

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Ónodi Adolf: A Highmor-üreg megnyitása empyemáknál. 345. lap.
Kertész József: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem 2. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár.) A belső bélstrangulatio mechanizmusa. 347. lap.
Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérséjtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél. 349. lap.
Donath Gyula: Cholin-reactióm a párisi „Société de neurologie” előtt. 350. lap.
Közegészségügy. Az elhagyottá nyilvánítás körül a Gyv. Sz. rendelkezésének szigorú szem előtt tartása. — Karsai Sándor dr. „Az elhagyott gyermekek védelme” című könyvének ajánlása. — Kertész Kálmán dr. „A magyarországi szünyog-félék rendszertani ismertetése” című füzetének szétosztása. 351. lap.
Tárca. Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről. 352. lap.

- Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kammer Manó: A formalindesinfectio mai állásáról. 353. lap. — Könyvismertetés. Leredde: Thérapeutique des maladies de la peau. (Kollarits Béla.) 354. lap. — Lapszemle. Sebészet. Friedlaender: Vagus és peritonitis. (Paunz Sándor.) — Cavazzani: A czombsérvek gyökerezés mütétének új módja. (Paunz Sándor.) — Venereás bántalmak. Waelsch: Syphilisnél talált bacillusok. (Sellei.) — Funke: Luetikus liquor cerebrospinalis. (Sellei.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Monin: Terhesek csillapíthatlan hányása. — Goldmann: Protulin „Roche”. Polyórákóknak átnézete. 354—355. lap.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Korányi Frigyes. — Unterberg Jenő. — Fűrdőorvosok. — Pellagra. — Kisküküllő vármegyei kórház. — A szt.-Lukács-fűrdő. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Megjelent. — Elhunyt. 356. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosos-bizottsága. — Közkórházi orvostársulat. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Highmor-üreg megnyitása empyemáknál.

I.

A Highmor-üreg megnyitása a fogmedernyújtványon át.

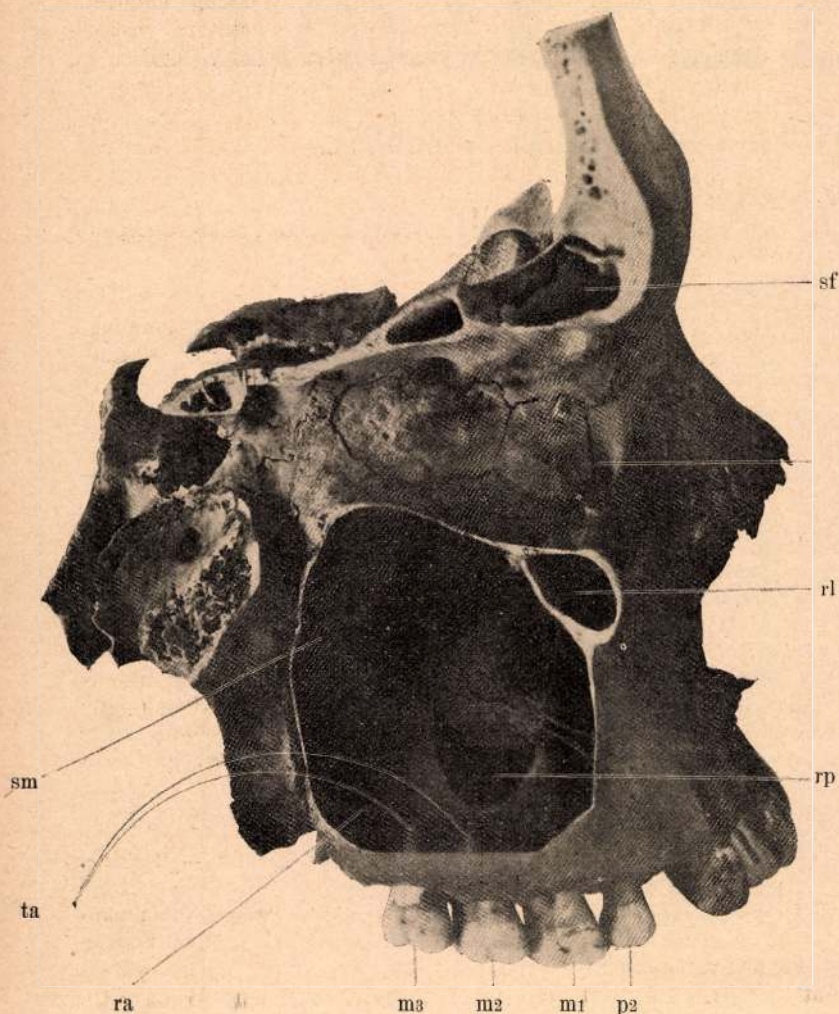
Irta: Ónodi Adolf dr. egyetemi tanár.

A Highmor-üreg megnyitásának ezen módja a Cooper-féle eljárás neve alatt ismeretes. Már Meybom által lett végezve. A fogmedernyújtvány viszonya a Highmor-üreg fenekéhez kedvez a megnyitásnak. A különböző nagyságú Highmor-üreg feneke rendszerint a tuber maxillae és az első praemolaris között terül el, de elérheti mellül a metszőfogakat is vagy csupán a molaris fogak területére szorítkozhatik. A Highmor-üreg fejlődési rendellenességei folytán a fogmedernyújtvánnyal különböző kiterjedésben viszonyban nem állhat. Az üreg sík vagy kivájt lehet és egyes különböző nagy mélyedésekkel bírhat, így a fogmedernyújtványban (recessus alveolaris) és a kemény szájpadban (recessus palatinus). Az első molaris jelzi a Highmor-üreg legmélyebb pontját. A Highmor-üreg fenekén egyes fogmederdudorok lehetnek jelen, a molaris fogak fogmederüregébe nyúlhat a Highmor-üregbe, sőt néha papírvékony csontfalának dehiscenciája folytán a foggyökér szabad heggye a Highmor-üreg nyálkahártyáját érintheti. A fogmederüreg vékony csontlemeze finom edényréseket, sőt nagyobb hiányt is mutathat fel. A Highmor-üreg feneke az üreg mély vagy magas állása szerint különböző vastagságú lehet. A felszívódási folyamatok folytán a Highmor-üreg feneke az orrüreg fenekével egy szintben fekehetik, a mi rendszerint elő is fordul, de a Highmor-üreg feneke magasabban vagy mélyebben is fekehetik, mint az orrüreg feneke; ezen esetekben a szivacsos fogmedernyújtvány vastagsága 1—2 mm. és 2—3 cm. között inga-

dozhatik. A Highmor-üreg feneke a második praemolaris fog előtt mellfelé emelkedik, úgy hogy az első praemolaris fog és a szemfog még a Highmor-üreg területében fekszenek, de tőle különböző vastag szivacsos állomány választja el, a metszőfogak már a Highmor-üregen kívül esnek. Hátrafelé pedig az első molaris fogtól kezdve emelkedik a Highmor-üreg feneke. Ezen viszonyt azonban mélyen fekvő alveolaris recessusok mindkét irányban megváltoztathatják. Csak nagyon ritkán érinti a szemfog a Highmor-üreg, épen úgy ritkán éri el az első praemolaris fog a Highmor-üreg fenekét, a második praemolaris fog fogmederüregébe gyakran felnyúlik a Highmor-üreg fenekéhez, a molaris fogak fogmederüregébe rendszerint eléri a Highmor-üreg fenekét, gyakrabban mint fogmederdudorok az üregbe is kiemelkedhetnek, a bölcsesség fogak hasonlóképpen még a Highmor-üreg területébe esik. Az első ábra egy sagittális metszeten mutatja a Highmor-üreg (sm) alsó falával, a fogmedernyújtvány tartalmazza a második praemolaris fogat (pm₂) és a molaris fogakat (m₁—m₂—m₃), hátul egy recessus alveolaris (ra) és mellül-belül egy recessus palatinus (rp) van jelen. A Highmor-üreg (sm) fenekén a második és harmadik molaris fog fogmederdudora (ta) látható.

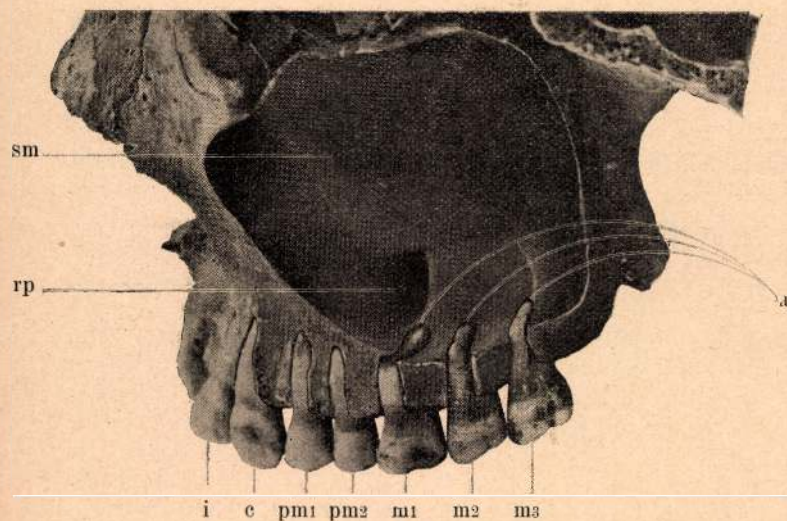
A második ábra egy sagittális metszeten érzékíti a viszonyt, a foggyökerek, illetve a molaris fogak szabaddá tett fogmederüregéi és a Highmor-üreg (sm) feneke között. Látható, hogy (a) a metszőfogak (i₁—i₂) és a szemfog (c) a Highmor-üreg (sm) előtt fekszenek, a praemolaris fogak (pm₁—pm₂) a Highmor-üreg területében, tőle egy 2—3 mm. vastag szivacsos rétegtől vannak elválasztva, a molaris fogak (m₁—m₂—m₃) a Highmor-üreg (sm) fenekét érintik. A molaris fogak fogmederüregéi (a) képezték a Highmor-üreg fenekét, mint fogmederdudorok az üregbe nyúltak, az első molaris fog buccalis gyökere a Highmor-üregnek csak a fenekét érinti, palatinalis gyökere már az üregbe nyúlik be, a második és harmadik molaris fog mindkét gyökere a Highmor-üregbe nyúlik be. A fogmederdudorok vékony csontlemeze el lett

távolítva és ezáltal a szabaddá tett gyökérvégek a Highmor-üregben helyzetükben áttekinthetők.



1. ábra.

Sagittalis metszet. A Highmor-üreg kívülről van megnyitva. sm Highmor-üreg, ra recessus alveolaris, rp recessus palatinus, rl recessus praelarymalis, pm2 második praemolaris fog, m1—m2—m3 első, második és harmadik molaris fog, ta a második és harmadik molaris fog fogmederudora, sf homloküreg.



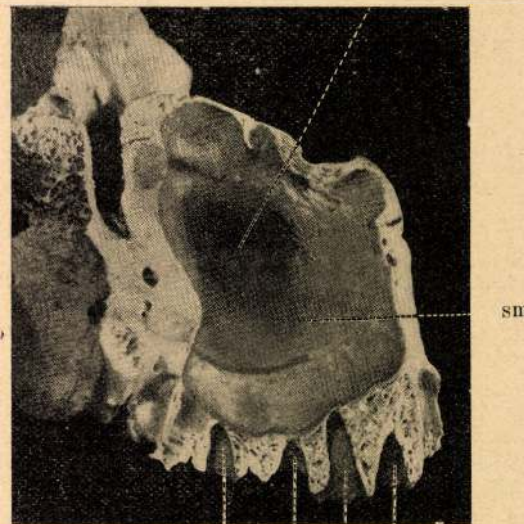
2. ábra.

Sagittalis metszet. A Highmor-üreg kívülről van megnyitva. sm Highmor-üreg, i metszőfog, c szemfog, pm1, pm2 első és második praemolaris fog, m1—m2—m3 első, második és harmadik molaris fog, a a molaris fogak megnyitott fogmederüree a szabad gyökérvégekkel.

A harmadik ábra egy sagittalis metszeten mutatja a viszonyt a fogmederüreg (a) és a Highmor-üreg (sm) feneke között. A Highmor-üreg belülről van megnyitva és a fogmedernyújtvány belső harmada el van távolítva. Az első praemolaris fog (pm1) még a

Highmor-üreg területében van, fogmederüree a Highmor-üreg fenekétől csak egy vékony szivacsállomány által van elválasztva. A második praemolaris (pm2) fogmederüree, továbbá az első és a második molaris fog (m1, m2) fogmederüree egyszersmind a Highmor-üreg fenekének vékony részét képezi. Az ábrában a buccalis gyökerek fogmederüreei láthatók, a palatinalis gyökerek éppen úgy érintik a Highmor-üreg fenekét.

rz



3. ábra.

Sagittalis metszet. A Highmor-üreg belülről van megnyitva. s Highmor-üreg, rz recessus zygomaticus, a megnyitott fogmederüreeg, pm1, pm2 első, második praemolaris, m1, m2 első, második molaris.

Az ismertetett viszonyok szerint világos, hogy a Highmor-üreg megnyitására a fogmedernyújtványon át a legalkalmasabb helyet a második praemolaris fog és az első molaris fog helye képezi. A második praemolaris fog két gyökere rendszerint egyesül és közös fogmederüregük gyakran a Highmor-üreg fenekéig ér, más esetekben mindig nagyon közel fekszik hozzá. Az első molaris fog fogmederüree a Highmor-üreg legmélyebb pontját érinti, de azért előfordulhat, hogy a buccalis és palatinalis gyökerek fogmederüreeit csekély szivacsréteg elválasztja a Highmor-üregtől. Ha néha az első praemolaris fog vagy szabály szerint az első és a második molaris fog helyzete a Highmor-üreg megnyitását megengedi, úgy mégis csak a fentebb megjelölt két hely ajánlható a Highmor-üreg megnyitására, a hol az üreg megfűrése könnyen és biztosan kivihető. A többi molaris fog hátrább eső helyzete úgy a megfűrést, mint az utó- és önkezelést nehezebbé teszi. A Highmor-üreg megnyitására a fogmedernyújtványon át különböző kézi fűrók (Hartmann, Scholtz, Walb, Siebenmann, Hajek), kézi trepanok (Chiari, Thornwaldt, Scheinmann) és elektromotorral hajtott fűrók és trepanok szolgálnak. A mi a fogmedernyújtvány megfűrését illeti, azon esetekben, a hol beteg fogak és gyökerek vannak jelen, megfelelő érzéstelenítés mellett eltávolíttatnak és a fogmederüreg egy fűróval áttöretik. Ha fogtalan, sorvadott fogmedernyújtvány van jelen, a fűrést megelőzőleg a nyálkahártya és a csontthártya előbb leválasztatik. Ha a fogmedernyújtvány sorvadása nagyfokú, akkor a Highmor-üreg megnyitása ezen az úton nem javult. Ezen esetekben és ott, a hol ép fogak vannak jelen, a Highmor-üreg megnyitását Ziem finom fűróval (1¼—2 mm.) a fogmedernyújtvány külső falán a fogak között végzi, Loos pedig ezen célból a fogmedernyújtvány belső falát ajánlja. Az átfűrés gyorsan történik, különösen a villamosan hajtott fűróval, beteg fogak és gyökerek eseteiben ugyanazon ülésben az extractio és a perforatio végzendő. Ezen az úton a szükséghez képest a trephinnel a fogmedernyújtványon nagyobb nyílás is készíthető. Az átfűrés rendszerint könnyen megy, a fűrőt felfelé és egy kissé befelé kell vezetni, mivel a függőlegesen és ki felé vezetett fűró könnyen a fossa caninába juthat. Ugyanez megeshetik, ha a fossa canina mélyen beesett, ha a Highmor-üreg mellső részletében résszerűen szűkült. Az akadályok, melyek az üreg megnyitását megnehezítik vagy lehetetlenné teszik, a Highmor-

üreg fenekének fejlődési rendellenesség által okozott magas állása és rendkívüli vastagsága, továbbá az alsó orrjárat kiöblösödése és más okokból keletkezett eltolása vagy kicsinysége a Highmor-üregnek. A fűrés által eszközözendő csatorna 3—5 mm. átmérőjű legyen, a szűkebb fűrés csatornák az utókezelésre nem alkalmasak, gyors szűkülésre hajlamosak. Ha a Highmor-üreg tág megnyitására és a fogmedernyűtvány egy része eltávolításának a szükségessége forog fenn, akkor a beteg fogak és foggyökerek eltávolíttatnak, a Highmor-üreg egy szélesebb trepánnal megnyitattik vagy a fogmedernyűtvány megfelelő részlete a *Jansen* vagy *Stille*-féle csontfogóval stb. eltávolíttatik.

Az egyszerű megfűrés után néha heves és tartós vérzések észleltek (*Hajek*, *Scheppregel* és mások) és erőltetett eljárásnál a fogmedernyűtvány törése is (*Bayer*). A fűréssel megnyitott Highmor-üreg közvetlenül kiöblíttetik és a csatornába dermatol- vagy xeroformgázecsik lesz bevezetve. Egy hét múlva egy csappal ellátott, pontosan záró prothesis, széles megnyitáshoz egy jól záró lemez lesz alkalmazva. A csappal ellátott lemezek kemény kaucsukból vagy aranyból készülnek és a szomszédos fogakhoz erősíttetnek. A csap a csatorna nyílásán felül nyúlik az üregbe és megakadályozza jól záró lemezzel a csatorna szűkülését, az ételmaradékok, a nyál és szájnyák bejutását. A lemez naponta kivéttetik és az üreg kiöblítése után újra betéttetik, hosszabb időre nem célszerű a lemezt kivenni, mert a csatorna gyors szűkülése a csap bevezetését megnehezíti. A kiöblítésre langyos élettani sóoldatot vagy gyenge bórsavoldatot használunk, az angol nyomószivattyúval, melylyel erőteljesen lehet fecskendezni, az üreg mély rekeszeiből a geny kihajtható és nagyobb folyadékmennyiségek megszakítás nélkül igénybe vehetők. A mint a váladék nyákos jelleget ölt, chlorzink és lapis gyengébb és erősebb oldata lett befecskendezésre ajánlatba hozva (*Sturmann*, *Hajek* és mások). A száraz kezelés is megkísérlett, egyrészt porbefúvások (jodol, dermatol stb.), másrészt tamponade (jodoformgáz) alakjában. Ez utóbbi száraz kezelést *Chiari* vezette be. Keskeny szegélyezett jodoformgázecsikokat használ, melyeket vékony kutaszszal az üregbe vezet és azt vele egészen tamponálja.

A tampon hetenként egyszer lesz változtatva és ez addig folytatva, míg a váladék nyákos jelleget ölt, akkor egy csappal ellátott lemez lesz alkalmazva és a napontai öblítés végezve. Ha a váladékképződés az öblítés abbahagyásával kevesbedik és megszűnik, úgy a lemez csapja mindinkább kisebbittetik, míg a csatorna záródik és a lemez eltávolíttatik. Ezen eljárásnak két előnye van, az üreg legmélyebb helyén lesz megnyitva és az önkezelést a betegnek a legkényelmesebben lehetővé teszi. Daczára ennek, az elért gyógyeredmény az észlelt esetekben nem megfelelő nagy és e mellett hosszú időt igényel, hónapokat, sőt éveket. Az éveken át végzett önkezelés, a lemez állandó viselése, a néha bekövetkező rosszabbodások pszichikus alterációkhoz vezethetnek. Az öblítéssel végzett önkezelés végre is nem ritkán gyógyuláshoz vezet. Egyes esetekben ez azonban 5—6 év múlva sem constatálható.

Az empyemánál különböző eljárásokkal végzett üregmegnyitások indicatioiról és gyógyeredményeiről egy egybevető fejezetben lesz szó.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem 2 számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Réczey Imre tanár.)

A belső bélstrangulatio mechanizmusa.

Közlő: *Kertész József* dr. műtőorvos.

(Vége.)

Ez azonban nem fog bekövetkezni, mert a peristaltika működése nem olyan, mint a milyennek *Wilms* felveszi, s másrészt, miután az oly rohamosan gyengül a strangulált kacson, hogy a surlódási akadályokat leküzdeni nem képes. E mellett külön ki kell emelnem azt is, hogy egy strangulált és transsudatum által megtöltött és tágított bélkacsnak peristaltikája éppen az elvezető száron csökken első sorban is a legnagyobb fokban, a mi a *Wilms*-féle magyarázat valószínűségét még kétségesebbé teszi.

S hogy az emberi bél peristaltikája sem oly nagyon erős, annak kimutatására nem kell el nem végezhető kísérletekre

appellálnunk. Tudjuk ugyanis igen jól, hogy sérveknél a legnagyobb ritkaságok közé tartozik az (ha egyáltalán előfordul), hogy valamely szűk nyílásban kizáródott sérv magától, mindenféle taxis nélkül, pusztán intraabdominalis erők hatására visszamenne. Pedig nem ritkán látunk kicsiny, üres belet kizáródva, a mikor pedig az intraabdominalis odavezető bélrészlet a bélkacsot mindenesetre kivonhatná az elzáródásból, ha peristaltikája erre elegendő erővel bírna. Csakhogy itt a peristaltika ezt ép oly kevésbé lesz képes megeselekedni, mint a belső strangulationál a kacs meghosszabbítását. És itt éppen úgy kitágul, s ezzel bénul az akadály előtt a bél (itt az odavezető bélrészlet a bélsárpangás folytán), mint a strangulált kacsnál (transsudatio következtében).

Mindezek alapján tehát a kacs peristaltikájának semmiféle jelentőséget sem tulajdonítok a strangulatio említett fokának mechanizmusában. Szűkebb elzáródásnál még kevésbé lehetne hatása a peristaltikának. Ha az elzáródás lazább, akkor igenis a peristaltika idézheti elő a kacsnak megnagyobbodását, de akkor sem a *Wilms*-féle felfogás szerint.

Tágabb kapunál ugyanis a kacs az odavezető szár részéről fog telődni *béltartalommal*. A kacs elvezető szárán át a kacsba jutott tartalom távozni fog addig, a meddig a kacs peristaltikája az itt felhalmozott akadályokat (az elvezető szár szögbe törése, ellapítása, összenyomtatása a kapuban és annak elein a teltebb odavezető bélrészlet által) leküzdeni képes, s míg ereje ezen akadályok leküzdésében el nem lankad. A kacs peristaltikájának hanyatlásával az odavezető szár részéről több tartalom fog a kacsba szorulni, mint a mennyi onnan távozik, annál inkább, mert ismét a kacs elvezető szárának peristaltikája fog első sorban csökkenni, s így a kacs mindinkább megtelik és feszül.

Ha az odavezető szár működése hosszabb-rövidebb időre még fennmarad, esetleg hirtelen nagyobb erővel fokozódik, akkor megtörténik az, hogy az elvezető szár részéről hosszabb-rövidebb szakaszok bevonathatnak a kacs körébe. És pedig ez beállhat akkor, ha az elvezető szár leszorítási helyén a bélkacs tartalmának áthatolható akadályai a tartalmat továbbító erőhöz viszonyítva nagyobbak, mint az elvezető szár leszorítási helyén, valamint a bélfalzat és tartalom között fennálló surlódási akadályok összege. Vagyis a hatás olyan, mintha egy szűk gyűrűn keresztül húzott bél egyik fixált végén át egy botot tolnánk a bél lumenébe, s ezzel a gyűrűt mintegy letolnók a bélről.

Ez a mechanizmus azonban, a mint már említettem, a legkevésbé sem azonos a *Wilms* által felvetett.

A mi már most a kezdetben kicsiny, de későbbben az elvezető szár bevongálása által nagyobbodó kacs tágulását, mint ezt a bevongálást előidéző faktort illeti, arra nézve első sorban is meg kell jegyeznem azt, hogy annak szerepe korántsem kerülte ki figyelmemet, mint a hogy azt *Wilms* feltűnteti. Mert közleményemben, az állatkísérletekről szólva, határozottan kifejeztem azt, hogy: „a kacs telődése közben nem ritkán látjuk azt, hogy egy kevés bél belép a incarcerationioba, ez azonban inkább a megtelődés okozta fokozódott oldalnyomásnak, mint a peristaltikának tudható be.”

Ellenkezőleg az a csodálatos, hogy *Wilms* csak második közleményében ismeri fel lényeges faktorként a bél tágulását, a mikor az ő fecskendővel végzett physikai kísérlete első sorban inkább erre, mint a peristaltika hatására kellett volna, hogy figyelmét felhívja. Annál inkább, mert hiszen most már *Wilms* szerint is a kacs tágulása a főfaktor, miután az még oly esetekben is képes az elvezető bélrészletet bevongálni, a hol a peristaltika hatása már megszűnt.

Persze ő ilyen tágulási bevongálás után ismét a további bevongálásban mindkét faktort együtt működteti. Hogy ez teljesen érthetetlen, kitűnik, ha ezt lefolyásában elgondoljuk. Képzeliünk csak el egy tágult, mozdulatlan bélkacsot; képzeljük el továbbá azt is, hogy most ez a bélkacs a belső nyomás fokozódása folytán az elvezető oldalon néhány milliméterrel nagyobbodik (mert a nyomás lassú fokozódása mellett többel nem is nagyobbodhatik), nyerünk tehát a mozdulatlan, tágult kacs elvezető végén néhány milliméternyi contractióképes (?) bélgyűrűt. Ilyenkor tehát *Wilms* szerint ennek a gyűrűnek a peristaltikája képes volna további bélrészlet bevongálására (a, ha csak csekély fokban is, de több mesenterium belépése által mindenesetre fokozott surlódási aka-

dályok mellett). Hogy ez nem történhetik meg, s hogy hosszabb bélrészlet ilyenkor mozgékonyaságát vissza nem nyeri, az tekintettel a csak csekély fokban és csak momentan csökkenő belső nyomásra (mint ezt a mozdulatlanságot előidéző és el nem tűnő okra) kétségtelen. Ha egy incarcerált bélkacs, transsudatio okozta tágulás által peristaltikáját megszüntette, az azt a leszorítás megszüntetése nélkül soha vissza nem nyeri.

Én tehát igenis tudomással bírtam a bélkacs tágulásának hatásáról, a mint az fenti idézetből kitűnik. Hogy azonban annak valamelyes különös jelentőséget nem tulajdonítottam, annak oka az, hogy annak ilyen különös jelentősége (a kacs meghosszabbítására) nincsen.

És most sem tulajdonítok annak valamilyen különös jelentőséget, dacára annak, hogy *Wilms* azt most már olyan fontosnak tartja. Nem tulajdonítok pedig azért, mert egyrészt a peristaltikájukban bénult bélkacs falzatai igen tágulékonyak, a mit azok oedemát beivódása még csak fokoz, másrészt, miután a strangulatio kapun keresztül menő és már amúgy is ellapított és összenyomott ütőerek vérkeringését a sérvkapuban levő oedemátan duzzadt bélkacsszárak és mesenterium nyomása annyira megnehezíti, hogy a további transsudatio csakhamar megszűnik. És, ha meg nem szűnik is, csak oly csekély mértékben fokozódik, hogy a fokozott surlódási akadályokat leküzdeni nem lesz képes, annál kevésbé, miután a transsudatio többlete, a mint erről alkisérleteknél is meggyőződhetni, a bél falzatán és serosán keresztül távozik.

Mindezek alapján tehát a kacs tágulását (transsudatio útján) sem tekinthetem olyan faktornak, a melynek a *Wilms* által jelzett irányban, akár magában, akár a peristaltikával együtt, valamely különös jelentőséget tulajdoníthatnánk.

Ezek után áttérhetek saját felfogásom kifejtésére. *Wilms*, hogy annak lehetetlenségét ad oculos demonstrálja, a következőket mondja: „Vegyük fel, hogy a hasüreg belsejében egy leszorító gyűrűbe körülbelül 1—2 m. vékonybél van beszorítva, a mely exsudatum és tartalom által tágult, telt. Legyen az odavezető bélrészlet mérsékeltén megtöltve, az elvezető üres. Ha most ily viszonyok között a hasprés működik, akkor annak nyomása folytán kellene a hasüregben valahol üresen és kollabáltan fekvő elvezető bélrészletből egy darab üres vékonybélnek a strangulatio behajtatnia. Hogy ez meg nem történik és meg nem történhetik, azonnal megérthető, ha meggondoljuk, hogy az intraabdominalis nyomás úgy a strangulált bélre, mint az üres elvezető szára ugyanaz, tehát egy béleltolódás és elmozdulás a mondott értelemben egyáltalán meg sem történhetik.“ Erre nézve egyelőre csak annyit kívánok megjegyezni, hogy olyan szűk nyíláson, a milyent *Wilms* első közleményében felvett (a hol egy erősen megfeszülő köteg, vagy szűk lyuk a kilépett bélkacsot azonnal szorosan megfogja és a passagét megszünteti), egy 1—2 meter hosszú bélkacs egyáltalán véve semmiféle mechanizmussal sem léphet ki, mert azt a beékelődő mesenterium nem engedi.

Wilms továbbá, a mint láttuk, nem fogadja el azt a nézetet sem, hogy belső strangulationál leggyakrabban mindjárt kezdetben nagy kacs lép ki, ha az előidéző primaer hatás elég erőlyes és tartós, mert ez felfogása szerint csak sérvképződésnél volna lehetséges: „a hol a magas nyomás alatt álló hasüregből lesz a bél hirtelen a sérvtömlőbe szorítva. Miután a hasüregben ilyen nyomáskülönbségek nem fordulnak elő, nézetem szerint kis nyíláson át nagyobb béltömegek hirtelen átlépése nagy ritkaság lesz.“

Utóbbi állítása helyességének megdöntésére nézve tán elégséges volna, ha *Wilms* első közleményéből citálnék, a hol azt mondja: „Képzeliünk el egy kis kacsot, melyet valamely külső behatás, hasprés, hőhégés egy köteg alatt keresztül tol, stb.“ Mert, ha egy kis kacs kilépése lehetséges volt a hasprés nyomása folytán, nem látom be, miért nem volna lehetséges az, hogy mindjárt egy nagyobb kacs is keresztül ne léphessen, feltéve, hogy a ható erő elég nagy és tartós, és ha azt a kapu kalibere egyáltalán megengedi.

Mert, ha a hasprés nyomása a hasüregben mindenütt, minden oldalról egyformán érvényesül, akkor kicsiny kacs sem léphetett volna ki. És ha nyomási differentiák a hasüregben nincsenek, a mint azt *Wilms* állítja, akkor nem érthető az, hogy

mégis nagyobb béltömegek átlépését miként tarthatja nagy ritkaságnak. Ha valami lehetetlen, physikailag lehetetlen, akkor az még nagy ritkaság sem lehet, mert épen egyszerűen lehetetlen.

De persze, a kicsiny kacs kilépéséhez mégis csak szükség van a hasprés nyomására, mert különben a theoria kiinduló pontját, magát a kacs kilépését volna nehéz megmagyarázni.

S épen abban rejlik *Wilms* tévedése, hogy ő abból a téves felfogásból indul ki, hogy a hasüregben nyomási differentiák nem fordulnak elő és hogy a hasprés nyomása a hasüreg szerveinek mindegyikére egyforma mértékben érvényesül.

Már pedig tudjuk, hogy a bélesatorna különböző szakaszai-ban már normális viszonyok között is egészen kifejezett nyomási differentiák állanak fenn, a miről különben az élő állat beleinek egyszerű megtekintésénél is már meggyőződhetünk, de meggyőződhetünk manometrikus vizsgálatok útján is. Ezek a nyomási differentiák a bélesatorna különböző teltsége, tartalma, a telt részek súlyának nyomása, gázképződés, peristaltika, szögbehajlások stb. által idéztetnek elő.

Igen természetesen ezek a nyomási differentiák, pl. szalagos összenövéseknél, kötegképződésnél, a cseplesz lenövéseknél, petyhüdt hasfalaknál a vékonybél alsó telt szakaszainak vongálása által sátorszerűleg feszülő mesenteriumnál, különösen, ha e mellett még felfúvó, esetleg nagy mennyiségű táplálék által a tápláló csatornában bizonyos zavarok idéztetnek elő, tehát röviden a belső strangulatiót elősegítő, ismert momentumoknál még fokoztathatnak.

Ennek következtében a hasüreg egyes részleteiben hosszabb-rövidebb ideig tartó oly intraviscerális nyomásdifferentiák fognak fennállhatni, a melyek az általam felvett mechanizmust lehetővé tehetik.

Azonkívül a hasprés nyomása a beleken nem érvényesül mindenütt egyformán (különösen pl. a hasizomzat féloldali összehúzódásánál, súlyemeléskor stb.).

Ha egy elzárt henger belsejében a nyomást egy beleillő dugó mozgatásával fokozzuk vagy csökkentjük, akkor a henger belsejében a nyomás egyenletesen fog fokozódni, vagy csökkenni. Csakhogy a hasüregben a viszonyok nem ilyen egyszerűek. Ha a hasüreg különböző helyeire felfújít és regisztráló készülékkel egybekötött elastikus ballonokat helyezünk, a hasizomzat összehúzódásakor nem kapunk mindenütt egyforma nyomásnagyság-bódást.

Ha pl., mint a hogy erről kísérleti úton meggyőződni alkalmam volt, egy ilyen ballont a hasüreg felső részében meglehetősen üres belek közé, mélyen elhelyezünk, egy másikat pedig a colon és telt belek szomszédságában közvetlenül a hasfalzat alá teszünk, akkor a hasizomzat összehúzódásakor az utóbbi nagyobb, az előbbi többszörösen felülmúló nyomást fog mutatni. A mi természetes is, mert egy, meglehetősen ellenálló felületre, mint többé-kevésbé nehezen eltolható alapra szoruló ballon (bél) megfelelő felületén a direct nyomás csaknem egész mértékben fog érvényesülni, míg a másikon annak csak egy töredékében, indirecte.

Ha már most két ily hely között (a melyek egyikén a hasprés directe, a másikon indirecte jut érvényre), a melyek esetleg már a hasprés nyomása előtt intraviscerális nyomás differentiákat tüntettek fel, egy fixált, vagy legalább is a hasizomzat összehúzódása közben el nem lazuló, lumennel bíró diaphragma (természetesen nem a hasüreg egész keresztmetszetére kiterjedő) van kifeszítve, akkor kétségtelen az, hogy a hasizomzat összehúzódásakor a hasprésbe fogott tartalom (belek) a diaphragmának nyílásán keresztül a nagyobb nyomású helyről át fog szorulni a kisebb nyomású hely felé, mindaddig, a míg a két hely közötti nyomásdifferentiák kiegyenlítődték, avagy a meddig azt a lumen kalibere megengedi.

S így a hasprés nyomása folytán adott viszonyok között elég hosszú kacs szorulhat át valamely nyíláson, másrészt ismét rövidebb kacs a hasprés ismételt működése folytán meghosszabbodhatik, még akkor is, ha, mint *Wilms* felveszi, a kacs exsudatum és tartalom által telt is (a mi különben csak a további behatolást fogja megkönnyíteni), mert ez a kacs olyan mediumban van, melyben a hasprés nyomása csekélyebb fokban érvényesül, tehát a két oldalról gyakorolt nyomás nem egyforma.

De még ha egyformaképen érvényesülne is a nyomás mind-

két oldalról, akkor is átléphet a bél egy diaphragma lumenén, ha a diaphragma két oldalán levő képletekben különböző intraviscerális nyomás van jelen. Erről egy egyszerű kísérlet útján meggyőződhetünk.

Egy, mindkét végén nyílt, közepén lumennel bíró diaphragmával két egyenlő részre osztott üveghenger mindkét felébe 1—1 gummiballont helyezünk, melyek közül az egyik pl. vízzel, nagyobb nyomással van megtöltve, mint a másik, melyet pl. levegővel töltünk meg. Az így megtöltött ballonok egyenlő nagyságúak. Ha most a hengerbe illő két dugó betolásával a nyomást mindkét oldalon egyformán fokozzuk, akkor azt látjuk, hogy a nagyobb belső nyomású gummiballon egy nyúlványa keresztülhatol a diaphragma nyílásán a másik oldalra, mindaddig, a míg a nyomás mindkét ballonban egyforma nagyságot nem ér el.

Ez a kísérlet, a mellett, hogy fenti állításomat kétségtelenül igazolja, egyszersmint még arra nézve is ujjmutatással szolgál, hogy bizonyos esetekben, a körülmények kedvező összetalálkozásakor talán maguk ezek az intraviscerális nyomási differentiák is elégségesek lehetnek ahhoz, hogy egy kis bélkacs valamely szűk nyílásban stranguláltassék. Másrészt felvilágosítást nyújt arra is, hogy miként jut egy bélkacs oly helyzetbe a kapuhoz (beleöblösödvén abba magasabb intraviscerális nyomása folytán), hogy azon át a hasprés nyomása által átszoríthatatik.

Hogy az általam felvett mechanizmus útján belső strangulatio létrejöhesse, ahhoz természetesen többféle körülmény összetalálkozása szükséges. Így az mindenestre szükséges feltétel, hogy a belépés helyén kellőleg telt belek foglaljanak helyet, melyek a hasprés nyomásának általam felvett módon való érvényesülését lehetővé tegyék.

De bizonyos körülmények kedvező összetalálkozása minden sérvképződésnél és minden belső elzáródásnál szükséges, különben azok egyáltalán véve nem fordulhatnak elő.

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Adatok a fehér vérsejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél:

Irta: Elfer Aladár dr.

(Folytatás.)

Csak röviden térek ki a *gümőkóros elváltozásokra*, székeljenek azok bárhol is. Ismeretes, hogy tuberculosis pulmonumnál complicatio nélküli esetekben normális fehérvérsejtszámmértéket találunk, esetleg a normálisnál alacsonyabb értékekről is tesznek említést, mint pl. a hazai szerzők közül *Kuthy* és *Elischer* dr.-ok. Fontosnak tartom megemlíteni, hogy a hevenyen fellépő tb.-os elváltozások, melyek a peritoneumon, pleurán, meninxeken

XV. Tüdőgümőkór esetei.

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. ^o	Fehérvérsejt szám
1	19 éves, férfi	Előrement haemoptoe. Koch +. Mindkét felső lebenyre terjedő folyamat. Th. Creosot pill. Codein-porok másnap másnap	VI/5. d. e. 10 ó. 37-0 d. e. 1/2 12 óra	11500 12500
2	32 éves, férfi	Előrehaladt kétoldali folyamat. Koch + Ther. Morph.	VI/6. d. e. 1/2 10 ó. 37-1 d. u. 3/4 ó. 37-1 VI/7. d. e. 8 ó. étkezés előtt	8500 7000 9000
3	75 éves, férfi	Előrehaladt folyamat. Koch + Ther. Codein-porok.	d. e. 1/2 10 óra. 36-5 d. u. 3/4 ó. subfebrilis; másnap reggel éhgyomorral	8000 6000 13000

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. ^o	Fehérvérsejt szám
4	28 éves, férfi	Előrehaladt folyamat a tüdőkb. Koch + Ther. Cod. Kreosotal.	d. e. 10 ó. rendes hőmérséklet; másnap d. e. 8 ó. éhgyomorral	5500 8500
5	22 éves, nő	Tbc. pulm. Igen előre haladt. Koch +	d. e. 9 óra. 37-5	6000
6	20 éves, férfi	Kiterjedt kétoldali folyamat. Kétoldali otitis med. purulenta.	d. e. 9 óra. 37-2	13000
7	45 éves, férfi	Nagy beszűremkedés a bal tüdő felső lebenyében. Koch +	d. e. 8 óra. 36-5	7500
8	22 éves, nő	Előrehaladt folyamat. Koch + Gyengül	VII/13. d. e. 9 ó. 37-3 VII/20. d. e. 37-5	13500 8000
9	20 éves, nő	Kiterj. folyam. Koch +	d. e. 9 ó. 37-2	7000
10	24 é. férfi + Sectio tbc. elváltozást mutatott	Gangraena pulm.-ra utaló tünetek. Koch — Elvérzett.	délután 8 óra. 39-1	17500
11	40 é. férfi	Tub. pulm. ? Pneumothorax l. d. Koch negativ.	délután 4 óra. 37-9	8550
12	32 é. nő +	Myelitis e compressione. Spodyl. tuberc. Tuberc. pulm.	délután 5 óra. 38-5	3500

XVI. Tüdő- és légcsőbajok esetei.

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. ^o	Fehérvérsejt szám
1	44 é. férfi	Myocard. chronica. Bronchitis.	d. e. 10 óra. 35-9	9500
2	50 é. férfi	Arteriosclerosis. Emphysema pulm. Bronchitis.	VI/9. d. u. 39-5	11500
3	11 hónapos gyermek +	Pneum. catarrh. Soporosus.	délután 4 óra. 38-5	17000
4	16 éves, fiú	Bronchitis. Egy hét óta ágyban fekvő.	délután 4 óra. 37-1	7000
5	30 éves, férfi	Bronchitis putrida.	d. e. 10 óra. 36-9	9000
6	50 éves, férfi	Arteriosclerosis. Bronchitis.	d. e. 12 óra, norm. hőmérséklet	7000
7	50 éves, férfi	Arteriosclerosis. Bronchitis.	délután 4 óra. 36-5	5000
8	36 éves, nő	Bronchitis acuta.	délután 4 óra. 38-2	16000
9	19 éves, nő	5 hét óta beteg, jelenleg mindkét tüdő alsó részén erős hurut, apró szörcsölő zörejekkel. Beteg igen elesett. Beteg lassanként javul.	VII/23. d. e. 9 ó. 38-2 VIII/9. d. e. 9 ó. 37-2	29000 4500
10	75 éves, nő	Arteriosclerosis. Bronchitis diff.	délután 4 óra. 39-5	11000
11	40 éves, férfi	Bronchitis acuta. (Pneumonia?) Másnap 3 nap mulva távozik.	délután 4 óra. 40-2 délután 9 óra. 37-7	11500 11000
12	18 éves, férfi	Bronchitis acuta. 2 hét óta beteg.	délután 4 óra. 38-8	10000

stb. székelnek, a mint eseteinkből kitűnik, kisebb-nagyobb mértékű leukocytosist mutathatnak. Nem szólok gyermekekről, a hol pl. magam is egy esetben 24,000 fehérvérsejtszámot találtam nyolcz hónapos csecsemőnél, hanem említhetek másrésről egy 35 éves férfiút, kinek egyébként zsugormája volt és azonkívül peritonealis izgatottságnak jelei, a melyek tulajdonképen észlelésünk előtt 2 hét óta mutatkoztak s a kinnél 39,000 körüli értéket találtunk, a mely számérték ettől kezdve csökkenőben volt és

XVII. Májbaj-esetek.

Szám	Kor és nem	Betegsége vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C.º	Fehér-vérsejt szám
1	46 éves, férfi	Atrophia hepat. cum ascit. et ictero. 6 hó óta fennálló panaszok.	délután 6 óra. 36.3	7000
2	42 éves, férfi	Köldökig terjedő máj, nagy lép és icterus.	délután 7 óra. 37.8	7000
3	20 éves, férfi	Icterus catarrh. 2 nap óta fennálló panaszok.	d. e. 1/212 óra.	7000
4	56 éves, nő	Cholelithiasis? Cholangitis. Sárgasága soha sem volt; már hosszú idő óta fennálló hasfájdalmak. Tíz év óta ezen fájdalmak gyakrabban lépnek fel. Jelenleg másfél hó óta fennálló, a jobb hypochondriumban székelő panaszok. 2 nap óta icterus. Remittáló hőmenet.	délután 1/47 óra. 39.1	6500
		V/16. d. e. 37.6º C. d. u. 39.4º C.	1/2 órával később 39.0	6500
		Állandóan remittáló, fenti határok közötti hőmérséklet. V/22. a subfebrilis hőmérséklet is enged és 24-dikén távozik lényegesen javultan.	V/19. d. u. 7 óra. 38.2	8000
5	31 éves, férfi	Cirrhos. hepat., időnként hőemelkedések.	d. e. 10 óra. 36.8	5000
6	35 é. férfi + Sectionál a zsugormáj mellett peritonit. tbc. is volt látható	Cirrhos. hepat. cum ictero et ascites. 2 hó óta igen elgyengült. 2 hét óta gyakran csuklik és hány.	VIII/12. d. u. 5 ó. 37.7 punctio előtt 8 liter véres savó kibocsátása után.	31000
		Rohamosan gyengül. Közvetlenül exitus előtt	VIII/15. d. e. 10 ó. 36.3	39000
			VIII/20. d. e. 12 ó. 36.2 d. e. 10 óra.	12500 18500 9000
7	44 éves, férfi	Állítólag csak tíz nap óta van sárga bőrszíne, nagy, kemény máj, tágult epehólyag, kismértékű ascites.	d. u. 8 óra. 36.8	8500
8	61 éves, férfi	2 hó óta időnként rázóhideg, soványodik, máj széle kemény. Icterus. Malaria-parasiták a vérben nem láthatók.	V/20. d. e. 10 óra.	6000
		Ther. Tinct. eucalypti és rheum.	VII/23. éjjel 40.4-ig felszökő hőmérséklet. 24. d. e. 12 óra, normalis hőmérséklet	14500
		25-dikén nem szed semmiféle orvosságot és 2 nap múltán távozik. Értésülésünk szerint betegnek azóta semminemű panaszai nincsenek.	26. d. e. 35.7 éhgyomorral.	5500

körülbelül két hét után, közvetlenül az exitus idejében 9000-et kaptunk. Sectionál az idült peritoneitis tuberculosa képe mellett a hevenyebb gyulladás jelei is látszottak, természetesen a fennálló májzsugor kíséretében.

A meningitis tuberculosánál összekötve általános tuberculosus fertőzéssel 10,000 volt a talált fehérvérsejtszám. Ezzel ellentétben volt alkalmam 2 genyes agyhártyagyulladás esetében fehérvérsejtszámértéket meghatározni s mindkét esetünkben nagyfokú hyperleukocytosist találtunk. Szükségesnek tartjuk megemlíteni, hogy eseteink egy 1 1/2 és egy 1/2 éves gyermekre vonatkoznak. A harmadik esetünk nem került sectio alá, időközben vitték ki a kórodáról, a hol azonban a meningealis izgatottság tünetei mellett fennálló, körülbelül 60,000-ig felhágó fehérvérsejtszám mellett valamely fennálló genyes agyhártyalobbra következtettünk. Mindenesetre ily enorm értékeket meningitis tuberculosának még heveny eseteiben sem fogunk találni.

Hogy a tuberculosus és az epidemiás meningitis cerebrospinalis között felállítható esetleges fehérvérsejtszámbeli különbségekről nem szólhatok, oka az, hogy ily irányban számlálást nem végezhettem.

Ha a tüdőben fennálló tuberculosus elváltozás mellett egyéb fertőzési complicatiók vannak, bár erre vonatkozó adataink csekély számúak, azonban azt hiszem egyik-másik esetben kissé nagyobb számértéket kaphatunk, a melyet annál is inkább fokozottabb értéknek kell felvennünk, mivel tudjuk azt, hogy az idült tuberculosishoz szenvedők rendszerint subnormális vagy normális fehérvérsejtszámot mutatnak.

Szükségesnek vélem még röviden a máj functiozavaraira való járó megbetegedéseknél található számbeli ingadozásra kiterjeszkedni. Nem szólnak azon az epeutakban székelő hevenyebb bakteriális fertőző folyamatokról, a melyek nagyobb fokú leukocytosissal járnak, mint már említettük, az esetek legnagyobb részében, hanem inkább azokra vonatkozólag akarunk röviden kiterjeszkedni, a melyekben egy esetleges májfunctio termékei jutnak be a vérkeringésbe (icterusnál). A legkülönbözőbb hepatitisek (nem suppuratívák) Grawitz szerint leukocytosissal járnak. Hasonlóképpen annak malignus elváltozásai is. Mi erre vonatkozólag értékesíthetők 3 esetet említhetünk, a melyekben átlagosan 5060 számértéket találtunk. Hasonlóan icterus catarrhalisnál is körülbelül normális számértékekről tehetünk említést, sőt mi több, a májfunctio megzavarását legélénkebben visszatükröző phosphormérgezési esetekben is, melyek letális kimenetelűek voltak, a normálshoz közel álló értékeket kaptunk. Ezek alapján, bár nagyon jól tudom azt, hogy a különböző májbántalmaknál egyrészt az icterus fennállása és a portális rendszerben fennálló zavart keringési viszonyok, részint pedig az ezen bántalmakkal járó cachexiás állapotok, mind nagyon befolyásolják vérleleteink értékesíthetőségét, mégis azt hiszem, hogy a complicatio nélküli icterusos állapotoknál nem lehet oly határozottsággal felállítani a hyperleukocytosis jelenlétének tanát s a magunk részéről annál is inkább óhajtanánk vélni ezen kérdés tisztázását, hogy a gyakorlati életben az esetleg operatív beavatkozás szükségességét igénylő epeutak genyedő bántalmainál található leukocytosis jelenlétét minél kevesebb előidéző okra vezethessük vissza.

(Folytatása következik.)

Cholin-reactióm a párisi „Société de neurologie” előtt.

Közl: Donath Gyula.

Azon támadás után, melynek cholin-reactióm minap a Magyar Orvosi Archivumban (1904. I. füzet) és ugyanonnan eredőleg a Budapesti kir. Orvosegyesület márczius hó 26-diki ülésén, az epilepsia feletti discussio alkalmával kitéve volt, kellemsen elégtételekre szolgált azon nagyszabású előadás, melyet S. A. K. Wilson Edinburghból a párisi „Société de neurologie” 1904. április 14-diki ülésén tartott ily czím alatt: „La choline dans le liquide céphalo-rachidien comme un signe de dégénération nerveuse. Son importance clinique.” A vizsgálatokat ezen bűvár Pierre Marie alatt, ennek bicêtrei osztályán végezte. Miután ezen polemia annak idején általánosabb figyelmet keltett, úgy hiszem, nem lesz érdektelen ezen előadásról a „Revue neurologique”

folyó évi 8. száma nyomán beszámolnom, mely folyóirat tudvalevőleg a „Société de neurologie“ hivatalos közlönye.

A jegyzőkönyv fontosabb passusai így hangzanak:

„Eddig úgyszólván még semmit sem közöltek ezen új klinikai vizsgálati módszerről. Csak Mott és Halliburton Angliában, Gumprecht Németországban és nemrégiben Donath ismertették meg eredményeiket. Mott vizsgálatai csak a vérre és pedig kevés számú esetre vonatkoznak, Donath-éi azonban a liquor cerebro-spinalisra. Hogy eredményeiket ellenőrizzük és egyszersmind megismertessük ezen lényegileg klinikai eljárás hasznosságát, Marie úr inspirációjára eddig 30 különböző idegkór-esetet vizsgáltunk meg ezen irányban. Mi Donath módszerét alkalmaztuk a cerebrospinalis folyadékánál, melyet csak kissé módosítottunk azon utasítások szerint, melyeket Mott utolsó dolgozataiban a vérre vonatkozólag adott.

„A közönséges módon végzett lumbalis punctio útján legalább 10 cm³ folyadékot fogunk fel steril eprouvettában. Quantitativ összehasonlítás céljából mindig ugyanazon folyadékmennyiséggel kell dolgozni, a mire 10 cm³ elegendő. A folyadékot, mely mindig gyengén alkalikus, kevés sósavval savanyítjuk, szárazra bepároljuk és abszolút alkohollal kivonjuk, mely a sósavas cholinat feloldja. Ha most ezen kivonathoz szintén abszolút alkoholban oldott platin-chlorid 1—2 cseppjét hozzáadjuk, akkor — nem mindig azonnal, hanem néha pár perc múlva — csapadék áll elő, mely cholinplatinchloridból áll.

„Donath azt állítja, hogy abszolút alkohol használatánál a chloralkaliák nem mennek oldatba, melyek különben a folyadékban mindig jelen vannak. Hogy azonban minden összetévesztést elkerüljünk, mi ezen csapadékot 15%-os borszeszben oldottuk. Ebben csak a cholin-kristályok oldódnak. Ha ezen oldatból filtrálás után pár cseppet óráig vagy tárgylemezen elpárologtatunk, akkor kifejezetten sárgaszínű kristályos lemezek képződését észlelhetjük, melyek lándzsa- vagy néha szabálytalan hat- vagy nyolcszögűalakúak. Láttunk kereszt- és rosetta-alakú kristályokat is. (A mint ezeket mind leirtam és le is rajzoltam. D.) Donath egy tisztán kémiai módszert is kidolgozott a cholinplatinchlorid quantitativ meghatározására, melyet azonban mi nem alkalmazhattunk. Egyébiránt, ha mindig 10 cm³-rel dolgozunk, elegendő eszközzel bírunk, hogy a végeredményeket egymással összehasonlíthassuk.

„Mint említettük, eddig 30 idegkóresetet vizsgáltunk. Controll gyanánt nem-idegeseteket is vizsgáltunk — pl. albuminuriát, idült tüdőtuberculosiszt, asthmát, rheumatismust —, de ezekben semmi cholinat nem találtunk. Ellenben haemorrhagia cerebialis, tabes, epilepsia tarda, epilepsia Jacksoniana, paraplegia hysterica, myelitis transversa, tumor cerebri, haematomyelia, encephalomalacia, hemiplegia syphilitica acuta eseteiben majdnem kivétel nélkül megtaláltuk a cholinat. De álljanak itt a pontos adatok:

„Tabes 12 esetében (régi és új, könnyű és nehéz) az eredmény 10-szer pozitív volt (Donath 15 közül 10-szer találta). Positív volt továbbá az eredmény következő esetekben:

„Epilepsia tarda és Jacksoniana (2), tumor cerebri (1), haematomyelia (1), encephalomalacia (3), myelitis transversa (1), hemiplegia syphilitica acuta (1). Régi hemiplegiánál 3 közül 1-szer; haemorrhagia cerebialis 2 esete közül csak egyben constatalhattuk a cholinat, a másik, mely negatív eredményt adott, 15 órával az insulatus után lett megvizsgálva. Világos dolog — a mint ezt már Mott is megjegyezte —, hogy bizonyos idő telik bele, míg a cholin megjelenik. Másodlagos syphilitis 2 esetében nem volt cholin, ép úgy hysteria 2 esetében. Az utóbbi közül az egyik, egy nő, paraplegiás volt. Elég útunk-módunk van a szervi idegbetegségeket a hysteriásoktól megkülönböztetni, de a cholin jelenléte talán megengedi, hogy kétes esetekben döntsünk. Így Jackson-féle epilepsia egy esetében, a hol némely, valószínűleg hysteriás eredetű tünet is jelen volt, a cholin kimutatása nagy valószínűséggel a mellett szólt, hogy szervi bajjal van dolgunk. Másrészt azonban fel kell említenünk, hogy Donath-nak hysterio-epilepsiánál is egyszer pozitív lelete volt.

„Mindezen esetekben egyszersmind a liquor cerebrospinalis cytologiai vizsgálatát is megejtettük és következtetéseink talán nem lesznek érdektelenek. Így nem találtunk szembeszökő viszonyt a cholin egyrészt, és a lymphocytosis, valamint egyáltalában bárminemű sejtek közt másrészt. A lymphocytosis csak 1 tabes-esetben hiányzott és ebben cholin volt jelen. Ellenben azon 2 tabes-esetben, a hol a cholin hiányzott, kifejezett lymphocytosis volt. Egy traumás paraplegiánál a cytologiai vizsgálat kifejezett polynucleosist mutatott genynyel, a mi idült meningitis purulentára utalt; egyúttal azonban meglehetősen mennyiségű cholin is találtunk. Ez nagyjában jól összehangzik a lymphocytosis és egyáltalában a folyadék cytologiai elemeire vonatkozó felfogásainkkal; egyrészt egy lényegesen meningitikus laesioval, másrészt pedig parenchymás szövet, azaz a myelinhüvelyek bántalmazottságával van dolgunk. — A paralysis progressiva is kell, hogy idevágó bizonyítékokat szolgáltatasson. Meg is kezdtük ezirányú vizsgálatainkat, miről később remélünk beszámolni.“

Cholin-reactióm és leleteim tehát itt az egész vonalon fényes beigazolást nyertek; sőt Wilson egy lépéssel tovább is megy és a cholin-kimutatást, melyet ő klinikai vizsgálati módszernek deklarál, differential-diagnosisra is akarja felhasználni szervi és functionális idegbántalmak közt. — Lutetia in neurologicis locuta est!

