paralytikus nőket társadalmi osztály, illetve foglalkozási ágak szerint csoportosítja. A négy állami elmegyógyintézetnek három utolsó évi kimutatásaiból a következő eredményeket meríti:

Foglalkozás	1899		1900		1901	
Tisztviselő családja	1 nőre 18	férfi	1 nőre 14	férfi	1 nőre 6·28	férfi
Kereskedő családja	1 „ 6	„	1 „ 6	„	1 „ 6·75	„
Földmives családja	1 „ 5·25	„	1 „ 6	„	1 „ 4	„
Napszámos családja	1 „ 3·3	„	1 „ 2·1	„	1 „ 1·65	„
Cseléd, szolga családja	1 „ 1·6	„	1 „ 1	„	1·5 „ 1	„

E statistika azt mutatja, hogy ott, a hol a nőre a megélhetés gondjai épúgy nehezednek mint a férfira, a nők paralysise ép oly, vagy igen közel megegyező frequentiában fordul elő mint a férfié, pl. cseléd, szolga, napszámosnők. Míg ellenben oly társadalmi helyzetben levő nők, kik többé-kevésbbé védettek az élet viszontagságai ellen, mint pl. a tisztviselők női, ezek közt a p. is aránylag sokkal kevésbbé pusztít; de feltünő, hogy e categoriában is a viszony a nők hátrányára alakul a legutóbbi években (1 : 18-ról leszáll 1 : 6·28-ra), minek oka az, hogy a tisztviselő neje vagy leánya ma már inkább szerepel mint önálló foglalkozást üző társadalmi egyén (gépirónő, könyvelő stb.). Mindezekből *Epstein* kétségtelenül azt olvassa ki, hogy a p.-t első sorban társadalmi tényezők okozzák. *Hajós* szerint a lues csakis egy tényező, bár conditio sine qua non; öröklött vagy szerzett dispositiót azonban a bántalom kitöréséhez szükségesnek tart

*

B) Kórbonczolástan, kórszövettan.

Engedje meg a t. Egyesület, hogy a következő klinikai résznek nagy kiterjedésére való tekintettel az e fejezetben mondandókat túlságosan rövidítve adjam elő.

A mi a szabad szemmel látható elváltozásait a paralytikus agyvelőknek illeti, úgy a különböző szerzők megegyező véleménye szerint fajlagosan jellegzetes elváltozásai a paralytikus folyamatnak nincsenek. Érdekeseknek tartom e tekintetben *Naecke* vizsgálódásait, a melyeknek eredménye abban ormóllik, hogy manapság a p.-nél található makroskopos elváltozások enyhébb fokúak mint a 20—30—40 év előttiek. Szerinte ma már nem találjuk azt a a súlyos haematoma durae matris-t, a durva ependymitis granulosa-t, az erős piazavarosodást, a nagy gyomrocsvizenyőt, a kifejezett kéregsorvadást, az erős hártyaösszekapaszkodásokat; *mindezek az elváltozások sokkal enyhébb fokúak lettek.*

A mi a mikroskopi elváltozásokat illeti, úgy ezek két főszempont alapján tárgyalhatók. 1. Melyek a finomabb elváltozások és 2. mily kiterjedésben fordulnak ezek elő?

A mi az első kérdést illeti, úgy itt ismét két ellentétes felfogás domborodott ki. Míg egyes szerzők a paralytikus kéregelváltozásoknak lényegét az idegparenchyma elsődleges elfajulásában keresik, vagyis az idegsejt és az idegrostok kóros elváltozásaiban, addig egy másik nézet szerint az erek állapotában mutatkozó kóros megváltozások képeznék az elsődleges és döntő kórszövettani tényezőt. Hogy a nézetek labilitása e tekintetben milyen fokú, azt egy nagynevű szerzőnek, *Nissl*-nek ez irányú szereplésével illustrálhatom leginkább. Míg u. i. e szerző 1896-ban azt vitatta, hogy a paralytikus kéregbántalom nélkülözi a lobosodást és az erek elváltozását és az idegsejtek különböző elfajulási alakjaira fektetett nagy súlyt, addig ugyancsak *Nissl* 1902-ben kijelenti, hogy a paralysis egyik leglényegesebb kórszövettani elváltozása az idegszövetnek, nevezetesen a kéregnek idült gyuladása. A kérdés tehát, vajjon a p. kéregbeli elváltozásaiban az elsődleges elváltozás a degeneratio vagy lobosodás? eldöntve még nincs.

Áttérek a másik kérdésre: Mily kiterjedésben mutatkoznak a kéregbeli elváltozások? Körülirtan vagy kiterjedten?

Itt is két nézet áll egymással szemben. Míg pl. *Kaes* a folyamatot diffusnak tartja, addig *én* azt állítom, hogy az elváltozások körülirtan kezdődhetnek és folyhatnak le. Én u. i., miképen azt két év előtt a természettudományi társulat éllettani szakosztályában megtartott előadásomban kifejtettem, a p.-nél található rostsorvadást electiv folyamatnak tartom, mert úgy találtam az általam megvizsgált esetek többjében, hogy a rostelfajulás a nagy agy kérgének csakis bizonyos és typusosan ugyanazonos területeire terjed ki, a mivel szemben ismét typusosan más kéregpontokat megkimél. Röviden szólva, a p.-nél a kéregnek ú. n. *extrasensorialis területei* fajulnak el legsúlyosabban, mint pl. a homloki lebeny csúcsi és alapi része, a fali lebenynek leginkább alsó fele, a halántéki lebenynek 2. és 3. tekervénye, valamint a sziget; ezzel szemben a kéregnek ú. n. érzékelő mezői, mint a sensitivo-motorius mező, a látó-, hallómezők, a melyek a központi tekervényekre és a homloki lebeny domborulati részére, illetve a cuneusra, illetve az első halántéki tekervényre terjednek ki, vagy teljesen épek, vagy relative épek maradnak. A kéregnek extrasensoriális területeit *Flechsig* társító góczoknak nevezi; a mennyiben ezek szenvednének leginkább a p. folyamán, mint oly bántalom alatt, mely első sorban az associatiós mechanismus felbomlásán alapszik, annyiban én a p.-t a *Flechsig*-féle felfogás bizonyítékának tekintettem. Különösen utaltam a következő klinikai tényre. A p.-nek lényegileg két alakját ismerjük: 1. a typusos, az előrehaladó, nagyfokú butaság által jellegzett alakot és 2. az atypusos alakot, mely a relativ csekély elbutulás, de egyúttal egy-egy sensorialis gócz specialis bántalmazottsága (paralysises rohamok) által jellegeztetik. Már most érdekes, hogy az előrehaladó butaság által kiváló p.-ben a Flechsig-féle társító góczokra kiterjedő degeneratiót látjuk, mint kórszövettani jelenséget, míg ugyanezen esetekben a sensorialis góczok az elfajulástól mentesek: ezzel ellentétben az atypusos, csekély butulással járó p.-ek eseteiben a degeneratio túlnyomóan a sensorialis góczokat illeti, míg az extrasensorialis ú. n. társító góczok a bántalom által vagy nem, vagy igen csekély mértékben érintetnek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Az eset további taglalása, nevezetesen a therapia és annak eredménye, noha magában véve érdekes és tanulságos, nem tartozik ide. Csak azt emelem ki újból, hogy a leirt állásban rögzített kart a gyermek a törzshöz fektethette, függélyesen felemelte, előre-hátra mozgatta; csupán a supinatio volt kissé korlátolt, mert azt a lapoczka függélyes tengely körüli forgással teljesen nem helyettesíthette. Az arthrodesist azért mérsékelt supinatioban létesíteném.

A felkaron a *m. triceps brachii* két esetben *(Milliken, Gocht)* gerinczagyi gyermekhűdésnél, egy esetben *(Vulpius)* apoplexia után spasmusos hűdésnél a m. deltoides által pótoltatott, egyszer leszálló, kétszer felhágó módon.

Az alkaron egy vagy több izom sokszor helyettesíttetett. A feszítők közül a *hüvelykfeszítőket* traumás inhézag vagy elszigetelt hűdés miatt pótolták eredménynyel: *Kirsch, Duplay, Schwartz* a m. ext. carpi rad. teljes áthelyezésével vagy megosztásával, *Rochet, Hager* a m ext. ind. proprius-ra áthelyezéssel, *Rochet* a flex. carpi uln. lehágó áthelyezésével. Az *ext. dig. comm.* elszigetelt hűdését (traumás hiány miatt) *Vulpius* az ext. carpi rad. és uln. megosztásával, *Franke* (gyermekhűdésnél) a m. ext. c. uln., *Ludwig* a m. brachio-radialis áthelyezésével gyógyították.

A hajlító inak régi traumás hézagánál vagy elszigetelt hűdésénél többször sikerült a működést szomszédos inak áthelyezésével helyreállítani. Ha ilyenek nem állanak rendelkezésre, akkor feszítők inát is lehet eredménynyel felhasználni; ezt nagy kerülő út helyett némelykor czélszerű a ligamentum interosseumban készített lyukon át vezetni.

Radialis hüdésnél akár traumás idegsérülés, akár pedig gerinczagyi vagy agyi bántalom következménye volt is a bénulás, igen szép működésképességet értek el *Cappelen, Gocht, Müller, Gönczy* traumás környi hüdésnél, *Franke, Gocht, Drobnik* gyermekhüdésnél egy-egy esetben. Természetes, hogy környi hüdésnél, vagy általában akkor, ha a n. medianus és ulnaris által beidegzett izmok teljes erőben vannak, ezekkel a hiányzó működéseket jobban ki lehet pótolni, mint központi eredetű hüdésnél, a hol a feszítőkön kivül még egyes hajlító izmok is hüdöttek vagy paresisesek lehetnek.

A kéztő activ feszítéséről többnyire lemondtak; meg is lehet elégedni a kéztő inas rögzítésével a kéztőfeszítők megrövidítése által mérsékelt hátrafeszített állásban, mely állás az ujjhajlítók működésére nézve kedvező. A hüvelykujj feszítését, illetve távolítását a m. flexor carpi radialisnak a hüvelykfeszítő, illetve távolító ínra, a többi ujjak feszítését a m. flexor carpi ulnarisnak a m. ext. dig. comm. ínára való áthelyczésével lehet elérni. *Müller* még ennél is tökéletesebb működési eredményt produkált három éves traumás orsóideghüdés esetében. Két külön műtétben a flexor carpi ulnarist a közös ujjfeszítő és az ext. carpi uln.-ra helyezte át, illetve a flexor carpi radialist az ext. poll. és ext. carpi rad. pótlására használta fel. Két év mulva nemcsak a kéztő és hüvelyk, hanem az egyes ujjak is elszigetelten voltak feszíthetők.

A *kézháton* és *tenyérben* is számos esetben végeztetett ináthelyezés traumás inhézagok esetén. Ha már a centralis csonk nem volt feltalálható, akkor az elvesztett működés egyszerüen úgy pótolható, hogy a kikészített környi ínesonkot egy szomszédos ínra felhágólag áthelyezzük.

A *mm. lumbricales* működését — az első ujjpercz hajlítására nézve — talán úgy lehetne pótolni, hogy az illető hajlító

ínból egy csücsköt kihasítanánk és az alappercz csonthártyájára varrnók.

Codivilla a m. opponens pollicis hatását két esetben az V. ujj felületes hajlító inának a m. opponens tapadásához való átültetésével akarta kipótolni; az egyik esetben — valószinüleg a felhasznált izomerő csekély volta miatt — semmi eredmény sem mutatkozott, a másodikban a hüvelyk a singi oldal felé közelíthetővé lett, de igazi ellentevés nem éretett el.

Az alkar izomzatában agyi gyermekhüdés és apoplexia miatt beállott működési egyensúlyzavarokat, spasmusos hüdéseket az előadottakhoz hasonló módon számos esetben sikerült jelentékenyen kiegyenlíteni. A hiányzó hanyintás esetén ajánltatott a m. supinator brevis megrövidítése, mit *Vulpius* jónak talált. Ezáltal azonban csak bizonyos állandó supinatio tartatik fenn, mig a *Tubby* módszere, melyet ő négy, utána *Townsend* két esetben nagy sikerrel használt, activ hanyintást tesz lehetővé. *Tubby* a m. pronator terest orsócsonti tapadásáról leválasztván, a membrana interosseán át az orsócsont körül vezette és régi tapadási helyén — illetőleg rövidsége miatt valamivel feljebb — újra rögzítette. Ezáltal a borintó izomból hanyintó lett.

Az alsó végtagokon végzett ináthelyezések, ínképlések és izületrögzítés.

A *pelvifemoralis izmok* közül is végeztetett már áthelyezés a m. glutaeus max.-szal. *Heusner* egyszer térdcsonkolás után, egyszer pedig világrahozott csípőizületi ficzamnál a kóros kifelé forgatottságot úgy szüntette meg, hogy a nagy farizom egy részét a trochanter majorról a troch. minorra helyezte át, a m. ileopsoas inát pedig átvágta.

A térdizületet mozgató czombizmok közül a *m. quadriceps femoris* helyettesítése vagy erősbítése jön tekintetbe, annak hüdésénél vagy viszonylagos gyengeségénél.

A czomb feszítő izomzatának hüdése az izomáthelyezést akkor teszi kivánatossá, ha jelentékenyen rontja a végtag használatát, a térdizület nem lötyög, az ízvégek nincsenek nagyon deformálva és ha elegendő ép izomzat található a pótlásra.

Ezek a feltételek nem minden esetben vannak meg. Beavatkozásra egyáltalán nincs szükség, ha a hüdéstől érintett egyén úgy is elég jól tud járni, a mikor is térdizületét túlfeszítésbe hozva támaszkodik a végtagra. Ilyenkor a czomb hirtelen előrevetésével vagy az esetleg meglevő m. tensor fasciae latae segélyével éri el az alszárnak hyperextensioba való lódulását, melyben a szálagok feszülése és a testsúly hatása alatt megmarad. Hegyre mászásnál, lépcsőn járásnál kezével nyomja át térdét feszítésbe.

Ha egyéb térdmozgató izmok is hüdöttek és az izület lötyög, akkor az izületet feszített állásban rögziteni kell. Ezt merev tokokkal, vagy még jobban arthrodesissel érjük el.

Ha azonban a quadriceps hüdése mellett erős hajlító izomzat van jelen, az ez által létesített hajlott zsugor a végtagot járásra egészen alkalmatlanná teszi, mert ránehezedéskor a térd összebicsaklik. Orthopaediai készülékkel ezt meggátolhatjuk; némileg még a hajlítókat is ellensúlyozhatjuk a készülékre alkalmazott ú. n. mesterséges quadriceps, azaz gummiszalagok rugalmas hatásával, ha a zsugor nem nagyfokú. Nagyobb zsugort a hajlító inak átmetszésével csökkenthetünk ugyan, de ezzel csak lötyögőssé tettük a zsugorodott izületet, mely most már legfeljebb merev tokos készülék viselésére lesz alkalmatossá.

Sokkal tökéletesebb eredményt nyujt az ináthelyezés, melyre épen a hajlító izmokat igen jól fel lehet használni, mert ez által az izület activ mozgathatósága létesül. A áthelyezett izmok, ha még oly erősek is, nem felelnek meg azonnal a hatalmas quadricepsnek; de mivel egyrészt a hajlítás anynyival gyengült, másrészt pedig az igénybevétel folytán túltengenek, működésük mindinkább teljessé válik. Egy az orvosi szakülésen bemutatott 5 éves leánykánál a hüdött m. quadriceps-t az egyedül ép és zsugort fenntartó m. biceps femoris inának a térdkalácsra való áthelyezésével pótoltam gerinczagyi gyermekhüdésnél.

Ugyancsak hasznos szolgálatot tesz a hajlítók áthelyezése a feszítő oldalra más természetü térdzsugoroknál. Akár a térdizületben, akár körülte lefolyt lobfolyamatok — ha meggátlásáról nem történt, vagy nem történhetett gondoskodás — rendesen hajlott zsugort hagynak hátra, mely a végtag hasznavehetőségét foka mértékében leszállítja. Ha nincs is csontos ankylosis az izületben, annak kinyújtása egyéb lágyrészek mellett főképen a a megrövidült hajlító izomzat részéről ütközik nagy nehézségbe. Ezt az ellentállást hiába szünfetjük meg erőszakos nyujtással, vagy akár ínmetszéssel, mert az időközben tétlenség miatt elsorvadt m. quadriceps femoris (melynek atrophiája különösen gyorsan áll be) a feszítést annál kevésbbé tudja fenntartani, mivel a hajlítók az ínvégek útján megint csak előbbi irányukban fejtik ki hatásukat. Ezen még az sem sokat változtatna, ha az inakból nagyobb darabokat kimetszenénk, mert az izmok hatását a képződő hegszöveten kivül egyéb lágyrészek is még mindig közvetítenék a hibás irányban. Máskép áll a dolog, ha a hajlító izmok inait a quadriceps inához vezetjük. Akkor nemcsak azok hajlító hatása szünik meg, hanem ez most a feszítés értelmében lép actioba.

Ugyanezen okokból haszonnal áthelyezhetjük a hajlító izmokat térdcsonkolás vagy arthrodesis után is, ha a zsugorra hajlam mutatkozik.

Hüdésnél végeztek áthelyezést *Goldthwait, Milliken, Lajos* bajor herczeg, *Gocht, Krause, Hoffa, Schanz, Friedrich, Reichard, Rosenfeld, Alessandrini, Bradford, Lange* és *Hevesi*, összesen majdnem 50 esetben. Ezekből kitünik, hogy működési eredményt — járóképességet — még akkor is felmutattak, mikor az activ mozgások csak hiányosan álltak helyre. Hüdés miatt végzett arthrodesis illetve kiméletes resectio után előállt zsugor miatt sikeresen transplantált *Alessandrini* 1—1 esetben. Gyógyult gümős, gonorrhoeás, csúzos *gonitis* után, arthritis deformans folyamán előállt és fungus miatt végzett resectio után fejlődő contracturánál *Heusner, Alessandrini, Hevesi* transplantáltak jó eredménynyel. Magam gümős gonitis utáni zsugoron kivül a térdalji árokban és szomszédságában lefolyt mély phlegmone után visszamaradt zsugoroknál a m. biceps femoris, továbbá a m. semitendinosus és semimembranosus inát a hegtömegekből való kihámozásuk után a m. quadriceps femorisban tompán fúrt réseken át előre húztam az inas résznél s itt az áthúzott ínvégeket egymáshoz és a quadriceps inához varrtam.

Egy esetben pedig gümős gonitis miatt végzett teljes synovialis-kiirtás után praeventive helyeztem át a térdkalács mellett az izület feltárása miatt átvágott lig. patellae propriumnak környi részére kivül a m. biceps, belül a m. gracilis és semitendinosus inait. Czélom az volt, hogy a visszavarrt lig. pat. feszülését csökkentsem, a hajlító izmoknak az alszárt subluxatioba terelő hajlamát kizárjam és azonkivül későbbi zsugort, melyre a végtagnak már azelőtt kifejezett hajlama volt, meggátoljak. A mi egészen jól sikerült is.

A mi az áthelyezendő izmokat illeti, a m. tensor fasciae latae csak akkor jönne tekintetbe hüdésnél, ha egyedül volna ép, miután ez a térdnek úgyis úgynevezett járulékos feszítő izma. Minthogy azonban ilyenkor úgy sem sok haszna lenne, jobb arthrodesist használni.

A m. sartorius, noha nem nagyon erős, már hasznavehetőbb és több esetben sikeresen igénybe is vétetett. A belső bütyök szélén ejtett metszésből sípcsonti tapadásáról leválasztható, subfascialiter egy mellső hosszmetszéshez húzható és itt a térdkalácshoz erősítendő.

A m. gracilis, semitendinosus, semimembranosus sípcsonti tapadásukról való lefejtésére hátsó medialis, a m. biceps femoris inának a szárkapocs fejecséről való lemetszésére hátsó-oldalsó hosszmetszés alkalmatos. Utóbbinál vigyázatra int az alatta haladó nervus peroneus. Az inakat, hacsak nagyobb fokú contractura miatt nincsenek nagyon megrövidülve, subfascialiter a térdkalácsig lehet áthúzni és ehhez rögziteni. Ez különösen hüdésnél ajánlatos, mert a hüdött quadriceps ina tényleg néha a degenerationak akkora mértékét mutatta, hogy mállékonysága miatt még az öltéseket sem tartotta meg. Ezen okból, ha az inak rövidek, azokat inkább selyemfonalakkal kell kellően kitoldani.

Lange az ő mesterséges selyeminát olyan hosszúra veszi, hogy a patella felett a sípcsonthoz erősíthesse. A körülötte képződő kötszöveti in idővel kisujjnyi vastagságúvá lett és kitünően működött.

Hajlító izmok áthelyezésénél helyesebb dolog azokat mind a két oldalról felhasználni, mert máskép az egyik oldali izomzat

egyoldalú hatása az alszár megfelelő ferde állását vonhatja maga után.

A medialis izmok közül a m. semitendinosus áthelyezése hosszú, karcsú ina miatt kényelmesebb; a m. semimembranosust *Heusner* legújabban azért részesíti előnyben, mert mélyebb tapadása és nagyobb ereje folytán hatásosabb. Különben valamennyi hajlító áthelyezése esetén is megmarad még a m. gastrocnemius két fejének térdhajlító működése.

Felemlítem még, hogy *luxatio patellae habitualis* esetén *Heusner* a m. semitendinosust előre terelvén, a térdkalács medialis oldalához erősítette, hogy ennek oldalfelé való kisiklását megakadályozza.

Alszárizmok helyettesítése.

Az alszárizmok működéshiánya, bármely okból származott, a láb pathologiai állását, zsugorát és eltorzulását vonja maga után. Ezen alakváltozások többféle tényezőnek eredményei. Mindenekelőtt számba jön az izommüködés hiánya és az antagonisták túlsúlya, melyek a lábat mozgásuk irányába térítik és itt fogva tartják. Azután szerepet játszik a láb önsúlya; járás kisérleteinél a testsúly, külső okok, pl. takaró nyomása. Ezek az egyes izületekben physiologice megengedett mozgások értelmében a lábat olyan állásokba kényszerítik, melyek erővonalaiknak és az izületek forgástengelyeinek megfelelnek. Hosszabb idő alatt, miközben eme tevőleges és nemleges erők hatása összetevődik és halmozódik, nemcsak az ép izmok cselekvő összehúzódása, hanem más lágyrészek megrövidülése és az izületi felületek alakváltozása és eltolódása folytán a kóros állás állandó eltorzulássá lesz, mely csak nagyobb erőszakkal egyenesíthető ki.

Sebészi értelemben véve, a mi a gyógyítást illeti, másodrendü kérdés az, hogy az izomhüdést mi okozta. Ez csak akkor befolyásolja a követendő eljárást, ha az izom maga ép és működésképessége, helyesebben hatása azért hiányzik, mert inas összeköttetése tapadáspontjával megszünt.

Egyébként feladatunk az: meghatározni a hiányzó izommüködéseket, azután kikeresni, hogy a meglévők közül melyekkel és milyen módon lehetne ezeket a rendes állás fenntartására, a mennyiben pedig elérhető, cselekvő mozgások végzésére helyettesíteni úgy, hogy megtartásra érdemes izomhatások fel ne áldoztassanak.

Minthogy ezek szerint végső czélunk a láb helyes állása és lehetőleg activ, akaratlagos mozgathatósága: egészen jogosultnak kell tartanunk azt az álláspontot az egymással szembeállíttatni szokott módszerekkel szemben, hogy egyik mellett sem foglalunk elvileg mereven állást, hanem az adott esetben a kivánt hatásra legelőnyösebbnek igérkezőt részesítjük előnyben.

Én nem mondom azt, hogy ínanastomosist, vagy csonthártyára, csontra való áthelyezést, ín-izomelhasítást vagy mesterséges ínnal való megosztást szoktam csinálni vagy tartok jobbnak. Mindegyiknek a maga helyén megvan a maga előnyös használhatósága. Ezeknek részletes felsorolása szinte lehetetlen volna. A leirásuknál kifejtett elvek és az adott viszonyok egybevetésével a helyes combinatio megtalálható. Itt az egyéni mérlegelésnek és találékonyságnak sokszor elég tere marad. Némelykor meg a viszonyok oly egyszerüek és világosak, hogy a feladat megoldása úgyszólván magától kinálkozik. Mielőtt a tulajdonképeni hüdéses állapotok tárgyalásába bocsátkoznám, megjegyzem, hogy inak hézaga esetén az ináthelyezésnek csak akkor van helye, ha az izom maga is már hasznavehetetlenné vált. Ellenkező esetben, még ha a másodlagos direct egyesítés nem is lehetséges, az eddigi vívmányok és sikerek arra kötelezneknek bennünket, hogy az ínhiány mesterséges pótlásával tegyünk kisérletet. Ha ez balul ütött ki, akkor jogaiba lép a transplantatio.

Ezen fenntartással a követendő eljárás ugyanaz, akár ín-, izom-, idegsérülés, környi idegelfajulás, gerinczagyi vagy agyi eredetü ideghüdés okozta a bénulást, illetve az eltorzulást. Ezeknek mindegyike adott már gyakran alkalmat ínmütétekre, de leggyakrabban a gerinczagyi gyermekhüdés.

Az alszáron az izomzat boncztani elhelyeződése nagyon kezünkre jár az ináthelyezésben.

Az alszár izomzata kilencz izomból áll, melyek három csoportba osztva a mellső, oldalsó és hátsó oldalon helyezkednek el oly módon, hogy egy-egy csoportba többé-kevésbbé rokon hatású izmok jutottak. Az izmok elhelyeződése egy-egy csoport izmainak egymással való kicserélését nagyon könnyüvé teszi, de megengedi azt is, hogy egyik csoportból akármelyik másikhoz tartozó izmokra is nagyobb nehézség nélkül áthelyezhessünk.

Ugyanazon csoportban vagy szomszédos csoportok közelfekvő tagjai között egy hossz-, vagy kissé ferde metszésből végezhető az áthelyezés. Távolabbiak áthelyezésére két, többszörös müveletek végzésére és az izomhasak vizsgálatára három metszés is szükséges. A szárkapocsizmokat, vagy az Achillesínból hasított oldalsó szeletet a szárkapocs körül lehet előrehozni. A hátsó inakat a sípcsont körül, még egy ebbe vágott csontárokba fektetve is vezették előre; ezeket azonban helyesebb *Codivilla* ajánlata szerint a spatium interosseumon át előrehozni, mely czélra a ligamentum interosseumból egy darabot úgy vágunk ki, hogy az így képzett lyukon át az ín új tapadásához lehetőleg egyenes vonalban haladhasson.

Helyes mütéti terv készítésére okvetlenül szükséges az izmok működésének pontos ismerete.

Duchenne vizsgálatai szerint a láb mozgásait hét izom kormányozza: m. triceps surae, peroneus longus, tibialis anticus, extensor digitorum communis longus, extensor hallucis longus, tibialis posticus, peroneus brevis. Ezek közül a két első a talp felé hajlít, a másik három a lábhát felé hajlít, a két utolsó oldal felé mozgatja a lábat. Az ujjhajlítóknak e szerint a láb mozgatásában nem jut nevezetes szerep. Tiszta, egyféle mozgást azonban egyik sem létesít, hanem mindegyiknek van egy főmüködése, mely mellett egyéb mozgásokban is segítő szerepet visz. Ha pl. a talphajlítást feszítésnek, a lábháti hajlítást hajlításnak nevezzük, mint Duchenne teszi, akkor a m. triceps surae: extensor adductorius, a peroneus longus: extensor abductorius és kettőjük együtthatása létesít középállásban feszítést. A m. tibialis anticus: flexor adductorius, segédizma a m. extensor hallucis longus; a m. extensor dig. comm.: flexor abductorius és ketten együtt müködve a lábat egyenesen emelik.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A tudományos Akademiák nemzetközi szövetségének 1903. évi közgyülése.

(Vége.)

Az értekezlet tagjai egyhangúlag hozzájárultak eme fejtegetésekhez, s valamennyien megegyeztek abban, hogy elérkezett immár az idő, hogy az agyvelő vizsgálatára külön intézetek létesüljenek. Természetes, hogy az ilyen intézetek felépitésének, berendezésének és fentartásának költségei, ha nem akad minden nemzetnek egy-egy Kruppja, a ki megadja a szükséges összeget, csakis az egyes államok kormányzatától várhatók, mert az Akademiák szövetsége saját vagyonnal nem rendelkezik s az Akademiák feladata sem lehet az, hogy ily intézeteket szervezzenek s fentartsanak. Az Associatio szereplése ez ügy körül kettős lehet; egyfelől sürgetheti és kieszközölheti memorandumaival az egyes kormányoknál az Akademiák közvetitésével azt, hogy ily intézeteket alapitsanak, és másfelől véleményét nyilvánithatja ily intézetek berendezésének, organsatiójának módja iránt, s bizonyos befolyást biztosithat magának ezen intézetek vezetésében és továbbfejlesztésében, hogy igy az intézet működésében meglegyen az összhang s egységes tervezet.

Az értekezlet hosszabb eszmecsere után némi módositásokkal elfogadta Waldeyer tanárnak egy konkrét javaslatát, mely az ezen ügyben teendő első lépéseket mindenre kiterjedő részletességgel öleli fel, s melyet a bizottság a jövő évi közgyülés elé fog terjeszteni. E szerint az Associatio az egyes Akademiák útján a különböző kormányokhoz memorandumot intézne, melyben kifejtené annak a szükségességét, hogy az agykutatások előmozditására külön intézetek, vagy legalább a már meglevő intézetekben külön osztályok alakittassanak. Ezen intézetekben a következő tárgyakkal foglalkoznának: 1. az ember középponti idegrendszerének makroskopiai morphologiájával, beleszámitva az anthropologiát is, 2. az idegrendszer összehasonlító anatomiájával, 3. annak szövettanával, 4. fejlődéstanával, 5. annak physiologiájával, hozzászámitva a kisérleti psychologiát is, 6. a középponti idegrendszer pathologiai anatomiájával, kisérleti pathologiájával és teratologiájával és végül 7. a középponti idegrendszer klinikai vizsgálatával.

A részletes tervezet kidolgozására az értekezlet a közgyülésnek egy héttagú bizottság kijelölését javasolja, a mely bizottság az

intézetek centralis vezető választmánya. E választmányi tagok kijelölésében az értekezlet azon elv szerint járt el, hogy olyanokat válaszszon, a kik nem laknak olyannyira távol egymástól, hogy időnként össze ne gyülhetnének közös értekezletre. E vezető választmány tagjaiul az értekezlet a következőket ajánlja: Waldeyer (Berlin), His (Lipcse), Flechsig (Lipcse), Ehlers (Göttinga) Munk (Berlin), Obersteiner (Bécs) és Golgi (Pavia); Golgit az értekezlet a bizottságba úgyszólván csak honoris causa vette be, kiváló érdemeinek elismeréseül

E bizottság első teendője az volna, hogy munkatársakat toborozzon a világ összes szaktudósai közül, még pedig annyit, hogy a fentebb megjelölt fejezetek közül egy-egyre ötnél több ne jusson. E munkatársak hozzájárulásával állapittatik meg a szervezendő intézetek részletes programmja. Már előre kiemeli az értekezlet, hogy elkerülendő az, hogy az intézetek működésére egységes sablon alkalmaztassék; egyöntetűség csak annyi biztosítandó az intézetek működésében, a mennyi a tudomány szerves előhaladására szükséges, pl. egységes momenclatura, egységes mérték- és súlyegységek használata, de ki volna zárva minden korlátozása a kutatás szabad mozgásának. Ha létesültek az intézetek, a vezető bizottság szereplése bizonyos központi felügyeletben állana; az egyes intézetek évenként jelentést küldenének be neki tevékenységükről és forgalmukról, a mely jelentéseket a bizottság egybefoglalva, beterjesztené az egyes Akademiáknak. Az Akademiák feladata volna azután, hogy e jelentéseket saját nyelvükön közzétegyék és propagálják. Ez utóbbira különösen azért volna szükség, mert a jelentések egyik főtárgya annak a részletes feltüntetése volna, hogy mily készitményekkel s nyomtatványokkal szaporodtak az egyes intézetek gyüjteményei és könyvtárai s igy ezen akademiai jelentések egy nevezetes feladatot teljesitenének, a menynyiben általuk értesülnének az agyvelő szerkezetét és működését tanulmányozó tudósok arról, hogy bizonyos kérdések kutatására melyik intézetben lelik meg legteljesebben a szükséges vizsgálati anyagot, a megfelelő kész praeparatumokat s irodalmi kútforrásokat.

Tisztelt Akademia! Hogy mind e javaslatok s különösen ez utóbbi, czélhoz fognak-e vezetni s meg fognak-e valósulni valaha olyan alakban és terjedelemben, a milyenben azt tervezőik kigondolták, az kérdéses. Az ilyen tervezetek a tudósok agyvelejében születnek, mint idealismusuknak, a tudomány iránti rajongó szeretetüknek a következményei, de megvalósításuk más, a tudós körökön kivül álló tényezők kezébe van letéve, olyan tényezőkébe, a melyeknek, ha meg is van bennük a legjobb akarat s a tudomány haladása iránt való helyes érzék, számolniok kell sok mindenféle körülménynyel s elsőben is az állam anyagi támogatását igénylő és meg is érdemlő különböző követelmények egyensúlyával. De az Akademiák Associatioja már elismerésre méltó tevékenységet fejtett ki, ha megadja az impulsust fontos nemzetközi tudományos vállalatokra s erkölcsi súlyával támogatja azokat.

Végigtekintve az Akademiák szövetkezetének eddigi tevékenységén, el nem zárkózhatunk az elől, hogy a fiatal Associatio még nem találta meg teljesen a munkakörét, hogy úgyszólván még nem jegeczedett ki világosan a különböző indítványok sokaságából az Associatio tulajdonképeni rendeltetése s annak a concret alakja, hogy miképen, milyen téren, milyen irányban érvényesítse az Associatio szereplését a tudomány haladása érdekében. Remélhető azonban, hogy a következő években mind tisztábban fog kibontakozni a szövetség sajátlagos teendőinek a köre s ezzel a szövetkezet, túlesve a kezdet nehézségein, mind meggyőzőbben bizonyitja majd be életképességét és szükségességét. Egy nagy érdeme a szövetkezetnek már most is, hogy közelebb hozza a különböző nemzetek tudósait egymáshoz.

Lenhossék Mihály, r. tag.

Goldzieher professor úrnak.

A *Szemészeti Lapok* 2. számában Goldzieher professor Grósz Emil professort támadja meg, a miért könyvét megbirálta. Ehhez nekem semmi közöm sem volna, ha a Grósz fejének szánt dorongot nem az én hátamon át sujtaná oda. De meg Goldzieher kollega befejező sorai is arra késztetnek, hogy felszólaljak. Ő ugyanis abban a meggyőződésben irt, „hogy minden ember erkölcsileg kötelezve van arra, hogy ne tűrje, ha az igazságot elferditik vagy elhomályositják".

Ez a nagy mondás ugyan egy inczi-finczi kis prioritási veszekedés, de hát *erkölcsileg* kötelezve vagyok reá, hogy én is védjem a magam igazát.

Reám fogja Goldzieher professor azt a tolvajfurfangot, hogy az én könyvem csak az övé után jelent ugyan meg, de én az *Elüljáró beszédet* egy évvel előbbről kelteztem. Bizonyosan megsejtettem, hogy neki is készül könyve, s én a keltezéssel akarom elérni, hogy majd az övé az enyém után jelenhet csak meg. Ez ugyan nem szép dolog, de felteszi rólam.

Pedig hát, ha van a könyvem megjelenésében szabálytalanság, az inkább az én könyvem rovására rovódott. Az *Utmutató a szemészetben* első kötete ugyanis 1889-ben jelent meg, de kiadóm — meghagyván az elüljáró beszéd „1889. januárius havában" keltezését — a czimlapra 1890-et nyomatott, hogy annál újdonsültebbnek tüntesse fel. Azzal a fogással élt, a mit minden iskolai könyvvel meg szoktak tenni, hogy az őszszel megjelenő könyvekre a következő új esztendőt nyomják. Persze sem a kiadóm, sem magam nem sejtettük, hogy ebből azt fogják majd 13 év mulva kisütni, hogy nem az én könyvem az első magyar szemészeti kézikönyv. Könyvem előbb való megjelenésének tudatában irtam a nemrég megjelent újabb kézikönyvem irodalmi rovatában sorrend szerint elsőnek az én könyvemet, másodiknak a Goldzieherét. A könyvem második részéről nem vagyok bizonyos, ott is ismételték-e az emlitettem fogást, tehát 1890-ben jelent-e meg, avagy 1891-ben.

Goldzieher professor úr, a mint ismeretes, szörnyen érzékeny szokott lenni. Ha valaki az ő közleményére megjegyzést tesz, mindjárt üldözést lát benne. Nem annyira az igazát védi, mint inkább a személyét. Pedig az igy folytatott polemia mennél nagyobb hangon szól, annál könnyedébb mosolygást kelt az olvasó ajkán.

Csapodi István dr. egyetemi professor.

Közegészségügy.

Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei.

(Folytatás.)

32. §. A családi telepek.

Az igazgató-főorvos a telepbizottságnak, esetleg menhely-bizottságnak közreműködésével olyan községekben, a melyekben arra alkalmas lakóház és ahhoz mező- avagy kertgazdasági czélokra alkalmas terület van, családi telepet létesit.

Egy-egy családi telepen 7—15 év közt levő tiz—húsz egynemű gyermek helyezhető el.

Családi telep csakis erkölcsileg kifogástalan és a műveltség bizonyos fokán álló egyén vezetése mellett alakitható.

A családi telepeken a gyermekek a mellett, hogy iskolába járnak, az összes belső és külső gazdasági munkában gyakoroltatnak, a mikor pedig a külső gazdasági munka szünetel (pl. télen), házi ipari oktatást nyernek.

Ilyen családi telepek alapitásánál a tanitókat, ha különben a családi telep feltételei megvannak, elsősorban kell figyelembe venni.

Ott, a hol teleporvosi tiszt viselésére alkalmas orvos lakik, caaládi telepek oly czélból is alakithatók, hogy azokban állandó testi vagy lelki betegségben szenvedő elhagyott gyermekek kiválóan gondos ápolást nyerjenek s folytonos felügyelet alatt álljanak

33. §. Elhelyezés internatusban, sanatoriumban vagy egyéb intézetekben.

A gyermekek elhelyezhetők még:

a) szakoktatásra s szigorúbb nevelésre berendezett internatusokban;

b) a gyógyitható, de különleges gyógykezelést igénylő gyermekek sanatoriumokban;

c) a gyógyithatatlan betegek, állandó testi vagy lelki fogyatkozásban szenvedők az e czélra szolgáló állami intézetekben.

34. §. A nevelőszülő s háznépe.

A gyermek részére, a kit a menhely külső gondozásba ad, az alkalmas nevelőszülőt az igazgató-főorvos választja ki.

Az, a ki az intézetből gondozásra gyermeket kiván átvenni, a saját község elöljárósága által kiállitott és a teleporvos által is aláirt bélyegmentes bizonyitványnyal igazolja, hogy:

a) törvényes házasságban él vagy özvegy;

b) egészséges;

c) egy szobából és legalább is fél konyhából álló saját lakása van (azaz nem albérlő a szobán), a lakás nem zsúfolt és a gyermek egészségére nem ártalmas.

d) hány gyermeke volt és hány gyermeke él;

e) utolsó gyermeke, ha nem él, milyen betegségben halt meg;

f) oly anyagi viszonyok között van, hogy nincs kizárólag a gyermektartásból eredő haszonra utalva (előnyben részesül, a kinek legalább egy tehene van);

g) józan, erkölcsileg kifogás alá nem esik;

h) ha idegen gyermeket már gondozott, mily eredménynyel?

A *b*) és *g*) alatt felsorolt követelményekkel birnia kell a háznépnek is.

Ha az *a*)—*h*) alatt felsorolt követelmények fennforognak is, nevelőszülő nem lehet az, a ki a saját gyermekét eltartani nem képes.

35. §. A szoptató anya.

Ha a szoptató anya szopós gyermeket vállal, a teleporvos külön bizonyitványnyal igazolja, hogy a szoptatásra alkalmas, teherben nincs, saját gyermeke legalább hat hónapos és elválasztható, avagy meghalt.

A jelentkező nevelőszülőt az igazgató-főorvos (az intézet főorvosa) megvizsgálja.

A nevelőszülőnek saját szopós gyermekét el kell választani. Az elválasztott gyermek egészségére és életviszonyaira a teleporvos felügyel.

Szopós iker-gyermeket rendszerint egy szoptató anyához kell adni.

Egyebekben minősitésre a 34. §. az irányadó. Szopós gyermek azonban hajadon anyához is adható.

37. §. A beteg gyermek.

A beteg gyermeket a betegség természetéhez képest vagy házilag a teleporvos gyógyitja, avagy a gyermekmenhely intézetébe (sanatoriumba) kell szállitani.

A gyermek számára szükséges gyógyszert az országos betegápolási alap terhére kell rendelni.

42. §. A nevelőszülő jutalmazása és büntetése.

Azt a nevelőszülőt, a ki a gyermeket legalább három éven át kifogástalanul gondozta, az igazgató-főorvosnak az országos felügyelő útján tett előterjesztésére a belügyminister pénzbeli jutalommal és elismerő okirattal tünteti ki.

Az igazgató-főorvos előterjesztésének megtétele előtt a telepbizottságot meghallgatja.

Ha a nevelőszülő hanyagsága vagy gondatlansága a gyermek

halálát okozná, vagy ha a gyermek testi vagy lelki épsége károsodnék, ellene a bűnvádi vagy a kihágási eljárás megindítása iránt az igazgató-főorvos a szükséges lépéseket megtenni köteles.

Visszavétel a nevelőszülőtől.

47. §. A gyermeket vissza kell venni:

1. ha a szoptató anya a szopós gyermeket a helyett, hogy szoptatná, mesterségesen táplálja;

2. ha a gyermek táplása eredménytelen vagy hiányos, ha a gyermekkel rosszul bánnak, tartását, nevelését elhanyagolják, csavarogni engedik, koldulásra használják és egyáltalában, ha oly körülmények forognak fenn, a melyek a gyermek lelki vagy testi épségét veszélyeztetik;

3. ha a nevelőszülő lakása egészségtelen, ha a nevelőszülő vagy a háznépe erkölcstelen avagy botrányos életet él;

4. ha a nevelőszülő a gyermeket önkényesen más személyre bizza;

5. ha a gyermeket a nevelőszülő az intézetbe visszahozza.

A nélkül, hogy 1—5. alatti esetek fennforognának, joga van az igazgató-főorvosnak visszavenni a gyermeket, ha a visszavételt ennek érdeke bármi okból megköveteli. Ez esetben azonban a nevelőszülő — végkielégítésképp — megkapja a visszavétel egész hónapjára eső tartásdíjat.

48. §. Az igazgató-főorvos a gyermek visszavételéről értesíti annak a községnek előljáróságát (illetőleg városokban a polgármestert), a mely községben (városban) a gyermek el volt helyezve, a gyermek elhelyezése iránt tett további intézkedésről pedig azt az előljáróságot (illetőleg városokban a polgármestert), a mely községbe (városba) a gyermeket újból elhelyezi.

Értesíti továbbá az illető teleporvost és felügyelő orvost is.

Az elbocsátás.

53. §. A menhely igazgató-főorvosa minden év márczius hó 1-jén értesítést küld úgy a törvényes képviselőnek, mint az illetékes árvaszéknek azokról a gyermekekről, a kik 15-dik életévüket a következő év folyamán betölteni fogják. Ebben az értesítésben közli a gyermek nevét, születésének helyét s idejét, a telepet, a hol gondozzák, a nevelőszülő nevét, az illetőségi községet, a gyermek kiképeztetése érdekében követett irányt és annak eredményét.

54. §. Az igazgató-főorvos kötelessége minden rendelkezésére álló úton-módon közbejárni, hogy 15-dik életévet elért gyermek megélhetése biztosíttassék valamely családnál avagy gazdaságban, ipari vagy kereskedelmi vállalatnál avagy jótékony intézetnél, egyesületnél. E tekintetben az igazgató-főorvos a gyermeket, úgyszintén törvényes képviselőjét meghallgatja.

Ha az igazgató-főorvosnak a kiváló tehetségű gyermek jövője érdekében való közbenjárása eredményes volt, erről az illetékes árvaszékhez jelentést tesz.

Jelentést tesz akkor is, ha a gyermek az idő alatt, a mig még a menhely kötelékében van, meghal.

Az árvaszék az állami gyermekmenhely kötelékéből a 15-dik életév betöltése okából kilépő gyermek további tartásának, nevelésének kérdésében az 1877: XX. t.-c. és a községek és járások részére kibocsátott gyámügyi ügyviteli szabályzat 1. §-a 2. és 3. pontjának rendelkezéseire tekintettel jár el.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümös csigolyagyuladás gyógyitásának mai állása.

Közli: **Kopits Jenő** dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A gerinczoszlop felső szakaszának rögzítése és egyúttal tehermentesítése a Jury-mastnál sokkal tökéletesebben végezhető a *Falkson-Schönborn*-féle kötéssel. E gypskötés az egész törzset és fejet befoglalja, csak az arczot hagyva szabadon, teljesen rögzítve az egész gerinczoszlopot, s az által, hogy a beteg felfüggesztett helyzetében alkalmazzuk, tehermentesiti is azt. *Dollinger* tanár a felső háti és nyaki gerinczoszlop ideiglenes rögzítésére széles gyps-sínt használ, mely az illető egyén termetéhez szabva több réteg, gyps-szel behintett mull-lapból előre is elkészíthető. A gyps-sínt, mely oly széles, mint a hát, úgy alkalmazzuk, hogy még nedves állapotban megtámasztjuk a csípőtarajokra, innen a hát egész szélességében felviszszük a háton a vállakig, hol újabb támaszt nyer, most a sín következő keskenyebb részét szorosan a nyakhoz és a tarkóhoz simitjuk, a fejtetőn át pedig a homlokig levezetjük. Az igy alkalmazott, jól kipárnázott és a törzshöz puba mullpólyával megerősített gyps-sín a fejhez, nyakhoz és a háthoz pontosan odasimulva, az egész gerinczoszlopot, különösen annak nyaki és felső háti részét biztosan rögzíti.

A felső háti és nyaki rész rögzítésére *Dollinger* tanár szintén aczél-sinekkel ellátott, függesztett helyzetben gypslenyomat után készített borfűzőt használ, mely körülvéve a törzset, a csípőre támaszkodik, felterjedve a fejre, a tarkót befoglalja s az alsó állkapocshoz pontosan odasimul. A fűző mellső és hátsó részből áll, melyek két oldalt vannak egymással összefűzve.

Mindezen alkalmazott készülékek és eljárások feladata a beteg fájdalmait megszüntetni s odahatni, hogy a csigolyagyuladás következményeként jelentkező gerinczpúp a lehető legkisebb legyen, illetve legfeljebb akkora maradjon, mint a mekkora az volt, midőn a beteget gyógyitás végett kezeinkbe kaptuk. Ez eljárások tehát nagy mértékben conservativoknak nevezhetők, különösen a púpot illetőleg, mert a gyógyitás e módjának az alkalmazói a már meglevő púpot bármely activ eljárással megszüntetni vagy kisebbiteni contraindikáltnak tartják.

Nem hiányoztak már Hippokrates idejétől kezdve napjainkig egyes kisérletek, melyek többé-kevésbé brutalis módon, direct a púpnak betörésével akarták a már meglevő gibbust megszüntetni (Hippokrates, Aurran, David Harrison, Seruy, Humbert, Martin, Guerin), de e kisérletek részben kivitelükben veszélyt rejtve magukban, részben, miután állandó jó eredményhez nem vezettek, csakhamar a feledés homályában tüntek el és általánosan használt gyógyitó módokká nem lettek.

Az újabb időkben, 1897-ben mintegy forradalmat támasztott *Calot* a gibbusnak erőszakos redressálásával, mely módszer csodálatosképen annyira általánossá vált s oly sok követőre talált, hogy neves szakemberek egész sorozata éveken át kisérletezett az eljárással, különféle módositásokkal igyekezvén azt alkalmazhatóbbá tenni. Nagyon kevesen voltak, kiknek éleslátása már a priori megitélte az eljárás ephemer, sőt káros voltát (Dollinger, Wolf), s nem tértek le a conservativ eljárás addig követett biztos útjáról. Az idő nekik adott igazat! Pár évi alkalmazása az eljárásnak, a rossz eredmények egész sorozatával, visszaterelte a gümős csigolyagyuladás gyógyitásmódját ismét a conservativ eljárás medrébe.

Calot első közleményét 37 eset kapcsán tette közzé. Eljárása a következő: a púpos beteg narcotizált állapotban hason fekszik a műtőasztalon, öt erős assistens közül három a fejnél, kettő a lábaknál foglal helyet, s a beteg megnyújtását végzik akként, hogy egy assistens a fejre alkalmazott, az állon és tarkón támaszkodó vászoncsikokkal a fejet húzza, egy-egy assistens a karokat, a két alul álló assistens pedig a lábaknál fogva végzi az ellennyújtást. A nyújtás a legnagyobb (80—100 kgm.) erővel történik, s ilyenkor a gerincz púpja, friss esetekben, láthatólag lelapul. Ekkor *Calot* a beteg baloldalán állva, hogy az extensio hatását fokozza s a keményebb púpot is lelapitsa, egy nemezlapot helyezve a púpra, arra teljes erejével ránehezedik, s a legnagyobb erőfeszitéssel a púpot benyomja, mig annak helyén, hallható roppanással egy gödör támad, s az egész gerinczoszlop erős lordosisba jö. Ilyenkor *Calot* állítása szerint a gerinczoszlop két darabba törik a púp helyén, melyek extensioban egymással érintkeznek. Az elért eredményt egy mumiaszerű, bő vattázás felett, suspensioban alkalmazott nagy gypskötéssel rögziti, mely a fejet, az egész törzset a trochanterekig befoglalja. A narcosis a kötés feltételéig folyik.

A 37 eset közül 30 esetben *Calot* még a gibbus csúcsát képező tövisnyújtványokat erős csontcsipőkkel eltávolitotta — valószinűleg a decubitus elkerülése végett — a púp felett levő callosus bőrrészlettel együtt, s az ép bőrszéleket összevarrta.

A műtét után alkalmazott gypskötés 3—4 hónapig marad a betegen, a ki eltávolitása után közvetlenül új kötést kap ismét 2—3 hónapra. A gypskötésekkel kezelés tehát 5—10 hónapig tart, ez idő alatt a beteg fekszik, ezután pedig még hosszú ideig levehető fűzőt kell hordania.

Az első 37 eset közül *Calot* — legalább első közleménye szerint — egy beteget sem vesztett el. A 37 közül 1 esetben azonban bénulás lépett fel, 4 esetben pedig decubitus támadt a kötés alatt, 2 betege 4—6 hónappal a redressement után tályogot kapott, 3 esetben ellenben a műtét előtt fennállott tályog meggyógyult.

Csakhamar megtámadta Calot-t Chipault a prioritásért, ki már sokkal régebben végezte a púp redressálását, s a befejezett redressement után az eredmény állandósitására a tövisnyúlványokat erős ezüstsodronynyal kötötte össze egymással.

Calot még tovább ment. Oly régi esetekben, melyeknél feltehető volt, hogy a gibbus képződése alkalmával ép csigolyarész ép részszel érintkezve, a csontos egyesülés már bekövetkezett, a gibbus megszüntetése végett valóságos ékkivésést végzett a gerinczoszlopon, mely ék basisával a tövisnyúlványok felé nézett. Egy ily esetben mintegy három csigolyát távolitott el, minek következtében a gerinczvelő 5—6 cm. hosszúságban lemezteleniive maradt. Miután a teljesen két darabban levő gerinczoszlop egyesitésénél a gerinczvelő erősen összetüródött, a két csontvéget csak 1 cm. távolságra közelitette egymáshoz, a közben levő hézagot a csonthártya maradványaival és izommal töltötte ki. A második esetében a kiirtott ék alacsonyabb volt. Műtét után, mialatt assistensei a kettétört gerinczoszlopot pontosan egymáshoz illesztve tartották, gypskötést alkalmazott. Mindkét igy operált betege bár életben maradt, Calot e műtéte követőre nem talált, s ő maga sem végezte több esetben a műtétet.

A Calot-féle redressálási mód volt az 1897-ben Moszkvában megtartott XII. nemzetközi congressus egyik sensatioja. E helyen Caloton kivül már mások is (Peau, Redard, Ducroquet, Jonescu), leginkább francziák közölték tapasztalataikat az eljárásról, s Calot maga a műtét kivitelét mutatta be. Ez alkalommal Calot már enyhébb eljárást ajánlott, nem az első közleményben jelzettet, felhagyott a nagy, régóta consolidált púpok minden erőt igénybe vevő redressálásával.

Daczára, hogy Calot eljárása annyira ellenkezett a megdönthetetlennek látszott conservativ eljárással, mégis annyi követőre talált, hogy közzététele után következő két év irodalma gazdag a spondylitis tbc. gyógyitását tárgyaló közleményekben, melyek mind a Calot-féle eljárással foglalkoznak.

A német orthopaedek majdnem mindegyike egy-egy módositást ajánl az eljárás kivitelére. Legtöbbje az assistensek által végzett kiszá-

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-600.

mithatatlan fokú extensiót helyettesiti újonnan szerkesztett nyújtókészülékekkel. *Lorenz* egy állványos nyújtókészüléket szerkesztett e czélra, melylyel az extensiót eszközli, s ugyanezen készülékre alkalmazott felülről a púpra merőlegesen ható pelotta segitségével a gibbust benyomja. *Vulpius* a Lorenz-féle csavart alkalmazza az extensióra. *Schede* szintén saját maga szerkesztett nyújtókészüléket. *Nebel* az általa szerkesztett lebegő keretben (Schrägschwebelagerung) alkalmazza a redressement-t.

Nem hiányoztak e közben jelentések súlyos complicatiókról és a műtét halálos kimeneteléről sem, rövid idővel a műtét után. Wolf már 1898 január hóban 12 halálesetet számlált össze az irodalomban különböző szerzők czikkeiből, hol a halál minden esetben közvetlen a műtét után következett be. Mint súlyos complicatio várható a műtét következtében bekövetkezhető bénulás (Lorenz első esetében is), a gerinczoszlop előtt levő rejtett tályogok megpukkadása, a gümőkórnak az egész szervezetbe betörése (miliaris tuberculosis, meningitis).

E fenyegető veszélyek, de még inkább a bekövetkezett súlyos complicatiók indították arra a műtőket, hogy magának a púpnak a redressálásával felhagyjanak, hanem redressálják a púp két szárát, a gerinczoszlopnak a púp felett és alatt levő ép részét, hogy ez által biztositsák a törzs egyenes tartását s a meglevő púpot leplezzék. *Wolf* és *Lange* sürgették különösen a Calot-féle eljárás módositását ily irányban. Eljárásuk abból áll, hogy a gerinczoszlopot extensioban erős lordosisba hozzák a nélkül, hogy a meglevő púpot bármiként is igyekeznének direct nyomással benyomni, s ily helyzetben a törzset gypskötéssel rögzitik. Ez által a gümös csigolyatest nagy mértékben tehermentesittetik, s a púpképződésnek a feltétele, a felső test előre bukása megszünik.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Noorden und Dapper: Ueber die Schleimkolik des Darms (Colica mucosa) und ihre Behandlung. Berlin, 1903. Verlag von August Hirschwald.

A colica mucosa-nak elnevezett bántalom még sok tekintetben vitás kór- és gyógytanához szolgáltatnak adatokat kiterjedt tapasztalataik alapján szerzők. Szerintük a colica mucosa úgyszólván kizárólagosan csak olyan egyéneknél fordul elő, a kik hosszú időn át obstipatioban — főleg úgynevezett obstipatio spasticában — szenvedtek és még szenvednek. Ez azonban egymaga még nem képes colica mucosát okozni, ehhez a vastagbél nyákmirigyeinek kórosan fokozott érzékenysége és működése szükséges, a mi azonban nem a nyákhártya anatomiai megbetegedésén alapszik, hanem ideges befolyásoktól függ. Ilyenformán a colica mucosa secretiós neurosisnak tekintendő. A gyógyitást illetőleg első feladat a rohamot megszüntetni, illetve az általa okozott kellemetlenségeket enyhiteni. Erre a czélre szerzők morphium bőr alá fecskendését vagy pedig opiumot és belladonnát (extractum opii és extractum belladonnae aa 0·04) tartalmazó suppositorium alkalmazását ajánlják; ezenkivül magas bélbeöntés végzendő tiszta, testhőmérsékű víz nem nagyon nagy mennyiségével, 1—2 óra mulva pedig olajklysma (300—500 köbcentimeter) adandó, szintén lehetőleg magasan. A mi a causalis kezelést illeti: egyrészt a belet, másrészt az általános idegességet kell befolyásolnunk. A táplálék lehetőleg durva, sok emésztetlen maradékot adó legyen és elökelő helyet foglaljon el benne a zsir. Karlsbadi és más alkaliás vizek kerülendők; nagyon kedvezően hatnak ellenben a kissingeni és homburgi konyhasósvizek (Rákóczy-, illetve Erzsébet-forrás), mint a melyek egyrészt a vastagbél nyáktermelését tetemesen csökkentik, másrészt pedig a tolerantiát voluminosus és zsirdús diaetával szemben fokozzák. Használatba veendő továbbá a vastagbél, főleg a flexura sigmoidea massage-a is. Ha ezen orvoslásmód mellett a székürülés rendessé vált, lassanként a szokott életmódhoz lehet visszatérni. Az általános idegesség ellen a diaetának emlitett változtatása is már jól hat, ezenkivül még hidegvizkúra, villanyozás stb. veendők igénybe. Czélszerű figyelmeztetni a beteget, hogy a kúra elején néhány napon át kellemetlenségek jelentkezhetnek, a melyek azonban már 2—4 nap mulva megszünnek. A tulajdonképeni kúra után, mely 3—5 hétig szokott tartani, sokan utókúrára még valami fürdőt szeretnek felkeresni; e tekintetben szerzők ellenzik a magasan fekvő helyeket és a tengeri fürdőket; legczélszerűbbek a közepes magasságban fekvő erdős helyek, a melyek bő alkalmat adnak nem fárasztó sétákra. Végül szerzők 76 betegnél ezen gyógyitásmóddal elért eredményeikről számolnak be. 5·2%-ban a betegek már az első napokban abbahagyták a kúrát; 15·8%-ban nem volt teljes az eredmény, 79%-ban ellenben teljes volt az eredmény (15·8%-ban a betegek további sorsáról nem kaptak értesitést, 13·1%-ban rövidebb-hosszabb idő mulva visszaesés állott be és 50%-ban tartós volt az eredmény). A nagyon értelmesen megirott füzet elolvasását nagyon ajánlhatjuk gyakorló orvosaink figyelmébe, mint a kiknek a benne elmondottak figyelembe vevése ezen sokszor nagyon makacs és kellemetlen betegség ellen való küzdéskor nagyon jó szolgálatokat fog tenni.

Uj könyvek. *Becher:* Über Walderholungsstätten für kranke Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Tuberculösen. Berlin, A. Hirschwald. — *Hoppe:* Krankheiten und Sterblichkeit bei Juden und Nichtjuden. Berlin, Calvary und Comp. — *Profé:* Über die bei operativer Behandlung von Hirntumoren auftretenden Hirnhernien. Stuttgart, Nägele. — *Garré* und *Quincke:* Grundriss der Lungenchirurgie. Jena, G. Fischer. — *Mériel:* L'exstirpation du cancer du sein. Paris, A. Maloine. — *Dubois:* Traitement de l'oesophagisme. Paris, O. Doin. — *Marchand:* Le gout. Paris, O. Doin. — *Meillère:* Le saturnisme. Paris, O. Doin. — *Chapotin:* Les pseudarthroses du col du fémur. Paris, Steinheil. — *R. T. Hewlett:* Serumtherapy, bacterial therapeutics and vaccins. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Sebészet.

Hepaticus-drainage. *Berger* a Kehr által 1895-ben leirt hepaticus-drainage-zsal foglalkozik. Először röviden annak történetét és fejlődését irja le, majd annak Kehr első czikkei óta erősen megszaporodott indicatioit ismerteti; pontosan leirja a műtét technikáját és az utókezelést, mely utóbbit rendkivül fontosnak tartja, s végül 25 műtett betegnek kórtörténetét közli.

A hepaticus-drainage indicatioi Kehr szerint igen tágak; ő most cholelithiasis minden esetében ajánlja, még akkor is, ha az epevezetékekben nem is találunk köveket. Szerinte hepaticus-drainage cholecystektomiával az egyetlen módszer, a melylyel a legnagyobb valószinűség szerint érünk el teljes és tartós gyógyulást. Sürgősen indicálva van a hepaticus-drainage fennálló cholangoitisnél, és ha a műtét alkalmával nem voltunk képesek az összes köveket a choledochusból és hepaticusból eltávolitani. Mindig előnyösebb, mint a choledochotomia-varrattal, mert fennálló cholangoitist gyógyit, mert visszamaradt kövek eltávolitását később is lehetővé teszi, s mert a műtét maga is rövidebb ideig tart.

Contraindicálva van a hepaticus-drainage acut choledochuselzáródásnál, melynél szerinte egyáltalán minden műtét contraindicálva van, s acut genyes cholecystitisnél, a melynél az a veszély áll fenn, hogy az infectiót a mélybe viszszük. A halálozás nem complikált esetekben csak 2—3%. Diffus cholangoitisnél, s ha igen sok kő van magasan a májban, a hepaticus-drainage sem használ. (Archiv für klinische Chirurgie. 69. kötet.) *Török* dr.

A leucocytosis diagnostikus jelentőségéről appendicitisnél. *Wassermann* újabb vizsgálatai megerősitik azt a Curschmann által először leirt, s azután többek által megerősített tényt, hogy appendicitisnél hyperleucocytosis genyedés mellett szól még akkor is, ha egyéb tünetek, mint a pulsus, hőmérsék, közérzet nem is szólnak e mellett, s ezért szerinte is a műtét indicatiojának felállításánál első sorban ezt kell figyelembe venni. Egy eklatáns példát is közöl erre vonatkozólag, hol a pulsus, hőmérsék és közérzet teljesen jók voltak, a leucocyták száma azonban 25,000-en felül volt, s a műtétnél tényleg egy nagy genyes abscessus találtatott. (Archiv für klinische Chirurgie. 69. kötet.)

Török dr.

A Winkelmann-féle hydrocele-műtétről. *Klaussner* szerint a Winkelmann-féle műtét igen jó eljárás, mert könnyű, rövid, s igen sokszor localis anaesthesiával is végezhető. Ő 35 esetben végezte, az irodalomban leirva 104 esetet talált, s ezekből 4 év alatt csak 2 recidiva van emlitve, melyek mindegyikénél azonban a hydrocele más bajjal volt complikálva. Mindezekért a Winkelmann-féle műtétet ajánlja, s a Bergmann vagy Volkmann-féle eljárást szerinte csak akkor kellene használni, ha a tunica oly vastag, hogy azt kifordítani nem lehet. (Arch. für klin. Chir. 69. kötet.) *Török* dr.

Az arterio-venosus aneurysmák casuistikájához. *Bergmann* egy aneurysma arterio-venosumot észlelt az art. poplitea felső részletében 6 hónappal egy lövési sérülés után; az eset mindkét ér alákötése és a zsák kiirtása által gyógyult. A communicatio az arteria és a zsákalakúlag kitágult vena között alig 3 mm. átmérőjű volt, s ezért Bergmann azon nézetének ad kifejezést, hogy helyesebb lett volna a communicatio szétfejtése után a varixot exstirpálni, s az arteriát összevarrni. Ezen esettel kapcsolatban Bergmann még két arterio-venosus aneurysmát ir le, melyek szintén ugyanily módon (alákötés és exstirpatio) jó eredménynyel gyógyultak, s melyek szintén lövési sérülés után keletkeztek a femoralison. (Archiv für klinische Chirurgie. 69. kötet.)

Török dr.

Venereás bántalmak.

A balsamicák hatásáról értekezik *Winternitz*. Az oleum santali, a copaiva, cubeba, gonorol, kawa-kawa, ol. terebinth. stb. hatása a gonorrhoeánál eddig még mindig vitás. Sokan csak diuretikus hatásukat, mások enyhe antibaktericid hatásukat is vitatják. Winternitz újabb vizsgálatai alapján azon eredményre jut, hogy a balsamicák kisebb állatoknál mérgezési tüneteket és halált idéznek elő, embernél hasonlóképen igen gyakran mérgezési symptomákkal járnak. Winternitz vizsgálatai szerint a húgycső lobos termékei is gyorsabban szivódnak fel, s ekkép a diuretikus, enyhe baktericid hatáson kivül a balsamicáknak lobellenes befolyását is állitja. (Archiv f. Derm. u. Syph. 1903. junius.)

Sellei dr.

Ulcus molle miliare. Az úgynevezett follicularis sankernek ily elnevezést adott *Vörner*, a midőn t. i. egy charakteristikus ulcus mollen kivül több „follicularis csomó“ található. Ezen efflorescentiák néha spontan gyógyulnak, máskor pedig typikus ulcus venereummá változnak. E csomókban, melyek tehát a közönséges folliculitisekhez hasonlitanak, Vörner streptobacillusokat tudott kimutatni. Ezen folliculitisek soha sem állanak a hajtüszőkkel és a fagygyúmirigyekkel összefüggésben, s azért is Vörner az ulcus molle „miliare“ elnevezést tartja helyesebbnek. A histologiai vizsgálatok, melyek a typikus ulcus venereummal identikus képet adnak, arra engednek következtetni, hogy az

úgynevezett follicularis sankernél, vagyis az ulcus molle miliarenál csak kevés streptobacillus (Ducrey-féle bacillus) jutott a bőrbe. A bacillusok továbbá Vörner szerint csakis horizontalis irányban fejlődnek az inoculatio helyén. Ha e bacillusok elszaporodnak és oldalirányban is elterjednek, akkor a follicularis sankerből egy typikus ulcus venereum fejlődik. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1903. junius.)

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Anthrasol elnevezés alatt egy új tisztított, színtelen kátrányt hoz forgalomba a Knoll-féle vegyészeti gyár. Az anthrasol higan folyó, világossárga, kátrányszagú anyag, a mely nagy mértékben képes a bőrön áthatolni, míg a közönséges kátrány tapadós volta miatt erre csak kis mértékben alkalmas. Absolut alkoholban, acetonban, olajokban és vasogenben minden arányban oldható, 90%-os alkoholban azonban csak 5—10% oldódik belőle. Az új szert eddig *Sack* és *Vieth* tették vizsgálódásuk tárgyává és nagyon jó eredményeket értek el eczema, scabies, sycosis, psoriasis, lichen, pruritus stb. eseteiben. Az anthrasol viszketéscsillapító és keratoplastikus hatása határozottan erősebbnek bizonyult, mint a kátrányé. Rendelhető következő módokon: Rp. Anthrasoli 10·0. S. Beecsetelésre. — Rp. Anthrasoli 2·0—10·0; Alkohol absol. ad 30·0. S. Anthrasol-spiritus. — Rp. Anthrasoli 2·0—10·0; Vaselini americ., Lanolini āā ad 30·0. S. Anthrasol-kenőcs. — Rp. Anthrasoli, Vaselini americ. āā 5·0; Zinci oxydati, Amyli trit. āā 10·0. S. Anthrasol-pasta. — Rp. Anthrasoli 2·0—5·0; Zinci oxydati 20·0; Gelatini alb. 20·0; Glycerini 25·0; Aquae 30·0. S. Anthrasolglycerin-enyv. — Rp. Anthrasoli 5·0—10·0; Sulfur. praecip. 10·0; Sapon. virid. 2·0—10·0; Vaselini americ. s. Pastae zinci ad 40·0; Cretae alb. 10·0. S. Anthrasol-Wilkinson-kenőcs. (Münchener med. Wochenschrift, 1903. 18. szám.)

A comprimált tablettákról irt czikkében *Morf* felsorolja azon nagy haladásokat, melyeket a gyógyszereknek tabletta-alakba hozása 1882 óta — a mikor Rosenthal először ajánlotta a tabletta-alakot — tett. Kifejti azután azon nagy előnyöket, melyeket a comprimált tabletták biztositanak; ezek: az adagolásnak más módon el nem érhető pontossága, a tartósság, olcsóság, könnyen használhatóság és hordozhatóság; tekintetbe veendő az is, hogy gyógyszereknek por alakban rendelése esetén a gyógyszer egy része vagy a papirtokban, vagy a kanálon, illetve pohárban visszamarad, a mi a tabletták alakjában használatkor ki van zárva. Ezen előnyökkel szemben felemliti a tabletta-alak hátrányát is, tudniillik a könnyen felcserélhetőséget. Ezen azonban véleménye szerint könnyen lehet segiteni, ha a tablettákat különböző alakúakra készitjük, jelzéseket alkalmazunk és őket ártalmatlan festőanyagokkal különböző színűekké teszszük. E tekintetben czikkében utasitásokat is ad. Végül még megemlíti, hogy újabban már könnyen oldódó, sőt hygroskopikus anyagokat is (pl. carbolsavat stb.) sikerült tabletta-alakba hozni. (Monatsschrift für Neuerungen auf dem Gebiete der Medizin etc. Herausgegeben von der Chemischen Industrie A.-G. St. Margarethen. II. évfolyam, 13. szám.)

A heroint kiterjedten használta *Price* a gyermekgyógyászatban. Nagyon jó eredményeket látott bronchitisnél, 1 éves gyermekeknek 3/10 milligrammot adva 2 óránként. Használta továbbá pseudocroup, epilepsia, pleuritis sicca, chorea, diarrhoea eseteiben. Kellemetlen tüneteket nem észlelt, csak egy esetben mutatkozott muló szédülés. Végbélen át kétszeres adag használatát ajánlja. Végül megemlíti a heroin kedvező hatását tussis convulsiva eseteiben: úgy a betegség hevességét, mint tartamát csökkenti és úgy látszik, hogy a szövődmények jelentkezését a tüdő részéről is megakadályozza. (Philadelphia medical journal, 1903. február 14.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1903. 4. füzet. *Fenyvessy Béla:* A páros glycuronsavak képződéséről és jelentőségéről. *Guszman József:* A dermatitis papillaris capillitii anatomiája. *Frey Ernő:* Adatok a posthemiplegiás mozgási rendellenességeket előidéző laesiók localisatiojához. *Rottenbiller Ödön:* Adatok a gümős csont- és izületi bántalmak klinikai megjelenéséhez és lefolyásához.

Gyógyászat, 1903. 33. szám. *Felletár Emil:* Phosphormérgezés vagy heveny sárga májsorvadás? *Prochnow József:* A kórházi sebészi gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1903. 33. szám. *Baumgarten Samu:* Haemospermia. *Kolozs Mihály:* A tüdővész mai állása, tekintettel az újabbkori therapiára.

Budapesti orvosi újság, 1903. 21. szám. *Tauszk Ferencz:* A tüdőbetegek házi kezeléséről. *Hahn Dezső:* A haemangioma kórtanához. *Hoor Károly:* Adalék a glaukoma elleni sympathicus resectio eredményének tartósságához. *Dax Albert:* A szem tolerantiája idegen testekkel szemben egy eset kapcsán. *Hoor Károly:* Általános elvek szemészeti klinika épitésénél és berendezésénél.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 33. szám. *Kassowitz:* A syphilis öröklése és a variola placentaris átvitele. *Offer:* Acetonuria. *Englisch:* Betokolt hólyagkövek. *Neumann:* A tertiaer syphilis. *Preindlsberger:* Gerinczvelőanaesthesia tropacocainnal.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 33. szám. *Than:* A gasteini hévforrások physicalis vizsgálata. *Loebl:* Tetania és autointoxicatio. *Joseph* és *Piorkowski:* Megjegyzések a syphilis-bacillusra vonatkozólag. *Pfeiffer:* Megjegyzések az előző czikkre.

Wiener medizinische Presse, 1903. 32. szám. *Zesas:* Az izületi gümőkór kezelése. *Weiss:* A syphilis gyógyitása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 31. szám. *Guth* és *Rosenfeld:* Sclerodermia és myosclerosis. *Holitscher:* Alkohol használata lázas betegségekben, főleg pneumoniában. *Hock:* A prostata-túltengés palliativ kezelése sectio alta-val.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 33. szám. *Kausch:* Narcosis ileusban. *Rommel:* Henoch-féle purpura esete. *Krause* és *Hartog:* Strumitis posttyphosa. *Mendel:* A látóideg nyomás okozta sorvadása koponyaalapi daganat esetében. *Strauss:* Epiduralis injectiók a canalis sacralis punctioja útján.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 33. szám. *Heubner:* Soor általános fertőzés esete. *Callomon:* Herpes gestationis. *Scholz:* Bőrbajok gyógyitása Röntgen-sugarakkal és concentrált fénynyel. *Schücking:* Az inger életfentartó hatása. *Preisich* és *Heim:* Festéssel élénken feltüntethető vérlemezkék. *Voss:* A Basedow-kór tünet- és gyógytanához. *Salomonsohn:* A homlokredőzés gyógyitása.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 32. szám. *Ferrannini:* Az epefestenyek sajátságai és átváltozásai icterus különböző alakjában.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 30. szám. *Beer:* Az appendix resekálása a rohammentes szakban. *Bokor:* A peroneus inának luxatiója. 31. szám. *Hopmann:* A puerperalis mastitis műtevése.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 15. szám. *Panski:* Neuritis nervi hypoglossi peripherica. *Piltz:* A pupillaszél rendellenességeinek diagnostikai értéke organikus idegbajokban. *Wizel:* Adat a dementia paralytica ismeretéhez.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. julius. *Loewenfeld:* A hysteria tanulmányozása. *Bumke:* Adatok az irismozgások ismeretéhez. *Möbius:* Szin és tér. *Spielmeyer:* A Marchi-féle módszer hibaforrásai.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 14. kötet, 7. füzet. *Forcart:* A bakterium coli és a húgyanyt bontó bakteriumok antagonismusa.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 66. kötet, 1. és 2. füzet. *Wallart:* A scrotum és penis lupusának esete. *Strasser:* Adat a systematizált naevusok ismeretéhez. *Sellei:* További adatok a sarcoma multiplex pigment. haemorrh. idiopathicum kórtanához. *Leven:* Xanthoma tuberosum multiplex diabetesben. *Holzknecht:* Lázas általános megbetegedés exanthemával Röntgen-dermatitisnél. *Holzknecht.* A röntgenotherapiás előreactio. *Winternitz:* Trichomykosis capillitii. *Möller:* Mercuriol-olaj. *Blomquist:* Mercuriol-olaj. *Sachs:* Adatok a lágy naevusok szövettanához. *Vörner:* A foetalis syphilis kezelése Riehl szerint.

Virchow's Archiv, 173. kötet, 3. füzet. *Michel:* Osteogenesis imperfecta. *Loeb:* A vérsejtek jelentősége a vérmegalvadásra és a lobra nézve némely arthropodában. *Rothschild:* Anatomiai vizsgálatok a kezdődő prostata-túltengés kérdésében. *Magnus-Alsleben:* A pylorus adenomyomái. *Miodowski:* Három érdekes daganat a gyomorban és a gyomron. *Placzek:* Pupilla-elváltozások a halál után. *Merkel:* Idült gyomorfekély esete, halálos vérzéssel az arrodált bal vesevisszérből.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 7. kötet, 2. füzet. *Stuertz:* Intravenosus oxygen-infusio. *Tripold:* A húgykiválasztás és a felvett folyadékmennyiség közötti viszony egészségesekben. *Keller:* Egerek táplálása erősen sterilizált tehéntejjel. *Dünschmann:* Ásványvizek befolyása a vér minőségére.

Zeitschrift für Heilkunde, 1903. 5. füzet. *Langer:* Isoagglutininek emberben, különös tekintettel a gyermekkorra. Adat a haemagglutinatio kérdéséhez. *Walko:* A zsirok befolyása a gyomoremésztésre és a hyperaciditás kezelése. *Hitschmann* és *Lehndorff:* Leukaemiaszerű megbetegedés esete súlyos megaloblastikus anaemiával és sajátszerű küteggel.

Archiv für klinische Chirurgie, 70. kötet, 1. füzet. *Grüneisen:* A subphrenikus tályogok, 60 műtett eset kapcsán. *Jensen:* Pneumococcus-peritonitis. *Dsirne:* 292 hólyagkő-műtét. *Friedlaender:* A peritonitis tuberculosa kezelésének kérdéséhez. *Momburg:* A nervus ulnaris luxatioja. *Prutz:* Enteroanastomosis, főleg ileocolostomia bélelzáródásoknál és szükületeknél. *Brehm:* A mesenterium zsugorodása és viszonya a flexura sigmoidea volvulusához.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 68. kötet, 1. és 2. füzet. *Ambery:* Kisérletes adat a circularis ütérvarrat kérdéséhez. *Borchard:* Adat a myositis ossificans ismeretéhez. *Jacobsthal:* A musculus psoas és iliacus internus daganatai. *Damianos:* A térdizületi gümőkór gyökeres műtevése, különös tekintettel a Mosetig-féle jodoform-plombálásra. *Silbermark* és *Hirsch:* Laparotomia és ventralis sérvek. *Gross:* Az osteomyelitis localisatioja az os sacrum oldalsó részeiben és viszonya a növekvéshez. *Krähenmann:* Traumás accessorius hűdés koponyaalaptörések után. *Payr:* Készülék a Gigli-féle drótfürész kényelmes vezetésére. *Hacker:* Megjegyzések Regling czikkéhez a solitaer bélstenosisokról. *Pescatore:* Volvulus 19 napos csecsemőben.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 4. füzet. *Wendel:* Paraffinprothesisek. *Mendel:* Gyógyszerek endovenosus használata. *Freudenthal:* Elektromos fény használata a légutak némely betegségében. *Friedländer:* A syphilis szerepe a tabes pathogenesisében. *Hess:* Theocin. *Gerlach:* Halál diphtheria-ellenes savó befecskendése után. *Saalfeld:* Thigenol. *Hofmann:* Camphor használata morphium-megvonáskor.

Le progrès médical, 1903. 32. szám. *Morel:* Az adrenalin.

La semaine médicale, 1903. 32. szám. *Cheinisse:* Pylorus-stenosis csecsemőkben.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 32. szám. *Coppez* és *Vaucleroy:* Az iris elsődleges sarcomájának esete.

Archives générales de médecine, 1903. 26. szám. *Gallavardin* és *Charvet:* A syphilises aortitisek cardialis phasisa. *Bouchet* és *Wagon:* Láz és delirium esete hysteriás jelenségekkel. *Le Roy des Barres:* Heveny mérgezés arrhenal-oldattal. *Variot:* Veleszületett szívbaj érdekes esete. *Rosenthal:* Befecskendezhető digitalis-olaj. 27. szám. *Morestin:* Inter-ilio-abdominalis desarticulatio és intra-iliakus amputatio. *Lévi-Sirugue:* A paratyphus. *Boix:* Herpeses angina. 28. szám. *Belbèze:* Szénaláz hét esete. *Bonnier:* Száraz rhinolaryngitis. *Marcou:* Adipositas dolorosa. *Clavet* és *Malloizel:* Heveny mastitis secundaer syphilisben szenvedő terhes nőnél; gyors gyógyulás specifikus kezelés után. *Milian:* A trigeminus syphilises eredésű neuralgiái.

The lancet, 1903. II. 3. szám. *T. Clifford Allbutt:* A felszálló aorta betegségei. *A. Carless:* A gyomorfekély és sebészete. *Gilbert J. Arnold:* Bélelzáródás szokatlan esete. *H. Campbell:* Masticatio. *L. C. Thorne Thorne:* A nauheimi kezelésre alkalmas idült szívbetegségek megválasztása. *E. Percy Court:* Idült chloroformmérgezés halálos esete. *Clive Riviere:* Pneumonia crouposa a gyermekkorban. *E. Trevithick:* Chloroma esete. *W. S. Harrison:* Hydrophobia spuria (lyssophobia) esete. *W. Murrell:* Influenzás arthritis esete. *G. S. Middleton:* Heveny lymphatikus leucaemia esete.

British medical journal, 1903. julius 25. *J. Ward Cousins:* A méhenkivüli terhesség. *R. Mc Dowell:* Puerperalis eclampsia esete. *R. C. Lucas:* Influenzából eredő orchitis. *J. Lynn Thomas:* A heveny hasfájdalom okai egészségesekben. *G. B. Fergusson:* Hólyagsérvvel szövődött lágyéksérv. *E. Septimus Reynolds:* Alkohol és arsen okozta neuritis. *R. Stockman:* Ankylostomiasis esete Skócziában. *R. W. Doyne:* A retina-sorvadás kezelése retina-kivonattal. *S. Paget:* Koponyaalapi törés venaesectio után gyógyult két esete. *C. Hamilton Whiteford:* A fel nem szívódó elsülyesztett ligatura és következményei. *A. Scot Skirving:* A hydrocele kezelése Seton módszere szerint. *R. C. Dun:* Az ileum elzáródása a flexura sigmoidea odatapadt appendix epiploicája folytán. Augusztus 1. A „British medical association" 71. évi összejövetelének tárgyalásai.

Edinburgh medical journal, 1903. augusztus. *A. Morison:* Opium használata gyermekkori carditisben. *F. Parkes Weber:* Familiaris icterus. *J. W. Struthers:* Az Oberst-féle módszer helyi érzéstelenítésre. *W. J. Fenton:* Székrekedés csecsemőknél és fiatal gyermekeknél. *B. G. A. Moynihan:* Volvulus öt esete.. *C F. Marshall:* Syphilis és házasság. *W. C. Bosanquet.* Pyelitis okozta intermittens láz a gyermekkorban. *J. M. Munro Kerr* és *J. H. Teacher:* Deciduoma malignum esete. *S L. Craigie Mondy:* Tubo-ovarialis terhesség méhterhességgel.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. augusztus 21.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 31. hetében (1903. augusztus 2-dikától augusztus 8.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Élveszületett 418 gyermek, elhalt 263 egyén, a születések tehát 185-tel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 28·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17·8, az egy éven felüli lakosságnál: 13·8, az öt éven felüli lakosságnál: 11·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 6, gümős agykérlob 4, agyguta 3, ránggörcs 0, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 11, hörglob 6, tüdőlob 11, hurutos tüdőlob 2, mellhártyalob 0, tüdővész 51, tüdőlégdag 1, bélhurut 51, májbajok 2, hashártyalob 4, kizárt sérv 1, Brightkór 3, veleszületett gyengeség 14, gyermekaszály 0, aggaszály 10, rák 9, méhrák 3, egyéb álképlet 6, gümős bajok 2, kanyaró 3, vörheny 10, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 1, hökhurut 1, gyermekágyi láz 0, hagymáz 3, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 1, orbáncz 0, lépfene 1, ebdüh 0, genyvér 1, gyilkosság 0, öngyilkosság 4, baleset —, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3139 beteg, szaporodás 875, csökkenés 905, maradt e hét végén 3044 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi aug. 2-dikától augusztus 8-dikáig terjedő 31. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 48 (62), vörheny 44 (54), álh gége- és roncsoló toroklob 27 (35), hökhurut 12 (9), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 6 (3), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 10 (4), vérhas 0 (1), orbáncz 18 (8), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (1), trachoma 10 (8), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

< **Janny Gyula** dr.-nak, a magyar korona országai vörös-kereszt egylete „Erzsébet" kórháza igazgatójának és törvényes utódainak, magyar nemességük épségben tartása mellett ő Felsége a „fehérvári" előnevet díjmentesen adományozta.

△ **Pavlovits Simon** dr.-nak, Bács-Bodrog vármegye főorvosának ő Felsége a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a királyi tanácsosi czimet díjmentesen adományozta.

□ **Kinevezés.** *Tangl Ferencz* dr.-t, az állatorvosi főiskolán az élet- és szövettan nyilvános rendes tanárát a budapesti tud.-egyetemen megüresedett élet- és kórvegytani tanszékre nyilvános rendes tanárrá nevezte ki ő Felsége a szabályszerű illetményekkel. E kinevezéssel az orvostudományi kar jeles szakerőt, gyakorlott, tudományos búvárt és buzgó tanitót nyer, kinek tudományos működése hivatva lesz arra, hogy az általa képviselendő fontos elméleti tárgyat a magyar orvosi tudományban és búvárkodásban érvényre emelje.

— **Orvosi kinevezések és választások.** *Munker Henrik* dr.-t a belügyminister a pozsonyi állami közkórházhoz boncznoknak, *Hoffer Lipót* dr., makói kerületi orvost a kereskedelmi minister a hódmezővásárhely—makó—mindszentmiklósi vasút pályaorvosává nevezte ki. *Mezey Béla* dr.-t Hevesmegye mátrai körének orvosává, *Schmidt Oszkár* dr. kiskéri orvost ugyanott községi orvossá, *Reisz Miksa* dr.-t Békés-Csabán 1-ső, *Walfisch Ferencz* dr. járásorvost 2-dik községi orvossá választották.

Az Országos Orvos-Szövetség szeptember 13-dikán d. e. 9½ órakor tartja évi congressusát Budapesten, a Royal-szálloda termében. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár beszámolója. 3. A pénztáros beszámolója. 4. A tagsági díj megállapítása az 1904. évre. 5. Az igazgató tanács indítványa a Nyugalomdíj- és Segély-Intézmény átalakítása tárgyában. 6. Az igazgató tanács javaslatai a közegészségügyi törvény revisioja tárgyában. 7. A jövő évi congressus helyének kijelölése. 8. Indítványok. 9. A tisztikar választása. 10. Háromtagú pénztárvizsgáló bizottság választása. A magyar államvasútak és a kassa-oderbergi vasút bizonyára ismét megadják az utazási kedvezményt. A ki erre jogosító igazolványt óhajt, forduljon levelező-lapon augusztus 30-dikáig *Ritoók Zsigmond* dr. titkárhoz (Budapest, V., Fürdő-utcza 4).

□ **A magyar orvosok és természetvizsgálók** kolozsvári vándorgyülésére jelentkezők sok esetben egészen külön összeállított útirányra kérnek kedvezményes vasúti jegyek váltására jogosító igazolványokat. A központi választmány sajnálattal hozza köztudomásra, hogy az ilynemű óhajok teljesítése nem áll hatalmában, a mennyiben a kedvezményt nyujtó vasútak igazgatóságai csak a székhelyről Kolozsvárra és vissza szóló és bizonyos időre érvényes utalványokat állitottak ki.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Tarcsa* VIII/10. 1007. *Lipik* VIII/14. 3399. *Bártfa* VIII/12. 3413. *Tátrafüred* VIII/16. 2044. *Mattoni budai Erzsébet-sósfürdő* VIII/11. 1147.

+ **Elhunytak.** *Maydl Károly,* a sebészet tanára a prágai cseh egyetemen, 51 éves korában. *Trzebicky Rudolf,* a sebészet rendkivüli tanára Krakóban 42 éves korában.

A Mattoni-féle lápkivonatok képezik a lápiszapfürdők egyedüli természetes pótszerét. Otthon velök a lápfürdők könnyen előállithatók és szükség szerint adagolhatók. Igy felnőtt részére való fürdőhöz 1 kgm. lápsó vagy 1 üveg láplúg veendő, ellenben gyermekek vagy gyenge egyének számára ezen adagok fele is elegendő. Javaltak e fürdők mindazon számos női bajnál, hol a lápiszapfürdők általában indicáltak, ilyenek különösen: metritis, endometritis, oophoritis, para- és perimetritis, peritonitis, azonkivül anaemia, chlorosis, scrophulosis, rhachitis; továbbá izzadmányok felszivódásánál, fluor albusnál, abortusra való hajlamnál, részleges paralysiseknél; nemkülönben köszvény, rheumatismus, podagra, ischias és aranyér ellen.

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

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.**

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1902. évi junius hó 1-én tartott szakülés.) 549. l. — (1902. évi julius hó 1-én tartott szakülés.) 549. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (II. szakülés 1903. évi február hó 21-dikén.) 550. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1902. évi junius hó 1-én tartott szakülés.)

(Vége.)

Bár aránylag rövid idő alatt állott azonban be az eredeti baj megszünte, tehát a typhoidnak úgynevezett abortiv képét nyujtotta, mégis a teljes, délutáni órákra is kiterjedő láztalan állapot nem akart bekövetkezni, a mennyiben deczember 20-dikától egész április hó 10—12-dikéig, állandóan normális, sőt subnormális reggeli hőmérsék mellett a délutáni apróbb — 38° fölé az egész idő alatt csak két izben emelkedő — hőemelkedések nem akartak elmaradni. Ismételten végzett vizsgálatok, melyek a legkülönbözőbb irányba kiterjedtek, nem tudták eme állandó lázas mozgalmak kézzelfogható okát megadni, mi mellett a gyermek nemcsak teljesen jól érezte magát, hanem a mint az ismételt súlymérések mutatták, február hó elsejétől márczius hó 20-dikáig 3·5 kgm.-ot gyarapodott súlyban. A betegségnek eme második időszakában (1901. deczember 20-dikától 1902. április hó 10—12-dikéig) azonban három feltünő jelenség mutatkozott. 1. Bár a gyermek éveken át észlelt normális viszonyok között valóságos bradycardiát mutatott (60—68 érveréssel), mégis a typhoid megszüntével, a midőn a reggeli hő állandóan 37° alatt állott és a délutáni sem haladta túl a 38-at, az érverések száma 115—120 volt állandóan, csak márczius hóban kezdett visszatérni 80—84-re. 2. A légzések számának indokolatlan szaporodása a typhoid megszünte után, a nélkül hogy a légző szervek részéről bármi rendellenesség kimutatható lett volna. Ehhez csakhamar csatlakozott egy bizonyos szabálytalanság a légzések számában, a mennyiben ugyanazon napon alig különböző hőmérséki fokok mellett majd 32—36, majd 12—14 légzési számot lehetett megállapitani. 3. Ismételten jelentkezett kifejezett rázóhidegek, a nélkül, hogy e rázóhidegeket magasabb hőemelkedések követték volna.

Április hó 9-dikén kezdődik a betegség III. időszaka. Ekkor ugyanis fellép rendkivüli heves fejfájás kapcsán makacs hányás, a melyhez csakhamar photophobia csatlakozik.

A hányás, rendkivüli fejfájás, erős fényiszonyhoz lassanként kifejezett retardatioja a pulsusnak csatlakozik, úgy hogy már április 15-dikén csak 64, 16-dikán 60, 17—18-dikán már csak 46—52 között váltakozik, daczára, hogy a hőmenet emelkedőben van egészen 38·6—38·8-ig. 18-dikán a beteg állandóan hallucinál, jobb o. rectus superior paretikus. 20-dikán hirtelen aphasia lép fel, mely pár óra mulva laryngealis aphasiába, majd dysarthriába megy át. A pupillák tágak, renyhén reagálnak, légzés szabálytalan, néha másodperczekig tartó teljes légzési szünet. T. = 39·6, pulsus accelerálódik, 126—132. Április 21-dikén rosszul lát, perceptioja időnként homályos, pulsus irregularis. Április 23-dikán jobb felső végtagban időnként rángások, ismét teljes aphasia. Április 24-dikén mérsékelt trismus, jobboldali alsó és felső végtagokban időnként rángások, T. = 39·2, P. = 148—150. Április 25-dikén. Aphasia helyett csak dysarthria, jobboldali mérsékelt ptosis, jobb szem kis mértékben protrudál, jobboldali nasolabialis redő kissé elsimult. Ettől kezdve erőbeli állapota fokozatosan fogy, hűdési tünetek változatlanok, perceptioja mindig nagyobb időközökre kiterjedőleg homályos; T. 38·5—39·5 között váltakozik, pulsus 150—170 között ingadozó, végre április 30-dikán meghal.

Előadó beható részletezés mellett mutatja ki, hogy az 5 hóra terjedő megbetegedésnek egyes időszakai egymással oki összefüggésben állanak. A második időszaknak aprólékos jelenségei előfutárjai voltak a III. időszakban világosan jelentkező cerebralis megbetegedésnek. Részletesen indokolja, hogy az adott esetben csakis abscessus cerebriről lehet szó, mely a typhoid után idiopathice lépett fel. Localisatio tekintetében az abscessus cerebrit a felmerült gócztünetek alapján a baloldali homloklebeny alsó részébe helyezi. Az esetnek az adja meg az értékét, hogy a beteg megbetegedésének legelső pillanatától kezdve egészen a halál bekövetkeztéig — majdnem teljes 5 hónapon át — a legpontosabb orvosi észlelet tárgyát képezte, a mire csak nagyon elvétve nyilik alkalom.

(1902. évi julius hó 1-sején tartott szakülés).

1. **Konrád Béla**: Egy spontan gyógyult perityphlitis-esetről referál.

A beteg 40 éves, közepesen fejlett és táplált asszony, sohasem szült, a szóban levőhez hasonló betegségben kisebb mérvben állitólag már többször szenvedett. Jelen baja mintegy hét heti székrekedés által megelőzve, 1902. évi április 30-dikán kezdődött, a mikor hasfájdalmak, láz és néhányszor hányás léptek fel. Május 3-dikán este 6 órakor, az első vizsgálatnál, 38·5 hőmérsék, 116 kisebb hullámú és kevéssé feszült érverés, száraz nyelv, meteorismus és a jobb Poupart-szalag felett fájdalmasság és diffus resistentia volt észlelhető. A parametriumok szabadok. Rendeltetett: jégtömlő, két óránként 10 csepp opium tinct. és inf. digit. coffeinnel.

Május 4-dikén d. u. hőm. 38·7°, P. 100, nyelv száraz, a fájdalmak enyhültek, szelek mentek; május 5-dikén r. 38·1, P. 90, vizeletretentio, katheter; este 38·4, P. 90, az egész alsó hastájék fájdalmas; május 6-dikán 37·0, P. 80, st. id.; május 7-dikén 37·4, P. 80, az egész has fájdalmas, a nyelv igen száraz, este 37·3, P. 120; május 8-dikán r. 38·4, P. 118, többször hányt; este 37·5, P. 90, beöntés; május 9-dikén 37·1, P. 82; május 10-dikén 37·1, P. 82, nyelv száraz, éjjel állitólag hidegrázás; május 12-dikén este 37·5, P. 90; május 13-dikán 37·3, P. 95; május 14-dikén 37·8, P. 90; május 15-dikén 36·9, P. 90, spontan szék; május 16-dikán 37·3, P. 90.

Ettől kezdve az állapot türhető, időnként az alsó hastájékon fájdalmak, az érverés 90 körül, a hőmérsék 37·5-nél nem emelkedett magasabbra, a nyelv állandóan igen száraz, a közérzet zavart. A kis medenczében jobbról mellül, a symphysis mögött, bimanualis vizsgálattal a büvelyboltozat jobb mellső quadransában tapintható, ökölnyi, elmosódott határú, igen fájdalmas, nem fluctuáló resistentia, melyben a beteg spontan lüktető fájdalmakról is panaszkodik. A jobb Poupart-szalag medialis része felett a bőr kifejezetten melegebbnek érezhető, mint a másikon.

Junius 6-dikán d. u. (37 nappal a betegség kezdete után) a beteg nagyon rosszul érezte magát, heves vizelési inger lepte meg és roppant büzös, bélsárszagú, piszkos szürkés-vörhenyes, igen sok genyet tartalmazó vizeletet ürített. A lüktető fájdalmak a hasban a beteg állitása szerint ettől kezdve megszüntek. Az első három napon át időnként kristálytiszta vizeletet is ürített, ettől kezdve megszakitás nélkül a vizelet mindig büzös, genyes. A vizelés gyakorisága az első héten alig ment túl a rendes számon, az utolsó időben néha óránként is vizelt. A resistentia megkisebbedett, legmellső része, a symphisishez legközelebb fekvő, nyomásra még most is érzékeny. A hőmérsék 37·2-en nem emelkedett felül, legtöbbször 36·5—36·8, érverés 80 körül, nyelv közepesen nedves, közérzet, étvágy jó, széke spontan, rendesen ürül. A pyuria kezdete óta naponta 1·5 gm. urotropint vesz és bórvizes hólyagmosásokat kap.

Az állapot napról napra javul, a vizelet genytartalma és büze folyton kevesebbedik.

Az eset kétségkivül appendicitis perforativa suppurativa. Az anamnesisben említett, hasonló enyhébb megbetegedések a féregnyúlványban lefolyó idült és időnként rohamszerűleg exacerbáló egyszerű lobra (appendicitis simplex) vezethetők vissza, mely mint ismeretes, a féregnyúlvány falzatának vérbőségével, beszűrődésével, belsejében genyes, nyákos váladék és sokszor bélsárkő képződésével jár; a nyákhártyán sokszor mélyre terjedő fekélyek, a környezetben rendesen összenövések, az exacerbatiók alatt savós, sejtes beszűrődések jönnek létre.

A leirt megbetegedés alatt ezen elváltozások folytán a féregnyúlvány fala valamely ily fekély helyén átfúródott, infectiosus tartalma a hasüregbe folyt ki. Igy jött létre szerencsére a perforatio környékére localizált körülirt genyes peritonitis, vagyis a perityphlitikus tályog.

A tályogképződés helyét illetőleg nagy a változatosság. Sonnenburg kórboncztani és operativ tapasztalatai alapján négy typust különböztet meg: I. Elül-kivül. II. A coecum mögött (paratyphlitis). III. A coecum medialis oldalán. IV. A kis medenczében, legtöbbször a végbél és hólyag, illetőleg a végbél és büvely közt.

A tályognak ilyen mélyen képződésénél közre hat: a coecumnak és természetesen még inkább az appendixnek mélyebb fekvése, úgy hogy az utóbbi a kis medenczébe nyúlik le és az a körülmény, hogy az átfúródás az appendix csúcsa körül történik.

A tályog, mely heteken át állott fenn a nélkül, hogy pyaemiás lázak mutatkoztak volna, melynek fennállására a rendkivül száraz nyelv, zavart közérzet és állandóan szaporább pulsus utalt, végre körébe vonta a szomszédos húgyhólyagot és belefakadt.

A genynek a hólyagon át való kiürülése a baj spontan gyógyulására vezetett. A vizeletbe ürülő geny bélsárszagú ugyan, mint azt csaknem minden, a béllel szomszédos tályognál találjuk, de direct közlekedés a béllel nincs, mert benne bélsáralkatrészek (emésztetlen izomrostok, növényi alkatrészek, gázok) nincsenek.

A perityphlitikus tályog ilyen kiürülése a hólyagon át a ritka esetekhez tartozik: Sonnenburg idézi Bull statistikáját, ki 57 eset közül kétszer észlelte, míg a hasfalon át 38-szor, a peritonealis üregbe nyolczszor tört át. Krafft 106 eset közül egyszer észlelte a hólyagba való áttörést.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(II. szakülés 1903. február hó 21-dikén.)

Elnök: **Lőte József**; jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Brandt** két beteget mutat be, a kiknél **gastroplicatiót** végzett.

a) F. Mari, 44 éves, napszámosnő. Betegsége bemondása szerint 1897-ben kezdődött, midőn is gyomortáji fájdalmakban szenvedett, a melyek étkezés után fokozódtak. 1899. év végén a belgyógyászati klinikára vétette fel magát, honnan 1900. január 9-dikén a sebészeti klinikára tétetett át *dilatatio ventriculi* kórjelzéssel. Itt január 15-dikén Hevesi Imre operálta, midőn a gyomor nagyfokú tágulata mellett a pylorusnak úgynevezett spastikus szűkületét találta, miért is előbb egy pyloroplastica és utána egy gastroplicatio — gyomorredőzés — műtétet végzett. Műtét után a beteg csakhamar javulni kezdett, nehézségei elmultak. Ezután még két hónapig volt a klinikán, a mely idő alatt 13·5 kgm. súlylyal szaporodott. Márczius 19-dikén gyógyultan távozott. Távozása után hat hétig teljesen jól érezte magát, ekkor azonban baja újra előállván, a belgyógyászati klinikát harmadizben is felkereste, legutóbb 1902. augusztus 3-dikától október 23-dikáig kezeltette ott magát. Ekkor újbóli operatio végett a sebészeti klinikára tétette át magát.

A nagyon lesoványodott halványsziníi nőbeteg panaszai a régiek: étvágytalanság, savanyú felböfögés, nyomásérzés a gyomortájon. Csontizom-rendszer, légző- és vérkeringési szervek eltérést nem mutatnak. Has bőrén a proc. xyph.-tól alafelé a középvonalban körülbelül 10 cm. hosszú heg (három év előtti műtét helye). Gyomortáji mérsékelten előmagasodó, tapintásnál érzékeny, köldök felett locsocsanás. Gyomor alsó széle a köldök alatt három harántujjnyira terjed. Has általában puha, légpárna tapintatú, ellentálló képlet sehol sem tapintható. Gyomorból a reggeli órákban étkezés előtt gyomorsondán át körülbelül ½ liternyi, részben emésztetlen ételrészeket tartalmazó gyomorbennék ürül. Gyomornedv a szabad sósav reactioit kifejezetten adja. Beteg testsúlya 58 kgm.