Ehhez most még csak azt a megjegyzést kívánom hozzá-

fűzni, hogy jelenleg két cholin-reactio birtokában vagyok, melyeknél a chloralkaliák jelenléte egészen közömbös és tetszésszerűtlen mennyiségük mellett is a cholin biztosan kimutatható. Ezekről később akarok beszámolni.

Közegészségügy.

Az elhagyottá nyilváníttatás körül a Gyv. Sz. rendelkezéseinek szigorú szem előtt tartása. ad 2026 V—c/1904. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak.)

Az elhagyott gyermekek védelméről szóló 1903. évi 1. sz. a. kelt szabályzat 1. §-a azon rendelkezésének kellő érvényesítése érdekében, mely szerint a nevelésre és eltartásra képes és köteles hozzátartozók kellőleg kinyomoztassanak és hogy csak oly gyermek nyilváníttassék elhagyottnak, kinek eltartásáról és neveléséről rokonok, jótévedők, jótékony intézetek vagy egyesületek nem gondoskodnak, felhívom a czímet, hogy kellőleg intézkedjék, hogy az e részben eljáró árvaszékek a szabályzat fenti rendelkezését kellő alaposzággal és lelkiismerettel hajtsák végre.

Különösen a tartásra köteles rokonok keresetképtelenségét okmányilag, kis- és nagy községre nézve a főszolgabíró által megerősített községi bizonyítvánnyal, vagy a mennyiben a keresetképtelenség nem nyilvánvaló, hatósági orvosi bizonyítvánnyal igazoltassák.

A közgyámok útján pedig előzetesen kíséreljék meg a segélyre szorult gyermekeknek jótékony egyesületnél, a törvény szerint tartásra nem kötelezett rokonoknál, egyes jótévedőknél stb. való elhelyezését.

Az elhagyottá nyilváníttatási határozatokban pedig kiemeljék, hogy az elhagyottá nyilváníttatásra nézve az idézett szabályzat 1. §-ában előírt említett kellékek tényleg csakugyan fennforognak.

Figyelmeztesse az árvaszéki ügyészeket is, hogy minden oly esetben, a melyben az elhagyottság kimondása nem indokolt, vagy az elhagyottság kimondásának alapjául szolgált ténykörmények igazolására beszerzett bizonyítványok adatai kétségesek vagy hiányosak, az elhagyottsági határozatot felebbezzék meg.

Budapest, 1904. évi márczius hó 27-dikén.

Tisza s. k.

Karsai Sándor dr. „Az elhagyott gyermekek védelme“ című könyvének ajánlása. 110,532 V—c/1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak és valamennyi árvaszékeknek.)

Kampis János dr. kiadásában megjelenő „Közigazgatási könyvtár“ című vállalat legújabb füzetében Karsai Sándor dr. belügyministeri fogalmazó „Az elhagyott gyermekek védelme“ című alatti rendszerezés egybefoglalta az 1901: VIII. és XXI. t.-cikkeket, valamint az ezek végrehajtása tárgyában kiadott 1903. évi 1/V. c. B. M. számú szabályzatot, s az ezekben foglalt rendelkezéseket gyakorlati magyarázatokkal látta el, a munkához iromány- és nyomtatvány-mintákat csatolt, szóval a gyermekvédelem kézikönyvét írta meg.

Miután az intézmény életbeléptetésének első idejében ez a kézi könyv a törvények végrehajtásával foglalkozó külső hatóságok kezében igen hasznos útmutató, ennél fogva azt Czímnek és Czím útján a hatóságoknak, hatósági közegeknek, különösen pedig az árvaszékeknek és közgyámoknak figyelmébe ajánlom.

E műnek, mely Budapest, a „Közigazgatási könyvtár“ szerkesztőségében (Kampis János dr., Zöldfa-utca 17) jelent meg, bolti ára 2 korona 40 fillér.

Budapest, 1904. évi márczius hó 26-dikén.

A minister helyett: Széll Ignác s. k., államtitkár.

Kertész Kálmán dr. „A magyarországi szúnyog-félék rendszertani ismertetése“ című füzetének szétosztása. 27,986 IV—b/1904. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

Hivatali elődömnök 1902. évi 22,178. szám alatti körrendeletével a hatósági orvosok közt szétosztott „A malaria-kérdés jelen állás-át elméleti szempontból ismertető orvosi művel kapcsolatosan szükségesnek láttam oly zoológiai műnek a megírását, mely a malaria-ellen való védekezésnek a mai tudás szerint lényegét képező specialis rovarisme elemeit a kérdés megoldásának érdekében közreműködésre felhívott hazai orvosközönséggel szakszerűen megismertetni lesz hivatva és ezenkívül alkalmas lesz a hazánkbeli szúnyogfajok rendszeres meghatározásánál gyakorlati útmutatóul szolgálni, a mi fentebb jelzett tekintetből fontos.

(Csak a vármegyéknek.)

E végből gondoskodtam arról, hogy az említett szempontból kidolgozott és a hatósági orvosok közt leendő ingyenes szétosztás céljából megszerzett ismeretterjesztő szakmából elegendő számú példány álljon rendelkezésre, hogy jusson belőle a magyarhoni váltólázás területek malaria-mentesítésének kérdésével a helyszínen behatóbban foglalkozó községi és körorvosoknak is, kiknek ebből igényt a vármegyei tiszt főorvosa a czímnek feles számban megküldött példánykészletből belátása szerint fogja kielégíthetni.

Felhívom tehát a czímet, hogy Kertész Kálmán dr. „A magyarországi szúnyogfélék rendszertani ismertetése“ című dolgozatának ide-mellékelten megküldött példányaiból a törvényhatósága területén működő tiszt főorvosnak, tisztiorvosoknak és a rendezett tanácsú városok

A kegyes segedelemért, melyben egyesületünk alelnöke ez úton részesítette intézetünket, itt is hálás köszönetet mond a sanatorium igazgatósága.

Az intézet laboratóriumát néhány legszükségesebb felszereléssel még kiegészítettük az elmúlt évben, így egy a mikroszkophoz való mozgatható tárgyasztallal, az Arloing-Courmont-féle agglutinációs vizsgálatokhoz való egyszerű berendezéssel stb.

A gégeészeti teendőket Pollatschek Elemér dr., intézetünk gégeészeti rendelő orvosa teljesítette, mint bőrgyógyász Beck Soma dr. bőrkórtani rendelő orvosa, mint fogorvos Siklós Armand dr., mint nőgyógyász Erdey Gyula dr. egyet. tanársegéd, mint pszichiáter Ranschburg Pál dr., mint sebész Illyés Géza dr. voltak szívesek az elmúlt évben intézetünknek kiváló szívességgel működésüket felajánlani, a miért az intézet igazgatósága e helyen is őszinte köszönetét fejezi ki nekik.

A sanatorium tehenészetét ez évben is Zimmermann Ágoston állatorvosi akadémiai tanársegéd volt szíves felügyelni.

Végül megemlítjük, hogy a betegek foglalkoztatására az első kísérletek ugyancsak megtörténtek már intézetünk igazgatósága részéről, részben a Huszár Ilona bárónő elnökelete alatt álló „Művészet és Művelődés Egyesület” buzgó tagjai segítségével, részben önállóan. Raffiafonásmunka (melynek egy collectióját az intézet a József főhercegsanatoriumegyesület kiállításán közszemlére is tette), rajzolás és festés, legújabbán pedig kosárfonómunka az, mit a betegek szórakoztatására gyakoroltatunk, hogy az intézet ápolóját az önön bajával való tépelődéstől lehetőleg megkíméljük.

Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanár.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A formalindesinfectio mai állásáról.

Közli: Kammer Manó.

Irodalom. Abba und Rondelli: Der Formaldehyd und die öffentlichen Desinfectionen. Zeitschr. f. Hyg. 1898. 27. k. — Abba u. Rondelli: Weitere behufs Desinfection von Wohnräumen mit dem Flüge'schen und den Schering'schen (comb. Aesculap) formogenen Apparat ausgeführten Versuche. Ctbl. f. Bakt. 1900. 28. k. 377. l. — Abba und Rondelli: Das Aetzsublimat und das Formaldehyd in der Desinfectionspraxis. Ctbl. f. Bakt. 33. k. 1903. 821. l. — Aronson: Ueber die neue Methode zur Desinfection von grösseren Räumen mittels Formalin. Zeitschrift f. Hyg. 1897. 25. k. — Buchner und Segall: Ueber die gasförmige antiseptische Wirkung des Chloroform, Formaldehyd und Creolin. Münch. med. W. 1889. 20. sz. — Cambier et Brochet: Sur la desinfection des locaux par l'aldehyde formique gazeuse. Annales de Microgr. 7. k. 1895. — Czajlewsky: Ueber die bisher mit der Formaldehyddesinfection gemachten Erfahrungen. Vortrag. Zeitschr. f. med. Beamte. 1898. 13. k. 785. l. — Czajlewsky: Ueber Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Vortrag, gehalten 1899. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu München. 1899. 2. Th. 2. Hälfte. — Czajlewsky: Ueber die Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd in Köln. Ctbl. f. öffentl. Gesundheitspflege. 9. k. 1900. 15—19. l. — Dieudonné: Eine einfache Vorrichtung zur Erzeugung von strömenden Formaldehyddämpfen f. Desinfectionszwecke. Arb. a. d. kais. Ges.-Amte. 1895. 11. k. 537. l. — Dieudonné: Ueber die Desinfection mit Carboformal-Glühblocks. Münch. med. W. 1900. 42. sz. — Discussion über Formaldehyddesinfection am 21. Sept. 1898. 70. Naturforschervers. zu Düsseldorf. Hygien. Section. 1898. — Dopfer: Sur la desinfection des locaux par la pulvérisation d'une solution de formol. Revue de hyg. 24. k. 1902. 2. sz. — Enoch: Eine neue Desinfectionsmethode mittels Formaldehyd. Hyg. Rundschau. 1899. 9. k. 25. sz. — Erne: Zur Beurtheilung der Desinfection mit den sogen. Carboformalglühblocks. Münch. med. W. 1900. 48. sz. — v. Esmarch: Die Wirkung von Formalinwasserdämpfen im Desinfectionsapparate. Hyg. Rundschau. 1902. 19. sz. — Fairbanks: Experimentelle Untersuchungen über Zimmerdesinfection mit Formaldehyddämpfen. Centralbl. f. Bact. 1898. 23. k. 1—4., 16. sz. — Flüge: Die Wohnungsdesinfection durch Formaldehyd. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh. 29. k. 1898., és Klin. Jahrbuch. 1900. 7. k. — Gehrke: Versuche über die desinfectorische Wirkung der mit dem Schering'schen Apparat „Aesculap“ erzeugten Formalin-Dämpfe. Deutsche med. W. 1898. 15. sz. — Gruber: Ueber die Desinfection mittelst Formaldehyd. Ref. Medizin. Woche. 1898. 5. sz. — Hammer und Feitler: Ueber Wirkung des Formalins auf Milzbrandbacillen. Centralblatt f. Bact. 1898. 24. k. 9. f. — Hammerl u. Kernan: Zur Desinfectionswirkung des Formalins. Münchener med. W. 1898. 47. és 48. sz. — Herzog: Experimentelle Beiträge zur Formaldehyd-Wasserdampfdesinfection. Centralbl. f. Bact. 34. k. 2. szám. 1903. — Jäger und Magnus: Versuche über Desinfection mittels Formalin, mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse (Improvisationen). Hyg. Rundschau. 1902. 7—8. sz. — Kausch: Die letzten Neuerungen auf dem Gebiete der Desinfection und Sterilisation. Zusammenfassende Übersicht. Ctbl. f. Bakt. 1902. Ref. 1. sz. 1. l., 1903. Ref. 11—12., 33. k. 1903. 321. l., 1903. Ref. 24. sz. 337. l., 34. k. 1903. Ref. 6—7. sz. — Krell-Elb: Verfahren zur Desinfection mittels polymerisirten Formaldehyds. Patentschrift. 99080. sz., Klasse 30. Gesundheitspflege Pat. v. 7. Sept. 1897. ausgeg. 2. August 1898. — Kokubo: Die com-

binirte Wirkung chemischer Desinfectionsmittel und heisser Wasserdämpfe. Cbl. f. Bakt. 32. k. 1902. 3. sz. 234. l. — Lehmann: Vorläufige Mittheilungen über die Desinfection von Kleidern, Lederwaaren, Bürsten und Büchern mit Formaldehyd. Münch. med. W. 1893. 32. sz. — Löw: Physiologische Notizen über Formaldehyd. Münch. med. W. 1888. 24. sz. — Niemann: Zur Desinfection von Wohnräumen mittels Formaldehyd. Deutsche m. W. 1896. 46. sz. 747. l. — Novy Waite: The disinfection of rooms. New-York Medical News. 1898. 72. k. — Petruschky: Ist der Schering'sche Formalin-Desinfector „Aesculap“ zur Einführung für die Wohnungsdesinfection zu empfehlen? Verhandl. d. 16. Congr. f. Innere Med. 1898. 31. sz. 511. l. — Petruschky: Fortschritte in der Wohnungsdesinfection durch Verwendung des Formaldehyd. Gesundheit. 1899. 24. k. 1. sz. — Pfuhl: Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfection grösserer Räume. Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskr. 1896. 22. k. és 1897. 24. k. — Philipp: Ueber die Desinfection von Wohnräumen mit Formaldehyd. Münch. med. W. 1894. 926. l. — Piorkowski: Desinfection mittels Capillar-Doppellampe. Centralbl. f. Bakt. 1901. 29. k. 406—410. l. — Prausnitz: Ueber ein einfaches Verfahren der Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Münch. med. W. 1899. 1. sz. 3. l. — Rapp: Ein Beitrag zur Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd ohne Apparate. Apothekerzeitg. 1901. 90. sz. 1085—1088. l. — Reischauer: Vergleichende Untersuchungen über die Brauchbarkeit verschiedener Verfahren zur Ausführung der Wohnungsdesinfection mit Formaldehyd. Hyg. Rundschau. 1901. 11. k. 12—13. sz. — Rigler: A Trillat-féle „Autoclave formogène“ nevű készülék segítségével fejlesztett formaldehyd-gőzzel végzett fertőtlenítési kísérletek. Orvosi Hetilap. 1897. Közegészségügy és törvénytudományi orvostan. 3. sz. 24. l. — Rosenberg: Ueber die Wirkung des Formaldehyds im Holzin. Zeitschr. f. Hyg. und Infectionskr. 1897. 22. k. — Rositzky: Ueber ein einfaches, für den praktischen Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfection mittels Formaldehyds. Münch. med. W. 1899. 42. sz. 1372. l. — Roux et Trillat: Essais de désinfection par les vapeurs de formaldéhyde. Ann. de l'Institut. Pasteur. 1896. — Rubner u. Peerenboom: Beiträge zur Theorie u. Praxis der Formaldehyddesinfection. Hyg. Rundschau. 1899. 9. k. 6. sz. 265. l. — Schipilewsky: Formaldehyd als Mittel zur Desinfection. Dissertation, St.-Petersburg. 1895. — Schönfeld: Mittheilung über den neuen Schlossmann'schen Desinfectionsapparat und das Glykoformal. Deutsche med. W. 1898. 40. sz. 642. l. — Strüver: Bestimmung des für Desinfectionszwecke mittels Lampen bezw. Holzin erzeugten Formaldehyds. Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskr. 1897. 25. k. — Symanski: Ueber die Desinfection von Wohnräumen mit Formaldehyd vermittelst des Autoclaven und der Schering'schen Lampe „Aesculap“. Zeitschrift f. Hyg. 1898. 28. k. 2. f. — Vogel: Ueber Formalindesinfection. Sitzungsberichte der biologischen Abtheilung des ärztlichen Verein in Hamburg. 1900. — Walter: Zur Bedeutung des Formalins bezw. Formaldehyds als Desinfectionsmittel. Zeitschr. f. Hyg. 1896. 21. k. — Walther und Schlossmann: Ueber eine neue Methode der Desinfection. Journal f. prakt. Chemie N. F. 1898. 57. k. 173. l.

A formalinnak bakteriumellenes hatása 1888. óta ismeretes, a midőn Löw mutatta ki először, hogy tápanyagokhoz 1:100,000 arányában adva, a bakteriumok tenyésztését feltartóztatja. Buchner és Segall ezt 1889-ben megerősítették. Walter szerint 1. 1:10,000 concentratioiban a lépfene-, cholera-, typhus-bacillus, a staphylococcus pyog. aur. és a diphtheria mikrobájának szaporodását megakadályozza. 2. Mint gáz még nagyobb hígításban is kifejti hatását. 3. 1%-os oldat pathogen csirke tiszta kultúráját 1 óra alatt megöli. Híg alkohol-oldattal együtt a hatás még erősebb. 4. 3%-os oldattal, kevés alkohollal együtt, kezek csirmentessé tétele biztosan sikerül. 5. Mesterségesen inaktivált anyagokat formalin-sprayvel sterilizálni lehet. 6. Formalin biztosan desinficiál bőr- és ruhaneműket: az erre szükséges idő körülbelül 24 óra.

Lehmann ruha- és bőrneműeken, keféken és könyveken végzett kísérleteinél arra az eredményre jut, hogy a formaldehyd gázalakban erősen desinficiáló tulajdonsággal bír, a mennyiben pl. lépfene-bacillussokat 24 óra alatt megöli, de csak felületükön fejti ki hatását, mélyebb részekbe nem hatol.

Freygmuth kielégítő eredményeket ért el fehérneműnek, öltönyöknek stb. formaldehyddel való desinficiálásakor, a melyek cholera-ürülékek voltak szennyezve.

Pottewin a hőmérsékre fordította a figyelmét, melynél a formalin-desinfectiót végezte; minél magasabb volt a hőmérséklet, annál előbb állott be a hatás. A szibériai pestis-bacillus spórái 2%-os formaldehyd-oldat behatására 15° C.-nál 2 óra alatt, 35° C.-nál 4 óra alatt és 52° C.-nál 15 perc alatt mentek tönkre.

Schipilewsky a következő adatokat szolgáltatja a formaldehyd hatásáról bakteriumokra: 1 m³ térfogaton elpárologtatott formaldehyd 1. zárt könyvbe helyezett typhus-bacillusokat, staphylococcusokat 10 órán belül nem pusztít el, míg a cholera-vibriók már 4 óra alatt elpusztulnak; 2. szűrőpapírral megakadályozza a gáz behatolását; 3. kiterített fertőzött tárgyak biztosan desinficiáltak; 4. posztó, bélés stb. a formalin-gáz behatolását akadályozza.

A mint tehát kitűnt, hogy a formalin bakteriumellenes tulajdonsággal bír, lakások desinficiálására is felhasználták és erre a célra sok készüléket találtak ki. Még mielőtt azonban ilyen eszközök álltak volna a formalinnal fertőtlenítés rendelkezésére, Philipp úgy járt el lakások desinficiálásánál, hogy formalint tálba öntve elpárologtatott. Szerinte 2-2 gm. formalin, az említett módon eljárva, elegendes arra, hogy egy 16 m³ térfogatú szobában levő csirőket elpusztítsa. Ily módon typhus- és cholera-bacillus-cultúrák 2-3 nap alatt elpusztulnak, lépfenespórák életképességét és virulenciáját csak csökkentik a for-

malin-gőzök. Szerző azt hiszi, hogy a formalin nemcsak megbízhatóbb desinfectió erejénél fogva minden más gázalakú testnél, hanem előnyösebb teljesen ártalmatlan volta miatt is.

A legelső készüléket 1894-ben *Cambier* és *Brochet* szerkesztették, melyben a formaldehydet methylalkoholból állították elő az utóbbinak oxydatioja által levegő és izított platina jelenléte mellett.

Ezen az alapon konstruáltak készüléküket *Bardet*, *Krell*, *Duendonné*, *Barthel* és *Tollens*. *Bardet* lámpájával kísérleteit több szobával bíró lakásban végezte diphtheria- és tuberculos-bacillusokkal, valamint staphylococcusokkal. A tenyésztet vaszonra, fára tette, 1—3—5 l. methylalkohol elhasználásakor és 2—24 óráig tartó folytonos behatásra minden bakterium elpusztult, a penészgombák kivételével. *Duendonné* a *Tollens* által használt lámpát nem tartja czélszerűnek, sokkal jobb *Krell* formaldehyd-lámpát, melylyel 28-4 m³ térfogatú helyiséget 320 gm. methylalkohol elhasználásával teljesen desinfectált. Kísérleti tárgyak különböző bakteriumok szolgálták.

Niemann három kísérlete alapján *Barthel* készülékét nem tartja megfelelőnek, a mennyiben egy 2 l m³ térfogatú szobában 359 gm. methylalkohol elhasználásakor képződött formaldehydnek 24 órai behatása után lépfenespórák és staphylococcus aureus nem pusztultak el. 1896-ban *Trillat* formalingőzök nyelésére az „autoclave formogène”-jét készítette. Itt a gőzök magában a készülékben fejlődnek és midőn a nyomás 3 atmosphaerára emelkedett, távoznak el egy kivezető csövön. Hogy a formaldehyd polymerisatioja be ne következzen, *Trillat* chlorcalciumot adott a formalin-oldathoz (200 gm. chlorcalcium + 1 l. formaldehyd + 400 cm³ víz); a keveréket formochlorolnak nevezi. A készüléknek az az előnye, hogy a desinfectiálandó szobán kívül is felállítható, a kivezető csövet pedig a kuleslyukon át vezetik a szobába.

Ugyanebben az évben szerkesztette *Rosenberg* a lámpáját, a melynél az úgynevezett „holzinol”-ból (methylalkohol + 60 % formaldehyd + 5 % menthol) kapja a formalingőzöket. Polymerisatio itt sem következik be.

1897-ben becsátotta *Schering* „Aesculap”-ját forgalomba, melynél a formalingőzök trioxymethylen-pastillák gázzá alakulásából képződnek; később a „Combinált Aesculap”-ot szerkesztette. *Walther* és *Schlossmann* olyan készüléket ajánlanak, a melyben glycoformolt — formaldehyd, glycerin és víz keveréke — gőzöltetnek el. Ezt a készüléket egy üst képezi, a melyben vizet forralnak. A képződött vizgőzt reservoirba vezetik, mely glycoformollal van tele; a vizgőzök behatására a glycoformol átváltozik formaldehydgőzzé, mely aztán külön elvezetőcsöveken távozik.

Megemlítendő továbbá *Czaplewski* „gőzspray”-je, *Flügge*-készüléke és *Rositzky* spray-készüléke. Az előbbinek lényeges része egy gözkazán szabadalmazott borszeszégetővel, mely a spray felmelegítésére és rotatiojára szolgál; a nagyobb cseppeket condensatorba gyűjtik össze és ismét spray-vé változtatják. A formaldehyd mennyiségének elhasználásával egyenes arányban halad a desinfectio biztossága. Rendes körülmények között 1 m³ térfogatra 4 gm. formaldehyd szükséges. A készülék 50 m³ térfogat desinfectálására van szánva. Nagyobb helyiségek-nél megfelelően több készüléket kell felállítani.

Flügge készülékét egy üst képezi, melyben a formaldehyd-gőzöket polymerisatio elkerülése végett vízben oldott formaldehydből kapjuk, melyeket azután a fedőn levő nyíláson át a desinfectiálandó térbe bocsátunk. Czélszerű, ha a tér levegője vizgőzökkel telítve van, egyrészt azért, mert a formalin-gőzök száraz levegőben kevésbé hatásosak, másrészt, hogy a formaldehyd polymerisatioját elkerüljük. Szerző szerint 100 m³ térre a levegőnek a vizgőzökkel egyidőben való telítése mellett 250 gm. formaldehyd szükséges; a behatás a helyiség gondos elzárása mellett 7 órát vegyen igénybe. A levegőnek vizgőzökkel való telítését ugyanaz a készülék teljesíti. A formaldehyd kellemetlen szagának elűntetésére 25%-os ammoniak-oldatot (100 m³ térfogatra 80 cm³) párologtat el légmentesen zárt üstből.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Leredde: Thérapeutique des maladies de la peau. Masson et comp. Paris, 1904. 685 lap. Ára 10 franc.

Hogy a gyakorló orvosok a bőrbetegségek gyógyításánál oly sokszor vallanak kudarcot, annak oka — diagnostikai tévedésről nem szólva — részben abban rejlik, hogy az alkalmazandó gyógyszer megválasztásánál nincsenek figyelemmel a beteg bőr állapotára és részben, hogy az esetleg jól megválasztott szert nem alkalmazzák kellő alakban és kellő módon. A bőrgyógyítás módszereiről a nem dermatologusnak gyors tájékozódást van hivatva nyújtani *Leredde* nagy gondnal, szabatosan és mindamellett elég röviden megírt könyve. A munka három főrésze oszlik: az első rész az általános terapiát tárgyalja, a második az egyes bőrbajok specialis terapiáját, a harmadik meg tulajdonképpen a könyv függelékét képezi s a dermatológiában használatos gyógyszer-alakokat ismerteti. Az első rész methode sclérogène fejezetében találjuk a radio- és phototherapiát, a magas feszültségű áramok (courants de haute fréquence) alkalmazásának leírását. Figyelemre méltó a belső kezelés fejezetének az anyagcsere zavarairól, az alimentarius és autointoxicatio-ról szóló része. A balneotherapiás fejezet csaknem kizárólag francia fürdőkkel foglalkozik. A könyv második része az egyes bőrbántalmak kezelését tárgyalja és a szerző által legjobbnak talált módszerek pontos, kimerítő leírását adja. A dermatotherapiában kevéssé járatos számára a könyv függeléke, mely a gyógyszerekkel és a recepturával foglalkozik, sok hasznosat nyújthat. E fejezetben használatos

gyógyszereink ismertetését sajnálattal nélkülözzük. Az illustratiók közül a 17. számú ellen tehető kifogás, mely Röntgen-megvilágítást ábrázolja, és a melyen az ép bőrterületek védelmére szolgáló ólomlemez hiába keressük. Mindazoknak, kik a sablonos receptírás helyett rationalisan akarják kezelni betegeiket, valamint azoknak, kik a francia dermatotherapiát óhajtják megismerni, e könyvet melegen ajánlhatjuk.

Kollarits Béla dr.

Új könyvek. *Bloch*: Das erste Auftreten der Syphilis in der europäischen Kulturwelt. Jena, G. Fischer. — *Gilg, Thoms und Schedel*: Die Strophantus-Frage. Berlin, Borntraeger. — *Herrenknecht*: Über Aethylchlorid und Aethylchlorid-Narkose. Leipzig, G. Thieme. — *Ehrn-rooth*: Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung. Berlin, A. Hirschwald. — *Marchand*: Über Gehirnreysticerken. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Bayer*: Die Verrenkungen der Mittelfussknochen im Lisfranc'schen Gelenk. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Müller*: Die physikalische Therapie im Lichte der Naturwissenschaft. Jena, G. Fischer. — *Guelliot*: Etudes de chirurgie. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Sebészeti.

Vagus és peritonitis. Ismeretes és egyszersmind általánosan elfogadott tény, hogy a peritonitis összes tüneteit a localis elváltozások nem magyarázzák meg, sőt egy általános megbetegedés jelenlétét kell felvennünk. Epen ezért a hasüreg megbetegedéseiben már régen a nyúltvelő, illetőleg a centrumok functionalis zavarát tételezték fel. Ilyenmü távolhatás azonban csak két úton-módon lehetséges: a vér vagy az idegpályák útján. Ennek megfelelően két vélemény: az intoxicatiós és reflextheoria fejlődött ki, melyek azonban semmi esetre sem zárják ki egymást. Különösen egy tünet az, mely nem a toxinok felszívódásából származik s ez a pulsus és hőmérsék rendellenes viszonya, a mennyiben peritonitissal a pulsus szaporasága sokkal nagyobb, mint más helyről származó fertőzés esetén a hőemelkedésnek megfelel. Ezen körülmény indította *Friedlaender*-t arra, hogy megvizsgálja, minő hatások jöhetnek létre a hashártya felől az idegpályák útján s minő szerepet játszanak acut peritonitis vagy incarcerationatio esetén.

A hasüreg ideges izalmában egyedül szerepet játszó vagus és sympathicus anatómiájának fejtegetése után azon kísérleteivel foglalkozik részletesen, melyeknek az volt céljuk, hogy világot derítsenek a pulsus és hőmérsék közötti nagy különbség okaira. A pulsus igen szapora volta kétféle módon jöhet létre, vagy vagusbénulás, vagy túlnagy vérvesztés folytán. Ezen nagy vérvesztéshez hasonló állapotot idézhet elő azonban a splanchnicus hűdése is a hasüreg szerveinek vérrel való túlságos megtelődése révén.

A n. splanchnicusokat átvágva, azt találta szerző, hogy ha a centralis csontot villamára mal izgatja, a kísérleti állat még a mély narcosisból is felébred s nyöszörög kinjában, tehát az ideg fájdalom iránt rendkívül érzékeny. A pulsus szaporasága nem szenved változást, a vérnyomás azonban kissé emelkedik. Minthogy a vagus fájdalom iránt nem érzékeny, bizonyos, hogy a peritonealis fájdalmat a n. splanchnicus közvetíti a központtal, még pedig a ganglion coeliacum révén. A vaguson végzett hasonló kísérleteknél azt találta, hogy az izgalom előtti magasság alá süllyed a vérnyomás, és pedig annál mélyebbre, minél sürűbb s minél erősebb volt az inger, az inger megszűnésével pedig ismét rendes magasságára emelkedik. A pulsus kezdetben ritkább válik, 15 másodperc múlva azonban szaporasága változatlan marad, a minék bizonyára a vasomotorikus centrum, illetőleg a n. splanchnicus paresise az oka. Annyi bizonyos, hogy a vagus izgalma folytán létrejöhet peritonitissal a pulsus és hőmérsék rendellenes viszonya. Kérdés tehát az, játszik-e a vagus peritonitissal, illetve acut incarcerationatió szerepet, s ha igen, mennyiben?

Ezért macskáknál acut peritonitist idézett elő s azután párhuzamos kísérleteket végzett oly macskákkal, melyeknél a vagust átvágta és melyeknél nem. Azok, melyeknél a vagus ép volt, előbb collabáltak mint azok, melyeknél át volt vágva; egyedüli, vagy lényeges halál-okot a vagusok nem képeztek, mert átvágott vagussal ép oly gyorsan pusztultak el a kísérleti állatok, bár kezdetben aránylag jobban voltak. A halál oka egyedül az intoxicatio és bélihűdés volt; a vagushatás valószínűleg csak mint mellékes körülmény szerepelt és pedig annál lényegtelenebbül, minél súlyosabb volt az intoxicatio.

A mi az incarcerationatió, illetőleg a csepleszstrangulatiós kísérleteket illeti, szerző úgy tapasztalta, hogy az úgynevezett peritonealis izgalom stadiumában a pulsus jóval szaporább, a mi könnyen magyarázható a hasi vagus centralis izgalma folytán direct létrejött vérnyomás-süllyedésből.

Úgy látszik, hogy a ganglion coeliacumnak sokkal fontosabb szerepe van, mint eddig hittük: ha lobos folyamat, vagy ideges behatások folytán kóros izgalomba jut, ez az összes belőle kiinduló idegfunkciókra, a splanchnicusra, a vagusra és a plexus solaris idegeire áterjed. Centralisan a splanchnicus izalmát a fájdalom, a vagusét a collapsus jelzi; a periphéria felé pedig a bélihűdés mutatja a plexus solaris izalmát. Ez emberi peritonitissal a szapora pulsus azt mutatja, hogy a lobos folyamat az intramesenterialis, illetőleg laza subserosus kötőszövetben, a hol az ideges elemek fekszenek, kezd továbbadni s így az egész hashártyára kiterjeszkedni.

Bizonyos, hogy peritonitissal sectio alkalmával a hasüregben talált elváltozások: nagy mennyiségű geny és a bélihűdés, olyanok, hogy nincs szükség egy tisztán functionalis halál-ok kutatására; más-

részt azonban az is tény, hogy vannak esetek, melyekben a lobos elváltozás oly csekély, hogy halál-oknak fel nem vehető s a halál okát csak azon körülmény teszi érthetővé, hogy székhelye a hasüregben volt.

Vannak esetek, melyeknél sem septikus peritonitis, sem bélhűdés nincs jelen; melyek — bár hetekig húzódnak — túlságos nedveseséggel, mely a pulsus szaporaságát megmagyarázná, nem járnak; genyretentio sehol sincsen s mégis collapsusban elpusztulnak. Ezen esetekben épen azon állapot vált chronikussá, melyet peritonealis izgalom névvel szoktak jellemezni s a mely a szívnek állandó, túlságos igénybevétele folytán szükségképen collapsusra vezet. (Arch. f. klin. Chir. 72. kötet, 1. füzet.)

Paunz Sándor dr.

A czombsérvek gyökeres műtétének új módja. Az eddig ismeretes és szokásos műtétek egyike sem zárja pontosan a sérvkaput és nem szünteti meg a peritonealis tölcéért. *Cavazzani* szerint műteti eljárásával ez elérhető; a műtétet négy actusban végzi:

1. A sérvtömlőt oly magasan izolálja, a mennyire csak lehetséges.
2. A bal mutatóujjat a sérvkapun bevezetve, megkerüli a szeméremcsont vízszintes szarát a foramen obturatoriumig s egyúttal a kívülről jövő obturatorius ideg-érköteget le is nyomja. Most jobb kézzel egy kettős, erős selyemfonállal ellátott, erősen görbített, tompa tűt a m. pectineuson át, közvetlenül az os pubis vízszintes szarának alsó szélé alatt a bal mutatóujjig vezet, mely azt átveszi s a csont hátsó felszínén csúsztatja felfelé addig, míg a tű hegye felül meg nem fogható és ki nem húzható.

3. Minden egyes fonál felső végét egy erősen görbített kis tűbe fűzi s a belsőt a lig. Gimbernati helyén, a másikat pedig közvetlenül a vena femoralis mellett a Poupart-szalagon átöltve, erősen összehúzza s megcsomózza őket; úgy hogy a lig. Poupartii az os pubissal jön érintkezésbe.

4. Bőrvarrat.

A gyógyulási eredménnyel szerző igen meg volt elégedve. (Archiv f. klin. Chir. 72. kötet, 1. füzet.)

Paunz Sándor dr.

Venereás bántalmak.

Syphilisnél talált bacillusokról értekezik *Waelsch* (Prága). Mintán az utóbbi években különösen *v. Niessen* számos dolgozatban és előadásban azt hangoztatta, hogy ő a syphilis bacillust megtalálta volna és mintán újabban *Joseph* és *Piorkowski* is hasonlóképen oly bacillust írtak le, mint a syphilis előidézőjét, mely a *v. Niessen*-féle bacillussal identikusnak látszott, azért *Waelsch* részint *Niessen* és *Joseph-Piorkowski*, részint másoknak is syphilisnél talált bacillusait újlag vizsgálat alá vette és ezen vizsgálatok folyamán arról győződött meg, hogy 35 florid syphilisnél csakis 16 esetben tudta a *Niessen*-féle bacillust megtalálni, vagyis e bacillus nem fordul elő állandóan syphilisnél, a kulturák kísérleti állatnál nem idéznek elő mindig tüneteket és ha igen, akkor ezen tünetek nem olyanok, hogy azok a syphilissel azonosíthatók volnának; a beoltott állatokból továbbá e bacillus vissza nem oltható. Mindezeknél fogva sem a *Niessen*-féle, sem pedig a vele identikusnak látszó *Joseph-Piorkowski*-féle bacillus nem kórokozója a syphilisnek, hanem *Waelsch* szerint valószínűleg csakis egy jelentéktelen és a bőrrel vagy nyákhártyákról a nyirokutakba, innen pedig a mirigyekbe, majd a vérbe jutó saprophyta. (Archiv für Dermat. u. Syphilis, 1904. január.)

Sellei dr.

Luetikusok liquor cerebrospinalisát vette újabban vizsgálat alá *Funke* (Prága). Különösen a francziák foglalkoztak sokat a központi és peripheriás idegrendszer különböző megbetegedéseivel a cerebrospinalis folyadék cytologikus vizsgálatával. Tekintettel arra, hogy tabesben, paralysis progressivában stb. a syphilis aetiologiai szempontból is fontos factornak tekintik, az ilyen betegeknek a cerebrospinalis folyadék vizsgálatánál talált nagyfokú lymphocytosis több szerző szerint még kétes esetekben is a betegség syphilises eredete mellett szólna. *Funke* bár elismeri azt, hogy a lymphocytosis a syphilis okozta idegrendszer-megbetegedéseknél állandóan fellelhető és ezért fontos diagnostikai tényező, friss syphilis esetén, illetve a syphilis korai stadiumaiban jelentkező ideges tüneteknél lymphocytosist a cerebrospinalis folyadékban nem tudott kimutatni. (Archiv für Dermat. und Syphilis, 1904. április.)

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Terhesek csillapíthatlan hányása ellen néhány év előtt *Monin* (Lyon) natrium bicarbonicum nagy adagait ajánlotta. Újabban *Oelschläger* (Danzig) szintén ajánlja a natrium bicarbonicumot, a melyből azonban szerinte sokkal kisebb adagok is elegendők, ha tinctura nucis vomicae-vel együtt adjuk, például a következő módon: Rp. Tinct. nucis vomicae 3-0; Natrii bicarbonici 8-0; Syrupi cinnamomi 30-0. Aquae destillatae 150-0. M. D. S. 2-3 óránként egy evőkanálnyit bevenni. (Ref. La semaine médicale, 1904. 8. szám.)

A protylin „Roche” nevű tonicummal, a mely 2-7% phosphort és 81% fehérjét tartalmaz, nagyon könnyen felszívódó és épen oly könnyen assimilálódó készítmény, nagyon jó eredményeket ért el *Goldmann* különböző betegségeiben, a melyekben főleg az idegrendszer erősítéséről kellett gondoskodni (neurasthenia, hysteria), továbbá rhachitisben, úgyszintén vérszegénység eseteiben. Utóbbi esetekben különösen a 2-3% vasat tartalmazó protylinum ferratum ajánlható, míg olyan

esetekben, a mikor az idegrendszer megnyugtatója is kívánatos, a 8% bromot tartalmazó protylinum bromatum jöhet alkalmazásba. A protylin adagja gyermekek részére 1-3 kávéskanálnyit naponként levesbe vagy pépes ételbe keverve; felnőtteknek megfelelően nagyobb adagok adhatók. (Ärztliche Central-Zeitung, 1903. 49. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 22. szám. *Jacobi József*: Struma mellett felépített tetania-esetek. *Preisich Kornél*: A gyermekek heveny fertőző betegségeinek prophylaxisáról és terapiájáról általánosságban.

Orvosok lapja, 1904. 21. szám. *Moskovitz Ignác*: Idegen testek előfordulása a felső légutakban. *Kelen József*: A gyomor- és bélbántalmak physico-balneotherapiája Előpatakon.

Budapesti orvosi újság, 1904. 21. szám. *Löbl Vilmos*: Mérgezési esetek. (Camphor-mérgezés esetei.) *Minich Károly*: A Werlhof-féle betegség törvényszerű orvosi jelentősége.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 21. szám. *Kapralik és Schrötter*: Tuberculin bevitele a légzőszervek útján. *Lederer*: Ruminatio humana és viszonya a haemophiliához. *Kienböck*: Pseudoangina pectoris hysterica. Radioskopia. *Effertz*: Az apa és leánya közösülése az indiánoknál physiologiai és sociologiai szempontból.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 22. szám. *Mader*: A szív- és véreredényhangok auscultatioja. *Dirwald*: A felkarsont lövés okozta törése. *Jehle*: Thorax-empyema secundaer bázisingsipolyiál. *Schmeichler*: Szembajok simulatioja. *Bermann*: Cerebrospinalisclerosis. *Ehrlich*: Mastitis lactantium.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 22. szám. *Landau*: A lép autolysis útján nyert új vérzéscsillapító szer (stagnin). *Brandt*: Adatok a szájüreg sebészetéhez. *Hirschfeld*: Halálos gyomorvérzés egy gyomornyákhártyaütré miliaris aneurysmája következtében. *Rosenfeld*: Az elzsírosodás. *Lithauer*: Sinus pericranii esete. *Heim*: Bioson, új fehérje-vas-lecitin-összetétel.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 22. szám. *Ribbert*: A daganatok gyógyíthatósága. *Lewin*: A tannin pharmacologiájához. *Jolowicz*: Veronal. *Gramann*: Ficker-féle typhus-diagnosticum. *Halberstaedter*: A sensibilizálás ismeretéhez. *Katzenstein*: A szív functio-vizsgálatának új módja. *Fraenkel*: Bronchostenosis. *Heidenheim*: Scorbutal szövődmény diabetes mellitus.

Centralblatt für innere Medizin, 1904. 21. szám. *Kündig*: A typhus-bacillusok agglutinálódása icterikusok vérében.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 5. kötet, 6. füzet. *Loewenstein és Rappoport*: A tuberculosis-immunitás mechanizmusa. *Foss*: A síkságon épült sanatoriumok hibái és ezeknek lehető elkerülése.

Archiv für klinische Chirurgie, 72. kötet, 3. füzet. *Bogoljuboff*: Anastomosisképzés az elvezető ondóutakon. *Bockenheimer*: A n. facialis viszonya a sebészethez. *Englisch*: Betokolt kövek a húgycsőben. *Zaudy*: Történeti adatok a hadi sebészethez. *Ekehorn*: Volvulus és bélelzáródás mozgó coeco-colon ascendens mellett. *Ranzi és Sultan*: Az uranoplastica végső eredményei. *Haberer*: Lateralis entero-anastomosisok. *Suter*: Új invarrat. *Grohé*: A rugalmas rostok csontregenerációja. *Bakes*: Az omentum mechanikai helyzet változása Trendelenburg-féle positionban.

Therapie der Gegenwart, 1904. 4. füzet. *Fischer és Mering*: Veronal. *Winternitz*: A res piratorius anyagcsere idült tüdőgümőkórban. *Doebert*: Tapasztalatok di gitalis-dialysatumokkal. *Loebl*: Collargol használata klysmá alakjában. *Schuster*: Subcutan jodipin-injectiók csúszos izületlob ellen. *Stembo*: Az állandó áramnak a kiköpést elősegítő hatása. *Caro*: A kemény sanker gyógyítása. *Lipmann*: Hepatitis parenchymatosa acuta gyógyítása higanynyal. *Clemm*: Az enteroptosis kezelése ragtapasz-kötésekkel. *Fränkel*: Új oxygen-chloroform-készülék. *Loewenmeyer*, *Hackl*: Theocin.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 26. kötet, 1-2. füzet. *Köster*: Adat az idült szénkéneg-mérgezés ismeretéhez. *Bonhoeffer*: A sensibilitas viselkedése agykéreglaesio eseteiben. *Bernhardt*: Neuro-pathologiai észleletek. *Landau*: Hemiatrophia linguae három esete. *Kollarits*: Migraine ophthalmoplégique. *Rindfleisch*: A lágy agy- és gerinczvelő-burkok diffúz sarcomatosisa a liquor cerebrospinalis jellegző elváltozásaival. *Bing*: A gerinczvelő elhasználódása.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 8. kötet, 1. füzet. *Babes*: Veszett farkas marta egyének kezelése. *Eichhorst*: Hegyi törék idegesek számára. *Much*, *Römer* és *Siebert*: Ultramikroskopi vizsgálatok. *Herz* és *Meyer*: Légzésalakok befolyása a szívre.

Therapeutische Monatshefte, 1904. 4. füzet. *Mendel*: A heveny izületcsúsz és az intravenosus salicylkezelés. *Fink*: A szénaláz újabb kezelésmódjai. *Saalfeld*: Fetron-kenőcs. *Hundt*: A theocin diuretikus hatása. *Zeigan*: Adrenalin és cocain subdural injectioja. *Kablé*: Sero-phulosis és sósfürdő. *Rosenbach*: A tabes és syphilis. *Loebl*: A lápfürdők hatása.

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 80. kötet, 1-2. füzet. *Schleip*: A hombergi trichinosis-járvány és a trichinosisra pathognomikus eosinophilia. *Kokawa*: A tokos bacillus okozta pneumonia kórboneztanához. *Eichhorst*: Multiplex ütérthrombosis. *Elstein*: A fülkagylók köszvényes tophusainak differential-diagnosisa. *Lüthje*: Czukorképződés glicerinből. *Kast és Güttig*: Hypoleukocytosis typhusban és más megbetegedésekben. *Finkelnburg*: Az alkohol befolyása az agy- és gerincz-agybeli nyomásra. *Malaisé*: Az extra- és intramedullaris gerinczvelő-

daganatok differential-diagnosisához. *Kurpjuweit*: A lép elváltozásai anaemia perniciosában és néhány más betegségben. *Muraschew*: A fibrin-fermentnek és előfokainak specifikus volta.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 72. kötet, 1—3. füzet. *Noesske*: A jejunostomia értéke. *Dollinger*: Nyaki gümös nyirokmirigyek subcutan kiirtása. *Sprengel*: A féregnyújtvány kizáródásának diagnosa. *Beyer*: Epekökölíka és májebchinococcus egyidejű előfordulása. *Ohl*: Adatok a choledochoduodenostomia kérdéséhez. *Herhold*: Állkapocsgümőkór. *Grunert*: Tüdővarrat esete. *Puschmann*: Bélcysta. *Küster*: Adat a pankreas-cysták kórbonecztanához. *Jenckel*: Adat az emberi takonykór-fertőzés ismeretéhez. *Kreuter*: Bursitis subdeltoidea esete. *Wendel*: Luxatio femoris infracotyloidea. *Bertelsmann*: Általános fertőzés sebészeti fertőző betegségeiben. *Pels Leusden*: Kettős bélprolapsus köldökbélsipolyon át. *Hartmann*: Primaer typhlitis secundaer perityphlitis. *Summa*: Traumás epiphysis-leválás a csombesonton. *Bauer*: Nyomási necrosis pes varusban. *Grüder*: Osteochondritis dissecans folytan képződött szabad izületi testek. *Bering*: Diagnostikus tévedések Röntgen-átvilágításkor; adat a fibulatórerek ismeretéhez. *Strebel*: „Lichtbrandverfahren”. *Wohlberg*: Traumás kétoldali luxatio perinealis.

Archives générales de médecine, 1904. 19. szám. *Tixier* és *Gauthier*: „Appendicite pelvienne” négy esete. *Chartier*: A nyirokrendszer gümőkórja.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet. 17. füzet. *Cabanés*: Orvostörténeti adatok. *Garel* és *Durand*: Tű harmadrangú hörgben; eltávolítás alsó bronchoscopia útján.

La semaine médicale, 1904. 21. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

British medical journal, 1904. május 7. *A. Clark*: Kizáródott czombsérve esete. *J. Hogarth Pringle*: Gyökeres sérvműtét. *Gilbert Barling*: Gastro-jejunostomia jóindulatú gyomorbajokban. *J. M. Elder*: Syphilises fekélyek okozta heveny bélelzáródás. *W. Taylor*: Bélelzáródás műtét esetei. *W. F. Brook*: Veleszületett homokóra-gyomor. *A. J. Cleveland*: A pylorus veleszületett hypertrophiás stenosisa. *A. Fullerton*: Hét hónapig a bárzsingban tartózkodott idegen test. *E. Solly* és *H. J. Daggett*: A bárzsing rosszindulatú elzáródása. *A. E. Wright*: Az acné, furunculosis és sycosis kezelése staphylococcus-vaccinnal. *J. M. Cotterill*: Tizenhat hónap óta fennállott paraplegia gyógyulása laminectomia után. Május 14. *F. J. Poynton*: A polyarthrititis rheumatica fertőző volta. *S. Vere Pearson*: Hasfájdalom heveny izületi csúszban. *Wm. Robertson* és *Wm. Mair*: Az úgynevezett sterilizált tej bakteriologiája. *W. Hunter*: A bél elsődleges gümőkóros megbetegedése gyermekekben. *J. Biernacki*: Intubatio gégediphtheriában. *T. A. Helme*: Puerperalis göresök kezelése spinalpunctioval. *H. Muir Evans*: Jackson-epilepsia két éves gyermeknél; műtét után teljes gyógyulás. *E. Huntley*: A colon ascendens rosszindulatú megbetegedése.

The lancet, 1904. I. 21. szám. *R. Hutchison*: A vér és a vérképző szervek némely megbetegedése a fiatal korban. *Edfred M. Corner*: A tápcsatorna heveny fertőző üszkös folyamatai. *H. Tilley*: Az orrmelléküregek genyedő folyamatainak sebészi kezelése. *W. Pasteur*: Forróvíz-injectiók tápláló csőrék helyett gyomorfekély eseteiben. *J. Chronnell*: Ankylostomiasis. *H. M. W. Gray*: Inatültetés musculo-spinalis paralysisben. *R. W. Murray*: A nyúlajak geográfiai elterjedése. *H. Cripps Lawrence*: A foetus congenitalis deformitásának esetei. *E. Smith*: Rekeszsérve esete. *A. G. Rider*: Átfúródott duodenum-fekély műtét után gyógyult esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. június 3.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1904-dik év 20. hetében (1904. május 15.-étől május 22.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszületett 479 gyermek, elhalt 342 egyén, a születések tehát 176-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21.9, az egy éven felüli lakosságnál: 18.7, az öt éven felüli lakosságnál: 16.4. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 14, gümös agykérlob 11, agyguta 7, ránggörcs 3, terjedő hűdés 5, bátgerinczsorvadás 0, szívbaj 15, hörglob 0, tüdőlob 20, hurutos tüdőlob 3, mellhártyalob 3, tüdővész 68, tüdőlegdag 5, bélhurut 12, májbajok 7, hashártyalob 7, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 15, gyermekaszály 3, aggaszály 9, rák 4, méhrák 4, egyéb álképlet 9, gümös bajok 2, kanyaró 3, vörheny 16, álh. gégelob 0, ronesoló toroklob 5, hőkhurut 0, gyermekági láz 0, hagymáz 1, influenza 2, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 2, vérhas 0, orbáncz 2, lépfene 0, ebdüh 0, genyivér 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 4, baleset 3, erőszakos, kétes 0. II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közokrházakban. A mult hét végén volt 3443 beteg, szaporodás 976, csökkenés 907, maradt e hét végén 3410 beteg. b) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegek voltak 1904. évi május 15-dikétől május 22-dikéig terjedő 20. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 135 (113), vörheny 70 (92), álh. gége- és ronesoló toroklob 45 (41), hőkhurut 34 (6), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 4 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 15 (6), vérhas 0 (0), orbáncz 23 (31), járv. agy-gerinczagykérlob

0 (0), járv. fültőmirigylob 7 (9), trachoma 2 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Korányi Frigyes** tanárt az ez évben St. Louisban tartandó világkiállítás alatt október 3., 4. és 5-dikén rendezendő nemzetközi tuberculosis-congressus tiszteletbeli elnökévé választották.

— **Uj egyetemi magántanárok.** *Siklósi Gyula* dr. és *Illyés Géza* dr. colloquiuit a tanártestület elfogadván, őket magántanári próbaelőadásra bocsátotta.

— **Unterberg Jenő** dr. VII., Kerepesi-út 16. szám alatt orvos-vegyészeti laboratoriumot nyitott.

— **Fürdőorvosok.** *Györy Ilona* dr. nőorvos június 1-jén kezdte meg fürdőorvosi működését Bártfán. — *Kelen József* dr. Előpatakon, *Hammersberg Árpád* dr. Tátra-Lomniczon, *Rottenbiller Ödön* dr. Trencsén-Teplizen, *Hasenfeld Oszkár* dr. Franzensbadban, *Fanzler Lajos* dr. Thurzó-Füreden, *Szörényi Tivadar* dr. pedig Bártfán megkezdtek fürdőorvosi gyakorlatukat.

— **Pellagra** lépett fel az élesdi járás Gégény nevű községében, mely község román lakossága közül a járvány néhány évvel ezelőtt is több áldozatot szedett.

— **Kisküküllő vármegye közokrházának** most megjelent kimutatása szerint, melyet *Szöcs Mózsa* dr. főorvos állított össze, 1901-ben 842, 1902-ben 1022, 1903-ban pedig 1277 beteg ápolatott. Az ápoltak közül 1901-ben 63.7%, 1902-ben 71.9%, 1903-ban 77.7% távozott gyógyulva.

— **A szt.-Lukács-fürdőben** az idén május 15-dikéig 399 fürdővendég lakott. — Lipik fürdőt január 1-jétől 435 vendég kereste fel.

— **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** segítségét 1904. május havában 230 esetben vették igénybe. Az eddigi működések főösszege 1892. február 28-dika óta 21,661.

— **Megjelent.** *Jacobi*: Atlas d. Hautkrankheiten. II. kiadás. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wien. 1904. — *Eichhorst*: Handbuch der spec. Path. und Ther. Ugyanott. 1904. — *H. Kisch*: Das Geschlechtsleben des Weibes. Ugyanott. 1904. — Tátra-Lomnicz nyaralótelep prospectusa.

— **Elhunyt.** *Frank Samu* dr. fővárosi gyakorló orvos f. hó 2-dikán 65 éves korában.

— **Schwarz Alajos** dr. június 1-jétől fürdőorvosi gyakorlatát újra felveszi Korytnicza gyógyhelyen (Pannonia-szálló).

— **Mattoni Giesshübl** „Sauerbrunn”-ja a Buenos-Aires-i hygienikus congressuson az első eredmél lett kitüntette.

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

— **„Fasor”** (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**.



Szt. Lukácsfürdő
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Oléso és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, belbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: **Rék Béla** dr.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyenyenítés. 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-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. (1904. évi május hó 5-dikén tartott ülés.) 357. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.) 358. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. február hó 25-dikén a Stefánia-gyermekkorházban tartott rendes ülés.) 359. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága.

(1904. május 5-dikén tartott ülés.)

Elnök: **Korányi Frigyes**, majd **Irsai Arthur**. Jegyző: **Ritoók Zsigmond**.

(Vége.)

Tóvölgyi Elemér (mint vendég): Szerény nézete szerint a bemutatott eset a garattuberculosisnak nem miliáris alakja. Az előadó által ismertetett tünetek alapján ez nem egyéb, mint a garattuberculosis ulcerosus alakja. Az elmondottakból kiválglik, hogy a tuberculosis folytán meggyengült ellentállású betegnél első ízben is egy streptococcus angina lépett fel, a mit a diphtheriától megkülönböztetni alig lehet. E gyuladás készítette elő a talajt arra, hogy, ha jól hallotta, a mandulában egy tuberculotikus fekély fellépett. A garattuberculosis ugyanis a következőképpen osztható fel: pharyngitis tuberculosa miliaris acuta, azután pharyngitis tuberculosa chronica, mely utóbbi lehet ulcerosus, granulatus avagy suppurativa (hideg tályog).

A miliáris alaknál először is egy diffúz pharyngitis lép fel, a mire csakhamar a miliáris tuberculomoknak fehéres-szürkés színezetű kiütése egész rajokban és nagy kiterjedésben jelentkezik, a melyek azután mind elfekélyesednek és így számtalan apró kis fekélyt képeznek. Miután a miliáris garattuberculosis inkább haematogen, az ulcerosus pedig aërogen úton fejlődik, az a véleménye, hogy ebben az esetben is aërogen úton fejlődött ki. A két alaknak megkülönböztetése tehát azért is fontos, mert megközelítőleg világot vet arra, hogy vajon mely úton is történt a fertőzés, a minek ismerete a therapiára nézve igen fontos. Hogy jelen esetben a mandulafekély alapján az apró tuberculomok felléptek, mit sem bizonyít az ulcerosus alak ellen, miután rendszeren minden ulcerosus fekély alapján találunk apró tuberculomokat.

Pollatschek Elemér: Az esetet az első belklinikán alkalmam volt észlelni és így Tóvölgyinek megadhatja a felvilágosításokat az eset kezelésére. Betegnél, ha nem is mindenütt, mert a folyamat gyorsan haladt, lehetett apró, szűkfehér göbcséket látni, különösen az oldalsó garatredőn és a lágyszájpadon, megfelelőleg a nyirokfolliculusoknak.

Ezen folliculusokon fokozott fehérvérsejtkivándorlás jött létre, a melyben azután a különféle coccusok, a melyek a szájban mindig jelen vannak, letelepedtek és így jött létre a lepedék. Ezzel szemben az ulcerosus alaknál a folyamat inkább terjed a mélybe, mint azt egy a tisztelt bizottságnak bemutatott esetnél demonstrálni alkalmam volt. Ezen miliáris alak ritka, a mint hogy a pharynx-tuberculosis egyáltalán nem gyakori. Pollatschek az Erzsébet-sanatoriumban 1200 betegnél, a kiknél körülbelül 65%-ban a köpet bacillaris lelete pozitív, csupán két garattuberculosiszt észlelt. A fertőzés módjáról úgy gondolkozik, mint a bemutatott, hogy itt a fertőzés a follicularis tonsillitis után visszamaradó anyagiánnyokon át történt. A tüdőállapotnak párhuzamos rosszabbodására nem valószínű felvenni, hogy tuberculosis-bacillusok aspiráltak, annál kevésbé, mert a lepedékben többszöri pontos vizsgálat után sem lehetett tuberculosis-bacillust kimutatni, streptococcusok aspirálását lehetségesnek tartja, a melyek azután megindíthattak egy exsudatív folyamatot a hörgőkben. Felelmi, hogy vizsgálatai alapján jogosítva van felvenni bizonyos reciprocitást a tüdőbeli folyamat és a garatképletek között, a mennyiben a tüdőbeli folyamat rosszabbodásánál a garaton bizonyos, máskor ismertető elváltozások lépnek fel, a melyeket Pollatschek bizonyos tuberculinreactionak tart. Azt hiszi, hogy ez a garatbeli új infectio viszont a tüdőben okozott egy toxinreactiót, a mely a folyamat progressiójához lényegesen hozzájárult, elősegítve a streptococcus invasioját.

Róna Sámuel nem lát semmi különbséget a Tóvölgyi által említett ulcerosus tuberculosis és a bemutatott eset között. Az előadásból, a kórbonczani és histologiai praeparatumból kétségtelenül kiderül azon tény, hogy ebben az esetben az elsődleges képződmény miliáris gócz volt, és hogy ennek széteséséből származott a fekély. Egyáltalán minden fertőzőesés granulománál a granuloma vagy granulomazzerű képződmény az elsődleges folyamat, a fekélyesedés pedig másodlagos, a granuloma-szövet széteséséből eredő. Tehát ebben az esetben és az ehhez hasonló esetekben, a hol tudvalevőleg mindig miliáris góczok az elsődlegesek, helyesen csakis tuberculosis miliaris ulcerosa mucosae-ról (ez t. i. a szóban forgó folyamatnak általánosan elfogadott neve) szólhatunk, még akkor is, ha az eredeti miliáris góczok már világosan ki nem vehetők.

(Az elnöklést Irsai Arthur veszi át.)

Korányi Frigyes: A bemutatott eset teljesen kivételes formában jelentkezett. Mikor szóló először látta, a lepedék fénylő, szalonnás, kissé szürkés, nagyon nehezen leválasztható hártát képezett, nagyon hasonlót a diphtheritis képehez. Ezért át is küldték Gerlóczy főorvos osztályára, hol két napig állott észlelés alatt, s dőlt el, hogy diphtheritis nincs jelen. Később léptek fel a helyi megbetegedés szélén szemcsék, melyeknek pharyngitis tuberculosa-ként való felismerése igen nehéz feladat. A mi az elváltozás genesisét illeti, felelmi, hogy Róna szerint

bizonyos szöveti elváltozások létrejönnek toxikus befolyás alatt, a mi meg is felel általános felfogásuknak; ilyen az elsaftosodás, mely az élő bakteriumok körül képződik. Van-e a toxinoknak a szöveti elváltozáson kívül távolabbi hatásuk is, úgy mint a gyengeségre, soványodásra, oly szakában a betegségnek, melyben még mi sem mutatható ki a tüdőben, tapasztalatai alapján utalt már Behring előtt is, a ki ily távolhatás alapján a gyermekkor latens tuberculosis következményének tekinti a habitus phthisicust. Az ulceráló folyamatra nézve: a tuberculomus tüdőgyulladás igen gyakran vezet genyves szétesésre; nem minden ponton van tuberculom, s a sejtpeductio nem is mindig göbcsé. És ezért nem is különbözteti meg oly élesen a göbcsés és fekélyes folyamatot. A fekély létrejöttében is szerepet lehet a toxin. Miután pedig a tárgyalt esetből származó hártákban élőben sohasem lehetett bacillussokat kimutatni, nem hallgathatja el a kérdést, hogy nem szerepelt-e itt is ilyen helyi toxikus hatás, a vegyes fertőzeti bakteriumok közreműködésével?

Kérdés végre, nem volna-e a garat megbetegedésének eredete úgy képzelhető, hogy a spondylitis tuberculosa és a praevertebralis tályog képezték kiindulási pontját? Hasonló esetek a nyaki gerincoszlopról áttérve ismeretese, s nem lehetetlen, hogy a nyirokutak közvetítésével hasonló folyamat a mélyebb helyekről is kiinduljon. Általában az utak többsége együttesen is szerepet játszhat, s lehet, hogy közvetlen: bacillusos és közvetett: toxikus hatások egyidejűleg működtek közre az elváltozásokban.

Végül a tüdőfolyamat gyors rosszabbodását okozhatta a streptococcus infectionnak a garatból való aspirálása is.

Kovács József: Miként elnök, szóló is azt hiszi, hogy úgy a pharynx-tuberculosisnak szokatlan diphtheriás képe, mint pedig az ezután észlelt rohamos előhaladása a pulmonalis folyamatok, a vegyes fertőzésnek, a pyogen mikrobák s tuberculosis virus együttműködésének tulajdonítható.

Elischer Gyula: Tóvölgyi szavaira óhajt csak röviden reflectálni, a mennyiben azt hiszi, hogy Tóvölgyi félreértette szavait. Szóló maga kiemelte, hogy a haematogen fertőzés útját kizárni nem lehet, de jelen esetben, a hol tonsillitis follicularis ment előre, a köpet útján hajlandó inkább az infectiot felvenni.

Arloing-Courmont-féle agglutinációs készítmények.

Gescheit József (vendég): Arloing és Courmont kísérleti technikájának és eredményeinek ismertetése után Koch embereken és állatokon végzett kísérleteinek ismertetésére tér át. Úgy Arloing-Courmont, mint Koch is kísérleti eredményeikből azon következtetést vonják le, hogy a tuberculosisus megbetegedés súlyos és rosszindulatú volta és a vérsavó agglutináló képessége között fordított viszony áll fenn; minél súlyosabb és rosszabb indulatú a megbetegedés, annál kisebb a vérsavó agglutináló képessége. Arloing, Courmont és Koch ezt a körülményt onnan magyarázzák, hogy jóindulatú, progressióra nem hajlamos, könnyű esetekben a vérben nagyobb mennyiségben immun testek, antitestek vagy alexinek jelennek meg, melyek épen a vérsavó fokozott agglutináló képességében árulják el magukat. A vérsavó agglutináló képessége ennélfogva nevezett búvárok szerint a szervezet immun képességének mértéke volna.

Parassin segédorvossal egyetemben 33 agglutinációs kísérletet végzett 32 beteg vérsavójával és 2 exsudatum pleuriticummal, 24 esetben pozitív eredménnyel.

A 32 beteg közül I. stadiumbeli volt	4
II. " " "	16
III. " " "	12

A 12 III. stadiumbeli beteg vérsavója kivétel nélkül pozitív agglutináló képességet mutatott, még pedig oly arányban, hogy mennél súlyosabb és progressiora hajlamosabb volt a megbetegedés, annál kifejezettebb volt az agglutinatio.

A 16 II. stadiumbeli beteg közül 11-nek a vérsavója adott pozitív reactiót, míg öt esetben a reactio negativ volt. Itt is megállapíthaták azon egyenes arányt, a mely a megbetegedés súlyossága, rosszindulata, tehát progressiora való hajlamossága és a vérsavó agglutináló képessége között fennállott, a mely abban is megnyilvánult, hogy egyes jobb indulatú esetekben nagyobb (húszszoros) hígítás mellett pozitív reactiót nem kaptak.

A 4 I. stadiumbeli beteg közül csak egynek a vérsavója adott pozitív agglutinációt s csupán ötszörös hígítás mellett.

Két exsudatum pleuriticumot is vizsgáltak, mindkét esetben a reactio negativ volt. Egy II. stadiumbeli betegnek vérsavója pozitív, pleurális exsudatuma negativ agglutinációs képességet mutatott.

A 24 pozitív eset közül 21 esetben a köpetben bacillust is ki lehetett mutatni. A 9 negativ eset közül a köpetelet csupán egy esetben volt pozitív. Egy betegnél, kinél az agglutinációs kísérlet negativ eredménnyel járt, a köpetelet negativ volt, míg tuberculin-injectiora kifejezett reactiót kaptak.

A 24 pozitív agglutinatiót mutató eset közül 16 részint subfebrilis, részint febrilis volt, míg nyolcz beteg afebrilis.

A kilencz negatív reactiót mutató beteg közül négy subfebrilis vagy febrilis, míg öt beteg afebrilis.

Az agglutinációs kísérleteket a Koch által forgalomba hozott szétporlasztott bacillusokkal végezték, melyeket 1:10,000 carbolos physiologikus konyhasó-oldattal hígítottak.

Az agglutinációs jelenségeket kicsiny, erre a célra készült epruvettában figyelték meg, a vérsavót ötszörösére, tízszeresére és húszszorosára hígítva.

Kísérleteiből még végleges következtetéseket nem von le. Azonban már eddigi kísérletei is azt mutatják, hogy a megbetegedés súlyossága, rosszindulata s a vérsavó agglutináló képessége között nem fordított, hanem egyenes viszony látszik fennállni: minél súlyosabb és rosszabb indulatú a megbetegedés, annál nagyobb a vérsavó agglutináló képessége. A miből viszont az következik, hogy a vérsavó agglutinációs képessége a szervezetben fellépő immuntesteknek, antitesteknek és alexineknek mértéke nem lehet.

Korács József: Kifogásolja az előadó következtetésének olyan-kénti formulázását, hogy minél súlyosabb az eset, annál kifejezettebb a vérsavó agglutináló képessége; mert igaz, hogy bizonyos mértékig a savó agglutináló képessége a fertőző anyag virulentiájával fokozódik, de másrészt tudjuk, hogy épen igen virulens baktériumokkal való fertőzésnél az agglutininek fejlődése egyáltalában elmarad.

Gescheit válaszában röviden kiemeli, hogy tapasztalatait a teoriával szemben is fenntartja, mely tapasztalatait praeparatumainak bemutatásával kívánja megerősíteni.

Elnök jelenti, hogy az idő előhaladott volta miatt Kuthy Dezső kéri előadásának elhalasztását, minek elfogadása után az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1904. január 20-dikán.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

Ennek oka a vena lienalis compressioja az aneurysma által, úgy, hogy mindenek szerint pangási léppel állunk szemközt.

A pulsatio az epigastriumban most sokkal kevésbé érezhető, mint 1 év előtt és absolute nem látható, míg annak idején feltűnő erős volt. Ennek oka lehet, hogy az ütődag ürege falzatálló thrombusok által megszükkült, részben talán a lép-daganat által vagy adhesiók folytán a rekesz kupolája alá tolatik és ott rögzítették; részben e mellett szól azon körülmény, hogy a szív kissé fel van tolva.

Felemlítendő még, hogy a szívhangok most tiszták, csak a két aortahang ékelt.

Mindezek szerint állapota lényeges rosszabbodást nem mutat, műtéti beavatkozás ma sem indikált.

Transpleurális hasi szűrt seb gyógyult esete.

Balás Dezső: V. B., gyári munkás, mult év december 22-dikén szállított a Janny tanár által vezetett 3. sebészeti osztályra. Beteg öntudatlan állapotban volt, lehelete erősen alkoholos szagú és súlyos belső vérzés tüneteit mutatta. Bal mellkason a X—XI. bordaközben a mellső hónaljvonalból kiinduló, a bordaközzel párhuzamosan hátrafelé futó, körülbelül 10 cm. hosszú, élesen metszett szélű folytonosság megszakítás volt látható. Bal mellkas felett egyenletesen dobos a kopogtatási hang, kivéve a hátsó, alsó három borda magasságában nyerhető tomputatot.

Az epigastriális táj erősen puffadt, felette a proc. xiphoidus táját kivéve tompa volt kopogtatási hang.

Kellő desinfectio után, miközben a beteg bőséges subcutan infusiót kapott és erősen melegítették, a seben át a mellürbe hatolva, a tapintó ujjak közé férfükölnyi cseplez jut, melynek vizsgálata közben a mellkasi seben át erős arteriosus vérzés indult meg, a mely a cseplez előhúzása és alakítása után azonnal megszűnt.

Bemutató kellő áttekinthetőség céljából a linea alba-ban a köldök felett behatolva, a colon transversum hátsó, felső falán, három haránt-ujnyira a flexura lienalistól, ferde irányú, körülbelül 3 cm. hosszú, a mucosáig hatoló, élesen metszett szélű folytonosság megszakítást talált, melyet sero-muscularis és serosus Lambert-varratokkal egyesített. A rekeszen át előbukott csepleznek a linea alba sebébe való előhúzása, resectioja és szabályszerű ellátása után, miután más hasi szerv sérülése constatálható nem volt, a hasiír száraz kitérítése után a linea alba sebet etage-varratokkal egyesítette. Hogy rekeszsérv keletkezését meg-gátolja, a rekesz sebéhez való kellő hozzáférhetőség céljából a X. és XI. bordát resekálta s úgy a rekesz-, mint a mellkasi sebet teljesen zárta.

A beteg per primam gyógyult meg.

Bemutató két momentumra hívja fel a figyelmet: 1. Hogy, mint esetében, a sérüléssel egyidejűleg fennálló comatosus alkoholos intoxicatio tényleg nem létező súlyos belső vérzés diagnosizására vezetheti a vizsgálat, máskor pedig tényleg fennálló súlyos belső vérzés tünetei kevésbé súlyos alkoholos intoxicatioval hozhatók okozati összefüggésbe. Tehát az eset súlyosságának megítélésénél az alkoholos intoxicatio tüne-

teinek mérlegelésére nagy gond fordítandó. 2. Bemutató esetéből valószínűséggel következtethetünk, miután az irodalomban erre vonatkozólag feljegyzést nem talált, hogy önállóan fellépő comatosus alkoholos intoxicationál bőséges subcutan infusio adagolásával és a beteg erőlyes melegítésével gyors és jó eredmény érhető el.

Koponyasérülés és vakság.

Goldzieher Vilmos: Főleg azért mutatja be ezen esetet, mert úgy törvényszerű tekintetben, mint aetiologiáját illetően igen érdekes. A 38 éves férfibeteg egy Skóciában tett utazás alkalmával kiesett a vasúti kocsiából s eszméletlenül fekve maradt. Eszméletét a kórházban csak 28 nap múlva kapta vissza. Teljesen egészséges lett s látását is visszanyerte. Csak később Fiumében vette észre, hogy rosszabbul kezd látni s itt inunctiós kúrárt végeztek vele. Jelenleg a koponya jobb oldalán hatalmas heg látható. V = 1/2 m. ujjak o. sin. V = 1 m. ujjak o. d. Mindkét oldalt atrophia nervi optici. A Donath tanár által végzett idegrendszer vizsgálat azt mutatta, hogy a térdtünet hiányzik s ennélfogva tabes incipiensre lett téve a diagnosis. A vakságot két ok hozhatta létre: 1. a sérius és 2. a tabes. Berlin óta tudjuk, hogy koponyasérüléseknél a törés folytatódhatik a basisra, itt fissurák jönnek létre, melyek a canalis opticus csontos falait érik, s így vagy compressio vagy szilánkok által a nervus opticus bántatják. Ezen fissurák tompa ütés következtében külső sérülés nélkül is létrejöhetnek contrecoup folytán. De fissurának nem is kell létrejönni, mert a dura alatti vérzés folytatódhatik az opticus hüvelyébe s ezt comprimálja. A bemutatott esetben, igaz, először visszatért a látás; ez úgy magyarázható, hogy a látóideg hüvelyében vérzés volt, mely felszívódott, azonban a compressio folytán később beállott a degeneratio. G. ezen az alapon magyarázza az atrophia létrejöttét s nem a tabesből, mert tapasztalatai szerint az atrophia a tabesnek nem oly korai tünete, s fellépténél már ataxia stb. van jelen.

A térdtünet kimaradását is az orbitális sérülésből lehetne megmagyarázni, mivel újabban az idegorvosok azt állítják, hogy az intracranialis nyomásemelkedésnél a térdtünet kimaradhat s a hátsó gyökök, később a hátsó kötegek degenerálnak. Ez esetben a nyomásemelkedést az intraduralis vérzés okozhatta.

Korányi Sándor: Előadó szerint a korai atrophia n. optici inkább tabes ellen szólana. Kétségtelen ritka tabesnél a korai atrophia n.; de szóló látott olyan esetet, melyben atr. n. optici kivül csak jelentéktelen lancináló fájdalmak voltak jelen és csak később fejlődött ki a tabes teljes körképe. Ezért tehát a bemutatott esetben szóló nem zárná ki, hogy az atrophia n. optici tabeses. A reflexek hiányát a tabes kivül a trauma is előidézhette. Intracranialis nyomásnál is előfordulhat reflexhiány, mondotta bemutató, de szóló nem tudná elfogadni, hogy magas nyomással járó gerinczagi és agyacsü betegségeknél a patellár reflexek hiányoznának. A discussio e kérdésben még nincs befejezve, vannak esetek, ahol nincsenek reflexek és vannak, ahol a reflexek fokozottak. Bastiani azt vette fel, hogy a kis agy reflexfokozó centrum és mikor ez kiesik, a reflexek megszűnnek. Mások nyomásból akarják magyarázni. Szólónak a segédorvosa itt bemutatott egy gerinczagtumor-esetet, melynek következtében meningitis purulenta volt jelen, itt a reflexek fokozottak voltak. A nyomási teoriát tehát nehéz elfogadni. A hol a reflexek hiányoztak, ott mind kisagybeli megbetegedések voltak jelen. Vérzésből is nehéz volna magyarázni. Nyomásból tehát nem magyarázhatja szóló a reflexhiányt, valamint a hátsó koponyagödörben sem tudná megtalálni a nyomás helyét és inkább azt hiszi, hogy a reflexhiány az intracranialis folyamattól független. A reflexhiány, az atrophia n. optici inkább a tabesra utal, bár a diagnosis még nem biztos.

Goldzieher elismeri, hogy vannak korai atrophia n. optici tabes mellett, de ezek ritkák. Rendesen az atrophia mellett már más jelek is vannak. A nyomásemelkedésről nem mondotta, hogy theoria, csak azt, hogy hypothesis. Szóló összeírta a nyomásemelkedésből magyarázott reflexhiányos eseteket. Valószínűnek kell felvenni, hogy a traumának is volt befolyása.

Orbitális tumor.

Goldzieher Vilmos: Epitheliális carcinomák, melyek a corneoscle-rális limbusból indulnak ki, s mellfelé nőnek, aránylag nem oly ritkák. Klinice jóindulatúak, a mennyiben előfelé nőnek, sokszor az egész corneát elfedik, áttörésre hajlamot nem mutatnak. Olyan carcinoma azonban, mely hátrafelé nő, az egész irodalomban csak egy van említve. Ilyen esetet észlelt Goldzieher is s ennek a készítményeit mutatja be. Klinice csekély exophthalmus volt jelen, a cornea átlátszó. Conjunctiva bulbi infiltrált, a limbuson kissé kiemelkedő. A szemtérő merev, mintegy be van falazva a tumorba; az orbitális szélen kemény dudor. Hogy a luest kizárja, Goldzieher előbb kenőkúrárt végzett, mivel erre javulás nem mutatkozott, exenterált. A készítményen látható, hogy a nervus opticus s a bulbus hátsó fele teljesen össze van szorítva, s a bulbus mellső képletei épek. Görcsű alatt a tumor epitheliális carcinomának bizonyult.

Conjunctivális plastika esetei.

Goldzieher Vilmos: 4 esetet mutat be, hol prolapsus iridisnél végezte a műtétet. A nagy előny az, hogy a rávarrt conjunctivális lebeny csak az anyagihiány helyén tapad, a cornea többi részéről visszahúzódik: azonkívül oly hegcsövet képződik, mely nem hajlandó tágulásra, s így staphyloma nem képződik.

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. február hó 25-dikén a Stefánia-gyermekórházban tartott rendes ülése.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál, Dapsy Viktor.

Elnök: Megnyitja az ülést.

Verebely: Mint a Stefánia-gyermekórház sebész-főorvosa örömmel üdvözlö a szakosztályt otthonában.

A Mosetig-féle jodoformplombokról.

Winternitz A.: Az elmúlt év április havában a Centralblatt für Chirurgie 16. számában Mosetig bécsi sebész jelentős felfedezéshez méltó rövidséggel egy eljárást ismertet, mely az előadó szerint, úgy látszik, hézagpótló lesz a csontsebészetben. Az eljárás lényege az, hogy a nagyobb csöves vagy tömegesebb csontokban elhalások vagy uszarak révén keletkezett defectusok kellő sebészi kitakarítás és desinfectio után egy félkemény, indifferens, antiseptikus és resorbeabilis massával kitöltve, plombálva legyenek. Nem ismeretlenek oly kísérletek, melyek a csontok continuitásában beavatkozások után visszamaradt defectusok pótlását célozzák, részint élő csontok, részint kifőzött, decalcinált csontok behelyezése révén. E kísérletek azonban csak kivételesen vezettek eredményhez, mert a behelyezett élő csontok rendszerint elhaltak, az élettelen nem resorbeabilis anyagok pedig vagy be sem gyógyultak, vagy rövid idő múlva újra kilöktek.

Mosetig genialitására vall, midőn az idegen testek betódulásának veszélyével számolt, az általa javaslatba hozott massát úgy szerkesztette meg, hogy az indifferens és resorbeabilis volta mellett egyúttal antiseptikus is legyen. E massa áll: jodof. pulv. 40, sperma cet., ol. sesami aa 40. Ezen alkotó részeket a gyógyszerész 80° C. mellett folytonos keveréssel összeolvasztja, keverés közben lassan kihűlni hagyja. Használat előtt ezen plombmassát vízfürdőn óvatosan fel kell olvasztani s olvadt állapotában az előzőleg kitakarított csontüregekbe beönteni, hol azután kihűlés közben megmerejed.

A plombálásra szánt csontüregek illetve defectusok előkészítése következőképen történik: végtagokon végzett műtéteknél mindig Esmarch-féle vértelenítéssel kell dolgozni, a plombálandó csontrészt lefelett lehetőleg jókorá bőrlágyrész-periostealebenyt kell készíteni, hogy a behelyezett plomb a lebeny ráhelyezése után mindenfelől támasztékot nyerjen. Ott, hol ily lebenyt nem képezhetünk, vonalas metszésekkel kell dolgozni, a behelyezett plomb felett a lágyrészeket lehetőleg zárni kell. A gőcz feltárása után annak csak kitakarítása következik, sarjak, kóros csont, sequester alaposan kitakarítandók, míg a környező ép csont és lágyrészállomány nem fekszik szabadon. Most következik az üregek desinfectioja, mi az egész eljárás sarkalatos fontosságú részét képezi. Mosetig erre 1% formalin-oldatot s 2–10% hydrogen hyperoxydot ajánl. Előadó a desinfectiót úgy végzi, hogy azt először 1% lysoform-oldattal, majd utána 100% sublimattal kimossa, majd 1% formalin-oldattal megöblíti és egy percig behatni engedi. Legfontosabb szerinte a formalin, mert erős desinfectio volt mellett a szövetekbe is behat. Ezután az üreget tamponnal kiszáritja. Mosetig ezenfelül meleg levegővel is kiszáritja az üreget, mit azonban előadó feleslegesnek tart, elég ha az üreget tamponokkal jól kitörülük. Ha az üreg száraz, semmi szivárgás nincs, akkor a felolvasztott plombot lassan beleöntik, mely 1–2 perc után megmerejed. A lágyrészeket egyesítik, sipolynyalások drainezésre használhatók fel.

A plomb, ha azt aseptikus helyen, nem sipolyos esetben deponálták, reactio nélkül szokott begyógyulni. Inficiált esetekben is, ha a desinfectio kellő volt, simán begyógyul a plomb. Ilyenkor azt észlelni, hogy az azelőtt fennállott genyedés a plombozás napjától kezdve megszűnik, helyette csak serosus secretio van jelen, a sipolyok 3–4 hét múlva záródnak s az egész folyamat meglehetősen simán gyógyul. Betegre és orvosra nézve egyszerűbb és gyorsabb utókezelést képzelni sem lehet. Nincs szükség gyakori kötésváltásra, tamponálásra, drainezésre. A begyógyult plomb elég gyorsan resorbeálódik, Röntgen-felvételeken már 2–3 hét múlva áttünőbb, világosabb zóna jelenik meg a plombok körül, mely a plomb állományába benyomuló élénk sarjrétegnek felel meg. Idővel a plombmassa kisebbedik s a helyét ép csontszövet foglalja el.

Kilencz operált beteget és az azokról különböző időben felvett Röntgen-képet demonstrál.

Manninger Vilmos: Igen fontos segédeszköznek tartja a jodoform-plombokat a csontüregek kezelésénél, az eredmények azonban, miket velük nagy csontüregek kitöltésénél elért, nem oly fényesek, mint előadói. Ennek okát abban látja, hogy nagy üregek kitisztítása nem sikerül úgy, mint gyermekek kis üregei, kiknél e mellett a regeneratio is sokkal gyorsabb, úgy hogy plomb a már korán sarjakkal van körülvéve, rögzítve. Az esetek túlnyomó számában a plombfeletti bőr per primam egyesült, 2–3 hét múlva azonban a tömés kezdett kilökődni, de még ez esetekben is a gyógyulás rövidebb időt vett igénybe, mint a régi nyílt kezelés mellett.

Dollinger: Bizonyító érvül a mellett, hogy a jodoformplombot nemcsak fiatalok, hanem idősebb emberek is jól eltűrnek, és hogy nagyobb plombtömegek is megmaradnak a csontban, egy 54 éves férfi esetét hozza fel, a kinél a felkar felső izületi végében fejlődött nagy porzodaganat miatt felkarresectiót végeztek. Ekkor kitért, hogy a porzodaganat a felkarcsont egész velőüregét is megtöltötte és miután azt abból részint felülről, részint a felkarcsont diaphysisének alsó végén

készített nyílason át tisztára kikanalazta, a csont velőüregét 160 gramm jodoformplombbal kitöltötte, a mely belegyógyult a csontvelőbe. A gyógyulás per primam minden zavaró tünet nélkül történt.

Felemlíti azután még, hogy újabban a plomb beöntése előtt, a vérzés gyorsabb csillapítására, Mosetig a csontba adrenalin-oldatba áztatott tamponokat alkalmaz. Más esetekben is alkalma volt a jodoform-plomb jó hasznavehetőségéről meggyőződni s ezek alapján azt a sebészeti technikában mint valóban hézagpótló eljárást ajánlja.

Heges szűkület miatt végzett húgycsőresectio esete.

Winternitz A.: 14 éves fiú, 1902. augusztusban hólyagkő és súlyos cystitis miatt vétetett fel az osztályra, hol bemutató epicystotomiát végzett, a követ eltávolította, az urethrába állandó kathetert, a hólyagseb alsó zugába pedig Guyon-féle suprapubikus syphondrainaget alkalmazott. Az urethrában fekvő katheter azonban a negyedik napra erős urethritist okozott, sőt a penis gyökén periurethralis infiltratum is keletkezett, mely elgenyvedvén, kívülről meg lett nyitva. Négy hét alatt a tályog helyén szűkület kezdett mutatkozni, melynek továbbfejlődését megakadályozni a gyermeknek vidékre való távozása folytán nem lehetett. A további kezelés nélkül maradt betegnél a húgycsőszűkület 1902. decemberig oly fokot ért el, hogy újból jelentkezése alkalmával a szűkületen semmiféle műszerrel sem lehetett átjutni. Tekintettel arra, hogy a betegnél tályog után fellépett gyorsan fejlődött exquistus heges szűkület forgott fenn, bemutató az urethrotomia externától elállott, egyenesen a szűkület szakasz resectiojára szánta el magát, már csak azért is, mert beteg az állandó kathetert nem igen tűrte s esetleg újabb heges szűkülethez vezetett volna. Körkörös resectionál a húgycső preapubikus szakaszának 1 cm.-nyi darabja lett kimetszve. A húgycső-csontok egyesítése 8 csomós paraurethralis catgut-ültetéssel sikerült. Állandó katheter nem lett a húgycsőbe bevezetve; beteg első naptól fogva húgycsővént át vizelt. Műtét után az egyesített bőrből első vezetett gazeecik helyén vizelésnél vékony sugárban vizeletszivárgás mutatkozott, mely hét nap múlva spontán záródott. Utókezelés 23. Char.-ig, jelenleg hét hó óta semmi recidiva, 23 Char.-t befogadja, a resectio helye spontán tágulást mutat.

Traumás húgycsősipoly varrattal zárt esete.

Winternitz A.: Öt éves fiúgyermek penisét közepe táján ezernaszállal strangulálta. Ez állapotot a szülők csak akkor vették észre, midőn a fonál a penis hátán erősen bevágott, alul pedig a húgycsővet harántul átmetszette. E helyen az urethra alsó és oldalfalainak megfelelőleg lenesényi defectus jött létre, melyen az összes vizelet ürült. Bemutató a húgycsődefectus széleit felfrissítette és az urethra-csontokat paraurethralis elhelyezésű csomós catgut-varratokkal egyesítvén, a húgycsővarrat felett a bőrt is teljesen zárta. Állandó kathetert itt is ép úgy, mint az előző esetben, nem alkalmazott; a beteg első percztől fogva húgycsővént át vizelt. Gyógyulás zavartalanul per primam jött létre. Esetei alapján partolja Koenig ama tanácsát, hogy urethra-resectiók és urethravarratok után ne helyeztessék állandó katheter a húgycsőbe, mert annak bennfekvése könnyen a varratszélek lobosodására és szétválására vezethet. Különösen veszélyesnek tartja az állandó kathetert gyermekeknél, kiknek húgycsővé bennfekvő műszerekkel szemben igen érzékeny. Más dolog az, ha fertőzött hólya; mellett, annak drainezéséről gondoskodni kell, ily esetekben azonban a húgycsővarrat contraindikálva van, azt cystitis mellett végezni nem tanácsos.

Heges nyelőcsőszűkület retrograd tágitással gyógyult esete.

Winternitz A.: Négy éves leánygyermek 1 1/2 év előtt lúgkőoldatot ivott, melynek képesen nyelőcsőszűkület kezdett fellépni. Igen elhanyagolt és lesóványodott állapotban került vissza a kórházba, midőn is csak egy 10 Char. vastagságú bougie volt bevezethető. A fokozatos tágitás egy ideig jól haladt, később azonban a bougiek a cardia táján fennakadtak, a nyelés pedig csaknem lehetetlenné vált. Ezzel kapcsolatban oesophagus-diverticulumra emlékeztető tünetek léptek fel. Nevezetesen, ha a gyermek enni próbált, a forcírozott nyelési kísérletek után dyspnoé lépett fel, mely mindaddig fennállott, míg a gyermek a lenyelt étel-részeket újból erős ökrindözés kíséretében ki nem hányta. Az oesophagus-beli viszonyok kiderítése céljából bemutató narcosisban oesophagoskop-pal átvizsgálta a nyelőcsövet, mikor is kiderült, hogy a fogsoroktól 12 cm.-nyire egy az oesophagoskop tubusát még épen befogadó enyhe szűkület van jelen. Ez alatt a nyelőcső thoracalis vége erősen ki van tágulva, a cardia táján pedig egy második, alig kendermagnyi lumenű merev, heges szűkület van jelen. Az oesophagoskopon át egy vékony, filiformis bougie lett az alsó stricturán át vezetve és a további tágitás Philips-féle bougiekkel megkísérelve, mi azonban eredményhez nem vezetvén, bemutató az igen leromlott beteg gyomorsipolyt készített Fontan szerint, egyrészt, hogy a gyermeket ezen át feltáplálja, másrészt, hogy a szűkületeket retrograd módon a gyomor felől kitágítsa. A szűkületek tágitása elastikus, fokozódó kaliberű drainekekkel a gyomor felől elég jól ment. Később hajlékony bárzsingkutaszokra tért át, melyeket egy a gyomorsipolyon át kivezetett selyemfonál kalauzálása mellett vezetett át a kissé excentrikus fekvésű alsó szűkületen. Jelenleg a gyermek teljesen jól nyel, meghízott; egy 36 Char. vastagságú bárzsingkutasz könnyen a gyomorba tolható. Bemutató az esetében alkalmazott Fontan-féle gyomorsipolyt, mint egyszerűen készíthető, egyenesen a gyomorba vezető, igen jól záró és magára hagyatva gyorsan spontán begyógyuló sipolyt ilyen esetek számára melegen ajánlja és azt minden tekintetben fölébe helyezi a Wölfer és Hacker-Marwedel-féle sipolyoknak.

Gégepapilloma két műtött esete.

Winternitz A.: Gégepapillomák a gyermekkorban relative elég gyakoriak, úgy hogy az összes életkorokat felölelő statisztikák értelmében az összes papillomák 1/5 része az ötödik életév alatti korra esik. Igen gyakran a gégepapillomák első tünete, a rekedtség, már az első élet-hónapokban, sőt a születéstől kezdve is észleltetett, mi egyes vizsgálókat annak felvételére bírta, hogy a bántalmat congenitálisnak tartásák. A zsenge gyermekkorban fellépő papillomák, a bántalom veszélyessége és prognosisa tekintetében, a fejlettebb gyermek- vagy a felnőtt-korban jelentkező bántalommal össze sem hasonlíthatók. A gyermekgege szűk volta miatt a bántalom igen gyorsan nehézlégzéshez, fülöklési rohamokhoz vezet és ha idejekorán légesömetszés nem történik, a gyermek megfulladhat.

Egy másik veszélye a gégepapillomás gyermekeknek az ezen bántalomhoz oly gyorsan társuló bronchitis, bronchiolitis és pneumonia. Köztudomású, de sokak által nem méltányolt tény az, hogy gyermekek, kik bármely okból származó gége- vagy légesőszűkületben szenvednek, rendkívüli fokban disponáltak bronchitisek, bronchopneumoniák kifejlődésére. Ennek oka az, hogy a légutak akadályozott ventilatioja mellett az egész légzőtractusban létrejött nyákpangás alkalmas szolgált arra, hogy bronchiális és peribronchiális infectiók jöthessenek létre, mely localisatiókra — köztudomás szerint — éppen speciell a gyenge gyermekkor leginkább disponált. Ezen veszélyeken kívül tapasztalati tény, hogy a legfiatalabb gyermekkorban jelentkező papillomák recidiváló hajlam tekintetében sokkal gonoszabbak, mint a felnőttek papillomái és a mellett még sokkal nagyobb percentben multiplexek, mint a felnőtteknél.

Ezen viszonyok szemmel tartása mellett a prognosisa és a therapia tekintetében a felnőttek és gyermekek gégepapillomái között különbséget kell tenni. Míg az endolaryngeális úton kezelhető felnőtteknél első sorban ezen módszer kísérendő meg, addig 5 éven aluli gyermekeknek a tükröz kontrollja mellett végzendő endolaryngeális módszer szóba sem jöhet. A vaktában a száj vagy előrement tracheotomia-nyílás felőli kitérőseket, mint ki nem elégítő és bizonyos recidivákat eredményező eljárásokat elveti, és csak a tükröz kontrollja mellett történő exact kísérleteket engedi meg. A hol ezen postulatum a gyermekek zsenge kora és értelmetlen viselkedése folytán meg nem valósítható és a papillomák oly nagyok, hogy súlyos légzési nehézségeket okoznak, feltétlenül thyreotomia révén távolítandók el. Ily esetekben az előzetesen már amúgy is szükségessé vált tracheotomia felett felhasítja a pajzsporcot, a papillomákat az alapjukat szolgáltató nyákhártyával együtt kimetszi, az így visszamaradt nyákhártyadefectust pedig 2—3 catgut-varrattal egyesíti, a gége pedig tamponade nélkül bezárja. A papillomák rendszerint az ál vagy valódi hangszalagokon, avagy pedig mindkettőn ülnek. Bármelyiknek kimetszése után visszamaradó defectust a gégebemenet nyákhártyájának eltolhatósága folytán varrattal egyesíteni lehet.

Egy 19 hónapos és egy 3 éves gyermeket mutat be. Az elsőnél nagy kiterjedésű papilloma miatt az egész baloldali áhangszalag nyákhártyáját, a másodiknál multiplex, a bemenetet teljesen kitöltő papillomák miatt a baloldali áhangszalagon kívül még a jobboldali ál- és valódi hangszalag mucosáját is ki kellett metszeni. Mindkét esetben a defectusokat 2—2 catgut öltéssel fedni lehetett. Mindkét eset per primam minden utólagos tágitó kezelés nélkül meggyógyult.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

1137/904. sz.

Kisküküllővármegyében fekvő Bolkács nagyközségi orvosi állása, köz-ségi orvosnak járásorvosát történt kinevezése folytán üresedésbe jöven, ennek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás a vármegyei keblí pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1200 korona törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmind nyugdíjjogosultsággal is egybekötve.

2. A községi orvos a községi betegek gyógykezeléséért a községi pénztárból 200 korona tiszteletdíjat élvez, műtétek pedig az egyesek által megállapodás szerint díjaztatnak.

3. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és 4 hosszú öl tűzfűt szolgál.

4. Köteles a községi orvos fentebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezeltetni, a halottkémlést teljesíteni, a hűségét ellenőrizni.

5. Az 1414 lelket számláló községben gyógyszerár nem lévén, az eddigi orvos kézi gyógyszerár tartásának jogosultságával bírt, a mit a megválasztandó orvos is elnyerhet.

6. A megválasztandó körorvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott hét szomszéd község kezeléséért hasonlóan a vármegye keblí pénztárból havi részletekben fizetendő 600 korona tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvezi.

A választást f. évi június hó 24-dikén délután 3 órára Bolkács község irodájába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy törvény-szerűen felszerelt kérésüket június hó 23-dikéig bezárólag adják be.

Hosszúasszó, 1904. évi május hó 21-dikén.

3—1

Gyárfás Károly, főszolgabíró.

1011/904. szám.

Szabadka szab. kir. város Mária-Valéria-közkórházában lemondás folytán egy 1200 kor. évi fizetéssel, lakás, fűtés, világítás és ételmezéssel java-

dalmazott alorvosi állás jöven üresedésbe, arra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket Schmausz Endre főispán úrnál Szabadkán legkésőbb f. évi július hó 15-dikéig annál is inkább nyújtsák be, mert ezen időn túl érkező kérvények figyelembe vételére nem fognak.

Pályázótól megkívánatik az egyetemes orvostudori oklevél, hosszabb kórházi vagy klinikai gyakorlat és nőtlenesség, műtői oklevél a pályázónak előnyt biztosít. Az alorvos, ki a közkórházban köteles lakni, az első segélynyújtást kivéve, orvosi magánygyakorlatot nem folytathat.

Szabadkán, 1904. május 25-dikén.

A polgármester.

3979/1904. szám.

A Losonc városi közkórháznál lemondás folytán megüresedett, ez idő szerint 800, jövő 1905. év január 1-étől azonban 1000 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és közkórházi ételmezéssel egybekötött alorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt, képesítésüket, eddigi működésüket igazoló okmányokkal ellátott pályázati kérvényeiket folyó évi június hó 30-dikéig hivatalomhoz annyival inkább nyújtsák be, mivel az elkészen érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losonc, 1904. évi május hó 29-dikén.

Wagner Sándor polgármester.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
jun. 7.	menhelyi segéd o.	Szabadka	1200 k., lak., élelm.	György Gábor dr., belügyminiszterhez cz.
" 10.	körorv.	Kuczora	1000 korona, gyógytár	Széchenyi Gyula főszolgabíró Kula
" 10.	tiszti főo.	Korpona	1500 k., 225 k. lakbér	Czobor László alispán
" 11.	téb. s. o.	Budapest-Li-pótmező	1200 k., élelm., lakás	Ipolság
" 11.	körorv.	Ráczpetre	1200 k., fuvar ingyen	Bolyó, ig. belügymin. hez czimezve
" 12.	körorv.	Krassó	1200 korona	Waniss Sándor fszb. Csaba fszb. Szatmárnémeti
" 14.	kórh. alo.	N.-Beeskerek	1000 k., lak., élelm.	Jankó alispán
" 18.	körorv.	Szepsi (Abauj)	1400 k., 400 k. fuvar	Géczy Gy. fszbíró Szepsi
" 20.	kórh. s. o.	Esztergom	1000 k., telj. ellát., sz. lak., fűt., vil., kiszolg.	Esztergom vármegye alispáni hivatala
" 25.	2 kórh. segéd o.	Miskolcz	800—800 k.,	Dr. Vadnay Tibor figyz., főispánhoz czimezve
jul. 1.	kórh. s. o.	Beregszász	1400 k., szab. praxis	Jobsty Gyula alispán
" 1.	iskola o.	Nagy-Kőrös	400 korona	Filó Lajos ev. ref. lel-kész Szatmárnémeti

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgy-dara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes!

Könnyen emészthető!

Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságán Eperjesen.

Dr. WEISZ EDE
PÓSTYÉNI INTÉZETE

Medicomechanikai (Zander és Herz) osztály.
Modern kényelem. Vízvezeték. Villanyos világítás.

Szobák havi árs 20 koronától feljebb. " Minden felvételi-
közvetlen kérezzel szolgí! Dr. WEISZ EDE.

ÉTVÁGY-
TALANSÁG.

székrekedés és következményei ellen legjobb a

HERKULES

budai keserűvíz, mely rendkívüli enyhe és utól nem ért biztos hatása.
Egyedüli természetes keserűvíz, mely hasrágást nem okoz.

TULAJDONOSOK: PRUCHA KÁROLY és TÁRSA,
BUDAPEST, Erzsébet-körút 33. sz.

MINDENÜTT KAPHATÓ

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markuszovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Preiszig Hugó: Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből. A budapesti kereskedésbeli tej vizsgálata gümöbacillusra. 361. lap.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Nosocomialis gangraena. 363. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Adatok a fehér vérsajt-számlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél. 366. lap.

Tárcza. Pollatschek Elemér: Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről. 367. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kammer Manó: A formalindesinfectio mai állásáról. 369. lap. — Könyvismertetés. W. Scholtz: Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. (Picker Rezső.) 370. lap. — Lapszemle. Belgyógyászati. Seiffert: Lumbal punctio uraemiában. — Sebészeti. Belz: Az appendix resectiójának technikája. (Pauz Sándor.) —

Venerés bántalmak. Lassar: Syphilis átoltása állatra. (Kollarits Béla) — Gutzeit: Syphilis primaer tünet a szem kötőhártyáján. (Sellei.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Fritsch: Alsól. — Cohnheim: Bismutose. — Folyóiratok átnézete. 370–371. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Közkórházi orvostársulat.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Királylátogatás a klinikán. — Kinevezések. — Magántanári próbaelőadások. — Tisztikar-választás. — Megválasztás. — Új törvényszéki orvosok. — Oklevél-bemutató. — Ünnepeztetés. — Elhalasztott összeállítás. — A Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete. — A Trefort-szobor leleplezése. — Ösztön- és segélydíj-adományozás. — Földünk látogatottsága. — Bársony professor poliklinikája. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — A budapesti poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. 372. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Melléklet. Chemische Fabrik von Heyden cég „Acetyl-salicylsav“ cz. prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből.

A budapesti kereskedésbeli tej vizsgálata gümöbacillusra.

Irta: Preiszig Hugó dr. tanár.

Midőn Koch Róbert a gümőkórt okozó bacillust felfedezte és senki sem, maga Koch sem kételkedett abban, hogy az ember tuberculosisis azonos a szarvasmarha tuberculosisisával, melyet azelőtt gyöngykórnak szerettek nevezni, akkor abban sem kételkedett senki, hogy gümőkóros tehen, főleg a tejében foglalt gümöbacillusok által, embert fertőzni képes. Attól fogva ellenkezőleg természetesnek látszott, hogy a fiatal gyermekeknek nem ritka bélodri scrophulosis nem egyéb, mint gyöngykóros tehenek bacillustartalmú teje által okozott gümőkórja a bélodri nyirokmirigyeknek.

Minden orvos, a ki némileg figyelemmel kíséri a tuberculosisis terén a nézetek alakulásait, tudja, hogy a legutóbbi években az említett általános felfogásban annyiban állott elő változás, hogy Koch R. és követői már nem tulajdonítanak a gümöbacillust tartalmazó tehéntejnek szerepet a tuberculosisis terjesztésében emberek között és pedig azért nem, mert a marhagümöbacillust az emberi bacillustól különböznek, az emberre nézve veszélytelennek tartják. Ha ezzel szemben Behring azt a tant hirdeti, hogy az emberi tuberculosisis létesítésében épen a fertőzött tehéntejnek jut a főszerep, akkor ebből, ha egyéb nem is, de az az egy tanulság bizonyára és joggal levonható, hogy a fertőzött tehéntejnek szerepe az ember tuberculosisis terjedésében a szigorú kritikának helyt álló módon megállapítva még nincs.

Hogy tényleg mennyire nehéz czáfolatot nem tűző módon megállapítani azt, hogy bizonyos esetekben a gümőkóros fertőzés tehéntejjel történt, azt leginkább azóta tudjuk és látjuk, a mióta

szükségessé vált Koch Róbert-tel és követőivel szemben bebizonyítani azt, hogy fertőzött tej embert igenis fertőzni képes.

Ennek bizonyítására csak két mód lehetne alkalmas; az egyik azon kulturalis és esetleg egyéb természetű különbségeken alapul, a melyek az emberi és a marhagümöbacillus között léteznek, feltéve, hogy a marhából eredő bacillus az emberben is megtartja még ama jellegeket, a melyek által az emberi bacillustól különbözik. Ennél is kevésbé megbízhatónak látszik nekem a Koch R. által ajánlott az az eljárás, hogy emberben észlelt gümőkórt akkor tartunk marhából eredőnek, ha vírusával borjut fertőznünk sikerült; mert a borjú nem absolute immunis emberi és nem feltétlenül fogékony marhából eredő vírussal szemben.

A másik, nézetem szerint egyedüli helyes és tévedésekre legkevésbé vezető eljárás abban állana, hogy a saját használatukra 1—2 tehenet tartó családokban egyrészt a családtagok, főleg pedig a tejen tartott gyermekek, másrészt a tehenek egészségi állapota párhuzamosan beható észlelés tárgyát képezze, még pedig oly házakban, a hol a felnőttek tuberculosisis kizártnak látszik.

Ha a gyakorló orvos csecsemők és zsenge korú gyermekek tuberculosisis eseteiben mindent megtétetne, a mi az illető udvar tehenei esetleges tuberculosisisának felderítésére szükséges, akkor talán világosabban látnók, hogy minő kapcsolat van az ember és a szarvasmarha gümőkórja között. Reméljük azonban, hogy utóbbi irányban bő tapasztalatok szerzésére az orvosoknak alkalmuk már nem lesz, mert az állam már alig odázhathatja el a szarvasmarha, első sorban pedig a fejős tehenek gümőkórja ellen teendő hathatós közbelépését.

A tej fertőzést közvetítő szerepének felderítésében az első, és kísérletezéssel eldönthető kérdés az, vajjon gümőkóros tehenek teje egyáltalán tartalmazza-e a gümöbacillust és mily gyakorisággal, mert ha nem tartalmazza, vagy csak nagy ritkán, akkor nem is lehet jelentősége a gümőkór terjesztésében. A másik kérdés, t. i. az, hogy gümöbacillustartalmú tej fertőzni is képes,

állatokra nézve kísérletileg be van bizonyítva, a mennyiben ilyen tejtől pl. malacok megbetegednek és az utóbbi években szerzett tapasztalatok szerint a kicentrifugált sovány tejjel etetett sertés-állományokban a gümőkór feltűnően terjedt.

Hazánkban a tejnek gümöbacillustartalma tudtommal még nem képezte vizsgálat tárgyát, miért is szükségesnek láttam ez irányban tájékozást szerezni.

E feladat teljesítésében az volt a törekvésem, hogy minél különbözőbb forrásokból eredő, azaz minél több tehénből származó tej kerüljön vizsgálatra. Ez okból a megvizsgált 58 tejmintát mind más és más kereskedésből szereztettem be, a mi természetesen nem zárja ki azt, hogy azok némelyike közös forrásból származott. A mintákat a VI., VII. és VIII. kerület belső és külső területén szereztettem be.

Tudva azt, hogy tejben a gümöbacillushoz mikroszkopice egészen hasonló más baktériumok is előfordulhatnak, a melyek azonban nem pathogének vagy legalább is hygieniai szempontból jelentőség nélkül valók, a tejnek mikroszkopos megvizsgálásától eltekintettem és minden esetben az állatkísérlethez folyamodtam, a mely gümöbacillus jelenlétében jellemző bonczatani elváltozások, t. i. elcsajtosodó gümők keletkezésére vezet.

A kísérleti eljárás minden esetben abból állott, hogy a friss tejből körülbelül 100 grammnyi mennyiség centrifugáltatott (percenként mintegy 2500 forgással); az így nyert üledékből tengerimalacok hasüregébe oltottunk 5 köbcentiméternyi mennyiséget.

A beoltott kísérleti állatoknak részben bevártam elhullását, részben pedig leöltettem azokat az oltás után annyi idővel, hogy gümöbacillusok jelenléte esetén a gümőkórnak bőven volt ideje a kifejlődésre.

A vizsgálatok eredménye szerint 58 tejminta közül nyolc — tehát az összesek mintegy 13·80%-a — tartalmazott annyi és olyan gümöbacillusokat, a melyek tengerimalacokban kétségtelen és általános gümőkórt létesíteni képesek voltak.

A teljesség kedvéért meg kell említenem, hogy a gümőkóros kísérleti állatok mindegyikének kóros szerveiben mikroszkoppal a gümöbacillusnak megfelelő bacillusokat kimutattuk; ellenben nem sikerült a gümöbacillust a kóros szervekből ki is tenyészteni. Eme negatív eredményű tenyésztési kísérletek azonban semmi kép sem támogatják azt a netalán felmerülő gyanút, mintha a gümőkórosnak jelzett kísérleti állatok egyike vagy másika nem valószínű tuberculosisban, hanem valamely utóbbihoz hasonló egyéb betegségben szenvedett volna és pedig azért nem, mert egyrészt a gümőkóros folyamat minden esetben kiterjedt és nagyfokú volt és a gümők elcsajtosodásával párosult, másrészt pedig ismeretes, hogy épen a valódi gümöbacillus tenyészthető legnehezebben, míg számos hozzá hasonló és esetleg szintén némileg pathogén csirák jóval könnyebben tenyésznek szokásos tápanyagainkon. E szerint tehát a negatív tenyésztési kísérletek is csak a valódi gümőkór mellett szólnak.

Kétségtelen ezen kísérletekből, hogy a Budapesten kapható tejnek gümöbacillustartalma elég gyakori jelenség és több mint valószínű, hogy vidéken, a hol a tejelő tehenek egészségének ellenőrzése hiányosabb, a gümöbacillustartalmú tej még gyakoribb, mint a fővárosban. Ezen lelet teljesen egyezik a szarvasmarha, különösen pedig az idősebb fejős tehenek gümőkórjának nálunk is constatált nagy gyakoriságával.

Ha a tej gümöbacillustartalmának gyakorlati, azaz közegészségi jelentőségét tekintjük, kérdve, hogy ilyen tej mit árt vagy árthat embernek és mi szerepet játszhatik az a gümőkór terjesztése szempontjából, akkor nem adhatunk ugyan e kérdésre oly választ, a mely első pillanatra meggyőző lehetne abban az irányban, hogy a gümöbacillustartalmú tej igen is terjeszti a betegséget emberek között.

A gümőkór ugyanis emberek között is felette elterjedt és gyakori betegség lévén az azt okozó csirák is bőven el vannak hintve körülöttünk, úgy hogy az ember tulajdonképpen mindig és bárhol ki lehet téve beteg emberek, illetve ezek által elhintett ragályanyag által való fertőződésnek is. Ezenkívül pedig a gümőkór majdnem kivétel nélkül igen lassan kifejlődő s lefolyó, sokszor lappangó, évekre és évtizedekre elhúzódó betegség, úgy hogy ritkább esetek kivételével nemcsak a fertőzés módját, de még időpontját sem vagyunk képesek megállapítani. Fertőzve

lehet már a gyermek, holott a betegség kétségtelen jelei és bonczatani elváltozásai a serdülés korában vagy még későbbben kezdenek csak mutatkozni.

Ez a homály az emberi gümőkór terjedésének ismeretében oka annak, hogy majd a magzatnak méhbeli fertőződését, majd a méhen kívüli életben a tüdőkön át, majd ismét fertőzött tejjel a bélen át való fertőzést tekintik leggyakoribbnak.

Szerencsére azonban, hogy orvosi ismereteink eme bizonytalansága, illetve hiányos volta nem jelent egyszersmind hézagot a tuberculosis elleni küzdelem terén; mert tudjuk azt, hogy gümöbacillus nélkül nincs gümőkór, s hogy a hol gümöbacillus van, ott fertőzés is lehetséges és ez a védelem tekintetében elegendő. Mert csak nem lehet feltételezni azt, hogy valaki pl. a tüdővészese köpetét kevesebb erélylyel vagy talán épen nem kívánna ártalmatlanná tenni az esetben, ha kiderülne, hogy a szétporladó gümőkóros köpet az eseteknek pl. nem 30, hanem csak 5 százalékában volt oka a betegség terjedésének?

Ezt szem előtt tartva nyilvánvaló, hogy közegészségi szempontból gümőkóros tehenek tejtét csak az esetben tekinthetnők közömbösnek, ha minden kételyt kizáróan tudnók, hogy a tehén-tejben foglalt gümöbacillus embert fertőzni egyáltalában nem képes; már pedig vannak észleletek, a melyek ennek ellenkezőjét bizonyítják.