Műtét 1902. november 14-dikén általános morphium-chloroform-narcosisban. Bőrmetszés a régi hegtől balfelé 1½ cm. távolságra. Hasüreg megnyitása után azt találta, hogy a gyomor a máj felső rés évei össze van nőve, úgyszintén alsó felületével is; különösen azonban a csepleszszel, még pedig a nagy curvaturája mentén. A gyomornak részben való előhúzása után tisztán láthatók helyenként ujjnyi széles befűződések, mint állandó nyomai a régebben alkalmazott gastroplicationak. E szerint a gastroplicationak a gyomor kisebbítésére határozott eredménye van. Hogy milyen ez az egész gyomorra nézve, tisztán meghatározni nem lehetett, miután a májjal, csepleszszel, sőt a léppel is össze lévén nőve, kiemelni a hasűrből nem lehetett. E befűződések közötti tágabb kiöblösödéseit a gyomornak a serosán és a muscularison át vezetett catgut-varratokkal most ismételten széles redőkbe szedte. A gyomornak a májjal való széles összenövése folytán a gyomor pylorikus részét nem tudta kitapintani s így az ottan régebben végzett tágító műtét eredményéről az óhajtott meggyőződést nem szerezhette meg. Összes műveletek után a peritonealis sebeket catgut-varratokkal zárja, fasciát és izmot szintén catguttal, végül a bőrt selyemvarratokkal.

Beteg a műtét után jól érzi magát. Tápláléka híg ételekből áll. Műtét utáni nyolczadik napon varratak eltávolítása, prima gyógyulás. Tizedik napon a beteg eddiginél is jóval halványabb, bőre viaszsárga színű, igen erőtlennek, bágyadtnak látszik, gyengeségről maga is panaszol. Akkor éjjel állitólag bő, híg széke volt, mint mondja, egészen fekete. Környezete azt állítja, hogy gyomor-sondája van és önkezűleg szokta magát sondázni; éjjeli szekrényében tényleg megtaláltatott, de hogy utoljára mikor sondázta magát, sem tőle, sem környezetétől megtudni nem lehetett.

1903. január elejéig anaemiája változatlan; majdnem teljesen étvágytalan, részvétlen. Hasban kimutatható eltérés nincs, hőmérséke rendes, nem hány. Kap Serravallo china-vasbort. Január 10-dike óta élénkebb, étvágya is jobb, anaemiája engedett, súlyban két kgm.-ot gyarapodott, jelenleg testsúlya 39·9 kgm.

b) É. József, 47 éves, csizmadia. Baját körülbelül 20 év óta érezi; állítása szerint évenként egyszer-kétszer gyomortáji fájdalmak és hányás kínozták. Baja nagyobb mértékben két év óta jelentkezett, miért is 1901. junius 21-dikén a belgyógyászati klinikára vétette fel magát, a hol catarrh. ventric. chron. dyspept., dilatatio ventriculi kórjelzéssel hat hétig feküdt. Egy ideig könnyebben érezte magát; 1902. szeptember havában fájdalmai tűrhetetlenné váltak s ezért október 3-dikán újolag felvétette magát a belgyógyászati klinikára, honnan október 17-dikén műtét czéljából a sebészeti klinikára tétetett át. Lesoványodott, bőr színe általában halvány, tüdő, szív részéről eltérés nincs. Gyomortáj kissé előmagasodik, resistentia nem tapintható, locsocsanás jól kiváltható. Tapintáskor érzékeny. Felfúvásnál a gyomor alsó határa a köldök alatt három harántujjnyira van. Étvágytalan, naponta többször hány, hányadéka régi ételrészeket tartalmaz félig emésztetlen állapotban. Éhgyomorból körülbelül 1000 cm³ erősen savanyú szagú gyomorbennék, mely a sósav reactioit adja, de a tejsavéit nem. Gyakran böfög, savanyú büzös gázokat, széke 6—7 napban egyszer, kemény bélsár-rögökből áll. Testsúly 54·1 kgm.

Műtét 1902. október 19-dikén. Általános morph.- és chlorof.-narcosisban. A proc. xyph.-tól alafelé a linea albában vezetett körülbelül 15 cm. hosszú bőrmetszés. Egyes rétegek után ráakadt a peritoneumra, melyet szintén felnyitva, bejut a hasűrbe. A kitágult gyomrot előhúzva, épnek találja, csak falai hypertrophikusan megvastagodtak. Pylorus ép, miért is gastroplicatiót végzett. A gyomor mellső falát hat, a hátsó falát öt, a muscularisig terjedő catgut-öltéssel redőkbe foglalja oly formán, hogy a gyomor közepe felé — tekintettel arra, hogy ott tágabb űrterű — nagyobb, illetve mélyebb redőket emel. Ilyenformán azokat összehúzva és összekötve, a gyomor tetemesen megkisebbedik. Felső részét rögzíti egy varrattal a proc. xyph. alá. Ezután catguttal a hashártyát csomós öltésekkel zárja, utána réteg- és bőrvarrat.

Műtét utáni napokon teljesen láztalan a beteg, közérzete jó, a tejet jó étvágygyal költi el; negyedik nap rendes szék; nyoczadik nap varratok eltávolítása, prima gyógyulás. Étvágy javul, sültet, 200 gm. bort kap. 15-dik nap felkel, egészen jól érzi magát, étvágya jó, naponként rendes szék. 20-dik napon testsúly 4 kgm.-mal gyarapodott. Egyenlő mennyiségű étel mellett folyton gyarapszik, mai napon 66·4 kgm.

2. **Hevesi Imre** a **genu valgum** tüneteit mutatja be egy eset kapcsán.

3. **Buday Kálmán** bemutatásai:

a) **Vitium cordis congenitum.**

Az eset Genersich Gusztáv magángyakorlatában fordult elő, a ki a tünetekből szivfejlődési hibára gyanakodott s a gyermeknek félesztendős korában bekövetkezett halála után rábirta a szülőit, hogy a bonczolásba beleegyezzenek.

A megejtett bonczolat a következőket deritette ki: Testhossz 62 cm., súly 4200 gm. Az egész test cyanotikus, lesoványodott. Rhachitises koponya-alak, megvastagodott borda-epiphysisek.

A has megnyitásakor feltünik, hogy a vakbél s a felhágó vastagbél 8—9 cm. hosszú, szabad bélfodorral birnak, tehát úgynevezett mesenterium commune van jelen. A *máj* a hasüreg felső részét symmetriásan kitölti, a bal lebeny ép oly nagy, mint a jobb s a hátsó hónaljvonalig ér; az epehólyag a lig. susp.-tól balra a bal lebenyen van. A *gyomor* teljesen fedve van a máj által, hossztengelye majdnem függélyesen halad lefelé, a duodenum is szinte teljesen sagittalis síkban fekszik. A *lép* teljesen hiányzik, a *pancreas* farki vége nincs rögzítve.

A *szívburok*, főkép harántul, meglehetős nagy. A *szív* bal fele kicsiny, a jobb gyomrocs ellenben minden átmérőjében nagyobb, különösen a conus tája erősen kiemelkedik. Az aorta jobboldalt elül ered és pedig teljesen a jobb gyomrocsból, a rendesnél tágabb, 16 mm. átmérőjű s majdnem függélyesen halad felfelé. Az art. pulmonalis az aorta mögött s tőle balra fekszik, a bal fülcse által eltakarva s vékony, szinte zsinegszerű, alig 2 mm. átmérővel.

Felmetszés után a jobb gyomrocs sokkal tágabbnak mutatkozik a balnál, fala is vastagabb s tömöttebb, a bal gyomrocs ürege feltünően kicsiny. A gyomrocs-sövény felső részén egy nagy ovalis hiány van, a melynek magassága 12 mm., mellső hátsó átmérője 15 mm. A pitvarsövényen szintén egy jókora hiány található, melynek megfelelő átmérői 14 és 13 mm. A két hiány közt a pitvargyomrocsi határon a septum intermediumnak megfelelő keskeny lécz van kifeszítve, a mely úgy fel- mint lefelé vájt széllel bir, úgy hogy a pitvar- és gyomrocssövényhiány együttesen 8-as alakkal birnak. A gyomrocssövényen a hiány az úgynevezett hátsó (a venás szájadékok közt fekvő) részt illeti s itt a kéthegyű billentyűnek medialis vitorlája egy mellső és egy hátsó részre hasadt, a melyek mindegyike a gyomrocssövényhiányon át egy-egy tricuspidalis billentyű-vitorlával függ össze.

Az aorta a bal gyomrocstól a gyomrocssövény mellső része által teljesen el van zárva s a jobb gyomrocsból, annak mellső medialis részéből ered. Az art pulmonalis egyik gyomrocsesal sem közlekedik, obliterált alsó vége a gyomrocssövényben vész el, szájadéka nem található fel.

A nagy ütőerek lefutása a következő: a zsinegszerű *art. pulmonalis* körülbelül 1·5 cm.-re a szivből való kilépése után két ágra oszlik, melyek mindegyike sokkal vastagabb, mint maga a törzs, átmérőjük mintegy 0·5 cm. s megfelő tág belvilággal is birnak. Ezen ágak a bal és jobb tüdőhöz haladnak s ott kisebb ágakra oszolva a tüdő állományába behatolnak.

Az *aorta* ascendens függélyesen felfelé haladva átmegy az aortaívbe, a mely a jobb bronchus felett hajlik át s a lehágó aorta is a gerinczoszlop jobb felén halad végig. A függőér ívéből ered baloldalt egy art. anonyma, a mely a bal carotist és subclaviát adja, jobboldalt ellenben a carotis és subclavia külön-külön erednek az aortából. Az aortából azonkivül igen erős *bronchialis ütőerek* is erednek, a melyek az elzárt art. pulmonalis helyett a tüdőt vérrel ellátják. Az egyik az aortaív vájulatából ered s a jobb tüdőhöz halad s körülbelül olyan vastag, mint az art. pulmonalisnak a jobb tüdőhöz menő ága. Még hatalmasabb ágak erednek a lehágó aorta felső részéből a trachea oszlása magasságában: baloldalt egy igen erős ág, a melynek átmérője majdnem még egyszer akkora, mint a bal art. pulmonalis ág, jobboldalt pedig két valamivel kisebb ág. A baloldali erős bronchialis ütőér azonkivül a bal art. pulmonalis ággal a tüdőbe való belépése előtt közlekedik. Ezen ágak leadása után a lehágó aorta szembetünően megvékonyodik.

A *nagy venák* kikészítésénél a következő rendellenességekre akadunk: A jobboldali v. jugularis és v. subclavia egyesülve egy v. cava superior dextrát alkotnak, a mely a jobb pitvarba ömlik. A baloldali v. jugularis és subclavia ellenben ezektől teljesen elkülönítve egy v. cava superior sinistrába egyesülnek, a mely a bal pitvarba szájadzik. Hasonlókép a tüdővenák közül is a jobboldaliak a jobb pitvarba, a baloldaliak a bal pitvarba ömlenek. A v. cava inferior egész lefutásában az aortától balra fekszik s a máj bal lebenyének hátsó részét fúrja át.

A *tüdők* lebenyeit elkülönitő rendes barázdák nem mindenütt

elég kifejezettek, e helyett több rendellenes sekély barázda van a tüdők felületén, a mi által számfeletti kisebb lebenyek keletkeztek. Mindkét tüdőben, főleg a hilus közelében kisebb-nagyobb sajtos góczok, a bal tüdőben egy diónyi sajtos terület. A tüdőcsúcsban és széleken emphysema, a hátsó részekben catarrhalis pneumonia. A tüdőkapuban igen sok és nagy, egymással összekapaszkodott sajtos nyirkmirigy. Göreső alatt a gümőkór szokott képe, óriássejtekkel, bacillusokkal.

A *vesemedencze és kelyhek* mindkét oldalt kissé tágultak, egyébként a vesék épek. Az alsó vékonybeleken Meckel-féle diverticulum.

A mint ezen ismertetésből látszik, nemcsak a szíven voltak fejlődési rendellenességek, hanem a nagy edényeken is s ezenkivül a tüdők, gyomor, belek, bélfodor, máj és lép is kisebb-nagyobb fokú fejlődési zavarokat, illetőleg hiányokat mutattak. Mindezek közül jelentőségre nézve kétségkivül első helyen áll a szív sövényeinek és a nagy ütőeres törzseknek képződésében mutatkozó nagyfokú szabálytalanság. Első pillanatra csodálatosnak tetszik, hogy ilyen fokú fejlődési hibák mellett fél esztendőt ért meg a gyermek. Már a szívsövényhiányok is a legnagyobbak közé tartoznak, a mennyiben úgy a pitvar-, mint a gyomrocssövénynek legnagyobb része hiányzik. Az art. pulmonalis törzsének elzáródása pedig egyenesen lehetetlenné tette egy külön kis vérkeringés létesülését. Ez az elzáródás valószinüleg azáltal támadt, hogy a közös ütőeres törzs sövénye rendellenesen képződött, úgy hogy egy igen tág mellső jobboldali aortára és egy igen szűk hátsó baloldali art. pulmonalisra osztatott a trunc. art. communis. Ennek következtében az aorta teljesen a jobb gyomrocsba került, míg az art. pulmonalis alsó része a gyomrocsoktól úgyszólván teljesen elzáratott.

A tág bronchialis ütőerek azért képződtek, hogy az aorta felől a tüdők, illetőleg az art. pulmonalis ágai vért kapjanak. A baloldali ütőeres közlekedés megfelel egy rendellenes ductus arteriosus Botallinak s ez látja el vérrel az art. pulmonalis ágait.

Természetes, hogy ily viszonyok közt csak egy vérkeringés volt, mert az aorta vitte a tüdőbe is az oxydálásra a vért, persze ugyanaz az aorta egyúttal vegyes vért vitt szét a testbe is.

Ily nagyfokú fejlődési hiányokkal rendszerint röviddel a születés után bekövetkezik a halál. Hogy ez a gyermek mégis hat hónapig élt, azt talán a következő módon lehet magyarázni. A nagy pitvar és gyomrocssövény hiányok lehetővé tették, hogy az összes venás vér a jobb gyomrocshoz eljusson. Másfelől az aorta szájadéka teljesen a jobb gyomrocs fölé esett és a bal gyomrocstól el volt különítve, a jobb gyomrocs tehát a beléjutott összes vérmennyiséget jól átadhatta az aortának. Végül a bronchialis ütőerek igen erős kifejlődése lehetővé tette azt, hogy az art. pulmonalis elzáródása daczára az oxydatio végbemenjen, persze jóval tökéletlenebbül, mint teljesen zárt kis vérkeringésnél.

A mi a szív fejlődési hibáknak a többi szervek fejlődési rendellenességeihez való viszonyát illeti, ezt a következőkép lehet talán elképzelni. Olyan formán látszik, mintha itt egy situs inversus akart volna fejlődni, de nem fejlődhetett ki a maga teljességében, hanem e helyett az egész fejlődés megzavartatott. Legalább valami közös zavaró okra kell gondolni, a mikor azt látjuk, hogy az aorta a jobb gyomrocsból indul ki, lehágó részével a gerincz jobb oldalán halad, míg a vena cava inferior a bal oldalon s ugyanakkor a máj bal lebenye aránytalanul erősen fejlődik, az epehólyag fundusa a bal lebenyre kerül, a gyomor pedig nem teszi meg a szokott forgását a sagittalis síkból a homloksíkba.

Ez a transponált máj és transponált szív együttes előfordulása mások által is észleltetett.

Érdekes még, hogy a gyermeknél aránylag korán tüdő- és hörgi mirigygümőkór fejlődött ki. A tüdőütőér szűkülete sokszoros tapasztalat szerint előmozditja a tüdőgümőkór keletkezését.

Genersich Gusztáv hozzászólásában az érdekfeszitő és alapos bemutatás után nagyon kevés mondanivalót talál.

Észlelése nem volt folytonos, mivel a beteget csak időnként láthatta és a fellépett tüdőbántalom annyira uralta a helyzetet, hogy a szív tüneteit pontosan felvenni nem lehetett. Arra a lehetőségre pedig, hogy az esetet a bonczasztalon fogja láthatni, a helybeli viszonyok mellett nem is gondolt. A szülők engedélyét a bonczolatra az a megjegyzése eszközölte ki, hogy a bonczolat hivatva volna eldönteni azt, mit az élőben nem lehetett, hogy tuberculosis-e az észlelt bántalom, vagy sem.

Hozzászólása ennélfogva csak az eset előzményeire, néhány megemlítésre méltó észlelt tünetre s a veleszületett szivbántalmak általános körülményeire terjeszkedhetik.

A gyermek hat hónapig és tiz napig élt, első gyermek volt. 1901. október 10-dikén született. Az anya a terhesség alatt nyolcz hónapig teljesen jól érezte magát, sohasem volt rosszul, nem hányt, sőt igen jól evett és meghizott. Az utolsó hónapban, mely időszak a magzat szerveinek képződésére már nem lehetett befolyással, folytonosan rosszul volt és nagyon felpuffadt. A szülés rendes és elég rövid tartalmú volt. A gyermek már születésekor nagyon gyenge volt, sírása alig hallatszott, a kezelő orvos nem is engedte meg nyolczadnapra körülmetélni.

Daczára azoknak a nagymérvű szervi változásoknak, melyekben a gyermek szenvedett és daczára a gyomor fejlődési rendellenességeinek, a gyermek türhetően táplálkozott és feltünő módon gyarapodott.

A gyermek születése után egy hétre 3153 gm.-ot nyomott, hathetes korában pedig 3650 gm. volt. Két hónapig az anyja szoptatta, de részben, mivel teje elapadt, részben, mivel a gyermek szopáskor nagyon elfáradott, tehéntejre fogták. A gyermeket 1902. január 12-dikén gyengén táplált állapotban találta és dajkát ajánlott. Január 23-dikán a testsúly 4050 gm. volt. A gyermek eddig aránylag kevés táplálékot vett magához, az elfogyasztott tehéntej $^1/_2$—$^3/_4$ borospohárnyi volt. A dajkától eleinte valamivel többet kapott, de az asszony elejétől fogva panaszkodott, hogy a gyermek csak fél mellből szopik és azt sem üríti ki egészen. A testsúly ennek daczára február 26-dikán 4500 gm. volt és márczius 16 dikán 4900 gm.-ot nyomott. Márczius 26-dikán azonban már tekintélyes apadás volt észlelhető (4600 gm.), mely csak április hó 2-dikától egyenlítődött ki és a testsúly április 12-én elérte a 4900 gm.-ot. A gyermek április 16-dikán rosszul lett és 20-dikán meg is halt, tehát közel halálához körülbelül 300 gm.-ot hizott 10 nap alatt.

A másik feltünő sajátság volt, hogy a gyermek daczára fuladásának és köhögésének, alig sírt és általában jó kedélyü volt, nevetett, hangra jól figyelt és környezetét megismerte.

A kékséget öthetes korában vették észre sirás közben. 1902. január 12-dikén tett első látogatásakor a cyanosis nyugodt állapotában is jól kifejezett volt, úgy az arczban, mint a végtagokban. Az ujjak végpercze némileg dobverőszerűleg megdagadt, de az ujjakon fejlődési rendellenességek nem voltak. Másfelől azonban igen feltünő volt a kéz visszereinek tágabb volta, az ujjak szélén elkanyargó visszerek nemcsak láthatók voltak, hanem vastag czérna vastagságával birtak.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

7140 eln. I/1. a. 1903.

Máramaros vármegyéhez tartozó **Rahó** községben rendszeresített, egy a X. fizetési osztályba tartozó **kincstári erdészeti orvosi állásra** 1600 korona évi fizetéssel és a rendszeresített mellékilletményekkel pályázat nyittatik.

Pályázni kivánók felhivatnak, hogy sajátkezűleg irt és életkorukat, a magyar honosságot, egészségi állapotukat, a magyar, német és ruthén nyelv tudását, valamint az orvosi álláshoz megkivánt minősités birását igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a máramarossigeti m. kir. erdőigazgatósághoz folyó évi szeptember hó 15-dikéig nyujtsák be.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 10-dikén.

M. kir. földmivelésügyi Minister.

3141/1903. sz.

Aradvármegye pécskai járásához tartozó **Magyar-Pécska** nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi szeptember hó 10-dikének d. e. 9 óráját Magyar-Pécska községházához kitüzöm.

Az állás javadalmazása évi 1000 korona fizetés; az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér látogatási díj.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, miszerint orvosi oklevéllel és az eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám a **választást megelőző napig** nyujtsák be.

Pécska, 1903. évi augusztus hó 3-dik napján.

2—1 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
aug. 24	körorvos	Nezsider	1200 k. fizetés	Dezasse, főszb.
„ 26	közs. o.	Knéz	1200 k., 200. k. lakp.	Szépe László, főszolgab.
„ 25	közs. o.	Kunbaja	1200 k. fizetés	Szutrély Lipót, főszlgb
„ 28	kórh. alo.	Nyiregyháza	100 k. fiz., teljes ellátás, lakás	Báró Feilitzsch, főispán
„ 29	közs. o.	Székváros	1000 k. fiz., 200 k. lak.	Nagy Lajos, főszolgab.
„ 29	körorvos	Esztény	800 k., 400 k. ú. á.	Nagy Lajos, főszolgab.
„ 31	közs. o.	Szentetornya	1200 k., fuvar, szabad lakás, gyógytár	Ambrus Sándor fszb.
„ 31	körorvos	Farkasd	1600 k. fizetés	Langhammer, főszolgb.
„ 31	tiszti főo	Hódmezővh.	1600 k. fizetés	Kmetykó József h. pm. Lukács főisp.-hoz czim.
szept. 1	körorvos	Vaál	1111 k. 27 f. fizetés	Vuits Jenő, fszbiró
„ 1	téb más.o.	Nagyszeben	1200 k., lak., élelm.	Igazgató
okt. 1	körorvos	Jablonka	1400 k. fiz., gyógytár	Csillaghy, főszolgabiró

HIRDETÉSEK.

Ajánlom a t. orvos urak figyelmébe az

Igmándi keserűvizet.

Előnyei, hogy **könnyen bevehető, nem émelygős ízü** 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 szállíttatik.

Negyvenhetedik évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1903. augusztus 30.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

Bálint Rezső: Közlemények a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról. Adatok a tüdővész tanához. — A tüdővészesek izomzatának villamos ingerlékenységéről. 552. l.

Schafter Károly: A paralysis progressiva kórtana. 555. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhűdésecknél és zsugoroknál. 557. lap.

Közegészségügy. Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei. 558. lap. — Fertőző betegek vasúton való szállítása. 559. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Kopits Jenő**: A gümős csigolyagyuladás gyógyításának mai állása. 559. lap. — *Könyvismertetés. Prof. Dr. Hermann Lenhartz:* Die septischen Erkrankungen. 560. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Labadie-Lagrave* és *Robin:* Jodcodein. — *His* és *Paul:* Citarin. — *Belgyógyászat. Engel:* Traumás eredetű albuminuria. — *Boas:* Epekőbetegség. — *Pelzl:* Az Ehrlich-féle diazoreactio. — *Kast* és *Gütig:* A vérvizsgálat értéke typhus abdominalis eseteiben. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Orha:* A heroin. — *Kropil:* A mesotan. — *Franck:* A gümőkór hetol-kezelése. — *Fischer* és *Koske:* Kresulfol „Riedel". — *Kolbassenko:* Himlő gyógyítása thiollal. — *Hess:* Theocinhatás kifejezett esete. — *Burwinkel:* A tüdőgümőkórnak kreosottal való kezelése. — *Staedtler:* Tussis convulsiva gyógyítása vaporinnal. — Suprareninum hydrochloricum. — *Folyóiratok átnézete.* 561—563. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A magyar orvosok és természetvizsgálók kolozsvári vándorgyülésének elszállásoló bizottsága. — Oklevélbemutatás. — Állami kórház tüdőbetegek részére. — Elmegyógyító-intézet Máramaros-Szigeten. — Beiratkozások az egyetemre. — Fürdőink személyforgalma. — Elhunyt. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Mellékletek. Gyermekgyógyászat. 3. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár. — F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég Thigenol „Roche" synthetice előállított készítmény czimű prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemények a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

Adatok a tüdővész tanához.

Az 1899/900-diki tanévben kórodámon egy 12 ágyas osztályt rendeztem be a tüdővészre vonatkozó pathologiai és therapeutikus vizsgálatok számára. A vizsgálatok egyik therapeutikai oldalára vonatkoztak azok az adatok, melyeket a budapesti kir. Orvosegyesület tüdővészbizottságának 1902. évi márczius 12-diki ülésében a házi sanatoriumkezelés eredményeiről előadtam; ezek az azóta szerzett kiegészítő tapasztalatokkal annak idején közölve lesznek.

Az ezideig folyamatban levő pathologiai vizsgálatok az idült tüdőgümőkór által megtámadott emberi szervezet átalakulásának behatóbb ismeretére vannak irányozva. Ilyen vizsgálatok egyes szervekre és működésekre vonatkozólag a búvárok egy sorától már ismertetve lettek, azonban a tüdővészes szervezet összes szöveti és működési életének egymásba szövődött elváltozásai mellett, melyek a tüdőnek idült gümőkórját kisérik, könnyen érthető, hogy az egyes szervek felől nyujtott felderítések még legnagyobbrészt darabosak és hogy nem is terjeszkednek ki a szervi élet minden részére. Ugy vagyok meggyőződve, hogy ezen ismeretek kiegészítéséből és tisztázásából a tüdővész rationalis kezelésére minden körülmények közt haszon fog háramlani.

Az alább következő első közlemény a tüdővészes szervezet ideg- és izomrendszerére vonatkozik. Már sok év előtt reámutattam (Realencyclopedie), hogy a phthisikusok izomrángásai elterjedettebb és határozottabb alakú elváltozásra mutatnak, mint azon időben hitték. Ezen elváltozások tüzetes vizsgálatával biztam meg Bálint Rezső dr. kórodai tanársegéd urat, a kit erre hivatottnak jelölt ki az idegkórtan terén már eddig felmutatott több jeles dolgozata.

Korányi Frigyes.

A tüdővészesek izomzatának villamos ingerlékenységéről.

Bálint Rezső dr. klinikai tanársegédtől.

Az a széleskörü, intensiv mozgalom, mely a tüdővész gyógyítása érdekében a bakteriologia, pharmakologia s főleg a klimatotherapia s a sanatoriumokban való gyógyítás terén az egész orvostudományi világban az utolsó évtizedekben megindult, a tüdővész klinikáját sem hagyta érintetlenül. A figyelem, mely az egész nemzedékeket pusztító betegség felé fordult, élesebb világot vetett annak megjelenési alakjaira, lefolyására, tüneteire is. Számos oly tünet és momentum volt azelőtt ismeretlen, vagy tünt fel talán csekély fontosságúnak, vagy esetlegesnek, járulékosnak s így figyelemre alig méltónak, melynek a tüdővész kórképével való szerves összefüggését a tüzetesebb klinikai megfigyelés világossá tette, s ez az oka, hogy azok a határok, melyek a phthisis képének tünettanát körülveszik, mindinkább kiszélesítésre szorulnak. Különösen áll ez azokra a tünetekre, melyek nem directe a helyi folyamat hatása alatt fejlődnek ki, hanem inkább a betegségnek az organismusra gyakorolt valamelyes befolyása alatt jöttek létre, a mely befolyás mibenléte nem minden esetben kézzelfogható s elég világos.

Igen nevezetesek s jelentőségesek is e tünetek közt azok, melyeket a tüdőtuberculosis az idegrendszer részéről vált ki, s melyeknek egyesei már mint a tüdővész rendes kisérő tünetei közismertségnek örvendenek. Ilyenek a phthisikusok psychéjének elváltozásai, ilyenek az érző idegek részéről a különböző fájdalomnyilvánulások, a különféle neuritises jelenségek: mint sensibilitási zavarok, izomsorvadások stb., tisztán az izmok részéről az

idiomuscularis rángások, főleg a pectoralisokon, mely utóbbiak egyesek által még pathognostikusnak is tarttattak; továbbá a pupillaris elváltozások, vasomotorius zavarok stb.

Azokra az elváltozásokra, a melyek az izomidegrendszer működésében a tüdőtuberculosis kiséretében fellépnek, már sok évvel ezelőtt rámutatott Korányi Frigyes az Eulenburg-féle Real-encyclopediában irt munkája keretében. Már akkor kiemelte ezen elváltozások egyes megjelenési formáit, valamint kiemelte azt is, hogy ez elváltozások sokkal kiterjedettebbek és jelentősebbek, mint az eddig leirva volt. Ezen elváltozások tüzetesebb átvizsgálásával bizott most meg engem s én a következőkben akarok vizsgálataim eredményeiről beszámolni.

A vizsgálatok a tüdővészes betegek izomzata villamos reactiojának megállapításában állottak. A vizsgálatokat farados és galvanos árammal végeztem, összehasonlítva az egyes izmok összehúzódására szükséges áramerőket a túloldali megfelelő izom, valamint tüdővészben nem szenvedők izmainak összehúzódására szükséges áramerőkkel.

20 tüdővészes beteget vizsgáltam így át izomzatának ingerlékenységére nézve, s ezek közül 10-nél pontos quantitativ meghatározásokat végeztem.

A 20 vizsgált eset között volt 5 tisztán egyoldali folyamat, 15 kétoldali, és pedig ezek közül 9 eset, a hol a kétoldali elváltozás intensitása közt nagy differentia volt constatálható, 6 pedig a hol a kétoldali folyamat körülbelül egyenlő intensitású volt.

Egészen kezdeti folyamat volt 4 egyénnél, kifejezett tompulat szörcszörejekkel s hőemelkedésekkel 13 egyénnél és erősen destruáló folyamat cavernákkal 3 egyénnél.

A 10 pontos quantitativ vizsgálatnak alávetett egyén közül 3 tisztán egyoldali, a többi kétoldali folyamat. Kezdeti folyamat volt 3-nál, nagyobb, kifejezett tompulat 5-nél s erősebb destructiv folyamat 2-nél. Meg akarom még jegyezni, hogy a tüdővészesek egy része ilynemű vizsgálatokra egyáltalán nem volt alkalmas, mert a túlságos bőr- és izomérzékenység folytán megfelelő áramot nem alkalmazhattam.

A villamos vizsgálatnak a következő izmokat vetettem alá: Az arcz izmai, a m. cucullaris, m. sternocleidomastoideus, m. pectoralis major, m. deltoideus, m. latissimus dorsi, m. triceps és biceps, az alkar feszítő és hajlító izmai, a kéz kis izmai, a m. quadriceps femoris, a m. peroneus, a m. soleus és a m. extensor digitorum pedis brevis.

Midőn még megjegyzem, hogy az izmok reactiojának vizsgálatával mindenütt egybekötöttem a fájdalomérzés vizsgálatát, röviden be akarok számolni azokkal az eredményekkel, melyekre e vizsgálatok útján jutottam.

Mindenekelőtt az esetek legnagyobb részében kifejezve láttam azt a különben már többször leirt jelenséget, hogy a tüdővészesek izomzatának ingerlékenysége az egészséges emberénél jóval nagyobb. Gyakran már oly gyenge faradikus áramok, melyek még az érezhetőség határán kivül vannak, minthogy a beteg túlérzékenysége daczára sem érzi az áramot, már egyes izmokon kifejezett összehúzódást váltanak ki. Másodsorban meg akarom általánosságban jegyezni azt, hogy épen a legingerlékenyebb izmok vizsgálatánál igen gyakran találtam azt, hogy az izmok a vizsgálat közben kifáradnak; több esetben láttam azt, hogy az izomcontractiók a 10—15-dik villamos izgatásnál, néha már hamarabb kevésbbé erélyesek lesznek, ritkán egy időre egészen kimaradnak.

A villamos ingerlékenység fokozott volta azonban nem az összes izmokon egyenlően van meg. S az egyes izmok ingerlékenységének vizsgálatánál arra az érdekes jelenségre találtam, hogy az egyik oldal és pedig a *beteg tüdőnek megfelelő oldal izmainak ingerlékenysége nagyobb a túloldaliakénál.*

E jelenség, mint látni fogjuk, nem minden egyes izomnál áll fenn s alantabb ki fogom jelölni azokat az izmokat, melyek az esetek nagyobb részében ilyeneknek bizonyulnak, most azonban röviden meg akarom beszélni azokat a viszonyokat, a melyek között ez a féloldali túlingerlékenység megjelenni szokott.

Az egyik oldali izomzat ingerlékenységének fokozódottsága a 20 eset közül 16-ban, tehát ez eseteknek körülbelül 80%-ában fordult elő. És pedig az 5 tisztán féloldali eset közül 4-ben, a 15 kétoldali közül 12-ben. A 4 eset közül, hol az ingerlékenység e különbségét nem észleltem, egyikben féloldali egészen kezdeti, alig felismerhető folyamat volt jelen, kettőben kétoldali körülbelül egyenlő intensitásban levő második stadiumos folyamat, a negyedikben pedig kétoldali, előrehaladt, erősen destruáló, részben cirrhotikus jelenségekkel járó folyamat. A mi e túlingerlékenység elhelyezését illeti, a viszonyokat úgy találtam, hogy az egyoldali folyamatoknál a megtámadott tüdőnek megfelelő oldal izmai voltak az ingerlékenyebbek. A kétoldali folyamattal járó esetekben általában azon oldal izmai voltak ingerlékenyebbek, a mely oldali tüdőfolyamat frissebbnek, acutabbnak mutatkozott. Ez esetekben azonban teljesen szigorú elrendeződést nem minden esetben észleltem, a mennyiben többször láttam azt, hogy az egyik oldalon az izmok nagy része ingerlékenyebb, míg néhány izom ingerlékenysége a másik oldalon fokozottabb.

Az ingerlékenységi különbözet foka nem állandó s a tüdő folyamatának viszonyaitól látszik függőnek. Többször észleltem pl. azt, hogy egy betegnél, kinél a kórodára való felvételkor ily ingerlékenységi differentiákat találtam, több heti klinikai sanatoriumszerű kezelés után a tüdőfolyamat kisebb-nagyobb megnyugvása után a különbözet is gyengült, egyes izmokban meg is szünt, bár az összes izmokban egy esetben sem láttam azt teljesen megszünni.

Az ingerlékenységi különbözetek nagysága nincs egészen arányban a tüdőbeli folyamat előhaladottságával. Legnagyobb különbözeteket találtam a II. stadiumi folyamatoknál, a hol tehát nagyobb terjedelmü beszűrődés, tompulat, szörcszörejek voltak jelen. Kevésbbé nagyok a különbözetek a kezdeti és a nagyon előhaladott (III. stadiumi), destructioval járó folyamatoknál.

A villamos ingerlékenység különbözete úgy a faradikus, mint a galvanáram segélyével is kimutatható. A legnagyobb differentia, melyet egyes izmokon észleltem, $2^1/_2$ cm. tekercstávolság volt. A galvanikus árammal való vizsgálatnál, miután az összehúzódásra szükséges áram mindkét oldalon igen csekély, egészen pontos differentiák galvanometrice nem igen állapithatók meg, de a rheostat állásából, illetőleg az elemek számából nevezetes különbségekre lehet következtetni. Néhány esetben könnyen nyertem anodnyitási rángást, sőt egy esetben az egyik izmon (m. pect. major) időnként kathodnyitási rángást is kaptam. A test egyes izmainak ingerlékenysége nem egyenlő mértékben szokott fokozott lenni. Egyes izmok praedilectionalisaknak látszanak az ingerlékenység e fokozott voltára. A 10 esetben, melyeknél a vizsgálat az összes fent nevezett izmokra kiterjedt, az egyes izmok következő gyakoriságban vettek részt a túlingerlékenységben:

Leggyakrabban: a m. pectoralis major és a m. cucullaris.
2. sternocleidomastoideus, latissimus dorsi.
3. biceps, m. quadriceps femoris.
4. triceps, deltoideus, gemellus surae.
5. m. peroneus, alkarizmok.

Ellenben egy esetben sem találtam az ingerlékenység féloldali fokozottságát az arcz, a kéz és láb izmaiban. Körülbelül ugyanez a csoportosítás áll az egyes izmok ingerlékenységi különbözeteinek fokára is, bár ezen a téren sok eltérést találtam. Annyit azonban kétségtelenül láttam, hogy a legnagyobb differentiák a m. pect. major és a m. cucullaris, utánuk pedig a m. latissimus dorsi és m. st. cl. mastoideus ingerlékenységében találhatók. E differentiák nagyságára különben, de főleg arra a momentumra, hogy az izmok mily nagy száma vesz részt a túlingerlékenység jelenségében, egyes tényezők lényeges befolyást látszanak gyakorolni.

Mindenekelőtt nöknél valamivel kifejezettebb az egész tünetcsoport. Másodszor befolyással látszik lenni az anaemia, mely az izomrendszert e túlingerlékenységre praedisponálja és végre nagy szerepet játszik a túlingerlékenység fokozásában, illetőleg több izomra való kiterjesztésében: a láz. Többször láttam, hogy betegeknél, kiknél láztalan állapotban csak kevés izomra kiterjedő kisebb fokú hyperirritabilitást találtam, lázas állapotokban az ingerlékenységi differentiák jóval nagyobbak voltak s több izomra, néha az egész oldalra kiterjedtek.

Mint már megjegyeztem, az izmok villamos ingerlékenységének vizsgálatával mindenütt egybekötöttem az izmok fájdalomérzésének vizsgálatát s azt találtam, hogy *azon izmoknak, me-*

lyeknek villamos ingerlékenysége a túloldaliaknál fokozottabb, fájdalomérzése is fokozott.

Mielőtt már most e jelenségek magyarázásáról szólnék, egy-egy esetet akarok felhozni a különböző megbetegedési fokokból az elmondottak illustrálására:

G. G.-né, 33 éves, 7 hó óta beteg.

Tüdőstatus: Jobboldalt elül kissé rövidebb üres kopogtatási hang a kulcscsont felett, érdes be- és kilégzés; hátul a lapoczközti táj felső harmadáig terjedő tompulat; határozatlan be-, megnyúlt boronchovesicularis kilégzés, szörcszörejek. Bal tüdő ép.

	Farad. ingerl. j. o.		Farad. ingerl. b. o.		Galv. ingerl. j. o.		Galv. ingerl. b. o.	
M. cucull.	11	cm.	9	cm.	1/4	Ma.	3/4*	Ma.
M. st. cl. mast.	11 1/2	„	10	„	1/4	„	3/4	„
M. pect. major	12	„	9 1/2	„	1/8	„	3/4**	„
M. lat. dorsi	11	„	10	„	1/4	„	3/4	„
M. biceps	10 1/2	„	9	„	1/2	„	1	„
M. triceps	10 1/2	„	9 1/2	„	1/2	„	1	„
M. deltoideus	10 1/2	„	9 3/4	„	1/2	„	1	„
Alkarizomzat	10	„	9 1/2	„	3/4	„	1	„
M. quadriceps fem.	9 1/2	„	8	„	3/4	„	1 1/4	„
M. gemellus surae	10 1/2	„	9 1/2	„	1/2	„	1 1/4	„
M. peron. l.	10	„	9 1/2	„	1/2	„	1	„

* A. ny. rángás is nyerhető.
** Könnyen nyerhető a. ny. és időnként k. ny. rángás is.

Tehát: középsúlyos eset az összes nevezett izmokban, nagyobb ingerlékenységi differentiákkal a megbetegedés oldalán.

Mint már mondottuk, az arcz-, kéz- és lábizmoknál eltérés nem volt található.

2. L. J., 22 éves, 1 hó óta beteg. Baloldalt tövis feletti árokban kissé rövidebb kopogtatási hang, hangos érdes be-, megnyúlt kilégzés, időnként egy-két gyenge ropogás. Jobb tüdő ép.

	Farad. ingerl. j. o.	Farad. ingerl. b. o.	Galv. ingerl. j. o.	Galv. ingerl. b. o.
M. cucull.	9 1/4	10 1/4	1/2	1/4
M. st. cl. mast.	9 1/2	11 1/2	1/2	1/4
M. pect. maj.	8 1/2	9 1/2	3/4	1/4
M. lat. dorsi	8 1/2	9	1 1/2	1
M. biceps	8 1/2	9 1/4	1 1/2	1
M. triceps	8 1/2	9	3/4	3/4
M. deltoideus	9	9	1	1
Alkarizomzat	9	9	1 1/4	1 1/4
M. quadriceps f.	8 1/2	9 1/4	1 1/2	1 1/2
M. gemellus s.	9	9	1 1/4	1 1/4
M. peron. l.	9	9	1 1/2	1 1/2

Tehát: kezdődő folyamat az előbbinél kisebb differentiákkal a megbetegedés oldalán nem minden izomban.

3. S. M., 25 éves, 2 3/4 éve beteg. Baloldalt elül az egész tüdő felett teljes tompulat, dörzszörejek, csengő szörcszörejek; hátul ugyancsak végig tompult, halk légzés, szörcszörejek amphorikus utóhanggal. Jobboldalt kulcscsont felett és alatt tompult a III. borda alsó széleig, néhány ropogás. Hátul tompult kopogtatási hang a lapoczközti táj közepéig. Határozatlan be- és kilégzés.

	Farad. ingerl. j. o.	Farad. ingerl. b. o.	különbs.	Galv. ingerl. j. o.	Galv. ingerl. b. o.	különbs.
M cucull.	9	8	1/2 j. o.	1/2	1	1/2 j. o.
M. st. cl. mast.	9 1/2	9 1/2	—	3/4	1	1/4 j. o.
M. pect. maj.	9 1/2	10 1/2	1 b. o.	1/2	1/8	3/8 b. o.
M. lat. dorsi	9	9	—	3/4	3/4	—
M. biceps	7 1/2	8 1/2	1 b. o.	3/4	1/4	1/2 b. o.
M. triceps	8	8	—	3/4	1/2	1/4 b. o.
M. deltoid.	8 1/2	8 1/2	—	3/4	3/4	—
Alkarizomzat	8 1/2	8 3/4	1/4 b. o.	1	1	—
M. quadriceps f.	7 1/2	8 1/4	3/4 b. o.	3/4	1/4	1/2 b. o.
M. gemellus s.	7 1/2	7 1/2	—	1	1	—
M. peron. l.	7 1/4	7 1/4	—	1 1/2	1 1/2	—

Erősen előhaladott eset kisebb differentiákkal egyes izmokban, melyeknek nagyobb része a súlyosabban megbetegedett tüdő oldalán fekszik, kettő azonban a túloldalon.

* * *

Ezek után áttérek fejtegetéseim utolsó pontjára, hogy vajjon találunk-e oly támpontokat eddigi ismereteinkben, a melyekkel az izomingerlékenység leirt jelenségét magyarázni tudjuk. Mindenekelőtt ki kell emelnünk azt, hogy a tüdővészt kisérő idegrendszeri elváltozások között ismerünk olyant, a mely a tüdő megbetegedésének megfelelő féloldali elhelyeződése által az általunk észleltekkel párhuzamba hozható, a mi annál jelentősebb akkor, mikor e tünemények okait akarjuk keresni.

Az utóbbi évek klinikai vizsgálódásának eredménye az a tünetcsoport, mely a megbetegedett tüdő oldalának megfelelő testfél fájdalomérzésének fokozott voltában áll: a hemialgia vagy hemihyperaesthesia neuromuscularis, melyet első tüzetesebb leirója után *Weill*-féle syndroma név alatt is ismerünk. E tünetcsoport, mint neve is mutatja, abban áll, hogy a megbetegedett tüdőnek megfelelő testfélen a bőr, az idegek s az izmok nyomásra a túloldalinál érzékenyebbek, söt fájdalmasabbak. A tünetcsoport, mely *Weill* s később *Jacquet* vizsgálatai szerint a tüdővészeseknek majdnem mindegyikénél jelen van, de a mely, mint *Benedikt H.* kimutatta, a szív- és aortabetegek kisugárzó fájdalmakkal járó eseteinek több mint 3/4 részében is feltalálható többnyire baloldali localisatioval, s így nem a tüdőbetegségekre szorítkozó jelenség, már localisatiojánál fogva is azt a feltevést kelti, hogy helyi ok befolyása alatt alig jöhetett létre s fel kell tennünk azt, hogy a tüdőfolyamatnak az egész idegrendszerre való valamelyes behatása által okoztatik. Épen ezért nagyon valószinünek tetszik nekem az, hogy ez a hyperaesthesia talán csak megnyilatkozása, részjelensége egy általános megváltozott állapotnak, melybe az idegrendszer a tüdőfolyamat által jut, valamint az is, hogy az általam ismertetett ingerlékenységi változások is e megváltozott állapotnak megnyilatkozásai, annál is inkább, mert mint kiemeltem, az egyes izmok túlingerlékenysége rendesen együtt járt az illető izom túlérzékenységével is.

Meg kell azonkivül jegyeznem azt is, hogy a tüdővészesek mozgató rendszerében is észleltek már mások is oly elváltozásokat, melyek az izomzatnak féloldali túlérzékenységével karöltve jártak s melyek így elhelyeződésüknél fogva az általam leirtakkal analogiával birnak.

Igy pl. *Jeanselme* látta 4 esetben a megfelelő oldal hyperaesthesiája mellett a felső s kevésbbé kifejezetten az alsó végtag gyenge paresisét. *Weill* is két esetben találta a megfelelő oldali végtagok gyengeségét. Hogy e mozgási elváltozások a túlérzékenységgel némi viszonyban lehetnek, azt a localisatio megegyezésén kivül még pl. *Anton* vizsgálatai is támogatni látszanak, ki ily hemialgiás tünetcsoportot elmebetegnél észlelt s azt találta, hogy az izmok túlérzékenységét igen gyakran kiséri az izomzatnak túlságosan gyors kifáradása.

Kérdés már most, hogy mindez adatok felhasználásával mely irányban kell keresnünk mind e tünemények magyarázatát.

Többszörösen kiemeltem, hogy az izomingerlékenység e fokozódása minden esetben összeesett az izom fájdalomérzésének fokozott voltával, bár viszont meg kell jegyeznem azt, hogy igen gyakran találtam oly izmot, melynek fájdalomérzése a túloldalinál fokozottabb volt, ingerlékenysége mindazonáltal nem különbözött azétól. Ennek daczára úgy látszik, hogy mint már fentebb mondottam, a két jelenség: t. i. a fájdalomérzés és az ingerlékenység fokozottsága egymással összefüggésben áll, s valószinü az is, hogy az idegrendszer bizonyos egy okból származó változott állapotának megnyilvánulásai. A jelenségnek féloldali megjelenése általános toxikus vagy peripheriás hatásokat kizárni látszik, s arra utal, hogy a valódi okot a központi idegrendszer állapotában kell keresnünk. A hemihyperalgesia tanulmányozói, *Weill* és *Jacquet* a jelenségnek elfogadható magyarázatát nem adták meg s így ennek révén támpontokhoz nem juthatunk.

Az utolsó évek vizsgálatai azonban némi felvilágositást látszanak adni e jelenség eredetére nézve.

E vizsgálatok közt legfőbb helyet foglalják el *Head* kitünő kutatásai, a ki valósággal felfedezte a tudományos világ előtt a bőrnek azon érzési zavarait, melyek a zsigerek megbetegedéseivel állanak összefüggésben.

Head bizonyos zónákat mutatott ki a bőrön, melyek mindegyike bizonyos szervvel látszik összefüggésben lenni, s az illető szerv megbetegedésére túlérzékenységgel reagál. E zónák érzé-

*

kenysége azután a szomszédos, sőt távol álló zónákba is kisugározhat és szerinte úgy látszik, hogy épen bizonyos meghatározott ily zónák között van meg az irradiatiós kapocs. Különösen nagy *Head* szerint ez az irradiatio épen a tüdő megbetegedéseinél s főleg a phthisisnél. Az egész folyamatnak, mely így végbemegy, központja a gerinczvelő. A megbetegedett szervből a gerinczvelőbe jutott abnormis impulsusok t. i. bizony megváltozott állapotba hozzák a gerinczvelő megfelelő részét, a melyben az odahaladó ingerületek mintegy felhalmozódnak. A peripheriáról jövő ingerületek már most nem a rendes nyugalomban levő gerinczvelőn át jutnak a tudatba, hanem egy már halmozott ingerületek hatása alatt álló gerinczvelőn át, s így a különböző ingerületek resultansa az agyban mint az eredetinél erősebb inger fog megjelenni.

Talán nem megyünk túlságosan messze, ha azt mondjuk, hogy az izomzat túlingerlékenysége is talán hasonló elv alapján magyarázható meg. A tüdőből a gerinczvelőbe jutó ingerületek a szürke állományban, főleg a hátulsó szarvban halmozódnak fel; valószinü tehát, hogy ez ingerületek egy része innen a collateralisok útján a megfelelő oldali elülső szarvba az izomzat trophikus mozgató sejtjeihez is eljut, a mely sejtek így állandóan bizonyos ingerületek hatása alatt állanak, a mi természetszerüleg a megfelelő izom állapotában is változást fog létrehozni. Igy jön létre az a jelenség, hogy az az izom, melynek központja már bizonyos ingerületek hatása alatt áll, csekélyebb villamos ingerre fog összehúzódni, mint a túloldali, melynek központja nyugalomban van. Hogy ez a jelenség ilyenforma módon fogható fel, azt talán némileg támogatni látszik az, hogy *Anton* és *Benedict H.* a hemialgiás oldalon a börreflexeket általában fokozottaknak találták. Ezek alapján azután könnyen volna magyarázható e túlingerlékenység féloldali irradiatioja is. Hogy tényleg csak irradiatioról lehet szó, azt az a körülmény látszik bizonyítani, hogy, mint láttuk, a túlingerlékenység legnagyobb fokait s leggyakoribb, mondhatnám minden esetben való előfordulását épen azokban az izmokban találtuk, melyek mozgató rostjaikat a gerinczvelő azon segmentumaiból kapják, melyek a tüdőcsúcsokkal összefüggésben vannak: mint a pect. major, cucullaris. A többi izom kevésbbé gyakran és kisebb fokban túlérzékeny, a mit az ingerlékenység irradiatiójának felvétele érthetővé tesz. S az a körülmény, hogy bizonyos izomcsoportok némi szabályszerüséggel gyakrabban s intensivebben vesznek részt a túlingerlékenység e jelenségében, viszont hasonlatosságban áll azzal a momentummal, hogy mint említettük, ezek a *Head*-féle zónák is bizonyos szabályosság szerint lépnek távolabb álló zónákkal összeköttetésbe.

Mindezzel, a mit itt elmondottunk, természetesen nem akartuk a leirt jelenségnek kielégitő magyarázatát adni, csak támpontot akartunk keresni arra, hogy a jelenség magyarázatában mely utakon haladhatunk.