Tudvalevő, hogy az 1901. évi londoni tuberculosis-congressus óta, a hol Koch Róbert a szarvasmarha tuberculosisát az emberétől megkülönböztette és az emberre nézve alig veszélyesnek nyilvánította, nagy szorgalommal gyűjtötték össze a tapasztalati adatokat, a melyek eme felfogás ellenkezőjét bizonyítani alkalmasak. Engedjük meg, hogy eme nagyszámú adatok egy részének bizonyító erejéhez szó fér, de kétségtelen, hogy más része világosan bizonyítja azt, miszerint a szarvasmarha gümőkórja emberre átragadhat és ez elegendő arra, hogy gümőkóros tehenek tejtétől az embert megóvjuk, azaz arra törekedjünk, hogy gümőkóros virust tartalmazó tej ne is kerüljön fogyasztásra.

Tehéntejjel történt fertőzések gyanánt fel szokták említeni a gyermekek bél-, de főleg bélfodri gümőkórját, a mely nem épen ritka. Az ellenvéleményesek ezzel szemben, mivel a gümőkór és bacillusának gyakoriságánál fogva a fertőzés más forrása, nevezetesen az ember felől való fertőzés ki nem zárható, az ily eseteket bizonyítóknak nem tartják.

Tényleg be kell vallani, hogy a gümőkóros tehenek tejének közegészségileg ártalmas voltát nem tudjuk oly manifest módon bizonyítani, a mely az ellene való szigorúbb védekezést bárki előtt kellőleg indokolhatná; és mégis szem előtt tartva azt, hogy a szarvasmarha gümős vírusa emberre átragadhat és tekintve ama különleges viszonyokat, a melyek a tuberculosisnak a fertőzött tejjel való terjedését mindenképpen alkalmasak előmozdítani, az ellene való védekezés szükségességének elismerése elől elzárkózni nem lehet.

Ezen sajátságai, semmi más ragályos betegségnél hasonló mértékben fenn nem forgó és a betegség terjedését minden tekintetben előmozdító viszonyok pedig nagyon sokféle körülményben rejlenek.

Mindenekelőtt kétségtelen és felette fontos, hogy az a tehén, a melynek tejmirigye oly gümőkóros elváltozásban szenved, hogy a bacillust tartalmazó kóros anyag a tejbe keveredhetik, nem egyszer-kétszer vagy csak rövid ideig, hanem sokszor és állandóan, hónapokon, sőt éveken át adja a fertőzött tejet; mert hiszen a gümőkór kevésbé gyógyulásra, mint inkább terjedésre hajló betegség.

Az a család, a melynek gyöngykóros tehén szolgáltatja a tejet és a tejtermékeket, oly tejkereskedés vevői, a mely kereskedés fertőzött tejet és tejtermékeket hoz forgalomba, nem egy-két ízben, hanem tartósan, hónapokon és éveken át lehetnek kitéve a fertőződésnek, egészségi állapotuk, szervezeti ellenállóképességek mindenféle stadiumában. Már pedig tudjuk azt, hogy a szervezet ellenállóképessége nagyon is változó lehet.

Lehetséges pl. az, hogy a sértetlen és rendes működésű bélrendszer mellett az egészséges csecsemőre a gümöbacillus-tartalmú tej élvezetéből kár csak ritkán vagy tán egyáltalában nem hárul; de megváltozhatnak a viszonyok, a midőn bélhurut folytán nemcsak a bélnedv minősége változik meg, de a bél fala-

zata is fellazul vagy kifeléyesedik és a fertőzés ezáltal elősegítettik.

Hasonlóképpen előmozdíthatják a gümőkóros fertőződés bekövetkezését bizonyos betegségek nyilván azáltal, hogy a szervezet anyagforgalmát s vele ellenállóképességét csökkentik, de lehet, hogy bizonyos, a gümőkóros fertőzést directe előmozdító, eddig ismeretlen befolyás által is; már pedig éppen betegek szoktak gyakran főleg tejjel táplálkozni.

Állatkísérletekből tudjuk továbbá azt, hogy a tápcsatorna felől annál könnyebben létesül fertőzés, minél több gümöbacillus jutott oda. Fertőzött tejnek bacillustartalma ingadozó s időnként bizonyára lehet akkora, hogy ily tej fertőzni képes.

A gümöbacillust tartalmazó tejnek veszélyes volta főleg abban rejlik, hogy a csecsemők és zsenge korú gyermekek, a kik a fertőzés iránt kétségtelenül éppen legfogékonyabbak, a tejet legbősebben élvezik.

A fertőzött tej tehát nem olyan, a mely embert, állatot biztosan, mintegy kísérletszerűen fertőzni képes volna; sőt tegyük fel, a mi nagyon valószínű, hogy azok az esetek, a melyekben fertőz, csak igen ritkák azokhoz képest, a midőn nem fertőz, akkor is meg kell engedni, hogy a tejnek és termékeinek nagyon kiterjedt alkalmazásánál fogva absolute nem ritkán találkoznak össze azok a tényezők, a melyek a fertőzést lehetővé teszik.

Ha az imént a fertőzött tej fertőzőképessége mellett érveltem, ezt nem azért tettem, mintha az ilyen tej ellen való védekezés szempontjából ily érvekre szükség lenne; szükség ilyenekre pedig azért nincs, mivel e tekintetben az állategészségügy és a közegészségügy érdekeinek követelményei egymást teljesen fedik. Már pedig azt, hogy állategészségügyi szempontból a szarvasmarha tuberculosisa ellen erőiesen küzdeni kell, s hogy a borjaikat fertőzött tejjel tápláló anyaállatok a gyöngykór terjesztésében mily jelentős szerepet játszanak, azt bizonyítgatni felesleges volna.

A szarvasmarha aránylag rövid életű és könnyen értékesíthető állat lévén, joggal remélhetjük, hogy erőies és tartós beavatkozások által sikerülend ezen állatfaj gümőkórját kiirtani; ezt az eredményt nem az egész vonalon egyszerre, hanem fokozatosan, egymásután megindítandó, de szívós következetességgel keresztülvitt eljárásokkal lehet majd csak elérni.

Ez idő szerint a tejelő teheneknek gümőkór szempontjából való ellenőrzésére semmi különös kötelező intézkedések nem léteznek; ha egyes tejgazdaságok ez irányban valamit tesznek, úgy ez saját jószántukból történik. Pedig éppen az egy két fejős tehenet tartó kis gazda tejforrása igényli leginkább a felügyeletet és ellenőrzést, mert míg a tejgazdaságokban a gümöbacillust tartalmazó tej a nagyobb tömegű jó tejjel keverten kevésbé veszélyes, addig a kis gazda gümőkóros tehenéből a fertőzött tej hígítatlanul juthat fogyasztásra.

A kérdés közegészségi oldalát tekintve, sterilizálás által fertőzött tej ugyan ártalmatlanná tehető; nem remélhető azonban, hogy a tej sterilizálásának szokása a jobb módú és egyúttal felvilágosodott társadalmi osztályokon kívül valaha szélesebb elterjedést nyerne. Különben is mindinkább szaporodnak szakkörökben oly tapasztalatok, a melyek oda látszanak mutatni, hogy a sterilizált tej a csecsemőre nézve nem azonos értékű a nyers tejjel, úgy hogy a tejsterilizálás általános elterjedése talán nem is volna kívánatos.

Hogy a gümöbacillust tartalmazó tejet valamely fertőtlenítő, azaz bakteriumölő szerrel ártalmatlanná tehetnők, arra semmiféle kilátásunk nincs; mert a mi méreg a tejben levő bakteriumokra, az még inkább méreg a tejet élvező emberi vagy állati tápcsatornára és szervezetre.

De bárminő tökéletes és könnyen keresztülvihető eljárásaink volnának is a gümöbacillustartalmú tej ártalmatlanná való tétele, a velők való védekezés csak egyoldali és felületes volna, mert a baj gyökeres gyógyítása azt kívánja, hogy gümőkóros tehen teje egyáltalában fogyasztásra se kerüljön.

Nehéz, sőt nem tekintve mást, mint a szarvasmarha tuberculosisának sokszor nehéz felismerhetőségét, lehetetlen is volna a gümőkóros teheneket országsszerte egyszerre elruálni és a tejtermeléstől elvonni; de már elodázhatatlanul szükséges megkez-

deni az első, a köz- és állategészségügyet egyaránt szolgáló erőies lépést a gyöngykóros tehenek gyérítése végett.

A fejős tehenek lehetőleg gyakori állatorvosi megvizsgálása, a klinikailag kétségtelenül beteg, főleg pedig a tőgy gümőkórjában szenvedő állatok kisajátítása volna a legsürgősebb teendő; tejgazdaságokban pedig, főleg azokban, a melyekből a tej közfogyasztásra kerül, a fertőzött állatok kiselejtezése céljából a tuberculin alkalmazása volna előmozdítandó, esetleg elrendelendő.

Évekig folytatott ilyen eljárás mellett remélhetjük a gyöngykór eseteinek ritkulását talán oly mértékben, hogy általánosabb és még erőiesebb védekezési eljárások is lesznek fogantathatók túlnagy költségek és az ország depecorálása nélkül.

Nem szabad végre figyelmen kívül hagyni azt, hogy a tejbe gümöbacillusos beteg emberekből is juthatnak, ha ilyenek a tejkezelést nem a kellő tisztasággal végzik. Ez okból a m. kir. belügyminister 1898. évi 76,453. számú rendelete, a mely tüdőbetegeknek a tehenistállókba való kitiltására vonatkozik, szigorúan végrehajtandó volna és pedig állategészségügyi szempontból is, mert egyáltalában nem tekinthető kizártnak az, hogy tüdővésztes egyén a köpetével szarvasmarhát fertőzni képes volna.

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

Nosocomialis gangraena.¹

Irta: Róna Sámuel dr., egyetemi rk. tanár.

Mit tudunk ma a *nosocomialis gangraenáról* és a *seb-diphtheriáról*? Hát létezik még nosocomialis gangraena egyáltalán? Ha létezik, mely kórfolyamat az, hol észlelhető? Ki ismeri azt ma már? Ezekre kell felelnünk. Előbb azonban a régiek felfogásáról kell megemlékeznünk és pedig csak néhány rövid vonásban, mert hisz erről annyit és egynémelyek oly jól irtak, hogy azokból bárki könnyen tájékozódhatik.

A mint tudjuk, a régiek hadjáratok nyomán, továbbá kaszárnnyakban, kórházakban észlelték a nosocomialis gangraena tömeges jelentkezését.

Fock volt az első, a ki a kórháztól és háborútól függetlenül észlelte az első eseteket — 7 privat betegnél —. Azóta egész sor ilyen észlelet közöltetett De a közlések igen szórva nyosak. Az *antiseptikus aera* óta annyira átment a köztudatba az, hogy a nosocomialis gangraena kihalt, miszerint azzal nem is foglalkozott már senki. Már az én egyetemi hallgató időmben nem szóltak róla. Én ugyan észleltem több esetet, melyekben a kérdéses folyamatra ráismerni véltem, de csak olvasmányaim útján. Különösen a barakkórházi szolgálatom alatt észleltek maradtak emlékemben. De biztossággal nem mondhattam volna, hogy tényleg azok voltak.

Tehát nem tanították és így nem is figyeltek rá és így nem is ismerték fel, a mi annál könnyebben megtörténhetett, mert az újabb sebkezelés csaknem kizárta az elharapózást vagy gyászos kimenetelt.

Már a régi felfogások is eltérnek a súlyosságot és ragadóságot illetőleg. Némelyek igen enyhe eseteket is irtak le. Eltértek abban is, hogy az úgynevezett *seb-diphtheriát* belevegyék-e a gangraena nosocomialis kórképébe vagy sem. *Brabce* a régi leírások nyomán 3 csoportot állíthatott fel:

1. A legkönnyebb eseteket; csekély láz és mérsékelt fájdalom mellett a sebek könnyű lepedéket mutatnak.

2. Az „ulcerosus” alakot; nagy fájdalom és magas láz mellett az eddig tiszta, sarjzódó sebfelületen egy bemélyedés látható, mely szilárd barnás tömeggel vonódik be; a környező granulatióban számos vérömlés. Amaz üregesen kifeléyesedik és a fekélyesedés minden irányban terjed és egy tipikus nosocomialis fekély keletkezik.

3. A *Delpech*-féle *pulpás* alakot, a legsúlyosabbat a 3 közül; itt szürkés-fehér száraz membránok képződnek, melyek 10—12 nap múlva szürkés tézsta színű tömeggé csnek szét. A szétesés penetrans szagtól, igen bő secretiótól és igen nagy fájdalommal kísért. E három alak *typusos*.

¹ Lásd Orvosi Hetilap 1903. 36—37. számát.

Ettől eltér a *véromlése alak* hatalmas vérzéseivel, az úgynevezett „granit-alak”, a seb granit színe után elnevezve és végül a „pergament-alak” a sebet bevonó vékony hártya miatt. Mind a 3 főlaknak jellemző tulajdona: általános tünetek, láz, hasmenés, ideges izgatottság.

Könnyű alakok, úgy mondják, nehezebbe átmehetnek.

A mi a ragadóságot illeti, azt némelyek hitték, mások tagadták. Az előbbieket mikroorganizmusokra vitték vissza. Ez a nézet tartja magát most is.

Czéltnak volna itt akár a leírások helyességéről, illetőleg a különböző alakok egységes aetiológiájáról és ép ezért a régi bakteriologiai leletekről is hosszabban szólni.

A régi leletek közül Fischer-éi (1874) közelítik meg legjobban a legutolsókat. Azóta sem a tömeges, sem az elszórt esetek vizsgálata nem tarthat annyi elismerésre igényt, mint Vincent exact, modern klinikai, histologiai és bakteriologiai alapon végzett vizsgálata 1896-ból és azért azzal, mint *alapvető* dolgozattal bővebben foglalkozom. 1895 végén és 1896 elején Algirban a Dey kórházban számos Madagaszkárból hazakerült kabyl és arab kísért kezelt kórházi üszök ellen; de csak *kísért*, más nem betegedett meg. Az *infectio* igen csekély kéz- és lábsebekhez szegődött. Piszkosak és könnyelműek lévén, a kötéseket levették és a sebeket ruhával vagy földdel érintkezésbe hozták. Erre gyorsan *üszkös, terjedékeny*, büzös fekélyek keletkeztek szürkés, *pulpás* vagy *pseudomembránás* jellegű exsudattal fedve. Némely beteg egy lazarethben elkülönítve feküdt, mert borzalmas, a csontokat lemeztelenítő gangraenát mutattak. 47 esetet vizsgált meg bakteriologice, ezek közt 9 igen súlyos volt.

Kaparekvizsgálat: A *detritusból* vett kaparek carbolfuchsinnal, carbolos methylenkével vagy thioninnal lett festve, és bár a betegek különböző időben és különböző helyen lettek fertőzve, a bakteriologiai lelet mindig egy volt: 4—8 μ hosszú, 1 μ széles bacillus, nagy, néha igen nagy számban. Ezen bacillusok leggyakrabban egyenesek vagy könnyen hajlottak, némely készítményben S-alakúak. A legrövidebbek 3—4 μ hosszúak; de néha látunk filamentosus elemeket is. Kinézése némileg emlékeztet a *vibrio septicusra*, de a vége megvékonyodott vagy legömbölyített és nem oly szegletes mint a *Pasteur* vibrióé.

Sok bacillus segmentatióban vagy kettenként izesülve van. A methylenkével egyenlőtlenül festődött bacillusok protoplasmája quasi *pseudosporulálás* lett. Ziehl-lel festett készítmények e képet nem adják. Involutiós alakok is gyakoriak voltak, főleg antiszeptikus kezelésnek alávetett betegekben. Ekkor a *vacuolaris* és *orsó alakú* deformált, *végeiken megvékonyodott bacillusok* nagyon hasonlóak egy nem kultiválható bacillusfajhoz, melyet néha bizonyos *diphtheroid angínánál* látunk. E mikroba elszintelenedik Gramra.

A bacillus mindig igen sok, de száma arányban áll az eset súlyosságával. Könnyű esetekben 20—30 egy látótérben, súlyosban collossalis tömegek: a puha pseudomembránás pulpa egy bacillaris purée-t képez vagy helyesebben valóságos culturát. Arányban az antiszeptikus kezeléssel fogy számuk és az eves váladék genyes lesz. A recidiválás helyein újból tömeges bacillusok. E mikroba nagy ellenállást látszott mutatni antisepticumokkal szemben. Leggyorsabban eltűntek kikaparás és 10%-os chlorcalcium porral való behintés után. A *friss pulpából* vett részlet *bouillonban* és *steril vízben* mozdulatlan bacillusokat mutatott. Egyidejűleg, de nem állandóan, egyes mikrokokusok vagy vékony bacillusok is láthatók, de igen gyakori járulék (47 eset közül 40-ben) egy finom *spirillum*, mely nehezen festhető, Gram negativ és nem kultiválható. Némely készítményben ez igen gyér, másokban tömördek vala. Jellemző a kórfolyamatra Vincent szerint a bacillus. 7 esetben egymagában volt jelen. A *spirillumon* kívüli baktériumok accessoriusak.

Szövetvizsgálat: 12 esetben vizsgált szövetet. Már *kis nagytársa* a duplán festett készítményen (carbolfuchsin + fluorescein vagy safranin) 2 zónát látni: egy felületet, $\frac{1}{2}$ —3 millimeter vastagot, mely a *diphtheroid exsudatum* által képezetik; e réteg szabad részében szürkés-kékes és sötétebb csíkok által átszelt és igen szegény sejtekben; mélyebb részeiben sötétebb kék; ezen ponton található a *bakterialis proliferatio activ* rétege, sűrű bokrot képezve, melyből ágak, nyúlványok mennek az álhártya mélyebb szövetébe. Ezen mikroba-rétegnek collossalis fejlődése megmagya-

rázza e folyamat *acut* menetét és napok alatt egy végtag elpusztulását. A *mélyebb zóna* az előbbi alatt az elhalt szövet által képezetik és vérrel átvédött. Bármilyen volt is e szövet természete, határozott structurának nyoma veszett egy bizonyos vastagságban. A mikrobialis terület *alatt* és közvetlen szomszédságában különösen bő embryonalis sejtyülem van, egy védelmi barriérfele, melyet a szervezet emel a baktérium-invasio elé, melyet már Heine constatalt 1874-ben.

Nagyobb nagytársa a membranás rétegben, a hol túlbőségben van, látni a *specialis* fenti bacillust, ugyanazon sajátosságokkal. Ez néha *megnyúlt és fonalas* az exsudatum felületén, a hol kevésbé bő, míg a mélyben, a hol sűrű nyálábokban csoportosult, *rövidebb lesz*.

Csaknem valamennyi vizsgált szövetben a *bacillus egyedül* volt látható. A Gram-festés csak gyér számú izolált coccust mutatott a *pseudomembrana* felszínén. 3 esetben az utóbbi mélyében egyidejűleg *spirillumokat* is látott Vincent; de mélyebben a szövettel érintkezve, a *bacillus absolute egyedül* volt. Ezen utóbbi helyen legyezőszerűen terjeszkedik ki a bacillusraj. A bacillusok ott sűrűen sorakozottak, igen gyakran függélyesen beágyazták az alatti szövetekbe és a tömegek finom nyúlványokat bocsátanak a mélybe. A szabad szél felé pedig mindinkább megfogynak.

Ezen pathogen-bacillus localisatio emlékeztet a Löffler bacillusára az álhártyában. De némely gangraena nosocomialis esetnek mikroszkopos vizsgálata mutatja, hogy e bacillus nem kizárólagosan a sebek felületén tanyázik, hanem hogy behatol a szövetbe is, a hol diffus tenyészetet alkot vagy diffus halmazokat, melyek az edények lefutását látszanak követni. Különösen ez utóbbi esetekben constatunk egyidejűleg *staphylococust* és *spirillumokat*; ezek favorizálni látszanak a *pathogen* bacillusnak a mélybe hatolást.

Bármily súlyos legyen is a bántalom, *localis* marad; a *bacillus nem hat nagyon messze és a vérbe, nem generalizálódik*. A vér, néhány centimeterre a sebtől véve, nem mutat soha *bacillusokat*; a táji mirigyek nem duzzadtak. Egy elhalt szívének vére sem mutatta a bacillust.

Kórbonczatan. Könnyű esetek. *Kis nagytársa.* A pikrocarminnal vagy haemateinnel festett metszetek a *fekély széle mellett* közvetlenül megvékonyodott *hámréteget* mutatnak; némely készítményen ellenkezőleg vastag stratum lucidum van. A *Malpighi-réteg* atrophizált, a papillák lelapultak és e réteg legfelső sejteinek protoplasmája hyalin lett és elveszté rendes szemeses kinézését; az eleidin hiányzik, de a sejtmag jól megtartott. A *coriumban* és *subcutisban* a kötőszöveti és ruganyos rostok, valamint a nyirokürök fiatal sejtek tömege által áthatott, melyek annál tömegesebbek, mentül közelebb jutnak a fekélyhez. E bevándorolt sejtek a capillariskörül, melyek a subcutisból kúsznak felfelé és különösen a vascularis (subpapillás) rétegben, tömeges halmazokat képeznek. A *verejtekcsövek* contourjai összeolvadnak a sejthalmazal, a mirigysejtek duzzadtak. A lumen erősen festett kis sejtek által elzárt. Az *arteriák* peri- és endarteritist mutatnak. Némely vérér újdonszerűen kötőszövetbe zárt és endotheliális burjánzás által obliterált. A *venák* thrombotizáltak. Az erek ezen bántalmazottsága hozzájárul a szövet progressiv elhalásához.

A *fekély fenekén* és a *pseudomembránás exsudatum* alatt a bőséges embryonalis sejtek erősen degeneráltak. A kötőszöveti sejtek a *coagulatio nekrosis* laesioit mutatják. Együttesen egy szemeses, rosszul festődő réteget alkotnak, melyben a szövet bonczatani differencizációja lehetetlenné lett. Ezen pontokon a bőr rétegei, a *tela cellulosa*, az aponeurotikus fibrosus elemek, az izmok felismerhetetlenek, vagy szemeses tömeggé átalakultak, melyek lassanként összeolvadnak a szürk-vörös álhártyával.

Súlyos esetek. A készítmény ensembleja (a gangraenás területől) valóságos cavernás szövetet mutat, oly nagy a haemorrhagiás infiltratum. Egyidejűleg a degenerált kötőszöveti és leukocytákkal a rosszul conservált szövetben látható néhány ér is, melynek üvegszerű és nekrotikus falai könnyen eresztik át a vért. Az erek és capillariskörök ezen degeneratioja, valamint a venák thrombosisa megmagyarázza a tetemes haemorrhagiás infiltratumot. A nagyobb erek degeneratioja vagy ulceratioja megmagyarázzák a néha súlyos, sőt foudroyans halálos vérzést a kórházi üszöknél.

A kórházi üszök valóban egy nekrogen és haemorrhagiát okozó folyamat.

A kötőszövet és izomzat ép így bántott, helyenként szétválasztott mozaikot képező piros vérsejtek által, máshol degenerált, elmosódott. A thioninos készítményen a vérsejtek protoplasmája kicsiny, szabályos, kerek, halványzöld gömbökké olvadt. A vérömléstől kitágult kötőszövet csak néhány rost által és duzzadt plasmátikus és magtalan, néha üvegmemű sejt által képviselt. Némelyik ezen utóbbi sejtek közül nyúlványos, hasonló a diphtheriás álhartya sejtjeihez, egymással egyesülve diphtheroid, szabálytalan nemezt képeznek, telve megolvadt fibrinos lymphával.

Ha a gangraena a mélyebb puha réteget elérte, ez a structura minden nyomát elveszti. Az izomréteg amorph vagy üvegmemű tömeg által helyettesített. Néha a bacillusok az izom parenchymájába hatolnak és faserü elágazásokat képeznek, melyek az izom közti spatiumokat követik. A *pulpás* exsudatum a bacillaris diastasis (ferment) következtében a megemésztett szövetek molekuláris alteratiojának eredménye. Szemcsés anyag által képezetve, magába zárva számos vörös vérsejt vázát, melyek haemoglobinja diffundált, a fekélyes szövetből egy kis colorált és nagyszámú leukocytát tartalmazó és alig festett (carminfestés) réteg által elválasztott. Ezen közbeneső rétegben történik különösen a bacillus proliferatioja.

Bakteriologia. A bacillust nem lehetett tenyészteni, dacára a számos kísérletnek a szokásos, továbbá serums bouillon, vér stb. talajon. Talán az anaërob kulturában kifejtett egy gyenge tenyészet, de ez már nem volt tovább oltható. Staphylococcusokkal és streptococcusokkal együtt tenyésztésük sem sikerült. Sterilizált tubusokba felfogott gangraenás pulpa beförasztva és a költőbe téve is negatív eredményt adott. A bacillus nem mutatott sporulatiót. A baj nem piszok, levegő és genyedő mikrobák összege által okozatik, utóbbiak csak a felszínen találhatók, a mélyben nem.

A gangraena nosocomialis contagiositása Danilo, A. Larey, Delpech, Ollivier, Wolf stb. észletei szerint kétségen felüli. Több sebész véletlenül, Ollivier akarattal szerezte meg a bajt. Ezekkel ellentétben mások tagadták ezt. Willaumen-nek sohasem sikerült az átoltás, ép így tagadják Percy, Richeraud, Dupuytren, Marny, Hirsch, v. Pitha. Állatokra se tudták átoltani. Vincent nyúlra, tengerimalaczra, fehér patkányra próbált oltani, akármit is csinált, nem fogamzott meg. A nosocomialis gangraena specialis emberi baj, de emberre sem sikerült átoltania. Úgy látszik különös ismeretlen körülmények, segítő factorok kellenek a megfogamzáshoz.

A bacillus pathogen volta mellett szól abszolút állandó jelenléte óriási mennyiségben és néha kizárólagosan a laesiókban. Csökken ezen bizonyíték értéke a tenyészthetlenség és állatokra való átolthatatlanság miatt.

Azonban egy izben *tuberculosis* nyúlba oltva, hólyag, majd fekély keletkezett, mely óriási mértékben mutatla ugyanazon bacillusfajt; ugyanezen másodszor is sikerült az átoltás.

Tehát a talaj a fő, továbbá a társuló mikroorganizmusok jelenléte. Így staphylococcus, streptococcus, bakt. coli, bakt. pyocyaneum, bakt. Friedländerrel való keverése a gangraenás terméknek pozitív eredményt adott.

Az embernél is gyenge, beteges, kiéhezett szervezetben más bakteriumok készítik elő a talajt a gangraena-bacillus számára. Az előbbieket azután átengedik utóbbinak a tért. Így van ez más bakteriummal is (tétanus, anthrax, cholera, vibrio septique).

Valószínű, hogy itt a *spirillum* is előkészítő szerepet játszik. Régebben a kórházakban, háborúban a genyláz, erysipelas és más accidentalis infectiók, diarrhoeák, mocsárláz, a föld és piszkos ruhák, az éhezés, kifáradás okozhatták a sebek gangraenás fertőzésének gyakoriságát. A modern chirurgia is a segítő nagy része aktivitásának csökkentése által szorította le a nosocomialis gangraenát a napirendről.

Vincent ezen vizsgálatai irányt adtak a kutatóknak. Legelőször Cöyon (1898-ban) erősítette meg Vincent adatait egy eset észlelésénél. A második megerősítés Brabec részéről 1902-ben történik.

Brabec helyesen jegyzi meg, hogy a kórházi üszök név az, mely megakadályozza a felismerést, mert hiszen ilyent ma már nem

létezőnek, vagy csak igen ritkának és historiai érdekességűnek (Tavel 1901. Encyclopaedie der gesamten Chirurgie. Kocher-Quervain) tekintünk.

Elhatároztam, hogy ezentúl sebdiaphtheriára, nosocomialis gangraenára gyanús minden egyes esetet megvizsgálók Vincent bakteriumokra. És ime kutatásaimat siker koronázta.

I. eset. 1902. december 21-dikén J. K., 59 éves mészáros került gangraenás complicatioval osztályomra.

Anamnesis: Évek óta tapasztalja, hogy ha sokat járt, alszárai annyira megduzzadtak, hogy este borogatni kellett; reggelre aztán lelohadtak. Seb azonban nem volt rajtuk. 2½ hó előtt jobb alszáranak küloldalát a tibia éle mellett megütötte, felhorzsolta és csak egy kissé megnyúlazta, de tovább nem törődött vele, bár a seb nem gyógyult be. 2—3 hét múlva azonban a sebhely és környéke fájni kezdett, a bőr és a seb sötét-vörös volt és a láb és alszár bőre erősen megduzzadt. A seb mindinkább nagyobb lett és lassanként egy jó férfiókölnyi daganat emelkedett ki a sebalapról. Az egész seb rendkívül érzékeny volt és körülbelül 2½ hét óta büzleni kezdett és különféle színű, leginkább zöldes-fekete lepedék borította. A fekély azóta még fájdalmasabbá vált és folyton terjedt. Két hét előtt ismételt rázóhidegek lepték meg. Utóbbi időben étvágytalan, de széke rendes.

Jelenállapot: A jobb láb duzzadt, oedemás, a bokától kezdve az alszár felső harmadáig szintén duzzadt és sötétvörös és az ujjnyomatot megtartja. A felső harmadon vérömlések nyomaiként rozsdabarna foltocskák láthatók; utóbbiakhoz hasonló a különben ép bal alszáron is. Mindkét alszáron kissé tágultak a vénák. A jobb alszár alsó és középső harmada közti területen körülbelül 10 cm. nyire a külboka felett kezdődőleg a leglobosabb területen egy ovalis, (függőleges irányban) 10 cm. hosszú, (harántirányban) 15 cm. széles gangraenás terület, melyen a következő részleteket különböztetjük meg: A tibia éle mellett levő belső szél, valamint a középső harmadban levő felső szél demarcatióban van, onnan a mindjárt leirandó nekrotikus szövet már leemelődött, sőt helyenként hiányzik és a vékonyabb szürkés-fehéres álhartya, alul rózsavörös sarjak tűnnek át, míg a közepéből egy vastagabb, fehéres-sárgás, helyenként zöldes, egész zöldes-fekete, több mm. vastag, porhanyós törmelékekkel fedett, szemcsés, dudoros felületű, lapos félgömbszerűen kiemelkedő, körülbelül 5 cm. hosszú és ugyanilyen széles, tömött, ruganyos tapintatú tumor emelkedik ki (mely a későbbi histologiai vizsgálatnál granulatiós szövetből állónak bizonyult); ettől ki- és aláfelé az egész területet körülbelül ½ cm. vastag, zöldes-fekete, összefüggő és csak egészben és erőszakkal az alapról leválasztható gangraenás szövet fedi. A gangraena itt demarcatióban van, de e helyeken a legfrissebb, a mennyiben a legerősebben hyperaemiás szélek fehéres-sárgás, 1—2 mm. vastag, erősen tapadó és ledörzsölésnél vérző lepedékekkel fedettek. Az egész terület rothadt hús szagú. A büz olyan intensív, hogy messziről érzik. Egy piszkos evvel átívódott kötés volt rajta, nagy fájdalom az egész beteg területen és erős vérzés-kénység. A jobb cruralis mirigyek feltűnő nagyobbodást nem mutatnak, az inguinalis mirigyek valamivel nagyobbak, mint a túloldaliak. Közérzet elég jó, jól alszik, de étvágytalan. Mellkasi és hasi szervek elváltozást nem mutatnak; a vizelet fehéjmentes. Hőmérséke reggel 37.5° C.

A betegnél a következő vizsgálatokat végeztem december 21-dikén:

1. Kaparékot vettem a pulpából, a progrediáló szélekről: itt több fajta bakteriumok tömegét kaptam, de domináló volt mindenütt egy fusiform bacillus és egy spirillum, sőt helyenként utóbbiak tiszta culturában láthatók.

2. Kaparékot vettem és pedig ismételtén a gangraenás pulpa óvatos felemelése után a lobos nekrotikus szövet határáról. Ebben csaknem tiszta culturában gyönyörű, különböző nagyságú, de leginkább 4—8—10 μ hosszú és körülbelül 1 μ vastag fusiform, többnyire meghajlott bacillusokat óriási, és kisebb számban nagy spirillumokat kaptam.

December 23-dikán az alsó, még legfrissebb szélből cultura és vizsgálat végett ½ cm. széles, 1½ cm. hosszú darabot, legnagyobb részt a lobos, de nem fekélyes részzel együtt kimetszettem. A kimetszés helyére pedig gangraenás szövetet borítottam és

előzetes desinfectio nélkül az egészet steril gaze-zel bekötöttem. A kimetszés pillanatában tiszta vörös, vérző volt a sebhely, 24 óra múlva pedig a sebzett terület bűzös és zöldes-fekete, erősen tapadó, 1—3 mm. vastag, vérsőndával való leválasztás után erősen vérző, nekrotikus lepedékkel borított volt; hasonló, de piszkos-fehér lepedék fedte a tegnap még élesen metszett, ma egyenetlen szélét.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári belgyógyászati kórodáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Adatok a fehér vérsejtszámlálás értékéhez a belső betegségek kórismézésénél.

Irta: Elfer Aladár dr.

(Vége.)

A vesebeli megbetegedéseknél előjöhethető fehérvérsejtbeli quantitativ megváltozás mások adatai szerint alig mutat elérést, némelyek kisebb-nagyobb mértékben hyperleukocytosist találtak. Adataink megegyezők fentiekkel, azonban épen úgy tartózkodunk minden távolabbi következtetéstől, mint a gyomor- és béltractus esetleges bántalmainál fellépő fehérvérsejtszámlálási változásokat illetően.

A megváltozott vérkeringési viszonyokat mutató szívbetegségekre vonatkozólag feljegyzéseink nincsenek. Inkább csak theoretikusabb értékűek azon adataink, a melyek oly esetekről szólnak, a hol részint az agy rendes működése zavart volt, részint pedig valamely ürben, így a hasürben foglalt nagyobb mennyiségű tömeg rendetlen vérelosztódást eredményezhet. Ezeknél complicatio nélküli esetekben a normalistól nagyobb fokú eltéréseket nem találtunk.

Az anaemiák és a leukaemiás elváltozások, lymphomatosisok, szóval az igazi vérsejtképző elemek bántalmaira vonatkozó számlálási adatainkat pedig jelenleg elmellőzzük, már csak azon egy okból is, mivel ilyenü esetekben a sejtek pontos qualitativ ismerete nélkül quantitativ adatokat nem értékesíthetünk.

A constitutionalis megbetegedések közül felemlíthetem egy coma diabeticumban elhalt kis leánykánál talált számbeli értéket, a melynél 25,000 körül fennálló értéket találtunk.

Végül szóljunk az úgynevezett cachexiás és praeagonalis leukocytosistról, melyekre vonatkozólag csak esatlakozhatunk azok nézetéhez, a kik ezek jelenlétét nem minden esetben következtetik, sőt a mi az agonalis leukocytosist illeti, legalább eseteim alapján nem mernék az agonalis leukocytosis positiv volta mellett nyilatkozni, annál kevésbbé, mert egyetlenegy esetben sem láttam azt, sőt mint táblázatainkban látható, az exitus idejében megéjtett vérszámlálás kevesebb számot eredményezett, mint az azelőtti napon megéjtett számlálás. A pneumonia crouposa egy esetében talált hyperleukocytosist nem okvetlenül szükséges a szív gyengült működése folytán beállott, megváltozott physikai viszonyokra visszavezetni, megtaláljuk itt a magyarázatot a pneumoniás fertőzés természetében is. Szóval ezen kérdés vizsgálatánál épen úgy kaphatunk ellentétes adatokat, mint pl. az emésztési leukocytosis kérdésénél, de míg ottan az individualizálás kérdése nagyon is számottevő magyarázatot képez, addig az utóbbinál, miután physikai körülmények folytán megváltozott sejtelrendeződésről volna szó, az egyéni jelleg kérdése csak másodsorban jöhet tekintetbe.

Összefoglalva kisméretű vizsgálati adataimat: eddigi tapasztalataim alapján, daczára annak, hogy a methodus, a melylyel dolgozunk, igen sok kívánni valót hagy hátra s daczára annak, hogy a fehérvérsejtszámnak a peripheriákon való elosztódása már normalis körülmények között is ingadozásokat mutat, sőt fokozottabb mértékben állíthatjuk ezt a pathologiás viszonyokra nézve, mégis azon meggyőződésnek adhatok kifejezést, hogy adott esetben — mindig hangoztatom a többi körülménynek egybevetését — a fehérvérsejtszámlálás igen sokszor nemcsak megerősítő, de döntő szerepet is fog játszani véleményünk megalkotásában. Ez utóbbi esetek, igaz, nagyon ritkák lesznek, de

XVIII. Különböző esetek.

Szám	Nem és kor	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C. ^o	Fehér-vérsejt szám
1	42 éves, férfi	Tumor hepatis malign.	d. u. 5 óra. 38.1	4500
2	50 éves, nő	Tumor hep. malign.	d. u. 7 óra. 37.2	12000
3	45 éves, nő	Tumor hep. malign.	d. e. 12 ó. norm. hőm.	8000
4	28 éves, nő	Tumor abdomin. (valószínűleg a genitáliákból kiinduló)	d. u. 7 óra. 37.0	8000
5	40 éves, nő	Tumor abdominis (biztosan nem localizálható).	d. e. 12 óra. 36.4	9000
6	35 éves, férfi	Tumor abdomin. (biztosan nem localizálható).	d. e. 9 ó. norm. hőm.	7000
7	60 é. férfi +	Carc. ventricul.	d. e. norm. hőm.	17000
8	42 éves, nő	Carc. ventricul.	d. e. norm. hőm.	8500
9	24 é. férfi + Sectio mesenterialis neoplasmát (sarcomát) mutat, mely áttört a gyomorba és hirtelen elvérzéshez vezetett.	Nagyfokú anaemia gyomortáji fájdalommal. 3 nap múlva hirtelen eszméletét veszti, és közvetlen exitus előtt	d. u. 1/23 óra.	45000
10	62 é. nő + Sectio az agy göczos elágyulását mutatja.	Hetek óta fennálló jobb testfélbénulás, 2 nap óta eszméletlen.	d. u. 7 óra. 38.5 másnap délelőtt 9 óra. 37.1	11000 11500
11	36 éves, férfi	Commotio cerebri.	d. u. 4 óra.	8000
12	24 é. férfi + Sectio amyloid vesét és lépét mutat abscessusokkal a tüdőben annak pneumoniás infiltratuma mellett.	Nephritis chronica. 3 nap előtt a bal mellkashoz szűró fájdalmak léptek fel, hasmenés. Ugyanekkor kétoldali parotitis lép fel.	hőm. emelkedés nincs. V/31. d. u. 37.8 VI/2. d. e. 9 ó. 36.6 VI/27. este 1/211 ó. közvetlenül exitus előtt.	53000 30500 9500
13	56 é. férfi +	Nephritis chronica. Pericarditis. Bőrön pustulák. Diffus bronchitis	VI/33. d. e. 10 ó. subfebrilis. VI/4. d. e. 9 ó. subfebrilis.	7000 16500
14	20 éves, férfi	Nephritis haemorrhagica, oedema.	d. u. 4 ó. norm. hőm.	11000
15	33 éves, férfi	Nephritis chronica oedemákkal.	d. e. 1/211 ó. norm. hőm.	9500
16	19 éves, nő	Nephritis subacuta oedemákkal.	d. e. 11 óra. 37.1	7000
17	30 éves, nő +	Nephritis chronica (amyloidea). Spondylit. tbc.	exitus előtt d. u. 8 ó. subfebrilis	9500
18	16 éves, nő	Nephritis chronica, nagyfokú albuminuria.	d. u. 4 óra. 37.8	10000
19	54 éves, nő	Nephritis chronica. Nagyfokú bronchitis.	d. u. 6 ó. subfebr. 2 nap múlva d. e. 9 óra. 36.5	22500 6500
20	19 éves, nő	Nephritis chronica. Jobb mellkasfélben folyadék.	délelőtt 11 óra.	29000
21	62 éves, nő +	Tbc. pulm. et peritonitis tbc.	d. u. 4 óra. 37.8	9000
22	22 éves, nő	Peritonitis chron. tbc.	d. e. 9 óra. 38.1	8000
23	48 éves, férfi	Peritonitis tbc.	d. u. 7 óra. 38.4	9000
24	17 éves, nő	Gastroenteritis acuta.	d. e. 12 ó. norm. h.	18500
25	22 éves, nő	Enteritis.	délután 7 óra. 37.2	5000
26	26 éves, férfi	Dysenteria.	d. e. 10 óra. 37.4	9500

Szám	Kor és nem	Betegségre vonatkozó megjegyzések	Vérvételi idő és hőmérséklet C ^o	Fehér-vérsejt szám
27	21 éves, férfi	Obstipatio; 6 nap óta nincs székletéte.	délután 4 óra. 37.1	12000
28	14 éves, fiú	Occlusio intestini, műtét (gyógyult), 3 nap óta beteg ileusra utaló tünetekkel.	IX/2. d. u. 7 óra. 37.4	15500
29	19 é. férfi	Incarceratio intern. 3 nap óta jellegző tünetek. Műtét. Vékonybél-mesenterium-csavarodás, gangraenás belek. Exitus.	délután 4 óra. 37.1	26000
30	40 éves, nő	Hernia cruralis incarcerata; egy hét óta fennálló panaszokkal (műtét, gyógyult).	d. e. 9 ó. subfebrilis.	9500
31	22 é. nő	Phosphormérgezés. 2 nap óta fennálló panasz. Igen elesett.	délután 5 óra. 36.5	4500
32	11 éves, nő	Phosphormérgezés.	d. e. 1/211 ó. Rendes hőmérséklet.	5000
33	18 éves, nő	Phosphormérgezés.	délután 1/210 óra. 37.4	19000
34	18 éves, nő	Phosphormérgezés, elesettség és icterus.	VII/24. és 27. hőmérsékleti emelkedés nincs.	6500 8500
35	20 éves, nő	Lúgmérgezés (4 nap előtt).	d. e. 9 ó. subfebrilis.	11500
36	35 éves, férfi	Ólommérgezés. Régen fennálló tünetekkel. Colica saturnina.	d. u. 2 ó. norm. hőm.	10000
37	3 é. leány	Atropin-oldattal való véletlen mérgezés; diffus bőrpír, tág láták stb. Hogy mennyit vett az atropin-oldatból, nem tudjuk. Gyógyult.	d. u. 4 ó. subfebr.	17500
38	22 é. férfi	Tetanus. Első tünetek II/11-dikén este.	II/12. d. u. 6 ó. 37.4 II/13. d. e. exitus előtt.	20000 10500
39	45 é. férfi	Tetanus. 14 nap óta fennálló tünetek.	d. u. 1/28 óra. 37.8	18500
40	45 éves, férfi	Pellagra; nagyfokú anaemia.	délután 4 óra. 36.8	4000
41	31 éves, nő	Osteomalacia. Gyógyszeres kezelés előtt.	délután 10 óra. 36.5	8500
42	45 éves, nő	Gangraena pedis I. d. 3 hét óta fennálló folyamat (másnap kiviszik).	délután 4 óra. 37.5	32500
43	44 éves, férfi	3 nap óta úszkös fekély a jobb kézfejen	d. u. 7 ó. subfebr.	8000
44	10 é. leány	Coma diabeticum.	d. v. 6. ó. norm. hőm. másnap d. e. 8 ó. 36.5	27000 23800
45	20 é. egészséges férfi	—	bő étkezés után 2 1/2 ó.	6500
46	22 é. egészséges férfi	—	bő étkezés után 3 ó. reggel éhgyomorral	9000 5500
47	26 é. egészséges férfi	—	bő étkezés után 1 1/2 ó. " " " 1 1/4 ó. " " " 1 3/4 ó. " " " 2 1/2 ó. másnap éhgyomorral	5500 7000 6500 5500

megfigyeléseink többsége a kórisme felállításának megerősítésében csak elősegített, miért is ezen eljárásnak a belkóródákon való általánosabb és kiterjedtebb használatát jogosultnak véljük. Jogosult azért is, mert megbízható kéz mellett az adatok értékesítése is kellő határok között fog mozogni, másrészt pedig a fehérvérsejtszámlálásnak a betegágyánál való nagyobb fokú elterjedtsége, azt hiszem, még ezen kérdésben mutatkozó több ellentmondó és érdekes körülmény felvilágosításához vezethet.

Irodalom. Virchow: Weisses Blut. Virchow's Archiv. 1. — Rieder: Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose und verwandte Zustände des Blutes. Lipsce. 1892. — Jaksch: Über die prognostische Bedeutung der bei croupöser Pneumonie auftretenden Leukocytose. Centralblatt für klin. Medic. 1892. 5. sz. — Goldscheider und Jacob: Variationen der Leukocytose. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1894. XXV. k. — H. Hahn: Über die Beziehungen der Leukocyten zur baktericiden Wirkung des Blutes. Arch. f. Hyg. 1895. XXV. k. — A. Loewy und Richter: Über den Einfluss von Fieber und Leukocyten auf den Verlauf von Infections-Krankheiten. Deutsche med. W. 1895. 15. sz. — Loewy und Richter: Zur Biologie der Leukocyten. Virch. Arch. 151. k. 1898. — Türk: Klinische Untersuchungen über das Verhalten des Blutes bei acuten Infectionskrankheiten. Wien u. Leipzig. 1898. — Schultz: Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Leukocytose. Arch. f. klin. Med. 1893. 60. k. — Winternitz: Neue Untersuchungen über Blutveränderungen nach thermischen Eingriffen. Centralbl. f. klin. Med. 1893. 49. sz. — Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Jena. 1896. — Schlesinger: Die Leukocyten bei experimentellen Infectionen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infect.-Krankheiten. 1900. — Ehrlich-Lazarus-Pinkus: Die Anaemie. 1901. U. i. a. régebbi irodalom összegyűjtve. — Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes. Berlin. 1902. — Stadler: Zur diagnostischen Bedeutung der Leukocytenwerte bei den vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Processen. Mitth. aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurg. 11. k. 3. f. 1903. — A. Federmann: Über Perityphlitis, mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Leukocyten. Mitth. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. 1903. 12. k. 2—3. f. Ugyanitt az 1901—1903. évig terjedő munkák címzei megtalálhatók, melyek a Curschmann-féle előadás óta megjelentek.

Tárcza.

Jelentés az Erzsébet Királyné-Sanatorium 1903. évi működéséről. (Folytatás.)

1. függelék. Az Erzsébet királyné-sanatorium orr- és gégebetegei.

Az 1903. évi jelentés, a melyet a sanatorium orr- és gégebetegeiről közölni szerencsém volt, 400 beteg vizsgálatáról számol be. A lefolyt esztendőben a vizsgált betegek száma 563-at tett ki, a mi a betegforgalomnak, részben a helyek némi szaporítása által okozott, elég lényeges gyarapodását jelenti. A betegek vizsgálata és kezelése hetenként kétszeri egész délelőtti rendelésen történt, az esetleg szükséges gyakoribb kezelést az intézetnek jól begyakorolt segédorvosai végezték. A vizsgálat és kezelés rendszere olyan volt, a mint azt a gyakorlat tapasztalatai alapján már az elmúlt évben Kuthy igazgató főorvos úr szaktanácsaim alapján megállapította, t. i. minden beteg a jelentkezését követő első gégeszeti rendelésen, tekintet nélkül arra, voltak-e a felső légutakban panaszai vagy nem, meg lett vizsgálva. A vizsgálatnál egészségesnek talált betegek is kötelesek két-három hetenként ismételt gégevizsgálatra jelentkezni, a mely alkalommal minden beteg saját tükrét használja. A felső légutak bármely részén talált elváltozások szakszerűen kezeltettek. Az egészséges egyének gyakori vizsgálatát különösen fontosnak tartottuk, hogy az esetleg fellépő, de a betegeknek különös kellemetlenségeket nem okozó elváltozások korán legyenek észrevehetők és a rendelkezésünkre álló eszközeinkkel gyógyíthatók. A vizsgálatoknak ezen beosztása természetesen meglehetősen fáradságot vesz igénybe, ennek jellemzésére felemlitem, hogy nem számítva a segédorvos urak gégeszeti beavatkozásait, magam átlag 70—80 betegvizsgálatot és kezelést végeztem minden rendelésen.

Azon gyógybeavatkozásokkal, a melyeket múlt évi jelentésemben tárgyaltam, sikerült sok esetben gyógyulást, és még többnél lényeges javulást elérni a nélkül, hogy a kezelés tartama alatt a betegeknek általános kezelése, a szabadban való fekvés, hidegvízgyógymód stb. lényegesen szenvedett volna. Előfordultak ugyan olyan esetek, a melyeknél a felső légutaknak súlyos elváltozásai, hurutokra nagyon hajlamos volta nem tudtak megbirkózni a középhegységi éghajlattal, a mint ez minden hegyvidéki gyógyhelyen előfordul; ezen esetekben kénytelenek voltunk a betegnek enyhébb éghajlatot ajánlani. Tekintettel azonban arra, hogy hazánkban klimatikus fekvése mellett a melegebb éghajlat felkeresése nagyobb áldozatokat kíván, a mi ápoltságunk túlnyomó részének módjában nincs, az intézet igazgatósága foglalkozik azon tervvel, hogy ha majd az intézet kibővítésekor alkalom nyílik, az ilyen anaemiás, hurutokra nagyon hajlamos, vagy súlyos gümőkóros gégeelváltozásban szenvedő betegeket külön helyiségben helyezze el, a mely kellő mennyiségű, állandóan circuláló, kellően temperált levegővel lenne ellátva. Ha ezen célunkat elérjük, úgy az Erzsébet királyné-sanatorium gégebetegei igazán mintaszerű elbánásban fognak részesülni. Eredményeink azonban így is jóknak mondhatók. Láttunk gümős természetű lobos folyamatokat a gégeben megállapodni, beszűküléseket gyógyulni, tuberculosus fekélyeket besarjadzani, olyan eredményeket tehát, a melyeknek elérése minden szakorvost kielégít. A gyógyszerközök, a melyeket ezúttal elérésére felhasználtunk, a lehető legkíméletesebbek. Nagy súlyt fektettünk az úgynevezett gégediaetára (beszéd, étkezés stb.) és annak pontos betartása a kezelést lényegesen megkönnyítette. Eltekintve az orr és garat elváltozásainak kezelésétől, a melyek fontos okoknál fogva (orrlégzés szabad volta, orrvádák távol-tartása, torokkiszáradás stb.) szinte alaposan kezeltettek, a gége kezelésénél következők voltak az irányelvek. Mindenekelőtt gondoskodunk

kell arról, hogy a gégeben a váladéknak tapadását akár a hangszalagokra, akár az aryporcokra megakadályozzuk. Ha a váladék nagyon szívós volt, úgy két százalékos natrium bicarbonicum-belégzéseket rendeltünk, hideg sprayval vagy Siegle-féle belégzőkészülékkel, a szerint, a mint a gége vérbő volt vagy vérszegény. Ha a váladék állandóan jelen volt, úgy 0.9%-os konyhasó oldattal fecskendeztük ki naponta a géget. A gége ezen tisztántartása nagyon fontos a köhögés csillapítása szempontjából is, eltekintve attól, hogy a szívósabb váladék helyén könnyen támadhatnak erosiók és azokon át fertőzés. A gége kimosása után, ha az aryporcok felső felületén volt a váladék, élénken látható a gége ezen hátsó részének belőveltsége, és feltűnő az, hogy azon betegek, kiknél ezen elváltozást láttuk, gyakori és igen heves köhögési ingerrel panaszkodtak, a mi összeegyeztethető Störk-nek vizsgálataival, a ki állatkísérletekkel kimutatta, hogy a köhögés experimentalis úton a gége és a légcső dorsalis részein váltható ki leginkább. A gége hátsó részének ezen belőveltségét (aryporcok, Santorini- és Wrisberg-féle porcok) nagyon gyakran volt alkalmunk tapasztalni heves köhögéssel panaszkodó betegeknél, a nélkül, hogy azon helyen váladéket a vizsgálat alkalmával találni lehetett volna. Minden valószínűség szerint azon localis hurutot részben az orr és garatüregből besurgó váladék, részben a köpet okozta. Az elváltozást azonban oly feltűnőnek és gyakorinak találtam, hogy azt a kórtörténetekben *laryngitis posterior* néven jeleztem. Ilyen módon szerepelnek ezen elváltozások a mellékelt statisztikai kimutatásban is. Ellene vehető lehetne ezen névnek az, hogy a leírt elváltozás nem egyéb, mint az aryporcok felületi gyuladása, azonban a pontosan észlelt eseteknél a porc részéről sem subjectiv, sem objectiv tünet nem volt, és az elváltozások kellő kezelésre, a váladéknak úgy az orrgarat, mint a légcső felőli távoltartásával gyógyultak. Arytaenoiditis kórsimét csak olyan esetben vettünk fel, a hol a porc részéről voltak kimutatható kórjelenségek. A laryngitis posterior által okozott köhögést minden esetben képesek voltunk menthol-anaesthesinemulsio-befecskendésekkel, esetleg anaesthesinnek 0.25 gm.-os porokban ostya nélkül való belső adagolásával megszüntetni. A menthol-anaesthesinemulsio rendelve, a melyet összeállításomban más helyen közöltem (Therapie d. Gegenwart. 1903. szeptember), a következő: Rp. Mentholi 1.50. Aquae dest. Pulv. gummi arab., Olei amygd. dulc. aa 10.0. M. f. l. a. emulsio, cui adde Anaesthesini 4.0—5.0, Aquae dest. 100.0. MDS. Belégzésre az oldat felényi vízzel hígítható.

Ugyanezen oldatot használtuk kiscokú gégehurutoknál mint adstringens; szükség esetén 2—3—5%-os menthololaj-befecskendést alkalmaztunk, a szerint, a mint a vérbőség kisebb vagy nagyobb volt. A német rendeléseken divatos 10—20%-os oldatokat, mint a melyek nagyon erősen izgatnak és a mellett hatásukban egyáltalán nem erősebbek, mint teljes feleslegeseket mellőztük. A gége hurutos váladékának csökkentésére időközönként bórsavval, vagy bórsav és amyloform keverékével való befúvásokat alkalmaztunk. Fekélyesedő gégefolyamatoknál hetenként egyszer 50—80%-os tejsavacetetes mutakozott a legjobbnak, a közbeeső időben szükség szerint az említett gyógyszerek lettek használva. Operatív beavatkozás csupán apróbb granulatiók eltávolításából állott, nem számítva két gégepolypus eltávolítását, mint nem specifikus elváltozás gyógyítását. Gümös gégeelváltozások műtéténél ugyanazon elv vezérel, mint az elmúlt évben, csupán akkor operálni, ha kilátás van minden kórosat eltávolítani, ha azonban ezen elv kivételére igen nagy műtetre, részleges vagy teljes gégekiirtásra lenne szükség, úgy a beavatkozás kivételétől, mint a betegnek nem sok hasznót hajtótól, elállunk. Hangsúlyozni óhajtom ezen elvet, úgy mint az elmúlt évben tettem, ismételtén *Bezold*-dal szemben, a ki a legnagyobb műtétől, sőt gégekiirtástól sem riad vissza, ha azt a tüdő állapota megengedi. Tanulmányoztam ezen szempontból az Erzsébet-sanatorium gégebetegeinek kórtörténeteit és ennek eredményeképpen mondhatom, hogy a legsúlyosabb gégeelváltozások mindig súlyos tüdőbetegségeknél voltak (bár voltak igen súlyos tüdőbetegségeknél minden gégeelváltozás nélkül), és ezeknél egy olyan nagy műtét véghezvittele feltétlenül az általános állapot súlyos, talán végzetes zavarára vezethetett volna.

A vizsgálatok részletes eredménye a következő:

Az intézetbe felvételre 1903. év folyamán 579 beteg, ezek közül különféle okok miatt (vizsgálat előtt való távozás, súlyos állapot, nagyfokú érzékenység) nem vizsgáltatott 16 beteg. A felső légutakban semminemű kóros elváltozás nem találtatott 106 egyénnél. Az egészséges felső légutaknak ezen aránylag csekély száma onnan ered, hogy a legcsekélyebb elváltozás, a mely az orrban, orrgaratüregben, garatban, gégeben vagy légcsőben kórsimézve lett, feljegyeztetett. A többi 457 egyénnél az elváltozások a következők voltak.

Orr- és orrgaratüreg.

Eczema narium	13
Ulcus tbc. alae nasi	2
Rhinitis chronica	12
Rhinitis subacuta	3
Rhinitis chronica hypertrophica	67
Rhinitis atrophicans	11
Ozaena	1
Rhinitis ulcerosa	1
Deviatio septi	13
Crista septi lat. d.	14
Crista septi lat. sin.	41
Crista septi lat. utr.	2
Crista bascos nasi	4
Spina septi unilaterialis	25
Spina septi lat. utr.	8

Erosio septi lat. sin.	14
Erosio septi lat. d.	9
Erosio septi lat. utriusque	6
Ulcus perforans septi	1
Perforatio septi	3
Atresia partialis nasi utriusque	1
Polypus nasi	3
Degeneratio polyposa conchae inf.	1
Hypertrophia papillaris concharum	2
Erosiones conchae inferioris	3
Hypertrophia tuberculi septi	3
Hypertrophia bullae ethmoidalis	2
Empyema sinus frontalis	3
Empyema antri Highmori	3
Empyema cellul. ethmoid.	2
Catarrhus in cavo pharyngonasale	7
Exostosis in cavo pharyngonasale	4
Dilatatio recessus medii et lateralis	4
Hypertrophia intumescens tubae E.	1
Vegetationes adenoideae	26

Nyelv és torok.

Pharyngitis chronica	93
Pharyngitis sicca	20
Pharyngitis lateralis	22
Pharyngitis granulosa	22
Pharyngitis atrophicans	1
Hypertrophia tonsillae sinistrae	14
Hypertrophia tonsillae dextrae	11
Hypertrophia tonsillarum	11
Cysta retentionalis tonsillae	2
Lues pharyngis	2
Elongatio uvulae	3
Polypus uvulae	1
Lues linguae	1
Glossitis superficialis	1

Gége és légcső.

Epiglottitis	2
Ulcus tbc. epiglottidis	1
Laryngitis minoris gradus	25
Laryngitis subacuta	10
Laryngitis posterior	35
Laryngitis chronica	50
Laryngitis catarrhalis chronica	20
Laryngitis subglottica	7
Chorditis chronica	33
Chorditis ulcerosa lat. sin.	2
Chorditis ulcerosa lat. dextrae	2
Chorditis ulcerosa lat. utriusque	6
Chorditis chronica tuberosa	1
Infiltratio chordae sinistrae	2
Infiltratio chordae dextrae	1
Inaequatio chordarum vocalium	2
Granulationes ad proc. vocal. l. sin.	3
Granulationes ad proc. vocal. l. dextrae	2
Infiltratio processus vocalis sin.	3
Infiltratio processus vocalis dextrae	1
Granulationes subchordales	1
Polypus chordae	2
Paresis m. recti interni unilateralis	5
Paresis m. recti interni bilateralis	21
Hypertrophia chordae spuriae	1
Infiltratio chordae spuriae	5
Ulcus tbc. chordae spuriae	1
Prolapsus ventriculi Morgagni	1
Arytaenoiditis lat. sin.	3
Arytaenoiditis lat. dextrae	9
Arytaenoiditis lat. utriusque	1
Infiltratio regionis interarytaenoideae	20
Ulcus regionis interarytaenoideae	5
Granulationes ad cartilag. arytaen.	1
Fixatio articulationis crico-arytaenoideae	2
Tracheitis	10.

Ezen összeállításban azon elváltozások vannak feltüntetve, a melyeket a betegeknél felvételük alkalmával találtunk; ez az oka annak, hogy a kórsimék között heveny elváltozások alig fordulnak elő. Természetes, hogy a betegeknél az intézetben való tartózkodása alatt, a mely a sanatorium szabályai szerint rendesen legalább három hónapot tesz ki, különféle heveny elváltozások fordultak elő: heveny nátha, garathurut, mandolagyulladás, mandola körüli tályog, gége- és légcsőhurut. A tüdőbetegségeknél a meghűlés iránti érzékeny voltát számtalan esetben volt alkalmunk észlelni, feltűnő azonban az, hogy ezen meghűlések inkább az intézetben való tartózkodás első harmadára estek, annak jeléül, hogy a gyógyszerkészül alkalmazott edzés kellő hatással bírt. Hogy ezen intercurrents meghűlések milyen fontossággal bírnak, azt hangsúlyozni felesleges, eltekintve attól, hogy az 1—2, néha több napig tartó lázas állapot a beteget ágyhoz köti, rendes gyógy módját akadályozza, az ilyen állapotban levő betegek tüdőállapotának rosszabbodása mindennapnak nevezhető.

A heveny orrbetegségek közül feltűnően gyakori volt az orrvérzés, a mely sohasem volt nagyfokú és az orrsövény vagy alsó kagyló kisebb erósióiból eredt. Ezen jelenség nagyon sok betegnél egész sanatoriumi tartózkodása alatt fennállott és talán összefüggésbe hozható, a betegeknek, bármily kedvezőtlen időben, a szabadban való fekvésével. Az orrvérzés azonban különös kellemetlenséget egyáltalán nem okozott és így a szabadban fekvés csekély hátránya nem állítható szembe az azzal járó nagy előnyökkel. Az orrmegbetegedések tárgyalásánál a kimutatásban feltűnő az, hogy 563 megvizsgált egyénél csupán nyolcz esetben találtunk különféle melléküreggyengedést, holott ezen megbetegedés, mint azt *Harke* bonczolási eredményei, a ki 400 bonczolás alkalmával 116 esetben talált melléküregmegbetegedést, mutatják, ezen kóros folyamat sokkal gyakoribb. Ennek oka természetesen az élön való vizsgálat nehezebb voltában keresendő. Annyi azonban bizonyos, hogy némely szerzőnek azon állítása, hogy az orrmelléküreggyengedés tüdőtuberculosisban szenvedőknél gyakoribb, valószínűtlen és inkább *Hajek* álláspontját igazolják eredményeink, a ki a tuberculosis-bacillus által okozott orrmelléküreggyengedést a ritkaságok közé sorozza. A melléküregek kóros váladékát bakteriologiai vizsgálatnak alávetni alkalmunk nem lévén, az általunk észlelt esetek aetiologiájának a tüdő-tuberculosishoz való viszonyáról nem nyilatkozhatunk. Vajjon a kimutatásban feltüntetett rhinitis atrophicans sine foetore kórkép mögött nem lappangott valamely localis gyengedés, azt határozottan nem állíthatjuk, bár valószínű, de ennek kiderítése a betegeknek olyan háborgatásával járt volna, a mely nem áll arányban a diagnózis megállapítását követő csekély előnnyel.

Feltűnő az orrmegbetegedések átnézésénél az, hogy 563 biztos tüdőtuberculosisban szenvedő egyénél csupán egy ozaenát találtunk, holott többnyire 25 éven alóli, gyenge testalkatú, vérszegény betegek képezték a vizsgálat tárgyát. Elég fontosnak tartottam ezen tényt kiemelni, mint azon feltevés mellett való érvet, hogy az ozaena minden valószínűség szerint helybeli okból eredő orrmegbetegedést képez.

A nagyszámú idült garat- és gégehurut, mint gyakran ismétlődő heveny hurutok eredménye, a tüdőbeteg érzékenységet mutatja. *Gümös természetű* elváltozás a kimutatásban 75 fordul elő, ezek közül 20 egyénél két-két elváltozás, három egyénél három három elváltozás volt együtt, úgy hogy az összes vizsgált betegek közül 52 egyénél volt gümös gégebaj, a mi 9-2 százalékot tesz ki. Az elváltozásnak a gégeben való localisatioja százalékokban a következő.

Chorda vera	33-30%
Regio interarytaenoidea	32-0%
Cartilago arytaenoidea	18-6%
Chorda spuria	8-0%
Epiglottis	4-0%
Articulatio crico-arytaenoidea	2-6%
Ventriculus Morgagni	1-3%

Ezen számarányok körülbelül megegyeznek azokkal, a melyeket mai statistikákban olvasni alkalmunk van. Így pl. *Gaul* 113 eseténél a gümös elváltozás volt:

53-szor a valódi hangszalagon
36-szor a hátsó gégefalon
27-szer a gégefedőn
17-szer az aryporcokon
6-szor a mellső gégefalon
5-ször a Morgagni-féle tasakban
2-szer az álhangszalagokon
2-szer a Santorini-féle porcon.

A leírt elváltozások közül a legtöbb nehézséget a betegeknek azon elváltozások okozták, a melyek a gégeének a nyelés alkalmával érintett részein voltak, azaz a hátsó gégefal, az aryporcok és az epiglottis megbetegedései. A nyelési actus fájdalmas volta lényegesen befolyásolja a táplálkozást és így annak megszüntetése nagyon fontos. Ez, kivéve egyetlen nagyon súlyos esetet, mindenkor sikerül is (jeges borítások, menthol-anaesthesinemulsio, anaesthesin-belégzés, anaesthesin-befúvás, cocain-antipyrin-belégzés stb.).

A gégetuberculosis gyógykezelésében eredményeink olyanok voltak, a melyeneket a jelenlegi tudományos eszközökkel elérni lehet. Midőn 1903. évi vizsgálataim eredményéről beszámoltam, kellems köteleltséget teljesítek, *Kuthy* igazgató főorvos úrnak hálás köszönetet mondva azért, hogy több olyan kérdés elbírálásánál, a melyeknél a tüdő állapotának ismerete nélkülözhetetlen, és a melyek még vizsgálat tárgyát képezik, szíves volt a vizsgálatok érdekében több becses útmutatással segítségemre lenni.

Pollatschek Elemér dr., rendelő gégeorvos.
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A formalindesinfectio mai állásáról.

Közlő: Kammer Manó.

(Folytatás.)

Lássuk most, minő eredményeket értek el lakásoknak formalinnal való desinfectálásánál egyes szerzők az eddig említett készülékekkel. *Roux* és *Trillat* kísérleteiből látjuk, hogy *Bardet* készüléke nem felel

meg a követelményeknek, míg az „autoclave formogène-nel jó eredményeket értek el. 370 m³ téren 3 liter formalin elhasználása és 3 1/2 óráig tartó behatás után, továbbá 1400 m³ téren 9 liter formalin elhasználása és 5 óráig tartó behatás után a levegő teljesen steril volt. Bebizonyult, hogy bakteriumok és penészgombák a desinfectio által a falon teljesen elpusztultak, míg a padló porában mintegy 1-13% mennyiségben maradtak meg a b. subtilis és mesentericus. A formaldehyd kellemetlen és szúró szagát utólagosan úgy távolították el, hogy ammoniakkal telt csészéket állítottak fel. Szerzők azt hiszik, hogy a formalinnal való desinfectio biztos és veszélytelen.

Vaillard és *Lemoine* Cambier készülékével és *Trillat* „autoclave formogène“-jével kísérleteztek és az utóbbit előnyösebbnek tartják. Utóbbinál a desinfectiora szükséges idő 6 óra, lépfenénél azonban 24 óra múlva sem pusztultak el a spórák, hanem csak fejlődésük lett megakadályozva. Ruhazárak akadályt képeznek a gáz behatolására. Porral negatív eredményt kaptak.

Pfuhl Krell lámpáját, mint nem megfelelő elveti és *Trillat* készülékét ajánlja, melylyel tuberculotikus köpetet sikerült desinfectálni, úgy friss, mint beszáradt állapotban.

Nismann hasonlóképen kielégítő eredményeket kapott *Trillat* készülékével.

Rigler a budapesti kir. m. tud.-egyetem közegészségtani intézetében végezte kísérleteit a *Trillat*-féle „autoclave formogène“-nel egy 50 m³ és egy 250 m³ nagyságú helyiségben, melyek hőmérséke 8—24° C. között ingadozott. A fertőtlenítési kísérletek 9-féle mikroorganizmus-fajnak 37° C. hőmérsékű thermostatban tartott 24 órás bouillon-tenyésztéssel beitatott, 1/2 cm. hosszú vékony gyapottfonalakkal, továbbá anthrax-spórák selyemfonalakkal, végül pedig friss kerti földdel és a butorokra lerakódott porban levő mikroorganizmusokkal történtek.

A bakterium-tenyészetekkel egyidejűleg szerző a legkülönbözőbb fémekből készült tárgyakat, továbbá mázolt, aranyozott és fényezett fabutorokat, 22-féle színű selyem- és bársonyszövetmintát, lőszörrel és és tengeri füvel kitömött ülőbutort, férőruhát, fényképeket, nyomtatványokat, 38-féle különböző papirkárpitmintát tett ki a formaldehyd-gőzök hatásának a végül, hogy azoknak színt, szövetet vagy anyagot roncsoló hatásáról is pontosan tájékozódhassék.

Kísérleteinek eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. A formalingőzök a fertőtlenítendő helyiségben szabadon kitett kilenczféle, különböző ellenállású mikroorganizmust a gőzölés beszüntetésétől számított 6 óra lefolyása alatt megölték, ellenben a kerti földben és a butorokon lerakódott csirákat 120 óra alatt sem pusztították el.

2. Ha azonban a mikroorganizmusokkal fertőzött fonalak 2 cm. vastagságú (16 rétegű) kendőbe voltak burkolva, akkor a formaldehyd-gőzök a cholera asiatica csiráit csak 72 óra, a fonalas anthrax és sertés-orbáncz csiráit csak 96 óra, a typhus abdominalis és staphylococcus-csirákat csak 120 óra alatt ölték meg, míg az anthrax spórákat, a pyocyaneust, diphtheriát, subtilist, coli communet és a kerti föld mikro-organizmusait 120 óra lefolyása alatt sem voltak képesek elpusztítani.

3. A bakteriumölő hatásban a +8 és +24° C. közé eső hőmérséktnél számbavehető különbséget nem lehetett tapasztalni.

4. A formaldehyd-gőzök 120 óra lefolyása alatt az üvegből, fából, fémről és szövetekből, valamint papírból készült tárgyaknak sem anyagára, sem színére nem gyakoroltak kártékony hatást.

5. A formaldehyd-gőzök már kis mennyiségben is rendkívül izgató hatást gyakorolnak a szem, orr, száj és torok nyálkahártyájára; a velük fertőtlenített helyiségből folytonos szellőztetéssel is csak 4 × 24 óra alatt voltak eltávolíthatók; 2 × 24 óra alatt azonban már lakhatóvá vált a helyiség az esetben, ha a szellőztetés alatt ammoniák-gőzök lettek fejlesztve: ammonia pura liquidának tág és lapos edényekben való kitétele által.

6. Az „autoclave formogène“ szerkezete és a vele való elbánás aránylag egyszerű, azonban a formaldehyd-gőzök fejlesztése alatt okvetlenül felügyeletet igényel.

7. Ezek alapján a készülék segítségével formochlorból fejlesztett gőzöket fertőtlenítésre alkalmasnak tartja mindazon esetekben, a melyekben a gőzök a fertőző csirákhoz szabadon hozzáférhetnek: így a festett, a papír- és selyemkárpittal bevont falak, mázolt és fényezett fabutorok, fém tárgyak fertőtlenítésére. Szőnyegek, szövetek és bőrök desinfectálására azonban csak az esetben alkalmasak, ha utóbbiak szabadon s a formaldehyd-gőzöknek minden oldalról teljesen hozzáférhetőleg vannak kiakasztva a gőzökkel telített helyiségben.

8. Alkalmatlanok kell azonban minősíteni a formaldehyd-gőzöket a fertőtlenítésre mindazon esetekben és tárgyaknál, melyeknél a fertőző anyag a mélybe hatolhatott. Így ülőbutorok, párnák, toll, szőr és egyéb anyagokkal kitömött derékaljak, szalmazsákok stb. fertőtlenítésére formaldehyd-gőzök alkalmatlanok.

9. A formaldehyd-gőzöknek kiváló tulajdonságuk az, hogy a fertőtlenített tárgyakat nem roncsolják, azoknak színét meg nem változtatják.

10. A *Trillat*-féle „autoclave formogène“ kezelése tartós és aránylag egyszerű szerkezeténél fogva aránylag könnyű, azonban felügyeletet ennek daczára is igényel. A formaldehyd-gőzök izgató és maró hatása folytán a fertőtlenítő személyzetnek munkájában óvatossággal kell eljárni.

Rosenberg Opermannal együtt construált készülékével fényes eredményeket ért el. Kísérleteiből az tűnik ki, hogy nemcsak vegetabilis

bakterium-alakok, hanem spórák is elpusztulnak úgy a felületen, mint a mélyben. Lakások desiniciálásánál 1 m³ térre 5 cm³ holzinol szükséges, spórák bakteriumok elpusztítására kétszer annyi.

Strüever formalin-gőzök nyerésére és lakások desiniciálására a Tollens és Krell-féle lámpát, Opermann-Rosenberg holzinolját és Trillat formochlorját használta, melyek közül az első nem tartja a gyakorlati alkalmazásra megfelelőnek. Az Opermann-Rosenberg-féle készülékkel sikerült neki úgy bakteriumokat, mint spórákat elpusztítani; az utóbbiakat csak akkor, ha a felületen voltak. Legjobbnak tartja Trillat autoclave-ját. Szerinte az az előnye van a készüléknek, hogy rövid idő alatt nagy mennyiségű formalin-gőzt lehet vele fejleszteni; a készülék a desiniciálendő szobán kívül foglal helyet, míg Rosenberg készülékének és más lámpáknak a szobában kell lenni.

Trillat készülékével kísérleteztek Abba és Randolli, Silberschmith, v. Esmarch, Gruber és még mások, a kiknek nagy része megegyezik a készülék használhatóságában és abban is, hogy a formalin-gőzök leginkább csak a felületen fejtik ki hatásukat.

Azok közül, a kik a Schering-féle Aesculapot használták lakások desiniciálására, megemlítendőek Aronson, Gehrke, Petruschky, Fairbanks, Hammer és Feitler, végül Simanski és Gruber. E készüléknel minden m³ térre a trioxymethylen pastillákból 1–2-t vesznek, a mi megfelel 1–2 gm. formaldehydnek.

Aronson-nak sikerült 1–2 pastillának 1 m³ téren való elhasználásával 16–18° C. hőmérséknel 24 óra alatt a desiniciálendő anyagnak, valamint pornak teljes sterilizációját létrehozni.

Gehrke 7–9° C-nál majdnem hasonló eredményeket ért el, csak a sibir. pestis bacillus spórái nem pusztultak el. Mindkét szerző tagadja a formaldehydnek a mélybe való behatolását.

Petruschky m³-enként rendszeren több mint 2 pastillát használ. A behatás ideje eleinte 40 óráig, később 24 óráig tartott. A Schering methodusa üres lakások csupasz falának desiniciálásakor jöhet csak számba; lakott helyiségeknek a gyakorlatban kivihetetlen, mert a desinfectio túlságosan hosszú ideig tartana.

Fairbanks kísérleteinél diphtheritis- és typhus-bacillusok valamint staphylococcusok az előírt szabályok mellett csak a felületen mentek tönkre, sibiriai pestis-bacillusok még a felületen sem. Port nem sikerült sterilizálni.

Hammer és Feitler, ellentétben Fairbankssal, munkájukban azt fejtik ki, hogy a formaldehyd, Schering Aesculapját alkalmazva, speciális hatású a sibiriai pestis-bacillusra. Ennek spórámentes bacillusait, 1 pastillát 1 m³ téren elhasználva, 12 óra alatt teszi tönkre, míg a typhus-bacillus, prodigiosus és sarcina ugyanazon idő alatt nem pusztulnak el.

Simanski és Gruber, a kik Trillat készülékével is kísérleteztek, jobbnak tartják ezt, mint Schering Aesculap-ját, bár teljes desinfectiót sem az egyik, sem a másik készülékkel nem értek el. A spórákat nem öli meg a formalin-gőz; áthatolási képessége nem nagy; nem rongálja a tárgyakat, s minél magasabb a hőmérséklet, annál erősebb a hatása.

Schlossmann nem tartja biztosnak a Trillat és Schering-féle eszközöket, ezért Waltherrel együtt egy újabbat szerkesztett. A készülék, melyet a drezdai Lingner cég bocsát áruba, a „glykoformal“-t (40% formaldehyd-oldat + 10% glicerint) oly gyorsan és erősen párologtatja el, hogy 10 perc után egy 60 m³ térfogatú szoba közepén égő izzólámpát a vastag ködréteg miatt nem lehet felismerni. Három óra alatt 3 mm. vastag réteggel kerti földdel elátott kis csészéket, 5 mm. vastag lótrágyát, szennyes fehérneműt desiniciál. Szerző következőképen nyilatkozik ezen eljárás előnyeiről: 1. Absolut sterilizatio jön létre. 2. Nem szükséges az ablakokat és ajtókat elzárni, ellenkezőleg némi szellőzés kell. 3. A készülék is úgy van szerkesztve, hogy a szobában ventilációt tartson fenn. 4. Az egész eljárás legfeljebb 3 óráig tart. 5. A készülék könnyen kezelhető, 1/2 atmosphaera nyomás alatt működik és így minden robbanás ki van zárva. 6. Az eljárás olcsó. A Trillat és Schering-féle készülékekkel szemben az az előnye van, hogy a szobában levő tárgyakat nem bántja. 7. A hova gáz behatol, ott minden csirt megöl. Bevezetett desinfectio után 1/2 óráig szellőztetni kell a szobát. A szagot ammoniak-oldattal iparkodnak eltüntetni.

Schönfeld nem tartja oly kiválónak Schlossmann eljárását, a mennyiben nem pusztítja el 3 óra alatt a kísérleti tárgyat használt bacillusokat a mélyben. Továbbá rendkívüli módon izgatja a nyálkahártyákat, úgy hogy desinfectio után a szobába belépni nem lehet. A szag eltüntetése nagyon nehéz. Az eljárás drága.

Pfuhl az eszközt megbízhatónak tartja, bár tagadja, hogy absolut sterilizatio jönne létre.

Czaplewski szerint hátránya a Walther-Schlossmann-féle készüléknek az, hogy 1. nagyon drága, 2. a szerkezete nagyon bonyolult, könnyen rongálódik, 3. a keletkezett pára nagyon durva, 4. csunya csapadék képződik, innét a hosszantartó és alig eltüntethető szag. Tagadja azt, hogy ezzel a készülékkel a formalin-desinfectio kérdése teljesen meg volna oldva. Szerző hangsúlyozza, hogy a glicerint a hatás erősítésére egészen felesleges, sőt nagyon alkalmatlan, talán káros is, inkább a formaldehyd és vízgőz mennyiségétől függ a hatás.

A német természettudósok és orvosok düsseldorfi gyűlésén elhangzott vélemények alapján sem múlja felül Schlossmann glykoformal-készüléke az eddigi Trillat, Schering-féle stb. készülékeket, a mennyiben gyakorlatban nem igen használható egyrészt drágasága miatt, másrészt, mert a szobában maradt tárgyat glycerinnel von be.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

W. Scholtz: Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. Gustav Fischer. Jena, 1904.

E 144 oldalas monographiában 12 egyetemi előadás alakjában foglalja össze szerző, ki a gonococcusról írott számos cikke által eléggé ismeretes (legújabbban a Kolle és Wassermann-féle „Handbuch der pathogenen Mikroorganismen“ című műben a gonococcust tárgyaló fejezetet írta), a Neisser-iskolának a férfigonorrhoea kórtanát és gyógytanát illető felfogásait és irányelveit.

A könyv határozottan jó, áttekintően van írva, ezért igen alkalmas a tanulásra és utánnézésre, miben nagy előnyre szolgálna az egyes bekezdéseknek margóján alkalmazott „Schlagwortok“; csak a tapasztalás útján igazolt gyakorlati eljárásokat sorolja fel, persze főképpen a Neisser-féle irányelvek szemmel tartása mellett. Mentés e mű a túlságosan sok irodalmi vonatkoztatástól és történelmi visszapiantástól (mi pl. a Finger-féle könyvben igen feltűnő) s csak a legújabb, még nem teljesen tisztázott pontok megbeszélésénél foglalkozik röviden a fontosabb bevágó vizsgálatokkal (pl. a II. előadásban a gonococcus-tenyésztésnél).

A gonorrhoeás folyamatok felismerésénél mindenütt első sorban a górcső vizsgálat fontosságára és nélkülözhetetlenségére utal, a Gram-féle eljárást és a többi gonococcusfestést részletesen ismerteti (a Czaplewski-féle karbolvizes gentianaioból [10% conc. alkoh. gentian-oldat 2 1/2%-os karbol-oldatban] hosszú időn keresztül való használhatósága miatt a gyakorló orvosok részére nagyon ajánlja), a provocatio módszert pontosan leírja és a prostata, ondóhólyag stb. váladékainak vizsgálatára a gonococcus-tenyésztés útján is kétes esetekben kellő súlyt helyez.

A gyógyeljárások értékét, akár injectiókról, akár instrumentális kezeléssel legyen szó, a gonorrhoeára vonatkozó kórtani és kórbonezeti ismereteink alapján bírálja el és ily módon mindegyik eljárás javait tudományosan állítja fel, a localis kezeléssel az endoskopiát is röviden tárgyalva. A diagnostikában a gombos sondát és az Otis féle húgyesőmérőt ennek elejébe helyezi és csak a már ezen eszközökkel felállított kórisme kibővítése czéljából használja. Az utolsó három fejezetben a gonorrhoea complicatioit tárgyalja: először a mellső kankó szövődéseit, majd a prostatitist, hol az ujjal végzendő massagera helyezi a főszólt a diatézis kezelés, fürdők, végbéltisztítás stb. mellett; utoljára az epididymitist, funiculitist, spermatoecystitist, a gonorrhoeás és postgonorrhoeás hólyaghurutot és az e körüli gyógykezelési eljárásokat ismerteti. Az utolsó előadás befejezéséül találunk néhány igen megszívlelendő nézetet az ifjúság felvilágosításáról és a prophylaxisról, mely czélból a Blokusewski és a Marschalkó-féle készülékeket ajánlja.

Valóban elismerésre méltó, hogy szerző aránylag minő szűk téren minden idevalót kellő mértékben és kellő helyen tudott felemlíteni, úgy hogy ezen könyvecskét nemcsak a hallgatóknak és a gyakorló orvosnak, hanem még a specialistának is mint egy pompás compendium mintáját ajánlhatni.

Picker Rezső dr.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Lumbal punctio uraemiában. Seiffert néhány évvel ezelőtt egy súlyos vörhenyjárvány alkalmával azt a tapasztalatot tette, hogy uraemia jelentkezése esetén lumbal punctioval kivétel nélkül megmenthetők voltak a betegek. A kedvező hatás úgyszólván rögtön mutatkozott. Többnyire egy punctio elegendő volt; a kibocsátott cerebrospinalis folyadék mennyisége 5 és 30 köbcentiméter között ingadozott. A vörheny initialis görcsei ellen szintén eredményesnek bizonyult a lumbal punctio; valamennyi ily módon kezelt beteg meggyógyult, noha az ilyen esetek többnyire halálosan végződnek. Kanyaró kezdeti szakában levő egy betegnél a jelenlevő görcsök és öntudatlanság ellen szintén kedvezően hatott a lumbal punctio: a görcsök megszűntek, az öntudat visszatért és a betegség normálisan folyt le. Szerző azt hiszi, hogy nem csupán vörheny okozta uraemia esetében, hanem általában minden uraemia-esetben megkísérlendő a lumbal punctio, a melylyel talán eclampsia ellen is hathatunk. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1904. 10. szám.) Ezzel kapcsolatban megjegyezzük, hogy Mc Vail is közölt volt nemrégiben (British medical journal, 1903. október 24.) két súlyos uraemia-esetet, a melyekben spinal punctio után a coma és a görcsök megszűntek, később a fejfájás is tetemesen csökkent, a vizelet mennyisége szaporodott, fehérjertartalma pedig erősen megkevesedett. Ez az eredmény szerző szerint arra mutat, hogy az úgynevezett uraemiás jelenségeket sokszor nem huyagymérgezésre kell visszavezetni, hanem azok a fokozott intracranialis nyomásból is magyarázhatók.

Sebészet.

Az appendix resectiojának technikájához szól Belz. Az appendix resectiojának szokásos módja az, hogy a peritoneum megnyitása után a coecumot ujjal kiemeljük, az appendix tapadási helyét felkeressük s a mesenteriolumot lekötve átvágjuk. Ezen eljárás nem mindig helyénvaló s nem ritkán a coecum súlyos sérüléseivel jár, különösen akkor, midőn az appendix csúcsa a paranephriumba erősen lenőtt, vagy a máj alsó felszínén fekszik, vagy mélyen lenyúlik a medencébe. A műtét további lefolyására és az utókezelésre nézve nem mindegy, hogy a coecum és a colon ascendens erősen zúzattak vagy éppen a fennálló lobos

folyamat folytán a serosa sok helyütt leválasztatik-e. Épen ezen esetekben ajánlja szerző a következő eljárást: a peritoneum megnyitása után a coecumot, a mennyire szükséges, a seb elé kihúzzuk és az appendix tapadását folkerezzük. Most a szabad felületen körülmetszzük a serosát és a muscularist, tompa tűvel kettős fonalat vezetünk át a mesenteriolum felé eső felület és a még át nem vágott muscularis és mucosa között és kettősen lekötjük az appendixet. A két lekötés között vágjuk át most késsel vagy thermokauterral az appendixet s a begyűrt csontot kettős etage-varrattal fedjük. Az arteria mesenteriolis az átmetszés után azonnal lefoghható és leköthető. A coecumot ezután visszahelyezzük s miközben a segéd bal kezével a középvonal felé szorítja, az appendix feltűnő könnyen és kíméletesen fejthető ki az összenövészek közül és az összes vérző edények egyenként lekötődnek.

Azon esetekben, melyekben az appendix teljes eltávolítása különös nagy nehézségekbe ütköznék, ezen eljárás mellett az appendix csúcsát bent lehet hagyni; ennek helyén a hasüreget tamponálva, a bevarrt coecumot visszasüllyeszthetjük a hasüregbe.

Szerző ajánlatára főnöke Trinkler dr. öt esetben ezen mód szerint operált, a ki az eljárást nagyon ajánlja. (Centralblatt für Chir. 1904. 4. szám.)

Paunz Sándor dr.

Venereás bántalmak.

Syphilis átoltása állatra. Lassar-nak sikerült egy 4–5 éves chimpanzt syphilissel beoltani. Az inoculatio a felső ajkon, a nyelven, a szemöldökön, a homlokon és a füleken (egyidejűleg) történt. Az oltás helyei 48 óra múlva begyógyultak, a majom egészségi állapota változatlanul jó maradt. Tizenöt nap múlva a jobb szemöldök felett két helyen, valamint a homlokon a középvonalban kiemelkedő, közepükön kifeléyesedő infiltratumok keletkeztek, melyek a *lueses primaer affectio typusos* képet mutatták. A nyaki és tarkómirigyek megduzzadtak, az anus körül, a tenyereken, a talpokon, a homlokon az embereken észlelt syphilidekhez nagyon hasonló kiütés jelentkezett. A karok és a fej szőrzete helyenként megritkult. (Alopecia luetica.) A primaer affectiók histológiai vizsgálata, melyet Meyer és Becke végeztek, endo- és periarteritist, az adventitia erős megvastagodását mutatta. (La syphilis, 1904. március.)

Kollarits Béla dr.

Syphilises primaer tünet a szem kötőhártyáján. Habár az extragenitalis syphilis-infectiók aránylag elég gyakoriak és az ilyen casus-tikus közlemények ma már alig bírnak érdeklődést kelteni, úgy mégis figyelemre méltó *Gutzeit* a szemconjunctiván észlelt sclerosis esete, mely eleinte nagyfokú chemosist, később kisebb fokú ulceratiókat, erosiókat okozott a nyákhártyán. A nagyfokú duzzanat daczára a subjectiv tünetek elég jelentéktelenek voltak. (Archiv für Dermat. und Syphilis, 1904. április.)

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az alsol, a mely ecetsavas és borkősavas aluminium összekötése (aluminium acetico-tartaricum) s a melyet az „Athenstaedt und Redeker, Hemelingen” cég hoz forgalomba, mint antisepticum, desiniciens és adstringens nagyon jó szolgálatokat tehet és eltarthatósága miatt határozottan előnyben részesítendő az egyszerű aluminium acetiummal szemben. Az alsol a sebkezelésben főbbnyire 1%-os, a nyákhártyák kezelésére pedig 1/2%-os oldatban jön alkalmazásba. Újabban 50%-os oldatban is, a melyből higabb oldatok könnyen készíthetők, kapható. Ez az oldat 50%-os száraz alsolt és 50%-os ecetsavat tartalmaz; utóbbit azért adják hozzá *Fritsch* tanár ajánlatára, mert ezzel meggátolható, hogy hígításkor a közönséges vízben tartalmazott calcium- és magnesiumcarbonatok bontólág hassanak az aluminiumsókra.

A bismutosét Cohnheim felnöttek súlyos idült entero-colitisének nagyobb számú esetében használta és nagyon jó eredményeket ért el vele, ha elegendő nagy mennyiségben (3-szor naponként 1/2–1 kávés-kanálnyi) adta. Kellemetlen mellék tüneteket sohasem észlelt. A betegeket czélszerű előre figyelmeztetni, hogy székük a szer használata után fekete lesz. Az említett esetekben a szert tartós eredmény elérése czéljából hosszabb időn át, legalább négy hétig kell használni és természetesen a szükséges diatét is meg kell szabni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 52. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 23. szám. Felletár Emil: Mérgek növények által előidézett bódulatban véghezvitt rablás esetei. Lécai Dezső: A veronáról. Jacobi József: Struma mellett fejlépett tetania-esetek.

Orvosok lapja, 1904. 22. szám. Unterberg Jenő: A külsőleg alkalmazható salicyl-készítmények hatásáról. Kelen József: A gyomor- és bélbántalmak physico-balneotherapiája Előpatakon.

Budapesti orvosi újság, 1904. 22. szám. Fái Miklós: A Basedow-kór klimatikus és organotherapeutikus kezeléséről. Löbl Vilmos: Mérgezési esetek. Winternitz M. Arnold: A csontüreggek plombálásáról. Póly Jenő: Rhinoplastikai adalékok.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 22. szám. Kreidl és Mandl: Immun-haemolysinek átmenete az anyáról a magzatra. Bartel: A máj esomós hyperplasiájának multiplex adenomájának differential-

diagnosisa. Salzer: Nyílt Meckel-féle diverticulum. Kapralik és Schrötter: Tuberculin bevitele a légzőszervek útján.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 23. szám. Zweig: Aërophagia. Lingsch: Cataracta traumatica villámsújtás után. Mader: A szív- és edényhangok auscultatioja. Schmeichler: Szembajok simulatioja. Dojmi de Delupis: Lepra vagy syringomyelia?

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 23. szám. König: A sebeszt 50 év előtt és ma. Maragliano: A gümőkór specifikus kezelése. Barjansky: A maretin és antipyretikus hatása. Heller: Phlebitis gonorrhoeica. Glücksmann: Oesophagoskopia. Rosenfeld: Az elzsírosodás.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 23. szám. Meinicke: A haemolysin-képződés értéke a cholera felismerésében. Loewenstein és Rappaport: A tuberculosis immunitás mechanizmusa. Steinitz és Weigert: Demineralisatio és gümőkór. Poly: A vér és a vizelet molekulás concentratiojának meghatározása kétoldali vesemegbetegedésekben. Voelcker: Purpura cachectica. Böcker: Szabad íztetek mindkét térdizületben kétoldali habitus patella-luxatioval kifelé. Katzenstein: A szív functio-vizsgálatának új módja. Ruhemann: Aspirin és carcinoma. Tarnowski: Ozaena gyógyítása diphtheria ellenes serummal. Oppenheimer: Egyoldali nystagmus.

Therapie der Gegenwart, 1904. 5. füzet. Neisser: A próba-punctio és a koponya punctioja. Kieneberger: A végbélén át táplálás, különös tekintettel a gyomorfekélyre. Pickardt: A bél alsó szakaszai megbetegedéseinek helyi kezelése. Lewandowski: Vértelen idegnyújtás. Gerhartz: Némely gyermekkori görcsalak kezelése phosphorral. Orłowski: Adat a phimosiis vértelen kezeléséhez.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 15. kötet, 4. füzet. Hess: Retrograd amnesia strangulációs kísérlet és fejtrauma után. Knapp: Tapintás-hűdés és Jackson-epilepsia esete; adenoid vegetatiók eltávolításának kedvező hatása. Mingazzini: Néhány pálya lefutása a központi idegrendszerben. Försterling: Motilitási psychosis esete. Friedmann: Neurastheniás melancholia. Breukink: Kifáradási görbék egészségeseknél, valamint neurosisokban és psychosisokban szenvedőknél.

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 18. szám. Perthes: Műtétek Röntgen-sugarak közvetlen útmutatása mellett. Hansy: Szorítók használata gyomor- és bélműtéteknél. Wilms: Adatok a Sauerbruch-féle műttér fejlesztéséhez.

Archives générales de médecine, 1904. 20. szám. Cautru: A hasmassage hatása az arteriás hypertensiora. Launois és Mauban: Tüdő-echinococcus. Belbèze: A heveny dacryocystitis kezelése aspiratiós punctioval és oxygenes víz befecskendezésével. 21. szám. Ceif: Az appendicitis syphilises eredése. Piolet: A térd ligamentum adiposuma. Vidal: A dechloruratiós gyógymód Bright-kórbán.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet, 18. és 19. füzet. Rochard: Sebklínikai problémák. Dubois: Hirtelen halál mellékvese glycerines kivonatának bőr alá fecskendezése után. Goldschmidt: Chinin és arsen változtatott használata malaria makacs eseteiben. Boulmié: Májbajok diaetotherapiája. Gillot: Adatok a csecsemők táplálásához. Robin: Vertigo stomachalis és kezelése.

Le progrès médical, 1904. 22. szám. Foveau de Courmelles: A radium és a radio-activ anyagok gyógyászati értéke.

La semaine médicale, 1904. 22. szám. Lejars: Multiplex izom-gümőkór.

The lancet, 1904. I. 22. szám. F. Taylor: A lép némely megbetegedéséről. Edred M. Corner: A tápasatorna heveny fertőző úszkös folyamatai. J. Lindsay Steven: A gyomorbajok operatív kezelése a belgyógyász szempontjából. Ch. R. Keyser: Rák férfiemlőben. H. Ashley Gaitskell: A felső végtagok veleszületett hiánya. F. Langmead: Suprarenalis apoplexia gyermekekben. Alan B. Green: Chloroformos borjúnyirk. E. Wynstone-Waters: Mellkassérülés esete. E. S. Crispin: Gynaecomastia. T. C. Hayes és T. P. Legg: Ismétlődő bélzáródás esete medencebeli cysta eltávolítása után. R. C. Dun: Csecsemőkori kizárt lágyéksérny négy esete. 23. szám. Howard Marsh: Intermittáló izületi hydrops. F. Taylor: A lép némely megbetegedése. E. T. Fison: Heveny haemorrhagiás pankreatitis esete. T. J. Horder és A. E. Garrod: Pneumococcus okozta endocarditis ulcerosa; kezelés antipneumococcus-serummal. Russell Coombe: Appendicitis. W. Blair Bell: Adatok az appendicitis diagnosishoz. R. Lake: A félkörös csatornák eltávolítása egyoldalú fülszédülés esetében. E. E. Laslett: Adams-Stokes-féle betegség. A. E. Cumberbatch és C. E. West: Labyrinthbeli caries okozta vertigo esete.

British medical journal, 1904. május 21. Alban Doran: Haematoma és haematocoele: korai tubaris terhesség két esete. P. J. Freyer: A prostata teljes kiirtása. Cuthbert S. Wallace: Ugyanez. E. Deanesly: Prostatectomia suprapubica et perinealis. F. A. Southam: 120 hólyagkö-műtét. M. Woodward: Méhinversio. A. C. Bird: A kulescson szokatlan dislocatioja. R. T. Williamson: Cylinder-epithelioma a centrum ovaleban. F. C. Eve: Diphtheria-járvány. Május 28. F. J. Smith: A köhögés és jelentősége. J. E. Squire: Tévedések a mellkas vizsgálatában. J. Darley Wynne: Gümőkór Irland déli részében. N. Raw: Elsődleges bélgümőkór gyermekekben. Duncan Macdonald: Suprarenalin tüdővérzés ellen. E. Francis: Adrenalinallal kezelt haemophilia. L. Rogers: Leishman-Donovan-féle testek előfordulása cachexiás lázakban. P. Manson és G. C. Low: A Leishman-Donovan-féle test. E. D. W. Greig és A.

C. H. Gray: A nyirokmirigyek álmokorban. H. Waldo: Pneumococcus okozta peritonitis esete. Percy Stewart: Meningitis cerebrosinialis érdekesebb esete. C. Douglas Bryan: Adrenalinallal kezelt szülés utáni vérzés.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. június 10.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1904-dik év 21. hetében (1904. május 22.-étől május 28.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,481, összesen 813,399. Elveszületett 436 gyermek, elhalt 296 egyén, a születések tebát 174-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.0, az öt éven felüli lakosságnál: 14.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agykérlob 11, agyguta 2, ránggörcs 4, terjedő hűdés 5, bántérsorvadás 0, szivbaj 8, hörglob 0, tüdőlob 20, hurutos tüdőlob 19, mellhártyalob 0, tüdővész 79, tüdőlegdag 3, bélhurut 11, májbajok 7, hashártyalob 4, kizárt sérv 2, Brightkór 0, veszületett gyengeség 9, gyermekaszály 1, aggaszály 8, rák 2, méhrák 3, egyéb álkeplet 4, gümös bajok 3, kanyaró 3, vörheny 6, álh. gégelob 0, ronsoló toroklob 5, hökhurut 0, gyermekági láz 0, hagymáz 1, influenza 1, himlő 0, veszületett buja 1, szerzett bujakór 2, vérhas 0, orbáncz 2, lépfene 0, ebdüh 0, gennyvér 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 2, baleset 6, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3410 beteg, szaporodás 893, csökkenés 831, maradt e hét végén 3405 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi május 22-dikétől május 28-dikáig terjedő 21. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 96 (135), vörheny 64 (70), álh. gége- és ronsoló toroklob 48 (45), hökhurut 30 (31), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 2 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 17 (15), vérhas 0 (0), orbáncz 20 (23), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 7 (7), trachoma 3 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Királylátogatás a klinikán.** Ő Felsége e hó 7-dikén meg látogatta Réczey, Bársny és Tauffer professorok klinikáit és ezen intézetek modern és szakszerű berendezése iránt legmagasabb elismerését nyilvánította.

— **Kinevezések.** Hirschler Ágoston tanárt a polgármester a szt. István-kórházban Korányi Sándor tanár visszalépésével megüresedett állásra kinevezte. Az elhunyt Dulácska főorvos utódja ugyanazon kórházban Székács Béla dr. lett.

△ **Magántanári próbaelőadások.** E hó 6-dikán tartották magántanári próbaelőadásait Siklóssy Gyula dr. „A közellátóság operálásáról”, Illyés Géza dr. „A vese- és hólyag sebészeti megbetegedéseinek klinikai kórismézéséről” ezimen és ezeknek sikeres megtartása után a tanártestület nekik a tanítási jogot az orvosi karon megadta, és e határozatát a közoktatásügyi miniszterhez jóváhagyás és megerősítés végett felterjesztette.

+ **A tisztikarváltás** a következő 1904/5. tanévre a budapesti orvosi karon folyó hó 1-jén történt. Dékán lett: *Generich Antal*, a kórbonecztan ny. r. tanára, jegyző lett: *Liebermann Leó* a közegészségtan ny. r. tanára. Könyvtárossá választották újlag *Högyes Endre* tanárt. Ugyanezen üléstől kiküldték az 1904/5. tanévre a négy rektorválasztót is.

— **Megválasztások.** Ungvár városi alorvosi állására a város közgyűlése *Reisman Arnold* dr.-t, Miskolcz város közgyűlése pedig a megüresedett körletti orvosi állásra *Pfleger Imre* dr.-t választotta meg.

① **Új törvényszéki orvosok.** A Budapesti májusban tartott törvényszéki orvosi vizsgálatokon *Cseresnyés Ernő* pannonhalmi, *Olariu Valér* teregovai és *Polereczky Endre* hevesi orvosdoctorok képesítettek.

○ **Oklevélbementatás.** Okleveleiket márczius hóban a tisztí főorvosi hivatalban bemutatták: *Wittmann Albert* dr., *Rácz Johanna* dr., *Hofbauer Barna* dr. és *Blaszberger Viktor* dr. egyetemes orvosdoctorok és 2 szülesznő.

— **Ünnepeltetés.** Az Országos Orvos-Szövetség komáromi fiókszövetsége június 18-dikán díszközgyűlést tart, melyen *Cseley János* és *Jávör Béla* dr.-oknak 50 éves, *Fűt Adolf* és *Schul Simon* dr.-oknak pedig 40 éves orvosi működését fogják megünnepelni.

— **Elhalasztott összejövetel.** *Mangold Henrik* dr., kir. tanácsos arról értesíti lapunkat, hogy azon orvosdoctorok találkozója, kik 1849-ben iratkoztak be az egyetemre, közbejött akadályok miatt június 12-dike helyett június 20-dikán fog megtartatni.

∞ **A Budapesti szegénysorsú tudóbetegek sanatorium egyesülete** június hó 12-dikén déli 11 órakor az Első magyar általános biztosító intézet palotájának tanácsstermében (Vigadó-tér 1. szám) tartja VI. évi rendes közgyűlését a következő tárgysorozattal: Elnöki megnyitó. Az igazgató tanács jelentése. A hölgybizottság jelentése. Mérleg és zárószámadások bemutatása. A felügyelő bizottság jelentése. Az igazgató tanács megválasztása. A felügyelő bizottság megválasztása. Zárószó, mondja *Korányi Frigyes* főrendiházi tag.

< **A Trefort-szobor leleplezése.** Vasárnap délelőtt leplezték le *Trefort Ágoston*, néhai kultusminiszternek szobrát a fővárosban a muzeum-

körúti egyetemi telepen. A szobor költségeit a Természettudományi Társulat gyűjtötte össze, főleg az egyetemi és műegyetemi kar tagjai részéről. A társulat elnöke a leleplezett szobrot az egyetem rektorához intézett szavakkal adta át az egyetemnek.

— **Ösztön- és segélydíj-adományozás.** Az orvostudományi tanártestület legutóbbi ülésén az *Andrássy-Szeráfin-féle* 300 koronás ösztöndíjat *Mezey János* orvostanhallgatónak s a *Fischhoff-féle* 800 koronás szigorlati segélydíjat *Schulhof Sándor* szigorló orvosnak ítélte oda.

△ **Fürdőink látogatottsága.** A *Mattoni-féle Erzsébet-sósfürdőben* május 29-dikéig 37 család lakott. — *Tátrafüreden* május 17-dikétől június 4-dikéig 45 fürdővendég fordult meg.

+ **Bársny professor** szülészeti poliklinikája segítségét 1904. május havában 76 esetben vették igénybe 41 műtéttel.

— **A szabadkai önkéntes mentőegyesület** májusban 98 esetben, ez évben pedig május végéig összesen 420 esetben működött.

— **A budapesti poliklinikán** 1904. május havában 3512 új beteg fordult meg és 12,235 rendelés eszközöltetett.

— **Megjelent.** *Bilasko György* dr.: Fogülettési kísérletek különös tekintettel a replantatiora. Stomat. Közlöny. 1903. — *Jacoby*: Meine Erfahrungen mit Chologen etc. Fortschr. d. Med. 1904. — *Gámán Béla* dr.: Rohitsch Sauerbrunn. 1904.

† **Elhunytak.** *Hajnal István* dr., a békés-bánati ev.-ref. egyházmegye gondnoka, Békés vármegye volt főorvosa és közigazgatási bizottságának tagja, a Ferencz József-rend lovagkeresztjének tulajdonosa folyó hó 4-dikén 62 éves korában. Temetése 7-dikén volt. — *Vályi Zsigmond* dr., a m. államvasutak igazgatóságának fogalmazó orvosa 61 éves korában Budapesten.

Mai számunkhoz a Chemische Fabrik von Heyden cég „Acetylsalicylsav” című prospectusa van mellékelve, melyre előfizetőink becses figyelmét ezennel felhívjuk.

A **Hauser és Sobotka** cég Stadlauban Bécs mellett nemrég újabb sorozat *malátakészítményt* hozott forgalomba. Úgy értesültünk, hogy az orvosoknak brosurák és minták rendelkezésre állanak. A készítmények, melyek „*Diastasin*” néven kerülnek a kereskedésbe, *foltyékonyan, szárazon és pastillaalakban* állítatnak elő. Az utóbbi két alak, mely az itt szóba jövő készítményeknél eddig ismeretlen volt, leginkább fogja az érdeklődést felkelteni, mivel így az orvosok rendelkezéseiknél a szer legkisebb mennyiségeit meghatározhatják.

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

„**Fasor**” (Dr. Herczel-féle) sanatorium **vízgyógyintézete.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízigyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**



Szt. Lukácsfürdő
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleghéví kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt. Lukácsfürdő Igazgatósága** Budán.

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelese, V., Fürdő-utca 8. Gyógyítás tárgyát képezik: **Női arciszőrők.** — Szeplők. — Comedo; Acne; Rosacea. — Anyajegyek. — Szemölcsök. — Arczránczok. — Hónalj-, tenyér és talp-izzadás. — Az arc- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegek. — Tisztátalan teint (bőrhámlasztás). — Hajhullás. — Hajfestés. — Hajbetegségek stb.

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz** stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Rék Béla dr.**

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

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

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyejesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízigyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. február hó 25-dikén a Stefánia-gyermekekórházban tartott rendes ülés.) 373. l. — Közházi Orvostársulat. (II. ülés 1904. február 3-dikén.) 374. l.

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. február hó 25-dikén a Stefánia-gyermekekórházban tartott rendes ülése.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál, Dapsy Viktor.

(Vége.)

Paunz Márk: Teljesen magáéva teszi bemutató véleményét, mert gyermekeknél a legtöbb esetben szemmel kísérhető, pontos endolaryngeális műtétet papillomák eltávolítására végezni nem lehet. Így kevés kivétellel előzetes tracheotómiával a gége felhasítása vezethet csak célhoz. Csak a megejtett gégefelmetszés után mondhatunk többnyire prognosztát a beteg jövődől sorsáról, mert csak most láthatjuk, hogy a papillomák mily fokban vannak elterjedve. Ha csak körülírt helyen vannak szemölcsök, a canule utólag el lesz távolítható, mert a kiirtás után nem képződik heges szűkület. Ily esetekre bemutató eljárását, t. i. a nyálkahártyavarratot mint nagy haladást kell üdvözölnünk, mert a gyógyulás gyorsabb. Ha azonban a szemölcsök ellepik az egész géget, a mint az sokszor előfordul, oly nagy pusztítást viszünk véghez kiirtásukkal a nyálkahártyában, hogy nem nagyon lesz lehetséges varratot alkalmazni, és így a heges szűkület ellen alkalmazásba vett eljárások — intubatio, transplantatio stb. — jöhetnek csak szóba, sajnos, nem mindig a kívánt eredménnyel, mert a gyermekek azután is csak canulet kénytelenek viselni.

A mi a szemölcsök spontán visszafejlődését illeti, azt többen leírták. P. két esetben azt tapasztalta, hogy a szemölcsök egy bizonyos időn túl nem nőttek nagyobbra, míg a gyermek szépen továbbfejlődött és így a nagyobb ürterületet nyert gégeben a fejlődésükben megállapodott papillomák többé légzési zavart nem okoztak. Talán a spontán visszafejlődés czimén leírt esetek részben ily módon magyarázhatók.

Dollinger: Nem régen egy idősebb férfi gégejének hátulsó, bárzsinagföli felületéről kiinduló és innen a jobboldali kannaporcra rákapaszkodó, körülbelül 3 cm. hosszú és mintegy 1½ cm. széles, rákos fekély kiirtása után az egész anyagvesztéseget a szomszédságból odahúzott nyálkahártyával azonnal befedte. A gége hátulsó felületén a nyálkahártya nagyon laza, redős és az aljával olyan lazán van összekötve, hogy nagy eltolódást enged meg. Ezen anatómiai berendezés lehetővé teszi, hogy a gége hátulsó felületén, vagy a felső-karimáján müvileg ejtett anyagvesztéseket azonnal a műtét alatt, a szomszédságból odahúzott nyálkahártyával befedjük.

Cholesteatoma műtett esete.

Hj. Klug Nándor: A bemutató beteg 8 éves fiú, kit 1902. februárban hoztak el szülei kétoldali otorrhoeával, mely 2 év előtt lefolyt scarlatina után állott be. Szülei jelentik, hogy a gyermek utolsó időben nem hall s beszéde is mind érthetlenebb, dünnyögőbb lesz. A fiúnak mindkét oldalt bűzös fölfolyása van, dobhártyái teljesen destruáltak, dobüregben apró granulációk, hallócsontokból semmi látható, fülkagyló, külső hallójárat, processus mastoideus semmi elváltozást nem mutat. Ez a lelet mindkét oldalt egyforma. Hallás nincs, sem lég-, sem csontvezetésben. Egyéb tünet nem mutatható ki. A február 17-dikén chloroformnarcosisban megejtett jobboldali műtétkor a planum mastoideumot véséskor erősen sclerotizálva találta és a feltárt antrumban és aditus ad antrumban egy cseket kitöltő mogyorónyi cholesteatoma volt. A tegmen antri egy gombostűhegynyi pontján geny jelent meg, azért is a tegmen el lett véve, mire a durán ülő, körülbelül 4 cm³ mennyiségű geny ki lett takarítva, valamint a durán ülő sarjak is. A horizontális ivjáraton is kis fistulát látott, azért a legkisebb vésővel még ezt az ivjáratot, valamint a vestibulumot is felvéste olyképen, hogy a promontoriumot véste el a fenestra ovalis és rotunda között. Megfelelő sebtoilette után kötést tettek a betegre. 10 nap múlva, tehát február 27-dikén ez oldalon Siebenmann-féle plasticát végeztek s ugyanakkor chloroformnarcosisban a bal oldalt is megoperálták. A műtét menete ugyanolyan volt, mint a jobb oldalon. A kemény, de aránylag vékony corticalis alatt az antrumban piszkos-szürke geny nyílt, melyet kikanalaztak, ezeket kikanalazták. A csontos hallójárat hátsó falát elvéste, mire a melyben mozgó sequestert érzett, melyet csipőkkel igen könnyen el lehetett távolítani, e sequesterben fel volt még ismerhető 2 ivjárat, a horizontális s valószínűleg a sagittális, valamint másfél csigamenet. A már most mindenütt ép csontfalú sebüreget lesimitva, kitisztítva bekötözte. 10 nap múlva itt is Siebenmann-féle plasticát végzett.

Az utókezelés lassan, de elég jól haladt előre, a hámosodás szintén lassan haladt. Ma a betegnek mindkét oldalt szép nagy tölséres fül-nyílása van, mely kosmetikai szempontból kielégítő, ezeken át az egész mély üreg jól átlátható, frissen be van hámosodva, nedvedzés csupán a tubanyílásoknak megfelelően van még, de ez is oly kevés, hogy körülbelül egy hét alatt gyűlik annyi meg, hogy kis vatta-tampon csúszásával egy cseppet ki lehet törölni.