A paralysis progressiva kórtana.

Irta: *Schaffer Károly* dr., egyet. rk. tanár.

(Folytatás.)

C) Klinika.

A p. tanának egyik feltünő jelensége, hogy e bántalom eredeti jellegét egy új jelleggel kezdi felcserélni, tehát a p. *klinikai egyénisége megmásult. Bruns* hannoveri idegorvos utalt első izben arra a tapasztalásából vett körülményre, hogy a nagyzásos p. számbelileg csökken. *Snell* szerint ennek oka a p. alakjának megváltozásában keresendő; *Alt* szerint e változás inkább a modern kezelésben, a betegek korai intézeti elhelyezésében gyökerezik. Utóbbi nézetnek adott kifejezést a szakosztályi eszmecserében *Salgó* is. E kérdéssel *Mendel* foglalkozott behatóan; e kiváló szerző utal arra a tényre, hogy egyes betegségek idők folyamán jellegüket megváltoztatják, a mint ezt a choleráról, a pestisről tudtuk, a mint hogy pl. feltünő, hogy egyes diphtheriajárványok sürün járnak az idegrendszer részéről utóbántalmakkal, más járványok meg sokkal kevésbbé. Ezzel szemben vannak másfajta betegségek, melyek időtlen idők óta mindig ugyanazon alakban jelentkeztek, így a szív, a vese bántalmai. És mert a p.-t megszoktuk volt ezen utóbb említett bántalmakkal egy sorba állítani, azért is volt a p. klinikai jellegének megváltozása feltünő. 1898-ban azt irja *Mendel*, hogy azon 30 év alatt, a mely alatt ő a p.-sel foglalkozik, egy körülmény volt rá nézve feltünő és ez a p. typikus alakjának háttérbe szorulása a demens alakkal szemben; sőt kiemeli még azt is, hogy a nagyzási téveszmék szertelenségükből vesztettek, szerényebbek lettek. *Mendel* joggal utal arra a körülményre, hogy a demens alak túlsúlya még szembeszökőbb lenne, ha kimutásainkban benn szerepelnének azon nem csekély számú csendes paralytikusok is, kik házi ápolásban vannak.

Egy másik körülmény, a melyre *Mendel* figyelmeztet, mint a modern p. egyik vonására: a tekintélyes remissiók gyakoribb volta. E remissiók oly esetekben mutatkoznak, a melyekben a testi és szellemi tünetek oly kifejezett formában jelentkeztek, hogy a p. diagnosisához többé kétség nem fért. A remissio megengedi a betegnek, hogy előbbi munkakörébe visszatérhessen; igaz ugyan, hogy ily egyénnel való behatóbb foglalkozás defect psychét tár elénk, de tény másrészről az is, hogy kifelé az ilyen egyén egészségesnek imponál 1, 2, sőt több éven át is. Ily remissiók azért nagyon fontosak, mert ezek lehetőségének negligálása a reménytelennek mondott prognosist meghazudtolni látszik; oly gyakorlati körülmény ez, melyről az óvatos orvosnak ma már megfeledkeznie nem szabad. Sőt újabban már *gyógyult p.*-ről is kezdenek beszélni. Szakosztályi eszmecserénkben *Salgó* érdekesen nyilatkozott e pontról; szerinte, a mi a p. végkimenetelét illeti, úgy ma is áll, hogy az halálos. Azonban nemcsak az irodalomban fellelhető kevés eset nyomán, hanem saját tapasztalásából is tud eseteket, melyekben a p. gyógyulással végződött. *Salgó* csakis oly esetekről szólott, melyekben a gyógyulás beállta óta legalább is tiz év mult el és a betegek nemcsak életben vannak, hanem munkájukat rendesen végzik és munkakörüket azóta tágították. Igaz ugyan, ezek az esetek mind nem voltak olyanok, melyekben a p. tünetcsoportja teljesen ki lett volna fejlődve, de mindenesetre olyanok voltak, a melyekben a kórkép beigazolta a p. felvételét. „Ha már most — mondja *Salgó*[1] — a gyógyulás beállta után a diagnosis helytelenségére visszakövetkeztetünk, úgy ezzel nézetem szerint egy tökéletlen tapasztalati előitélet folytán erőszakot követünk el a gyakorlati eseteken. Mert ha ugyanazon tünetcsoportra ráolvasván a p. diagnosisát, a nagy számban a további lefolyás és a halálos kimenetel megerősíti azt, azért a ritkább esetekben nem másithatjuk meg a diagnosist csak azért, mert a kimenetel más volt. Hiszen végre a tüdőgümőkór is halálos betegség, de azért elégszer látjuk gyógyulni, sőt később a más betegségben elhaltaknál autoptice is kimutathatjuk a gyógyult folyamatot a tüdőben.“

Egy további tény, a melyet *Mendel* megemlít, az, hogy míg ugyan egyrészről a p. alakjában enyhébb lett, de másrészről kiterjedésében megnövekedett. E számbeli szaporodás talán lényegileg a *női p.* rovására esik. Míg u. i. *Neumann* még 1859-ben azt állithatta, hogy a p. csakis a férfinemnek a sajátja, addig jelenleg már 3·5—4 férfira jut egy paralytikus nő.

Mendel classikusnak mondható rövid értekezése végén azt a kérdést szellőzteti első sorban, hogy mi lehet a p. terjedésének oka?

Ha szerinte a p.-ra való praedispositio az esetek nagy számában, 75%-ban a luesben, és a p. oka a létért való küzdelemben, csalódásban, hiányzó megfelelő tehetség melletti féktelen ambitioban rejlik, úgy a bántalom elterjedése a felnőttnél a lues tagadhatlan növekvése mellett az említett psychikai káros hatásokban keresendő. *Mendel* szerint, és nagyon helyesen, a p. a női nem körében okvetlenül azon arányban fog mindjobban terjedni, a mily növekvő arányban a női nem a társadalmi küzdelembe belévonatik és biztos, hogy a nőemancipatio teljes keresztülvitele esetén még jobban növekednék.

Nehezebben oldható meg *Mendel* szerint az a másik kérdés, mi magyarázza meg a p. alakbeli megváltozását? Hogy az előrement higanyos kezelés nem képes a p. kórképét megváltoztatni, azt ama összehasonlitás bizonyítja, a melyet *Mendel* antiluetice kezelt és nem kezelt paralytikusok között tett. Ép oly kevéssé jöhet tekintetbe a korai internálás és a jobb kezelés. *Mendel* nem

[1] Az ülés jegyzőkönyvében foglalt autoreferatum.

osztja a degeneratio tana hivőinek azt a felfogását, hogy agyvelőnk az utóbbi 25 évben kevésbbé ellentálló lett volna, olyannyira, hogy ma már nem képes maniakalis kitörésre; ő sokkal inkább arra a felfogásra hajlik, hogy a lueses méreg szenvedett idők folyamán változást, a mit azzal indokol, hogy az egyéb belső szervek luese is az utóbbi időkben enyhébb lett. De bevallja őszintén, hogy ez a feltevés sem bizonyítható még és így a jövő számára marad fenn a szóban forgó kérdés eldöntése.

Mendel észrevételei más szerzőket is arra serkentettek, hogy a rendelkezésükre álló anyagot a jelzett szempontok alapján megvizsgálják. Szakosztályunkban főleg *Moravcsik* és *Salgó* ez irányú kijelentései érdekesek. *Moravcsik* szerint a tapasztalat azt mutatja, hogy a p. határai elmosódottabbak lesznek és tünetei sokszerűek lehetnek. Ezt a körülményt azzal magyarázza, hogy a paralytikus folyamat a központi idegrendszer különböző részeit támadhatja meg. *Moravcsik* kiemeli, hogy gyakran fordulnak elő kevert alakok és olyan tünetek is találhatók, a melyek régebben nem voltak ismeretesek. Elismeri *Mendel* amaz állításának helyességét, hogy az utóbbi évek alatt a p. typusos alakja a demens formával szemben háttérbe szorul, ritkábban fordul elő, jóllehet a vezetése alatti intézet adatai (valószínűleg a beteganyag minősége folytán) e tekintetben lényegesebb változást nem tüntetnek fel. Kiemeli, hogy régebben, eltekintve az egyszerű demens esetektől, a kórkép vagy a megalomaniás (expansiv) vagy a depressiv (hypochondriás) szinezetet tartotta meg; újabban elég gyakori az, hogy az egyik árnyalat (t. i. az expanziv) hirtelen átcsap a másikba (a depressivbe) minden átmenet nélkül. Újabban elég sokszor fordul elő a paranoiás szinezetű p., sőt néha éveken át teljesen paranoiának imponál a kórkép s csak később domborodnak ki a hüdéses elmezavar jellegzetes tünetei. *Salgó* úgy véli, hogy nem annyira a kórkép változott meg, vagyis nem annyira a megalomaniás alak gyérült, mint inkább a diagnosis változott meg, t. i. kiélesedett. Harmincz év előtt a p. diagnosisa szükebb határok közt történt és az akkoriban p.-nek diagnostizált esetek a mai diagnostizált eseteknek csak egy részét képezik. Manapság nem fektetünk súlyt az akkoriban oly döntőnek tekintett megalomaniás deliriumra és joggal sorolunk a p. lajstromába számos olyan esetet, a melyekben a kóros psychikai tünetek egészen mások.

Salgó utal arra a körülményre, hogy a p. lefolyása és tartama nagyon is a beteg életkörülményeitől függ és kétségtelen, hogy az intelligens és jómódu beteg, ki magát jobban észleli mint a müveletlen, szegény sorban levő, bajára korábban lesz figyelmes, és a módjában álló kitünő ápolás által a bevezető stadiumot hosszabbra tudja nyújtani.

A nőnek mindjobban terjedő p.-ét legjobban az a körülmény illustrálja, hogy a különböző szerzők figyelme mindjobban az ú. n. *női p.*-re irányul. *Greidenberg* munkáján kivül mint talán legutolsót *Jahrmarker* értekezését említhetem e téren. E szerző Marburg eziránytú viszonyait tanulmányozván, azt találja, hogy itt 1 paralytikus nőre 7 férfi beteg jut, a mely szám a középhelyet foglalja el, szemben azon arányhoz, a melyet a nagy városok anyaga, pl. Páris, Berlin, Hamburg 1:3, illetve 3:5 aránynyal mutatnak, szemben a közlekedés tekintetében nagyon szegény vidékek, mint pl. Lappwick, Finnországban 1:11 arányával. Érdekes, hogy a p. leginkább az alsórangú osztályok nőit illeti; erre utaltak a szakosztályi eszmecserében *Epstein* és *Sarbó* is; utóbbinak anyaga azt mutatta, hogy míg a vagyonos osztályból 22 férfira jut egy nő, addig a munkás osztályból 6 férfira esik egy nő. *Jahrmarker* szerint az alsóbb néposztály női paralytikusainál a legkülönbözőbb aetiologiai tényezők szerepeltek egyidejűleg, így nélkülözés, gondok, az esetek $^1/_3$-ában biztos lues; a hereditást más elmebántalmakkal szemben kisebbnek találta. Az átlagos kor $43^1/_2$ év; a klimakterium befolyását nem tartja oly jelentékenynek mint pl. *Krafft-Ebing* és mások; iszákosság inkább szerepelt. Az esetek túlnyomó számábnn a demens alak szerepelt, mindazonáltal fordulnak elő izgalmi állapotok és nagyzások is, de nem oly intensitásban mint a férfi nemnél. Az emelkedett hangulat túlnyomó volt; a somatikus tünetek korán voltak kimutathatók; a bántalom átlagos tartama 2·5 év volt.

Tisztelt Orvosegyesület! A p. tünetein végigtekintve, könnyen ötlik szemünkbe, hogy az ú. n. *somatikus jelenségei* a p.-nek tabeses jellegűek, minők a pupillaris rendellenességek, a térdtünetek, az Achilles-inreflex hiánya, az opticus sorvadása, az ataxiás járás, a szaggató fájdalmak; míg az ú. n. *psychikai tünetei* a p.-nek, főleg a prodromalis bekezdő stadiumban élénken emlékeztetnek az agyi neurastheniára; ilyenek a feledékenység, a könnyü szellemi kimerülés, a fokozott lelki ingerlékenység, a munkaképesség megcsappanása; szintúgy közös tünet az álmatlanság. Ezek szerint nyilvánvaló, hogy a p. alakilag nagy hasonlatosságot mutathat somatikus tünetei révén a tabeshez, psychikai tünetei kapcsán pedig a neurastheniához. Ebből kitetszik, hogy a p. és tabes, illetve a p. és neurasthenia között bizonyos viszony áll fenn és tényleg a p. modern irodalmában e viszony sokszoros vita tárgyát képezte. Lássuk első sorban a p. és tabes egymáshoz való viszonyát.

Szorosabb viszonyra utalnak első sorban a kórbonczolástani, illetve szövettani leletek. Csak hivatkozom az e téren nagy érdemü *Fürstner* adataira, a ki szerint a p.-ben elhaltak gerinczveleje csakis 11%-ban volt teljesen ép, míg 89%-ban határozottan kóros volt; ebből 50% az oldalsó és hátsó kötelek együttes bántalmára, 19% a tiszta hátsókötél elfajulásra és 12% a tiszta oldalkötél-degeneratiora esett. Szabadjon e helyen a magam ez irányú kutatásairól is megemlékeznem; én a paralytikusok hátsókötél-bántalmát histologice a tabesnél jelentkező gerinczvelő-elfajulással *teljesen* megegyezőnek találtam, azzal a különbséggel, hogy a p.-nél az elváltozások általában fiatalabbak, úgy hogy én a p.-nél mutatkozó hátsókötél-elfajulást embryonalis tabesnek neveztem.

A mi a p.-nek a tabeshez való viszonyát klinikai szempontból illeti, úgy *Gaupp* és saját vizsgálataim alapján mondhatom, hogy a p. tabesszerü tünetekben gazdag. *Sarbó* idevágó észletei teljesen megegyeznek a mieinkkel; így pl. ő az Argyll-Robertson-féle tünetet 66%-ban, a térdtünetek hiányát 20%-ban, az Achilles-inreflex hiányát 38%-ban találta és feltünő, hogy 21 p. esetben 15-ször talált opticus-sorvadást, oly számarány ez, mely igen közel áll a *Grósz Emil* által tabeseknél talált szemfenéki elváltozások gyakoriságához. A magam kimutatása szerint pupillaris anomaliák 52·6%-ban, Romberg-tünet 58%, kezdődő ataxia 66%, hypotonia 52%, a térdtünet hiánya 32%-ban mutatkozott paralytikusoknál. Mindenesetre feltünő, hogy a szembeli elváltozások (szemfenék és pupilla) a paralysisnél ép oly első helyen állanak mint a tabesnél.

Mindezen szövettani és klinikai adatokból nyilvánvaló, hogy a p. tabessel igen gyakran együttesen lép fel. Ez együttes fellépést *Nageotte* az esetek $^2/_3$-ára becsüli; „Tabes et Paralysie générale“ czímü becses monographiájában arra a conclusiora jut, hogy 1. a p.-t az esetek $^2/_3$-ában tabes kiséri; 2. a p. a tabes korai stadiumában szokott fellépni, a mely esetben az elsődleges bántalom vagyis a tabes homályban marad; ezzel szemben a tabeses egyén bántalmának késői szakában válik paralytikussá; 3. oly tabeses egyének agyvelejében, a kiknél az élőben kifejezett paralytikus elváltozások nem mutatkoztak, azoknál oly kórszövettani elváltozások voltak fellelhetők, mint a p.-nél; 4. gyakori az az eset, hogy a paralytikus idővel tabeses lesz, ebben az esetben a p. jóformán elfedi a tabest, de azért a két bántalmat párvonalosan is látjuk lefolyni és végül 5. *Nageotte* szerint a górcső mindenkor és minden esetben kimutatja a tabes és p. együttes jelenlétét. *Sarbó* anyagában minden 10-dik eset a taboparalysishez tartozott.

A két bántalom közti szoros viszony okát a legtöbb szerző a közös aetiologiában, a luesban keresi. E tekintetben igen tanulságos az a körülmény, hogy ép úgy, a mint hogy a p.-nek van egy heredosyphilisen alapuló infantil-juvenil alakja, azonkép ismerünk ily korai alakot a tabesre nézve is. A magunk véleménye, melynek már más helyen kifejezést adtunk, a p. és tabesnek egymáshoz való viszonyát illetőleg a következőkben foglalható össze.

A p. és tabes leiró klinikai szempontból két különböző betegséget képez, mert hiszen a két bántalom tiszta alakjában egymástól eltérő tünetek által alkottatik, de *lényegük* szempontjából egy egységes bántalmat képeznek, mert mindketten azonos káros behatások, első sorban a lues által idéztetnek elő. A syphilis eddigi tapasztalataink szerint az egész központi idegrendszer iránt mutat affinitást, de Gaupp és saját nézetünk szerint ennek csakis azt a szelvényét támadja meg, a mely a túlmunkálkodás, hyperfunctio által gyengültebb állapotban van. Ha surmenage folytán

a nagy agyvelő képez locus minoris resistentiaet, akkor kifejlődik a p.; ha pedig testi túlcsigázás, nemi kicsapongások kapcsán a gerinczvelő van használtabb állapotban, úgy ez esetben a tabes lép fel. Ha azonban úgy az agy, mint gerinczvelő egyidejüleg locus minoris resistentiae, akkor meg van adva a p. és tabes együttes fellépése.

Áttérek most a p.-nek és neurastheniának egymáshoz való viszonyára. Megjegyzem, hogy itt kizárólag az ú. n. kimerüléses, agyi neurastheniát értem és nem a neurastheniának azt a másik, teljesen elütő fajtáját, a melyet örökléses vagy elfajulásos neurastheniának nevezünk.

Utaltam már azon legjellegzőbb tünetekre, a melyek a két bántalomnak ú. n. közös tünetei, s mivel ezek a cerebralneurastheniát sokszor a csalódásig teszik hasonlatossá a p.-hez, előállhat az a gyakorlatilag olyannyira fontos kérdés, vajjon melyik bántalommal van dolgunk?

Hoche „Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse“ czímü értekezésében igen praegnansan foglalja össze a differentiáló momentumokat. Szerinte a neurasthenia egy constitutionalis bántalom, a mely legtöbbnyire a fiatal korba nyúlik vissza. A neurastheniás egyén lehangoltsága másodlagos, aggodalmaskodáson alapuló, szemben a paralytikus egyén súlyos, elsődleges lehangoltságával. A neurastheniás rendkivül pontosan észlel magán minden tünetet és keservesen panaszkodik az orvosnak; a paralytikus egészségi állapotát távolról sem szemléli ilyen kritikával és intensitással. A nerastheniánál a charakternek valóságos megváltozása nincs jelen.

E differentiáló momentumok segélyével sikerül néha, de nem mindig, a p.-t az agyi neurastheniától elkülöníteni, de ebben az esetben is még mindig számolnunk kell azzal a lehetőséggel, hogy a neurasthenia a p.-sel idővel szorosabb viszonyba léphet. *Hoche* a két bántalom klinikai viszonyulásait igy fejezi ki: „*Die Neurasthenie geht der Paralyse voraus*“ vagyis egy neurastheniás, a kin a legszorgosabb vizsgálat sem mutathatott ki paralytikus tünetet, későbben határozottan paralytikussá válik; avagy „*die progressive Paralyse beginnt als Neurasthenie*“ vagyis egy már paralytikusnak kórismézett eset többek közt a súlyos agyi neurasthenia tüneteivel azonos jelenségeket mutat. *Hoche* az utóbbi lehetőséget tartja a leggyakrabbnak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és ínképlés izomhüdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Egyenként véve az alszárizmok müködése a következő:

Triceps surae: talp felé hajlítja az utólábat és az előláb lateralis felét.

Peroneus longus: sülyeszti az előláb medialis szélét, mélyíti a talpboltozatot; a talp felé hajlított lábat közelíti és borintja.

Tibialis anticus: lábhát felé hajlít, erösen hanyint és gyengén közelít.

Extensor digitorum longus: főmüködése a láb emelése és távolítása, azonkivül jelentékenyen borint; az ujjakat feszítő müködése kevésbbé fontos.

Peroneus brevis: távolít, emeli a külső lábszélt, valgusmozgást létesít és a lábat háti és talpi hajlítás közé állítja.

Tibialis posticus: közelít, kissé hanyint; a lábat szintén háti és talpi hajlítás közé állítja.

Extensor hallucis: a lábra nézve a m. tib. ant. segédizma; Duchenne nem sokra becsüli e tekintetben. Minket azonban annál inkább érdekel, mert épen ezen izom még kiterjedt hüdésnél is gyakran meg van kimélve és ilyenkor igyekszik a tib. ant.-t pótolni, túlteng, de erőlködésének csak az az eredménye, hogy az öregujjat hátra subluxálja. Fekvésénél, irányánál, rokonmüködésénél fogva különösen alkalmas a m. tib. ant. pótlására vagy erösbitésére, akár anastomosis, akár periostalis transplantatio útján.

Codivilla ettől némileg eltérően határozza meg az alszárizmok működését, az egyes mozgásokban való részesedésüket számokkal is kifejezve. Ide iktatom táblázatát, melyből kitünik, hogy ő az öregujj és az ujjak közös hajlítóinak is számottevő szerepet juttat:

	Háti hajlítás	Talpi hajlítás	Közelítés	Távolítás	Borintás	Hanyintás
Tibialis ant.	1	—	—	—	—	2
Ext. propr. hall.	3	—	—	—	—	6
Ext. dig. comm.	2	—	—	3	3	—
Peroneus brevis	—	6	—	2	2	—
Peroneus longus	—	3	—	1	1	—
Triceps surae	—	1	1	—	—	1
Tibialis posticus	—	4	2	—	—	3
Flexor propr. hall.	—	2	3	—	—	4
Flex. long. digit.	—	5	4	—	—	5

Az izmok működésének, anatomiai viszonyaiknak és az ináthelyezéseknél tett tapasztalatoknak egybevetése alapján *Vulpius* összeállította azon müteti terveket, melyek az egy vagy több izomra terjedő hüdésnél a megmaradt izomerő legczélszerübb kihasználásával kecsegtetnek. Ez összeállításban nem lehetett tekintettel azon esetekre, a mikor még félhüdéses, sorvadt vagy spasmusos izmok is tarkítják a kórképet. Mindazonáltal nagy hasznát vehetjük. Legegyszerübb a választás, ha csak egy izom hüdött, complikáltabb, ha többet kell pótolni. Ha már 5 izom működése hiányzik, ezeket kielégítőleg helyettesíteni a meglevő izomerő nem elégséges; ilyenkor nem annyira az activ mozgásoknak, hanem csak a jó középállásnak elérésére és fenntartására gondolunk, mit inak megrövidítésével és az ép izmok helyes elosztásával biztosítunk. Ha 6 izom hüdött, akkor már inas rögzítés aligha volna képes a lötyögő izületet tartósan rögzíteni; czélszerübb középállásban arthrodesist végezni és a megmaradt csekély izomerőt még az állás fenntartása végett megfelelően elhelyezni. Az igy összeállított müteti tervek csak az ínanastomosis szem előtt tartásával készültek. Nem zárkózhatom el azonban a meggyőződés elől, hogy egyes esetekben más, nevezetesen a periostalis módszer, ha talán nem is biztosabb, de kivitele egyszerübb és kisebb beavatkozással jár. Különösen szembeötlő ez, ha a m. tib. anticus helyettesítendő a m. ext. hall. által. A hosszadalmas leirás a tervezetek áttekinthetőségét csorbítja. Ezen okok számbavételével a sebészeti klinika részére fali táblákat készíttettem, melyeken a tervek az előzőkben említett jelzések segélyével vannak feltüntetve a következőképen:

A) Egy izom hüdésénél:

1. ta (pes equinus)

EH, $^1/_2$ ED $\downarrow =$ ta; EH $\uparrow =$ ED

vagy: EH $\downarrow =$ Os cuneif. I.; EH $\uparrow =>$ ta

2. ehl

eh $\uparrow =$ TA

3. ed (pes varus)

EH, $^1/_2$ TA $\downarrow =$ ed; EH $\uparrow =$ TA

4. pl (kisfokú pes varus)

$^1/_3$ TS $\downarrow =$ pl

5. pb (lassanként fejlödő pes varus)

$^1/_3$ TS $\downarrow$ pb; vagy: $^1/_2$ PL $\downarrow =$ pb

6. tp (hiányos adductio)

$^1/_3$ TS $\downarrow =$ tp

7. ts (pes calcaneo-valgus excavatus)

PL, FD, FH, $^1/_2$ TP $\downarrow =>$ ts; PL $\uparrow =$ PB

B) Két izom hüdésénél:

1. ta, eh

$^1/_2$ ED, $^1/_2$ PL $\downarrow$ ta; eh $\uparrow =$ ta

vagy: $^3/_4$ ED $\downarrow =$ ta; $^1/_2$ PB, $^1/_2$ PL $\uparrow =$ ED; eh $\downarrow =$ ta

2. ta, ed

EH $\downarrow =$ ta) $^1/_2$ PB, $^1/_2$ PL $\downarrow =$ ed; vékony inú

vagy: EH $\downarrow =$ Os cuneif. I.) fiataloknál: PL $\uparrow =$ ed; PL $\downarrow =$ PB

3. ta, pl
EH, 1/2 ED↓ = ta; EH↑ = ED } 1/3 TS↓ = PL
vagy: EH↓ = Os cuneif. I.; EH↑ => ta }
4. ta, pb
Kombinálva A 1 és A 5
5. ta, tp
A 1 és A 6
6. ta, ts
A 1 és A 7
7. eh, ed
1/2 TA, 1/2 PL↓ = ed; eh↑ = TA
8. eh és bármely más izom, kivéve TA és ED
eh↑ = TA; a második izom op. mint izolált hüdésénél
9. ed, pl
A 3 és A 4
10. ed, pb
A 3 és 1/3 TS↓ = pb
11. ed, tp
A 3 és A 6
12. ed, ts
A 3 és A 7
13. pb, pl
1/3 TS↓ = pl; 1/3 TS↓ = pb
vagy: EH↓ = pl; 1/3 TS↓ = pb; EH↑ = TA
14. pl, tp
A 4 és FD, FH↓ = tp
15. pl, ts
EH↓ = pl; FD, FH, 1/2 PB, 1/2 TP↓ = ts
16. pb, tp
A 5 és A 6
17. pb, ts
1/2 PL↓ = pb; FD, FH, 1/2 TP és esetleg → spat. int. EH↓ = ts
18. ts, tp
PL, FD, FH↓ = ts; > tp vagy: EH → spat. int.↓ = tp

C) Három izom hüdésénél:

1. ta, eh, ed
1/3 TS → = spat. int. vagy {TP↓ = ta; TP↑ = TS}; FD, 1/2 PL↓ = ed;
eh↑ = ed;
2. ta, eh, pl
TP és esetleg FD → spat. int.↓ = ta; TP↑ = TS;
1/3 TS↓ = pl; eh↑ = ed
3. ta, eh, pb
ta mint C 2; pb mint A 5; eh↑ = ED
4. ta, eh, tp
1/2 ED, 1/2 PL↓ = ta; eh↑ = ED; 1/3 TS↓ = tp
5. ta, eh, ts
ta mint C 4; PL, FD, FH↓ = ts; eh↑ = ED
6. ta, ed, pl
TP → spat. int.↓ = ta; TP↑ = TS; 1/3 TS↓ = pl;
EH és esetleg → spat. int.↓ = ed
7. ta, ed, pb
műtét mint C 6, csak pl helyett pb
8. ta, ed, tp
EH↓ = ta; PL↓ = ed; 1/3 TS↓ = tp; EH↑ = ed;
PL↑ = PB
9. ta, ed, ts
TP↓ = ta → spat. int.; EH↓ = ed; EH↑ = ta;
PL, FH, FD↓ = ts; PL↑ = PB
10. ta, pl, pb
A 1 és B 13 a)
11. ta, pl, tp
A 1; A 4; FD↓ = tp vagy: tp↓ = TS
12. ta, pl, ts
EH↓ = ta vagy: EH↓ = Os cuneif. I. és EH↑ => ta;
pl↑ = PB; TP, FH, FD↓ = ts
13. ta, pb, tp
EH↓ = ta; 1/3 TS↓ = pb; FD, FH↓ = tp
14. ta, pb, ts
EH↓ = ta; 1/2 PL↓ = pb; TP, FD, FH↓ = ts
15. ta, tp, ts
ta: mint A 1; tp és ts: mint B 18
16. eh, ed, pl
eh↑ = TA; 1/2 TA↓ = ed, esetleg még FD → sp.↓ = ed;
1/3 TS↓ = pl
17. eh, ed, pb
mint C 16, csak pl helyett pb
18. eh, ed, tp
eh↑ = TA; 1/2 TA és esetleg FD → spat. int.↓ = ed;
1/3 TS↓ = tp
19. eh, ed, ts
eh↑ = TA; 1/2 TA↓ = ed; 1/2 PL, TP, FD, FH↓ = ts
20. eh, pb, pl
eh↑ = TA; pb és pl: mint B 13 a)
21. eh, pl, tp
eh↑ = TA; pl és tp: mint B 14
22. eh és két más izom
műtét: eh↑ = TA; a többi: mint B csoportnál
23. ed, pb, pl
EH, 1/2 TA↓ = ed; 1/3 TS↓ = pp
24. ed, pl, tp
műtét: A 3 + A 4 + A 6
25. ed, pl, ts
1/2 TA↓ = ed; EH↓ = pl; TP, FD, FH↓ = ts
26. ed, pb, ts
műtét: A 3 + A 5 + FD, FH↓ = tp
27. ed, pb, ts
A 3; 1/2 PL↓ = pb; FD, FH, TP↓ = ts
28. ed, tp, ts
műtét: A 3 + B 18
29. pb, pl, tp
1/3 TS↓ = pp; FD, FH↓ = tp
30. pb, pl, ts
EH↓ = pl; 1/2 ED↓ = pb; FD, FH, TP↓ = ts
31. pl, tp, ts
1/2 ED↓ = pl; EH → spat. int. és FF↓ = ts: > tp
32. pb, tp, ts
1/2 PL↓ = pb; a többi: mint C 31

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Az elhagyott gyermekek védelméről szóló szabályzatnak az orvosokat közvetlenül érdeklő részei.

(Vége.)

58. §. Értesítés a 7 éves kor elértéről.

A menhely igazgató-főorvosa minden év márczius 1-jén az oly gyermekekről, a kik 7-dik életévüket a következő év folyamán betöltik, értesítést küld ahhoz az árvaszékhez, a melyik a gyermeket elhagyottá nyilvánitotta.

Ebben az értesítésben közli a havi tartásdíj mértékét és a község (város) által való visszatérítés esedékességének kezdő időpontját.

A község (város) által visszatérítendő tartásdíjat a gyermek születésének évforduló napját követő hó 1. napjától kell számítani.

Az árvaszék a községet (várost) megfelelő (59. §.) eljárás végett azonnal értesiteni köteles.

Az összeköttetés a telepen.

65. §. Gyermekvédő telepegyesület s a telepbizottság.

Az igazgató-főorvos a telepen gyermekvédő telep-bizottság alakitását is megkisérli.

A bizottságnak tagjai:

A) Hivatalból:

I. Nagy- és kisközségekben:

a) annak a járásnak főszolgabirája, a hol a telep fekszik;
b) az a gyámhatósági megbizott, a kinek hatáskörébe a község tartozik;
c) a község birája,
d) jegyzője,
e) közgyámja,
f) orvosa.

II. Városokban:

a) polgármester;
b) az árvaszéki elnök (helyettes elnök);
c) a közgyám;
d) az a tanácsnok (tanácsnokok), a kinek ügykörébe a közjótékonysági, a szegény- s közegészségügy be van osztva;
e) a rendőrkapitány;
f) a városi orvos (orvosok).

B) Választott tagjai.

Az a legfeljebb 24 - 24 tag, a kit annak a törvényhatósági városnak közgyülése, illetőleg annak a községnek (r. t. városnak) képviselőtestülete 6 évre választ, a mely község (város) területén a telep fekszik.

A választott tagok felerészben nők legyenek.

A bizottság maga választja elnökét 6 évre.

A bizottság a menhely-bizottságába választott tagjai közül 6—6 évre két-két tagot választ.

66. §. A telepbizottság feladata.

A telepbizottság feladata a következő:

a) gyermekvédő telep-egyesületet alakit, ha a telepen nincs még az állami gyermekvédelemmel összhangzatos működésre képes gyermekvédő egyesület;

b) biztositja az állami gyermekvédelmet a telep területén a társadalom emberbaráti tevékenységével is;

c) előmozditja a telep területén esetleg működő intézetek és egyesületek rendszeres és összhangzatos működését az állami gyermekvédelemmel;

d) a telep területén esetleg létező és gyermekvédelemmel foglalkozó intézetek és egyesületek közt szerves összműködést létesit akként, hogy az intézetek és egyesületek szövetségbe lépjenek.

Különösen pedig:

1. Felügyel a nevelőszülőknél (családi telepeken) elhelyezett gyermekek gondozására; ellenőrzi ezek testi és szellemi fejlődését. A bizottság a felügyelet szempontjából a gyermekeket választott tagjai között névszerint felosztja. A tagok az igy gondjaikra bizott gyermekeket időközönként a nevelőszülőknél meglátogatják, megfigyelik a gyermek iránt tanusitott bánásmódot, felügyelnek a gyermek élelmezésére, ruházatára, tisztaságára, iskoláztatására, a nevelőszülő lakására, családi és erkölcsi viszonyaira. Látogatásaikat a gyermektartási könyv „Jegyzet" lapjaira bejegyzik és tapasztalataikról a teleporvost, szükség esetében a menhely igazgató-főorvosát értesitik.

2. Gondoskodik az iskolába járó gyermekek tanszer-szükségleteiről.

3. Társadalmi jótékonyság útján lehető mennyiségben beszerzi az elhagyott gyermekek ruhaszükségletét.

4. Javaslatot tesz a felügyelőnő tisztének betöltése és családi telepek létesitése tárgyában.

5. Közreműködik annak a czélnak elérésére, hogy intézetek, egyesületek az elhagyott gyermekeket gondozásba vegyék, avagy egyes jótevők eltartsák, örökbefogadják.

6. Enyhiteni igyekszik azoknak a gyermekek sorsán, a kik erre rászorulnak, de mert nem elhagyottak, az állami gyermekvédelem körén kivül esnek.

7. Közreműködik, hogy 15-dik életévét elért gyermek megélhetése biztositassék valamely családnál avagy gazdaságban, ipari vagy kereskedelmi vállalatnál avagy jótékony intézetnél, egyesületnél.

8. Ellenőrzi a teleporvos működését.

Az összeköttetés a menhely székhelyén.

68. §. Gyermekvédő menhely-egyesület és a menhely-bizottság.

A hol a belügyminister állami gyermekmenhelyintézetet állit, egyben gyermekvédő menhely-bizottságot alakit.

A menhely-bizottságnak tagjai:

I. Hivatalból:

1. Ha a menhely oly városban van, a mely törvényhatóság, de egyben a vármegye székhelye is: a főispán, a vármegye alispánja, árvaszéki elnöke, tiszti főorvosa, a város polgármestere, árvaszéki elnöke, tiszti főorvosa, közgyámja.

Ha a menhely oly törvényhatósági városban van, a mely nem a vármegye székhelye: a város főispánja, polgármestere, árvaszéki elnöke, tiszti főorvosa, közgyámja.

Ha a menhely rendezett tanácsú városban van: a vármegye főispánja, alispánja, a vármegyei árvaszéki elnök, tiszti főorvos, a város polgármestere, árvaszéki elnöke, orvosa és közgyámja.

2. Az állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

Az országos összeköttetés.

70. §. A gyermekvédő országos bizottság.

A gyermekvédő országos bizottságnak elnöke a belügyminister. Helyettes elnöke az az államtitkár, a kinek hatáskörébe az állami gyermekvédelem tartozik.

Az ezen szakasz alapján történő elhelyezéseket az igazgató-főorvos a menhely-bizottságnak bejelenti.

74. §. Az intézeteknél és egyesületeknél elhelyezett gyermekek felügyelete az állami gyermekvédelem szempontjából.

Az országos felügyelőnek és a menhelyek igazgató-főorvosainak, a felügyelő és teleporvosoknak azokon a jogain és kötelességein, a melyek az állami gyermekmenhelyben gondozott gyermekekkel szemben a felügyelet szempontjából fennállanak, az nem változtat, hogy a gyermeket a 72. és 73. §.-ok értelmében intézet vagy egyesület gondozza.

Az ország területén levő 15 éven alóli elhagyott külföldi gyermek védelme az állami gyermekmenhelyek kötelékében.

77. §. Az ország területén levő 15 éven alóli elhagyott külföldi gyermekek védelmére e szabályzat intézkedéseit szintén alkalmazni kell.

A felmerült s az állami gyermekvédelemmel járó költségeket az országos betegápolási alap előlegezi.

Az igazgató-főorvos azonban, a mint elhagyott külföldi gyermeket a menhelybe felvesz, erről a belügyministernek azonnal jelentést tesz.

Jelentést tesz továbbá az elmult évről a következő év január 31-dikéig a külföldi kiskorúak után felmerült díjakról s költségekről is.

Ha azonban a gyermek osztrák állampolgár: hazaszállitása s egyúttal a hazaszállitásig felmerült gondozási költségek megtérítése iránt az igazgató-főorvos közvetlenül intézkedik s a belügyminister közvetitését csak abban az esetben veszi igénybe, ha az osztrák hatóságokhoz intézett megkeresés nem vezetne eredményre.

79. §. Ez a szabályzat 1903. évi szeptember hó 1-jén lép életbe és életbe léptével mindazok a korábbi belügyministeri rendeletek, a melyek az itt szabályozott kérdésekre vonatkoznak, hatályukat vesztik.

Az árvaszéki s községi nyilvántartásról, megfelelő iránymintákról, a menhelyek ügyviteléről, a pénzkezelésről és a házi rendről, szolgálati utasításról, posta és vasúti szállítási kedvezményekről, úgyszintén a gyermekvédelemmel foglalkozó egyesületek és intézetek, alapok s alapitványok törzskönyvezéséről, továbbá a statistikai adatgyüjtésről külön rendeletek fognak intézkedni.

Budapesten, 1903. évi junius hó 24-dikén.

Széll Kálmán s. k.

Fertőző betegek vasúton való szállitása.

15,316—IV. b./1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

Ismételve előfordult, hogy egyes törvényhatóságok panaszt tettek a miatt, hogy idegen törvényhatóság területéről szállított fertőző beteg az illető betegség elterjedésére adott alkalmat.

Bár e veszedelem megelőzésére az volna ajánlatos, hogy közveszélyes betegségben szenvedő ne változtassa tartózkodási helyét, mindazáltal, nem zárkózhatván el attól, hogy fertőző beteg szállitása (pl. diphtheria esetén, műtét czéljából kórházba) szükségessé válhatik, szem előtt tartván másrészt a közveszélyes fertőző betegségek terjedésének meggátlására hivatott törvényes intézkedésekben foglalt azt az elvet, hogy a fertőző betegek az egészségesektől elkülönitendők: lehetővé kivánom tenni azt, hogy fertőző betegek kellően megokolt esetekben s az illetékes egészségügyi hatóság belegyező intézkedése, továbbá a vasúti igazgatás részére megállapított óvórendszabályok foganatositása mellett vasúton utazhassanak.

Ennek megfelelőleg a kereskedelmügyi minister úr a vasúti üzletszabályzathoz f. évi 8311. számú rendeletével kiadott VI. pótlék 20. §-ának szövegében a fertőző betegeknek vasúton való szállitására nézve hozzájárulásommal a következő határozmányt vette fel:

„Cholerában, pestisben, vagy kitört víziszonyban (veszettségben) szenvedő személyek a szállitásból ki vannak zárva.

Azok a személyek, a kik más, általában átvihető, ragadós betegségben szenvednek, csak abban az esetben szállithatók, ha az érvényben levő egészségügyi rendőri szabályokban a lakóhely elhagyására nézve megállapított feltételek teljesittettek. Hólyagos himlőben, diphtheriában (roncsoló toroklob, torokgyik, croup), leprában, kanyaróban, vérhasban (dysenteria), vörhenyben, vagy bárminemű hagymázban (typhus) szenvedő személyek külön kocsikban, olyanok, kik szamárhurutban, pokolvarban, orbánczban, takonykórban, vagy trachomában szenvednek, elkülönitett kocsiszakaszokban szállitandók. Oly személyek szállitása, kik az imént megnevezett betegségek egyikének gyanuja alatt állnak, olyan orvosi bizonyitvány bemutatásától tehető függővé, a melyből kitünik, hogy az illetők a felsorolt betegségek valamelyikében nem szenvednek.

A külön kocsikban és külön kocsiszakaszokban való szállitásért a díjszabásszerű illetékek fizetendők."

Midőn erről a törvényhatóságot tudomásulvétel s megfelelő intézkedés végett értesitem, egyben figyelmeztetem, hogy közveszélyes fertőző betegségben szenvedő egyének szállitására szóló engedély megadásával egyidejűleg erről — az esetleg szükséges további intézkedések megtétele végett — a rendeltetési hely egészségügyi hatóságát értesitse.

Budapesten, 1903. évi augusztus hó 3-dikán.

A minister helyet: *Széll Ignácz* s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümős csigolyagyuladás gyógyitásának mai állása.

Közli: **Kopits Jenő** dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Az 1898-diki berlini sebészcongressus erős kritika tárgyává tette Calot eljárását. Még Vulpius tartotta magát leginkább az eredeti erőszakos redressáláshoz, súlyosbitva eljárását azzal is, hogy a műtét után a Calot által ajánlott mumiaszerű kötés feltételét, Bihaut ajánlatára, a lábainál fogva felfüggesztett, fejjel lefelé lógó betegen végezte. A tárgyalásban résztvevők (Hoffa, Lorenz, König, Schede, Kümmel, Braun) mind személyes tapasztalataik alapján a legnagyobb kiméletre intenek.

Wullstein hullakisérleteivel ismerteti azon változásokat, melyek a Calot-féle redressement után a gerinczoszlopon bekövetkeznek. Eseteiben a gerinczoszlop mellső részén 3—7 cm. hosszú diastasis képződött, a csigolyatestek teljesen eltüntek, a dura erősen megfeszült és harántul berepedt, minek következtében a gerinczvelő teljesen szabadon feküdt. A gerinczoszlopot csak a prominentia legmagasabb fokának megfelelő

tövisnyúlványok tartották össze. A púp legmagasabb pontján a pleura berepedt és a pleura parietalis alatt nagy vérzés volt észlelhető. Ha most hozzáveszszük ehhez még élőben a mellkasban a nyomási viszonyok megváltozását, a zsigerek erős megnyúlását, a hasonfekvő (plane fejjel lefelé lógó) helyzetben végzett chloroform-narcosist és a légzést akadályozó kötést, úgy elképzelhetjük a veszélyt, melyben a beteg műtét alatt forog.

A közleményekben, még a későbbiekben is, legkevesebb szó esik arról, hogy a műtét után hosszabb idővel mint viselkedik a gerinczoszlop. Calot állítása szerint callussal telik ki a képződött diastasis, sőt Ducroquet ilyeneket vélt is felfedezni pár hónappal a redressement után. Ez azonban ellenkezik kórboncztani ismereteinkkel, mert gümős csontgyuladásnál roncsolás észlelhető, de új csontképződés nem. A képződött diastasis gümős sarjadzásokkal telik csak ki (König) és a beteg évek hosszú során kénytelen gypskötést hordani, míg a bőrápolás hiányából és a kötés nyomásából származott decubitus vagy más körülmény annak eltávolítását szükségessé teszi. A rögzítő kötés eltávolítása után rövid időre kifejlődik az előbbinél még nagyobb púp.

Nagyon érdekes Pierre-nek, a Berck sur Mer-ben levő gyógyítóintézet vezetőjének közleménye (1900) Calot azon 7 betegének a sorsáról, kik 1896-ban az általa vezetett intézetben voltak elhelyezve. Azon beteg, kinek photographiája az összes képes hetilapokban megjelent, 4 évvel a műtét után gümős cahexiában meghalt. Hárman élnek most is és jól érzik magukat, de még mindig gypsben vannak Az ötödik most is púpos, s még hosszú időn át készüléket kell hordania. A hatodiknak mindkét alsó végtagja béna. A hetedik nem volt feltalálható, s így sorsa ismeretlen.

Ez őszinte értesítés minden más érvnél fényesebben mutatja azon okokat, melyek a Calot-féle eljárás elhagyását siettették és a gümős csigolyagyuladás gyógykezelését visszaterelték a conservativ eljárás felé.

Az orvosok és természettudósok düsseldorfi gyülésén 1898-ban már az erőszakos eljárás mellett legtovább kitartók (Vulpius, Joachimsthal, Krukenberg, Schede) is zászlót hajtottak a conservativ eljárás előtt.

A Calot-féle merész redressáló eljárásnak teljes bukását jelenti az 1900-diki párisi nemzetközi congressus, a melyen Calot a legnagyobb kiméletet és enyhe eljárást ajánlotta követésre. Calot álláspontja teljes visszatérés a Sayre-féle eljáráshoz és a gypskötés alkalmazását ajánlja verticalis suspensioban fokozatosan:

1. annyira felfüggesztve, hogy a beteg egész talpa érje a földet;
2. hogy a betegnek csak a lába hegye érintse a talajt;
3. hogy a beteg lábai is a levegőben legyenek.

Calot különben ez alkalommal is eljárásának a pompás eredményeit kitünően felvett photographiákkal mutatta be.

Mialatt így rövid négy év alatt fokozatosan a gümős csigolyagyuladás gyógyítómódja visszatért a conservativismushoz a púpot illetőleg, egy nagy tapasztalattal gazdagodott az orthopaedia, hogy a spondylitises beteg gerinczoszlopa nem tekintendő teljes „noli me tangere"-nek, s hogy a gerinczoszlop nem beteg szakaszainak a redressálásával, illetve helyes irányításával sok hasznot hajthatunk a betegnek.

Elvitázhatatlanul Calot-é az érdem, hogy eljárásával, mely bár nem vált be, activabb irányba terelte a gümős csigolyagyuladás gyógyítását.

* * *

A gümős csigolyagyuladás egyik nagyon gyakori complicatioja a test felületén megjelenő *hideg tályog*. Nagyon kevés az oly eset, melynél genyedés egyáltalán nem lép fel, melyek közé nem szabad mindazon eseteket számitani, hol tályog nem diagnostizálható, mert nagyon sok esetben a tályog a gerinczoszlop előtt marad eltokolva. A tályog leginkább a gerinczoszlop nyaki, alsó háti és ágyéki szakaszának a gyuladásánál constatálható. A tályog egyes esetekben, melyekben a gümős csontgócz a csigolyatestnek az oldalán vagy a hátsó felülete felé foglal helyet, megesik, hogy hátrafelé tör át, s a gümős gócz magasságában a tövisnyúlványok egyik vagy másik oldalán a púp mellett foglal helyet. Legtöbbször azonban a csigolyatest mellső felületén helyet foglaló gümős gócz által termelt geny a gerinczoszlop mellső felületén az egymással lazán összefüggő képletek között lefelé, illetve a kevesebb ellentállást nyujtó irányban sülyed. A sülyedő geny útjában gümősen inficiálja a szöveteket, mindenütt pyogen hártyát képezve, s oly helyre érve, hol a sülyedési csatorna falai kevés ellentállással birnak, ott a termelt geny nagy mennyiségben felhalmozódik, a pyogen hártyával bevont üreg mindinkább kitágul, s ha a test felületéhez közel fekszik a genynyel telt üreg, úgy azt kidomborítja, s hideg tályog alakjában jelenik meg. Az ilyen tályog az eredeti csontgócztól sokszor teljesen elzáratik, s a benne felhalmozódott tömérdek genyet maga a tályog fala termeli, a miért is az ily tályog genyének a mennyiségéből a csontgócz nagyságára következtetni nem szabad. A gerinczoszlop előtt fekvő tályog azonban sokszor direct physiologikus üregekbe is áttörhet, mint az oesophagusba, az ureterekbe, a vesemedenczékbe s ritkán a hörgökbe.

A tályog megjelenési helye függ a gümős csontgócz helyétől. A gerinczoszlop nyaki részében levő gócz által képezett geny megjelenhet a nyak oldalán, vagy mint garatmögötti tályog, beszéd- és nyelés-zavarokat okozva. A gerinczoszlop alsó nyaki és felső háti részében levő gócz ritkán a háton, a gerinczoszlop egyik vagy másik oldalán megjelenő hideg tályogot produkál. A gerinczoszlop alsó háti és ágyéki részének a genyedése lefelé sülyed az aorta abdominalis és arteria iliaca vagy a psoas-izom mentén s a csipőtányér belső felületén az úgynevezett psoas-tályog alakjában kitapintható. A tályog azonban, ha e helyen meg nem gyógyítjuk, innen lefelé sülyed a Poupart-szalag alatt a lágyékhajlásba, majd a czomb mellső felületére.

E tályogok gyógyításánál manap a legnagyobb conservativismust követik. A tapasztalat mutatja, hogy hideg tályogok hónapokon át maradnak változatlanul, sőt — különösen gyermekeknél — ha a beteg jó hygienikus körülmények közé kerül, többször maguktól eltünnek, míg sokszor a geny kiürítése czéljából megnyitott tályog éveken át nyitva marad, a bemetszés helyén képződött gümős sipolyon át tárt kaput nyitva fertőző csirok bejuthatásának, a mi előbb-utóbb be is következik. Ugyanezen sors vár oly tályogokra is, melyek kellő időben kezelésbe nem vétetvén, maguktól feltörnek.

A tályogot, daczára az aseptikus sebkezelésnek, tehát zárva kell kezelnünk, a meddig csak lehet. A gümős tályog feltárása nagy metszéssel s a pyogen hártya kikaparása vagy kitörlése ma már elhagyatott s helyébe lépett a jodoform-kezelés. E kezelési módnál a tályog falát borító pyogen hártyát a tályogba vitt jodoform pusztítja el.

Az eljárás a következő: A tályogot 2—3 mm. átmérőjű troicartral megcsapoljuk, a genyet lehetőleg teljesen kibocsátjuk, s helyébe 10%-os jodoform-glycerin-emulsiót fecskendeztünk be, körülbelül a kibocsátott geny felének megfelelő mennyiséget, de 100 grammnál sohasem többet. A műtét a leggondosabb tisztasággal, sterillé tett eszközökkel hajtandó végre, s a befecskendezendő jodoformot is kifőzzük vízfürdőben. A befecskendezés napján s másnap is a betegnek magas hőemelkedése van. A punctio rendesen 2—3 heti időközökben ismétlendő. Gyógyulás 3—4 punctio után következik be.

A jodoformkezelést meg kell kezdeni azonnal, a mint a tályog diagnostizálva van, s kivihető még akkor is, midőn már a tályog áttörni készül s a fedő bőr az áttörés helyén már megpirosodott, de ilyenkor a punctiót mindig az ép bőrön kell eszközölni, különben sipoly visszamaradása biztos.

A psoas-tályog már akkor veendő kezelés alá, midőn még a csipőtányér belső felületén tapintható, s nem kell megvárni a tályog lesülyedését a czombra.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Prof. Dr. Hermann Lenhartz: Die septischen Erkrankungen. Wien, 1903. Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

A befejezéséhez közeledő Nothnagel-féle nagy gyüjtőmunka ezen néhány héttel ezelőtt megjelent kötetének már futólagos áttekintése gyaníttatta velünk, hogy elsőrendű irodalmi termékkel állunk szemben. Megbizonyosodtunk pedig erről, a mikor a munkát behatóbb tanulmányozásnak vetettük alá. Mert a septicaemiás megbetegedések ilyen arányú, ennyire tökéletes, az orvostudomány különböző szakait (belgyógyászat, sebészet, szülészet, fülgyógyászat) egyformán tekintetbe vevő feldolgozását eddig még nem ismertük. Ehhez járul még az is, hogy szerző nem csupán nagy irodalmi ismereteire támaszkodott munkája összeállításakor, hanem e mellett kiterjedt személyes tapasztalatai — több mint 200 saját észlelésű kórtörténet van beleszőve — is irányították az egyes fejezetek megirásakor. Utóbbi körülmény folytán a munka kifejezetten az eredetiség és önállóság bélyegét nyerte, a nélkül azonban, hogy e miatt a tárgyilagosságon csorba esett volna. Mint az eredetiség jegyében járó minden munkában, úgy ebben is találkozunk nézetekkel, a melyek talán birálat tárgyát képezhetnék és idővel talán módosításra is szorulnak; ezek azonban még inkább növelik a munka értékét, mert hozzájárulnak ahhoz, hogy másokat gondolkodásra serkentve, az illető vitás kérdések mihamarább tisztázódjanak.

A 14 színnyomatú táblával, 18 szövegközti ábrával és 109 görbével ellátott, majdnem 600 nagy oldalra terjedő terjedelmes munka négy főrészre oszlik. Az első rész a történeti adatokat és a továbbiak megértéséhez szükséges elméleti ismereteket (a septikus megbetegedések bakteriologiája, a bakteriumos fertőzés előfeltételei, helyi és általános következményei, az immunitás lényege, a vér baktericid, antitoxikus és bakteriolytikus hatása, a vegyes fertőzés) foglalja össze. A második rész czíme: a septikus megbetegedések általános klinikája. Ebben először is a septikus megbetegedések nomenclaturájával foglalkozik birálólag, majd áttér a bakteriologiai vérvizsgálatok ismertetésére, a septikus megbetegedések felosztását adja, a kórokozók bejutásmódját a szervezetbe tárgyalja. Ezek után a kórkép általános vázát tünteti elő, leirja a helyi elváltozásokat a különböző szervekben, a lázat különböző megjelenési alakjaiban, a vér megváltozását, az anatomiai leletet. A diagnosisnak, a prognosisnak és a therapiának általános szempontokból való tárgyalása, valamint szerző saját gyógykisérletei reconvalescens-serummal fejezik be ezen részét a munkának. A harmadik rész a septikus megbetegedéseket aetiologiai szempontból tárgyalja, külön fejezetekben ismertetve a streptococcusok, a staphylococcusok, a pneumococcus, a Friedländer-féle pneumobacillus, a bakterium coli, a gonococcus, a Weichselbaum-féle diplococcus intracellularis, a typhus-bacillus, a bacillus pyocyaneus és a gázbacillus okozta általános fertőzéseket. Végül a negyedik, a legterjedelmesebb rész a fontosabb septikus megbetegedések (osteomyelitis, otogen sepsis, septikus megbetegedések az epeutak és a gyomorbélhuzam betegségei után, a húgyutakból kiinduló sepsis, a septikus endocarditis és a gyermekágyi láz) kimerítő klinikai leirását adja. Pontos tárgy- és névjegyzék fejezi be a művet, a mely az egyes főrészek végén az odavágó fontosabb irodalmi adatok jegyzékét is adja.

A világosan, könnyen érthetően és érdekesen megirt munkát, a mely nemcsak a septikus megbetegedésekre vonatkozó ismeretek mai állását foglalja össze, hanem a benne felhalmozott eredeti észlelésekkel és megjegyzésekkel ismereteinket e téren határozottan bővíti is, melegen ajánljuk minden orvos figyelmébe.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A jodcodein (codeinum bijodatum s. codeinum jodhydricum acidum) tűszerű, sárgás, vízben könnyen oldódó jegeczeket képez. Belsőleg 2—4 centigrammos adagokban adható, bőr alá pedig 1—3 centigrammot fecskendezhetünk. *Labadie-Lagrave* és *Robin* szerint jó eredménynyel használható tüdőemphysema eseteiben, a mikor is köptető, a nehézlégzést és köhögést csökkentő, nemkülönben hypnotikus hatást fejt ki. Jó szolgálatokat tehet továbbá e szer asthma, tracheo-bronchitis, bronchitis acuta et chronica eseteiben, valamint tussis convulsiva kezdeti szakában. Uraemiás nehézlégzés, valamint Bright-kór feltételezte másodlagos bronchitis eseteiben jól helyettesítheti a sokkal veszélyesebb morphiumot. A jodkalium bőr alá fecskendezésének fájdalmassága is megszüntethető jodcodeinnel, ha a 8%-os jodkalium-oldathoz 3 centigramm jodcodeint adunk. (Bulletin médical, 1903. 41. szám.)

Citarin, köszvényellenes új szer. *His* és *Paul* tanárok a német orvosok és természetvizsgálók Hamburgban tartott összejövetelén egy előadásukban úgy nyilatkoztak, hogy formaldehyddal lehetne a húgysavat legkönnyebben elég jól oldódó összeköttetésbe átvinni. Míg a húgysav 38,000 rész vízben oldódik, addig a diformaldehydhúgysav már 300-400 rész vízben oldódik; ezenkivül utóbbit — ellentétben a húgysavval — híg savak nem csapják ki, hanem a savanyú húgyban, úgy mint az alkaliás hatású vérben oldva marad. A Bayer elberfeldi czégnek sikerült citarin elnevezéssel egy olyan készítményt előállítani formaldehydnek czitromsavas natriumra behatása útján, mely eltekintve attól, hogy a szervezetben belőle formaldehyd könnyen lehasad, s így hatását a köszvénynél nagy szerepet játszó húgysav feloldása tekintetében kifejtheti, egyébként is kedvező hatású, mert egyrészt a vér alkalicitását növeli és ezáltal a húgysav oldott állapotban maradását elősegíti, másrészt pedig a bélperistaltikát, a mely köszvényeseknél többnyire csökkent, fokozza. A citarin adagja 2 gramm; ennyi adandó naponként 3—4-szer; bevétele nem ütközik nehézségbe, mert vízben oldva és kissé megédesitve elég kellemes, limonádszerű folyadékot kapunk. Kiterjedtebb klinikai észleléseket eddig még nem tettek ezen új szerrel. (Allgemeine medicinische Central-Zeitung, 1903. 25. szám.)

Belgyógyászat.

Traumás eredetű albuminuria esetét közli *Engel*. Egy fiatal ember lóról leesvén, kezeinek sérülésén kivül hátának jobb felén ütődést szenvedett, a mely azonban nem volt nagyfokú, a külbőr és az izomzat részéről semmi tünetet nem okozott. A még aznap megejtett vizsgálat a vizeletben fehérjét és czukornyomokat derített ki. Másnap fehérje már nem találtatott, a glykosuria azonban 4 hétig fennállott. Megjegyzendő, hogy a beteg vizeletét a baleset előtt néhány hónappal fehérjére és czukorra megvizsgálták negativ eredménynyel. Szerző azt hiszi, hogy a látszólag egészséges egyéneknél néha észlelhető albuminuria sokszor előrement kisebb, alig figyelembe vett balesetekre vezethető vissza s ajánlja ezen irányban a további adatgyüjtést. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 10. szám.)

Epekőbetegségben *Boas* szerint fontos és gyakran észlelhető tünet a májnak dorsalis érzékenysége nyomásra, a mely a két alsó hátcsigolya és a legfelső ágyékcsigolya magasságában a gerinczoszloptól 2 centimeternyire jobb felé egészen a hátulsó hónaljvonalig szokott kimutatható lenni. Ez a nyomásra való érzékenység rendesen az epekőroham alkalmával jelentkezik és tovább szokott tartani, mint maga a roham, sőt néha a cholelithiasis latens szakában is megtalálható. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903. 15. szám.)

Az Ehrlich-féle diazoreactiót tette tanulmány tárgyává *Pelzl*. Eredményeit a következőkben foglalja össze. A diazoreactio positiv következő megbetegedésekben: 1. Typhus abdominalis (az 1. hét közepétől a 3. hét végéig); 2. kanyaró (az eruptio előtt és az exanthema kezdeti szakában); 3. vörhenydiphtheria; 4. előhaladt tüdőgümőkór és tuberculosis serosarum; 5. septicaemia. Úgy látszik tehát, hogy a diazoreactio főleg olyan betegségekben positiv, a melyekben streptococcusok jutnak a vérkeringésbe, a miből viszont az folyik, hogy olyan esetekben, melyekben positiv diazoreactiót találunk, azonnal vegyük igénybe az antistreptococcus-serumot és az intravenosus collargol-injectiókat, mint a melyek eddigelé még legbiztosabb eszközeink az általános sepsis leküzdésére. (Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 31. szám.)

A vérvizsgálat értéke typhus abdominalis eseteiben. *Kast* és *Gütig* typhusra gyanus 100 esetben végeztek vérvizsgálatot Pribram tanár klinikáján. 77 eset a további lefolyás alapján biztos typhusnak bizonyult és ezeknek az eseteknek 92%-ában már az első vizsgálat alkalmával kimutatható volt a fehérvérsejtek megkevesbedése. 24 esetben már akkor megkevesbedettek voltak a leukocyták, a mikor lépdaganat és roseola még nem jelentkezett, 7 esetben pedig már akkor fel lehetett állítani a fehér vérsejtek megkevesbedése alapján a typhus diagnosisát, a mikor semmiféle tünet, még a Widal-féle reactio sem utalt typhusra. A prognosist illetőleg is bizonyos mértékben következtetés vonható a vérvizsgálat eredményéből; azokban az esetekben ugyanis, a melyekben a lymphocyták megszaporodtak és megszaporodva maradtak, a lefolyás kedvező volt, azok az esetek, melyekhez a 2. vagy 3. szakban valami szövődmény társult, a nélkül, hogy a leukocyták megszaporodtak volna, súlyos vagy halálos lefolyásúak voltak. Paratyphus 5 biztos esetében a leukocyták épen úgy viselkedtek, mint typhusban. (Verein deutscher Ärzte in Prag. Sitzung von 20. März, 1903. Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 31. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A heroint *Crha* kiterjedten használta és köhögés- valamint fájdalomcsillapító hatásával nagyon meg van elégedve; direct hypnotikus hatása azonban nincsen. 3—6 milligrammos adagokban mérgező hatást sohasem észlelt. Nagy előnyének tartja, hogy már nagyon kicsiny adagokban is biztosan hat; a hozzászokás csak nagyon lassan következik be, úgy hogy csak hosszú időközökben kell az adag nagyságát lényegtelenül fokozni; végül az emésztő szerveket sem támadja meg. Különösen öreg betegeknél ajánlatos a heroin használata morphium helyett, mert az utóbbi a szívre káros hatású lehet. (Die Heilkunde, 1903. 5. füzet.)

A mesotanról, ezen külsőleges alkalmazandó antirheumaticumról már ismételten megemlékeztünk. Újabban *Kropil* pozsonyi orvos tette közzé tapasztalatait. Szerinte is rendkivül jó hatású úgy heveny, mint idült csúz eseteiben. Nagy jelentőséget tulajdonit továbbá a szernek differential-diagnostikai szempontból, a mennyiben csak a rheumás eredésű fájdalmakat befolyásolja. Felemliti továbbá szerző, hogy tüdővészesek éjjeli izzadása ellen is nagyon jó eredménynyel használta a mesotant: 8—10 csepp mesotant ugyanannyi olcum olivarummal keverve a törzsön bedörzsöltetett; a hatás több napig eltartott. Pruritus cutaneus két esetében is hasznosnak bizonyult a mesotannal való bedörzsölés naponként kétszer; a viszketés végleg elmaradt. Végül felemliti még, hogy 20—30% mesotant tartalmazó zinkoxyd-kenőcsesel különböző bőrbajokban szép eredményeket ért el; idetartozó tapasztalatairól egy további közleményben fog beszámolni. (Wiener medicinische Presse, 1903. 13. szám.)

A gümőkór hetol-kezeléséről irott czikkében *Franck* az irodalom alapján ismerteti a hetol-kezelés jó eredményeit. Kivánatosnak tartja ennek minél szélesebb körökben elterjedését, a mi ma már alig ütközik nehézségbe, a mióta a Kalle-czég teljesen használatra készen, beforrasztott üvegcsékben hozza forgalomba elég jutányos áron a hetolt. (Die medicinsiche Woche, 1903. 22. szám.)

Kresulfol „Riedel“. *Fischer* és *Koske* a német császári egészségügyi hivatalban behatott vizsgálatokat végeztek a marhaszállító kocsik fertőtlenítését illetőleg és arra az eredményre jutottak, hogy az 1 rész kresolból és 2 rész tömény kénsavból álló keverék, a mely vízben nagyon könnyen oldódik, felel meg legjobban a czélnak, a mennyiben sokkal erősebb fertőtlenítő hatású, mint az eddig használatban levő egyéb szerek és e mellett rendkivül olcsó is. A Riedel-féle berlini vegyészeti gyár kresulfol elnevezéssel bocsátja árúba. Használat előtt 3%-os vizes oldata készitendő. A szer különben nem csupán marhaszállító kocsik, hanem egyebek (istállók, árnyékszékek, pinczék stb.) fertőtlenítésére is jól használható. (Pharmaceutische Zeitung, 1903. 39. szám.)

Himlő gyógyítása thiollal. *Kolbassenko* már évekkel ezelőtt felhivta a figyelmet arra, hogy az ichthyolos vaselin (1:5—1:8) rendkivül kedvező hatást fejt ki, akár még csak a fejlődés kezdeti szakában levő, akár pedig már kifejlődött himlőpustulákra alkalmazva. A hatást eleinte a véredényösszehúzódásból, a fájdalomcsillapitásból és a desinficiálásból vélte megfejthetni, később azonban azon véleményének adott kifejezést, hogy ezeken kivül még egy fontos körülmény játszik szerepet, tudniillik az ichthyolvaselin fekete szine visszatartja a fénysugarakat, a melyek pedig nagyon elősegítik a himlős folyamatot. Minthogy azonban az ichthyol kissé drága, újabban folyékony thiollal tett kisérleteket, mint a mely olcsó és jobban tapad a bőrre, ezt a fénysugarak számára átjárhatlan fekete réteggel vonván be. Eredményei nagyon jók voltak. (Die Heilkunde, 1903. 5. füzet.)

Theocinhatás kifejezett esetét észlelte *Hess*. A 67 éves beteg arteriosclerosisban és incompenzált szívbajban szenvedett; baja már annyira előrehaladott volt, hogy a legkülönbözőbb szerek és eljárások teljesen hatástalanok maradtak: a nagyfokban oedemás beteg órái már megszámláltaknak látszottak. Ekkor utolsó kisérletképen szerző a theocinhoz fordult, 30 centigrammos adagokat adva naponként 1—3-szor, mire a duresis megindult, az összes fenyegető tünetek engedtek. A beteg — a ki azóta állandóan használ theocint, naponként 1, legfeljebb 2 0·25 gm.-os tablettát — jelenleg egészen jól érzi magát. Szerző azt hiszi, hogy a theocin csak akkor fejt ki ilyen jó hatást, ha a szivműködés még elég erős. (Therapeutische Monatshefte, 1903. április.)

A tüdőgümőkórnak kreosottal való kezeléséről ir *Burwinkel*. Nagyon dieséri a Krewel-féle sanguinal-pilulákat 10 centigramm kreosottartalommal. Ezekből eleinte délben és este ad egyet-egyet, majd rohamosan növeli az adagot, úgy hogy a betegek rövid idő mulva 4—6 labdacsot vesznek be 3-szor naponként. A szer mindig étkezés közben vagy közvetlenül utána veendő, még pedig huzamos időn át. A mióta a Krewel-féle labdacsokat használtatja, nem észlel emésztési zavarokat, a melyek a kreosotnak más alakban használata esetén elég gyakoriak voltak. A vesére gyakorolt ártalmas hatást sohasem látott, pedig nagy adag kreosotot ad hosszú időn keresztül. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1903. 18. szám.)

Tussis convulsiva gyógyitása vaporinnal. Vaporin elnevezéssel a Krewel-czég egy készítményt hozott forgalomba (naphthen-eucalypto-camphora), a mely *Staedtler* vizsgálatai szerint szamárhurut eseteiben

rendkivül kedvező befolyást gyakorol, a betegséget rendkivül megrövidíti (gyógyulás 10—14 nap alatt), kellemetlen melléktüneteket nem okoz. Használatmódja következő: egy evőkanálnyi vaporint vizzel elgőzölögtetünk egy szobában, melybe a beteget $^1/_2$—$^3/_4$ órára viszszük: ezt a szobát azután jól kiszellőztetjük; az eljárásnak naponként egyszer ismétlése teljesen elegendő. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1903. 45. szám.)

A suprareninum hydrochloricumot a „Farbwerke vorm. Meister, Lucius und Brüning“ gyár 1:1000 higitásban (0·9%-os konyhasó-oldattal) hozza forgalomba. A suprarenin erős vértelenítő hatása miatt ma már rendkivül kiterjedt használatnak örvend. Igy alkalmazzák a szemészetben helyi érzéstelenítő szerrel kapcsolatban episcleritis, tavaszi hurut, idült kötőhártyalob, iritis, glaucoma, műtéti beavatkozások esetében. Az oto-rhino-laryngologiában tubahurut, vérző középfülpolyp, mellküregempyema, orrvérzés, nátha, szénaláz eseteiben javalt, úgyszintén az orrban vagy a gégében végzendő műtéteknél, valamint diagnostikai czélból, hogy az orr mélyébe jobb betekintést nyerjünk. A sebészetben erős vérzéseknél, valamint a Schleich-féle infiltratiós anaesthesiás folyadékhoz adható jó eredménynyel. Használható továbbá hólyagdaganatok műtevésekor, a hólyag és a húgycső vérzései ellen, valamint húgycsőszűkület eseteiben. A nőgyógyászatban, főleg endometritis és fibroma okozta vérzések ellen tesz jó szolgálatokat. Az oto- és rhinologiában, nemkülönben a sebészetben 1:1000—5000 oldatait használják. A kötőhártyára vértelenítés czéljából elegendő az 1:5000—10,000 oldatból egy cseppet becseppenteni. A hólyagba befecskendésre 1:10,000 oldatot használnak, bőr alá fecskendésre pedig az 1‰ oldatból 0·5 köbcentimetert lehet venni. A suprarenin atropin, ezerin, cocain, zincum sulfuricum hozzáadását jól tűri. A 1‰ oldat 10 és 25 köbcentimetert tartalmazó üvegekben kapható.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 34. szám. *Kiss Gyula*: Az erjesztési czukorpróba néhány egyszerű kiviteli módjáról. *Felletár Emil*: Még egy autosuggestio folytán keletkezett mérgezési vád. *Prochnow József*: A kórházi sebészi gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1903. 34. szám. *Dillnberger Emil*: A localis kezelés szerepe a női betegségek balneotherapiájában. *Baumgarten Samu*: Haemospermia.

Budapesti orvosi újság, 1903. 22. szám *Ángyán Béla*: A croupos tüdőgyuladás kezelése creosottal. *Bosányi Béla*: Az omarthritis és annak balneotherapiája.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 34. szám. *Naegeli*: Az anaemia perniciosa és diagnosisa. *Stenczel*: A lágy fekély és szövődményei gyógyitása. *Kos*: Veleszületett ankyloblepharon heveny trachoma következtében. *Englisch*: Betokolt hólyagkövek.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 34. szám. *Ehrmann*: Herpes progenitalis és fájdalmak a regio pubicában lúdtalpúság esetében. *Schein*: A tarfejűség keletkezése. *Fellner*: A diabetes a sebészetben.

Wiener medizinische Presse, 1903. 33. szám. *Bloch*: A retroflexio kezelése. *Weiss*: A syphilis gyógyitása.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 34. szám. *De Renzi* és *Boeri*: Az omentum mint védőszer. *Bamberger*: A collargol hatásmódja. *Klingmüller*: Megölt gümőbacillusok és tuberculosis-toxinok hatása. *Czerno-Schwarz* és *Bronstein*: Cytodiagnosis. *Lery-Dorn* és *Jacobsohn*: Idegen testek felkeresése Röntgen-sugarakkal.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 34. szám. *Opitz*: A terhesség biochemiája. *Orlowsky*: Adat a véralkalescentia kérdéséhez. *Schönwerth*: Traumás infarctus subcutan veseruptura esetében. *Heubner*: Általános soor-fertőzés. *Scholz*: Bőrbajok gyógyitása Röntgen-sugarakkal és concentrált fénynyel. *Mendel* és *Kron*: Veronal. *Cramer*: Adrenalin használata a gynaekologiában.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 33. szám. *Stolkind*: Egyidejű megbetegedés influenzában és typhusban. 34. szám. *Klein*: Lymphocythaemiás lymphomatosis. *Thierfelder*: Bizonyos neurosisok fejlődése kerékpározóknál.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 32. szám. *Gilli*: A czombsérv gyökeres műtevése Lotheissen szerint.

Archiv für klinische Chirurgie, 70. kötet, 2. füzet. *Bornhaupt*: Az appendicitis korai műtevése. *Ch. Greene Cumston*: A májsyphilis sebészeti szempontból. *Gontermann*: Accidentalis seb csiratartalma aseptikus száraz és antiseptikus nedves kezelés mellett. *Höpfner*: Edényvarrat, edénytransplantatio és amputált végtagok replantatioja. *Frommer*: Az osteoplastikus amputatio technikájához. *Niko Cassape* és *Wieting*: A magas kőmetszés eredményei. *Baracz*: A lépfene kezelése collargol intravenosus befecskendezésével. *Busalla*: Decanulement-nehézségek tracheotomizált diphtheriás gyermekeknél, különös tekintettel a retrograd intubatiora. *Krenter*: A vakbél nyújtási gangraenája a flexura sigmoidea tengelycsavarodásánál és a vakbél szögletbe törésénél. *Stieda*: Atresia ani congenita. *Neugebauer*: Ascaris a ductus choledochusban; choledochotomia.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 68. kötet, 3. és 4. füzet. *Hermes*: A féregnyújtvány elváltozásai gynaekologiai betegségekben. *Hartmann*: Bakteriologiai vizsgálatok epekőműtét 46 esetében. *Jacobsthal*: Adatok az operativ kezelt aneurysmák statistikájához. *Krüger*: Hólyagkőzúzás utána következő aspirationál. *Matsuoka*: A vese multiplex papillomái. *Kayser*: A lapoczka magas állása veleszületett nyak- és vállizomdefectusokkal. *Hofmann*: A pes valgus és calcaneus anatomiája és mechanikája. *Läwen*: A felső végtag diffus phlebarteriectasiája. *Biagi*: Méh-papilloma. *Schmidt*: Hernia infamiliaris bilocularis properitonealis tömlővel a kismedenczében és hereectopia. *Chlumsky*: A sebészeti klinikák épitése és belső berendezése.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 7. kötet, 3. füzet. *Martin*: Hőalkalmazások befolyása a véredényrendszerre. *Herz*: Vizalkalmazások befolyása az agy reactioképességére. *Rzetkowski*: Az izzadás befolyása a vérösszetételre. *Stuertz*: Az intravenosus oxygeninfusiók.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 5. füzet. *Mayor*: Kisérletes adatok néhány morphium-származék ismeretéhez. *Schreiner*: A tussis convulsiva kezelésének mai állása és újabb tapasztalatok oxycamphorral és citrophennel. *Franck*: Hőmérés és lázhatár. *Kisch*: A marienbadi Rudolf-forrás. *Stadelmann*: A motorius aphasia és agraphia kezelése apoplexia után. *Schilling*: Új bárzsing-fecskendő. *Engelbrecht*: Adamkiewicz-féle cancroinnal kezelt végbélrák. *Heermann*: A jodipin és aspirin mellékhatása. *Schüle*: Veronal.

Zeitschrift für Heilkunde, 1903. 6. füzet. *Jolles* és *Oppenheim*: Syphilisben szenvedők vérének fehérjetartalma. *Schenk* és *Austerlitz*: A női nemi szervek rugalmas szövete. *Stangl*: A bőr perithelialis véredénydaganatainak ismeretéhez. *Nohel*: Placenta praevia. *Reiner*: Multiplex, idült rheumás izületlobok a gyermekkorban.

Die Therapie der Gegenwart, 1903. 4. füzet. *Rosenbach*: A functionalis myopathiák diagnostikai jelentősége és kezelése. *Senz*: Soványító kúrák bórsavval. *Rothschild*: Pleuraizzadmányok utókezelése. *Rosenfeld*: Veronal. *Schultz*: A heveny appendicitis kora műtevése.

La semaine médicale, 1903. 33. szám. *Farnarier*: Veszélyesek-e a fertőző betegek számára való kórházak a környezetre nézve?

Journal médical de Bruxelles, 1903. 33. szám. *Wilmart*: A Tenon-tok functiói. *Foquet*: Barlow-kór két esete. *Verhoogen*: A traumás hysteria prognosisa.

Le progrès médical, 1903. 33. szám. *Royet*: Orrpolypok okozta elmezavarok.

Archives générales de médecine, 1903. 29. szám. *Lannois* és *Loeper*: A periferiás venapulsus a tricuspidalis elégtelenségénél. *Manté* és *Aubourg*: Az ondózsinór torsioja. *Debove*: Myelogen leucaemia. *Robin* és *Binet*: A tengeri klima és a tengeri fürdő hatása a táplálkozásra. 30. szám. *Barjon* és *Cade*: Pleuralis eosinophilia. *Rénon*: Az elsődleges tüdőcongestiók. *Gradenigo*: Az adenoid vegetatiók eltávolítása. 31. szám. *Marion*: Az abductor longus pollicis hüvelyének lobja. *Achard, Laubry* és *Grenet*: A chlorkiválasztás és összefüggése a pleuritisek lefolyásával. *Boinet*: Thoracocentesis aspiratio nélkül.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 3. füzet. *Robin*: Az idült atrophiás gastritis kezelése. *Hallé* és *Touret*: Marhaepe-kivonat. *Raffegeau*: A Treves-féle „hydro-thermo-mélangeur“. *Meunier*: A hyperchlorhydria gyógyitása glycogennel. *Bardet*: A köszvényes diathesis kezelése chinoforminnal.

The lancet, 1903. II. 4. szám. *A. E. J. Barker*: Haladás a helyi érzéstelenités terén. *H. Timbrell Bulstrode*: A tüdőgümőkór okai, gyakorisága és az ellene való küzdés. *W. Norwood East*: Atmosphaeraváltozások befolyása bűntettesekre. *D. Lawson* és *R. Hill Crombie*: Röntgen-sugarak a tüdőbajok diagnosisában. *A. E. Wright*: Adatok a typhus, a Malta-láz és a gümőkór agglutinatiós és bakteriolysises vizsgálásához. *H. Campbell*: Masticatio. *G. Granville Bantock*: A méhfüggelékek betegségeinek conservativ kezelése. *D'Arcy Power*: Van-e befolyása a helyiségnek és a környezetnek rosszindulatú betegségek visszatérésére műtét után? *Ch. Barrett Lockwood*: Hepatectomia a Riedel-féle lebeny eltávolitására. *A. Harden* és *Allan Macfadyen*: Enzymek daganatokban. *J. W. Byers*: Az új Victoria-kórház Belfastban. *S. H. Long*: Gégestenosis tracheotomia után; intermittens intubatio 129 napon át; gyógyulás. 5. szám. *T. D. Griffiths*: Az antiseptikus sebészet fejlődése és befolyása a bakteriologia és a gyógyászat haladására. *F. T. Roberts*: A fertőző betegségek. *A. W. Mayo Robson*: A hassebészet fejlődése. *H. Timbrell Bulstrode*: A gümőkór okai és megelőzése. *R. W. C. Pierce*: Ismétlődő varioloid kiütés vaccinatio után. *G. M. Gould*: Wagner Richard betegsége. *C. E. Ham* és *J. R. Macleod*: A szabad sósav meghatározása a gyomortartalomban. *J. Hoggan Ewart*: 20 éven át az orbitában tartózkodott és tüneteket nem okozott nagy üvegdarab. *E. Sydney Hawthorne*: Kulcscsonttörés és csontos egyesülés a méhben. *J. M. Escovar*: Beri-beri esete. *L. A. Dunn*: Pneumococcus okozta genyes arthritis 5 esete a gyermekkorban.

British medical journal, 1903. augusztus 8. *T. F. Macdonald*: A humerus-dislocatio ritka esete (luxatio erecta). *R. T. Turner*: A heveny csúz fertőző volta. *C. J. Whitby*: A brachialis neuralgia kezelése. *R. E. Kelly*: A kinematograph elvének alkalmazása sorozatmetszetek vizsgálatakor. *Lewis Smith* és *Hugh M. Rigby*: Beékelődött epekövek okozta hepato-broncho-biliaris fistula. Augusztus 15. *J. M. Mackenzie*: A vaccinatio viszonya a gyermekhalandósághoz. *H. H. Tidswell*: Physicalis degeneratio a munkásosztály gyermekeiben. *F. T. Paul*: Vakbélkiirtás három esete. *J. A. Coutts*: Szokatlan hosszú ideig tartott genyes pericarditis gyermekben. *Ralph Stoney*: Elephantiasis műtett esete. *S. W. Allworthy*: Fölös számú köldök. *J. R. Pollock*: Gyomorfekélyátfúródást utánzó kórkép. *R. H. Mills Roberts*: Fejsérülés esetei.

The practitioner, 1903. augusztus. *London*: A köszvény gyógyitása Karlsbadban. *Th. B. Futcher*: Metabolismus köszvényben, külö-

nös tekintettel a húgysav és phosphorsav kiválasztására. *C. Price-Jones*: A gümőkór okai a gyermekkorban. *R. H. Elliot:* A hályog-extractio technikája. *L. Villiams*: Alkoholos eredetű peripheriás neuritis. *S. Vere Pearson* és *P. Lockhart Mummery:* Az empyema utókezelése gyermekeknél. *B. G. A. Moynihan*: A pankreas betegségeire vonatkozó ismeretek jelen állása. *R. Tanner Hewlett*: Újabb dolgozatok a tropusi betegségek köréből. *E. Ellis*: Fenyegető puerperalis eclampsia esete. *S. Davidson*: Kettősen hasadt ajak az orrsövény hiányával. *L. C. Parkes:* Typhus és fertőzött ágyteritők.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 32. hetében (1903. augusztus 9-dikétől augusztus 15.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Élveszületett 423 gyermek, elhalt 274 egyén, a születések tehát 178-tel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27·8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·0, az egy éven felüli lakosságnál: 14·5, az öt éven felüli lakosságnál: 13·0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümős agykérlob 4, agyguta 5, ránggörcs 4, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 14, hörglob 3, tüdőlob 12, hurutos tüdőlob 3, mellhártyalob 2, tüdővész 48, tüdőlégdag 2, bélhurut 37, májbajok 2, hashártyalob 2, kizárt sérv 0, Brightkór 6, veleszületett gyengeség 12, gyermekaszály 0, aggaszály 6, rák 13, méhrák 5, egyéb álképlet 3, gümős bajok 4, kanyaró 2, vörheny 16, álh. gégelob 1, roncsoló toroklob 1, hökhurut 3, gyermekágyi láz 0, hagymáz 1, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 1, vérhas 1, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 1, öngyilkosság 6, baleset 4, erőszakos, kétes 4. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3044 beteg, szaporodás 810, csökkenés 868, maradt e hét végén 2986 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi aug. 9-dikától augusztus 15-dikéig terjedő 32 héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 43 (48), vörheny 45 (44), álh. gége- és roncsoló toroklob 34 (27), hökhurut 13 (12), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 6 (5), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 10 (10), vérhas 0 (0), orbáncz 22 (18), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 0 (0), trachoma 5 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **A magyar orvosok és természetvizsgálók kolozsvári vándorgyülésének elszállásoló bizottsága** ez úton is figyelmezteti a gyülésen résztvenni óhajtókat, hogy siessenek beiratkozni s a beiratkozást ne halaszszák akkorra, a midőn Kolozsvárra megérkeznek, mert félő, hogy akkor alig volna lehetséges nekik megfelelő lakást biztositani, a mi azért is nagy zavarokat idézhet elő, mivel ezen időtájban a fogadókban is nehéz lesz lakást kapni. Beiratkozni e hó végéig lehet Kaiser Károly dr.-nál Budapesten, a belügyministeriumban.

Újabban a következő kartársak jelentettek be ott tartandó előadásokat:

Bakó Sándor: A prostatectomia perinealis 5 esete. *Elfer Aladár:* A fehér vérsejt számlálás értéke belső betegségek kórismézésénél. *Fischer Jakab:* Az újabb altatószerekről. *Hevesi Imre:* Az inképző módszer a lúdtalp és dongaláb gyógyitására. *Hoor Károly:* Szemészeti tárgy. Ifj. *Klug Nándor:* A paracentesisről. *Lumniczer József:* Az idealis sebészeti tisztaságról és eredményeiről. *Óváry Pál:* A salicyl-chinin hatásáról septikus lázaknál, különösen gyermekágyban. *Pattantyús Ábrahám:* A progressiv börtönrendszer, illetőleg az annak következményeként törvényszerűleg végrehajtott egy évi magánelzárás befolyása a tuberculosis megszaporodására. *Ranschburg Pál*: Iskolás gyermekek elmebeli fogyatkozásai. *Sarbó Arthur*: Az Achilles-inreflex diagnostikus értékéről. *Török Arthur*: A kristyori aranybánya és zúzómű egészségügyi viszonyairól. *Weisz Ferencz*: Az ondóbólyagról, és a tárgy megnevezése nélkül *Torday Árpád.*

○ **Oklevelüket a tiszti főorvosnál junius hóban bemutatták** *Győri Ilka Lina* dr. orvostudor és 5 szülésznő.

✕ **Beiratkozások az egyetemre.** A kultuszminister az egyetem tanácsához leiratot intézett, a melyben a beirásnak csaknem egészen új rendjét állapítja meg a jövőre nézve. A minister rendelkezései, a melyek főképen a tandíjelengedés körül előfordult zavarok megszüntetését czélozzák, a következők:

1. A beirások a leczkekönyvnek a tanárok által való láttamozásával együtt szeptember 1-jétől 16-dikáig tartanak. Szeptember 16-dikán túl *csak az egyévi önkéntesek* iratkozhatnak be, október 8-dikáig. 2. Csupán azok a hallgatók iratnak be, a kik a tandíjat lefizetik. A tandíjelengedésért folyamodók *előjegyzése elmarad.* 3. A tandíj elengedéséért a folyamodványok szeptember 1-jétől szeptember hónap 10-dikéig nyujtandók be az illető kar dékáni hivatalába. A folyamodványhoz melléklendő az első éveseknél: szegénységi (nem vagyontalansági) és érettségi bizonyítvány; a többieknél: a szegénységi (nem vagyontalansági) bizonyítvány és az előző félév indexének hiteles másolata. 4. A karoknak a tandíj elengedése ügyében hozott határozata ellen *felebbezésnek nincs helye.* 5. A tandíj elengedéséért folyamodók szeptember 16-ától szeptember 20-dikáig iratkoznak be. 6. A tanévet megnyitó ünnepség szeptember 15-dikén tartatik meg; az *előadások szeptember tizenhatodikán* kezdődnek. A tanulmányi, fegyelmi és tandíjszabályzatnak ezzel ellenkező határozmányai egyidejűleg hatályon kivül helyeztetnek.

△ **Állami kórház tüdőbetegek részére.** Széll Kálmán miniszterelnök utolsó ténykedései közé tartozik az az elhatározása, hogy a tüdőbetegek részére a főváros területén állami kórházat állit. A fővároshoz intézet leiratában tudatta ezt a hatóságokkal és egyben felhivta a várost, hogy a kórház czéljara, a melynek költségéről a 200 milliós állami beruházás keretében gondoskodott, adjon ingyen telket. A felhivásra a mérnöki hivatal öt nagyobb telket jelentett be a tanácsnak, mint olyanokat, a melyek legalkalmasabbak a kivánt czélra. A telkek az új köztemető körül fekszenek s könnyen hozzáférhetők.

✕ **Elmegyógyitó-intézet Máramaros-Szigeten.** Máramaros vármegye közkórházával kapcsolatosan a tervezett elmegyógyitó-intézet czéljaira a vármegye megvásárolta a szükséges telkeket. A minap ment *Szilágyi István* dr. közkórházi igazgató-főorvos, *Kozma Sándor* dr. vármegyei tiszti főorvos és *Bakó István* főmérnök Nagyváradra, hogy a vármegye törvényhatósága megbizásából az ottan épülő elmegyógyitó-intézetet megszemléljék s a máramaros-szigeti elmegyógyitó-intézet épitésére és berendezésére javaslatot terjeszszenek elő. Az épitkezést őszszel akarják megkezdeni.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátra-Széplak* VIII/18. 927. *Bártfa* VIII/19. 3646. *Korytnicza* VIII/17. 1221. *Uj-Tátrafüred* VIII/21. 1617. *Tátrafüred* VIII/19. 2193. *Iglófüred* VIII/19. 504. *Tarcsa* VIII/23. 1130.

+ **Elhunyt.** *Farkas Sándor* dr. 90 éves korában Budapesten. *Edmond Nocard* kiváló bakteriologus Párisban.

Lapunk mai számához F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég baseli és grenzachi gyárainak a Thigenol „Roche" synthetice előállított kénkészitményről szóló prospektusa van mellékelve, melyre ezennel t. olvasóink figyelmét felhivjuk.

A tabletta-rendszert, melyet a „**Chemische Industrie Act.-Ges. in St. Margarethen**" inaugurált, a svájczi egészségügyi hatóság is elfogadta, elhatározván, hogy az egészségügyi személyzetet komprimált tablettákat tartalmazó zsebtárczákkal látja el. Az emlitett gyár különben a tablettákat minden kivánt összeállításban szállítja; a tabletták súlya többnyire 1/4—1 gramm között változik. A leggyakrabban használt tabletták a következők: morphium hydrochloricum 0·003—0·015 tejczukorral; natrium benzoicum 0·25; opium 0·03 natrium bicarbonicummal; rad. rhei és natrium bicarbonicum āā 0·25; natrium bromatum 0·25—1·0; natrium salicylicum 0·3—1·2; nitroglycerin 0·0005 tejczukorral; opium 0·02 tanninnal (0·10); orexinum tannicum 0·25—0·5; pepsinum purum 0·2—0·5; phenacetin 0·25—1·0; radix ipecacuanhae 0·02 czukorral. Felemlitendők továbbá az orröblitésre szolgáló következő összetételü tabletták: cocain 0·015, menthol 0·001, thymol 0·0075, oleum gaultheriae 0·001, natrium chloratum 0·2255.

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

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.**

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Budapesti
Mechanikai Zander-gyógyintézet
VIII., Muzeum-körut 2., I. emelet. (Lift.)
Teljes berendezésü mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenesités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20.
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körut 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1902. évi julius hó 1-én tartott szakülés.) 564. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (II. szakülés 1903. évi február hó 21-dikén.) 565. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1902. évi julius hó 1-én tartott szakülés.)

(Vége.)

2. **Konrád Márk**: „A nagyváradi m. k. bábaképző-intézet működése 1901-ben“ czimmel tart előadást.

Az előadás adataiból kiemelendők:

Az 1900/1901. tanévben az intézetnek 65 tanulója volt s valamennyi képesítést nyert. Csaknem valamennyi az intézetben lakott s ezért minden szülésnél jelen lehetett. 1901. október havától kezdve a tanulók nemcsak lakást, de ellátást is kaptak az intézetben. Az internatus czéljaira külön házat rendeztek be, a hol a tanulók 20 koronáért teljes ellátást kap'ak. Szegény tanulók segélyezésére (pénzsegély, elengedett tandij s műszerek) mintegy 3000 koronát fordítottak.

1901. év folyamán a szülészeti osztályon 211, a nőgyógyászati osztályon 179, összesen 390 beteg volt.

Szült 154, elvetélt 25 nő.

Magzatfekvés:

I. koponyafekvés volt	106	esetben
II. koponyafekvés „	36	„
farfekvés volt	4	„
haránfekvés volt	11	„
ikerszülés volt	3	„

A terhesség betegségei:

kankós hólyaghurut	3	esetben
hüvelykankó	11	„
bujakór	4	„
csillapithatatlan hányás	1	„
hörghurut	2	„
veselob	1	„
érrepedés	1	„
a kéthegyű billentyű elégtelensége	1	„
rüh	3	„

A gyermekágyasok betegsége:

bimbórepedés	9	esetben
hörghurut	4	„
emlőlob	7	„
mellhártyalob	1	„
bűzös folyás	4	„
gyermekágyi fekély	2	„
méhkörüli izzadmány	2	„
veselob	2	„

Szülészeti rendellenességek:

ránggörcs	2	esetben
szűk medencze	5	„
ikerszülés	3	„
fájdalomgyengeség	7	„
rohamos szülés	2	„
görcsös szülőfájdalmak	1	„
utczai szülés	2	„
hüvelyrepedés	2	„
gátrepedés	11	„
vastag burok	2	„
szűk burok	2	„
burokvisszamaradás	2	„
lepényvisszamaradás	2	„
lepényodanövés	2	„
fehér tetszhalál	5	„
kék tetszhalál	17	„
köldökzsinórelőesés	2	„
sok magzatvíz	4	„
kéz előesés	2	„
szülés utáni vérzés	2	„
korai burokrepedés	2	„
hüvelyzár	1	„
méhrepedés	1	„
farfekvés	4	„
haránfekvés	11	„

Végzett szülészeti műtétek:

gátvarrás	11	esetben
végbélvarrás	1	„
burokrepesztés	2	„
méhkaparás	5	„
burokeltávolitás	2	„
lepényelválasztás	2	„
Credé	2	„
lábrafordítás haránfekvésből	7	„
lábrafordítás fejről	4	„
külső fordítás	1	esetben
fogóműtét	1	„
koponyafúrás	3	„
magasfogó alkalmazása	1	„
expressio	4	„
gátmetszés	2	„
méhüröblités	7	„
colpeurysis	2	„
decapitatio	1	„

Élve született 149 magzat (81 fiú), halva 19 (fiú 10). Elhalt összesen 12 magzat (fiú 9). Veleszületett gyengeségben szenvedett 7, ránggörcsben 1, béllobban 2, bujakórban 2.

Szülőnő 3 halt el (haránfekvés, méhrepedés, egy elvetelésnél elvérzés következtében).

A nőgyógyászati osztályon a következő kóresetek észleltettek:

Endometritis catarrhalis 25 eset, Endometritis gonorrhoica 9, Endometritis polyposa 4, Endometritis haemorrhagica 11, Endometritis decidualis 1 eset. Colpitisben szenvedett 2, Urethritis gonorrhoicában 3, Bartholinitisben 2, Cystitis gonorrhoicában 2 nő, Endometritis haemorrhagica post abortum 16 esetben észleltetett. Észleltetett továbbá Parametritis 7, Perimetritis 3, Metritis 10, Retroflexio uteri 9, Carcinoma uteri 5, Fibroma 5, Prolapsus vaginae et uteri 8, Cysta ovarii 3, Fissura ani 3, Oophoritis 2, Haematoma retrouterina 1 esetben. Egy esetben benőtt pessariummal jelentkezett beteg. Előjött még Kystoma ovarii 2 esetben, Occlusio vaginae 2, Morbus Basedowi 1, Fistula vesicae 1, Polypus mucosus 5, Polypus fibrosus 1, Carcinoma mammae 1, Perioophoritis 1, Pyelitis 1, Atresia hymenalis 1, Condylomata acuminata 1 esetben. Két esetben Stenosis ost uteri ext., egy esetben Dermoid és graviditas együttes jelenlétét észlelték.

Ezeken kivül még hysteriának két esete, phlegmasia alba dolens és végbélkörüli tályog egy-egy esetben kezeltetett.

A nőgyógyászati műtétek közül curettement 29 esetben, polyplecsavarás 5, exstirpatio mammae 1, colporrhaphia ant. et colpoperineorrhaphia 4, ovariotomia 3 és császármetszés 1 esetben végeztetett.

A nőgyógyászati osztályon ápolt 135 beteg közül javult 25, meghalt 3. Egyik elhalt beteg perimetritis és peritonitisben szenvedett, a másodiknak ovarialis cystája volt, a harmadiknál kystadenoma ovarii találtatott.

A járó betegrendelésen előfordult kóresetek:

Endometritis haemorrh. post. abort.	8	esetben
Endometritis cervicalis gonorrh.	8	„
Sine morbo genit.	1	„
Erosiones vulvae	1	„
Retroflexio uteri	4	„
Polypus mucosus	2	„
Stenosis orificii uteri ext.	1	„
Colpitis	1	„
Metritis	1	„
Urethritis	1	„
Perimetritis	2	„
Fibroma uteri	1	„
Cystitis	1	„
Cysta ovarii	1	„
Parametritis	3	„
Oophoritis	2	„
Hysteria	1	„
Prolapsus vaginae	1	„
Dysmenorrhoea membran.	1	„
Carcinoma uteri	1	„
Rhagades hymenales	1	„
Graviditas	1	„

Járó betegeken végzett műtétek: curettement 8, polyplecsavarás 2, discissio orif. uteri ext. 1 esetben.

Egy élelmezési nap átlag 80·5 fillérbe került, egy beteg élelmezése és ápolása egész éven át 26 koronába. Az élelmezés házilag történik. A fizető és nőgyógyászati osztályon minden beteg napi 2—4 korona ápolási és élelmezési díjat fizet.

A felolvasott jelentéshez *Berkovits Miklós* fűz néhány megjegyzést. A bábaképző-intézet működését, úgymond, szakületeinken is alkalmunk volt megismerni a számos előadásból, a melyeket bemutatások kapcsán előadó tartott s a melyeknek anyaga csaknem kizárólag az intézet beteganyagából került. Az intézet humanitarius szempontból is egyik legszámottevőbb intézete városunknak.

De előadó a kéthónapos bábacursusokról is megemlékezett s felszólaló nem hallgathatja el, hogy ezt az új intézményt nem tartja teljesen kielégitőnek. Egy említett momentumot, a politikait, nemzetiséget, a magyarosítás előmozditását, még elismeri. De, bár személyesen győződött meg róla, hogy a rövid cursusokon is mily figyelemreméltó munkát végzett az intézet vezetősége, mégis azt vallja, hogy csak a teljes kiképeztetésben részesülő okleveles bába felel meg a kivánal-

maknak. Az új intézményben csak opportunitásból nyugodhatik meg, átmenetileg, a mig a bábaügy teljesen kielégitő megoldást nyer.

Berkovits Miklós egy más ügyben is felszólal. Egy betegére utalva, a ki nagyfokú arteriosclerosissal a közeli hévfürdők égyikében fürödve, komoly veszélybe jutott, emlékeztet az egyletnek két év előtt hozott határozatára, a mely szerint e hévvizeknek (Szent-László-, [Püspök-] és Felixfürdő) orvosi rendelés nélküli használatát eltiltandónak tartja. Felszólítja az egyletet, hogy akkor hozott határozatának érvényt szerezzen. Indítványozza, hogy az egylet választmánya az ügygyel behatóan foglalkozzék.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(II. szakülés 1903. február hó 21-dikén.)

Elnök: **Lőte József**; jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

E két nevezetes tüneten kivül a tüdők eltérései uralták a kórképet, dyspnoë, behúzódás a mellkas oldalain, orrszárnylégzés, szaporább, kissé nyögő légzés jelezték a légzés megzavarását. Kopogtatásnál a bal mellső hónaljvonalban a szivvel összeérő tallérnyi tompulat volt, hasonlóképen kis forintos tompa helyek voltak hátul, alul és a gerinczoszlop mentén. E tompulatok felett erősbödött és hörgi légzés hallszott és a szörtyzörejek csengők voltak. Az egész tüdő felett számos nagy és kis hólyagcsás szörtyzörej hallatszott. A gyermek köhögött s néha genyes-nyákos köpetet üritett, melyben Koch-féle bacillust nem talált.

A szív nagyobb volt. A tompulat a második borda alsó szélétől lefelé, a sternum jobb szélétől befelé és körülbelül a rendes helyéig terjedt kifelé, ott tudniillik a tüdőbeli tompulattal összeért. Csúcslökést a rendes helyen nem lehetett kivenni, hanem némileg a sternum jobb szélén vert a szív. A szivműködés mindig szapora, 120—140 volt, a hallgatódzást részben ez a körülmény, részben a tüdő felett hallható számos szörtyzörej nehezitette meg. Annyit azonban biztosan állithat, hogy a gyermek szíve felett alvó állapotban hallgatódzva csak hangokat hallott, illetve zörejeket kivenni nem tudott. A visszerek a nyakon, a mellkas felső részén rendesnél jobban voltak láthatók.

A gyermek lázas volt, valahányszor megvizsgálta, rendszeres hőmérőzést azonban nem végeztek.

A veleszületett szivbántalmaknál előforduló jelek a szivnek változott helyzetéből, a csúcslökés helyzetéből, a szív nagyságából, a hallható zörejekből, a látható cyanosisból és esetleges egyéb fejlődési rendellenességekből szedődnek össze.

Az első kettő e jelek közül inkább dislokált szivre vonatkozik. Legfontosabb jel a cyanosis, a zörej, melyet localizálni nehéz és az a körülmény, hogy a szív, daczára a számos és nagymérvű változásnak, nem teng túl, mint a szerzett szivbántalmaknál. Egy általa 1891-ben észlelt esetnél a cyanosis, nem localizálható zörej, majdnem rendes nagyságú szív, dobverőujjak, ujjhiány, fan- és hónaljszőrök hiánya, haemoptoë képezték a tüneteket.