Az itt elmondott eset több irányban nyújt érdekességet. Így először is láttuk, hogy jobboldalt extradurális tályog állott fenn. Láttuk, hogy a tályog itt is, mint annyi sok esetben, semmi tünetet nem okozott és csupán a műtét alatt jutottunk rá. Az extradurális tályog itt valószínűleg nem a kis fistulanyíláson át jött létre, melyet a tegmen antri találta, s melynek keletkezését a cholesteatoma okozta usuratióból hajlandó magyarázni, bár egy veleszületett dehiscencia lehetősége sem zárható ki. Másik érdekessége az esetnek a másik kis fistulanyílás a horizontális ivjáraton, melynek keletkezését ép úgy magyarázhatja magának az usuratióból, a mint azt fentebb a tegmen antri fistulájánál láttuk. Ily fistulák a horizontális ivjáraton elég gyakoriak, a mint erre legelőször Jansen figyelmeztette szót, ki maga több ily esetről számol be. Jansen és utána többen, Kimberg, Botbeg és mások, valamint saját észleletein okulva, e fistulából kiindulva a horizontális ivjáratot felvéste, valamint elvéste a promontoriumot a két ablak között, a vestibulumot, illetve a csigát is feltárta s mindezeket genyvel telve találta. Szólv esete is igazolja tehát Jansen ama nézetét, hogy ivjáratfistulák esetén jó a vestibulum és csiga feltárása. Mint láttuk, az usuratiókat a cholesteatomából magyarázhatjuk. A cholesteatoma még nem volt szétesve, szépen mutatta a hagymás rétegzettséget. Természetesen az itt ülő cholesteatomák többnyire az otorrhoea folytán secundaer úton fejlődnek ki. Primaer cholesteatomát a halántékcsonthoz igen keveset ismerünk, így Lucae-nek, valamint Schwarcznak van egy esete. Az itt előforduló cholesteatomákat nem is lehet, legalább az esetek nagyobb számában, valódi újképleteknek felfogni, melyek heteroplasia útján jöttek volna létre. E cholesteatomák keletkezésének különböző theoriái vannak. Így Tröltsch-, Wendt-, Leutert-, Habermannak vannak hypothesisai. Jelen esetben valószínűnek tartja utóbbi szerző hypothesisát, hogy itt a nagy dobhártyadefectuson át, mely egész a hallójárat széléig terjedt, a külső hallójárat epidermise bevándorolt, mely idebenn a stagnáló genytől izgatva, proliferálni kezdett, s létrehozta a fent jelzett cholesteatomát.

Szólv fentebb említette, hogy jobb oldalon úgy az ivjáratban, mint a vestibulumban a felvétel után genyet talált, míg baloldalt egy sequestert távolított el, melyben két ivjárat és egy csigarészlet volt felismerhető. Látjuk tehát, hogy jelen esetben kétoldali tömkeleggenyeddéssel volt dolguk. Kétoldali ily eset eddig négy van említve (Max, Gruber, Herzfeld, Pick). Szólv most számolt be három ily esetről az „Annales des maladies de l'oreille etc.” lapjain. Az itt most ismertetett eset nincs közöttük. Mind a négy tömkeleggenyedés esetében, mint itt is, scarlatina volt az anamnesisben és ez jellemző a scarlatina ronesoló hatására. A tömkeleg genyedésének tünetei jelen esetben tulajdonképp nem voltak. Szédülése, egyensúlyzavara a betegnek egyáltalán nem volt, nystagmus jellegzetesen egyszer sem volt kiváltható, csak a halláshiány úgy a lég-, mint a csontvezetésben irható ennek rovására. Beszéd, zenei hallás nincs, látásrólág zörejeket hall. Gyermekek most már a beszédet is effeledte és megfelelő oktatásban részesül.

Feltűnő a facialis viselkedése, mely baloldalt is sértetlen, semmi hűdési tünetet nem mutat, holott tudjuk, hogy tömkelegellőkődéseknél ez is bekövetkezik. Bezold állította főleg ezen irányban össze az eseteket, s ama eredményre jut, hogy csak kevés esetben marad el a bénulás. Látjuk, hogy itt a lelkődés alkalmából a facialis csontstornájában meg lett kímélve.

Végül még néhány szót a fent említett Siebenmann-féle plasticáról. Az otológiában hasonló műtétkor a plasticát végzik, hogy a hosszú gyógyulást legalább némileg megrövidítsék s a hámosodást sietessék. Ezt kétféle úton vették elérni, úgymint 1. lebenyképzéssel, mely czélra felhasználják a külső hallójárat lágyképleteit, 2. máshonnan vett bőrrészeket átültetésével. Főleg az első eljárást, az, mely elterjedt, mert míg egyrészt a plasticai beavatkozások többnyire lehetővé teszik a retroauricularis nyílások bevarrását, s így lassan eltűnnek a szemünk előtt azon nagy retroauricularis nyílások, melyekkel régebben műtötteket az ember lát még ma is járni, addig másfelől a hallójáratok szűküléseit nemcsak megakadályozzák, de többnyire annyira tágitják, hogy azokon át az utókezelés egész jól végezhető, sőt még később is kisebb beavatkozások innen jól vihetők ki. Ilyen plasticai eljárás sok van. Így ilyeneket ismertettek Stacke, Panse, Jansen, Körner, Passow, s még mások. Ilyet írt le Siebenmann is, s főképp cholesteatoma-betegek műtete után ajánlja. Az ő eljárása szerint végezte szólv mindkét oldalon bemutató betegnél a plasticát, s az eredményt kielégítőnek tekinthette, mert a retroauricularis nyílás jól begyógyulván, az utókezelés, melyet a hallójáraton végeztek, mégis a legnagyobb könnyűséggel sikerült, az epidermisatio a lebenyből jól haladt előre, a hallójárat ma is jó és elég tág, hogy esetleg, ha kis cholesteatoma-maradványok növekedése látható lenne, innen kis beavatkozások, mint kitisztítás, kanalizálás jól eszközölhetők. Siebenmann eljárása a következő: a hallójáratot bemetszi egész a fülkagylóig, a kagylóban azután a metszés pontjából kiindulólág két egymástól Y-alakban eltérő metszést csinál a porcba, az így nyírt lebenyből a porcot és kötőszövetet lepraeparálja, a megmaradt bőrlébenyt hátratanponálja a sebüregebe, esetleg egy öltéssel odarögzíti. A sebnilyát bevarrja. A műtét végzésénél teljes tisztaság kívánatos, a legszigorúbb asepsis, a mennyiben a porcz fertőzése esetén

könnyen perichondritis jö létre, mely nagy fülkagylódeformitáshoz vezet. Szólv az így végzett Siebenmann-féle plastika eredményével kosmetikai szempontból is meg van elégedve.

Végül *Leitner Vilmos* kocsány nélküli lebenynyel végzett szemhéj-plastica esetét mutatta be.

Elnök az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(II. ülés 1904. február 3-dikán.)

Elnök: Axmann Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

Elnök az ülést megnyitja. Köszönetet mond megválasztásáért. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Hilf Kálmánt* és *Berend Miklóst*.

1. Paramyoclonus multiplex esete.

2. Chorea athetosis esete.

Berend Miklós: Tulajdonképen 3 különálló esetét a choreiform betegségeknek akarta bemutatni ma. Egyik egy féloldali chorea, a közönséges hemichorea az az alakja, a melynél az úgyis gyakran észlelhető izomgyengeség helyett valóságos pseudoparalysis fejlődött az ésszel 6 éve gyermeknél a tipikus megbetegedés 3. hetében; e pseudoparalysis kissé csökkent reflexekkel még ma is fennáll, de a meglevő állandó fibrilláris rángások, s az időnként észlelhető felületen, kis intenzitású choreatikus mozgások a megbetegedés jellegét könnyen megengedik felismerni. Ez a beteg nem jött el.

A másik egy 7 éves fiúgyermek, a kinek anamnesisében sem lues, sem idegbetegségi adatok nem szerepelnek s a kinél egy 4 hóval ezelőtt kiállott megijedés után a következő körkép fejlődött. Hirtelen villámszerű, egész kis intenzitású rángások lépnek fel a nyak, váll és jobb kar izomzatában, a melyek intenzitása oly csekély, hogy a kar ezek által alig mozdítatik meg; kis mértékben láthatók ezek az arc izomzatában is. A nyelv nem mutat rángásokat. Érzési körben eltérés nincs, reflexek kissé fokozottak a karon. Intelligencia normális: ha az arezon fellépnek néha rángások, azok a szemizmokra nem vonatkoznak.

Ez esetben azt kell először eldöntenünk, nem a gyermekkorban gyakoribb Gilles de la Tourette-féle maladie des tic-ek van-e dolgunk. Ez ellen szól az echolalia s a psychikus tünetek teljes hiánya, mellette ellenben azon körülmény, hogy rángásokat az arcban is látunk; hogy a rángások egyáltalában nem bírnak koordinált jelleggel, előfordul mindkét kóralaknál. Akaratlagos befolyások esetünkben a tic-et nem befolyásolják, közönséges tic convulsivtól a karrángások nagyobb foka, choreától a rángások jellege s az egyes rángások közti nagy pausák különböztetik meg a körképet, a mely könnyű paramyoclonus multiplexnek leginkább megfelel. Ennek felel meg, hogy egyszerre csak egy izom rángását látjuk, hogy a pausák a rángások közt majdnem egyenlő s ennek felel meg a rángások rövid villámszerű volta, a mi miatt Hensch a körképet chorea electrica-nak nevezte, az anamnesis is (ijedtség) az utóbbi kórfolyamatnak felel meg. Hysteriának minden stigmája hiányzik.

A harmadik eset, a melyet bemutatni kívánt, egy 13 éves leány, a kinél 6 hét előtt rendetlen rángatózások léptek fel a bal felső és alsó végtagban; az anamnesisben fertőző betegség, ijedelem vagy terhesség a szülők részéről nem szerepel.

Két héttel ezelőtt, felvételekor a kórházba, igen érdekes körképet mutatott: a bal karral igen heves, izgatott, choreiform, de inkább szenvedélyes, koordinált hadonászó mozgásokat végez, az arc legtöbbször nyugodt. Állásnál a bal lábat nyugodtabban tartja, de járási kísérletnél hirtelen megcsuklik, úgy, hogy erősen sántító gyermek benyomását teszi a beteg. A jobb kart könyökben hajlítva öklöbe szorítva tartja, jóformán nem mozdítja, a bal kézzel fogja, melynek mozgásai ilyenkor szünetelnek. A jobb kéz spontán a legnagyobb mérvű túlfeszítéssel járó athetosisos mozdulatokat mutatja. A végtagok tonusa mindenütt fokozott, reflexek normálisak, arc- és szemizmok részéről semmi rendellenesség ki nem mutatható, kivéve az arc és azzal együtt a psyche nagyfokú izgékonyágát, a mely a gyermek gyorsan változó kedélyhangulatában tükröződik. A jobb kéz járásnál mindig tamasztatik a bal által, az athetotikus mozgások ilyenkor legjobban láthatók. Érzési körben eltérés nincs, Rosenbach-féle szempillazárási reszketés hiányzik, látótér normális. Egy napi fektetésre és még inkább a végzett adenotomia után a mozgások intenzitása tetemesen csökkent, úgy hogy valószínűnek tartja a megbetegedés hysteriás természetét.

Keratoma hereditarium palmare et plantare esete.

Steiner Gyula: G. I., 47 éves, férfibeteg f. évi január 8-dikán vétetett fel Róna tanár osztályára. Előadja, hogy mindkét kezén és talpán születése óta megvastagodott a bőr. Édesatyja, valamint 6 testvére közül 5-en és egy testvérének 3 gyermeke szintén ugyanezen betegségben szenvednek.

Felvételekor mindkét tenyér ulnaris részén és az ujjak belfelületén, mindkét sarkon és talpon a bőr megvastagodott, sárgás színű, kisebb-nagyobb bevágások által barázdált és halvány hyperaemiás csíkkal van körülvéve. Thost, Unna, Heuss, Neumann megfigyeléseiből tudjuk, hogy ezen bőrbetegség exquisit öröklékeny baj, mely némely helyütt, így Meléda szigetén, Dalmáciában endemice is fellépett. Thost 4 generációnál 16 esetet észlelt, e beteg családjában 2 generáción 9 szenved

ily betegségben. Nem tévesztendő össze ezen baj az időleges, trauma által keletkezett callussal, mely az egyes kézi iparral foglalkozó egyénekre igen jellemző, így a cipészeknél az ujjak hajlító oldalán vagy a tenyérén, esetleg a térd felett, zenészeknél a bal kéz ujjainak hegyén, asztalosoknál a mutató- és hüvelykujj között foglal helyet a callus.

Jelen esetben azért volt nehezebb a diagnózis, mert a beteg szintén kézi ipart űz, cipész, azonban az anamnesis minden kétséget kizárólag bebizonyítja, hogy a jelen esetben keratoma hereditariummal állunk szemben. Anatómiailag is megkülönböztetendő a keratoma hereditarium a callustól, a mennyiben a callusnál csak a szaruhám van hypertrophizálva, míg keratoma hereditariumnál a szaruhám mellett a tövises réteg és a papillaris réteg is hypertrophizálva van. A therapiát illetően forró fürdőzéssel, puhító tapasztakkal, mint 15—20%-os salicyl-szappannal, időlegesen gyógyítható a baj, azonban igen gyorsan recidivál.

Róna Sámuel: Felemlíti egy uszómester családját, melyet 10 év előtt kezelt keratoma palmare heredit. ellen. Legkifejezettebb volt a baj az atyánál, azután az idősebb fiúnál és a kis leánynál. Csak a tenyereken és talpokon volt a baj, de a betegeket nagyon zavarta. A gyógyeredmény jóformán semmi.

Másik érdekes észlelete egy keratoma hereditarium a tenyereken és talpokon egy 3—4 éves kis leánynál, kinek anyja keratosis pilaris rubra-ban szenvedett, de a tenyere, talpa ép volt. Tehát a gyermek nem az anyja baját, de azzal rokonbajt örökölt.

Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum (Kaposi).

Havas Adolf: Az 50 éves péklegény egy év óta szenved azon betegségben, a melylyel bemutatja és a mely abból áll, hogy az alsó és felső végtagokon a kéz és lábfej hajlító és feszítő oldalán kendermagnyi egész nagy borsónyi, barnás-vörös vagy kékes-szedes, kúpszerűleg kiemelkedő, nyomásra érzékeny vagy fájdalmas göbök láthatók. E göbök közül egyesek megvastagodott és részben leválásban levő hámpikkelyekkel fedve. Észlelhető továbbá a kéz és láb fejen egyes majdnem egész gyermektenyérszerű, sötétbarnás, lapos beszűrődések. A középső részletében orsóalakúan megvastagodott. A járás, mozgás nehezített és fájdalmas. A bántalom az ú. n. sarcoma idiopathicum haemorrh. (Kaposi). Midőn Kaposi a bántalmat először leírta, sarcoma idiopathicum multiplex pigmentodes cutis-nak nevezte. A bántalom klinikai lefolyása és a szövettani leletek azonban később mindinkább azon meggyőződésre vezették, hogy a megbetegedés nem illik bele azon keretbe, a mit sarcomának neveznek és nem felel meg annak, a mit pigmentsarcoma alatt kell értenünk.

Feltűnő volt ugyanis a körlelelésben, hogy bizonyos idejű fennállás, egy-két hónap után a hám lehullása mellett a göbök besüppednek, részlegesen vagy tökéletesen visszafejldnek, míg más csomók újra keletkeznek. Feltűnő továbbá, hogy a daganatok hosszú ideig, egy esetében 18 évig csak a bőrre localizálva maradtak és csak azután képeznek áttéti góczokat a belső szervekben; hogy eltérőleg a rosszindulatú daganatoktól a cachexia csak nagyon későn lép fel; feltűnő, hogy a göbök fehéres szétválása aránylag ritka és majdnem mindig valamely külső ok, irritáló kezelés, piszkos, trauma stb. által idéztetik csak elő. Feljegyzésre méltó körülmény továbbá, hogy a gyógykezelés, belső gyógyszerelés, arsen adagolása után a göbök, mint azt több esetében láttuk, visszafejldnek és pedig oly szabályszerűséggel, hogy ez véletlennek betudható nem volt. A szövettani lelet minden esetben az angiosarcoma fusocellulare képét nyújtja. A daganatban észlelhető festenyzés pedig a megrepedt véredényekből, a szövetelemek közé jutott vérből származik.

A most felsorolt körülmények már évekkal ezelőtt, 8—10 év előtt arra indították szót, hogy úgy az orvosgyógyászatban, valamint a dermatologiai szakosztályban azon nézetnek adjon kifejezést, hogy a sarcoma idiopath. Kaposi kiveendő azon csoportból, a melyet mi körbencztanilag a sarcoma gyűjtőnév alatt egybefoglaltunk, mert bár a histologiai kép megfelel annak, a mit sarcomának nevezünk, a daganat struktúrája a Virchow-féle követelményeket kielégíti, de a klinikai lefolyás határozottan ellene szól, ép úgy, mint manapság már nem soroljuk a sarcomákhoz a gyöngykört, az actinomycosist.

Ezen tarthatatlan állapotot később Kaposi is belátta és a szóban forgó bántalmat az ú. n. sarcoid csoportba osztotta be, értvén ez alatt oly daganatszerű megbetegedést, a mely külsejére a sarcomához hasonló, attól abban különbözik, hogy az atypikus sejtképződés az anyaszövetet nem consumálja, hanem csak infiltrálja és így visszafejldési képességgel bír. A prognózis, ha nem is absolute rossz, de jónak sem mondható, mert a daganatok repullulálnak és ultima ratione mégis cachexiához vezetnek. A therapia abból áll, hogy belsőleg arsen szedetünk fokozatosan omeledő adagban, mert e gyógymód alatt visszafejldését a daganatnak több esetben észlelte. Különböen symptomatikusan a kezelés: a nagy göbök sebészi eltávolítása kés, paquelin vagy marópastákkal, nyomkötések alkalmazása a duzzadások enyhítésére és fájdalomcsillapító szerek, a hol erre szükség van.

Acne varioliformis.

Havas Adolf: A betegnél két év óta a homlokon a hajzatos fejbőrszélén, a haláetektáján, az orr s a fül előtti tájon egyes lencsényi halvány vagy sötétvörös lapos infiltrációk, ezeken vagy sötétzöld genynyel telt petyhűt hólyagok, vagy piszkos barnás, az alaphoz tapadó pörkök észleltek. Ezek között barnásvörös, vagy egészen halvány,

a himlő után hátramaradó hegekhez hasonló hegedések, úgy hogy a bántalmazott bőrfelület oly küllemmel bír, mintha a beteg egy súlyos himlőt állott volna ki.

A bántalomra jellegzetes a localisatio, a kiütés fejlődése, lapos infiltratio, hólyag, pörk és hegeképződés. A kóroktan még nem tisztázott, a bakteritikus leletek nem kielégítőek. Hebra gyomor- és bélbántalommal való összefüggést vélt felvehetni. A lefolyás hónapokig, esetleg évekig eltarthat.

Therapia: erélyes szappanos mosások, szürke tapasz, vagy 3–5% merc. pp. alb. kenőcs.

Maculo-papulosus syphilid rendkívül erősen kifejlődött festeny-zéssel.

Havas A.: A betegnél a törzs és végtagok köztakaróján a syphilitikus kiütésnek megfelelőleg barnásfekete festenyzés észlelhető oly nagy fokban, a mint azt csak nagy ritkán észlelhetjük. Az ily dús és excessív festenyzés az által idéztetik elő, hogy a kiütés fellépése alkalmával igen sok vörös vérsajt is vándorol ki és ezek széteséséből, tehát haematogen úton keletkezik a festeny.

Talma-műtét gyógyult esete.

Pólya Jenő: K. A., 30 éves férfi 1896 óta veszi észre, hogy hasa dagad. 1899-ben ez oly nagy fokot ért el, hogy nehéz légzése volt, később oedemák léptek fel nemcsak alsó és felső végtagjain, hanem háta és tarkója is vizenyős volt, úgy hogy úgyszólván in ultimis került Hochhalt sz. István-kórházi osztályára, hol óriási ascitesen, máj- és lépnyaggyobbadáson kívül egy töknagyságú daganatot találtak az epigastriumban.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

Kerések helyetttest julius-augusztusra bizonyos fixum, szabad lakás és jó magángyakorlat mellett.

2-1

Pozder Antal dr. Sopron-Szany.

2643/904. sz.

Csikvármegyében a gyergyói járáshoz tartozó Remete-Várhegy és Salámás községekből alakult egészségügyi körben a körorvosi állás Győ-Remete székhelyi üresedésben lévén, annak betöltése céljából ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényes képesítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám folyó évi június hó 25-ig adják be.

A választást június hó 27-dikén fogom Győ-Remete községében tartani. A megválasztandó körorvos köteles állását július hó 1-jén elfoglalni.

A körorvos évi fizetése a látogatási díjak változásával együtt 2336 korona, lakbéré 200 korona, fuvarváltása évi 104 korona.

Kézi gyógytár tarthatásának engedélyezése kilitásba helyeztetik.

Gyergyó-Szent-Miklós, 1904. évi június hó 2-dikén.

2-1

Lázár János dr., főszolgabíró.

1962/1904. szám.

Az üresedésben levő és Nyitra vármegye vágsselyei járásához tartozó magyarországi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A pályázni szándékozók felhívom, hogy törvényes minősítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. é. július hó 10-dikéig terjesszék be.

A körorvos székhelye Magyarországi község, működési köre Magyarországi, Szécsény, Tornóc, Vágvece és Hosszúfalu községekre terjed ki. A körorvos tartozik községeit havonként legalább kétszer, előre meghatározandó napokon meglátogatni.

A javadalom évi 1200 korona készpénzfizetés.

A látogatási díjak nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér összegben vannak megszabva, szegények gyógykezelése ingyen teljesítendő.

A választás napja iránt később fogok intézkedni.

Tornóc, 1904. évi június hó 8-dikén.

2-1

Langhammer, főszolgabíró.

1137/904. sz.

Kisküküllővármegyében fekvő Bolkács nagyközségi orvosi állása, községi orvosnak járásorvossá történt kinevezése folytán üresedésbe jöven, ennek betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás a vármegyei keblí pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1200 korona törzsfizetéssel van javadalmazva a egyszersmind nyugdíj jogosultsággal is egybekötve.

2. A községi orvos a községi betegek gyógykezeléséért a községi pénztárból 200 korona tiszteletdíjat élvez, műtétek pedig az egyesek által megállapodás szerint díjaztatnak.

3. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és 4 hosszú öl tüzfűt szolgáltat.

4. Köteles a községi orvos fentebbi fizetésért és javadalmazásért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezeltetni, a halottkémlést teljesíteni, a hűsvágást ellenőrizni.

5. Az 1414 lelket számláló községben gyógyszerház nem lévén, az eddigi orvos kézi gyógyszerház tartásának jogosultságával bírt, a mit a megválasztandó orvos is elnyerhet.

6. A megválasztandó körorvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott hét szomszéd község kezeléséért hasonlóan a vármegye keblí

pénztárból havi részletekben fizetendő 600 korona tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvezi.

A választást f. évi június hó 21-dikén délutáni 3 órára Bolkács község irodájába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvény- szerűen felszerelt kérvényüket június hó 23-dikéig bezárólag adják be.

H o s s z ú a s z ó, 1904. évi május hó 21-dikén.

3-3

Gyárfás Károly, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Cím
jún. 14.	körh. alo.	N.-Beckerek	1000 k., lak., élelm.	Jankó alispán
" 18.	körorv.	Szepsi (Abauj)	1400 k., 400 k. fuvar	Géczy Gy. főbíró Szepsi
" 20.	körh. s. o.	Esztergom	1000 k., telj. ellát., sz. lak., fűt., vil., kiszolg.	Esztergom vármegye alispáni hivatala
" 20.	körorv.	Etéd	1250 k., szabad lakás	Gálffy f. szb., Székely-Keresztur
" 21.	körorv.	Makfalva (Maros-Torda)	1600 k., 400 k. fuvar, 32 k. mellék. esett. szová-tai fürdő. teend. 200 k.	Nagy József főszolgab. Nyárad-Szereda
" 25.	2 körh. segéd o.	Miskolcz	800—800 k.,	Dr. Vadnay Tibor főgyz., főispánhoz címelve
" 30.	körh. alo.	Losonc	1000 k., szab. lak., élelm.	Wagner Sándor polgármester
júl. 1.	körh. s. o.	Beregszász	1400 k., szab. praxis	Jobsty Gyula alispán
" 1.	iskola o.	Nagy-Körös	400 korona	Filó Lajos ev. ref. lel-kész
" 15.	áll. menh. igazg.	Veszprém	3000 k.	Belügyminist. Tiszt. o. kép., gyermekgyógyászok
" 15.	áll. menh. igazg.	Maros-Vásár-hely	3000 k.	Belügyminist. Tiszt. o. kép., gyermekgyógyászok
" 15.	alorv.	Szabadka	1200 k., ellátás	Schmausz főispán, Szabadka

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgy-dara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eperjesen.

Szliács

Dr. GRÜNWALD MÓR, kir tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján e nyáron is (20-adszor) Szliácsen mint fürdőorvos működik és szívesen ad e gyógyhelyet illető felvilágosításokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesítésről gondoskodik van.)

SEMMERING

Vízgyógyintézet

és magaslati gyógyhely.

835 méter a tenger színe fölött. Prospektusok kívánatra.

Dr. Ballmann.

(Téli évad Meran „Maendlhof”.)

GLEICHENBERG

dr. Szigeti Márton

fürdőorvos

Gleichenbergben

téli Abbaziában.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízfű gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakosztóval. A legsolidabb kezelés. Prospektus kívánatra ingyen és bérmentve.

Dr. Balkányi Miksa

Budapesten

a gyógygymnastika és
massage szakorvosa
nyáron is folytatja
orvosi működését.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség.
Prospektusok díjmentesen.

Nyári idény: májustól októberig; téli idény: októbertől áprilisig.

Daruvár fürdő.

Szlavóniában, a déli vasút állomása, direct összeköttetés Budapesttel.

A régi rómaiak ideje óta hírneves vasas hőforrások és iszapfürdők. Fangógyógyintézet. Kiváló győgyeredmények női, csúszos és idegbajoknál, húdéseknél, ischiasnál stb. Gyönyörű hegyes fekvés; szép árnyas park, kiterjedt fenyőültetvényekkel és közelfekvő erdővel. Gyógyzene, lawtenis, tekepálya, kölesönkönyvtár. Kirándulások a kies és történelmi nevezetességű romokban gazdag környékre. Az elő- és utóidényben tetemes árengedmény.
Fürdőorvos Fischer dr. Prospektusokat szívesen küld:

fürdőbérlet igazgatósága.

THURZÓFÜRED

házilag kezelt klimatikus gyógyhely.

Vizgyógyintézet

Szepes vármegye déli részén 572 méter a tenger színe felett, pompás és nagyterjedelmű és fenyveserdő közepette. Kétféle forrásvíz. Állandó fürdőorvos: **Fanzler Lajos** dr. Budapesti lakása: II., Medve-utca 9. sz.

Evad: május 15-étől szeptember végéig.

Vasúti állomás: Gölnczbánya—Thurzófürdő. Posta- és távírda-állomás. — Bővebb felvilágosítással szolgál a tulajdonos.

Menesdorfer Károly, Gölnczbánya.
Szepesmegye.

LUBLÓ-FÜRDŐ.

Kiterjedt fenyveserdők között.

Szénsavas vasas (pezsgő) és moórfürdők.

Vasas források felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi-gyógymód. Kétféle sikerű verszegénység, az idegrendszer idült bajainál, szívbántalmaknál, általános gyengeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. Portól mentes, védett fekvés (556 m.). — Állandó fürdőorvos: dr. Platzer Sándor volt tanársegéd, néhai Kézmárczy tanár egyet. női klinika-állomás. — Elő- és utóevadban tetemes árengedmények lakás, fürdés és étkezésnél. — Bővebb felvilágosítással szolgál

az uradalmi fürdőgondnokság Lubló-fürdőn
(Szepesmegye).

Diaetikus tápszerek

GOLDSCHIEDER KÁROLY, Karlsbad—Bécs.

czukorbeteg, gyomor- és bélbetegnek:
Conalbin-liszt, Conalbin-húskivonat, Conalbin-dara, Conalbin-cacao, Conalbin-csokoládé.

Raktárak Budapesten:

GLASNER MIKSA sütőde
Király-utca 56.

DETSINYI FRIGYES
Marokkói-utca 2.

A kontinens legerősebb és legdusabb
LITHIUM
és természetes szénsavtartalmu forrása a
KÉZDI-POLYANI
VENUS SZÉKELY FORRÁS
Hathatós szer veser-hólyagbaj, vizeleti-
nehézségek, katarrhus, rheuma és
emésztési zavarok ellen.
KITÜNŐ MINT ÜDÍTŐVÍZ BORRAL
TULAJDONOSOK: PRUCHA KÁROLY ÉS TÁRSA BUDAPEST, VII., Erzsébet-körút 33.
Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST, V., Erzsébet-tér.

LIPÓTVÁROSI VÍZGYÓGYINTÉZET

V., Báthory-utca 3 (Szabadság-tér mellett).

Modern berendezés. Gondos orvosi felügyelet. Vizgyógymódok, villamos fényfürdők, szénsavas és villamos vízfürdők (Gartner tanár szerint), massage stb.

Dr. Farkas Márton.

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13-15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szem-bántalmakkal; hisztériák. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálalista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és felszerel

Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő győgyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatóriumokban be vannak vezetve.
Prospektusok ingyen és bérmentve.

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Hízókúráknál, tuberculosis, gyengeségi állapotok, a légzőszervek megbetegedései ellen

Johann Hoff-féle

száraz maláta-kivonat,
folyékony koncentrált
maláta-kivonat,
maláta-kivonat cacaoval,
maláta-kivonat táp-
csokoládéval,
maláta-kivonat mézzel,
condensált maláta-tej.

Leírások
és minták
díjmentesen
küldetnek.

Maltzym

Gyárak:
Stadlau, Bécs mellett.

egy maláta-kivonatból készült
magas tápértékű asztali ital.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pesthy István: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Vizsgálatok a gyomor motorikus működése köréből. 377. lap.

Cukor Miklós: A női betegségek conservatív kezeléséről, különös tekintettel a balneotherapiára. 379. lap.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfehérvári szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Nosocomialis gangraena. 381. lap.

Közegészségügy. Iskolabezárás járvány esetén. 383. lap.

Tárca. G. E: X. szünidei orvosi cursus. 383. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kammer Manó: A formalindesinfectio mai állásáról. 383. lap. — *Könyvismertetés.* Weisz Ede: Az izületi betegségek gyógyítása, különös tekintettel a balneophysikalís gyógymódokra. (Sarbó.) 384. lap. — *Lapszemle.* Sebészeti. Tante: Halálos vérzések légcsőmetszés kapcsán. (Navrátil Dezső.) — *Hüszyszeri betegségek.* Puha és félig puha

katheterek steril eltartása. (Picker Rezső.) — *Veneréds bántalmak.* Baermann: Gonorrhoeás infectio után fellépő hyperkeratotikus exanthemák. (Sellei.) — *Kisebb közlemények az orvostudományról.* Tausig: Mesotan. — Siebert: Helmitol. — *Folyóiratok átnézete.* 384—385. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetések. — Orvostudományi jubiláris oklevelek. — Trachoma-cursus. — Megbízás. — Fürdőink személyforgalma. — Taufer tanár szülészeti poliklinikája. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Hügyestanár Pasteur-intézete. — Megjelent. — Elhunyt. 386. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat.

Mellékletek. Elme- és idegkórta. 3. szám. Szerkesztik: Babarcsi Schwartz Ottó udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és Moravcsik Ernő egyetemi tanár. — A Friedr. Bayer & Co. Elberfeld czég „Helmitol” című prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Vizsgálatok a gyomor motorikus működése köréből.

Irta: Pesthy István dr., karlsbadi fürdőorvos.

A mult évben, midőn a percussió auscultationnak a gyomor-diagnostikában való használhatóságára vonatkozó vizsgálati adataimat összegeztem, feltűnt az a bizonyos összefüggés a percussió auscultatio útján, tehát a normális helyzetben megállapított gyomorhatárok és a felfúvás útján megállapított határok különbsége és a gyomorizomzat tonusa között, melyre akkor már rámutattam, hogy a különbség nagyobbodása kifejezi az izom-tonusnak, a gyomorral elasticitásának csökkenését. Hogy ez a jelenség van-e valami összefüggésben a gyomor motorikus működésével, és hogy fel lehetne-e használni gyakorlati szempontból, e kérdésekre biztos választ adni nem tudtam, mindössze is csak feltételeztem. Vizsgálataim során figyelmemet nem is fordítottam e kérdés felé, hiszen a jelenség csak az eredmények összehasonlításakor tűnt fel.

Az akkori vizsgálatok során nyert értékek a következők voltak: rendes gyomornál a percussió auscultatio útján meghatározott gyomorkiterjedés és a felfújt gyomor határai közötti különbség átlagban 2 cm.-t tesz ki, ptosisoknál átlag 3 cm. a különbség, atoniáknál, muscularis insufficienciáknál a két helyzet a kóros elváltozások foka szerint 4—6 cm., sőt nagyobb differentiát is ad.

A különbségek, melyek a két helyzet között képződnek, a gyomor muscularisának ellentálló képességétől függenek: minél nagyobb a muscularis ereje, minél élénkebb contractio képessége, a különbség annál kisebb; és viszont, minél satnyább az izom,

minél csekélyebb az összehúzódképessége, annál nagyobb a különbség. Szóval a differentia pontos értékét adja a gyomorral elasticitásának, a muscularis tonusának, ebből pedig következtetést vonhatunk az izomzat dinamikai munkaképességére. Csak az a kérdés marad még fenn, hogy bizonyos differentianövekedésnek milyen fokú dinamikai munkaképességcsökkenés felel meg? E kérdésre adandó válasz czéljából végeztem jelen vizsgálati sorozatomat.

Több módon igyekeztem már eddig is a gyomor muscularis tonusának állapotát klinikai jelekből, vagy külön e czélból be rendezett vizsgáló eljárásokkal meghatározni. Első helyen kell említenem a sokat vitatott loccsanást, a melyet ma már bizonyos körülmények között pathognostikus jelnek tekintünk. Hasonlóan a tonus csökkenésére következtethetünk a Stiller ajánlotta azon eljárás segítségével, hogy a vizsgálandó egyént különböző helyzetekben kopogtatjuk s a gyomor dobos hangjában beálló színezetváltozásokat kíséjük figyelemmel. Színezetváltozásokból tonuscsökkenésre következtethetünk. Buch percussió auscultatio segítségével állapítja meg a gyomorhatárokat s ekkor fordítja a beteget jobb vagy bal oldalára s ezen helyzetekben határozza meg a gyomorcontourokat. A különbségekből a tonusra von következtetést, sőt még azt is kimutatja, hogy a gyomorfundus vagy a pylorus van-e alterálva.

A különböző eljárások közül emlitsük a Dehio-félet, ki a vizsgálandó egyén gyomrába kevés (250 gm.) vizet vezet be s álló helyzetben, a tompa kopogtatási hangból megállapítja a gyomor alsó határát; a folyadékot a gyomorban ezután 1/4 literenként szaporítja s az alsó határ lefelé tolódásának fokából vonja következtetését a gyomorral elasticitására. Ugyancsak a különböző eljárásokból, melyek a gyomor kapacitásának meghatározására irányulnak, nyerhetünk több-kevesebb felvilágosítást a tonusról is. Ilyenek a Rosenbach-, Neubauer-, Fleischer-, Jaworsky-, Kelling-,

Ost-félék. Bővebb ismertetésbe nem bocsátkozom, mert practikus értékük ma már alig van.

Vizsgálataimnál én a következő eljárást folytattam: Legelsőbben megállapítottam a gyomorhatárokat percussió auscultatioval. Az alsó és felső határnak a köldöktől való távolságát pontosan lemértem, minthogy azonban a köldöktől mért távolságok egészen megbízhatónak nincsenek elismerve, bár vizsgálataim főszűlye nem a távolságokon, hanem a különbségeken nyugszik, mégis más értékeket is vontam be és pedig a gyomor-átmérőket (Wagner-Pacanowsky) úgy a magassági, mint a szélességi irányban. A számadatokat feljegyeztem. Most a gyomrot 5 gm. acidum tartaricum és 8 gm. natrium bicarbonicum-oldat segítségével felfújtam. A fentebb említett méreteket ismét megállapítottam. A két helyzet és pedig a normális és a felfújt helyzet közötti különbségeket, főtekintettel a magassági átmérőre, kiszámítottam. Ezzel megvolt a gyomorfall elasticitását vagyis az izomzat tonusát kifejező számértéke. Gondoskodnom kellett, hogy ezt az értéket összehasonlítsam a gyomor muscularis dinamikai munkaképességével. Pusztán a próbaétkezéseken alapuló functionalis vizsgálatokkal nem érhettem volna célzt, mert az ezekhez kötött diagnostikai fogalmaink már igen súlyos elváltozásokra engednek csak következtetni. Finomabb felvilágosítást adó eljárást kellett tehát választanom. Ilyen a salol- és jodipin-próba. Az Ewald ajánlotta-salol próbát azonban már annyi oldalról meg-

támadták, oly sok hátrányát mutatták ki, a hozzá kötött diagnostikai értékében annyit javítottak, hogy bizalommal hozzáfogni nem mertem. Inkább választottam tehát a Winternitz féle jodipin-próbát, melyről az irodalom (Winkler és Stein, Sternberg, Heichelheim, Lucibelli, Schupfer, Werner, Pettersson stb.) egyhangúlag mint igen jó eljárásról nyilatkozik. Vizsgálandó egyéneim könnyű reggeli után $\frac{1}{2}$ —1 óra múlva 2 gm. jodipint kaptak s azután 5 perczenként vizsgáltam füstölő légenysavval és chloroformmal a nyálat. Az időpontot, midőn a jodreactio megjelent, feljegyeztem. Ezután végeztem a betegekkel a próbaétkezéseket. Először próbareggelit adtam, ha 2 óra múlva a gyomorból még tudtam életrészeket kihozni, úgy kapott a beteg Leube-féle próbaebédet, mely után 6 óra múlva mostam a gyomrot. Ha még ekkor is voltak a mosóvízben ételmaradékok, úgy egy Boas-féle próbavacsorát költött el a beteg s reggel vizsgáltam gyomrát.

A gyomor motorikus működése hiányosságának megjelenésére a Boas ajánlotta elnevezéseket használtam és pedig atoniának neveztem az izomzat kimutatható gyengeségét addig, míg a próbareggeli után 2 óra múlva vagy a Leube-féle próbaebéd után 6 óra múlva üresnek találtam a gyomrot; I. fokú motorikus insufficienciának ha 6 óra múlva a próbaebéd után még voltak a gyomorban ételrészek, üres volt azonban a gyomor reggel, midőn a beteg este próbavacsorát kapott; II. fokú motorikus insufficienciának, midőn reggel is volt a gyomorban ételmaradék.

I. tábla. Rendes gyomrok.

Sorszám	Név	Percussió auscultatio				Gyomorfelfúvás				Különbség	Jodipinpróba	Próbaétkezések			Gyomor- chemis- mus	Megjegyzés		
		gyomorhatár		átmérő		gyomorhatár		átmérő				reggeli	ebéd	vacsora				
		felső	alsó	haránt	hossz	felső	alsó	haránt	hossz									
1	K. L. 19 év	rendes	4	cm.	cm.	cm.	rendes	2	cm.	cm.	cm.	25 p. után	+	2 ó. múlva a gyomor üres	—	—	—	rheumatismus
2	J. M.-né 27	"	6	19	10	"	3	21	13	3	30	"	+	"	—	—	—	laryngitis acuta
3	Sch. G. 43	"	4	21	13	"	2	23	15	2	30	"	+	"	—	—	—	lymphoma colli
4	Sz. P. 25	"	7	22	11	"	6	23	12	1	25	"	+	"	—	—	—	rheumatismus muse.
5	T. J. 30	"	5 ¹ / ₂	18	9	"	4	20	10 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	35	"	+	"	—	—	—	catarrh. apicis incip.
6	K. J.-né 36	"	6	19	10	"	5	21	12	1	25	"	+	"	—	—	—	vitium cordis
7	H. Zs. 17	"	5	22	12	"	3 ¹ / ₂	24	13 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	40	"	+	"	—	—	—	catarrh. apic. incip.
8	Cs. S. 28	"	4 ¹ / ₂	20	11	"	3	22	12 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	30	"	+	"	—	—	—	hysteria
9	T. B. 33	"	5	19	9	"	3 ¹ / ₂	20	10 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	35	"	+	"	—	—	—	bronchitis chron.
10	P. N. 41	"	6	21	12	"	4	23	14	2	40	"	+	"	—	—	—	emphysema

Vizsgálataim első sorát 10 egészséges gyomrú egyén képezte (I. tábla), hogy felállithassak egy normát. A percussió auscultatio útján és a gyomorfelfúvás útján nyert számértékek különbségére vonatkozólag ezen 10 eset is megerősíti a mult évi 22 esetem alapján nyert differentia-értéket, hogy t. i. az átlagosan 2 cm. Sokkal inkább kellett azonban normát megállapítanom a jodipin-próba tekintetében. Az irodalom adatai szerint az időpont, a midőn a jodreactio positiv különböző ugyan, átlagosan azonban a reactionak ezen vizsgálatok szerint rendes gyomornál 45 percznél tovább késnie nem szabad. Felsorolt 10 esetem ezt az eredményt megerősíti.

Midőn így megalkothattam magamnak a rendes gyomor-működés fogalmához kötött értékeket, fogtam hozzá a kóros viszonyok tanulmányozásához. Ezeket az eredményeket két táblázatba csoportosítva mutatom be. Az egyiken (II. tábla) fel vannak tüntetve az atoniás gyomrok, összesen 21, részben ptosis-hoz csatlakozó atonia, részben egyéb okokon (diabetes, tabes, phthisis) alapuló izomgyengeség és végül localis folyamatokhoz társuló atonia (hyperaciditások gyomorhurut). Az eredmény az, hogy a két helyzet közötti különbség átlag $3\frac{1}{2}$ —4 cm., a jodreactio 60—100 percz múlva lép fel, próbaétkezések útján motorikus insufficienciát nem mutathatunk ki. A másik táblában (III. tábla) a motorikus insufficienciák vannak felsorolva. Legtöbb a heges pylorus-szűkület alapján keletkezett insufficiencia csak egy ptosis és egy tabes következtében létrejött eset van bemutatva. Minden egyes esetben tetemes dilatatio jár az insufficienciával. Két esetben találtam kifejezett compensációs muscularis hypertrophiát,

mindkettő fiatalabb, erőteljesebb egyén volt. Ha a számadatokon végig tekintünk, szembeötlő, hogy a két compensációs hypertrophiánál a két helyzet közötti különbség 0, vagyis a túltengett izomzat teljesen legyőzi a CO₂ feszítő erejét. A jodreactio ezen esetekben a jodipin bevételétől számított 55—60 percz múlva már kimutatható, tehát alig valamivel később, mint a normális gyomornál; a próbaétkezések után a gyomorban minimális mennyiségű tartalmat találunk, talán inkább a szűk pylorus az ok, mint az izomzat expulsiv erejének elégtelensége. Az I. fokú motorias insufficienciás gyomroknál a két helyzet közötti különbség 4—8 cm., a jodreactio 2 óráig is késő, 95 percznél korábban azonban nem jelentkezik; próbareggeli és ebéd után tetemes mennyiségű, emésztetlen ételrészekkel kevert tartalom emelhető ki a gyomorból, próbavacsora után azonban reggel a gyomrot üresnek találjuk. A II. fokú insufficienciánál a differentia 9 cm.-ig megy, 6 cm.-nél nem kevesebb; a jodreactio 2 órán felül is késő, próbaétkezések után, így különösen próbavacsora után még reggel is kapunk bőséges gyomorbennéket, melyben az erjedés jeleként kimutatható a tejsav.

Nem vettem fel vizsgálataim sorába a tumorok következtében beálló motorias insufficienciákat, mert azoknál a localis és specialis elváltozások a legkülönbözőbb eredményeket nyújthatják. Az itt felsorolt eseteket jóval nagyobb anyagból válogatva csoportosítottam, kevésbé kifejező eseteket elhagytam. Ha pedig reámutatok ismét a percussió auscultatio használhatóságát bizonyító és már közölt 95 esetre, hol minden egyes alkalommal kitüntetem a differentiaikat, ha jelen vizsgálati sorozatom 45 esetében

II. tábla. Atoniás gyomrok.

Sorszám	Név	Percussió auscultatio				Gyomorfelfúvás				Különbség	Jodipinpróba	Próbaétkezések			Gyomorchemismus		Megjegyzés
		gyomorhatár		átmérő		gyomorhatár		átmérő				reggeli	ebéd	vacora	sósav	pepsin	
		felső	alsó	haránt	hossz	felső	alsó	haránt	hossz								
	év			cm.	cm.			cm.	cm.	cm.	reactio	2 ó. mulva a	6 ó. mulva a	reggel üres	%		
1	N. J.-né 33	7 cm. k. f.	2 cm. k. a.	21	9	10 cm. k. f.	5 cm. k. a.	26	15	5	80 perc	gyomor üres	gyomor üres		—	—	ptosis atonia
2	I. Sz. 28	rendes	1 cm. k. f.	20	12	rendes	3 cm. k. a.	23	16	4	75	"	"	"	0-15 szabad	rendes	atonia
3	T. K. 43	rendes	2 cm. k. f.	21	13	rendes	2 cm. k. a.	25	17	4	80	"	"	"	0-19	rendes	atonia
4	J. A.-né 39	4 cm. k. f.	10 cm. k. a.	21	14	5 cm. k. f.	13 cm. k. a.	24	18	4	95	"	"	"	0-06	megfogy.	ptosis, atonia
5	K. F. 18	8 cm. k. f.	2 cm. k. a.	20	10	8 cm. k. f.	6 cm. k. a.	23	14	4	60	"	"	"	—	—	ptosis, atonia
6	D. Gy. 17	16 cm. k. f.	1 1/2 cm. k. f.	21	14 1/2	16 cm. k. f.	3 cm. k. a.	24	19	4 1/2	80	"	"	"	0-28	—	atonia, hyperaciditas
7	I. S. 19	rendes	3 cm. k. f.	20	12	rendes	1 cm. k. a.	23	16	4	75	"	"	"	—	—	atonia
8	B. S. 32	rendes	köldöknél	23	14	rendes	3 1/2 cm. k. a.	25	17 1/2	3 1/2	70	"	"	"	0-12	rendes	atonia, tbc. pulmon.
9	W. G.-né 29	10 cm. k. f.	1 cm. k. f.	19	9	11 cm. k. f.	4 cm. k. a.	23	14	5	85	"	"	"	0-09	rendes	ptosis, atonia
10	K. V. 19	rendes	2 cm. k. f.	20	11	rendes	1 cm. k. a.	22	14	3	60	"	"	"	0-12	rendes	diabetes, atonia
11	B. L. 24	rendes	1 cm. k. f.	21	13	rendes	3 cm. k. a.	24	17	4	95	"	"	"	0-23	rendes	diabetes, atonia
12	B. F.-né 36	12 cm. k. f.	köldöknél	21	12	14 cm. k. f.	2 cm. k. a.	25	16	4	85	"	"	"	—	—	diabetes, ptosis, atonia
13	S. J.-né 42	rendes	3 cm. k. f.	19	10	rendes	1 cm. k. a.	22	14	4	100	"	"	"	—	—	diabetes, atonia
14	L. J. 52	rendes	köldöknél	21	13	rendes	3 cm. k. a.	23	16	3	90	"	"	"	—	—	tabes, atonia
15	S. R. 19	11 cm. k. f.	1 cm. k. a.	20	12	12 cm. k. f.	5 cm. k. a.	24	17	4	65	"	"	"	0-19	rendes	phthisis, ptosis, atonia
16	J. E. 35	rendes	köldöknél	21	14	rendes	5 cm. k. a.	26	19	5	85	"	"	"	0-07	—	atonia
17	S. I. 27	rendes	3 cm. k. f.	20	12	rendes	k.-nél	22	15	3	70	"	"	"	0-29	—	atonia, hyperaciditas
18	M. J.-né 33	6 cm. k. f.	3 cm. k. a.	19	9	7 cm. k. f.	6 cm. k. a.	23	13	4	65	"	"	"	0-14	—	ptosis, atonia
19	F. J. 39	rendes	2 cm. k. f.	20	11	rendes	2 1/2 cm. k. a.	24	15 1/2	4 1/2	85	"	"	"	0-10	—	tabes, atonia
20	J. A. 29	rendes	3 cm. k. f.	21	10	rendes	1 1/2 cm. k. a.	22	13 1/2	3 1/2	70	"	"	"	—	—	atonia
21	S. F. 42	7 cm. k. f.	2 1/2 cm. k. a.	20	9 1/2	9 cm. k. f.	5 cm. k. a.	23	14	4 1/2	85	"	"	"	—	—	ptosis, atonia

III. tábla. Motorius insufficienciás gyomrok.

Sorszám	Név	Percussió auscultatio				Gyomorfelfúvás				Különbség	Jodipinpróba	Próbaétkezések			Gyomorchemismus		Megjegyzés
		gyomorhatár		átmérő		gyomorhatár		átmérő				reggeli	ebéd	vacora	sósav	pepsi	
		felső	alsó	haránt	hossz	felső	alsó	haránt	hossz								
1	S. B. 43	rendes	3 cm. k. a.	24	15	rendes	8 cm. k. a.	29	20	5	125 p. m. +	2 óra mulva 200 cm ³ mar.	6 óra mulva 350 cm ³ tart.	reggel üres	0/0	kevesebb	I. motorias insuffic.
2	Zs. H. 29	"	2 cm. k. a.	23	14	"	6 cm. k. a.	26	18	4	95 p. m. +	150 cm ³ tart.	200 " "	"	0-12	rendes	I. heges pylorus szűkület
3	T. I. 31	"	4 cm. k. a.	25	16	"	12 cm. k. a.	29	24	8	2 óra m. +	200 " "	500 " "	"	0-09	kevesebb	I. motorius insuffic.
4	P. M.-né 29	7 cm. k. f.	6 cm. k. a.	21	13	9 cm. k. f.	9 cm. k. a.	25	18	5	110 p. m. +	100 " "	250 " "	"	0-11	rendes	ptosis, I. motor insuff.
5	Sch. G. 52	rendes	2 cm. k. a.	22	16	rendes	8 cm. k. a.	27	22	6	105 p. m. +	130 " "	300 " "	"	0-14	"	I. motorius insuffic.
6	P. M. 26	"	k.-nél	21	16	"	k.-nél	21	16	0	60 p. m. +	50 " "	150 " "	"	0-21	"	heges pylorus szűkület
7	D. K. 44	9 cm. k. f.	2 cm. k. a.	20	11	10 cm. k. f.	6 cm. k. a.	24	16	5	110 p. m. +	100 " "	250 " "	"	0-17	"	muscularis hypertroph.
8	F. D. 39	rendes	k.-nél	21	16	rendes	5 cm. k. a.	26	21	5	115 p. m. +	120 " "	200 " "	"	0-24	"	I. motor. insuffic.
9	K. J.-né 35	"	1 cm. k. f.	22	15	"	1 cm. k. f.	22	15	0	55 p. m. +	minimalis	minimalis	"	1-19	"	heges pylorus szűkület
10	S. L. 56	"	3 cm. k. a.	27	17	"	9 cm. k. a.	33	23	6	125 p. m. +	200 cm ³ tart.	600 cm ³ tart.	"	+ tejs. r. 0-07	megfogy.	musc. hypertrophia
11	T. Zs. 39	"	4 cm. k. a.	26	18	"	12 cm. k. a.	32	26	8	150 p. m. —	200 " "	igen sok	250 cm ³ étel- részek. kev.	+ tejsav 0-08	"	I. motor. insuffic.
12	H. M. 61	7 cm. k. f.	10 cm. k. a.	25	17	10 cm. k. f.	14 cm. k. a.	30	24	7	130 p. m. +	200 " "	" "	150 cm ³ "	+ tejsav 0-11	"	II. motor. insuffic.
13	R. Sz. 46	rendes	2 cm. k. a.	28	16	rendes	8 cm. k. a.	32	22	6	120 p. m. +	150 " "	" "	200 cm ³ "	+ tejsav 0-06	"	heges szűkület, ptosis
14	K. P.-né 29	"	k.-nél	23	15	"	9 cm. k. a.	29	24	9	105 p. m. +	bőséges	" "	300 cm ³ "	0-09	"	II. motor. insuffic.

kimutatott eredményeket veszem alapul, azt hiszem joggal mondhatom, hogy a differentiák nagysága a legszorosabb összefüggésben áll a gyomorizom dinamikai munkaképességével, a mivel semmi más nem fejezik ki, minthogy a muscularis tonusa, a gyomorfallasticitása a legszorosabb összefüggésben van a gyomorizom functionalis képességével. Ez eljárásnak, vagyis a percussió auscultatio és gyomorfelfűvés adatai összehasonlításának nagy előnye az, hogy kifejező képet nyerünk a muscularis tonusról, ott fokozati különbségeket mutathatunk ki, ezáltal pedig biztos következtetést vonhatunk a gyomorizomzat dinamikai képességére, megállapíthatjuk annak csökkenését és pedig még olyankor is, a mikor a próbaátkezelésekkel kóros elváltozást ki nem mutathatunk.

(Folytatása következik.)

A női betegségek conservativ kezeléséről, különös tekintettel a balneotherapiára.¹

Közlő: *Cukor Miklós* dr., franzensbadi fürdőorvos.

Tisztelt balneologiai egyesület!

A modern tudományos búvárkodás alapját képező statistika szomorú csalódásra ébresztett bennünket, mert dacára a sebészet csodálatraméltó haladásának, még a legexactabb tudás és a leg-tökéletesebb technika mellett sem lehettünk a gyógyászat egyes kérdéseiben a gyógyításnak oly souverain urai, mint azt ennek előtte elérni remélhettük.

Egyik legfontosabb és tagadhatatlanul leggyakoribb női betegség a méh függelékeinek lobos bántalma.

Az a remény, melyet a sebészettől ezen megbetegedések gyógyításában vártunk, egyáltalán nem teljesült, és a midőn e kérdést tanulmányozva átlapozzuk az utolsó évtizedek ide vonatkozó cikkeit, az ó és az új világ horribilis számú műtéteit ismertető közleményeit, úgy önkénytelenül eszünkbe jut annak a meghasonlott orosz orvosnak a vádja, ki a gyógytudományok tehetetlenségén tépelődve, szomorú számadatokkal bizonyítja, hogy a gyógyászatban egy-egy végérvényes erejű ténynek a kialakulása, egy-egy csalódásra való felbredés, mennyi szomorú áldozatot követel.

Az antisepsis és a sepsis korának felvirradása, az orvosi műtéti beavatkozások veszélytelenné válása s a műtéti technika tökéletesedése által a gynaekologia az orvostudomány történetében páratlanul álló buzgalommal fogott hozzá ahhoz, hogy a méh függelékeinek lobos bántalmainál a gyógyításnak helyes útját az operativ irányban megtalálja.

Két évtized lázas munkássága után ma már elmondhatjuk, hogy a gynaekologia eme törekvése kudarcban végződött; mindazonáltal az operativ munkásság más eredménye a gynaekologia fejlődésében epochalis jelentőségű marad.

Epochalis jelentőségű marad eredményeiben, mert a műtéteknél szerzett ismeretek útján megismertette velünk a női genitáliák anatómiáját és pathológiáját, elannyira, hogy tudásunk ma ezen téren teljes és tökéletes. *Bernutz* és *Goupil* ugyan még hullákon szerzett tapasztalataik alapján már hangoztatták, hogy különválasztandók az ovariumból és a tubákból kiinduló intraperitonealis chronikus genyvedések azon acut genyvedésektől, melyek a gyermekágyban keletkeznek; mégis e tényeknek végleges megállapítása az operativ acutnak köszönhető.

Epochalis jelentőségű marad eredményeiben, mert a laparotomiák útján nyert gazdag anyag vizsgálata folytán a gyulladásos adnex-megbetegedések aetiologiája is teljes megvilágításba került. Ugyanis *Sänger* juttatta érvényre azon *Noeggerath* által felfedezett tényt, hogy ezen adnex gyulladások oka a gonorrhoeikus infectio keresendő, sőt *Wertheim* vizsgálatai folytán azt is tudjuk, hogy a gyulladásos gyermekágyi megbetegedéseknél is mily fontos szerepet játszik a gonorrhoeikus infectio mint a gyermekágyi utó-lázak okozója.

Azon medenczebeli gyulladások és genyvedések különbözősége, melyek a gonorrhoeikus és puerperalis megbetegedések következté-

ben fellépnek, első sorban függ azon gyulladások kórokozójának különbözőségétől és azok különböző természetétől. A gonorrhoeikus infectio kórokozója a gonococcus, a puerperalis pedig a streptococcusok, de a főkülönbség abban nyilvánul, hogy a gonococcusok által való fertőzés a nyálkahártya, a streptococcusok által való fertőzés a nyirk- és vértak útján történik.

Mind a két megbetegedés végeredményeiben genyes tumorokat okozhat, melyek a gyakorlatban rendkívül gyakran lesznek egymással felcserélve, azonban a míg a puerperalis infectionál az uterus nyálkahártyájáról, annak nyirk- és vértakba kerül a fertőző anyag és onnan a parametriumokba, a gonorrhoeikus fertőzésnél az uterus nyálkahártyája révén per continuitatem a tuba nyálkahártyájára jut az infectio. Az az exsudatum, mely a puerperalis infectionál a parametriumba jutott, infectio nyomán keletkezik, főleg extra-peritonealis lesz, míg az az exsudatum, melyet a tubából a peritoneumra került geny okoz, főleg intraperitonealis.

Ebből tehát ama fontos következtetést vonhatjuk le, hogy az adnexák megbetegedései szorosabb értelemben vett puerperalis infectiókra alig vezethetők vissza.

Az adnexák megbetegedéseinek prognostikáját illetőleg is fontos támpontokat nyerünk a mondottakból, mert mondhatjuk, hogy az adnexák megbetegedéseinek, mint gonorrhoeikus infectiók következményeinek ellentétben a puerperalis septikus infectiókkal quo ad vitam absolut kedvező prognosizuk van. Magukra hagyva az életet nem veszélyeztetik.

Igaz, hogy a gonococcusok nemesak a különböző epitheliken, hanem a kötőszövetben is képesek lobot előidézni. Azonban ép ezért a chronikussá vált eseteknél a tuba fala tetemesen megvastagszik és ezen megvastagodás kötőszövet hyperplasián alap-szik. Ebben tehát a megtámadott szervek részéről gyógyulási hajlamot kell látnunk.

Ismeretes továbbá azon tény, hogy a gonorrhoeicus salpingitisek legnagyobb számában a tubáknak abdominalis vége a lob következtében elzáródik, sactosalpinx, azaz pyosalpinx keletkezik.

A természetnek böles védekezése ez, hogy az olyan megbetegedett tubáknál, melyek a pete és ondószálasák továbbvezetésére alkalmatlanokká lettek, az ovarium előtt a tuba spontan elzáródik. Igaz, hogy egyrészt ezen folyamatnak a női terméketlenség a következménye, de másrészt a geny eltokolódik és ez által a gyógyulásnak lehetősége meg van adva.

Felléphetnek azonban további regressiv metamorphosisok is. A genyes tartalom sűrűbb lesz, a folyékony tartalomrészek részben felszívódnak, végre zsugorodás léphet fel, úgy hogy az adnexák egy minden oldalról fixált, eltokolt genyet tartalmazó tömeggé alakulnak át.

Olykor más esetekben a geny lassanként serosus váladékká alakulhat át, a sactosalpinx purulentából sactosalpinx serosa lesz, azaz így léphet fel spontan gyógyulás.

De ott, a hol ezen folyamatok nem képződnek, maga a geny lassanként elveszíti fertőző képességét.

Wertheim vizsgálataiból tudjuk, hogy a pyosalpinxek legnagyobb részénél úgy annak genytartalma, mint a pyosalpinx szöveti része csirmentes. A *Schauta* klinikán a tuba genytartalmának *Wertheim* által bakteriologialag megvizsgált 114 eseténél a geny 72 esetben steril volt. *Witte* pedig a tuba genyjének *Martin* klinikáján 39 esetben történt vizsgálatánál 24 esetben talált steril genyet.

Menge ezt úgy magyarázza, hogy a meggyülemelő genynél a fokozódó nyomás miatt a tömlő fali edényei comprimálódnak és így a csökkent anyagcsere miatt a betokolt bakteriumok elhalnak.

Mind e mondottakat összefoglalva, a salpingitisek leggyakoribb és legsúlyosabb alakjainál az acut és chronikus gonorrhoeikus, azaz purulens salpingitiseknél, megtaláljuk a spontan gyógyulás minden feltételét. A geny eltokolódik, a bakteriumok elhalnak, sőt a geny serosussá is átalakulhat és zsugorodással, olykor a régi functionak teljes visszaállításával gyógyulhat a folyamat. Mindezek dacára a sebészethez vetett bizalom, a nőgyógyászokat elvileg operativ álláspontra vezette.

A gynaekologiának mai modern kiforrott álláspontja a régi conservativ nem operativ álláspont. A régi jogosultságukat visszanyert conservativ eljárásoknak kellő méltatása érdekében a mű-

¹ Előadatott a XIV-dik magyar balneologiai congressuson, 1904. április 18-dikán.

téti beavatkozások felette érdekes fejlődésére és történetére akar-nék röviden kitérni.

Induljunk ki, a hozzánk legközelebb álló bécsi klinikának álláspontjából, melyet az még 1893-ban, tehát 10 év előtt vallott; itt azt találjuk, hogy *Schauta* minden ujnyi vastag tubánál annak kiirtását indokoltnak tartotta. Másodrendű kérdés, hogy a laparotomiát itt is a vaginalis eljárás felé helyezte.

Ezen évnek azon irodalmi közleményei között, melyek ide vonatkoznak, és melyek száma nem kevesebbet, mint 303 külön cikket tesz ki, alig találunk 2—3-at, mely conservatív, nem operatív gyógymódokról értekezik. Kivéve tehát ezeket, azon több száz számra menő közlemény, az operált eseteknek megszámlálhatatlan nagy számáról referálnak. Műtéteikről első sorban amerikai és francia szerzők számolnak be. Találunk közöttük meglepő őszinteséggel megírt oly közleményeket, melyek a lábra kapott, határt nem ismerő operálási düh teljes vakságáról tesznek tanúbizonyságot. Így *Folk* közleménye, ki nemcsak az adnexák gyulladásainál, hanem kétoldali gyermekágyi parametritis miatt is végezett laparotomiát és castratiót, úgyszintén *R. Willie*-é, ki friss gyermekágyban keletkezett, tubaris és ovarialis abscessusoknál a korai laparotomiát indokoltnak tartotta. *Kohe* pedig azon tapasztalatból indulva ki, hogy könnyebb pszichikai zavarok a genitális szervek betegségével látszanak összefüggeni, azt következtette, hogy ezeknek eltávolítása által esetleg elmebajok gyógyulnak, s kísérletkép 18 elmebajosnál az adnexákat természetesen az elmebaj megszüntetésének eredménye nélkül eltávolította. Névleg felsorolva egynéhányat a referálók közül, *Pozzi* 116, *Doyen* 157, *Schauta* 121, *Chrobak* 146 operált esetről referál.

Egyszóval, úgy az új-, mint az ó-világban határt nem ismerő merészséggel kapott lábra az operálási düh, és a beteg nők ezrei, gonorrhoeával inficiált 18—20 éves leányok fosztattak meg minden további megfontolás nélkül genitáliáiktól.

Miután azonban mindinkább nyilvánvaló lett, hogy az adnexáknak sok oldalról lelkesedéssel ajánlott kiirtása a várt gyógyeredményeket egyáltalán nem eredményezte, új műtéti eljárások hozattak javaslatba. *Pean* a hüvelyen át csak az uterust extirpálta, az adnexákat visszahagyta. Viszont *Goulliond* elvetette úgy a laparotomiát, mint a totalexstirpációt és a genyet a hüvelyben a hátulsó laquearon át troicart, majd metrotom segítségével készített harántnyíláson ürítette ki. Miután sem magának a lobos függelékeknek, sem magának az uterusnak eltávolítása a várt gyógyeredményeket nem eredményezte, mi sem volt természetesebb, mint annak a kérdésnek felmerülése, vajjon nem e az uterus és adnexák egyidejű teljes extirpációjában rejlik a gyógyulás sikerének a kulcsa. Ez az úgynevezett *Pean-Segond*-féle radicalis vaginalis műtét nagy műtéti versengésekre és irodalmi vitákra adott alkalmat.

Az 1896-ban megjelent idevágó munkák majdnem kivétel nélkül az adnexák betegségeinek operatív terapiájával foglalkoznak. A késsel dolgozó, számukban rapidul emelkedő gynaekologusok legnagyobb része a műtét indicációjával azonnal tisztában van, mihelyt az adnexáknak tapintható, gyakran nem is tapintható megbetegedése jelen van, és alig tapasztalható éленkséggel foglalkoztatja a gynaekologusokat első sorban azon kérdés, melyik műtéti mód, az abdominalis avagy a vaginalis részesítendő e nagyobb előnyben és hol állítható fel a két műtéti mód között a helyes határ.

Ugyanez időtájt ezen kérdés több gyűlésen és congressuson képezte a vita tárgyát. Az *Edinburgh* ben üléselő *Brit. med. Association*-ben a discussiót megnyitó *Cullingworth* a következőképen foglalta össze a megvitatandó pontokat.

1. A medencebeli gyulladások operatív beavatkozásának indicáiói.

2. A műtét idejének megválasztása.

3. A műtét módjának megválasztása.

4. Milyen fokig van jogosultságuk a conservatív alapelveknek a műtétéknél.

A vita folyamán a gynaekologusok e kérdések felett egyáltalán nem tudtak megállapodásra jutni.

Nemkülönben eredménytelenül záródott le a párisi *Société de Chirurgie* e kérdés felett keletkezett nagy vitája, mégis *Dudley* a vitát már azon óhajával zárta le, hogy az uralkodó sikertelen

radikalizmussal szemben az adnexák kezelését illetőleg conservatívabb áramlat volna óhajtandó.

Ugyancsak *Dudley* volt az, ki a következő évben éles cikket írt a megbetegedett adnexák, semmi kritikát nem ismerő eltávolítása ellen, és a ki merészen kikel azon amerikai orvosok ellen, kik e műtéssel, mivelhogy az jövedelmező, valóságos petefészkek üzletet „overi bisnes“-t üznek.

Lassanként ismét egy conservatívabb áramlat első nyilvánulását lehet itt-ott észlelni. A moszkvai internationalis congressuson, hol e kérdések előadóiként *Dührsen* és *Martin* szerepeltek, a keletkezett vitában conservatívabb elveket hangoztat *Zweifel*.

Amerikában is kezd lohadni a lelkesedés az operatív iránnyal szemben. A radikalismus ellen kezdenek fellépni *Franklin-Martin*, *van Hook*, *Fergusson*, sőt 1897-ben a newyorki szülészeti egyesületben keletkezett vitánál majdnem az összes felszólaló a radicalis irányzat ellen foglalt állást. *Murray* elnök maga is úgy nyilatkozott, hogy a demonstrált praeparatumok fontossága nem azok ritkaságában, hanem ép gyakoriságában rejlik. Hasonló esetekben gyakran látta, hogy a conservatív eljárás mellett nem csak meggyógyulnak a betegek, de elég gyakran észlelte, hogy terhesség is bekövetkezik. Ha a radicalis eljárás gyógyuláshoz is vezetne, még akkor is feldulna szerinte a családi életet.

1899-ben az ide vonatkozó munkák száma már tetemesen megcsappant. *Werth* imígyen nyilatkozik. „Miután lassanként beláttuk, hogy a genyes tuba eltávolítása alig biztosít gyógyulást, a pyosalpinx-műtétek iránti lelkesedés csökkent.“ Azt mondja továbbá, hogy „miután legtöbb szerző azon meggyőződésre jutott, hogy a genyes adnexák eltávolítása csak azon esetben vezet állandó gyógyuláshoz, ha az elsődlegesen megbetegedett méh is eltávolíttatik, egy ilyen súlyos beavatkozás csupán a súlyos és egyszerű gyógyszerközökre nem reagáló esetek számára tartandó fenn“. Ezt a conservatív irány egyik haladásaként üdvözölhetjük.

Az 1899-diki müncheni congressuson *Fritsch* őszintén beisméri, hogy az összes modern gynaekologiai műtétek közül az adnex- és főleg a pyosalpinx-műtétek azok, a melyek a legkevésbé kielégítő eredményeket szolgáltatták. És miután tapasztalata szerint még az uterusnak egyidejű extirpációja sem nyújt kielégítő eredményt, mivel pelveoperitónikus fájdalmak, panaszok a vizelésnél és székletétnél stb., mint kellemetlen utókövetkezmények továbbra is fennállanak, ezért azon gondolatnak adott kifejezést, hogy nem lenne-e helyesebb elvileg is visszatérni a régi conservatív terapiához. A *Chrobak*-klinikai az adnexák kezeléséről szóló jubilaris munkájában az elvileges műtétekben is conservatív álláspont helyességét és jogosultságát fejtegeti, ugyanily értelem-ben nyilatkozott a mult évi nőgyógyász-szakosztály egyik ülésén a *Bárony*-klinikáról *Lovrich*.

De maga *Schauta*, ki még néhány év előtt minden ujnyi vastag tubát extirpálandónak tartott, a conservatív álláspontra tér vissza. Ezt ezzel indokolja, hogy miután csak a radicalis műtétektől látott jó eredményt, ezen súlyos beavatkozást csupán súlyos esetek számára lehet reserválni. Hasonló álláspontra jutnak *Rosthorn*, *Flockelmann* stb. *Rosthorn* azt azzal praecisirozza, hogy műtéti eljárásra csak azon esetben határozza el magát, a mikor a conservatív therapia teljesen eredménytelen volt.

A műtétekkel foglalkozó közlemények számának csökkenésével, az irodalomban lassanként felbukkannak azon közlemények, melyek a régi értelemben vett conservatív terapiával kezdenek foglalkozni és kezd kialakulni azok táborá, a kik más, nem operatív irányú gyógymódokkal akarják az adnexák gyulladásának gyógyulását elérni, a kik újabb és újabb eljárásokat ajánlanak és újra kipróbálják a régi, részben elfeledett eljárásokat.

Grammatikati az adnexák chronikus megbetegedéseinél alumínol-jód-os intrauterin injectiók végzését ajánlja. *Lebedeff* jó sikerrel próbálta ki 82 esetnél *Grammatikati* eljárását. *Funke* szép eredményeket lát a *Freund*-féle serétterhelési eljárástól.

Kalabin terjedelmes és kimerítő munkájában közli a faradikus és galvanikus árammal való gyógyeredményeit, míg a moorlapkezelésekkel elérhető gyógyeredményekről *Weidenbaum* értekezik.

Stratz forróvíz kezelésével elért jó gyógyeredményeiről referál. Ezen irrigatiókat 48—50° C., olykor 60° vízzel végzi és

lassú folyás mellett igen nagy mennyiségű vízzel. Acut és főleg lázas eseteknél különösen jó eredményeket látott.

Polans a *Bier*-féle készülék elve szerint egy készüléket szerkesztett, melylyel 130—150° C. mellett chronikus gyulladások forrólég kezelésével ért el jó eredményeket.

Mindezen eljárások gyógyhatása eléggé plausibilis, a mióta ismerjük a magas hőfokoknak a baktériumok fejlődésére való káros hatását.

E conservatív eljárások ideális gyógymódot egyáltalán nem képeznek, de hány betegséggel szemben rendelkezünk ideális gyógyeszközökkel? Hogy azonban megbecsülhetetlen gyógyeljárást képeznek, erre nézve csak arra akarok hivatkozni, hogy a mint értekezésem elején kifejtettem, az adnexák betegsége *felette ritkán* életveszélyes betegség, a műtėti beavatkozás azonban *mindig* életveszélyes gyógyeljárás.

Röviden összefoglalva tehát, azt constatálhatjuk, hogy a modern gynaekologia a méh lobos függelékeinek gyógyításánál a conservatív, nem véres eljárások álláspontjára visszatért.

Hogy a műtéteket el nem kerülhető ritka esetekben, a műtétek módjában conservatív vagy radikális eljárások jutottak volna általánosan és végérvényesen érvényre, ezt ma még nem mondhatjuk ki, és valószínű, hogy sokáig fog az tartani, míg e kérdésekben is egyöntetűség fog érvényre jutni.

Igy a feltétlenül operálandó eseteket illetőleg is az indikatio kiterjesztésében és műtėti eljárásokban magyar műtőink is (Bársony-Bácker) különböző álláspontot képviselnek, noha műtőink a conservatív állásponton mindig megmaradtak, a mi nemcsak annak köszönhető, hogy a hyperoperatív irány túlzásainak és jogosulatlanságának gyors felismerése a tudományokban vezérszerepet vivő nemzetek részéről minket megóvott attól, hogy ugyanazon hibába essünk, hanem mert *Kézmárczky* conservatív szelleme a túlzások ellen nálunk örök védőbástyát emelt.

Az egész nőgyógyászati irodalomban azon nézet jutott érvényre, hogy az operatív beavatkozás csak az azt el nem kerülhető esetek számára tartandó fenn, az azonban, hogy a műtétet hány eset fogja elkerülhetni, az elsősorban természetesen a régi nem véres conservatív eljárások alkalmazásának helyességétől és jóságától fog függeni.

Bár igaza lenne *Stratz*-nak, ki azt mondja, hogy majdnem az összes adnex-megbetegedések conservatív, nem véres eljárással gyógyíthatók. Abban azonban feltétlenül igaza volt, hogy a modern hyperoperatív irány a női genitáliák hekatombait szedte áldozatul.

Minden gynaekologus lelkiismeretét megnyugvás töltheti el, hogy a tűzbróbat kiállott conservatív irány realisabb értékű lett, a balneologusokat pedig bizalom töltheti el, hogy régi értékét a balneologia visszanyerte; mert azt hiszem, hogy abban senki sem fog kételkedni, hogy a conservatív eljárások érvényesítésében az elsőség a modern balneotherapiát illeti meg.

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

Nosocomialis gangraena.¹

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

(Vége.)

December 24-dikén ezen tovább harapódzott részről a diphtheroid hártya alól újra kaparékot vettem. Itt igen sűrűn voltak fusiform-bacillusok. December 24-dikén újlag ugyancsak a 23-dikán kimetszett és inficiált terület határából, ismét a lobos környékkel együtt exstirpáltam egy darabot és csak steril gazeval kötöttem. 25-dikén ezen terület is diphtheroid hárttyával borított, melyben, és mely alatt ismét csaknem tiszta culturában fusiform-bacillus és spirillum volt található. E napon a gangraenás terület felett 4 és 8 cm.-nyi távolban az ép bőrre scarificatiós oltás az eves tömegből ráborítása egy elhalt szövetdarabnak és ragtapaszszal elzárás. Ugyanezen napon a többi tisztuló, de még mindig lepedékes területről is kaparékvizsgálat. 2 készítmény: a) óriási számban több fajta baktérium, fele részben fusiform-bacillus. b) gyér számban, de egymagukban fusiform-bacillusok.

December 26-dikán. Kaparékvétél (később közlendő okokból) a beteg *foghúsa széléről*. Tömerdek több fajta baktérium, igen sok és hatalmas fusiform-bacillus és spirillum, melyek teljesen hasonlóak voltak a gangraenás területen találtakhoz. A készítmény festése részben carbolfuchsinnal, részben Sahli vagy Löffler-féle carbolmethylenkékkel történt.

December 27-dikén. Eddig a beteg folyton láztalan volt. A fekély képe alig változott, csak a kimetszési helyeken keletkezett diphtheroid lepedék is vékonyodik és nem terjed. Az ép bőrön végzett scarificatiós oltás helyei hyperaemiások és vékony, szürke lepedékkel borítottak. Guttaperchával lezárás. December 29-dikén a lepedék vastagabb, környék hyperaemiásabb. A lepedék mikroszkopikus képe: Tömerdek minden fajta baktérium, sok fusiform-bacillus, de sehol sem domináló, gyér spirillum, a bacillusok jóval kisebbek, mint az eredeti-fekélyben találtak.

1903. január 1. A scarificatiós oltás helyeiről, a lepedékről újból mikroskopos készítmény: kevés fusiform és spirillum. A beteg lázas, jobb lába duzzadt és a lábhati bőrön erősen hyperaemiás.

Január 5-dikén. Phlegmone a lábhaton. Incisio és jodoform-kötés úgy az alszár fekélyes területére, mint a tályogra. A scarifikált terület gyógyult. A tályog genyéből gyér strepto- és staphylococcus, a fedőlemezkészítményeken is ugyanaz tenyésztetett ki. A *tenyésztési* kísérletek agarra, glycerinagarra, véres agarra, marha- és ló-serumra aërobice és anaërobice, akár törmelék, akár ev, akár szövetdarab tétetett is a talajra, a bacillusokat és spirillumokat illetőleg *negatív* volt.

Az állatra oltás (egér és tengerimalacra) is *negatív* maradt.

A kiirtott darabok histologiai vizsgálata (*Lithioncarmin-Weigert*) teljesen azon képet adta, melyet Vincent mint az ő nosocomialis gangraenájára jellemzőt leirt. Tehát ez lett volna az *első* eset, melyet Vincent adatai nyomán kórházi üszöknek tarthattunk. Azonban már most megjegyzem, hogy ezen eset egyidejűleg a *sebdiphtheria* képét is nyújtá, úgy hogy e kettő itt együtt volt.

Most azon kérdés előtt állottam, hogy nem találom-e más gangraenás folyamatnál vagy sebfertőzésnél ugyanezen baktériumokat. Ez iránt megnyugtatható volt úgy *Matsenauer* mint *Babec* kijelentése, de mintán ők saját, ilyen irányú vizsgálatokra nem hivatkoztak és csak említik, hogy hasonló lelet máshol elő nem fordul, tovább kutattam.

Már az ulcus gangraenosumnál kiemeltem, hogy a kankós periurethritis kapcsán kifejlődött ujhegynyi gangraenás területen, továbbá a monynak és serotumnak húgyinfiltrációs gangraenájánál sem a szöveti szerkezet, sem a baktériumflóra nem volt azonos az ulcus gangraenosumával és most hozzáteszem, hogy a Vincent által nosocomialisnak nevezett gangraenával sem.

Megvizsgáltam azóta két erysipelas és phlegmone kapcsán fellépő gangraenát, egy gázphlegmonét, egy diabeteses gangraenát, két fagyási gangraenát, 3 decubitusos gangraenát és egy az amputatio daczára tovább harapódzott senilis gangraenát, *negatív* eredménnyel.

Megvizsgáltam továbbá, eltekintve számos ekthyma nekrotikus lepedékétől, egész sor ulcus cruris, fertőzött seb és putrid fekély szürkés-zöldes lepedékét. Sehol a kaparékban nyoma a fusiform-bacillusoknak vagy spirillumoknak nem volt. Utóbbiak közül kiemelek kettőt, melyeknél nemcsak kaparékot, de exstirpált szövetet is vizsgáltam. Az egyik inoperabilis peniscarcinoma volt nekrosissal. Vidékről jött, napok óta egy piszkos ronggyal bekötve. A szétesés húgycsősipolyhoz vezetett, a sipolyból büzös-éves váladék folyt, a sipolyok környéke piszkos-fehér vagy szürkés-zöldes a Rocfort-sajt penészéhez hasonló lepedékkel fedett. És itt ismételt detritus- és tüzetes szöveti vizsgálat után sem találtam sem spirillumokat, sem fusiform-bacillusokat.

A másik eset gümös alszárfekély volt, mely mérsékelten büzös volt és helyenként 2—3 mm. vastag, porhanyó, piszkos-fehér, egész zöldes penészes színű lepedékkel borított; a fekély szélein nines reactiv lob. Sem a lepedékből készített dörzselékekben, sem az exstirpált terület szövetében a fusiform-bacillusoknak nyoma sincs.

Ellenben még találkoztam velük a következő esetekben:

II. eset. M. B., 45 éves, napszámos. 1902. december 26-dikán került osztályomra. 6 év előtt fekélyek a bal alszáron, melyek akkor gyógyultak; két év előtt újból ugyanott fekélyek támadtak, de azóta nem gyógyultak; ezért jött kórházba. Jelenállapot: A bal alszár bőre felső és középső harmadán és mellső felületén kifekélyesedett. A fekély dudoros felületet mutat és helyenként piszkos-fehér vagy zöldes-feketés, mohaszerű, több millimeter vastag, bűzös, nekrotikus kéreggel fedett. A tibia közepén koronányi szürkés-zöldes, nekrotikus hártával bélelt ür vezet a csont üregébe, melyből igen bűzös barnás-vörös ev ürül ki. Sondázásnál bő vérzés. A tibia egész felső harmadán periostosis. Nagyfokú lesóványodás, gyengeség, anaemia. Láztalan állapot.

Úgy a külső bűzös tömegekben, mint a csontüregből kihozottban domináló számban fusiform-bacillusok és spirillumok voltak. Tehát itt csak a diphtheroid alak, a *sebdiphtheria* volt jelen.

III. eset. Á. L.-né, 50 éves, mosónő, felvétetett 1903. január 26-dikán. Anamnesis: 20 év óta gyakrabban kisebesedett a lába, jelen sebe 6 év óta áll fenn. Mint mosónő sokat áll s ilyenkor kidagadnak az erei. Hasmenése nem volt. **Jelenállapot:** Láztalan állapot. A bal alszár belfelületén nagy férfitenyérszerű, élse szélű, heges környékű, szürkés-fehéres, helyenként szénfekete, czafatos lepedékkel borított fekély látható; a fekély alapján helyenként élénk sarjak láthatók. Csekély bűz. Az alszár felső és középső harmadán a bőr feketésen pigmentált; kisfokú varicositás. Nagyobb a varicositás a bal czonbon. A bal láb és a lábujjak elephantiastikusan duzzadtak, kétszer oly nagy teriméjük, mint a megfelelő jobb láb. A jobb lábon kisfokú varicositás.

A kaparékban csaknem tiszta culturában fusiform-bacillusok, de semmi spirillum. *Szövetkimetszés* nem történt.

Január 27-dikén steril gaze-val letörlés és kötés. Ma már nincs lepedék. A felületes nekrotikus sarjról kaparék, ebben 8—10 látótérben 1 fusiform-bacillus; spirillum nincs. Láztalan állapot.

A beteg gyógyultan távozott.

IV. eset. Sz. Á.-né, 65 éves, napszámosnő, felvétetett 1903. márczius 11-dikén. Anamnesis: Három év előtt nyáron venyige megszurta a jobb alszárát, és azóta az állandóan sebes. 7 hét előtt sebje közepén feketedni kezdett és erősen bűzös lett. Több helyen volt orvosi rendelésen. **Jelenállapot:** Lázas állapot, rosszullét. A jobb alszár külső oldalán férfitenyérszerű területre kiterjedő fekélye van, melynek közepe gyermektenyérszerű területen gangraenészkált. A pulpa alatti kaparékban tisztán Vincent-bacillus. **Lefolyás:** Harma napra a demarkatio helyén mély fekélyesedés. Bejövételkor este 37.7° C. 12-dikén reggel 37°, este 37.2° C. 13-dikán reggel 37.8° C., este 37.4° C. Azontúl láztalan és jó közérzet. Hasmenése nem volt.

Szövetvizsgálat: A progressiv fekély részéről több cm.-nyi lobos részt az ép határral együtt kimetszettünk. A metszeteken úgy a kórboneztani kép, mint a bakteriologiai lelet ugyanaz volt, mint azt Vincent leírja. Spirillumokat a metszetekben nem láttam. (Weigert-féle festés).

A beteg gyógyultan távozott az osztályról.

V. eset. S. I., 1 éves cigányfiúcska, felvétetett 1903. június 27-dikén.

Anamnesis: 1902. december óta fül-folyásban szenved, öt hét előtt vette anyja észre, hogy a jobb fül mellett az arcán pattanása támadt, mely folyton nagybodott.

Jelenállapot: A kissé gyengén fejlett fiúgyermek füléből sárga-zöldes váladék ürül. A jobb külső füljártar arcai oldalán a külső porcos rész hiányzik. Az egész jobb arcfele átterjedőleg a jobb szemhéj 1/3-ára le a jobb állzugig kifekélyesedett. A fekély fül felé néző széle ép bőrrel határolt, orr felé néző széle élénk hyperaemiás-oedemás udvarral bir; A fekély legnagyobb része halvány rózsaszínű élénk sarjakkal fedett, míg az orr felé néző széle mintegy 1 1/2—3 cm.-nyi területen szürkés-barnás, helyenként zöldes-fekete, czafatos bűzös lepedékkel fedett, mely a bőrt, bőr alatti kötő- és zsírszövetet magában foglalta. Jobb szemhéjak hyperaemiás-oedemásak. Szemrés zárt. A száj jobb fele az oedema következtében difformált. Pár nap óta étvágytalanság, hasmenés. Tarkó jobb oldalán nagy babnyi, bal oldalán és lágyéktájakon több kis babnyi mirigy. Esti hő 38.4° C.

Június 28-dikán. A szem, orr, áll és koponya felé a folyamat terjed, különösen a koponya felé tipikus gangraena alakjában 2—3 millimetryi szélességben. Jobb oldalon a szemhéjak erősen oedemásak, nem nyithatók. Reggeli hő 37.1° C.

Kaparékvizsgálat: A progressiv szélről vett szövetdörzsölékben számos spirillum és tipikus Vincent bacillusok.

Szövetvizsgálat: A terjedő szélekről ép határral együtt több centimeter hosszú darabok extirpáltattak. Histologiai és bakteriologiai lelet teljesen azonos Vincentével. Spirillumokat a szövetmetszetekben nem láttam (Weigert-festés).

Lefolyás: Jodoform kötésre a folyamat megállapodott és a beteg gyógyultan távozott.

VI. eset. P. A., 16 éves, hajadon cseléd. Felvétetett 1903. június 7-dikén.

Anamnesis: 8 év óta bal lábfeje kisebesedett. A baj a lábháton kezdődött s onnan az ujjakra húzódott. Egy év óta az ujjak dagadni kezdettek és egy hó óta bűzőssé vált.

Jelenállapot: Gyengén fejlett, anaemiás leány. A bal lábfejen kisfokú elephantiás kiterjedt hegekkel. Az összes lábujjak duzzadtak, papillaris növedékekkel borítottak. Az öreg ujj alsó részén és a talp közepén lupus plaque-ok. Az ujjak alsó és belfelülete kifekélyesedett és az egész felület bűzös, szennyes, zöldes-szürke, helyenként feketés-vörös több millimeter vastag lepedékkel fedett, mely könnyen lekaparható.

A kaparékban csaknem tiszta culturában tömérdek fusiform bacillus és spirillum.

A *szövetvizsgálat* ugyanazon histologiai és bakteriologiai leletet adta, mint a Vincent által leírt nosocomialis gangraenánál; festés: *Lithion carmin-Weigert*.

Tehát rövid néhány hó alatt már 6 olyan eset, a hol a Vincent által nosocomialis gangraenára jellegzetesnek tartott mikrobát vagy tiszta culturában vagy domináló arányban meggletem. Ezzel beigazolvva látom Vincent, Coyon és Brabec észleleteinek helyességét, hogy extragenitaliter is léteznek ma is olyan nekrotikus és gangraenás alakok, melyek részben klinikai karakterük, de leginkább bakterium-flórájuk által minden más folyamattól külön állnak, és klinikai megjelenésük és szöveti szerkezetüknek fogva megfelelnek a régiek által a *sebdiphtheria* és *nosocomialis gangraena* gyűnév alatt összefoglalt folyamatok egy részének. Egy heves lob-folyamat az, mely gyorsan coagulációs nekrosishoz vezet. És ezen esetek, a mint láttuk, nem is olyan ritkán kerülnek szemünk elé. Megannyi eset kívülről kerül be a kórházba, és ha nem vizsgálgunk meg minden putrid vagy gangraenás esetet, az imént előadott irányban számos valószínű Vincent-féle nosocomialis gangraena marad észrevétlen és egyszerűen „eves” vagy gangraenás fekély névvel illetetik.

Említem fentebb, hogy egyes putrid vagy szürkés-zöldes nekrotikus lepedékkel borított fekélyekben nem találtam e bakteriumot, ellenben több fajta mást, coccust, bacillust vegyest, tehát bizonyos, hogy a régiek *sebdiphtheria*-ja nem egységes aetiologiával és pathogenesissel birhatott. Tudjuk továbbá ma már, hogy úgynevezett „*sebdiphtheria*” észleltek streptococcus és bakterium coli által előidézve, és hogy mennyi mindenféle bakterium vezet gangraenához.

Mindeztől külön áll a szóban forgó, bár klinice főleg a könnyebb alakokat nehéz lesz különválasztani. De a bakteriologiai vizsgálat oly könnyű, a lelet oly jellemző, hogy azonnal kiségit a zavarból.

Láttuk fentebb, hogy a folyamat contagiositáshoz szó sem fér, bár az infectio bizonyos feltételekhez kötött; ugyanis, a míg a lobos oedemás területen ejtett sebzés prompt és pedig 2 ízben felvette a virust és az anyaterülethez hasonló beteg góccezá vált, addig az ép bőrre történt scarificatiós oltás után csak igen felületes nekrosis állt be, mely napok alatt nyomtalanul eltűnt. Tehát nincs igaza Brabec-nek Vincent-tal szemben, hogy az infectio keletkezéséhez nincsen különös feltételekre szükség.

Hogy specifikus infectioról van itt szó, bizonyítja azon körülmény, hogy a szóban forgó bakteriumok ép vagy lobos szövetbe hatolva nyomukban és szaporodásukkal keletkeznek a nekrosis, a gangraena és az általános tünetek. De mindez még tovább kutandó.

Összehasonlítván már most a Vincent-féle nosocomialis gangraenát a *Matzenauer-féle genitalis ulcus gangraenosummal*, azt kell constataciónom, hogy mindkettő localis infectiön alapszik, mindkettőnek azonos klinikai formái és azonos histologiai basisa van. Még abban is megegyeznek, hogy a kaparékban csaknem kivétel nélkül együtt észlelhetők a bacillusok a spirillumokkal, a metszetekben pedig a bacillusok egymagukban. Csak egy különbség volna, hogy amott átlag kisebbek a bacillusok, itt átlag nagyobbak, de különben a szövetekhez való viszonyt illetőleg és tinctoriell analogok. Azért mondom átlag, mert a Vincent féle fusiform-bacillusok is néha és túlnyomó részben felényiek mint rendesen, a szövetekben pedig épen kisebbek, mint a szabad felületen. Továbbá számos Vincent-bacillus nem hegyezett, hanem legömbölyített végű. Úgy hogy valószínű, hogy ha nem is azonos, de ugyanazon faj variatása mindkettő. Nem különböznek az általános tüneteket illetőleg sem. Nervositás, husmenés nem szabályszerű egyiküknél sem. Tehát már 2 egymáshoz teljesen hasonló, helyben fertőző és septicus intoxicatiót maga után vonó betegséget ismerünk, melynél csaknem identikus bakteriologiai leletre akadunk oly viszonyban, hogy önkéntelen a bakteriumnak a folyamattal való oki nexusára gondolunk. De a továbbkutatás feltétlenül szükséges. Láttuk fentebb, hogy Vincent nagyon hasonlóan mondta a nosocomialis gangraena-bacillust egy angina-féle bacillusához. Így jutottam a Vincent-angina tanulmányozásához.

Közegészségügy.

Iskolabezárás járvány esetén. A vallás- és közoktatásügyi minster valamennyi tankerület kir. főigazgatóságához 36.408/1904. sz. a. a következő körrendeletet intézte: „A tankerületébe tartozó középiskolák igazgatóságainak megfelelő utasítása végett tudomására hozom a főigazgatóságnak, hogy járvány esetén az 1876: XIV. t.-cikk 34. §-ának 1. bekezdése és a belügyministerium vezetésével megbízott minsterelnök úr törvénytárgyazata értelmében a törvényhatóság első tisztviselőjének mindenképp előtti a járvány fennállását kell megállapíttatnia s csak ennek megtörténte után intézkedhetik az iskola bezáratása iránt. A mennyiben a járvány fennállásának előzetes megállapítása nélkül határozná el a törvényhatóság első tisztviselője a bezáratást: e határozat ellen az illető középiskola igazgatója jogorvoslattal élhet.” (50.057/1904. B. M. sz.).

Tárca.

X. szünidei orvosi cursus.

A budapesti egyetem orvosi karának előadói 1904. május hó 30-dikától június hó 11-dikéig tartották a X. szünidei orvosi cursust. Az előadók száma 2 csoportban 21 volt, a résztvevőké 100. A két csoport órarendje úgy volt összeállítva, hogy a hallgatók délelőtt a klinikai főtárgyakkal foglalkoztak, délután pedig a specialis szakkörökkel. A sorozatos előadásokon kívül 3 egyes előadás is volt: a tuberculosissról, a gyermekágyi lázról s a trachomáról. Valamennyi szerfelett látogatott volt, s az utóbbin Bernolák József vezértörzsorvos, Linksch Árpád főtörzsorvos, Polinszky törzsorvos, Teleki Sándor gr. képviselő, Frank József, Kaiser Károly, Preysz Kornél, Bassa Ignác közegészségi felügyelők is megjelentek.

A szünetnapokon a hallgatók az egyetem új klinikáit s intézeteit tekintették meg, három ízben pedig este barátságos vacsorára gyűltek össze, melyen a szünidei orvosi cursus intézményének életképességéről s jövő fejlesztéséről sok komoly szó hangzott. Végül a hallgatók az elnökségnek ezüstlapra vésvé valamennyiük aláírásával a következő szövegű iratot nyújtották át: „A X. szünidei orvosi cursus hallgatói a legmélyebb tisztelettel nyilvánítják hálájukat az Elnökségnek . . . , valamint az előadóknak . . . egyrészt a collegialis érzéssel párosult tapintatos rendezéért, másrészt az odaadó és felejtethetetlen készséggel nyújtott ismeretekért.”

A cursus lefolyásának ezen röviden vázolt külső képe korántsem nyújt hiú képet arról a tudományos munkáról s collegialis együttműködésről, melyet előadók s hallgatók két héten át fáradhatatlan buzgalommal s önzetlen lelkesedéssel végeztek. Misem bizonyítja jobban az intézmény életképességét, mint az, hogy az előadók között olyanok is voltak, kik már 20 év előtt részt vettek az I. cursus munkájában, s változatlan munkakedvvel állottak a legfiatalabb magántanárok mellé, hogy a cursus hazafias, tudományos és társadalmi céljait szolgálják.

De talán még lélekemelőbb jelenség az, hogy a legöregebb collegák a legfiatalabbakkal vetekedve kiapadhatatlan tudányszomjúsággal látogatták az előadásokat, s a midőn a 84 éves fiatal szívű s eszű agastyán az alig megszáradt diplomájú orvos mellé állt, minden elfogulatlanul el kellett ismernie, hogy a tudományos munka varázsa a mai kor utilitarius irányzata alatt sem szenvedett. S épen abban van az orvosi rend jövő boldogulásának biztosítéka, hogy a társadalmi érdekellentétek küzdelmére a legerősebb fegyverrel: a tudomány fegyverével vérteli magát.

Hogy az orvosok továbbképzésének milyen culturalis és köz-

egészségi jelentősége van, azt már a culturállamok mind elismerték, s külföldön hatalmas állami és társadalmi intézmények keletkeztek e cél szolgálatára. Nálunk a szünidei orvosi cursusok intézménye egymaga teljesíti azon feladatot, melyre a német birodalomban három szervezet szolgál, s mely New-Yorkban külön orvosi iskola keletkezésére adott alkalmat.

Valóban hálával s bámulattal kell adóznunk Markusovszky és Fodor emlékének, kik 20 év előtt mint úttörők intézményünket megalapították. Önkéntes társulás, önkéntes jelentkezés alapján 20 éven át 10 cursusban 651 collegánk gyarapította s újította fel ismereteit. De a mint Korányi Frigyes már 20 év előtt előre látta, intézményünk kinőtt a kereteiből. Két évtizeden át cursusaink az 1886. évben megállapított alapelvekben kitűzött célok egyikét, ismétlő tanfolyamok tartását szolgálták, de már a másik feladat: hosszabb cursusok tartásával egyes disciplinákban alapképzés nyújtása hangosan követeli a maga jussát. Minden jel oda mutat, hogy a jelenleg feltétlenül fenntartandó ismétlő jellegű rövid tanfolyamokhoz az egyes újabb időben felvirágozott szakokból hosszabb alapképző cursusokat is kell rendeznünk, ha azt akarjuk, hogy orvosaink igénye hazai földön teljes kielégítést nyerjen. De a feladatok bővítésével nem nélkülözhetjük tovább az állami s a helyi hatóságok támogatását. A vallás- és közoktatásügyi minster Tóth Lajos javaslatára máris felkarolta az intézményt, de a belügyi kormányzat sem térhet ki az elől, hogy az orvosok továbbképzéséről való gondoskodás elsőrangú közegészségügyi szükség. Minthogy a cursusok ma úgyszólván díjtalanok, a mennyiben a 20 korona beíratási díj csak az irodai költségek fedezésére szolgál, az előadók díjazásáról való gondoskodás a közoktatásügyi, a hallgatók támogatása pedig a belügyi tárca feladatát képezi.

Az egyetemi kórház felépülte jó alkalmat fog nyújtani arra, hogy a most nagyon terhes szaladgálás helyett egy területre koncentráltan találhassák meg a hallgatók az ismeretszerzés forrásait. Ugy hisszük, hogy az egyetemi kórháznak az orvosok egyetemi képzésén kívül a továbbképzésre is korszakot alkotó jelentősége lehet.

Hogy pedig vidéki collegáink közül mennél többen tarthassanak lépést a rohamosan fejlődő orvosi tudományokkal, szélszerfinék látszik, hogy intézményünk a németországi példára vidéki cursusok szervezését is felvenné programjába.

Az utolsó évtizedekben az országban számos jól felszerelt kórház épült, melyekben a tudomány színvonalán álló erők működnek. A vidék orvosai számára áldás volna, ha e kórházakban az egyes osztályos főorvosok minden évben hat héten vagy két hónapon át, a hét bizonyos napján tanfolyamokat tartanának, melyen a környék orvosai nagyobb mulasztás nélkül részt vehetnének. A cursusoknak díjtalanoknak kell lenni s az előadók díjazásáról a törvényhatóságnak vagy az államnak kell gondoskodni. Egyes bevezető előadásokra az egyetem előadói is vállalkozhatnának, s ezzel a vidéki collegáknak, s így az ország közegészségügyének megmérhetetlen szolgálatot tehetnének.

Mindezen feladatok megoldása még sok munkát s szívós kitartást igényel, de a ki egyetlen egyszer meggyőződött arról, hogy milyen eredményes munkát végez a szünidei orvosi cursus intézménye, az örömmel fogja erejét, idejét a jó ügy rendelkezésére bocsátani.

G. E.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A formalindesinfectio mai állásáról.

Közli: Kammer Manó.

(Folytatás.)

Czaplewski gőzspray-készülékéről megjegyzendő, hogy az Kölnben használatban van és mint maga Czaplewski mondja, egészen Flügge eljárására támaszkodik, melyről alább lesz szó.

Hasonló spray-készüléket szerkesztettek még Prausnitz és Rositzky, melyet szekrényben levő ruhák desinfiálására ajánlanak, különösen gyakorló orvosok számára; azonkívül alkalmazták még lakások fertőtlenítésére is.

Spray alakjában használta a formaldehydet falak fertőtlenítésére Dopter. Megállapította, hogy 1. 2-5%-os formalin-oldat használata a desinfiálást végrehajtó személyzetre ártalmatlan; 2. ily oldat sprayzése a kórokozó bakteriumokat úgy kulturákban, mint kóros termékekben (diphtheriás exsudatum, tuberculotikus köpet) 24 óra alatt elpusztítja. Csak lépfenespórák és staphylococcus pyog. aur. nem pusztultak el, de fejlődésükben ezek is akadályozva voltak. Szerző iskolákat desinfiált ily módon, a mikroorganizmusok száma megfogyott ugyan, de a port nem volt képes tökéletesen sterilizálni. Olesósága és jó hatása miatt ajánlja ez eljárást, megjegyzi azonban, hogy a lakók nagyobb háborításával jár, mint az elgőzöltetés.

Az eddig említett desinfiáló eszközökön és eljárásokon kívül vannak még mások is, a melyek egyrészt, noha később készültek, nem állnak a tökélynek azon fokán, mint az előbbie, másrészt pedig még nem próbáltattak ki eléggé. Ezek közül mint olyant, a melylyel sokat kísérleteztek és leginkább ajánlanak lakások desinfiálására, a Krell-Elb carboformal-briquet-jét említjük.

Krell és Elb úgy járnak el, hogy trioxymethylen kis adagjait külön e célra készített szénbriquetben égetik el, hozzáadva salétromot vagy natriumbicarbonatot. A levegőnek vízgőzzel való tel-

tését elhagyják. Kellő fertőtlenítő hatás elérésére sok briquetet kell felállítani.

Enoch Krell-Elb carboformal-briquetjével végzett desinfectiók kísérlet eredményéről számol be. Dob alakban elhelyezett 4—4 briquetet spárgával köt össze és alul és felül fogazott széli pléhtányérral fed be, mely így az izzó briquetnek alapjául szolgál. A briquetnek felső bemélyedése 50 gm. formaldehydet tartalmazó patron van helyezve. A briquet szénje lassan izzóan ég és a paraformaldehdből active formaldehydgázt képez.

Kísérleti tárgyak voltak cholera-, typhus-, diphtheria- és lépfenebaciillusok agar kulturái. Aránylag nagy mennyiségű formaldehyd fejlesztésre volt szüksége, hogy a kulturákat táptalajukon megölje. 12 gm. aldehyd csak 12 óra múlva ölte meg; 24 gm. nem előbb: diphtheria 4 óra múlva pusztult el. Selyemfonálon vagy papíron sikerült a csírok elpusztítása az említett mennyiséggel már néhány percz múlva. A szükséges levegőnedvességet meleg viznek padlóra való kiöntésével éri el. Szerző ajánlja ezen eljárást egyszerűsége és kényelme miatt. Typhus- és diphtheria-bacillus, 1 gm. formaldehydet véve 1 m³ térre, elpusztul, staphylococcus aur. nem biztosan; lépfenespórákat 3 gm. 7 óra alatt nem, 14 óra alatt azonban már 2½ gm. tönkre tesz.

Dieudonné Enoch kísérletét a Krell-Elb készülékkel megismételte és a levegő nedvessé tételét Enoch ajánlata szerint nem találta eredményesnek. Ő a levegőnek vízgőzökkel való telítését úgy eszközölte, hogy izzított téglákat önt le vízzel. 4 gm. formaldehyd 1 m³ térre 3½ óráig alkalmazva a desinfectió hatás elérésére elégséges. Ajánlja az eljárást városok, sőt kisebb községek és kórházak számára.

Erne hasonló eredményeket ért el mint *Dieudonné*.

Rapp lakások desinfectálására Krell-Elb carboformal-briquetjét alkalmazza. A levegőt vízgőzzel oly módon igyekszik telíteni, hogy 12—15 liter őrítettalmú fatálcába tányérra helyezett izzó-maró meszet tesz, melyet vízzel önt le; a briquetet is vízzel fecskendezi le, ezáltal vízgőz keletkezik. Kísérleténél typhus-, cholera-bacillus, b. coli, staph. alb. elpusztultak. Mint gyógyszerész felhívja kártársait, hogy községenként vezessék be a formalin-desinfectiót.

Piorkowski egy újabb készüléket, az úgynevezett „capillar kettős lámpát” ajánlja, mely lényegében tysin (külön e célra előkészített formaldehyd-oldat) megtöltött, kanóclemezzel elzárt, megfordított palack. A lámpát borszesz-lámpával melegítik, minek következtében formalin-gőzök képződnek. 10 m³ térfogatú helyiségben spóramentes bakteriumok 50 cm³ tysin felhasználása mellett 3 óra alatt elpusztultak; 3-szor annyi tysin felhasználása esetén ugyanennyi idő alatt még az anthrax-spórák is tönkrementek.

Rubner és *Peerenboom*, *Hammerl* és *Kermauer*, *Novy-Waite* saját készülékükkel kísérleteztek. Az utóbbiak készülékét *Parke, Davis & Co.* készíti és ajánlja desinfectiora diphtheriánál, choléránál, tuberculosinál és typhusnál.

Az 1901., 1902., 1903. éveknek külföldi szabadalmi irodalmát áttekintve, számos készüléket találunk, melyek mind a desinfectio, főleg pedig épen a formalin-desinfectio tökéletesítésére irányulnak. Részletesebb ismertetésüket *Kausch* referatuma adja, itt csak a legújabbak közül *Spengler* és *Fournier* angol szabadalmait ismertetjük röviden.

Spengler olyan készüléket szerkesztett, melyben a formalin baktericid tulajdonságát az által akarja fokozni, hogy organikus savaknak, különösen nuclein-savaknak alkoholos oldatát adja hozzá. Ily keverék volna 0.1—50%-os formaldehyd és 0.0005—0.1%-os szerves sav (hangyacitrom-tejsav) alkoholos oldata; lehet 20% rectifikált spiritus, 78% tiszta aether, 1—2% aetherikus olaj, vagy pedig 10% hangyasav alkoholos oldata és 90% tiszta formaldehyd is. A keverék csíráölő hatása az állati szervezet hőmérsékleténél tetemesen növekszik.

A *Fournier* szerkesztette készülékek formaldehyddel telített és acetont tartalmazó ammoniak-gőzöket állítanak elő. Azt találta, hogy az ilyen gőzök a desinfectiálendő tárgyra jobban behatolnak.

A különböző tárgyak felületének absorbeáló és átbocsátó képessége különböző viszonyok között változó. Így a desinfectio 15—200 C. nál 24 órai, 35—400 C. nál 4—6 órai, és végre 80—850 C. nál 1½—2 órai tartammal teljes, bár a behatolás átlag nem terjed 3 egymásra fektetett posztó vastagságnál mélyebbre. Szerinte mégis felülmúlja az eredmény az eddig ismeretes formaldehyd-desinfectiós eljárásokat.

A formalinnal való eddigi desinfectiós eljárásoknál azt láttuk, hogy ha a hatást növelni akarták, vízgőzöket bocsátottak formaldehydgőzökhöz.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Weisz Ede: Az izületi betegségek gyógyítása, különös tekintettel a balneophysikalis gyógymódokra. A „Therapia” VI. kötetéből. Budapest, 1904. Singer és Wolfner kiadása.

Első hazai munka, mely az izületi betegségek összességét tárgyalja. Általános jellemzőként mondhatjuk, hogy kiváló gondnal, nagy tudományos készültséggel íródott munka. Felülemelkedve a sablonos specializáción, mindig az összszervezet szempontjából tárgyalja a kérdést.

A munka két nagy részre oszlik: általános és részletes részre. Az általános részben a bonctani, a kórbonctani, élettani adatokat ismertet röviden, de velősen. Nagy tapasztalatról tanúskodó tudással számol az izületi betegségeknél számbajövő gyógyeljárásokról, azok általános szempontból való ismertetése mellett kritikailag is méltatja őket.

A részletes részben hat fejezetben nyújtja a tudnivalókat, úgy mint: I. Velezületet bántalmak. II. Alkópotelek. III. Másodlagos, ideg-beli háttérrel bíró izületi bántalmak. IV. Erőművi bántalmak. V. Fertőző csírák által okozott izületi megbetegedések. VI. Alhasi, illetve anyag-cserebeli bántalmak.

Az egyes fejezetek dignitásuknak megfelelő terjedelemben lesznek tárgyalva. Mint legfontosabbak a közszvényes izületi megbetegedések részesültek bő tárgyalásban. A közbeékelt kórrajzok élénkítik a leírást. A jól sikerült ábrák nagy száma a szövegben foglaltak illusztrálásában jó szolgálatot tesz. Az izületi betegek diatetikája és balneophysikalis kezelése, mint legfontosabb küzdelmi fegyverünk, bő és minden helyen indokolt méltatásban részesült. Szerző kitűzött feladatának teljesen megfelelt. Munkája tényleg hűzágptóló. Minden során meglátszik, hogy tudományos készültséggel, teljesen felfegyverzetten, éles tekintettel tette meg az életben tapasztalatait és azokat széles látkörrel vizsgálta és értékesítette. E tulajdonságai révén elérte azt, hogy munkája a tudomány magaslatán állva, a gyakorlati élet követelményeinek is teljesen megfelelt.

Mindezek alapján mondhatjuk, hogy *Weisz Ede* munkája minden gyakorló orvos könyvtárának értékes gyarapítását képezi és azt legmelegebben ajánljuk kártársaink figyelmébe.

A mű kiállítása csinos; a szöveg közé nyomott összefoglaló czímek az átnézhetőséget lényegesen megkönnyítik.

Sarbo.

Lapszemle.

Sebészet.

Halálos vérzések légcsőmetszés kapcsán. *Tante* közli az irodalomban összegyűjtött azonos eseteket, a hol mely tracheotomia folytán halált okozó vérzések léptek fel. Ezen esetekhez hozzáfűzi s ismerteti a *Bruns*-klinika előfordult 3 esetet, a hol szintén tracheotomia után lépett fel letális kimenetelű nagy vérzés. Az első beteg egy 49 éves egyén volt, a kinél műtét után 9 napra lépett fel letális vérzés. Szerző az aorta aneurysmájának canule által való usurálását találta. A második esetben egy diphtheritisben szenvedő 2 éves betegnél végezett műtét után negyed napra a canule usurálta az anonyimát s ez volt a pillanat alatt beállott letális exitus oka. A harmadik esetben egy 34 éves egyénél műtét után hatodnapra a pár percz alatt beállott letális exitust szintén az anonyima canule által történt usurálása okozta. Szerző említi továbbá *Martina* 38 összegyűjtött esetét a letális végű tracheotomiákról. Felemlíti *Pridie Z. B.*-nek egy letális végű esetét, a hol műtét alatt lett megsértve az arcus aortae aneurysmája; 2 esetben gyermeknél volt letális exitus canule usurálás miatt. Ő különben a tracheotomia után fellépő letális exitusok leggyakoribb okát a canule usurálásában keresi. *Engelhardt* véleménye az, hogy az alig elképzelhető kis sértése a nagy ereknek — canule-usurálás folytán — azért lesz pillanat alatt letális, mivel az első csepp vér, mely a tracheába került, köhögést vált ki s a nagy ér hirtelen felreped. A tübingai klinikáról közöl egy majdnem letális lett esetet, a hol utolsó perczben sikerült a vérzést csillapítani, mely egy nagyobb nyaki vénából támadt, canule-usurálás folytán. Felemlíti továbbá szerző, hogy felnőttél történt letális végű nagy vérzésről szól *Martina* 3 esetben; a gráci klinikára ismertet 2 esetet; *Bolton* ismertet egy esetet, hol 25 éves nőnél canule usurálása okozta a pillanatnyi halált.