Oly esetekben, hol a szív egy kamrás, vagy az edények situs transversusa van jelen, továbbá a ductus Botalli nyitvamaradásánál, az aorta két gyomorból való eredésénél, a v. pulmonalisnak a jobb pitvarba való beszájadzásánál a veleszületett szivbántalom úgyszólván feltünőbb jelek nélkül áll fenn. Azonban ennél a cyanosison kivül a nagy izomgyengeség, a táplálkozás gyenge volta, vérzések, oedemák és tüdőbántalom azon tünetek, melyek a kékkór, a cyanosis congenita okául a veleszületett szivbántalmat engedik felismerni. Érdekes a tápláltság aránylag jó volta. A légtelen tüdőgóczoknak tuberculosisos voltát csak a bonczolat derítette ki.

b) **Actinomykosis cerebri.** Az actinomykosis az eddig észlelt esetek túlnyomó részében olyan módon lépett fel, hogy a fertőzés kapuját ki lehetett mutatni, igy például behatolhat a sugárgomba a bőrön, a tápcsatorna és légzőszervek nyálkahártyáján s ezen helyeken képződnek ki legelőbb a jellegzetes szöveti változások. Csak ritkán, kivételesen észleltek távolabb eső helyeken önálló elsődleges actinomykosist; a sugárgombabetegség ezen alakjai közül példaképen, mint legtanulságosabbat, a Bollinger-féle esetet szokták felemliteni, melyben a 3-dik agygyomrocsban fordult elő egy mogyorónyi sarjadzásos daganat, jellegzetes sugárgombákkal.

Ezen esethez minden tekintetben hasonlóra bukkant nemrég egy 30 éves nő bonczolása alkalmával. A nő idült vesegyuladásban szenvedett, a halál közvetetlen oka a gégének hirtelen fejlődött genyes gyuladása volt. Sem a klinikai tünetek, sem az agy külső vizsgálata nem mutattak valami agyi elváltozásra. A 3-dik agygyomrocs feltárásakor a fornix mellső szárai közt egy mogyorónyi kocsonyás daganatot talált, a mely első tekintetre tömlőnek a benyomását tette, bemetszésre azonban solidnak bizonyult, lágy, kocsonyaszerű bennékkel, a mely a központi részében igen apró fehér szemcsékkel volt tele. Ezek a szemcsék góreső alatt sugárgombatelepeknek bizonyultak, igen kifejezett vaskos bunkókkal. Metszetekben a telepek közepén fonalakat nem igen lehetett találni, azok úgy látszik teljesen elpusztultak; a körülvevő sarjadzás is elhalt teljesen. A sugárgomba behatolásának nyomát sem a bőrön, sem a nyálkahártyákon nem lehetett megtalálni; fogak épek.

Tehát ez az eset is egy újabb bizonyiték arra, hogy a sugárgomba, úgy, a mint a mikroorganismusok jó részére nézve ezt már kimutatták, kivételesen behatolhat a szervezetbe a nélkül, hogy az elsődleges behatolás helyén szembetünő kóros elváltozások jönnének létre.

4. **Genersich Gusztáv** bemutatásai:

a) **Meningitis serosa.** B. A. 5 hónapos csecsemőt 1902. deczember 28-dikán azzal a panaszszal hozták a klinikára, hogy 2 hete nyög, lázas, zöldeset székel. A gyermeket rhachitikusnak találta, kutacsa feltünően domború volt, a szék dyspepsiát mutatott. Testsúlya 5850 gm. Fejkerülete 43 cm.

1903. január 2-dikán a dypepsia még megvan, sőt 5-dikén hányás is lépett fel, miért is a gyermek gyomrát kimosta Testsúlya 5700 gm. Január 10-dikén a szék még mindig zöldes-nyákos, csomós, hányás többször ismétlődött, a gyermek ijesztő módon fogy, már csak 5450 gm. és ennek daczára a kutacs domború, a fej hátraszegezett, a has beesett. Végzett Quincke-punctio 100 cm³ kissé zavaros folyadékot hoz ki, a kutacs lelapul. Az előbb 112 számú pulsus 130—140-re emelkedik. A gyanu meningitisre felmerül. Január 12-dikén a szemgolyók feltünően befordulva találtatnak, strabismus lép fel, a kutacs ismét oly feszes, a milyen punctio előtt volt, a testsúly azonban 30 gm.-mal kevesebb (5420 gm.). Ujabb punctiora 60 gm. ürül ki.

Január 13-dikán kutacs kezd domborodni, opisthotonus mérsékeltebb, bulbusok kevéssé befordulva, testsúlya — 100 gm. (5320 gm.)

Január 14-dikén a kutacs ismét domború, de még nem feszes, a hydrocephalikus tekintet kifejezettebb. Szék még nyákos. Hányás a második punctio óta nem volt. A gyermek kezd jobban szopni. Testsúlya 5300 gm. (— 20.)

Január 19. Opistothonus megvan, kutacs valamivel feszesebb, szemgolyók majdnem egyenesen állanak. Pulsus 160, szék még csomós, nyákos. A gyermek az anyja állitása szerint kezd ismét nevetgélni. Testsúlya 5260 (—).

Január 21. Kutacs ismét feszes, a gyermek nyugtalan, opisthotonus kifejezettebb, hydrocephalikus tekintet ismét megvan. Pulsus 180. Testsúlya 5370 gm. (+), délután Quincke-punctio, mely alkalommal 30 gm. kissé véres folyadék jött ki (több szúrást kellett ejteni), a fontanella csak keveset lapult le.

Január 22. A gyermek a punctio után valamivel nyugodtabb volt, este azonban nyugtalankodni kezdett Pulsus 160.

Január 24-dikén a kutacs ismét feszes, opisthotonus, strabismus kifejezettebb, testsúlya 5330 gm. (—), délután negyedik Quincke-punctiora 150 cm³ savó, majdnem preczkelve jön ki, kutacs lelapul.

Január 26-dikán a kutacs ugyan ismét domború, de a gyermek vidámabb, élénkebb.

Január 29-dikén a kutacs domború, feszes, testsúly 5440 gm. (+).

Február 4-dikén ötödik Quincke-punctio (60 gm.). A gyermek ezután elég csendes, jól alszik, nevetgél. Testsúlya gyarapszik.

Február 18-dikán hatodik Quincke-punctio, mely eljárást ezután ritkábban bár, de még egy ideig végezni fogja.

A beteget január 12-dikétől 26-dikáig syr. ferri jodatival tartotta, mivel pedig javulás állott be, higanykenőcs-bekenéseket végeztetett. Ma a hatodik tour befejezésénél tart.

A meningitis kifejezett tünetei ebben az esetben javulásba mentek át. Ez zárja ki a bántalom genyes vagy tuberculotikus természetét. Járványos agyhártyalob nálunk nem fordul mostanság elő. Ezért ezt az esetet *meningitis serosa*-nak minősiti, mely ritka bántalom inkább csecsemőknél fordul elő s melynek lényege az, hogy a lágy burok oedemás és az agy gyomrocsai savóval telnek meg.

Az eset egyúttal egy hydrocephalus acutust képvisel.

b) **Hydrocephalus chronicus.** C. R. 3 éves gyermek, egy év óta beteg. 5 hó óta kezd a feje nőni, jelenleg 53 cm. kerületü. Már járt, de egy év óta leesett a lábáról. Fejét bal oldalra hajtva mereven tartja, a nyak merev. A gyermek csak baloldalt vagy a háton tud feküdni. Gerinczoszlop következményesen elgörbült. Alsó végtagok többnyire kifeszitve tartatnak. A térdeket időnként behajtja. Passiv mozgásnál meglehetős ellenállás van. A felső végtagok eléggé mozognak, de a rendesnél mégis merevebbek. Jobboldalt teljes facialis hűdés van, lagophthalmussal. Jobb corneacsillámló, pupilla valamivel szükebb. A törő közegek tiszták, a szemideg papillái kissé halaványak, az arteriák szükebbek.

A fej a 73·5 testhosszhoz és 45 cm. mellkerülethez viszonyítva, nagy. Az összes átmérők jóval nagyobbak. A frontooccipitalis 18, a biparietalis 16·5, a bitemporalis 10·7; a mentooccipitalis 15·6, pupillák közti távolság 48 mm.

A kutacs három ujjnyira nyitva van, de nem feszes. Quinckepunctio nem sikerült.

Mindezek a jelek egy *chronikus hydrocephalus* mellett szólnak. A torticollis, a facialis hűdés a mellett kardoskodnak, hogy az ok körülirt helyen van, valószinűleg a pons Varoli táján.

5. **Fabinyi Rudolf** előadása: „**Az agyalapi üterek syphilises bántalma**“ czimmel. (Lásd az Értesitőben.)

6. **Hevesi Imre** előadása: „**Transplantatio tendinum**“ czimmel (Eredeti közleményeink között egész terjedelemben közöljük.)

PÁLYÁZATOK.

16,609/1903. sz.

A zólyombrezói m. kir. vasgyárnál elhalálozás folytán megüresedett **főorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással az állami tisztviselők IX. fizetési osztály III. fizetési fokozata szerint 2200 kor. évi fizetés, természetbeni lakás, 68 köbmeter tűzifailletmény és az üzleteredményekhez képest változó jutalék, továbbá 360 kor. kocsis, 56 mm. széna, és 61½ hektoliter zabból álló lótartási, valamint 60 kor. irodai évi átalány élvezetével van egybekötve, megjegyezvén, hogy az elhalt főorvos ezenkivül jelentékeny jövedelemmel járt magángyakorlattal is rendelkezett.

A kinevezendő főorvos egyszersmind a zólyombrezói társpénztári kórház vezetésére is kötelezve van.

A pályázóktól egyetemes orvostudori, műtő-sebészi oklevél vagy valamely nyilvános kórház sebészi osztályán al- vagy segédorvosi minőségben legalább két év eltöltésének kimutatása okvetetlenül megkivántatik, de kivánatos még a tót nyelvnek lehető ismerete is.

Felhivom ennélfogva az ezen állás elnyerése iránt pályázni szándékozó orvos urakat, hogy születési, képesítési, illetve működési bizonyítványaikkal kellően felszerelt, szabályszerű bélyegekkel ellátott folyamodványaikat a m. kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához (X., Kőbányai-út 21.) **folyó évi szeptember hó 15-dikéig** terjeszszék be.

A hirdetett állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 24-dikén.

M. kir. állami vasgyárak központi igazgatósága.

16,724/1903.

Nagykanizsa város tanácsa, a városi képviselő testületnek 67/1903. jkv. sz. határozata alapján, a nagykanizsai főgymnasiumnál évi 400 korona tiszteletdijjal összekötött **iskolaorvosi és egészségtantanári állásra** pályázatot hirdet, a pályázatok **1903. évi szeptember hó 9-dikéig** bezárólag lesznek beadandók.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy pályázati kérvényüket, képesítő bizonyitványnyal felszerelve, a fent kitűzött határidőre Nagykanizsa város rendezett tanácsánál adják be.

A városi tanács.

Nagykanizsa, 1903. évi augusztus hó 24-dikén.

Lengyel Lajos, h. polgármester.

Tusnádfürdő birtokosainak szövetkezete f. évi szeptember hó 8-dikán általános tisztujitást tart.

Pályázat útján betöltendő:

a **fürdőorvosi állás**, évi átalány 600 korona, egy előszoba, egy lakszoba, egy rendelőszoba, egy városzobából álló természetbeni lakással.

Tartozik junius hó 15-dikétől szeptember hó 15-dikéig a fürdőn tartózkodni, az orvosi, egészségügyi és egészségrendőri teendőket végezni.

Pályázati határidő **1903. évi szeptember hó 6-dika.**

Tusnádfürdő, 1903. évi augusztus hó 23-dikán.

A fürdőigazgatóság.

2415/1903. sz.

Gyula-Varsánd és Nagy-Pél községekből szervezett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Javadalmazás 1600 korona évi fizetés és a községek által megállapitott látogatási díjak, vagyis nappali látogatásért 40 fillér és éjjeli látogatásért 80 fillér.

Az orvos eddig kézi gyógyszertárral birt, a kézi gyógyszertár megszerzése tehát a megválasztandó orvosnak is kilátásba helyeztetik.

A pályázati kérvények hozzám, **szeptember hó 8-dikáig** nyujtandók be.

A választás Gyula-Varsándon, mint székhelyen, szeptember hó 11-dikén d. e. 10 órakor tartatik meg.

Elek, 1903. évi augusztus hó 21-dikén.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

2008/1903. szám.

A Kolozsvári Kerületi Betegsegélyző Pénztár a Kolozsmegyében, **Bélesen** rendszeresitendő **orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás a pénztár részéről biztosított 2000 (kettőezer) korona évi fizetéssel és Jósikatelepen a Kalotaszegi Erdőipar-Részvénytársaság részéről szerződésileg biztosított szabad lakás, fűtés és világitással van javadalmazva. Ennek ellenében köteles a kinevezendő orvos a pénztár bélesi, jósikatelepi és keleczeli fürészeknél levő tagjainak gyógykezelését ellátni, s a házi gyógyszertárat kezelni.

Az állás legkésőbb 1904. évi január hó 1-jén elfoglalandó. Románul tudók előnyben részesülnek. A szükséges okmányokkal — köztük az eddigi működést igazoló esetleges iratokkal — felszerelt pályázatok **1903. évi október hó 1-jéig** alulirotthoz (Kolozsvár, Deák Ferencz-utcza 9. sz.) küldendők be.

Kolozsvárt, 1903. évi augusztus hó 21-dikén.

Schwarcz Miksa dr., igazgatósági titkár.

16,434/1903.

Nagykanizsa város rendezett tanácsa a **városi közkórházban** újonnan rendszeresitett bennlakó **alorvosi állásra** pályázatot hirdet; ezen állás évi 1000 korona készpénzfizetés, természetbeni lakás, fűtés, világitás és mosás élvezetével van összekötve.

A kinevezés két évi időtartamra fog történni, ezen határidő azonban az igazgató-főorvos ajánlatára meghosszabbitható lesz.

Köteles lesz a kinevezett alorvos állandóan a közkórházban lakni; magángyakorlatot csak a város területén gyakorolhat, de csak annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat azt megengedi. Felhivatnak ezek után a pályázni óhajtók, hogy pályázati kérvényüket a szükséges okmányokkal felszerelve a városi tanácshoz **f. évi szeptember hó 5-dikéig** nyujtsák be.

A városi tanács.

Nagykanizsa, 1903. évi augusztus hó 21-dikén.

Lengyel Lajos, h. polgármester.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénzfizetés, fűtés, világitás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi szeptember hó 10-dikéig** küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását azonnal elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi augusztus hó 25-dikén.

2—1 *Kórházi igazgató.*

3141/1903. sz.

Aradvármegye pécskai járásához tartozó **Magyar-Pécska** nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi szeptember hó 10-dikének d. e. 9 óráját Magyar-Pécska községházához kitüzöm.

Az állás javadalmazása évi 1000 korona fizetés; az orvos lakásán 40 fillér a beteg lakásán 80 fillér látogatási díj.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, miszerint orvosi oklevéllel és az eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **a választást megelőző napig** nyujtsák be.

Pécska, 1903. évi augusztus hó 3-dik napján.

2—2 *Senk Ferencz*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
aug. 31	közs. o.	Szentetornya	1200 k., fuvar, szabad lakás, gyógytár	Ambrus Sándor fszb.
„ 31	körorvos	Farkasd	1600 k. fizetés	Langhammer, főszolgb.
„ 31	tiszti főo.	Hódmezővh.	1600 k. fizetés	Kmetykó József h. pm.
szept. 1	körorvos	Vaál	1111 k. 27 f. fizetés	Lukács főisp.-hoz czim. Vuits Jenő, fszbiró
„ 1	téb.más.o.	Nagyszeben	1200 k., lak., élelm.	Igazgató
„ 15	kinestári erdész. o.	Rahó	1600 k. fizetés	Erdőigazgatóság Máramaros-Sziget
okt. 1	körorvos	Jablonka	1400 k. fiz., gyógytár	Csillaghy, főszolgabiró

HIRDETÉSEK.

Villamos gyógykészülékek

praeczizios-mechanikai műhelye

legjutányosabban elvállal minden gyakorlati és tudományos czélra szolgáló müszer készitését a **legpontosabb** kivitelben:

Harpner Róbert mérnök, Bécs, VII., Lerchenfelderstr. 67.

Magyarországi vezérképviselet:

Dr. Veit Albert, Budapest, VI. kerület, Izabella-utcza 92. szám.

E. Merck

vegyészeti gyár, Darmstadt.

Hydrogen-superoxyd Merck.

Absolut vegytiszta, 30 súlyszázalék H_2O_2, kitünő sebészi, urologiai, füleszeti és fogászati czélokra; a sebkezelésben nélkülözhetetlen.

Methyl-atropinum bromatum.

Enyhén ható atropinszármazék, fájdalomcsillapító hatással. Kokainnal vagy Tropakokainnal összekötve kitünő szer szemvizsgálatokhoz.

Largin.

Magas százalékú ezüst-fehérnyeösszeköttetés. Igen hathatós antigonorrhoicum. Gonorrhoeás szembajok kezeléséhez nagyon ajánlva.

Rp. **Bromipin 10%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta egy teáskanállal és több.
Javallat: Neurasthenia, hysteria, idegesség.

Rp. **Dionin** 0·3 g.
Aqua amygd. amar. 15 g.
M. D. S. 3-szor naponta 10, este 20 cseppet.
Javallat: Hörghurut, gégehurut, tüdővész.

Rp. **Jodipin 10%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. 2—3-szor naponta és többször 1 teáskanálnyit forró tejben.
Javallat: Görvélyes jelenségek, hörgi köhögés, emphysema.

Rp. **Jodipin 25%** 100 g.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 10—20 cm^3, 10 napon át vagy tovább a glutealis tájba fecskendezendő.
Javallat: Tertiaer syphilis, arteriosclerosis, ischias, emphysema.

Rp. **Stypticin** 0·05 g.
fiat tabuletta, dentur tales doses No. 20.
Eredeti Merck-csomagolás.
S. Naponta 3—5—8 tabletta veendő.
Javallat: Menstrualis vérzések, klimacterikus vérzések, menorrhagiák.

Irodalom ezen készitményekről az orvos uraknak ingyen és bérmentve rendelkezésére.

Veronal.

Új, igen kitünő hypnotikum, kellemetlen utó- és mellékhatások nélkül.
Adag felnőttnél 0·5 g.

Glykosal.

Glycerin salicylicum, a salicylatok melegen ajánlott pótszere, a salicylsav és egyéb származékainak kellemetlen mellékhatásaitól ment.

Tannoform.

Touristáknál, sportot üzőknél és katonai körökben előszeretettel alkalmazott anhydrotikum.

Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceut. osztály.

Tannigen
megbizható, biztos hatású szer
heveny és idült bélhurutoknál,
kivált gyermekeknél.
Iztelen, nem ártalmas, étvágyat nem rontja.
Adag: 0·25—0·50—1·0 gr. Nap. 4—6-szor.

Helmitol
legjobb hólyagantisepticum.
Ind.: Cystitis, Pyelitis, Phosphaturie; — Urethritis gonorrhoica posterior, Urethral-abscess.
Adag: 1 gr. Naponta 3-4-szer.

Somatose
Kitünő **Roborans és Stomachicum;**
megbizható **Lactogogum.**
20/o vassal képezett szerves vegyülete a **Vas-Somatose** kivált **Chlorosisnál, Anaemiánál, Rhachitis, Neurastheniánál** ajánlatos.

Aspirin
Epicarin
Creosotal
Protargol
Aristochin
Trional
Theocin
a

Képviselet Ausztria és Magyarország részére: FRIEDR. BAYER & Co. WIEN, I. Hegelgasse 17.

Xeroform

A jodoform jó és olcsó pótszere.

Használatnál szagtalan, méregtelen, még nagyobb adagok belső használatánál is, mint bélantisepticum. Fájdalom- és vérzéscsillapító, nem izgat, nem okoz izzagot. Szagtalanítja az eves váladékot, kitünően szárít és gyorsan csökkenti a genyképződést. Kitünően szárít és felhám képzésében felülmulhatatlan. **Specifikus hatást gyakorol ulcus cruris és nedvező eczemáknál** (intertrigo stb.). **Bruns-féle Xeroform-kenőcs!** (4 OH)

Minták és irodalmi közlemények költségmentesen:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Gonosan
(TRADE MARK)
(törvényileg védve.)
Kitünő antigonorrhoicum.
Tartalmazza a **Kawa-Kawa** hatékony anyagait összeköttetésben **a legjobb keletindiai szantálfaolajjal.**
Gonorrhoeánál: hatása érzéstelenítő és váladékcsökkentő, a lefolyást rövidíti és szövődmények kifejlődését akadályozza.
Cystitisnél: a vizelet gyors feltisztulását és a dysuria megszünését hozza létre.
A Gonosan-capsulák ára körülbelül ugyanaz, mint a közönséges szantálolaj-capsuláké.
Adag: 4—5-ször naponta 2 capsula (kevéssel az étkezés után veendő.) A diaeta pontos betartásánál — alkoholfélék kerülése, **kevés folyadékbevitel** — a gyógyulás különösen gyors és szövődmények nélküli.
Kimerítő irodalom rendelkezésre áll!
RIEDEL J. D. vegyészeti gyára, Berlin N. 39.

PERTUSSIN **Extract. Thymi saccharat. Taeschner.**
Ártalmatlan, biztosan ható szer
szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.
Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.
Orvosi vélemények:
Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg):*
A **„Pertussin"** hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerü katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak
Dr. Model, v. kir. körorvos *(Weissenburg):*
„Pertussin" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen felünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdőtágulásban szenvedek.
Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen):*
Az a véleményem, hogy a **„Pertussin"** az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.
Dr. Erich R. von Matzner, *(Birkfeld, Steierm.):*
A három **„Pertussin"**-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készítménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.
Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.
Előállitja a
„Kommandantenapotheke E. Taeschner"
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.
Raktárak: **Török József** gyógyszertár, Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
1900. május 1-től VI., Andrássy-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.

CONTRATUSSIN
(Elixirium Thymi „BAYER".)
Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen
ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készitő
BAYER ANTAL gyógyszerész,
BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84
Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér.
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Az **antilueses bedörzsölési** kúránál az **ung. hydrargy. cinereum** hatását **fölülmulja** a

Szabadalmazva.
Törv. védve.
CSILLAG GYÓGYSZERTÁR
MERCURO-CRÊME
STERN APOTHEKE
SEC. Rosenberg Sándor
BUDAPEST
VIII. KEREPESI-ÚT 43.
FŐDÓR K. BUDAPEST.
33 1/3 0/o higanytartalommal.
30 gm. tartalmú graduált tubusban ára **2** korona.

Teljesen zsír- és **szagtalan**; fehérneműt **nem piszkit**; bedörzsölési időtartam 3—5 percz; kényelmes adagolás. — **Kapható minden gyógyszertárban.**

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

XLVII-dik évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1903. augusztus 30.*

ORVOSI HETILAP.

Szerkesztőség:
IX., Üllői-út 21. sz.
Megjelenik minden vasárnap 2½—3½ iven. Mellékletei 1—3 iven: Szemészet *Schulek Vilmos* è. tnr. szerkesztésében 4 szám. Gyermekgyógyászat *Bókay János* e. tnr. szerkesztésében 4 szám. Gynaekologia *Temesváry Rezső* és *Tóth István* m.-tnr. szerkesztésében 4 szám. Orr-, Gége- és Fülgyógyászat *Navratil Imre, Onodi Adolf, Böke Gyula* és *ifj. Klug Nándor* szerkesztésében 4 szám. Tudományos mellékletek.

Alapította: MARKUSOVSZKY LAJOS dr. 1857-ben.

SZERKESZTI ÉS KIADJA: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON DR., EGYET. M.-TANÁR.

Küldemények és előfizetések czime: Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhiv. Bpest, IX., Üllői-út 21.

Hirdetések kizárólagos felvétele: PETŐFI KIADÓVÁLLALAT (Bpest, III., Zsigmond-u. 70).

Kiadóhivatal:
IX., Üllői-út 21. sz.
Előfizetési árak:
helyben és vidéken:
egész évre ... 20 kor.
fél évre ... 10 „
negyed évre ... 5 „
külföldre
egész évre ... 24 kor.
fél évre ... 12 „
Orvostanhallgatók felét és a portót fizetik.

KNOLL & Cº, Ludwigshafen a. Rh.

Styptol (Knoll)
új haemostaticum
kitünő hatású, kiválóan javalva anyaméhvérzéseknél.
(l. Therapeut. Monatshefte 1903. 6. sz.)
Rp. *Styptol (Knoll)*
Eredeti henger 20 tabl.-val à 0·05
Naponta 3—5 tabl. szedendő.

Vízgyógyintézet a budai Szt.-Lukácsfürdőben.
A vízgyógykezelés minden neme, hideg-meleg gőzzuhany, hőlég-villamos fényfürdők. Massage, gyógytornászat — Állandó orvosi felügyelet.
Prospektust kivánatra díjmentesen küld a
Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága.

Nagy mérvben vérképző, erősítő és tápláló-szer.

PURO HUSNEDV

Tartalmaz 33% hús-fehérnyét.
Ára: kor. 3.20 frt 1.60.

PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.
Thalkirchen-München.
Képviselőség Ausztria és Magyarország részére:
GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, VI., Dürergasse 13. Telephon 538.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Camphor-Chloroform-Vasogen.

Utólérhetlen, *gyorsan ható* analgaticum bárminő fájdalmak ellen, jelesen rheumatikus és neuralgiás fájdalmak esetén.

Más, éveken át kipróbált és az összes klinikákon állandóan alkalmazott

folyékony Vasogen-Präparatumok:

Jod-Vasog. 6% és 10%, Jodoform-Vasog. 3%, Creosot-Vasog. 20%, Salicyl-Vasog. 10%, Ichthyol-Vasog. 10%, Kén-Vasog. 3%, Menthol-Vasog. 2%
eredeti üvegekben 30 gm korona 1.30, 100 gm. korona 3.30.

Hg.-Vasogen-kenőcs 33⅓ és 50% (kapsulákban is)
hatékonyabb, tisztább és olcsóbb, mint a szürke kenőcs.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük saját eredeti csomagolásunkat — mely javallatokat nem tartalmaz — rendelni.

Vasogenfabrik Pearson & Co., G.m.b.H., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:
Wilhelm Maager, Wien, III/3, Heumarkt 3.

1.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle
oltóintézet
Budapest, Teréz-körút 31. sz.
Kitünő minőségű és mérsékelt árú
diphtheria-serum elárúsítása.
TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON
Vezető orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt árakon:

1 phiola	**2—3** egyénre	**1**	kor.	—	fill.
5 vagy több phiola à	**2—3** „	—	„	**80**	„
1 phiola **10** egyénre		**1**	„	**60**	„
1 „ **20** „		**2**	„	**40**	„
1—2 phiola összesen **50** egyénre		**4**	„	—	„
1—5 „ „ **100** „		**8**	„	—	„

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér, nem ajánlva **40** fillér.

Richter Gedeon gyógyszertára

Budapest, IX. ker., Üllői-út 105. sz.

Lecithin Richter.

Friss tojássárgájából előállított természetes glycero-phosphat (4% szervesen kötött phosphor). Javallatok: Neurasthenia, angolkór, tuberculosis stb. A testsúlyt rohamosan növeli.

Adagja: naponta 3 × 1—4 tabletta. — Ára 5 ctgros tabletták üvegje 5 kor., 2½ ctgros tabletták üvegje 4 korona.

Lactolecithin Richter.

Lecithines tejczukor-por a **lecithin legjobb adagolási alakja a gyermekgyógyászatban.** Kiváló pótszere a phosphoros olajoknak. Indicatio: **Angolkór,** vérszegénység, görvély, idegesség. **A testsúlyt növeli,** a tej tápértékét emeli.

Minden kávéskanál 0·05 lecithint tartalmaz. Egy üveg ára 2 korona.

Tonogen Suprarenale Richter.

Solut. 1 : 1000.

A mellékvese vérzéscsillapító, vértelenítő hatóanyaga.

Nagy üveg (30 gr.) ára 5 korona, kis üveg (15 gr.) ára 3 korona.

Kapható minden gyógyszertárban.

GYAKORLÓ ORVOS

helyben vagy vidékről, a ki jó hirnévvel bir és kisebb vagyon fölött rendelkezik, egy előkelő, verseny nélküli elektrotherapiai vállalatot, elsőrendű rentabilis jövővel, már meglevő legjobb praxissal, felpénz vagy biztositék ellenében átvehet. Jelentkezések „Kur 100 Budapest poste restante" alatt intézendők.

Schering-féle Urotropin

leghatásosabb húgyantiseptikum. Typhusprophylactikum. Bevált szer húgysavas senyvnél.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) BERLIN N.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr. EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői bacteriologiai** vizsgálatára vállalkozik.

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

CLIN & Cie — PARIS

TÜDŐBÁNTALMAK, TÜDŐGÜMŐKÓR

Phosphotal — a creosot neutralis phosphitja.

Capsules Clin — vékony glutin-bevonattal capsulánként 20 cgr. phosphotal, 4—12 szemet napjában.

Emulsion Clin — Egy kávéskanálnyiban 50 cgr. phosphotal 2—6 kanálnyit napjában ½ pohár tejben, Beöntések alakjában is rendelhető.

Gaïacophosphal — a guajacol neutralis phosphitja.

Capsules Clin — vékony glutin-bevonattal capsulánként 15 cgr. gaïacophosphal 2—6 szemet napjában.

Solution Clin — Egy kávéskanálnyiban 10 cgr. gaïacophosp. 2—6 kanálnyit napjában ½ pohár tejben. Beöntések alakjában is rendelhető.

A PHOSPHOTAL ÉS A GAÏACOPHOSPHAL ELŐNYEI

A causticus hatás hiánya. — Teljes tolerantia és assimilatio. — Nagy creosot-tartalom vagy guajacol-tartalom 90 és 92 %; nagy phosphor-tartalom 9 és 7 %. — A köhögés és az izzadás megszünése. — Az étvágy fokozódása.

NOURRY-féle JODTANNIN BOR

Minden alkalikus jodvegyület nélkül, kellemes ízü, kitünően assimilálódik, a csukamájolaj pótszere.

Egy evőkanálnyi öt centigramm jodot és tiz centigramm tannint tartalmaz.

JAVALLATOK:

GÖRVÉLYKÓR, VÉRSZEGÉNYSÉG, HÓSZÁMZAVAROK, TÜDŐBÁNTALMAK

ADAG: Felnőtteknek egy evőkanállal az étkezés előtt vagy alatt. Gyermekeknek egy vagy két kávéskanállal az étkezés előtt vagy alatt.

Ára egy üvegnek 4 kor. Minden gyógyszertárban kapható.

A HIGANYKEZELÉS ÚJ MÓDJA

HIGANYMÉRGEZÉS KIZÁRVA

az

ÉLIXIR DÉRET

BI-JODÉ

Tannint és hydrarg. bijodatumot tartalmazó boros elixir által.

Készíti J. NOURRY, volt gyógyszerész a franczia katonakórházakban.

Egy evőkanál higanytartalma egyenlő 1 centigramm hydrarg. bijodatumével.

ADAG { Felnőtteknek: Egy evőkanál / Gyermekeknek: Egy fél vagy egész kávéskanál } kétszer naponta

Syphilis — Bőrbántalmak.

Egy üveg ára 5 korona.

Magyarországi főraktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertára BUDAPEST. 797

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 35. számához. 3. SZ. Budapest, 1903. augusztus 30.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. *Winternitz M. Arnold* dr., helyettes sebész-főorvos: Közlemény a Stefánia-szegénygyermekkórházból. A nyelőcső felső felében fennakadt sima felületű idegen testek retrograd visszatolása a szájgaratba, a nyelőcső előzetes szabaddá tétele révén a nyak felől. — *Massanek Gábor* dr., alorvos: Közlemény a Szt. János-kórház gyermekosztályáról. Vesegümőkór kiirtással gyógyitott esete. — *Schütz Aladár* dr., v. s.-orvos: A caloriaelmélet térfoglalása a csecsemő-diaetetikában. — Tárcza. *Győry Tibor* dr., egyetemi magántanár: Emlékezzünk régiekről. — Irodalomszemle: *Könyvismertetés.* — *Lapszemle.* — *Bókay János*: † Szentimrei Morlin Imre. — *Vegyesek.*

Közlemény a Stefánia-szegénygyermekkórházból.

A nyelőcső felső felében fennakadt sima felületű idegen testek visszatolása a szájgaratba, a nyelőcső előzetes szabaddá tétele révén a nyak felől.

Közli *Winternitz M. Arnold* dr., a kórház helyettes sebész-főorvosa.

Az oesophagusban fennakadt idegen testek kiméletes és biztos eltávolítása, az ide bejutott testek rendkivüli különbözősége folytán nem sablonszerű dolog, sőt sokszor az orvos leleményességét, rögtönzési képességét alapos próbára teszi. Míg felnőtteknél a nyelőcső beékelt idegen testeinek legnagyobb contingensét eléggé össze nem rágott, hirtelen, korán lenyelt falatok, csontdarabok, szálkák, vagy meglazult fogtechnikai prothesisek teszik ki, addig a gyermekkorban a gyermekek értelmetlensége, játszisága a legképtelenebb testek bevitelét teszik lehetővé, oly testekét, melyek a táplálkozás, vagy rágási actussal semminemű nexusban nincsenek. Rossz szokás, vagy bizonyos ipari foglalkozások mellett (kárpitosok, varrónők) megesik, hogy szájban tartott hegyes testek, mint szegek, tűk, letört pipacsutorák stb. kerülnek be és akadnak fel a nyelőcsőben. Gyermekeknél azonban szúró, hegyes idegen testek bejutása relative ritkább, minek oka az, hogy az e fajta testekkel — épen sértő tulajdonságuk miatt — nem szivesen játszanak; magukat szerencsére előbb megsértik, még mielőtt lenyelhetnék! Ez a magyarázata annak, hogy a nagy gyakoriság daczára rendszerint — relative ártatlan — sima felületű idegen testeket találunk gyermekeknél beékelve. Ezek pénzdarabok, gombok, a szájbavételkor nem feltünően sértő játékalkatrészek, jól meg nem rágott hús, vagy gyümölcsdarabok szoktak lenni. Kivételesen persze éles szélű, hegyes, sértő testek is belekerülhetnek, de ezekkel csak ritkán, rendszerint kicsiny, 1—2 éves gyermekek, vagy az értelmiség legalsóbb fokán álló, önvédelmi ösztön nélküli csecsemőknél találkozunk.

A lenyelt testek configuratiója és a nyelőcső keskeny volta hozza magával, hogy gyermekeknél az obturatiós jelenségek oly annyira előtérbe lépnek. Míg felnőtteknél teljes nyelési képtelenség csak ritka, addig gyermekeknél az, még partialis obturatio mellett is sokszor kifejezett szokott lenni. Hegyes szélekkel, csücskökkel ellátott idegen testek, (tűk, szálkák, szegek stb.) a nyelőcső bármely szakaszában fennakadhatnak, ezek beékelődésének praedilectionalis helye nincs. Az ily testek a nyelőcsőben való előhaladása közben tisztán a véletlen játékának kitéve, ott akadnak meg, hol véletlenül valamely szál, vagy csücsök a mucosába fúródik. Épen igy azonban alkalmas fekvés esetén minden veszedelem nélkül juthatnak át a nyelőcsövön a nélkül, hogy egész útjukban a legcsekélyebb sérülést hozták volna létre. Kicsiny, hegyes, keskeny lenyelt testek sorsa tehát teljesen kiszámithatlan; fennakadhatnak, de veszedelem nélkül át is juthatnak az oesophaguson.

Nem igy áll a dolog a voluminosusabb testekkel. Ha a lenyelt test egyik vagy összes átmérői a nyelőcső átlagos átmérőjét megközelitik, úgy a fennakadás esélye nagy. A nyelőcső calibere ugyanis nem mindenütt egyenlő. Fenn a kezdeténél a *gyűrűporcz mögött*, valamint lejebb az *incisura sterni magasságában*, végre lenn a *hiatus oesophageuson való áthaladási helyen* a nyelőcső calibere keskenyebb, mint a közbeeső szakaszok. Sértetlen hullán végezett gyps- vagy viaszkiöntvények e helyeken a nyelőcső caliberét keskenyebbnek mutatják, mig a hullából isoláltan kivett és kiöntött nyelőcső negativjai, e megkeskenyedéseket alig, vagy épenséggel nem tüntetik fel, *(Tillaux, Mouton)* vagyis e szükületek voltaképen nem a nyelőcsőnek magának keskenyebb volta, mint inkább a szomszédság *rigiditása* által feltételezettek. Fenn a *gyűrűporcz magasságánál* a nyelőcsőbe behajtott falat, vagy idegen test a gerinczoszlophoz simuló és az oesophagust laposra nyomó gégét kénytelen a gerinczoszlopból elemelni, hogy a nyelőcsőben előhaladhasson. Kicsiny, vagy a rágás és nyál által formált pépes falatoknál ezen akadály nem jön tekintetbe, annál is kevésbbé, mert a nyelés II-ik phasisa közben a genio és mylohyoideusok a gégét emelve, azt a gerinczoszloptól kissé el is emelik és a nyelőcső bemenetét megnyitják. Nagyobb falatok és idegen testeknél azonban ezen physiologikus akadály észrevehetővé válik és a klinikai tapasztalat igazolja, hogy az idegen testek beékelődése e ponton gyakori. A második keskeny részlet az *incisura sterni magasságában fekszik* ott, hol a nyelőcső a felső csontos thorax-aperturába lép. E helyen a nyakról a mellkasba és megfordítva a mellkasból a nyakra húzódó képletek a csontos thorax-apertura által körülzárt szűk téren szorulnak össze, miért is e hely a relative resistens szomszédság folytán a nyelőcső excessiv tágulására úgy látszik nem alkalmas. Tény az, hogy a voluminosusabb idegen testek legnagyobb része ezen emlitett két ponton akad fenn. Az incisura sterni alatt a bifurcatio magasságában, ott hol a nyelőcső a bal bronchus mögött halad el, szintén némi akadály mutatkozik az idegen testek előhaladásával szemben; az itt fennakadt testek azonban (*Hacker* szerint) már csak az extractio-kisérletek révén lettek ide letolva és voltaképen olyanok, melyek eredetileg az incisura sterni szintáján akadtak fenn. A hiatus oesophagusnál fennakadt testek kérdése esetünk kapcsán nem érdekel, miért is annak tárgyalására ki nem térünk.

A nyelőcsőben fennakadt testnél az első kérdés: mi az idegen test? és hol, mely magasságban ül az? Felnőtteknél (elmebetegek kivételével) az első kérdésre rendszerint megkapjuk a precis feleletet, sőt a test beékelődése által keltett fájdalomérzésből, avagy az utána történő falat vagy folyadéktömeg fennakadása által kiváltott bizonytalan sensatióból még a beékelődés magasságára is következtethetünk. Gyermekeknél ezen útmutatások igen gyakran hiányzanak, bár értelmesebb gyermekek sokszor a falat fennakadásának helyét, magasságát is jelzik. Vannak azonban esetek, midőn sem a beteg, sem a környezet felvilágositást adni nem képesek, úgy hogy a test mineműsége és helye felől teljesen tájékozatlanok vagyunk. Ezek kényes esetek, mert a rosszul alkalmazott extractiós kisérletek súlyosan bosszulhatják meg magukat. Némileg tájékoztathatnak ilyenkor egyes tünetek. Ha ugyanis az idegen test elnyelése után *azonnal, teljes obturatio*-jelenségek vannak jelen, úgy nagy valószinűséggel következtethetjük, hogy a lenyelt test kerek, gömbölyű s mint ilyen a nyelőcső lumenéhez mindenütt jól hozzáfekszik, vagy legalább is különösebb

csücskök, szögletek rajta nincsenek. Igaz, hogy egy nagyobb csücskös, szúró, egyenetlen test is azonnal teljesen obturálhatja a nyelőcsövet, ha csücskéi a reflectorice reászoruló nyelőcsőfalba belefúródnak. Viszont egy kicsiny, hegyes test, ha körülötte a nyákhártya lobosan duzzad, szintén teljes obstructióhoz vezethet, de ez csak *később* szokott beállani és intensitásában a duzzanat lohadása, vagy erősödése szerint rendesen váltakozni szokott. E jelek tehát nem megbizhatók, ezért az ily esetekben az orvosnak magának kell felelni tudni ama kérdésre, hogy: *mi az idegen test*, még mielőtt annak extractiójára vállalkoznék.

Ismert formájú, sima felületű, nem sértő idegen testek, melyek az oesophagust obturálják és egy bevezetett, *vastag bársingkutasznak könnyen engednek*, a gyomorba letolandók. Ha e testek olyanok, melyeknek felpuhulása a bárzsingban remélhető (húsdarabok, gyümölcsrészek) de az első kisérletnél *erősen beékelődve* mutatkoztak, úgy a letolással, ha egyéb tünetek nem sürgetnek, 2—4 napot várni lehet.

A nyelőcsövet *nem obturáló*, tehát kisebb, de sima felületű, nem sértő idegen testek (melyek maguk mellett műszereket beengednek), ha enyhe letolási kisérletek eredménytelenek maradtak, a *Graefe*, *Collin*, *Fergusson*, *Kirmisson* stb. féle műszerekkel attaque-irozandók. Megjegyzendő azonban, hogy bár e műszerek már igen sok és jó szolgálatot tettek, a kellemetlen, sőt végzetes complicatiók, miket velök okozhatni, nem épen ritkák. Ezen sötétben dolgozó műszerek, melyek mind, kivétel nélkül, az idegen test mellett elhaladva, azt *alulról* ragadják meg, azzal esetleg úgy összeakadhatnak, hogy se fel, se le! Erőszak alkalmazása ilyenkor az idegen test megfordulását, más alkalmasabb tengelybe való beállitódását eredményezheti, de perforálhatja is a nyelőcsövet! A *Graefe*-féle pénzfogóval már ügyes kezek is perforáltak oesophagust! (*Pieniazek.*) Ezen műszerekkel csak *ismert* alakú, sima felületű oesophagealis, vagy perioesophagealis complicatiók nélküli, heveny beékelődésü testeket szabad megtámadni, mert a mit velök a mélyben végezünk, azt absolute nem controlálhatjuk. Az, hogy valaki e műszerekkel 15, 20, 25 cm. mélységben — miközben az egész műszer a nyelőcső, garatfal, fogak stb.-hez ütődik és érintkezik — *jól és biztosan érez*, az üres szóbeszéd. A mit ezekkel a mélyben végezünk, az tisztán a véletlen játéka, következményeiben pedig kiszámithatatlan. E következmények azonban az oesophagusnál oly súlyosak lehetnek, hogy én részemről az ezen műszerekkel való kisérletezést rendkivül perhorreskálom.

Hegyes végű, *sértő testeket* (csontok, szegek, tűk stb.) e műszerekkel felülről attaque-irozni és a furor chirurgicus sugalta dicsőségszomjból minden áron felfelé vonszolni akarni, oly brutalitás, melyet az oesophagoskopia és operativ technika mai állása mellett műhibának kell minősiteni.

Az oesophagoskopia, technikájának mai fejlettsége mellett egyszerű, kiméletes eljárás, mely, mint a mi tapasztalataink is bizonyitják, a gyermek-, sőt csecsemőkorban is jól alkalmazható.

Mindazon esetekben, midőn az idegen testet, bár sima felületű és letolásra alkalmas volna, de letolni *nem lehet*; vagy ha sértő alakjánál fogva *sem letolni*, *sem vaktában felhúzni nem szabad*; avagy pedig *alakja*, *nagysága felől tájékozódva nem vagyunk*, az oesophagoskopia és az ezáltal való extractio kisérlendők meg. Csak az oesophagoskopon való eltávolitás sikertelensége esetén állitható fel az oesophagotomia indicatiója.

Az oesophagoskopia a nyelőcső mélyén control nélkül dolgozó eljárások és műszerek használatát van hivatva kiszorítani, az oesophagotomia határait pedig korlátozni. E mellett nem pótolható segédeszköz a nyelőcső mély viszonyainak diagnostikájában. Ha az oesophagoskopon azt látjuk, hogy a beékelt test sima felületü, hogy könnyen mobilizálható, hogy a letolás vagy felhúzásra alkalmas alakú, vagy helyzetű, úgy azt a szem controlja mellett tehetjük meg. Ha ez az oesophaguskopon át nem eszközölhető, úgy most nyugodtan nyúlhatunk a toló bougiehez, vagy *Graefe*-horoghoz. Sokszor sikerült már (*Hacker*, *Mikulicz*) az éles idegen testet az oesophagoskopon át az extractióra alkalmas helyzetbe *fordítani*, sőt ugyanezen két szerző oesophagoskopon át idegen testeket már *össze is aprítottak!* Az eljárásnak legfőbb előnye, hogy relative egyszerű technikája mellett, segélyével a nyelőcső mélyében a szem ellenőrzése mellett dolgozhatni, miáltal durva melléksérülések elkerülhetők. Különösen áll ez akkor, ha régebben beékelt testek mellett, decubitalis fekélyeket kell már feltételeznünk. Csak ha ezen eljárás is cserben hagyott, vagy más egyéb okok folytán (kyphosis, struma, caput, obstipum, suffocatio stb.) keresztül nem vihető, lép jogaiba az idegen test véres úton való megközelitésének javalata. Addig mig az idegen test a nyelőcső *nyaki*, vagy a *bifurcatio feletti* thoracalis részben ül, a nyak felől könnyen elérhető. Az incisura sterni szintája feletti idegen testek, ha azok elég nagyok és kemények, a nyak előrehajlása, a sternocleidók és sterno-thyrcoidalis izmok ellazitása mellett a trachea melletti mély bepalpálással esetleg kivülről is tapinthatók és igy a műtőt jól tájékoztathatják. Ezen jel hiánya esetében, a már előrement sondázás és oesophagoskopos kisérletek, esetleg Röntgen-átvilágitásból kell a műtőnek tisztában lenni a helyzettel. Ha a test a nyelőcső thoracalis szakaszában ül, úgy az oesophagotomia collaris után a seben át folytatjuk az extractiós kisérleteket. A ki oesophagoskopiára berendezve nincs, az a megejtett oesophagotomia után is *csak vaktában* történő extractiós kisérletekre van utalva ugyanazon műszerekkel, melyekkel a szájon át már eredménytelenül próbálkozott. Ezért ilyen eseteknél az oesophagotomia után is *feltétlenül az oesophagoskopot kell bevezetni* és a szem controlja mellett kell az eltávolitást végezni. A helyzet ilyenkor annyival könnyebb, mert a seben át *vastagabb* és *rövidebb* tubust vezethetünk be, melynek segélyével jobban bevilágithatunk, tágabb lumenében pedig könnyebben dolgozhatunk.

A nyaki oesophagotomia sebén át való oesophagoskopizálás nagyban elősegiti a mély thoracalis szakaszba beékelt testek kiméletes eltávolitását és méltán hivatva van, hogy az eddig még minden esetben halállal végződött dorsalis oesophagotomiát — mely egyike a legkétségbeesettebb műtéteknek — végleg kiszorítsa.

Ezek volnának röviden ama iránypontok, melyek a modern oesophagoskopia tekintetbe vétele mellett, ma követendők. Mielőtt azonban az oesophagus véres felkeresésekor a nyak felől annak megnyitására szánnók magunkat, egy fogást kell még megkisérelnünk, mely alkalmas esetben czélhoz vezethet és igy a beteget az oesophagus felesleges megnyitásától esetleg megkiméelheti. Ez azon egyszerű fogás, melyet alább közlendő esetemnél alkalmaztam és melyre a figyelmet felhivni kivánom annál is inkább, mert közkézen forgó nagyobb művekben, sőt specialis monographiákban sem találom emlitve, bár egyszerűsége mellett alig hihető, hogy valaki kezében már alkalmazva ne lett volna. Ezen fogás a nyelőcső felső, a bifurcatio feletti részében beékelődött *sima felületű* idegen testeknek *ujjal való visszatolása a szájgaratba a nyakon ejtett seben át*, *a nyelőcső megnyitása nélkül.*

A nyelőcső nyaki része, a gyűrűporcztól az incisura sterniig a nyak felől könnyen és kiméletesen felkereshető. Általában bal felől a sternocleido *belső széle* mentén való behatolás van ajánlva, miközben a gyűrűporcz tájáról le a sterno-clavicularis izületig futó bőrmetszésben felkeressük az izom belső szélét, ennek mentén a felületes nyakpólyát felhasitjuk, a sternocleidót, carotist és jugularist kifelé, a sterno-hyoideus- és thyreoideus-izmokat és a tracheát pedig befelé huzatva tompán előhatolunk a trachea és a nagy edények közötti laza peritrachealis kötszöveti résbe. Fenn a gyűrűporcz táján a pajzsmirigy alsó részét kell esetleg felemeltetni és a hozzája futó art. thyreoidea inferiort kettős ligatura között átmetszeni. Közvetlenül a trachea mögött fekszik a halvány rózsaszinű, hosszában gyengén csikolt nyelőcső; a kettő közötti zugban pedig a bal n. recurrens. Ez utóbbira nagyon kell ügyelni! Épen ezen viszonyok, továbbá a sternum mögötti nyelőcső részlet könnyebb hozzáférhetővé tétele miatt,

határozottan előnyösebb a sternocleido *hátsó széle mögül behatolni*. Két izben volt alkalmam a III. és IV. háti csigolyák spondylitisséből származó praevertebralis tályogokat, melyek a tracheát comprimálták, a nyak felől megnyitni, miközben azt tapasztaltam, hogy a sternocleido mögül való behatolás nemcsak hogy egyszerű, könnyű és mellékserülések nélkül kivihető, de a retrooesophagealis teret, oesophagust és mediastinum posticumot egész a trachea biforcatiójáig jól és könnyen hozzáférhetővé teszi.

Ugyanezen utat ajánlja a mediastinum posticum felső felének feltárására *Heidenhain* és az ő nyomán *Kocher* is. Előbbi szerző ez úton a nyelőcső mellkasi részletének feléig volt képes behatolni.

A műtét úgy történik, hogy a bal oldali m. sternocleido hátsó széle mentén, a gyűrűporcz tájától a kulcscsontig egy metszést vezetünk, mely a kulcscsontra érve derékszögben megfordul és rajta a sternum incisurájáig median felé folytatódik. A felületes nyakpólya felhasitása után a seb egész terjedelmében szabaddá teszszük a m. sternocleido hátsó szélét és clavicularis portióját. A bőrmetszés felső felében a felületes pólyába ágyazva esetleg megjelenik a v. jugularis ext. Ezt fel-, vagy hátra huzatva meg lehet kimélni. Most a m. sternocleido külső fejét leválasztjuk a kulcscsontról és befelé huzatjuk, miközben mögötte és alatta a vastag vena jugularis interna kezd mutatkozni. Ennek oldalán húzódik le- és kifelé a m. omohyoides. Ezt és az őt körülfogó középső nyakpólyát a venától kifelé óvatosan át kell metszeni és félrehuzatni. Most a seb mélyén megtapintjuk a m. scalenus anticus jól kifejzett kötegét és a csigolyák harántnyujványait és elkezdünk a jól látható vena jugularis interna és scalenus ant. közötti laza kötszöveti résbe ujjunkkal, csipeszszel óvatosan előhaladni, miközben a vena jugul. int.-át, majd a carotist és vagust a sternocleidoval együtt tompa kampókkal successive a gerinczoszlop elől elemeltetjük.

Az előhatolás a laza kötszöveti résben igen könnyű és semmi vérzéssel vagy mellékserüléssel nem jár. A scalenus anticus előtt a mély nyaki pólyán áttünve jól látható a bal n. phrenicus.

A scalenuson belül a csigolyatestek elülső felszinei érezhetők.

Ezen zugban, kivül-alulról, fel- és befelé futólag az art. thyreoidea inf. jelentkezik, mit két ligatura között át kell metszeni. Most az egész praevertebralis vagy retrooesophagealis tér szabad. Hátul a csigolyatestek, elől a trachealis gyűrűk érezhetők és a *tracheával együtt emelődik el a csigolyáktól az oesophagus is*. Ujjunk segélyével szorosan a csigolyatestek előtt haladva rendkivül könnyen emelhetjük el, fel- és lefelé az oesophagust, azaz tehetjük szabaddá a retrooesophagealis tért, az oesophagus hátsó és oldalsó falát a nélkül, hogy a n. recurrenssel vagy bármely más kimélendő képlettel collisióba keveredénk. A bevezetett mutatóujj most az oesophagus mögött bátran és könnyen felhaladhat a larynxig, sőt a pharynx mögött egész a koponyaalapig, mindenütt a laza retrooesophagealis, illetve retropharyngealis térben. Lefelé ugyanezt tehetjük. A bevezetett mutatóujj, mindég pontosan a csigolyatestek előtt haladva könnyen leér a felső thorax-aperturáig. Itt jól érezhető a nyaki gerinczoszlop lordosisának áthajlása a háti kyphosisba. E pontnál már a mediastinum posticumba érkeztünk. A nyelőcső ott is igen könnyen emelődik el a csigolyatestekről és az előhatolás könnyen, gyorsan, semmi vérzés vagy mellékserüléssel nem jár. A nyelőcsővel persze a tracheát is felemeljük és ha az oesophagusban idegen test nincs és falai egymásra feküdve összesettek, igen jól tapinthatni a trachea hátsó nyitott membranosus részét és a trachealis gyűrűk hátsó szabad széleit. A hátsó mediastinumban, mint hullákon meggyőződtem, könnyen lejuthatunk a bifurcatióig és azt is különösen a bal bronchust a tüdőhylusig jól követhetjük.

Az anatomikus viszonyok tehát, a nyelőcső egész felső felét, sőt — ha a fogsoroktól számitunk — az idegen testek útjainak felső kétharmad részét teszik egyszerűen hozzáférhetővé a nyak felől. Ha a sternocleidót, az edénykötteggel és vagussal együtt lapos kampókkal óvatosan, de energikusan elő- és befelé huzatjuk, az emlitettem területet legnagyobb kiterjedésében directe áttekinthetjük. Csak ügyelni kell, hogy a bevezetett lapoczokkal a tracheát erősen a sternum széléhez ne nyomjuk, különösen ha az ott székelt idegen test azt már amúgy is comprimálta. Ilyenkor esetleg előzetes alsó tracheotomia és canule-behelyezésre lehet szükség.

Ha tehát a nyelőcső eme felső, az emlitettem módon könnyen feltárható és végig tapintható részében fennakadt sima felületű testtel állunk szemközt, melyet per vias naturales megfogni és eltávollitani nem sikerült, legjobb és legkiméletesebb a leirt módon feltárni a nyelőcsövet és retrooesophagealis tért. Az idegen testet az osoephagus falainak vékonysága mellett, ha a leirt módon járunk el és tapintunk, feltétlenül érezni fogjuk. Mielőtt a nyelőcsövet megnyitnók, hogy az idegen testet kibuktassuk vagy bevezetett műszerekkel megragadjuk, tegyük meg a következő kisérletet. Isoláljuk a nyelőcsövet, hátulról a retrooesophagealis térben *ne csak az idegen testig, hanem 1—2 cm.-rel azon túl is, vezessük ujjunkat mögéje és alája és próbáljuk meg az ujjcsücsök apró mozgásai által azt beékelődési helyéből óvatosan felfelé mobilizálni*. Eme kisérlet jogosultságának megvan a maga kórboncztani alapja.

Minden csöves rendszer, mely bennékek előrehajtását végezi, ha benne akadályok halmozódnak fel, az akadályok *felett* kitágul. Igy van ez a bélhuzam elzáródásai, a beékelt epeút, ureter, urethra, nyálköveknél stb., hogy a megfelelő akadály felett, az illető vezetékek, a secretorikus vagy peristaltikus nyomás alatt kitágulnak. A nyelőcső sem tesz e szabály alól kivételt. Benne a lenyelt anyagok nem csupán önsúlyok, hanem a pharynx-constrictorok erős nyomásán kivül, még a sajátos oesophagus-peristaltica által is préseltetnek tovább. Ezen hajtónyomás igen tekintélyes és teljesen elegendő, hogy elzáródások, szűkületek esetén azok felett a nyelőcső aránylag rövid idő alatt kitáguljon. Ebből pedig a praktikus consequentia az, hogy teljes elzáródás esetében az elzáró testet a felette lévő tágult szakaszba esetleg könyebb lesz felhozni, mint az alatta fekvő megszűkült részletbe letolni! E tényt használtam ki, alább röviden leirandó esetemben és meg voltam lepődve, hogy a lefelé való tolási kisérleteknél erősen beékelődöttnek bizonyult idegen test, mily könnyen mozdult ki ujjam elől *felfelé* a nyelőcsőben, úgy hogy annak további, mondhatnám *„kisimítása“* fel a pharynxba, szinte magától adódott. Természetesen ez egyszerű fogást csak sima felületű testeknél kivánnám alkalmazni. Sikerülése esetén megkiméltük a beteget a bár technikai tekintetben egyszerű, de a sebviszonyokat és gyógyulási tartamot feltétlenül complikáló oesophagus-megnyitástól.

Beékelt hegyes, szúró idegen testeknél e fogást, mely bár az ujj controlja mellett, de általánosságban mégis csak „vaktában“ történik — alkalmazni nem merném és nem is ajánlom. Ezek extractiója a *„szem controlja mellett“*, azaz a seben át bevezetett oesephagoskoppal történjék! Esetemben az idegen test a manubrium sterni magasságában ült, de hullakisérleteim alapján meg vagyok győződve, hogy alkalmas alakú testek, a fentebb leirt behatolási móddal és fogással, a nyakseb felől ujjal könnyen elérhető *bifurcatio* magasságából is nehézség nélkül felhozhatók.

R. Zs. Két éves leánygyermek, felvétetett 1903. február 22-dikén. A gyermek egy hét előtt játék közben egy 10 grammos sárgaréz-súlyt nyelt el.

Nyelés ezen idő óta rendkivül nehezített, úgyannyira, hogy sokszor folyadék sem megy le, hanem a bevétel után azonnal regurgitál. Időnként folyadék lenyelése könnyebben sikerül. Nyelési kisérletek sokszor fájdalmasaknak látszanak. Felvételkor való vizsgálatnál a bevezetett bárzsingkutasz 12 cm. mélységben kemény testhez ütődik, mely ismételt letolási kisérleteknek sem enged. Letolási kisérletek eredménytelensége után a Graefe-féle pénzfogó kiséreltetik meg, de azt az idegen test mellett azon túlvezetni nem sikerül. E miatt felvétetett. Következő napon Röntgen-átvilágitásnál az idegen test a manubrium sterni mögött jól látható és olyképen fekszik a nyelőcsőben, hogy szélesebb basisával lefelé tekintve annak lumenát obturálja. Az előrement extractiós kisérletek eredménytelenségének tekintetbe vételével oesophagoskopiát kiséreltünk meg chloroform-narcosisban a Mikuliez-féle oldalfekvésben.

Narcosis beálltakor a fej előrehajtása és a sternalis izmok ellazítása mellett mélyen a jugulumban betapintva, a trachea bal széle mellett egy lencsényi kemény képletet érzünk, mely a Röntgen-képpel egybevetve, a basisával lefelé néző súly gombos fejének felel meg.

Az oesophagoskop bevezetése könnyen sikerül, de a beálló légzési nehézség miatt azt rövid idő mulva el kell távolitani. Ujból kisérletet teszünk az eszközzel, de az idegen testet be nem állithatjuk, mert a cyanosis miatt ismét el kell a műszert távolitani. A következő kisérlet alatt ismét cyanosis és suffokatio, mely azonban az eszköz rögtöni eltávolitása után is fennáll. Ugy látszik az idegen test az oesophagoskoppal való kisérletezések alatt megfordult és most comprimálja a tracheát, ezért azonnal az alsó légcsőmetszéshez fogunk. Gyorsan felkerestük a jugulumban a tracheát; a mint azonban azt megnyitni akarjuk, a légzés hirtelen felszabadul. Valószinűleg az idegen test a trachea felkeresése közben történt nyomkodások folytán ismét megfordult és a trachea a nyomás alól felszabadult. Ezért elállunk a trachea megnyitásától és a további oesophagoskopos kisérleteket beszüntetve, az oesophagotomiára határozzuk magunkat. Az oesophagust a fentebb leirt módon felkeressük, miközben annak falán át mélyen a jugulumban jól tapintható az idegen test. Mutatóujjunkkal az oesophagus mögött óvatosan az idegen test alá hatolunk s miközben arra alulról felfelé haladólag enyhe nyomást gyakorolunk, azt tapasztaljuk, hogy az beékelődési helyéből igen könnyen felfelé mozdítható és a nyelőcsőben tovább felfelé tolható. A mint az idegen testnek eme kimozdíthatóságáról meggyőződtünk, a nyelőcső megnyitásától elállunk, és azt a nyelőcsőben alulról felfelé tolva a pharynxba simitjuk. E közben egy segéd a beteg száját kitátva a pharynxba visszatolt testet a szájon át egy fogóval eltávolította. A nyak sebeit egy-egy bevezetett gaze-csik felett egyesitettük.

Műtét után a nyelés teljesen felszabadult. Betegnél következő napokban j. o. hátul-alul magas lazák kiséretében pneumoniás beszűrődés lépett fel, melynek lassú resorptiója után ugyanezen oldalon kis metapneumonikus streptococcus-empyema jelentkezik. Ez idő alatt a műtéti sebek behegedtek. Egy hónap elteltével elhagyja a kórházat.

Közlemény a Szt. János-kórház gyermekosztályáról. Főorvos: Szontágh Felix dr., egyet. m.-tanár.

Vesegümőkór kiirtással gyógyitott esete.

Irta *Massanek Gábor* dr., alorvos.

Az elsődleges, nem általános gümőkórhoz társuló vesetuberculosis a ritkább megbetegedések közé tartozik és még sokkal ritkább az, hogy a folyamat csak az egyik vesére szoritkozzék, a másikat pedig érintetlenül hagyja. Ritkán fordul ez elő már azért is, mert a vese tuberculosisának tünetei oly elmosódottak, hogy legtöbbnyire csak későn diagnostizálható az meg, a mikor a folyamat már a másik vesére is átterjedt.

A vesetuberculosisok prognosisa is e szerint alakul: ha idejekorán meg tudunk egy féloldali folyamatot ismerni, műtéttel még esetleg segithetünk a betegen, mig akkor, ha a másik vese is meg van már támadva, műtétre természetszerüleg nem is gondolhatunk. A diagnosis azonban rendkivül nehéz. A fájdalmasság és tumor hiányozhatnak és egyéb tünetek sem állandók. A vizelet mutathat ugyan charakteristikus elváltozásokat, ennek képét azonban rendszerint teljesen összezavarja az ugyancsak fennálló cystitis. Zavaros, esetleg véres, bőven genyes vizeletből pedig igen bajos megállapitani azt, hogy ezek az alkatrészek tisztán a hólyagból származnak-e, vagy a veséből. Annál is nehezebb ezt megállapitani, mert a hólyag tuberculosisa ép úgy lehet elsődleges, mint a veséé és a megbetegedés ép úgy terjedhet a felhágó, mint a lehágó úton, bár úgy látszik az utóbbi a gyakoribb.

A legbiztosabb felvilágositást még az uretheroskopia adja, annál is inkább, mert igy egyenesen az ureterekből foghatunk fel vizeletet és a hólyagot teljesen kizárhatjuk. A milyen eredményes azonban ez az eljárás felnőtteknél, annyira kivihetetlen gyermekeknél. Uretheroskopia nélkül műtétbe belemenni is bajos egyébként, mert e nélkül bajosan állapitható az meg, hogy a másik vese ép-e és hogy műtétünk eredménye nem lesz-e egy végzetes uraemiás roham. A mi esetünkben a *Korányi* S.-féle kryoskopia elég megbizhatónak bizonyult, mert ennek alapján fogtunk bele a műtétbe, ennek alapján exstirpáltuk az egyik vesét és mai napig, tehát 10 hónappal a műtét után, a megmaradt vese kifogástalanul teljesiti functioját.

Az eset egyébként a következő:

D. Erzsi, 9 éves leányt 1902. julius 12-dikén vettünk fel az osztályra. A gyermeket egy vidéki városból hozták, a hol több orvosnak kezelése alatt is állott. A kezelés hólyaghurut ellen folyt és hólyagmosásokban, valamint különféle belső szerelésben állott, eredménye azonban nem volt: a vizelési ingerek, a hólyagtáji fájdalmak egyáltalán nem javultak. Ezek a tünetek egyébként már deczemberben, tehát jó 8 hónapja léptek fel először a gyermeknél, a ki addig állitólag beteg soha sem volt. Heredités a családban nincs, 4 testvére és szülei egészségesek, bár anyja gracilis, anaemiás nő.

A gyermek tápláltsága behozatalakor közepes, fejlettsége korához képest elég jó. Testsúly 20 kgm. Tüdők, szív teljesen épek, nyakon csekély apáczazörej. Mirigyek nincsenek megnagyobbodva. Vulva meglehetősen piros, folyton vizelettől elárasztva, környéke kissé felmaródott. Vizelete kibocsátáskor kevéssé zavaros, de rövid állás után megzavarodik és bő üledék képződik benne.

Reactioja amphoter. Górcső alatt sok genysejt és hólyaghám látható benne.

A gyermeknek folytonos vizelési ingerei vannak s e mellett nagy fájdalmakról panaszkodik. Kő a hólyagban nem érezhető.

A therapia eleinte a hólyaghurut ellen irányult és főleg belső volt, mert a hólyagmosások óriási fájdalmakkal jártak és magas lázrohamokat váltottak ki. Miután azonban a belső szerelésre a tünetek egyáltalán nem javultak, forciroztuk a hólyagöblitéseket és 2 hétig rendszeresen folytattuk azokat; ekkor azonban ismét abbanhagytuk, mert a tünetek nem hogy javultak volna, de határozottan rosszabbodtak. A gyermek már 5—10 percznél tovább tartani vizeletét nem volt képes s e mellett folytonos vizeletszivárgása is volt, a vizelet maga pedig mind zavarosabb lett és körülbelül felényi üledék képződött benne.

Ekkor már mindinkább megbizonyosodtunk abban, hogy vesetuberculosissal van dolgunk, a mikor október 30-dikán a gyermek vesetáji fájdalmakról kezdett panaszkodni. Ekkor a jobb vesetájon már egy tumor is tapintható, a mely rohamosan növekszik s október 4-dikén jó ökölnyi. Ekkor próbapunctiót végeztünk és sürű genyet találtunk. A genyben tuberculosis-bacillust kimutatnunk nem sikerült, bőven voltak azonban bacillusok (coli?) mellett szép lánczokat képező streptococcusok. Most pyonephrosisra gondoltunk. Mielőtt azonban a műtéti beavatkozásra elhatároztuk volna magunkat, megejtettük a vérfagyasztási próbát, a mely szerint a vér fagypontcsökkenése 0·50 volt, vagyis a normalis határon belül.

Október 5-dikén a lumbalis tájon a ferde lumbalmetszéssel hatoltunk be és csakhamar ráakadtunk a tályogra, melyből büzös geny ürült. A műtét után a gyermek, kinek eddig naponként meglehetős magasra felszökő intermittáló lázai voltak, láztalan, a lázak azonban már harmadnap ismét fellépnek és 15-dikén már ismét 40° körül járnak. A gyermek erőbeli állapota rohamosan hanyatlik, rendkivül soványodik és valószinűnek látszott, hogy nem bocsátottuk ki az egész genyet s ezért ismét sebészi beavatkozáshoz folyamodtunk.

A második műtétnek, melyet *Manninger* dr. végzett, eredménye az volt, hogy az egész vesét eltávolitottuk.

A vese maga kisebb-nagyobb, miliaristól borsónyi tályogokkal szinte tele van hintve. A *Minich* főorvos által megejtett szövettani vizsgálat kétségtelenül megállapitotta, hogy egy chronikus disseminált tuberculosissal van dolgunk.

A műtét eredménye eleinte csak a közérzeten látszott meg. A gyermek rohamosan kezdi magát összeszedni, étvágya jó, de a lázak és a folytonos vizelési ingerek csak nem szünnek s láztalanná csak márczius közepén lesz. A seb rendkivül lassan gyógyul daczára annak, hogy több izben távolitottunk el vizenyős sarjakat. A vese helyére pedig egy fistula vezet, melyen át eleinte bőven ürül geny.

A gyermeket julius 11-dikén bocsátottuk el a kórházból és tovább is megfigyelés alatt tartjuk. Elbocsátásakor piros pozsgás, egészséges gyermek benyomását teszi, testsúlya (mely a műtét után 3 héttel 17,800 gm. volt) 24 kgm. A seb begyógyulva teljesen ma sincs, a menynyiben a fistula ma is megvan, de csak igen kevés genyet secernál. A vizelési ingerek ma is fennállanak, fájdalom azonban nincs, a vizelet pedig csak kevéssé zavaros.

Teljesen gyógyultnak tehát a gyermek nem mondható, de a mennyire gümős megbetegedéseknél ez előre látható, a teljes gyógyulás útján van. Valószinűnek tartom azt, hogy a másik vese ép, mert ha beteg lenne, úgy 8 hónap alatt már jelentkeztek volna a betegség tünetei.

A caloriaelmélet térfoglalása a csecsemődiaetetikában.

Berlinből közli *Schütz Aladár* dr., a Stefánia-gyermekkórház v. s.-orvosa.

C. Voit anyagcserevizsgálataival a *N*-egyensúlyt először határozta meg egészséges egyénen.

Ezen vizsgálatokat követő számtalan anyagcseremeghatározások vezettek az anyagcseretan felépitéséhez, mely a szervezetbe vitt tápanyagok sorsát, ezeknek a szervezet állományához való viszonyát tisztán vegyi alapon tárgyalta.

Rubner vizsgálatai kimutatták, hogy egy bizonyos oldható fehérjeminimum mellett vegyileg teljesen különböző tápanyagokkal egyforma jó eredmények érhetők el, ha csak arra ügyelünk, hogy a táplálék dynamiás értéke, vagyis a benne foglalt, caloriákban kifejezett, energia ugyanazon nagyságú legyen (isodynamiás aequivalensek törvénye). Ezzel az anyagcsere terrenumát, az energiamegtartás elve foglalja el. A complikált, sok tekintetben még homályos vegyi összetétel mellett a tápanyagok termelte meleg s az energiakicserélődés egyensúlya érvényesül. *Camerer* vitte át ez elveket a csecsemőtáplálásra (1889) *Heubner* kibővitette s gyakorlati alkalmazását lehetővé tette.

Potentialis energiát (n) viszünk a szervezetbe, mely könnyen kifejezhető az égésmeleggel (a súlyegység elégetésénél keletkező nagy caloriák számával). Az energiakivitel az oxydatio útján fejlődő mozgási energia alakjában történik. Miután a csecsemő külső mechanikai munkát (l) nem végez, a bevitt energia meleg alakjában (e) hagyja el a szervezetet. Kis részben az energia felhalmozódik, a szervezet gyarapszik (a). Az energia egyensúlya tehát $n = e + a + l$. A csecsemőnél $n = e + a$ vagyis a bevitt energia = a szervezet által végzett + a benne felhalmozott munkával. Ez egyenletből folyik, hogyha

$n > e\,(+\,l)$, akkor a csecsemő gyarapszik,

ha $n = e\,(+\,l)$ nem gyarapszik, ez a csecsemőnél pathologiás állapot,

ha $n < e\,(+\,l)$, akkor a gyermek fogy.

Az n (bevitt energia) kisebb, mint az $e\,(+\,l)$ (elfogyasztott energia) vagy akkor, ha a szervezet kevesebbet kap, mint a mennyit igényel vagy ha több energiát fogyaszt, mint a mennyit bevitt. (Az emésztő mirigyek nagyobb munkája vagy nagy nyugtalanság esetén fokozott külső mechanikai munka folytán.)

Ha a hiányzó n-et nem pótoljuk, akkor a szervezet saját energiáját k fogyasztja. $n + k = e\,(+\,l)$ s a csecsemő súlya csökken.

Ezen elvek alapján *Heubner* oda törekedett, hogy ne a polumen legyen a bevitt tápanyag mértéke, hanem a caloria, azaz a *Bertholet*-bombában elégetett tápszer súlyegység adta melegmennyiség.

Az n calororia értékét elégetési kisérletekkel határozta meg *Rubner*, mely eljárás sokkal megbizhatóbb adatokat nyujt, mint az energiának a chemiai összetételből történt kiszámitása (*Sonnenfeld* táblázatai). Az anyatejre nézve, a kis számú elégetési kisérletek, valamint a zsirtartalom ingadozása folytán a caloriaértékek nagyrészt csak supponáltak.

Rubner 1 kgm. zsirszegény anyatej elégetésénél 614·2 cal.

1 „ zsirdús „ „ 723·8 „ kapott.

Gans 6 anyatejből 722 caloria átlagot nyert.

Különböző tehéntejek caloriaértéke 622—690 közt ingadozott *(Rubner)*.

1 liter Keller Liebig-leves 808 cal.
1 „ vajszegény tej (Buttermilch) 698
1 „ 5% Rademan-lisztfőzett 195
1 „ szamártej 502·5 caloriát termel.

Heubner 1 liter anyatejet 650, majd 700, *Neumann* közel 800 cal. értékűnek veszi.

1 l. tehéntej 670, 1 l. vajszegény tej 714, 1. l. Liebig Keller-leves 800 caloriát termel.

Az elhasznált napi mennyiség vagy a tápszer súlyának pontos mérése caloriákra átszámitva adja n-t; a testsúly gyarapodás adja a-t s igy egészséges, gyarapodó csecsemőn e becsülhető, mert $e = n - a$.

Összehasonlitásokhoz az absolut napi bevitel helyett mértékül *Heubner* egy constans viszonyt ajánl, az *energia quotienst E Qu*, mely az 1 kgm. testsúlyra bevitt caloriák számát adja meg. Például 4 kgm. súlyú csecsemő napi bevitele 480 caloria. $E\,Qu = \frac{480}{4} = 120$ caloria.

Rubner és *Heubner* pontos anyagcserekisérleteiből kitünt, hogy az első féléven belül az *E Qu legalább 70 caloria* legyen, mert különben a gyermek testsúlya fogy. *Heubner* 3 pontosan észlelt esetben az első félévben természetes táplálással kellő gyarapodást talált *100 cal. E Qu* mellett. Mesterséges táplálás esetén *120 cal. E Qu* mellett normális a gyarapodás. Hasonló eredményekre mások is jutottak. Ujszülött gyermek 5—6 napig altáplálásban van, 10-dik napra $E\,Qu =$ 100—120 cal. a második félévben az *E Qu* valamivel 100 cal. alá sülyed.

Inductiv úton rájöttek tehát, hogy az egészséges gyermek pro kgm. 100 cal. értékű tápanyagot vesz fel ebből deductio útján következik, hogy normális fejlődéshez pro kgm. 100 caloriabevitel szükséges; mesterséges táplálás esetén a nagyobb emésztési munka miatt pro kgm. 120 caloria. Abnorm kis súlyú (koraszülött, atrophiás) csecsemő relative nagyobb energia bevitelre szorul. Ez a normalis súlyú gyermek energiaszükségletének kiszámitásából következik, mert 1. relative nagy testfelszine miatt, benne nagyobb oxydatio megy végbe, 2. az emésztés munkája több energiát igényel, a resorptioképesség kisebb.

A caloriaszámitás előnyei:

1. A tápszükségletet caloriákban egységesen számithatjuk ki.

2. Meghatározhatjuk, hogy a táplálék kielégitő-e vagy sem s ez utóbbi esetben hogyan teszszük megfelelővé.

3. Kielégitő bevitel mellett észlelt súlycsökkenés betegségről vagy a táplálék czélszerűtlenségéről világosit fel.

Azonban 1. a viz és szervetlen sókat, melyek szintén fontos alkatrészei a csecsemőtáplálásnak, caloriákban nem fejezhetjük ki.

2. Az intermediaer anyagcseréről ez úton sem nyerünk felvilágositást.

3. A resorptio ismeretlen s igy ha egy caloriák szerint megfelelő tápszer mellett a gyermek nem gyarapszik, akkor más összetételt kell vennünk, azaz az isodynamiás aequivalensek elve csak akkor áll meg, ha az emésztés és resorptio jó.

Practikus alkalmazás:

Szopós gyermeken a caloriaszámitás igen egyszerű: 1 liter anyatej 650—700 caloriát termel. A szopott tejmennyiség *Feer* szerint az 1-ső héten a testsúly 8%-a, a 15-dik hétig átlag a testsúly 16—17%-a, a második évnegyedben 14%-ról 12%-ra csökken.

Heubner szerint 1—4 hétig 250—550 gm., 5—8 hét 700—900, 9—12 hét 900, 13—16 hét 960—970 gm., a 6-dik hó végén 1000 gm.-ot szopik egy csecsemő átlagban

a 2-dik hét végén 500 gm.
8-dik „ „ 800 gm.
6-dik „ „ 1000 gm. táplálékot kap.

A szopott menyiségből kiszámitott caloriaértéket a gyermek kgm. súlyával osztva kapjuk az *E Qu*-t.

Normalisan fejlődő 3000 gm. súlyú újszülött

3-dik héten	3300 gm.	8-dik héten	4500 gm.
4-dik „	3800 „	9-dik „	4900 „
5-dik „	4000 „	11-dik „	5100 „
6-dik „	4300 „	13-dik „	5400 „
7-dik „	4500 „		

5 hónapos korában 6 kgm., 1 éves korában 9 kgm. testsúlyú.

Feltünő concentrált az anyatej az első életnapokban. *Camerer* és *Söldner* a 2-dik lactatio napon körülbelül 100 gm. összesen elválasztott tejben 4·08% zsir és 7·35% fehérjét talált. 1 liter hasonló összetételű tej 848·1 cal. felelne meg. Az 5—11 napon a fehérjetartalom 2·5% s folyton fogy ad 1·5%. *Heubner* a 3-dik héttől 1—1·2%, *Schlossmann* az 5-dik héttől 1·5% fehérjét kapott. Ezen adatok a tehéntej 3·5% fehérjetartalmától lényegesen különböznek, *Rubner* és *Heubner* kimutatták, hogy a tehéntej emésztése nagyobb munkát igényel, mint az anyatejé. A felesleges erőelhasználás megtakaritható, ha a fehérje luxusconsuptiója elmarad. A *tehéntejet tehát higitani kell.* A fokozott folyadékbevitel azonban a circulatio s párolgási munkát fokozza, továbbá a gyomor dimensiói nem engednek bizonyos határon túl menni. Ezért tehát *fehérjeszegény, concentrált, az anya tejéhez hasonló magas*

caloriaértékű táplálékra van szüksége a mesterségesen táplált csecsemőnek. Ezen kívánság könnyebben teljesithető, mint a vegyi kívánságok.

A mesterséges tápkeverékek egész legiója ismert, melyek, azonos volumenben az anyatejjel megközelitőleg azonos caloriaértéket képviselnek. Ezen qualitative igen különböző keverékekkel egyforma jó eredmények érhetők el, ha fehérjetartalmuk nem sülyed 1—1·2% alá.

A Berlinben rendszeresen használt tejkeverékek:

Heubner eleinte 2 rész tej, 1 rész 12·3% tejczukrot tartalmazó lisztfőzetet (1 teakanál liszt $^1/_4$ liter vizre) adott. 4-dik hétig 600, 7-dik 750, 8 héttől 900 m^3 6—8 részre osztva. 1 liter keverék 600 caloria értékű, ha 1 liter tehéntej 600 caloriát termel. Majd csecsemő-osztályán 3 higitást alkalmazott. Higitó oldatul 10 gm. Rademan-liszt vagy Opel-kétszersült $^1/_2$ l. vizbe kevert $^1/_2$ óráig 350 m^3-re befőzött s 43 gm. tejczukorral édesitett főzetet használ.

1. számú keverék: 350 gm. tej + 650 gm. lisztfőzet + 52 gm. czukor 1 liter 480 cal. (1 liter tehéntej 650 caloria) termel,
2. 500 tej + 500 lisztfőzet + 50 czukor 1 l. 560 cal.
3. 650 tej + 350 főzet + 45 czukor 1 l. 540 cal. értékű.

Még erősebben concentrált keverékei:

1. sz. 30 gm. zabliszt kevés hideg vizzel felkeverve $1^1/_3$ l. forró vizzel leöntve $^2/_3$ literre befőzetik + $^1/_3$ l. 50 gm. tejczukrot tartalmazó tehéntej. 1 l. 530—560 caloria (a szerint, a mint 1 liter tehéntejet 600 vagy 650 cal.-nak számitunk).
2. sz. 25 gm. zabliszt 1 l. forró vizzel $^1/_2$ literre befőzve + $^1/_2$ liter tej, 50 gm. tejczukor. 1 l. 600—650 cal.
3. sz. 15 gm. liszt $^2/_3$ l. forró vizzel $^1/_3$ literre befőzve + 40 gm. tejczukorral édesitett $^2/_3$ liter tej. 1 l. 625—660 caloriát termel.

Ezen nagy caloriatartalom keverékeivel igen jó eredményeket ért el poliklinikáján.

Jelenleg *Heubner* csecsemő-osztályán

1. sz. $^1/_3$ tej + $^2/_3$ viz + 80 gm. Soxhlet tápczukor 1 l. 540 cal.
2. sz. $^1/_2$ „ + $^1/_2$ „ + 80 „ „ „ 1 l. 650 „
3. sz. $^2/_3$ „ + $^1/_3$ „ + 80 „ „ „ 1 l. 750 „

értékű oldatokat használ. *Neumann* óva int ily nagy, 12%-ot is meghaladó czukortartalmú czukorkeverékektől.

Általában 3 hóig az āā keverék, 3-dik hónaptól $^2/_3$ tej $^1/_3$ viz jön alkalmazásba, mely utóbbi felel meg szerinte leginkább az anyatejnek. Ha e két keveréket nem birja el a csecsemő, vagy ha abnormis kis súlyú újszülött, akkor eleinte $^1/_3$ tejet kap.

Neumann normális súlyú újszülötteknek az első napokban, valamint idősebb subnormális súlyú gyermekeknek 100 gm. tej, 300—200 gm. viz és 20—15 gm. tejczukrot ad.

Normális újszülött 8—10-dik napig, úgyszintén gyenge, 3000 gm. súlyt elért gyermek, 200 gm. tej, 300 gm. viz, 25 gm. czukrot kap. A 3—4-dik héten *Heubner* szerint āā keverékből 600—700 gm.-ot. A czukor a higitó folyadék 8%-át sohasem haladja túl.

Ha constipatiót akar elérni, Soxhlet-tápczukrot, ellenkező esetben Teinhardt oldható tápszerét (5 gm. 100 gm. tejkeverékre) adja, mig *Heubner* a caloriahiányt rendesen szénhydratokkal, addig *Neumann* legtöbbnyire tejszin vagy tejsűrűvel fedezi.

Baginsky erősebb higitásokat ad.

1—4 hétig 1 rész tej + 3 rész viz + 30 gm. czukor 8 × 100 gm. 1 l. 309·7 cal. *(Sonnenfeld.)*

5—8 hétig $^1/_3$ rész tej + $^1/_3$ rész viz + 35 gm. czukor 8 × 125 gm. 1 l. 369·4 cal.

9—12 hétig 450 rész tej + 600 rész viz + 35 gm. czukor 7 × 150 gm. 1 l. 413·2 cal.

6 hónapos csecsemő kap csak 1 l. tejkeveréket 617 cal. értékben. Ujabban concentráltabb keveréket ad. 30 gm. Knorr-féle zablisztet 200 cm^3 forró vizzel felkavar + 800 cm^3 forró vizzel folyton kavarva 15 perczig főz, 50 gm. nádczukrot s 1 késhegynyi Na Cl-t ad hozzá, átszűri, a tejjel összeönti 10 perczig sterilizálja.

1. sz. keverék 4 lisztfőzet 1 tej 1 l. 330·86 cal.
2. „ „ 3 „ 1 „ 410·58 „
3. „ „ 2 „ 1 „ 436·11 „
4. „ „ 1 „ 1 „ 488·38 „
5. „ „ 1 „ 2 „ 54 ·24 „
6. „ „ 1 „ 3 „ 553·15 „

Biedert az első hónapokban még ennél jóval nagyobb higitásokat ad. Régibb keverékéből 1 l. 325 caloriát képviselt, Ujabban Ramogent (tejsűrűt, nádczukorral besűritett tejszint) ad. Berlinben is erősen használják. 15 higitási fokban. I. 1 r. Ramogen, 13 r. viz, 2 r. tej, 1 l. 290 cal. fokozatosan 1 r. tejjel többet vesz s ennek arányában a Ramogen és viz fogy. Nr. V. 50 gm. Ramogen + 650 gm. viz + 300 gm. tej 1 l. 361 cal.
„ X. 40 „ „ + 520 „ „ + 440 „ „ „ 418 „
„XV. 33 „ „ + 433 „ „ + 534 „ „ „ 460 „ ad.

Az újszülöttek a természettől concentrált táplálékot kapnak. *Budin* nagy zsirtartalmú kis volumenű anyatej mellett észlelt kitünő gyarapodást.

Másrészt *Henoch* és *Jacobi* ajánlják a nagy, Biedert-féle higitásokat újszülötteknek. *Cramer* nagymennyiségű hig oldatot nyujt, 10—30 *E Qu* mellett napi 40 gm. gyarapodást észlel. *Heubner* ezt lehetetlennek tartja. *Jans* 39—48 cal. *E Qu* mellett nagy gyarapodást észlel a 3—4-dik napon. Az első 10 napon szerinte 50 cal. *E Qu* mellett physiologiás gyarapodás vizfelvétel révén létesül. *Heubner* észleletei újszülöttekre nem vonatkoznak s igy az első napokban nagy fokban hig táplálék is beválik. Az anyatej concentráltsága mellett oly kis volumenű, hogy szopós gyermek *Heubner* szerint altáplálásban lenne s a 4-dik naptól fogva mégis rendszeren gyarapszik. Az anyatej az első hét végén éri el rendes összetételét; mesterséges táplálásnál 10-dik napon túl a concentrált táplálékok jönnek tekintetbe, mert a növekedés intensitása párhuzamosan halad a tápszer tápértékével. Az erős higitások súlygyarapodást a 10-dik napon túl vizfelvétel vagy óriási mennyiségek bekebelezése útján eredményeznek. Mindkét körülményt *Heubner* joggal kárhoztatja. A concentrált tápszerek jogosultságát bizonyitják a *Liebig Keller-féle malátaleves* s az úgynevezett *Buttermilch*-el tett kitünő tapasztalatok. Mindkettő magas caloriaértéket képvisel, mely még az anyatejét is meghaladja.

A Liebig-Keller-leves receptje: 1. 100 gm. alkalizált Loeflund-féle malátakivonatot $^2/_3$ liter 50—60 fokos vizben oldunk, 2. 50 gm. finom búzalisztet $^1/_3$ liter tejbe keverünk, az oldatot átszűrjük, a malátaoldattal elegyitve 5 perczig főzzük. 1 liter malátaleves 800 caloria tápérékű, édes izű. Naponta frissen készitendő legfeljebb 6-szor adagoltassék következőleg: 5320 gm. súlyú gyermek 24 óra alatt 6-szorra kapjon.

Pro kgm. 120 caloria jár, 5320 gm. súly mellett 638 caloria felel meg, tehát 638 : 800 = x : 1000. x = 798 cm^3. Ezt 6-al osztva egy táplálásra 133 cm^3 malátaleves jut. *Keller* a 4-dik hónaptól kezdve 5 kgm. testsúlyig adja, tehát különösen emésztési zavarok után reconvalescens vagy idősebb atrophiás gyermeknek. 3250 gm. súlyú 3 hónapos gyermek $7^1/_2$ hét alatt 5000 gm.-ra gyarapodott *Neumann* poliklinikáján, ki a malátatartalmat individualizálja, gyengébb s néhány hetes gyermek 24—40 gm. malátát kap pro die. *Finkelstein* malátalevessel (80 gm. maláta 1 literre) higitja az újszülötteknek adott tejet is igen jó eredménynyel.

A Keller-levesnél még jobb eredményeket nyujt a Buttermilch talán mert caloriatartalma közel azonos az anyatejével. Teljes tejhez savanyút adva, a vajat köpölözéssel távolitják el; az igy nyert t. k. entbutterte, vajszegény tej 0·5% zsirt mindig tartalmaz *de Jager* szerint 15 gm. búzalisztet néhány evőkanál vajszegény tejjel hidegen felkavarunk, a többihez (ad 1 liter) töltve 60 gm. nádczukor hozzáadása közben folytonos kavarás mellett lassan melegitjük, mig 20—25 percz alatt a keverék forrni kezd, kétszer megismételt néhány pillanatnyi forrás után palaczkokba töltjük. Naponta frissen, pontosan készitendő, ismeretlen okból rossz lehet s ezen megbizhatlansága miatt az általános gyakorlatban egyelőre nem használható bár a koraszülött vagy atrophiás gyermekeken,

valamint dyspepsiák, zsirdiarrhoeák, makacs hányásnál elért eredmények kitünőek, daczára annak, hogy fehérjetartalma nagy s lisztet is tartalmaz, 1 liter 700 caloriát termel. *Neumann* 5 hetes atrophiás csecsemőnél 3 heti kizárólagos vajszegény tej táplálással $1^1/_2$ kgm. súlygyarapodást ért el. Hasonló eset elég gyakori, óvatosan individualizált táplálás mellett.

Caloriák szempontjából az említett tejkeverékek a legfontossabbak. Az adagolás az anyatejhez hasonló volumenek s adagokban történjék.

Neumann a *tej* mennyiségét az *Escherich* formulával határozza meg.

$$\text{Tejmennyiség} = \frac{\text{kgm. testsúly} \times \text{táplálék összmennyisége}}{7-10}$$

a kapott tejmennyiséget a kivánt volumenre vizzel hígitja fel, a hiányzó caloriákat czukortejszin vagy Ramogen alakjában pótolja. Pl. 4 hetes, 4 kgm. súlyú gyermek

$\frac{4\times700}{7-10} = 280-400$ gm. tejet igényel. 400 gm. tejet 300 gm. vizzel 700 gm.-ra egészíti ki. 400 gm. tej 240 calor. számítja + 6%, 42 gm. czukor 172 caloria; tehát 400 gm. tej + 300 gm. viz + 42 gm. czukor = 412 caloria. 400 gm. tej helyett 200 gm. tej + 100 gm. tejszint is vehet; ez is körülbelül 240 caloria. Ezzel a tejkeverék hígabb a nélkül, hogy caloriaértéke lényegesen változna.

A caloriatáplálás főbb elvei a következők:

Szopós gyermek kellő súlygyarapodás esetén a bevitt caloriák ellenőrzését nem igényli, ha csak túltáplálás veszélye nem forog fenn. Ha a súlygyarapodás nem kielégítő vagy gyomorbélzavarok állnak be, akkor a szopott tej napi mennyiségét s esetleg összetételét kell ismernünk, hogy a bevitt caloriák számát meghatározhassuk. Ha ki nem elégítő súlygyarapodásnál az anyán foganatosított diaetetikai rendszabályok daczára, a tej a szükségesnél kisebb caloriaértékű marad, akkor vegyes táplálással igyekszünk az *E Qu*-t kiegészíteni. Ha a csecsemő megfelelő *E Qu* mellett nem gyarapszik eléggé, akkor *beteg*. Ez esetben, valamint *gyomorbélzavaroknál a gyermek koránál kisebb caloriaértékű mennyiséget kap*. A javulás arányában lassan emelkedik az *E Qu* is.

Mesterségesen táplált csecsemőnél a bevitt caloriamennyiség pontos meghatározása szükséges, különösen a malátaleves, vajszegény és tiszta tehéntej táplálásnál, hogy a túltáplálás veszélyét elkerüljük. Ha a megfelelő *E Qu* mellett a gyermek nem gyarapszik, ennek oka lehet, 1. hogy *beteg*, ez esetben altáplálásban részesül és tehéntej surrogatumokat kap, hogy lehető kis volumenben lehető nagy *E Qu*-t kevés emésztési munka árán kapjon (malátaleves, dextrinizált lisztek stb.); 2. *gyomorbélzavarok* esetén is altáplálás, a tejkeverék összetétele módosul vagy más tejkeveréket kap. Súlyosabb esetben éheztetés után az előző, rendesen azonban más tejkeverékből kap óvatosan emelkedő *E Qu*-nak megfelelő adagokat; 3. *hiányos resorptio* lehet jelen. Ha ezt gyanitjuk, a tejkeveréket addig cseréljük, míg a súlygyarapodás normális lesz. Ha sehogy sem érünk czélt az emlőre helyezés bizonyosan beválik. *Újszülöttek*, koraszülöttek zsírdús tejkeverék mellett újabban vajszegény tejjel kitünően gyarapodnak. *Ujszülöttek az első héten 60—80 cal.* s csak a *második héttől 100—120 cal. E Qu*-t igényelnek. *Koraszülött* az első hetén *50-ről 100-re emelkedő, 2-dik héttől 100—150 cal.* értékű táplálékot kap. Nagy caloriaértékeket igényelnek az atrophiás vagy betegség után reconvalescens, mindkét esetben tehát *súlyban visszamaradt gyermekek is*, kik gyakori kis adagokból kiindulva, óvatosan emelkedő értékeket kapnak. Ha birják *túltápláltnak* és pedig a *koruknak megfelelő normális súlyú gyermeknek járó caloriamennyiséget kapják.*

Az előirt adagot sohasem szabad a gyermekbe erőltetni, szomjúság esetén folyadékot kap (czukros víz, tea) a kimért adagokból függetlenül.

A caloriaelmélet alkalmazása a csecsemőtáplálás kérdését korántsem oldotta meg, a mint azt *Heubner* eleinte hitte, de viszont a mondottakból kitünik, hogy különösen a mesterséges táplálásnál a caloriaszámitás jóformán elkerülhetetlen. A számitás eleinte igen complikáltnak tünik fel. Kevés gyakorlattal azonban a megszokott néhány keveréknél a caloriaértéket képviselő volumenekkel számithatunk, annyival is inkább, mert a caloriaértékek mindig relativ számok s a felvett táplálék mindig két caloriaérték közt ingadozik.

Individualizálni itt is kell, sablonok szerint a csecsemőtáplálása lehetetlen s ha semmiféle tejkeverék nem válik be, bár caloriatartalma megfelel az anyatejének, akkor szoptatással mindig czélt érünk.

TÁRCZA.

Emlékezzünk régiekről.

Csapó József
(1734—1799.)
s gyermekgyógyászati munkái.

A Magyar Nemzeti Muzeum érdekes kéziratát őrzi *Csapó József*-nek, a XVIII. század jeles orvosának és gyermekgyógyászának.[1] A tárgya egy „monstrum bicorporeum humanum“, melyet 1791. november 3-dikán Kováts Istvánné Borzy Borbála Tornallyán hozott a világra.

Csapó kézirata, mely Debreczenben 1792. márczius 3-dikán kelt, három részből áll. Az első rész egy átirat a nyomdához (Patzkó Ferencz Ágost-éhoz Pesten), melyben azt felkéri, hogy a nyomás alatt lévő „Valetudinarum infantile“ czímű munkájának XXV. fejezetéhez („Gemelli coaliti“) mint „addenda“ vegye hozzá az eset közlését. Az „addenda“-ban pedig néhány szóval megemlékezik a torzszülöttről, melyről ő *Cseh-Szombathy József* pestvármegyei főorvos révén értesült, a ki egyúttal *Weinmann Keresztély* gömörvármegyei sebésznek a pesti egyetem orvosi karához intézett feliratát is megküldötte neki. E feliratot, mely *Csapó* kéziratának harmadik részét teszi, teljes terjedelmében közöljük e helyütt; mert legjobban tájékoztat magukról a torzszülöttekről s mert ma is tiszteletre és követésre méltó példát láthatunk benne, hogy egy szerény vidéki chirurgus mekkora lelkesedéstől volt áthatva, hogy hasznára váljék a tudománynak, melynek a már csaknem a látványossági bódékba került gyermekeket megmenteni igyekezett. Maga *Csapó* őrizte meg ilykép az elfeledtetéstől az érdemes *Weinmann* chirurgust és feliratát, melyet szószerinti fordításban adunk át ezennel az olvasónak.

Tekintetes Orvosi Kar!

Kováts István 25 éves férfi neje, *Borzy Borbála*, 1791. november 3-dikán este 10 órakor a tekintetes Gömör vármegyében fekvő Tornallyában leánygyermekeket szült, melyek medenczéjükkel s hátsó részükkel egymáshoz voltak növe. A szülés 9—10 óra alatt ment végbe; a méhlepény egy fél óra alatt távolodott el s valamivel nagyobb volt a rendesnél. Nevezett *Borzy Borbála* három évvel korábban is leánygyermeket hozott a világra, a mely életerős, egészséges volt s mai nap is él; az összenőtt gyermekek tehát második szülése s maga most 22—23 közti életévében van. A gyermekek még ugyanazon estén meg lettek keresztelve; az egyik leányka, melyet bal felkarján piros pántlikával jeleztek meg, Katalin nevet kapott, a másik Mária lett. A gyermekágyas eleven és friss volt, anyai kötelességét megtette: szoptatta és ápolta gyermekeit; *Boros Judit*, a bába, sem hanyagolta el kötelességeit. Mivel az összenőtt leánykák születésük után igen gyengék és halványak voltak, meleg borral mosták és dörzsölték őket, szalmiákszeszt szagoltattak velük, kevés sót tettek a szájukba s egy csövecskén keresztül levegőt fújtak a tüdeikbe, ujjal húzták ki a nyálkát a garatjukból, csőréket adtak nekik kevés sóval s mellkasukat váltakozva enyhén nyomták. De az ápolás és gondosság daczára is Katalin november 24-dikén este 6 órakor meghalt; élettartama tehát 21 nap és 20 órára nyult. Mária november 25-dikén éjjel 11 órakor halt meg.

[1] $\frac{581}{\text{Quart. Germ.}}$ jelzés alatt.

November 4-dikén a megyei főorvos úrnak jelentést tettem e születésről, mire *Pilman István* főorvos úr haladéktalanul, november 5-dikén, Rozsnyóból átjött Tornallyára. Megejtettük a külső vizsgálatot s a gyermekeket hasukkal és hátsó részükkel összenötteknek találtuk. Másodszor: közös köldökzsinórt találtunk. Harmadszor: a köldök mellett egy választó vonalat találtunk, mely reménlhetőleg egy válaszfal (septum) lesz a két hasüreg közt. Negyedszer: mindenik leánykánál egy-egy szeméremrést találtunk, de mindkettőnek csak egy közös végbele és végbélnyilása volt. A megyei főorvos urral elhatároztuk, hogy a gyermekeket elhalálozásuk után a megyei sebészek jelenlétében fel fogjuk bonczolni; ennek utána pedig tisztelelteljes jelentésünket a bonczolatról a tekintetes Orvosi Karnak be fogjuk küldeni: mert látni kivántuk, vajjon mindkét gyermeknek meg voltak-e a belei, avagy közös belei voltak kettejüknek. Mint *Herwig* doktor úr és *Sulzer* sebész úr bonczolati jelentése tanusitotta, a Kupferzellben született s hasuknál fogva összenőtt leánygyermekek, melyek 1772. január 21-dikén jöttek a világra, de csak 24 órát éltek, akkor azonban bonczolva lettek: kettejüknek csak egy mája volt, de epehólyagja kettő.

Alázatos jelentésünket az összenőtt gyermekekről s a bonczolat megejtése ügyében szóbelileg tettük meg *Szatmári Király Miklós* tanácsos és első alispán úrnál; a tanácsos úr „pro incremento rei Litterariae medicae et Naturali Regni Hungariae“ helyesebbnek és jobbnak tartotta, hogy jelentésünket a tekintetes Orvosi Karnak küldjük be, a hol mindjárt intézkedés is történhetik. De sajnos, a gyermekek elhalálozván, jött egy ember, ki bécsi orvosnak adta ki magát s ki az összenőtt gyermekek szüleinek azt a tanácsot adta, hogy vándoroljanak velük városról városra, s országról országra és ne küldjék el őket az orvosi facultásnak. Mire kutatni kezdték kilétét, az egész környéken nem volt többé található. Ha az Orvosi Kar érdemesnek tartja, hogy ezen összenőtt gyermekek néki megküldessenek, úgy méltóztassék az Orvosi Karnak *Vezza* protomedicus úr által a nagytekintetü helytartó tanácstól egy bizalmas rendelkezést kieszközölni Gömör vármegyéhez, hogy ezen összenőtt gyermekek a tekintetes Orvosi Karnak átküldessenek, a mi mennél korábban történik meg, annál helyesebb. Bár a szülök a tanácsos és első alispán úrtól parancsot kaptak, ne merészkedjenek gyermekeiket a tekintetes Vármegye tudtán és akaratán kivül még csak a szomszéd faluba is elvinni, hanem őket csak a tekintetes Orvosi Karnak átküldeni, a mi mennél korábban történik meg, annál helyesebb: mindamellett tartani lehet tőle, hogy ezek az emberek nyerészkedési vágyból s a magát bécsi orvosnak mondó egyén tanácsára inkább országról országra viszik őket, mintsem a tekintetes Orvosi Karnak átadnák. Ennyi az, a mit a tekintetes Orvosi Karnak teljes alázattal jelentek és megerősítek.

Starnya, 1791. november 26.

Mély tisztelettel alázatos szolgája

Weinmann Keresztély
a tekintetes Gömör vármegye putnoki körének sebésze.

E feliratból eléggé kitetszik, mily gondosan észlelték és ápolták a gyermekeket. Az első kérdés, melyre feleletet várunk a felirat végigolvasása után: vajjon mi történt a gyermekekkel kimulásuk után? *Csapó* nak egy közbeszúrt megjegyzése a monstrumról: „nunc in Cimeliarcheo Incl. Facultatis Medicae Pestiniensis conservatum“ magában foglalja a felvilágosítást. A gyermekek e szerint 1792-ben már az orvosi egyetem „ritkaság-gyüjteményében“ foglaltak helyet. Lettek-e bonczolva vagy sem, arról nem esik szó.

Van a dologban még egy másik vonatkozás, mely azonban nem is annyira orvosi, mint inkább általános emberi szempontból érdekes. Egy kis tragikomikum is rejtezik benne. Láthattuk, hogy *Weinmann* sebészben felébredt az aggodalom, hátha sikerült a „bécsi orvosnak“ felkölteni a szülőkben a nyerészkedési vágyat! S ez ne lepjen meg bennünket. Hiszen ugyanabban a században éltek a *szőnyi ikrek*, a nem is csak Magyarországban, de világszerte hires „monstrum bicorporeum virgineum Hungaricum“. Ezt *Csuzi Cseh János* győri orvos és pap hordozta körül Európában és mutogatta pénzért. *Csuzi Cseh János* kincsekre tett szert mutogatásukkal; állitólag 70,000 forintot gyüjtött össze a belépti-díjakon. Élhetett ennek tudata *Kováts István*-ékban s nem vehető még csak rossz néven se, hogy a szegénysorsú embereknek eszébe jutottak *Csuzi Cseh János* olcsón szerzett kincsei.

Önkénytelenül is felmerül az emlékezetünkben a nagynevü párisi anatomia-professornak, *Jean Riolan*-nak (1577—1657) mondása, a ki a maga idejében, mikor a torzszülöttek világrajöttéhez a legelképzelhetlenebb babonákat füzték, igy nyilatkozott: „Vajjon szerencsétlenséget jelentenek-e a torzszülöttek vagy sem? nem tudom; de nem is tartok töle; a szülőkre azonban minden bizonynyal csak szerencsét. Mert oly nagy csödületet támasztanak, hogy a beszedett belépti-díjak úrrá teszik őket.“

A' szőnyi ikrek egy egész kis irodalmat idéztek fel Európaszerte; a legtekintélyesebb orvosi folyóiratok irtak róluk. A tornallyaiak emlékét tudtommal csak *Csapó* kézirata őrzi, a honnan belekerültek a „*Valetudinarium*“-ba.

* * *

Emlékezzünk meg immár néhány szóval magáról *Csapó*-ról és gyermekgyógyászati munkáiról.

Tagyosi Csapó József 1734. julius 18-dikán született Györött. Atyja József, savoyai Eugen herczeg jogi tanácsosa volt, anyja Ott Mária. Alsóbb iskoláit szülőhelyén, egyetemi tanulmányait Németországban és Svájczban végezte; ismereteinek tökélyesbítésére Franczíaországban is járt. 1759. augusztus 7-dikén nyerte el az orvosi diplomát Baselben, „*De febre Hungarica*“ czimü jeles inauguralis dissertatiójával. Hazatérte után Debreczen városa

megválasztotta főorvosául s e hivatalában megmaradt 1799-ben bekövetkezett haláláig. Több rendbeli munkái közül e helyütt csak két, a gyermekgyógyászat körébe vágó könyvét soroljuk fel. 1771-ben Nagy-Károlyban jelent meg az első: „Kis gyermekek isputálja, melyben különbféle nevezetes nyavalyái és külső hibái a kis gyermekeknek és ezek eránt lehető orvoslásnak módjai hűségesen megírattak.“ (Nyomt. Sz. N. Pap István. 8-adrét. X + 122 l.) 23 évvel később jelent meg a második e tárgyú munkája: „Valetudinarium infantile Hungaricum novum, sistens morbos infantium centenos, horumque tutos curandi modos subjunctis instructionibus cautelisque utilissimis centenis.“ (Pestini 1794, sumptibus Francisci Aug. Patzko. 8-adrét. VIII + 188 l.) E latin nyelvü munkája tulajdonképen nem egyéb, mint az előbbi magyarnak bővített kiadása. Tartsuk magunkat a még mondandóinkban a magyar kiadáshoz.

A munka anyaga és beosztása a következő. Először is fejezetenként tárgyalja a gyermekbetegségek részletes kór- és gyógytanát; ezt követik: „Az ujjan született kis Gyermekekkel való bánásról“, „Az ujjan született kis Gyermekeknek tsets szopáshoz való szoktatásokról“, „Az nem rég született Gyermeknek Tsetstől lehető el-választásáról“; végül következnek: „Igen hasznos Régulák a' kis Gyermekek neveléséről“. Érdemesnek véljük az utóbbiaknak teljes terjedelmükben való közlését. Látni fogja a szíves olvasó, hogy van közöttük regula elég, a mely napjainkig sem avult el.

Elmult idők talaján áll minden jelen. Szolgáljon ez előzetes vigaszunkul azokra az időkre, mikor a mi mai modern tudományos nézeteinket az orvosi történelem kathedrájáról fogják elmondani.

Most pedig hadd következzenek a

Hasznos regulák.

1. Jobb a kis Gyermekeknek édes Annyok tejét Szopni, mint másét; mert a téjjel együtt a gyermek az ő édes Annyának Szeretetét 's természetét mintegy magában béveszi; sőt a természettel is jobban meg-egyez, hogy melly vér által a méhben a kisded neveltetett, azon vérből készült fejér nedvesség által Születése után tápláltassék.

2. Mindenkor tsak egy emlőből az Anya gyermekét ne szoptassa, mivel az éltesebb korában szemeivel mindenkor fére néző, a mint mondgyák Kantsal Szemü lészen. Egyszersmind pedig mivel mindétig egy felé hajlik a gyermek, dereka is meggörbül.

3. Sebessen nem kell rengetni, se sokat, mert attól agyveleje meg rázattatván, meggyengül 's a gyermeket a tsuklás és hányás nagyobb erővel bántya.

4. Hamar ha lábra állíttyák, a gyenge portzogó forma tsontotskák meg-hajlanak, 's görbe lábai lesznek.

5. Bort ártalmas nékiek adni, pálinkát pedig vagy égettbort még-ártalmasabb, úgymint: mellyek nem tsak nevelkedésekben meg-akadályoztattyák, de elméjeknek meg-tompulása is következik ezekből, el-annyira hogy ember korokra is ostobák maradnak.

6. Álomhozót se adgy néki, mert ez által egész természeti oeconomiája el-változik, meg-rontatik, elméje egyszersmind meg gyengül.

7. Izzadván, ártalmas hirtelen fel venni a böltsőből és a szellőre ki vinni, mert ugyan is e miatt katarus, bélfájás s hasfolyás következik reájok, sőt a halál is.

8. Midőn náthások vagy hasmenés rajtok, lábokon éjjel nappal kaptza légyen és gyomrotskájok melegen tartassék.

9. Születések után nem téjben, hanem tiszta lágy meleg vízben feresztessenek, lehet másként egy harmad résznyi tiszta oh bort is a víz közzé keverni.

10. Az edényeken nem kell sokáig ülni hagyni, mert ettől osztán végbélek le-jár.

11. Olajokkal ne kenegessék, gyengül azoktól a testek, ezenkívül egész testnek szükséges ki gőzölgési meg-akadályoztatnak, mellyből sokféle nyavalyák következhetnek.

12. Igen szorosan bé ne poláld, mert nyughatatlanabb lévén, a kis izetskéi meg-szorítódnak, s meg-rándulnak.

13. Fél karjánál fogva ne hordozd, külömben meg-rándulnak az inatskák, és a tsontokat bé-borító 's egybefoglaló inas hártyák, sőt keze is ki fitzamodik.

14. Mikor meg-ijjed az aszszony, akkor hirtelen ne szoptassa a gyermeket, úgymint ki kórságos lehet a' miatt.

15. Nagyon meg-haragúdván, akkor se szoptassa hamarjába, mivel nagy rágás eshetik a' Szopósban. Ha mindazonáltal ollyankor még-is szoptatni akarja, javalom, először emlőiből nyomogassa-ki az első tejet, 's azután szoptassa. Mindenekfelett leghasznosabb eleinte az indulatokat meg-zabolázni.

16. Sokat szomorkodván az aszszony, teje el-romlik, a' gyermeke is el-szárad.

17. Igen sok eledeleket a' szoptató aszszony ne egyék, ezektől ugyan-is az apró gyermekek sós nedvességet magukban szívnak, 's rűhesek lesznek.

18. Meg nem kell engedni a Dajkáknak, kivált kik öregek, hogy a' gyermeknek szájokban meg-rágott eledelt adgyanak enni; ezt Simon Paul Haffniai Doctor és Professor hasonlóképpen nagyon tiltya az ő könyvében, mellyet a' dögleletes nyavalyákról irt, mondván: az illyen etetés miatt a' kisded gyermekek sokszor el-fogynak.

19. Inkább étzakai mint nappali sok aluvásra kell a' kicsinyeket szoktatni.

20. Melly nap orvosságot vett-bé a' Dajka, az napon jó idején reggel a' bé-vétel előtt jól megszoptassa a' gyermeket, hogy estvélig véle be-érje.

21. Tisztulása lévén a' Dajkának, akkor más szoptassa a Kitsint, külömben sokféle változások okoztattnak a' kisdedben.

22. Éjtzakai hideg víz itala hoszszas köhögést okoz.

23. Mikor a' gyermek álmából fel-retten, nevén szólítsd, így könnyebben meg-tsilapodik.

24. Ha kemény, és savanyú eledeleket adsz a' gyermekednek, a' fodor hájjában lévő mirigyetskék meg-keményednek, 's ismét hasa-is el-keményül és fel-fúvúl, mellyek után a gyermek tsontyiban meg-görbül, testében el szárad.

25. Nyavalyája lévén a' szopónak, édes annya gyakrabban szoptathattya, de úgy ám, hogy egyszeribe ne hagyon nékie sokat ki-szívni, mivel ollyankor nem szükség a gyermeket téjjel hízlalni, hanem tsilapitani.

26. Veres himlő után nem jó mindgyárást a' szobából ki-vinni a' gyermeket, mert a himlő mirigye hamar a' mellére száll, és a' kisdedet el-fogygyasztya.

27. Elég ha egy esztendeig szopott a' gyermek, ezután el-választatthatik.

28. Tavaszkor jobb a' Tsetstől el-választani, de nem etzersmind, hanem lassanként.

29. Pépjek, melly lisztből 's téjbül készültt, se igen lágy, se igen kemény ne légyen.

30. Midőn hánnak, nem jó azt azonnal megállítani, hanem minekutánna a' sürü nedvesség a' gyomrotskájából ki-takarodott.

31. Nagy rágásban a' gyermekednek ne adgy altatót, inkább igen kevés terjéket a' kásája közzé kavarj.

32. Akár minémü síros szerrel is nem jó kötözni a kisdedeket, mert az ollyantól sok más nyavalya érheti őket, melly meg veszedelmesebb lesz, hogy-ha testének külső bőrén valami némü fakadékok, 's egybe fekéllyek léendenek.

33. Holyagos, 's veres himlőnek az elein, nem kell a beteg gyermeket laxálni, hanem tsak ezeknek el-múlása után; azért eleinten szorulások ellen inkább kis gömbölyeg szappant dugjanak az alfelében.

34. Átaljában nem jó a' kis gyermekeknek savanyú eledeleket adni, mivel úgy-is nyavalyáiknak nagy része a' bennek lévő savanyúságokból eredetét vészi, amint bizonyíttya amaz Görög országi bölts Orvos Hippocrates.

35. Valamint fogok ki-jövése előtt a' kis gyermekeknek ártalmas kemény eledeleket adni, úgy fogok kijövése alatt nem tanátsos elválasztani a gyermeket.

36. Valami jegy, 's egyéb hiba az uj született gyermekeknek némelly tagjain ha láttatik tsak édes attyának jelentsék azt, de édes annyától el kell azt titkolni gyermek ágyának első hetében mivel illyetén rosz hirtől igen meg-rettenék, és szomorkodnék, melly is betegségének első hetében bizonnyal nagy ártalmára lenne.

37. Egy karjánál fogva ne mindenkor hordozzák a' gyermeket, se magokhoz nagyon ne szorítsák, mert illy formán a' gyermek hátának szüntelen egy felé való hajlása miatt a' válla lapotzkája is kifelé állóvá lészen. Olly széketskében se ültessék, mellyben mindenkor tsak előre hajlaniok kell, külömben hasonló tagok romlásában esnek.

38. Megjegyzésre méltó ez, hogy az apró gyermekek Aloessel soha se laxáltassanak.

39. Minekelőtte a' Dajka a' kisdedet szoptatni kezdi, gyomrát, és bélit önnön magának egy jó Laxativával ki-tisztítsa.

40. Az ujjan született kisdednek mindaddig naponként kis Czikória syruppal vagy mással bélit a rusnyaságoktól tisztíttsák, míg nem a' zöld és büdös emésztet helyet sárgással töllök elmenni látandanak, a' mint akkor szoptatni is kezdhetik, de előbb nem.

41. Bé-vett ételek után a kis gyermekeket azonnal ne itassák, hanem elsőben hadd alugyanak-el, 's fel-ébredvén, úgy tiszta vizet tsúsos üvegből inniok adgyanak. Mert ugyan-is étel után való hamar italtúl gyenge gyomrotskájok igen felfúvódik, melly miatt mindent ki-hánynak.

42. A' mint a gyermek neveltetik, ollyan természetü lészen emberkorában, ezért nem jó a gyermekeket ijjezgetni, söt inkább bátorítani kell természettel gyenge sziveket.

György Tibor dr.,
egyetemi magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Concetti. L'insegnamentodella Pediatria in Roma. Quarto rendiconto statistico-clinico del Biennio 1900—1901 e 1901—1902.

Concetti a gyermekgyógyászat tanára, a római egyetemen *300* oldalas kötetben számol be klinikájának két évi működéséről. Az első rész tartalmazza az ambulatorium és klinika anyagának statistikai feldolgozását. A két tanévben (*16* hónap) *7804* gyermek fordult meg az ambulantián, kik közül az előadásokon *877*-et mutattak be.

Concetti hetenként három órán vezeti az ambulantiát és három órán tart előadást. Lehetőleg minden halálesetnél végeztet sectiót; e czélból még a haldokló gyermekeket is felveszi, hogy legalább a boncz-asztalon legyen tanulság az esetből.

A mű második részében részletesen ismerteti a klinikáján tett az illető betegségre vonatkozó észleleteket, valamint a klinikáján szokásos gyógyeljárásokat; úgy hogy ezen beszámoló tulajdonképen gyermek-gyógyászati compendium, mely a római gyermekklinika szellemét híven tükrözteti vissza. *Baranyai Vilmos* dr.

Lapszemle.

H. Méry. A gyermekkori intermittáló fehérjevizelésekről. Ezen a késői gyermekkorban elég gyakran előforduló bántalomnak két főcsoportját különbözteti meg. Az első főcsoportba tartoznak a *veseeredetű intermittáló fehérjevizelések*, melyek részben acut vesegyuladások végén mint rövid ideig tartó átmeneti jelenségek, részben mint czek után fejlődött állandó, idült folyamatok lépnek fel.

A betegek többnyire jó erőbeli állapotban vannak; néha-néha az arcz pöffedtsége, igen ritkán anasarca, fejfájások mutatkoznak. A vizelet mennyisége erősen megszaporodott, alacsony fajsúlyú, a hugyany s húgysavas sók vagy normális vagy kisebb mennyiségben fordulnak elő; a vese átbocsátási képessége szenvedett, a cryoskopikus vizsgálat a vesék elégtelenségét mutatja. A fehérjemennyiség nagysága, illetve a fehérje megjelenése a vizeletben itt is, mint a functionalis eredetű fehérjevizeléseknél a betegek fennléte, illetve fekvő, nyugvó helyzete által befolyásolt.

A mi a fehérjevizelés ezen faját illeti, nyom nélkül is gyógyulhat azonban elég gyakran a kezdetben cyklicus fehérjevizelés állandóvá válik, a bántalom átmegy idült vesegyuladásba, Bright-kórba; ezen körülmény a prognosist minden esetben kétessé teszi. A kezelés megegyezik az idült veselob kezelésével.

A mi a *functionalis eredetü* intermittáló fehérjevizelést illeti, leggyakoribb a 10—17. éveseknél; a 7 éves kor előtt csak igen ritkán fordul elő. Kezdete alattomos, észrevétlen; többnyire véletlenül fedezik fel. Kezdődhetik minden általános tünet nélkül, máskor fáradtság, fejfájás, szédülés s emésztési zavarok kiséretében lép fel. Legfőbb tünete a fehérjének fellépése a vizeletben nappal, fennlét alatt, s annak hiánya éjjel, a fekvés tartama alatt. Elég a beteget lefektetni, s egy óra leforgása alatt a vizeletben fehérjét már nem vagyunk képesek kimutatni. Minden testmozgás (táncz, torna, séta) valamint erősebb szellemi munka, izgalom a fehérjemennyiséget fokozza. Jellemző, hogy az esti órákban a fennlét daczára is a fehérnyemennyiség csökken. A kiürített fehérjemennyiség többnyire 0·60—1‰ (Esbach sz.) közt ingadozik, bár extrem esetekben 8‰-ig is emelkedhetik.

A nappali, tehát fehérjetartalmú vizelet mennyisége jóval kisebb az éjjelinél. Fajsúlya magas; a nappalié 1030, az éjjelié 1016 körül ingadozik. A vizelet normális alkatrészei közül a nitrogentartalmú alkatrészek, főleg a hugyany, erősen szaporodtak. Mikroskopikus leletre jellemző a vesealakelemek, cylinderek hiánya. A cryoskopikus vizsgálat eredménye a vesék normális, ritkán igen csekély mértékben csökkent átbocsátási képességére utal. A bántalom minden általános tünet nélkül maradhat, mikor ismét fejfájások, szédülés, fáradtság érzete, anaemia lép fel. Elég gyakran észlelhető a végtagok vasomotorikus zavara, a mely jelenség azok hűvösségében s cyanosisában jelentkezik.

Szerző az aetiologikus momentum alapján megkülönböztet 1. *kösvényes*, illetve *csúzos* eredetű albuminuriát, melyre jellemző a sötét, magas fajsúlyú, igen sok nitrogenphosphat-, oxalat- s húgysavtartalmú, mennyiségében igen erősen megfogyott vizelet. 2. *Hepatogen* eredetűt, mely esetekben a májnak fokozott működését tételezi fel; sokszor helybeli s általános icterussal jelentkezik, de a vizelet még ezen esetekben sem tartalmaz fehérjét. E két alcsoportba tartozik a cyclikus albuminuriák legnagyobb része. 3. *Emésztési* eredetűt, melyre jellemző, hogy a kiválasztott fehérjemennyiség maximuma az emésztés idejével esik össze. A vizelet halvány, alacsony fajsúlyú s bő peptont tartalmaz. Kisérő tünetek: gyomortágulás, enteroptosis, anaemia. Ezen esetekben az emésztő szervek által rosszul átdolgozva, keringésbe hozott fehérjéket üritenek ki a vesék. 4. *Orthostatikus (mechanikus)* albuminuriát, melynél a fennlét az egyedüli kizárólagos okozó momentum. (Mint ennek érdekes ellentétét említi fel a néhány esetben észlelt hypostatikus albuminuriát, hol a fehérje fellépése a fekvő helyzettel esett össze.) 5. *Praetuberculosus* albuminuriát; ennél a legtöbb fehérje a délelőtti órákban választatik ki, a vizelet halvány színű, sok phosphatot tartalmaz, toxicitása erősen fokozott. A tuberculotikus folyamat fokozódásával s általános elterjedésével egyidejűleg a fehérje is eltünik a vizeletből. E jelenség *Teissier* magyarázata szerint a képződő tuberculin kettős hatásának következménye. Szerinte a primaer, kezdeti gócz vaccinalis s toxikus hatású anyagot termel, mely egyrészt megóvja a szervezetet az általános infectiótól, másrészt a veséket izgatva, albuminuriát okoz; mihelyt ez anyag képzése megszünik, eltünik a fehérjevizelés, de a tuberculosis továbbterjedésének immár mi sem vet gátat.

A functionalis eredetű albuminuriák általában jó *prognosisúak*; az albuminuria hosszabb-rövidebb fennállás után megszünik. A statistikák szerint az esetek mintegy 78%-a gyógyul.

Nagy szerepe van az *aetiologiában* a familiaris jellegnek s a hereditásnak. A bántalom gyakran észleltetett testvéreknél, s 2—3 generatióban egymásután. Magyarázatkép a vesék örökölt gyengébb voltát s kisebb ellenálló képességét említik.

A bántalom létrejöttének magyarázatában a szerzők nem értenek egyet. Némelyek szerint anormális fehérjék képződnek, ezeket az ép vesehámok átbocsátják; mások szerint a rendszerint jelenlevő dyscrasia folytán extractiv anyagok képződnek, melyek a vesesejteket izgatva, a fehérje átbocsátását okoznák, mások a sympathikus idegrendszer bántalmát tételezik fel s a jelenségeket mintegy a vesék migrainje következményeinek tekintik. Végre a szerzők egy része a mechanikus viszonyokban, a vese vérkeringésének lassúságában, a csökkent vérnyomásban keresi a jelenségek végső okát.

A *kezelés* első sorban az aetiologikus momentum ellen irányuljon. Vegyes, bár túlnyomólag tejdiaeta, mérsékelt mozgás, az erőbeli állapot fenntartása ajánlatos. E mellett belsőleg alkalikus ásványvizek (Vichy, Karlsbad), lithiumsók adhatók. Természetes, hogy a kisérő tünetek mint anaemia, gyomortágulás stb. a megfelelő szakkezelést igénylik. (Archives de Médecine des enfants. 1902.) *Faludi Géza* dr.

Völcker Frigyes, Czerny klinikájáról. „A caput obstipum-intrauterin megterheltetési deformitás" czim alatt a veleszületett ferde nyak aetiologiájának egy újabb theoriáját állítja fel. Czikke elején felsorolva a különböző theoriákat, melyek a ferde nyak keletkezését magyarázzák, különösen a két legáltalánosabban elfogadottal foglalkozik behatóbban. Az egyik elmélet, a régebbi, *Stromeyer* elmélete, mely a ferde nyak keletkezési okául a fejbicczentő izomnak a nehéz szülés miatti traumáját adja. *Völcker* ezen elmélet tarthatatlanságát állatkisérleteivel bizonyítja, melyek során soha sem tapasztalta, hogy izomban trauma vagy ennek következtében előállott haematoma a ferde nyak fejbicczentő izmának elváltozást létesítené. A másik szintén igen elterjedt elmélet *(Petersen)* szerint a fejbicczentőnek a méhben történt tartós összehúzódása az izom megrövidülésének és kötőszövetes elfajulásának oka. De ezen elméletet valószinűtlenné teszi az a körülmény, hogy a magzatnak más izmai is tartósan megrövidült állapotban vannak a méhben és mégsem szenvednek ily elváltozásokat.

Völcker a caput obstipum keletkezését magyarázó theoriáját négy eset megfigyeléséből állítja fel. Szerinte a ferde nyak keletkezési oka a méhfalnak nyomása a farfekvésű, kevés magzatvizű, ferdén elhelyeződött magzatra. Ugyanis a méhfal a magzat nyakát az egyik oldali vállhoz nyomja, mi miatt a fejbicczentő véredényei comprimálódnak s az izom táplálтatása olyképen szenved zavart, a mily módon a szoros (gyps) kötéssel ellátott végtagok izmai. A mint ennek következménye az izmok ischiaemiás bénulásra, úgy annak a fejbicczentő kötőszövetes elfajulása. A két kórkép szövettanilag megegyezik egymással.

Völker említett eseteiben a váll nyomásának nyomait a proc. mastoideus táján levő sekély árokban látta kifejezettnek; a fejbicczentő felső fele rendesen mint egy kemény inas részlet tünt elő, míg alsó fele erősen duzzadt volt s haematomának lett volna tartható, ha ezt nem zárta volna ki a haematoma egyéb tüneteinek hiánya s a górcsvi vizsgálat.

A veleszületett ferde nyak ezek szerint a fejbicczentő ischaemiás bénulása következtében áll elő.

De *Völcker* tovább megy s a későbbi életévekben önállóan fellépő caput obstipumot is intrauterinalis eredetűnek tartja, hol csak az izomelváltozás jelen meg később, de az izombetegség csirái már születéskor megvannak. Ennek bizonyítékát a fülkagylók megfelelő alakelváltozásaiban találja. Ugyanis az ép oldalon, hol a méhfal a fej ez oldalára teljesen ráfekszik, a fül lelapított, összetolódott a méhfali nyomás következtében; a beteg oldalon, hol a fül a váll- és halántékcsont által képezett szögletben védett helyzetben van, a fülkagyló széles és rövid s legfeljebb a fülczimpa van kissé behajlítva.

A ferde nyaknál oly gyakran előforduló arcasymmetriát, mit *Witzel* fejscoliosisnak nevezett el, *Völcker*, eltérően az eddigi véleménytől, nem tartja a caput obstipum következtében történt elváltozásnak, hanem a fejbicczentő elfajulásánál egyidejű intrauterinalis eredetű elváltozásnak. Több esetet sorol fel ugyanis, melyek egyrészénél a fejbicczentő nagyfokú contracturájánál csak kisfokú scoliosis capitis van, másrészénél nagyfokú az arcasymmetria s a fejbicczentő contracturája alig észrevehető. Ezen esetek az eddigi theoriák szerint érthetetlenek, de az intrauterinalis elmélet szerint megmagyarázhatók. Az előbb említett eseteknél a méhfal csak akkor fejthette ki nyomó hatását, midőn a koponya fejlettebb s így ellenállóbb is volt és így a koponya nem szenved fejlődésében. Az utóbbi esetekben feltehető, hogy a magzat feje a méhben annyira el volt fordulva, hogy a váll nyomása nem érte a fejbicczentőt, míg az arcz fejlődésére károsan hatott. Mindazonáltal nem tagadhatja *Völcker*, hogy a fejbicczentő elváltozásának is van, mint minden izomének, hatása a csontrendszerre, valamint azt sem, hogy a lehetőleg korai művi beavatkozás a fej kifejlődését, ha nem is a normális, de mégis jobb mederbe viszi.

A csecsemő első életheteiben észlelt ferde nyak kezelését azon elvek alapján ajánlja, a melyek szerint a friss ischaemiás bénulást kezelik. Szabályszerű massage-a az izmoknak, passiv redressálás és támasztó gallér. Sőt a mi a visszamaradt arczfélt illeti, esetleg lehetségesnek tartja ott is consequens massage-zsal az arczdeformitást, ha nem is teljesen eltüntetni, de legalább is csökkenteni. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1903.) *Koós Aurél* dr.

Albarel. Az angolkór kezelése a XVIII. század végén és napjainkban. Midőn *Albarel* összehasonlítólag szól az angolkór kezeléséről a XVIII. század végén és a jelenkorban, arra a meggyőződésre jut, hogy az angolkór kezelése körül a XVIII. század végén felmerült nézetek többé-kevésbbé megegyeznek a napjainkban fennálló nézetekkel.

Pujol 1792-ben megjelent naplójában az angolkór gyógykezelésének irányzatait két osztályba sorozza: közvetlenekre és közvetettekre.

A közvetlenekben az enyves anyagok és csontok erősítését czélozza, a mit húskivonatok, illetve phosphorsavas mész adagolásával iparkodik elérhetni. Jó eredményeket vár tonicumok, vaskészítmények adagolásától, ajánlja a hideg és meleg fürdőket, a száraz és aromatikus anyagokkal való ledörzsöléseket, megállapítja az angolkóros gyermek táplálkozási viszonyait és a dajkák étrendjét. Kiterjeszkedik a rhachitikusok lakására, jobb, úgymond a falusi levegő, mint a városi, jobb a hegyi levegő mint a nedves lapályoké, jobb a magas szoba mint az alacsony.

Gyógykezelésének közvetett irányzata alatt *Pujol* a prophylaxist érti; erről irt fejezetében tárgyalja a gyengén született gyermekek észszerű, rendszeres táplálását; ne adjunk a gyermeknek nehezen emészthető ételeket, hanem csak tejet; ajánlja az angolkórra hajlamos gyermekek lehetőleg késői elválasztását és az esetlegesen fellépő bélhurutnak sürgős gyógyítását.

Ha már most, mondja *Albarel*, a fent leirtakkal az angolkór jelenkori kezelési módozatait vetjük egybe, azt fogjuk látni, hogy jóllehet, a haladás elvitázhatatlan, az mégsem oly nagyfokú, mint a minőnek gondolnók.

A phosphorsavas mész és phosphor ma is a legelterjedtebben használt gyógyszere a rhachitisnek, ugyancsak sokan ajánlják a vaskészítmények adagolását. Igen jó eredménynyel szedik az angolkóros gyermekek a csukamájolajat, melyet már a XVIII. század közepén *Rosen v. Rosenstein* ajánl. Mi is ép úgy ajánljuk a falusi, vagy esetleg tengeri levegőt, száraz, világos lakást, ledörzsöléseket és bélhurutok legyőzését, mint azokat *Pujol* a fent elmondottakban előirta.

A prophylaxis szempontjából mi is azon álláspontra helyezkedünk, hogy a gyermekeket anyatejjel, szükség esetén sterilizált tejjel rendszeresen és óvatosan tápláltassuk, az angolkórra hajlamot mutató gyermeket későn választassuk el, illetve ne szoktassuk korán szilárd tápanyagok vételéhez. (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles. 1903.) *Péteri Ignácz* dr.

E. Cautley és C. T. Dent. A pylorus veleszületett hypertrophikus szűkülete s gyógyítása pylorus-plastikával. Szerzők következő három tételt kivánják bebizonyítani: 1. hogy a veleszületett pylorus-hypertrophia sokkal gyakoribb jelenség mint azt feltételezik, 2. hogy a bajt eddig rendesen nem ismerték fel, mert tüneteik könnyen félremagyarázhatók, vagy a figyelmet elkerülhetik, s 3. hogy pylorus-plastikával eredményesen kezelhető. Az említett bántalom az irodalomban csak néhány év óta szerepel gyakrabban, mindazonáltal azóta már 50 esetnél több lett közölve. Valószinű, hogy a debilitás, atrophia, s inanitio kórismével elhalt esetek közül gyakrabban pylorus-hypertrophia képezte a tulajdonképeni halálokot. Annál is inkább bir ezen feltevés valószinűséggel, mert az említett baj műtéti kezelés nélkül a csecsemők három, illetve négy hónapos korában rendesen halálhoz vezet. Szerzők saját hét hasonló észlelésük közül két utolsó esetüket irják le részletesebben, melyeket műtéti kezelésnek vetettek alá. Az egyik nyolcz hetes fiucsecsemőre vonatkozott, kinél a marasmus tünetei pylorus-plastica után lényegesen javultak s súlygyarapodás állott be, de a beteg három hó mulva enteritis folytán elhalt. A másik eset hat hetes fiut illetett, ki pylorus-plastica után teljesen gyógyult.

Az irodalmilag közölt esetekben eddig 19-szer végeztetett műtéti kezelés, egy izben pylorus-ectomia halálos kimenetellel, kilencz esetben gastroenterostomia anterior, négy gyógyulással; hat esetben pylorustágitás négy gyógyulással s végül pylorus-plastica az említett eseteken kivül még egy esetben, tehát összesen háromszor sikeresen.

Szerzők a műtétek közül a tágitásnak s a plastikának adnak előnyt; érveik, hogy az epigastrikus táj felső részén ejtett aránylag kis sebzés jobban gyógyul, mint a gastroenterostomiához szükséges nagyobb bemetszés. Hasfali sérv képződésének veszélye nem forog fenn; a műtét gyorsabban befejezhető, s a hasi zsigereknek nagyobb fokú kitárását nem teszi szükségessé. (The Lancet. 1902. decz. 20.) *Loránd* dr.

Francis J. Steward. Halál tonsillotomia s adenoid vegetatiók kiirtása után. A hét éves fiut a londoni Guy-s Hospitalban délelőtt 10 órakor operálták aether-narcosisban. A műtét után előállott erősebb vérzés magától szünt, beteg a lenyelt vért később kihányta. Ekkor feltünt a fiú nagyfokú elerőtlenedése, s pulsusának szaporasága, 160 perczenként. Két óra mulva a pulsus megjavult, de a nyak mindkét oldalán s a bal pofán erős kékesvörösen elszinesedett duzzanat lépett fel vér kiömlése folytán a bőr alatti kötőszövetbe; ezen duzzanat folyton növekedvén, csakhamar a mellre s a kulcscsont tájára terjedt; e mellett beteg mindinkább halványabb lett, pulsusa szaporább s gyengébb lett. A szájűrbe, illetve orrgaratűrbe vérzés már nem történt. Jég s calcium-chlorid-csörék alkalmazása daczára az állapot rosszabbodott. Estére már nehéz légzés lépett fel, mely fokozatosan növekedett, s vérkilépés volt megállapitható a garat submucosus szövetébe. Az éjjel 1 órakor foganatositott intubatio csak ideiglenes javulást eredményezvén, hajnali 4 órakor légcsőmetszés végeztetett. A sebből erős vérzés indult meg, mely adrenalin helybeli alkalmazásával volt csillapitható. Izgató szerek s sóoldat bőr alatti befecskendezése daczára a közérzet mindinkább rosszabbodott, s 32 órával a műtét után halál állott be. A konyhasó-infusiók alkalmazásakor a tű beszúrási helyén is erősebb vérzés következett be. A bonczolás vérinfiltratiót mutatott ki a garat, gége, s nyak szöveteiben s thymus-nagyobbodást. A családban haemophiliára hajlam nem volt kimutatható. (The Lancet. 1902. nov. 15.) *Loránd* dr.

Frank M. Pope. Arsen a chorea kezelésére. Szerző a British Medical Association 70-dik évi gyülésén a gyógyszertani szakosztályon a chorea arsenkezelését tette megbeszélése tárgyává. Ellenjavaltnak tartja s nem alkalmazza az arsent következő esetekben: 1. igen heveny esetekben, melyek comával vagy hűdéssel járnak; 2. olyan betegeknél, kik már hosszabb időn át kis adagokban szedtek arsent; 3. hol csúzos bántalom ment előre, mely még nem mult el teljesen, s pl. endo- vagy pericarditis avagy láz van még jelen; 4. előhaladott szivbántalommal járó esetekben. Továbbá nem adja az arsent az ezen szerrel szemben intoleransoknak. Sokszor tévesen idiosyncrasiát tesznek felelőssé (?), midőn a choreás mozgások megszokásból állandókká váltak. Hosszantartó, bár kis adagokban történt arsenadagolás után nem ritkán találhatók a következő tünetek: a bőr bronz színe, plaqueok, ezüstös nyelv, fájdalmak s gyengeség a végtagokban, a térdreflex eltünése, sőt izomsorvadás is. Ha chronikus arsenmérgezésnek ily jelei nem kifejezettek, néhány napi szünet után az arsenkúra ismét megindítható. De ekkor czélszerű lesz az arsen cumulativ hatásának meggátlására előbb calomelt adni, majd 2 napig valamely stomachicumot s könnyű diaetát előirni. Szerző az arsent mindenkor erősen higított oldatban adja, s bár az adagot naponként emeli, ezt olyképen éri el, hogy ugyanazon hig oldatot használva, annak mennyiségét növeli s az adagot 3 részletre elosztva adja be. Hányásnál 24 órai szünetet tart. Ágynyugalmat ir elő s aránylag nagy adagokkal rövid kezelési tartamot tart czélszerűbbnek, mint hosszabb kezelést gyengébb, kisebb adagokkal. (Brit. Med. Journal. 1902.) *Loránd* dr.

T. H. Kellock. Kétoldali sérvkizáródás csecsemőnél. Az eset ritka, miután 10 hetes csecsemőre vonatkozik, s 1 év alatti korban a sérv kizáródása egyáltalán ritka. A csecsemőnél 7 hetes kora óta észlelték a jobboldali lágyéksérvet, s e miatt phimotomiát is végeztek, mely után a sérv nem lépett ki, ha a gyermek csöndes volt. Márczius 8-dikán vitték be a Great Ormond-street-hospitalba, mivel a sérv 6-dika óta nagyobbodik s nem volt visszatolható. Jól táplált gyermek, többször hányt, csaknem szünet nélkül sír. A repositio narcosisban sem sikerülvén, műtét végeztetik, melynél kiderül, hogy a sérvkapu meglehetősen szűk. Lefolyás sima, de a csecsemő sokat sír. Márczius 10-dikén a bal inguinalis tájon is találtak nehezen visszahelyezhető sérvet. Márczius 18-dikán a műtét sebe gyógyult, ekkor a baloldali sérv még visszahelyezhető. Sérvkötővel ellátva elbocsáttatik. Négy nap mulva a csecsemőt ismét a kórházba hozták baloldali kizárt sérv miatt, mely 5 órája van fixálva. A műtétnél vékonybélkacsot találtak. A lefolyás sima volt. Gyógyult. (Lancet. 1902.) *Loránd* dr.

John Thomson. Hiányos coordinatio az anyaméhben, mint bizonyos veleszületett fejlődési rendellenességek kórokozója. A veleszületett fejlődési rendellenességek 3 typusa létezik, melyekben a boncztani elváltozás lényege az illető szerv izmainak túltengésében áll, a nélkül, hogy maradandó okot találnánk, mely az izomhypertrophiát szükségessé tette. Ezen 3 rendellenesség: 1. a hólyagizomzat túltengése uretertágulással; 2. a colon veleszületett hypertrophiája; 3. a pylorus, illetve a gyomorfal veleszületett túltengése. Közös tulajdonságuk, hogy oly zsiger izomzata hypertrophizál, mely bizonyos fokig már az anyaméhben működött. A születés után csakhamar elhalt eseteknél kitünt, hogy a hypertrophia már oly fokú, hogy csak az intrauterin életben indulhatott meg. Miután ezen esetek, melyekről szerző szól, olyanok, hogy állandó szervi elváltozás, mint pl. szűkület az illető szervek distalis folytatásában, egyiknél sem találtatott, ezek szerint az izomzat hypertrophiája vagy primaer fejlődési hyperplasia lehet, tehát egy faja a részleges óriásnövésnek, mely csak a pylorusra, a colonra, illetve a hólyagra terjedt ki, vagy pedig másodlagos a hypertrophia az illető izomzatnak előzetes túlfeszitett működése következtében. Utóbbi feltevés valószinűbbnek

látszik. Szervi obstructio hiányában a túlzott izomműködés csak functionalis okból eredhet, midőn a rendes coordinatio meg van zavarva. Ily előidéző ok lehet például időleges görcsös retentio, vagy pedig intrauterin fejlődési neurosis.

Szerző ezután bővebben foglalkozik a veleszületett pylorus hypertrophiájával, melyet 8 esetben látott, az irodalomban pedig még 42-öt talált. Ezen észleléseikből a következő adatokat vonja le: A pylorus túltengése többnyire önálló kórfolyamat, más fejlődési rendellenességekkel vagy defectusokkal nem szokott együttesen fellépni, kivételt 6 eset képezett. A születés után mutatkozó görcsös tünetek hasonló görcsös állapot lehetőségét bizonyítják az intrauterin életben; így heves hányás, s a gyomornak a hasfalakon át is látható contractiói, továbbá meghatározott mennyiségű tápláléknak változatlan megmaradása a gyomorban 2 vagy több órán át szintén a pylorus görcsös összehúzódása mellett szólanak, míg a gyomor egyszer-másszor tartalmát továbbítja a bélbe. Épének a hányadékban néha észlelt jelenléte a görcsös állapot időszakos szüneséből magyarázható. A pylorus túltengése a születés utáni hetekben látszólag fokozódik, miután tapintás útján egyszer sem sikerült a pylorustúltengés jelenlétét a negyedik élethét eltelte előtt megállapítani. A műtét nélkül gyógyult esetek bizonyítják, hogy a transitorikus jellegű zavar oka csak functionalis lehetett. Érdekes Batten közölt esete, melyben a tünetek spontan javulást mutattak, s midőn az eset jóval később, a gyermek 11 hónapos korában került sectióra, a pylorus izomzatának túltengése még jelen volt, s daczára ennek in vivo a görcsös tünetek már rég elmultak. A pylorus túltengése 3 esetben jó sikerrel gyógykezeltetett tágítások által. (Brit. Med. Journ. 1902.)

Loránd dr.

John Lindsay Steven (Glasgow). A clinical lecture on acute infantile bronchopneumonia. Szerző 3 halálosan végződött bronchopneumonia esetét ismerteti klinikailag, kórboncztanilag s szövettanilag. Az egyikben acut lobularis pneumonia, a másikban acut bronchopneumonia, a harmadikban acut capillaris bronchitis folyt le. Szerző kikél mindezen három elnevezés ellen, melyeket nem tart helyeseknek. Törülni akarja a lobularis pneumonia elnevezést, mert ez a folyamatot kapcsolatba hozza a lobaris specifikus pneumoniával, pedig jogtalanul, mert itt a lob nemcsak az alveolusokban székel. Nem találja megfelelőnek a bronchopneumonia elnevezést, mert a légzőszervnek általános megbetegedése forog fenn, mely az összes szöveti elemekre vonatkozik, úgy a bronchiolusokra, mint az alveolusokra, az interstitialis kötőszövetre s gyakran a pleurára is. A capillaris bronchitis elnevezés sem mutat rá, hogy a tüdőszövetnek más alkotórészei is vesznek részt a megbetegedésben. De miután egységes elnevezés mégis czélszerű, e három megbetegedést „acut infantilis broncho-pneumonitis"-nek akarná elnevezni. A kórfolyamat kóroktanát tekintve primaer vagy secundaer. Csecsemőknél többnyire elsődleges, ezen koron túl másodlagos, leggyakrabban kanyaró, szamárhurut vagy diphtheria után. A secundaer alak inkább subacut vagy chronikus lefolyású s gyakran végződik gümőkórban.

Bakteriologikus vizsgálatot (a lépből) 2 esetben végzett, ezek a Fränkel-féle pneumococcus jelenlétét mutatták. E mellett egyszer bacter. coli comm. fejlödött a lobos pleuráról vett culturában. Sokszor találhatók a staphylococcus, illetve streptococcus pyogenes, máskor influenzabacillusok. Ezek szerint nem egy specifikus mikroorganismus okozza a megbetegedést. (The Lancet 1902.)

Loránd dr.

† Szentimrei Morlin Imre.

1826—1903.

Egy magyar philantropnak halálát regisztráljuk e helyen, egy emberbarátnak, ki munkás életéből majdnem négy évtizedet szentelt arra, hogy egy jótékony intézet keretében önzetlen, s lelkiismeretes buzgalommal szolgálja a humanismust.

Mint néhai *Bókay* tanár meghitt barátja, 1865-ben lépett a pesti szegénygyermekkórház szorosabb kötelékébe, mint az egylet ügyésze, s 1869 óta mint az egyesület ügyvezető alelnöke működött lankadatlanul.

A „*Gyermekgyógyászat*" mint a budapesti Stefánia-szegénygyermekkórház tudományos organuma fájdalommal teli szívvel gyászolja a jeles polgár elhunytát, kinek a hazai paediatria fejlődése, bár indirecte, sokat köszön.

Áldott legyen emlékezete!

Bókay János.

VEGYESEK.

— *Tobeitz A.* dr. magántanár Gráczban, czimzetes rendkivüli tanárrá neveztetett ki.

— Bolognában az elhunyt *D. Cervesato* utódául *C. Comba*, a florenzi egyetem magántanára neveztetett ki rendes tanárrá.

— A basel-i egyetemen *Wieland E.* dr., *Hagenbach-Burckhardt* tanár jeles segéde szakunkból magántanári képesitést nyert.

— A „*Gesellsch. f. Kinderheilkunde*" ez idei cassel-i összejövetelén (szeptember 20—26) *Köhler R.* dr., (Cassel, Königsplatz 36) a helyi bizottság elnöke.

— „*La ligue contre la mortalité infantile*" Párisban, május havában tartotta meg évi ülését. Az ülést különösen érdekessé tette *Chaumié* közoktatásügyi minister elnök és *S. Strauss* alelnök beszéde. A „*Ligue*" titkára, *Josias* az ismert paediatra, s pénztárosa *Rothschild* dr., philantrop szaktársunk.

— *Nemzetközi iskola-hygienikus congressus.* A német iskolaegészségügyi egyesület mult évi vándorgyülésén *nemzetköki iskola-hygienikus congressus* tartását határozta el. Az egyesület vezetősége vette kezébe a congressus szervezését. Minden országban bizottságot alakitanak. Franczia-országban a „*Ligue des Médecins et des familles*", Svájczban a „*Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege*", Belgiumban a „*Paedologisch Gesellschaft* (Antwerpen), Németalföldön a „*Vereenigung tot Vereenvoudiging van examens en onderwijs*", Angliában a „*Society of medical officers of schools*" vállalták magukra a congressus előkészitését. A magyar bizottságot az „*Országos közegészségügyi egyesület*" iskolaorvosi szakbizottsága fogja megalakitani. Az első nemzetközi iskola-hygienikus congressust *Nürnbergben*, 1904. húsvét hetében fogják megtartani.

— A szombathelyi „*Fehér-kereszt egyesület*" egy gyermekkórház felállitását tervezi, s e czélból sorsjátékot rendez. Örömmel üdvözöljük Vas vármegye ezen üdvös mozgalmát s kivánunk a humanismus és hazafiság kettős érzésétől áthatott emberbarátoknak kellő sikert nemes vállalkozásukhoz. A mozgalom élén állnak *Szegedy Gerliczy Irma* bárónő, *Reiszig Ede* főispán, *Bezerédj István* alispán, gr. *Erdődy Gyuláné* és *Brenner Tóbiás*, Szombathely város polgármestere.

— A „*British medic. Association*" Swansea kikötővárosban julius 28—31-dike között tartotta meg évi összejövetelét. A gyermekgyógyászati szakosztály vezető elnöke *W. Arbuthnot Lane* dr. (London) volt.

— *Szt.-Pétervárott nemzetközi paedagogikus és ipari kiállitást* rendeznek 1903. év november havában, melyen összegyüjtik mindazt, a mi vonatkozással bir a gyermek életére születésétől kezdve az iskolaköteles korig: nevelés és tanitás, hygiene és testi és szellemi fejlődés, idevonatkozó ipari termékek, etnographia stb. A kiállitás tartama két hónap.

*

— *Uj könyvek. Hatfield, Marcus Patten.* A compend of diseases of children. Philadelphia. — *E. Stoney.* Practical points in morting, of mortes in private practice. Philadelphia. — Study of diseases in children, society reports. London. Churchill. — *Grancher-Comby.* Traité des Maladies de l'enfance. II. Édit. Paris. 1904. — *H. Rothschild.* Le lait. Paris. 1903. — *L. Butte.* L'alimentation lactée che le nouveau né. Paris. — *R. Labbé.* Le syndrome urinaire dans la scarlatine et la diphthérie de l'enfance. Paris. — *A Fournier.* Für unsere Söhne, wann sie 18 Jahre alt werden. Aus dem franz. von L. Falk. Berlin. — *R. Hecker.* Die Abhärtung der Kinder. Halle.

*

— *Uj dissertatiók és thése-k. L. Herth.* Über das embryonale Adenosarkom der Niere. Freiburg. 1902. — *M. Zatho.* Über Universelles Oedem beim Neugeborenen. Marburg. 1902. — *G. Löffler.* Über kleine abgekapselte Empyeme im Kindesalter. Heidelberg. 1902. — *O. Schafft.* Ein Fall von congenitaler Atresie des Oesophagus. München. 1901. — *H. E. Lievers.* Über drei Fälle von durchbruch tuberkulöser Bronchialdrüsen in die Luftwege. Marburg. 1902. — *R. Heüveldop.* Über Pneumothorax im Kindesalter. Freiburg. 1902. — *A. Günther.* Über Atresia ani. Bonn. 1902. — *M. Bertrand.* L'infantilisme dysthyroïdien. Paris. 1902. — *Vève.* Malformations et lésions dentaires chez les rhachitiques. Paris. 1902. — *G. Raisonnier.* La zomotherapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants. Paris 1902. — *Bardelac de Pariente.* Des tores observées chez les rejetons de mères tuberculeuses. Paris. 1902. — *Ch. Robelin.* Modifications organiques des rejetons de mères tuberculeuses. Paris. 1902. — *Van Vyve.* Le fer dans le sang des nouveau-nés. Paris. 1902. — *Ch. Blancard.* Sur la rôle de l'amnios dans les malformations congénitales. Paris. 1902. — *Boulade-Périgois.* La coqueluche aux Enfants-Malades en 1902. Paris. 1903. *Vilaire-Cabéch.* Étude clinique de l'achondroplasie. Thése de Paris. 1902. — *L. Jullernier.* Contribution à l'étude du rheumatisme scarlatineux chez l'enfant. Paris. 1902. — *L. Antoine.* Du processus gangreneux dans les angines de la scarlatine. Paris. 1902. — *L. Lebailly.* Contribution à l'étude du bubon scarlatineux. Paris. 1902. — *A. Geschwend.* Du défaut d'expansion de la région sous claviculaire dans la pneumonie infantile. Lyon. 1902. — *S. Guiot.* Des complications nerveuses de la coqueluche. Paris. 1902. — *M. Roques.* Les traitements de la coqueluche. Paris. 1902. — *M. Rabart.* De la pneumonie chez l'enfant du dessous de deux ans. Paris. 1902. — *E. Falières.* Des granulations polaires du bacille diphthérique. Bordeaux. 1902. — *J. Gibone.* La scarlatine à Paris dans les trentesept dernières annèes. Paris. 1902. — *S. Gernard.* Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou. Paris. 1902. — *A. Morlas.* Infantilisme et insuffisance surrénale. Paris. 1903. — *J. Fontané.* L'hématurie rénale dans la néphrite chez les enfants. Paris. 1903.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.