Ismerteti továbbá *Kermaner* 2 esetét, hol az I. esetben a letális kimenetelt nem rövid időre a tracheotomia után fellépett elvérzés okozta, hanem időnként fellépő nagyobb vérvesztés. 46 éves férfi nagy nyaki újképlet miatt lett tracheotomizálva, mely a légcsövet nyomta. Operatio után 4½ hó múlva nagy vérzés. Operatio után 5 hó múlva letális vérzés. A canule usurált egy nagyobb eret, mely a rákos tömegben futott le. Második esetben 17 éves nő struma miatt lőn operálva. Műtét alatt asphyxia. Tracheotomia sürgősen végeztetik. Beteg magához tér. Műtét után negyednapra a trachea egyik befelé fordult porcgyűrűje usurálta s perforálta az art. anonyimát. Így összefoglalva az irodalomban említett összes eseteket, a *Martina*-féle 38 esettel együtt összesen 85 esetben következett be letális kimenetel mely tracheotomia után fellépett nagy vérvesztés miatt. Ezen esetek közül 9 felnőtt egyén volt, a többi gyermek. Ez esetek közé az esetleges ligatura leesés után beállott exitus nincs beleszámítva. Csakis canule usurálása által indirecte nagy ér sértés, vagy direct nagy ér sértés műtét alatt van felemlítve. Az esetek közül azért volt csak 9 esetben felnőttél így letális vég, mivel a gyermek nyugtalanabb s így annak jobban mozog a canule a tracheában s hamarabb usurál egy nagy eret. A mi az usurált illetőleg direct sértett nagy ereket illeti, a sorrend a következő. Leggyakoribb: 1. art. anonyima (vena anonyima nagyon ritka), 2. art. carotis communis j. o., 3. art. carotis communis b. o., 4. környi erek. Szerző *Kreutzer* s *Engelhardt* véleményét is ismerteti: hogy az erek abnormalis lefutása nagyon gyakran oka akár directe, akár — a canule usurálás által — indirecte a nagy erek sértésének s így a letális kimenetelnek. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 41. kötet, 1. füzet.)

Navratil Dezső dr.

Húgyszervi betegségek.

Puha és félig puha katheterek steril eltartása czimén *Goldberg* a következőket ajánlja: a katheterek, catheterhorgok, cathetertartó ívegesővek, a 3% bórsavoldat, melyben a katheterek eltartatnak, valamint a dugaszok egy közös nagy edényben 10 perczig főzhetnek. A

főzés után a bórolat a kathetertartó üvegekbe (oly szűk nyakkal ellátott hosszú kémcsövek, hogy a katheter a pavillonvégével beakadva lóg benne) üntetik, a kathereterek a katheterhoroggal megfogatnak és beakasztatnak, ezután annyi bórolat töltendő még az üvegcsőbe, hogy a katheret teljesen elfedje; azután 1 cm.-nyi rétegben steril olívaolaj és végre a steril dugasz. Így az eszközök akár hetekig csirmentesen eltarthatók és szállíthatók. 2—4, sőt 6 nap múlva consistentiájuk, elasticitásuk és simaságuk még nem szenved, úgy hogy egy pár napra való katheretkészlet megfelelő tokban teljesen megbízható steril állapotban útra vihető. Oly kathereterek eltevésére és beakasztására, melyek végig egyforma szélesek, üvegből a katheretdugaszok mintájára készült konikus pálcákat szerkesztett szerző, melyek felső végén egy üvegkorong, hogy a kémcső nyakába beakadjon, és egy kis fogantyú van. Így minden pillanatban rendelkezésére áll úgy a betegnek mint az orvosnak a steril katheter, mely használatba vehető, a nélkül, hogy kézzel hozzáért volna. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 7. szám.)

Picker Rezső dr.

Venereás bántalmak.

Gonorrhoeás infectio után fellépő hyperkeratotikus exanthemákat ír le Baermann (Breslau). E bőrelváltozások rendszerint súlyos általános gonorrhoeás fertőzés kapcsán észlelhetők. Az elsődleges tünetek többnyire a planta pedisen, illetve a palmán lépnek fel, ritkábban az ujjakon vagy a körömeresztéken. Már 4—6 nap alatt óriási terjedelmet érnek el. Ezenkívül a köztakarón disseminált exanthema fejlődik. A tenyereken és talpakon localizált exanthema a gyakoribb alak. A bőrelváltozás psoriasistól, syphilitől pontosan elkülönítendő. Baermann a bőrelváltozásokban gonococcusokat nem birt kimutatni; vajjon ilyenkor egy különösen a francziák részéről hangoztatott tropho-neurosis szerepel-e, még eldöntendő. (Archiv für Derm. u. Syphilis, 1904. április.)

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Mesotannal tett tapasztalatait ismerteti Tausig. A mesotan nevű salicyl-összetétel olajszerű sárgás folyadék, szaga gyenge, nem kellemetlen, alkohollal, aetherrel és zsíros oldatokkal könnyen keverhető. A bőrön át nagyon gyorsan felszívódik. Nagyon jó eredményeket érhetők el vele heveny és idült csúsz, nemkülönben köszvény eseteiben, míg neuralgiás fájdalmak ellen teljesen hatástalan. Minthogy a bőrt erősen izgatja, oleum olivarium egyenlő mennyiségével keverve használandó, még pedig beecsetelés alakjában; egy beecsetelésre körülbelül egy kávéskanálnyi mennyiség használandó. Ha a bőr erősen megpirosodnék, 1—2 napig szünetet tartunk, illetve a testfelület más részén végezzük a beecsetelést. A beecsetelt helyeket gypattal fedjük. Minthogy a készítmény könnyen bomlik, nem célszerű nagyobb mennyiségben rendelni, hanem mindig csak 4—5 napra való. Végül megjegyzendő, hogy újabban mesotannal impraegnált guttaperchapapir, illetve mesotantapaszt is kapható. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1904. 6. szám.)

A helmitolt nagyobb számú betegnél használta Siebert és tapasztalatait a következőkben foglalja össze: A helmitol használata javalt mindazon esetekben, a melyekben a húgyutakban levő bakteriumok ellen (a gonococcusok kivételével) akarunk hatni, tehát pyelitis, cystitis, bakteriuria stb. eseteiben; használható heveny gonorrhoeában a bajtovaterjedésének megakadályozására, úgyszintén idült húgyvesőlobokban, végül pedig akkor, ha a húgyszervek megbetegedése esetén a vizelet alkalikus. A helmitol, melyből naponként 3—4 gramm adandó, elég olcsó; 20 darab 1/2 grammos tablettá ára 90 német fillér. (Deutsche Praxis, 1904. 2. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 24. szám. Schein M.: Röntgen-sugarak a bőrgyógyászatban. Liszt N.: Az újszülöttek trismus-tetanusáról.

Budapesti orvosi újság, 1904. 23. szám. Ifj. Klug Nándor: Néhány szó a tömkeleg-genyedésekről.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 23. szám. Helly: Kísérletes vizsgálatok fehérvérsejtekkel és izzadámszejtekkel. Hamburger és Sperk: Fehérjeresorptio a bélben. Heyrovsky: Az influenza-bacillus mint a cholecystitis okozója. Salom: A nemi szervek némely megbetegedéseinek kezelése forró levegővel.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 23. szám. W. Degré: Adatok a scrophulosis ismeretéhez. W. Bevall: Extrasystole esete. Th. Koetschet: Paralysis progressiva és syphilis a Bosznia-Hercegovinában szerzett tapasztalatok alapján. L. Kürt: A szívlyökés indirect tapintásának módjáról.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 24. szám. Jürgens: Stomatitis gonorrhoeica felnőttnél. Kövesi-Roth-Schulz: A vesegyulladások gyógyítása. Salomon: Légcserevizsgálatok morbus Basedowinál és akromegaliánál. Baumstark: A thiosinamin hatásáról a tápcsatorna megbetegedéseinél. Maragliano: A gümőkór specifikus kezelése.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 24. szám. Scagliosi: Izolált gümőkóros pericarditis. Gaudiani: Gümös nyirokmirigytályog áttörése a tracheába. Mackenzie: Az ingervezetés zavara a szívizomban. Studzinski: Az essentia antimellini composita hatása diabetesben. Piatkowski: A gümöbaciillus és más saválló bacillusok egy új tulajdonsága.

Nicolaysen: Epidemias catarrhalis icterus. Bouma: Az epefesteny kimutatása a vizeletben. Beck: Elesontosodás a vénákban. Róna: Adat a rekosszerűségek kezeléséhez. Toff: Styptol a nőgyógyászatban. Pfister: Velezületett torzképződés két ritka esete. Lehmann-Nitsche: Brachyphalangina a mutató- és középujj részleges syndactyliájával.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 15. kötet, 5. füzet. Schott: Adat az úgynevezett originaer paranoia tanához. Mingazzini: Néhány pálya lefutása a központi idegrendszerben. Friedmann: Neuraszthenias melancholia. Frenkel: A tabes dorsalis cytodiagnosisa.

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 19. szám. Hofmann: A lágyéksérvek gyökerekes műtéve a peritonealis elzárási módszerrel. Moschowitz: A Syme-féle amputatio módosítása. Hammesfahr: A keztyűben való műtéves.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1904. május. C. Deutscherländer: A velezületett csipőzületi ficzomodás vértelen repositiojának jelentőségéről. Gutzeit: Adalék a köldöksérv műteti kezeléséhez. Bähr: Az alszártörések gyógyulásáról, tekintettel a baleset elleni biztosításra. Brunn: Kísérleti adatok a hólyagplastikához. Huguenin: Casuistikus és kritikai adalékok a pajzsmirigy rákjához. Mori: A perityphilitis aetiologiájához. Krogus: Adalék a Paget-féle betegség ismeretéhez. Wendel: A tropikus májtályogokról. Lücke: Scleroderma izomsorvadással és a Raynaud-féle betegség symptomái. Matonoka: Rosszindulatú daganatok által okozott esontresorptio. Gangeli: Ovarialis herniáról. Ito-Kunika: Férfiak magasán székelő vastagbélrákjának combinált extirpatioja. Friedländer: Csöves esontok diaphysisének tuberculotikus osteomyelitiséről.

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 1904. május. Linser: A bőrfaggyú az egészséges embernél és némely bőrbetegségnél. Klieneberger és Axenias: A vizeletről és üledékeiről egészségeseknél, rheumasoknál és salicylkészítmények adagolása után. Oehler: Az egészséges ember bőrének hőmérsékletéről. Pfeiffer: A typhus a kieli klinikán. Tobler: Pseudoaszytes chronikus enteritis után. Lommel: Az emberi vér viscositása izzasztásnál. Schwenkenbecher: Az adipositas dolorosáról. H. Asbury Christian: Természetes és mesterséges leukotoxinok. Moravitz: A kobraméregnek a vér megvaladását megakadályozó tulajdonságáról. Buttersack: Urotropin alkalmazása scarlatinánál nephritis megelőzésére. Steinhau: A vena portae thrombosisának ritka esete. Sick: A haemagglutininek eredetéről és hatásmódjáról.

Archiv für klinische Chirurgie, 73. kötet, 1. füzet. Englisch: Hólyagdiverticulum izolált gyuladása és perforatiós peritonitis. Morikowitin: Az orosz fegyver köpenyes lövegének diformálódásáról. Hertle: Orrgaratfibroma eltávolítása mindkét oldali felső állcsont temporaer felnyitása útján. Tatsujiro Sato: Gastroenteroanastomosis a bél lumenének megnyitása nélkül. Hoepfl: Adalékok az appendicitis-kérdéshez. Sibemeier: Bőrdesinfeció. Niehans: Töréskezelés időleges összezúgással. Wassiljew: Appendicitis férfiak lágyékrészében. Wette: Az appendicitis korai operatiojáról. Brehm: Penetráló hassebbségek.

Zeitschrift für klinische Medizin, 52. kötet, 3—4. füzet. Mitulescu: A haematologia ismeretéhez. Kaulsky: Vértvizsgálat bilharziánál. Magnus-Lery: Myxoedema. Pappenheim: A leukaemiáról. Wolff: Leukocytagnamlatio. Mohr: A ezukor képződéséről diabetes mellitusnál. Blumenthal-Wolff: A glykuronsav fellépéséről lázas állapotban. Glaessner: A fehérjeemésztés a bélben. Lazarus: A pankreas megbetegedések pathologiája és terapiája. Pappenheim: A leukaemiáról.

Neurologisches Centralblatt, 1904. 9. szám. Bikes: A motorius sejtek elrendeződése a végtagidegek eredésének magasságában. Belschowsky és Pollack: Az emlősök szemének innervatioja. Weygand: A Wierchow-féle cretin-theoria.

Zeitschrift für Heilkunde, 1904. 4. füzet. Luksch: Myeloschisis kísérletes előidézése. Sternberg: Leukaemia lymphatica.

Therapeutische Monatshefte, 1904. 5. füzet. Cairus: A pestis bubonica kezelése intravenosusan alkalmazott Yersin-féle serummal. Behr: Bizonyos belső bajok kezelése külsőleg alkalmazott Rheumasanal. Bauermeister: A rovarcsipés okozta icterusról. Richter: A hydrogenhyperoxid alkalmazásáról a bőr- és nemi betegségeknek. Dionin Merck. Fackenheim: A méhvérzések gyógyszeres kezeléséről.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 70. kötet, 1. füzet. Kreibich: Adenoma folliculare cutis papilliferum. M. Joseph: Rhodan inetikusak nyálában. Bettmann: Az alopecia aerata viszonya dentalis izgalmakhoz. Gassmann: Nyulakon előidézett Röntgen-fekély szövettani vizsgálata. Waelsch: Nem gonorrhoeikus urethritisről. Köbner: Megjegyzések az Epidermolysis bullosa hereditaria újabb irodalmához.

La semaine médicale, 1904. 23. szám. Cheinisse: A malaria és a sárgaláz szúnyogok által való terjesztésének kérdése.

Le progrès médical, 1904. 24. szám. Bourneville et Lemaire: A törpeség némely formájának gyógyításáról thyreoidinnel.

Archives générales de médecine, 1904. 22. szám. Cavasse: A számárhurut mikrobiológiájáról.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet, 20. füzet. A. Robin: A functionalis therapia. Rochard: Sebklínikai problémák. Mikor kell az appendicitist operálni.

Revue de médecine, 1904. május. Mouisset et Bonnamour: Tüdővénészek májáról. Saquerod: A tüdővész gyógykezelése Marmorek serumával. H. Bertoye: A Bence Jones-féle betegségről. Busquet et Bichelonne: Általános kankós fertőzés esetéről.

The lancet, 1904. I. 24. szám. *W. Cheyne*: Átfúró gyomorfekély 13 éves fiúnál. *I. Hay*: 200 acut lobaris pneumoniaeset. *F. C. Wallis*: 4 acut intestinalis intussusceptio esete. *Octavius Croft*: Inversio uteri. *Muir*: A Koplik-tünet jelentőségéről. *R. Butterworth*: Vescanomalía esete.

British medical journal, 1904. június 4. *W. Russell*: Az arteriosclerosis és hypertonus viszonya a diétahez és az emésztőszervekhez. *Ch. W. Cathcart*: A jóindulatú és rosszindulatú daganatok hasonlósága. *J. W. Ballantyne*: Szülészeti táskák. *Edred M. Corner*: A herék hiányos leszállásának műteti kezelése. *D. Macewan*: A hasbetegségek körébe tartozó négy eset. *G. A. Leon*, *Ch. P. Hooker* és *J. Kingston Barton*: Légnyomás és apoplexia. *A. Corner*: A lenese mellősi tokjának nem perforáló sérülései. *R. W. Anderson*: Tüdőechinococcus. *C. M. Cooper*: A mellékvesék betegségeinek diagnosisa. *M. Grabham*: A malariaparasita átvitele az anyáról a magzatra. *A. Connell*: Gyomorfekély-átfúródás esete. *H. T. Cox*: Osteomyelitis; amputatio a csípőizületben; gyógyulás új csontképződéssel. *W. Renner*: Mérgezés chaillitia toxicaria gyümölcsével.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. június 17.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 22. hetében (1904. május 28.-tól június 4.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katonai 16,484, összesen 813,399. Elveszületett 425 gyermek, elhalt 323 egyén, a születések tehát 132-el múltak felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 27.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20.4, az egy éven felüli lakosságnál: 16.7, az öt éven felüli lakosságnál: 14.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 11, meningitis tuberculosa 8, apoplexia cerebri 3, convulsiones 3, paralysis progress. 4, tabes dorsalis —, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordi. 15, morbi myocardi 7, vit. valvularum 4, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. —, bronchitis acuta —, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 10, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 7, pneumonia 19, pneumonia crouposa —, tuberc. pulmonum 64, emphysema pulm. 3, pleuritis 1, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi —, enteritis 2 éven aluli 14, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii ocl. intestini —, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 1, nephritis 7, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. —, alii m. org. gen. —, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 4, debil. congenita 17, paedatrophia —, marasmus senilis 9, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 7, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 4, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis —, variola, varicella —, morbilli 2, morbilli pneumonia 2, scarlatina 16, pertussis 1, croup laryngis 1, dipht. faucium 5, influenza 2, febris puerperalis 2, lues congenita —, erysipelas 3, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. —, morbi alii et ignoti 2, casus fortuitus 10, suicidium 6, homicidium —, justificatio — casus viol. dubii 6. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3405 beteg, szaporodás 949, csökkenés 880, maradt a hét végén 3387 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi május 29-dikétől június 4-dikéig terjedő 22. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel: kanyaró 148 (96), vörheny 83 (64), állh. gége- és ronsoló toroklob 32 (48), hökhurut 13 (30), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 4 (2), himlő 0 (0), állhímlő 0 (0), bárányhimlő 14 (17), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykórok 0 (0), járv. fültőmirigylob 12 (7), trachoma 5 (3), lépfene 0 (0), ebdűh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Kitüntetések.** A magyar vörös-kereszt egyesület negyedszázados jubileuma alkalmából ő Felsője Imre József dr.-nak a hőmezővársárhelyi választmány elnökének és Benel János dr.-nak a kolozsvári választmány jegyzőjének a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Orvosdoktori jubilaris oklevelek.** A budapesti orvoskari tanártestület ez év április 26-dikán tartott VIII. rendes ülésében elhatározta, hogy két érdemekben és tisztletben megőregetett kartársunknak, a kik egyetemünkön 1854-ben lettek orvosdoktorokká felavatva, a felavatás 50-dik évfordulóján jubilaris díszoklevél állíttassék ki. E két kartárs közül az egyik *Sikor József* dr. Győrött, a másik *Schön Leó* dr. Szepesmegyében fejtették ki hasznos és áldásdús orvosi működésüket. Közeledő jubilaris megünnepletésükhöz kartársi szíves üdvözlőnként küldjük mi is.

— **Trachoma-cursus.** A belügyminister megbízásából 1904. június hó 2-dikától 11-dikéig a budapesti egyetemi szemklinikában tartott trachoma tanfolyamon 59 vidéki orvos vett részt. Az utólagos jelentkezésekkel együtt 400-nál több orvos óhajtott volna ezúttal felvétetni. Az oktatás érdekében azonban csak korlátolt számmal hívtak be. A tanfolyam berendezése a következő volt: d. e. 9—10 szemoperálások, 10—12 szembetegek demonstrálása, 12—1/2 elméleti és gyakorlati előadás a trachoma kórtanából és gyógyításából. Június 2-dikán bevezető előadásul a trachomaellenes védekezésről összefoglaló előadás, melyen a szüneti orvosi cursus hallgatói is részt vettek, a tanfolyam végén pedig értekezlet volt, melyen a résztvevők előadták tapasztalataikat s javasataikat.

< **Megbizás.** A belügyministerium vezetésével megbízott m. k. miniszterelnök a budapesti állami gyermekmenhelynél a II. másodorvosi teendők ellátásával *Szegő Ármánd* dr.-t, a III. másodorvosi teendők ellátásával pedig *Kemény Imre* dr.-t bízta meg.

— **Fürdőink személyforgalma.** Lipiket január 1-jétől június 8-dikáig 797 vendég kereste fel. Tátrafüred VI/8. 79.

— **Taufer professor** intézetének szülészeti poliklinikuma május hónapban 122 esetben nyújtott segélyt, 90 műtétet.

— A budapesti önkéntes mentő-egyesület 1904. május havában összesen 1423 esetben működött, évi folyószám 6132.

× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. május havában 304 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (282 magyarországi, 13 horvát és szlavonai és 9 boszniai és hercegovinai) nyert antirabikus védőtást. 273-at eb, 22-öt macska, 5-öt sertés és 2-öt ló inficiált. Évi folyószám: 1220; egyetemes folyószám: 23,778. Haláleset e hóban 1 fordult elő.

— **Megjelent. Löte József:** Jelentés a helybeli egyetemi ált. kör- és gyógytani intézetben folyó vizsgálatokról a kísérleti veszettségre vonatkozólag. Orvos-természettudományi értesítő. 1903. — Ugyanattól. A madarak veszettségéről. Orvosi Hetilap. 1904. — Ugyanattól. Ugyanaz németül. Centralblatt f. Bakt. 1904. — **Konrádi Dániel:** Betegségkókozó baktériumok élettartama vízben. Orvos-természettudományi értesítő. 1903. — Ugyanattól. Typhusbacillusok kimutatása kútvízben. Ugyanott. — Ugyanattól. Folytatólagos vizsgálatok a szappanok baktériumölő hatásáról. Budapesti orvosi újság. 1904. — E három közlemény németül megjelent a Centralblatt f. Bakt. 1904.

† **Elhunytak. Laehne Ernő** dr. Mosonmegyei tisztii főorvosa 44 éves korában. **Frank Samu** dr. fővárosi gyermekorvos.

Mai számunkhoz a **Friedr. Bayer & Co. Elberfeld** cég „**Helmitol**” című prospectusa van mellékelve, melyet t. olvasóink figyelmébe ajánlunk. — **Helmitol**, a Bayer cég által készített új vizelet-desinficiens, előnyei a következők: 1. A formaldehyd nagyfokú leadásán alapuló fertőtlenítő hatást, az urotropinét 4—6-szorosan felülmúlja. 2. Nem mérgező, azaz nagyobb adagokban sem okoz gyomorizgalmat és 1—2%-os oldatokban a hólyagnyálkahártyát sem izgatja. 3. Kellemes ízű. Alkalmazása: 1. per os, vízben oldva 3—4 gm. (8 gm.-ig) pro die 6—8 órai időközökben. 2. In loco, 1—2%-os vizes oldat 100—200 cm³-ének a hólyagba fecskendése által történik. Siebert dr. szerint a „**Helmitol**” indicatioi: pyelitis, cystitis, bakteriuria stb., mint prophylaktikum heveny blennorrhoeánál, idült urethritisnél, végül, ha a húgy-szervek bármely baja alkalikus vizelettel van szövődve.

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

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**



Szt. Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleget kénese források. Iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olesó és gondos ellátás. **Csúsz. köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt. Lukácsfürdő Igazgatósága** Budán.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium küllön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, belbántalmak, fejfájás, csúsz** stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: **Rék BÉla dr.**

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)
teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20.
Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

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 közoktatók és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bárony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nanaor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Taufer Vilmos, Tranhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pickar Rezső: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Högyes Endre dr. egyetemi tanár.) A Fraenkel-féle pneumococcus mint kórokozó a húgyivari szervekben. 388. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvostan. Törvényszéki orvosi esetek. 390. lap.

Pesthy István: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Vizsgálatok a gyomor motorikus működése köréből. 392. lap.

Tárca. G. E: Az egyetemi kórház. 395. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kammer Manó: A formalindesinfectio mai állásáról. 396. lap. — Könyvismeret. L. Mohr: Über die diabetische und nicht diabetische Autointoxicationen mit Säuren (Acidosis). (Halász Aladár.) 396. lap. — Lapszemle. Sebész. Horvák: A lúdtalpknál fennálló supinációs gyengeség és annak kezelése. (Holzwarth.) — Klapp: A mellékvese-készit-

mények hatásának vizsgálata. (Holzwarth.) — Bőrkórtan. Blumenfeld: A syphilis korai szakában fellépő thrombophlebitis luetica. (Guszmán.) — Bognor és Scharkevitich-Scharschinsky: A formalinnak favusgombára gyakorolt hatása. (Guszmán.) — Kisebb közlemények cz orvosgyakorlatra. Vieth: A kátránynak dermatológiai szempontból fontos alkotórészei és az anthrax előállítás. — Folyóiratok átnézete. 397. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezések. — Megválasztások. — Megbízások. — Egyetemi alkalmazások. — Oklevél-bemutató. — A párisi Pasteur-intézet vezetője. — A községi és körorvosok a belügyministernél. — Naptól felmelegedő sóstavak. — Vörhenybeteg kényszerrel való szállítása. — Új sanatorium a fővárosban. — Fürdőink személyforgalma. — Megjelent. — Elhunyt. 398. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Közkórházi orvostársulat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Högyes Endre dr. egyetemi tanár.)

A Fraenkel-féle pneumococcus mint kórokozó a húgyivari szervekben.

Közli: Pickar Rezső dr., az általános kór- és gyógytani intézet gyakornoka.

A Fraenkel-féle pneumococcus, mint erről az idevágó irodalom áttekintésénél meggyőződhetni, nem mindig mint obligat pathogen mikroba fordul elő az emberi szervezetben, hanem többé-kevésbbé saprophytikus alakban is jelen lehet. A conjunctivára nézve ez már rég kiderült, s csak az előfordulás gyakorisága nincs egészen tisztázva, a mennyiben Gasparini az általa vizsgált conjunctivák 80%-án, Oertzen ellenben Gasparini eljárását utánóznán és tökéletesítvén, 85 eset közül csak kettőben tudta kimutatni. Úgy látszik azonban, hogy gyakrabban van jelen a szem kötőhártyáján, mint ezt Oertzen találta, mert nem ritkák azon esetek, a hol egy addig ép szem, melyet sérülés ér (Mündler) a pneumococcus behatolása folytán tönkremegy.

Mint kórokozó a conjunctivitis aetiológiájában elég jelentékeny helyet foglal el. Junius 60 vizsgált esetében 49 szer találta a pneumococust és pedig 31-szer tiszta tenyészetben, 18-szor pedig staphylococcusokkal és xerosis-bacillussal együtt, Grifford pedig 40 eset közül 36-szor. Ezen bántalom járványos előfordulása ismeretes, súlyossága eléggé változó, rendszeren igen enyhe, de néha az ophthalmoblennorrhoeát és conjunctivitis pseudomembraneát is utánozza, mint pl. Comba esetében, hol egy 7 hónapos gyermek mindkét oldali igen súlyos conjunctivitis pseudomembraneájából a diplococcus pneumoniae Fraenkel volt ki-

tenyésztendő, pedig úgy a bántalom kiterjedése, a gyors lefolyás, a gyulladás áttérése mindkét szaruhártyára, mint a tonsillákra megjelenő rostonyás izzadmány inkább a Löffler-féle bacillus által előidézett diphtheriás conjunctivitisre engedtek következtetni.

A mi az infectio létrejöttét illeti, Hallé pneumococcus conjunctivitis két esetét észlelte, hol a fertőzés módja pontosan ki volt deríthető és a hol a normális kötőhártyájára kívülről került a kórokozó. Az első esetben egy orvosnak, midőn egy metapneumoniás, pneumococust tartalmazó mellhártyaizzadmányt lecsapolt, az exsudatum egy cseppje szemébe frecesent. A másik esetben egy ápolónő, kinek gondjaira egy pneumococcus conjunctivitisben szenvedő gyermek volt bízva, conjunctiváról conjunctivára fertőzte magát; az incubatio 3 és 7 nap volt, lényegesen hosszabb mint ezt Grifford állatkísérleteinél találta (28—48 óra). Egy néhány nappal előbb keletkezett pneumococcus okozta angina váladékának közvetlen átviteléből magyarázza továbbá Denig egy súlyos diphtheriaszerű conjunctivitis fejlődését, melyből szintén csak a pneumococcus volt kitenyésztendő.

A felső légutakban is ki van mutatva. Abel rhinitis fibrinosa egy esetében a membránából tudta kitenyészteni. Marchoux a sinus frontálisban találta gyakran. Hogy az ép orr és garat nyálkahártyáján is előfordul, nagyon közelálló felvétel, melynek valószínűsége mellett egyrészt az szól, hogy a szájjüregben elég gyakori, másrészt hogy középfül gyulladásoknál és az ezekhez szövődő meningitiseknél és sinus thrombosisoknál gyakran szerepel mint kórokozó (Herzog, Wolf Sidney, Rasch).

Egészséges emberek szájjüregében, kik tüdőgyulladásra még nem mentek keresztül, Besançon és Griffon az esetek 20%-ában, volt pneumoniások 80%-ában találták a pneumococust. Állandóan jelen van a tonsillák felületén egészséges embereknél is; ennek kimutatására azonban e szerzők szerint a nyakat steril eszközökkel egészen fiatal (körülbelül 2 hónapos) házinyulak serumából készült táptalajra kell átvinni, hol is 24 óra múlva a pneumo-

coccusok a jellemző tokképződés segítségével a hasonló telepeket képező és állandóan jelenlevő streptococcusoktól és esetleges pseudodiphtheria-bacillustól megkülönböztethetők. A további identifikatio tenyésztés és egérfertőzés útján történik.

Vizsgálataikat 15 pneumonián keresztülment és 40 oly egyénen végezték, kik a legkülönbözőbb külső körülmények között éltek, laboratoriumi és klinikai elfoglaltságban, vagy távol minden fertőzés lehetőségétől, 20-tól egész 60 napig terjedő időközökben. A pneumococcus kimutatása mindig sikerült, ha a táptalaj fiatal házinyulak serumával készült. Hogy ezen utóbbi körülmény mennyire fontos, ellenőrző vizsgálatok mutatták, midőn felnőtt idős házinyulak vérsavójával készült táptalajokon a pneumococcus növése nem volt kimutatható oly esetekben, melyekben megelőzőleg fiatal állatok savójával készült táptalajokon a kérdéses mikroba jelenléte biztosan meg volt állapítva. Azon körülményt, hogy őket megelőző vizsgálatok, többek között *Netter* is közvetlenül a szájnyálal végzett állatkísérleteikkel az övéiktől lényegesen eltérő eredményekhez jutottak, akként magyarázzák, hogy azon kevés és esetleg kevésbé virulens pneumococcus, mely normális körülmények között a szájnyálban foglaltatik, nem bírta az egeret megölni s így jelenléte is kiderítetlen maradt.

Egy kis pneumococcus angina epidemiát észleltek *Vedel A.* és *V.*: fiatal gyermekek között egy hét leforgása alatt egy kis községben 5 eset fordult elő, melyek közül 3-ban az erythemás alak volt jelen, hirtelen 40°-ig emelkedő 3–4 napig tartó lázzal, kritikus leeséssel; 7–8 nap múlva teljes gyógyulás következett be. 2 gyermek, melyek angínája a membranosus alakot mutatta, meghalt, az egyik 24 óra múlva, a másik 7 nap múlva szívgyengeségben. A diphtheriaserum ezen második esetben hatásatlannak mutatkozott, dacára annak, hogy az eset klinikai képében a diphtheriához teljesen hasonlított és az alhártyák a betegség folyamán a garatra, a torokra, az orra és az ajkakra kiterjedtek. A membránokban, a még a beteg életében történt bakteriologiai vizsgálat csakis pneumococcusok jelenlétét mutatta ki, melyek identitása a górcsővi vizsgálat, tenyésztés és fehér patkányon végzett állatkísérlet által volt megállapítható. Ezen esetre támaszkodva *Vedel A.* és *V.* a többi 4 eset részére és per analogiam a pneumococust tartják kórokozónak. A fentemlített halálos kimeneteli esetek az irodalomban mindeddig egyedül állók.

A szájüregben szerepet játszik a pneumococcus a periosztitis dentalis aetiologiájában is, a mennyiben *Schreier* vizsgálatai szerint periosztitis és pulpitis 20 esetében, 8-szor tiszta tenyészetben és 7-szer a staphylococcus pyogenes albussal egyetemben találta.

Dacára annak, hogy a pneumococcus a szájnyálal elég könnyen lejuthat a gyomorba és bélhuzamba, aránylag ritkán találjuk felemlítve a béltractus bakterium okozta betegségeinek kórokozói között: így *Babes V.* és *Oprescu V.* elsődleges phlegmonosus-haemorrhagikus duodenitis egy esetét észlelték, melyhez általános fertőzés is csatlakozott. A boncolás a bél elsődleges megbetegedése mellett heveny mell- és hashártyagyuladást, a tüdőuterekben és visszerekben thrombosit, végül kezdő genyes meningitist mutatott. A beteg bélrészletből szerzők a felületes rétegben előforduló bélbakteriumok mellett a Fraenkel-féle pneumococust tudták kitenyészteni; e mellett még egy fajta, ezektől megkülönböztethető lándzsaalakú diplococcus is nőtt. Ép így találtatik a pneumococcusok egyéb mikroorganizmusok mellett a többi megátadott szerv izzadmányaiban. Állatkísérleteket szerzők nem említenek. Egy ezekhez hasonló esetet közöl *Marchiafava* és *Bignani*, leírván embernél előfordult pneumococcus septicaemia egy esetét, mely pneumonia nélkül folyt le phlegmonosus enteritis, peritonitis, pleuritis, pericarditis és meningitis tünetei mellett. Úgy a vérben, mint valamennyi beteg részben kizárólag és nagy mennyiségben a Fraenkel-féle pneumococcus találtatik; szerzők a bélbeli bántalmat tekintik az általános fertőzés kiindulási pontjának és ennek ritkaságát még külön hangsúlyozzák. *Flexner* is közöl az előbbiekhöz hasonló két esetet. Az egyikben a kórisme idült dysenteria tétetett. A bélben, valamint a hasüri izzadmányban a diplococcus lanceolatus nagy mennyiségben volt kimutatható, úgyszintén a lépben, májban és vesében; a második eset diphtheriás enterocolitissal és heveny genyes peritonitissal került boncolásra, mely még egy mellüri izzadmány jelenlétét is kiderítette. A bakteriologiai vizsgálat a peritonealis, pleuralis,

valamint a bélbeli exsudatumban a diplococcus lanceolatus Fraenkel jelenlétét eredményezte.

Egy három napig kizárt sérv sérvvívében az állatkísérlet segítségével — a górcsővi vizsgálat és tenyésztési kísérlet negatív eredményt adott — a Fraenkel-féle pneumococcus jelenlétét tudta kimutatni *Schoffer*. 3 nappal a műtét után, mely helyi érzéstelenítéssel végeztetett, a jobb tüdő hátsó-alsó részében egy tipikus pneumoniás gócz volt megállapítható. Két nap alatt a folyamat lezajlott. Szerző a pneumococcus kimutatásával a sérvvívben, hová az a bélből jutott, az incarcerationiók után oly gyakran fellépő pneumoniák keletkezésének oki összefüggését a kizáródással véli bebizonyíthatni; a tüdőbántalom létrejövése emboliás fertőző folyamat útján könnyen megmagyarázható, lévén a rosszul szellőző alsó tüdőrészt a locus minoris resistentiae.

Oly egyének, osteomyelitikus bántalmainál is találtak pneumococcusokat *Lexer*, *Lannelongue*, valamint *Fischer* és *Levy*, kik pneumonián nem mentek keresztül. Hogy honnan kerültek a pneumococcusok ilyen esetekben a véráramba, illetve az illető megtámadt helyekre, arról mitsem találtunk feljegyezve De a szervezetben való saprophytikus jelenlétükre, úgy az eddig felsorolt adatokból, valamint azon körülményből is kell következtetnünk, hogy ezen osteomyelitisek elég gyakran minden sérülés nélkül vagy külsérelmet nem is okozott trauma után keletkeztek, mely egy kívülről behatoló fertőzés kapuját képezhetne volna. Ezen esetek mind 2 éven alóli gyermekeken észleltettek, míg felnőttek osteomyelitiseinél előrement pneumonia nélkül pneumococcusokat eddig még nem találtak. A szerzők azon nézete, hogy a korai gyermekkorban különösen nagy a hajlamosság a pneumococcus-fertőzésre, illetve az ellentállóképesség ezen kórokozó iránt csekély, jól összeegyeztethető *Besancon* és *Griffon* azon már előbb felemlített kísérleti tapasztalatával, hogy igen fiatal tengerimalacok, maguk sokkal fogékonyabbak a pneumococcus infectioival szemben, vérsavójuk pedig sokkal alkalmasabb tenyésztelajja a pneumococcusoknak, mint teljesen kifejlődött tengerimalacok, illetve ezek vérsavója.

Az előbb kifejtettek alapján magyarázható meg igen könnyen *Galliard* esete is, ki egy 40 éves férfiú elgenyedt echinococcus-tömlő tartalmában mint egyedüli bakteriumot a pneumococust találta. A beteg sohasem szenvedett pneumoniában.

A pneumococcus okozta izolált peritonitis elég gyakori és jól körülírt bántalmat képez; a fertőzés *Cassatt* szerint, ki 20 összegyűjtött esetből vonja le következtetéseit, történhetik a bőrön (trauma) keresztül, a bélesatorna vagy a belső nemi szervek útján vagy a vér- és nyirokárám által, kor és nem itt nem játszik szerepet. *Brun*, ki e bántalmat gyakrabban véli leányoknál észlelhetni mint fiuknál, a genitális utat tartja a leggyakoribbnak. *Bryant* szintén észlelt ily eseteket; véleménye szerint a fertőzés kapuja a bélesatorna vagy a méh. *v. Brunn* előadásához, ki szintén a pneumococcus okozta peritonitisek specificitását emeli ki a hashártya egyéb fertőzéseivel szemben, hozzászólva, *v. Beck* a fentemlített bakterium által okozott peritonitis négy esetét említi fel; kettő appendicitis, kettő cholecystitis gangraenosa után lépett fel.

A gyermekkorban aránylag igen gyakori, és a felnőtteknél is elég sűrűn észlelt pneumococcus okozta peritonitiseknek megfelelőleg, s a fertőzésnek az egyes szerzők szerint a genitális úton történő tovaterjedéséhez mérten, sokkal gyakrabban kellene a szakirodalomban primaer genitális localisatioval bíró pneumococcus okozta bántalmak leírását találni, mint a hányszor azzal — legalább a rendelkezésemre állott irodalomban — tényleg találkozunk.

A női nemi szervekben aránylag ritkán találták. *Zweifel* salpyngo-oophritis 71 műtét esetében 1-szer talált egy 18 éves puella publicánál a geny górcsővi vizsgálatánál tokos coccusokat, melyeket Fraenkel-féle pneumococcusoknak tart; a mellékelt fényképek szerint itélve, ezekhez tényleg hasonlítanak is. A beteg, kinek műtét előtt mindkét tubája gyermekfejnyi genytömlő alakjában volt tapintható, szabályos esti hőemelkedéseket mutatott. Műtét után a láz teljesen elmaradt (max. hőmérsék 37°6'), dacára annak, hogy a geny egy része a hasüribe ömlött volt, honnan azonban gondosan kitöröltetett. A leány pneumoniában sohasem szenvedett. *Frommel* is közöl egy általa műtét idevágó esetet. A 38 éves nőnél placenta praevia szülés után pyo-

salpynx keletkezett, melynek tejfelszerű, könnyen folyós genyéből *Hauser* egy igen virulens pneumococust tenyésztett, melynek azonossága a górcső, a tenyésztés és az állatkísérlet által, nemkülönben pedig *A. Fraenkel* által is beigazolást nyert. A műtét alkalmával a hasüregbe is jutott kevés geny; a rögtöni gondos kitörés és a tubaris csont megpörkítésének dacára, a beteg mintegy 60 órával a műtét után septikus hashártyalobban elpusztult. A 48 órával később megejtett boncolásnál csupán néhány meteoristikus bélkacs belőveltsége találtatott, semmi geny vagy exsudatum a hasürben; az innen eszközölt oltások csakis bélbakteriumokat eredményeztek. Az eset a pneumococcusok erős mérgező tulajdonsága és postmortalis elpusztulása mellett látszik tanúskodni. Pneumonia nem ment előre.

Witte egy 32 éves nő pyosalpynxából műtét útján nyert híg, bűzös genyben, kevés streptococcus mellett, számos tokkal bíró coccust talált, melyek Gram szerint festődtek és górcsővi külsejük alapján *Fraenkel*-féle diplococcusoknak voltak minősítendők. A tubaris zsák falából készült metszetekben is találtattak, s azonosságuk más oldalról is igazolást nyert. Sem tenyésztés, sem állatkísérlet nem fogantatott. Sem anamnestic, sem klinice tüdőbeli bántalom nem volt kimutatható; az utolsó gyermekégy 4 év előtt folyt le. A műtétnél a tömlő megszakadt, tartalmának egy része az újabb és régebbi keletű lobos összenövéseket mutató hasürbe folyt; a beteg a genynek leggondosabb, carbolos törlekkel történt kitakarítása dacára a műtét után 41 órával sepsisben elpusztult. *Witte* azonkívül 39 tubaris genyömlőben 4-szer találta a pneumococust; kétszer tiszta tenyésztésben, 1-szer a staphylococussal és egyszer a bacillus oedematis malignivel egyetemben tudta kimutatni.

Hartmann és *Morax* általuk bakteriologice megvizsgált tubaris genygyűlemben 2-szer találták a pneumococust.

Canon P. sepsis, pyaemia és osteomyelitis számos esetében megvizsgálta a vért bakteriologice intra vitam és post mortem. Szerinte „legtöbb sepsis-esetben a vérben mikroorganizmusok keringenek és az esetek egy bizonyos számában az élőben is kimutathatók”. A *Fraenkel*-féle pneumococcusokat kétszer találta a hulla vérében, egyszer egy méhrákhoz szövődmenyként társult peritonitissnél, egyszer egy szülés utáni septicopyaemiánál, hol oophoritis suppurativa, retropharyngealis abscessusok és vesebeli tályogok voltak a bonczasztalon kimutathatók. Élőben egyszer tudta kitenyészteni a vérből ezen mikrobákat az epeutak genyedésének esetében.

Cohn a pneumococcus sepsisről írván, többek között a következő idevágó esetet közli. Egy nőnél előrement abortus után részleges placentalentenciából eredő fertőzés folytán sepsis lép fel, mely septikus meningitis képe alatt folyik le és halállal végződik. Még a beteg életében lumbal punctio által nyert folyadékban, valamint halál után a lép genyes infarctusaiban, a szívbíllentyűk ulcerosus felrakódásaiban és a endometrium genyes lepedékében — e helyen különböző saprophytikus bakteriummal egyetemben — tipikus extracellularis pneumococcusok találtattak.

Futólag még felemlíti *Döderlein* egy szóbeli közlését, ki pyosalpynx egy esetében a tályog tartalmában a diplococcus lanceolatus constatálta. *Krönig* és *Menge* a vaginában talált genyesztő bakteriumok között a staphylococcus és streptococcus pyogenes után a *Fraenkel*-féle pneumococust említik fel a bacillus coli előtt.

Ezek azon adatok, melyeket a női húgyivarszervek pneumococcus okozta bántalmait illetőleg feltalálni tudtam; a következőkben felsorolom azon eseteket, melyekben a pneumococcus a férfi húgyivarszervekben találtatott.

Pansini heveny vesegyulladás 3 esetében, melyek közül 2 elsődleges volt és 1 pleuritisshez társult, a vizelet üledékéből készült tenyészetekből egy diplostreptococust különített el, mely nézete szerint a diplococcus pneumoniae felel meg, dacára annak, hogy csupán 2 esetben tudott vele egereken tipikus septicaemiát — tokos diplococcusok megjelenésével a vérben — előidézni. Ezen lelete, valamint azon megfigyelés alapján, hogy a diplococcus a betegség kitörésekor sűrűbben volt jelen és ennek megszüntével a vizeletből teljesen eltűnt, *Pansini* azt állítja, hogy ezen mikroba idézte volna elő a nephritist. Az infectio létrejövésének útját illetőleg egészséges egyének vizeletein meg-

ejtett vizsgálatai alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy a pneumococcus normális viszonyok mellett ép úgy előfordulhat a vizeletkivezető utakban, mint a légutakban. Innen egy felhágó fertőzés a vesét is elérheti. Még azt is megjegyzi, hogy a vizeletben a diplococcusok mindig gyengült fertőzőképességűek.

Löwenhardt esetében egy férfibeteg jobboldali felhágó pyelonephritisben szenvedett, mely tályogképződéssel is járt; épen midőn állapota már műtét beavatkozására szorított, a vizelettel hirtelen egy nagy genytömeggel vesedarabok ürültek; ezután gyorsan gyógyult a beteg, kinek úgy látszik ez úton az egész vese kiküszöbölődött, mert a később végzett cystoskopikus vizsgálatnál a jobboldali ureter semmi vizeletet nem adott. A bántalmat valószínűleg pneumococcusok okozták, melyeket nagy tömegben találtak a vizeletben.

Bastianelli egy nagyobb dolgozatában, mely a cystitis bakteriologiáját tárgyalja, 3 esetet említ, melyekben a vizeletben a *Fraenkel*-féle pneumococust tiszta tenyésztésben találta. Az egyik esetben chronikus hólyaghurut mellett hólyagkő volt jelen, a másodikban húgycsőszűkület folytán cystitis és pyelitis, a harmadikban végre a fossa navicularis urethraeiben kövek voltak beékelődve, a hypertrophias prostatában egy tályog, urethritis, cystitis és mindkét oldali pyelonephritis. Az utóbbi 2 eset halállal végződött.

A pneumococcusok virulentiája a foganatosított állatkísérletek tanúsága szerint házinyulakra nézve nem volt nagy. Szerző azon irányban is végzett kísérleteket, vajjon a pneumoniás köpetből tenyésztett *Fraenkel*-féle streptococcusok vizeletben miképpen tenyésznek, s azt tapasztalta, hogy neutralis emberi vizeletben jól nőnek, s e mellett fertőzőképességüket is jól megtartják; savanyú vizeletben gyenge a fejlődés, végre natriumcarbonattal közömbösítettben nem is nőnek.

Házinyulak hólyagjában kitünően szaporodnak, — legyen a vizelet akár savi, akár alji vegyhatású — és az állatot typhikus septicaemia kórképe alatt megölik, még akkor is, midőn a hólyagban művi úton pangás és fokozott intravesicalis nyomás nem idéztetik elő. A húgyhólyag ilyenkor nem mutat kifejezett lobos elváltozásokat.

Ezen kísérletek azonban csak 4 házinyúlra vonatkoznak, ezek közül is életben maradt 1, mert csak 4 csepp bouillon-tenyésztet fecskendeztetett be húgyhólyagjába.

Witte a hamburgi orvosegyletben egy mellékherét mutatott be, mely oly fiatal embertől származott, kit újképlet gyanúja miatt operáltak meg. Ezen újképlet sárgás neurotikus tömegnek bizonyult, benne a *Fraenkel-Weichselbaum*-féle diplococcus. Az ezen mellékheréhez tartozó here normálisnak találtatott.

(Folytatása következik.)

Törvéyszéki orvostan.

Törvéyszéki orvosi esetek.¹

Közlő: *Fialowski Béla* dr., kir. törvéyszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybeccskereken.

(Folytatás.)

Gondatlanságból okozott emberölés vétsége.

Z. I.-né, t. . . i lakos „okmányos szülésznő” a t. . . i csendőörörsön azon jelentést tette, hogy Cs. I.-né, 1903. évi február hó 14-dikén lebetegedett és ekkor özv. K. F.-né szül. B. R., „megyei bárczával bíró bábát” hívatta magához, ki „a szülönőt annyira kínoztta, hogy az 5 napon át szülni nem bírt, sőt ennek folytán el is halt, mert özv. K. F.-né szül. B. R. a szülönőt 5 napon át hol a kemencepadkáról, hol egy teknő fenekéről leugratva, egy oldalára fordított kis szék lábaira ültette és hasára erős nyomásokat gyakorolt azért, hogy a méhszáj megtáguljon, ennek folytán úgy az élő magzatnak, mint a nőnek is el kellett pusztulnia, bár azt nem tudja, hogy a magzat életben volt-e vagy sem, mikor B. R. a beteg nőt kezelés alá vette, de valószínűleg még életben volt, mert B. R. még az 5-dik napon is azt állította, hogy a magzat életben van, egyúttal ajánlotta az okleveles szülésznőnek, hogy a beteg nő lábait — egy még nem

¹ Lásd Orvosi Hetilap 1904. évi 9. számát.

használt kötéllel — fel a gerendára kössék, ezáltal a gyermek az anyatestben megfordul és a születést előidézi. Természetes, hogy eme ajánlatot senki figyelembe nem vette.

A n-b. kir. ügyész utasítására a fenti esendőrör s a nyomozatot megkezdette s ennek folyamán kihallgatta az elhalt asszony férjét Cs. I. t . . . i lakost, ki a következőket vallja: „hogya ő mult hó 13 dikán az esteli órákban a munkából hazajött, nejét betegen fekve, mellette özv. K. F.-né szül. B. R. szülésznőt találta, a ki neki hírül adta, hogy pár óra múlva nejének kis gyermeke lesz, ő a háztól többé el nem ment, ennél fogva 4 napon át folyton várt, hogy mikor lesz meg már a gyermek, de neje a helyett, hogy szült volna, mindig rosszabbul lett. Cs. I. ezt látva, a szülésznőnek megmondotta, hogy ha bajt észrevesz, akkor szóljon, hogy esetleg orvost és más tanultabb szülésznőt hívasson. A szülésznő azonban mindig biztatta őt, hogy mindjárt meglesz a gyermek, és úgy teltek el a napok és neje a legnagyobb kínok között jajgatva segélyért kiabált, mely idő alatt a szülésznő a beteg nőt folyton a szoba közepére letett teknő fenekére állította és onnan leugratta, azután a szülésznő az ő (Cs. I.) segélyét is igénybe vette és pedig akként, hogy Cs. I. nejét karonfogva a betett ajtóhoz vezette, ott nejével az ajtót erősen rugdostatta, ennek utána a szülésznő meghagyására Cs. I. nejét átkarolta, felemelte és erősen gyakorolt többszöri megrázás után a kemencepadkára fektette, a letérdelt nő hasa alá egy kis — lábaival felfelé fordított — széket (zsámolyt) tett és a szülésznő a beteg nőt hátát erősen benyomta, hogy a gyermek megszüljön, de ez nem sikerült, tehát a szülésznő a beteg nőt meztelen testtel a kis szék oldalára fordított lábaira ültette, hasára pedig erős nyomásokat gyakorolt, miközben a szülésznő folyton biztatta a beteg nőt, hogy erőltesse meg magát, akkor majd meg lesz a gyermek.”

Ugyanez alkalommal I. A.-né, szül.: Cs. A. azt vallotta, hogy nem özv. K. F.-né szül. B. R., hanem ő ajánlotta azt, hogy a szülönőt lábainál fogva kössék fel a gerendára, ez által könnyebben szüli meg a gyermeket, ő vele is úgy tettek s nem lett baja.

Özv. K. F.-né szül. B. R. 78 éves „czéculás bába” előadta, hogy ő már 50 éve babáskodik és a Cs. I. által előadottakat mind megejtette, mert ez általános szokás nála, ha nehezebb a szülés, s attól még sohasem halt meg senki. Előadta továbbá még, hogy a magzat akkor még élt, midőn a szülönőt az okleveles szülésznő és az orvos vették kezelés alá.

Z. I.-né, okleveles szülésznő szerint a magzat már nem élt, midőn ő odajött.

V. dr., t . . . i községi orvos szerint őt a szülés ötödik napján hívták s ő látta, hogy veszély van. P. dr. szomszédos orvosért küldött és együttesen elvették a magzatot, véleménye szerint „legnagyobb valószínűség szerint a magzat már nem élt, midőn ő oda érkezett.”

P. dr., b . . . i körorvos előadta, hogy a szülönőhöz való érkeztekor a magzat feje félig a szeméremtesten kívül volt, legmagasabb fokú rothadásban és oly büzös volt, hogy a szobában alig lehetett tartózkodni. „A fej fejlődése után megállapítottam, hogy a törzs a női medence rendellenes alkotása következtében nem távolítható el; kártyaszívalakú medence lévén, a törzs megakadt és a magzat eltávolítása csak a lábra való fordítás által érhető el. Ezt megejtettem, mialatt egy sugár büzös, másfél liternyi barnás váladék sok levegővel ömlött ki a méhből. A lepény eltávolításakor hasonló tünetek jelentkeztek kisebb mérvben. Megjegyzem, hogy a szülés alatt levő nő megérkezésekor majdnem érverés nélkül feküdt, de teljes öntudatlanban.

A szülő asszony ez alkalommal előadta, hogy a szülés már 14-dikén kezdődött, a mikor a magzatvíz elfolyt és a szülés nem sikerülvén, 18-dikán reggel a községi orvost — V. I. dr.-t, t . . i lakost, — hívatta magához.

Véleményem az, hogy a szülés rendesen semmi esetre sem folyhatott volna le, mert a medence fentemlített rendellenes állapota azt lehetetlenné tette, a szülésnél közreműködött B. R. tökéletes tudatlansága pedig mint ez már több ízben történt, az ilyen esetekben feltétlenül szükséges orvosi segélynek ideje korán való igénybevételét megakadályozta.”

Erre a n . . . b . . . i kir. ügyész indítványára a vizsgáló bíró Cs. I.-né és magzatának 5 hét óta eltemetve volt holttestének kiásatását és felboncolását elrendelte.

A vezetésem alatt eszközölt boncolások jegyzőkönyvéből kiemelem a következőket.

I. Cs. I.-né hullaboncolási jegyzőkönyvéből:

a) Külvizsgálat.

1. A felismerhetetlenségig puffadt, eltorzult, elváltozott s bemondás szerint mintegy 36 éves nő hullája 142 cm. hosszú, igen jól táplált, jól fejlett esont- s izomrendszerrel, bőre legnagyobb részt zölden elszínesedett, a felhám helyenként nagy savóval telt hólyagokat képez, részint nagy hálózatos véredényreczétet mutat.

5. A has erősen puffadt, rajta igen kevés friss terhességi heg.

15. A hashártyának úgy zsigeri, mint fali lemeze sima, fénylő, sehol belőveltséget vagy rostonyalerakodást vagy álhártyákat nem mutat.

Sem a hasüri szervek, sem a bélkacsok egymással összetapadva nincsenek.

19. A has alsó részében a megnagyobbodott méh nagy, üres, vastagfalú, petyhüdt zsákként emelkedik ki a kis medencéből s félretolja a beleket. Hosszátmérője 24 cm., harántátmérője (szélessége) 19 cm., falzatának vastagsága a méh fenekén 1 1/2 cm.

20. A húgyhólyag kitágult, üres.

21. A has alsó részében a kis medence bemenetelénél mintegy 3 evőkanálnyi részint híg, részint lazán alvadt vér találtatott szabadon.

22. A belső nemi szervek, nevezetesen a méh, a húgyhólyag, a külső ivarszervekkel egyetemben, a végbél alsó részével együtt szabályszerűen kivétetettek s külön megvizsgáltattak, s ekkor kitűnt, hogy a méh alsó, nyaki részének mellső fala teljesen át van szakítva, s mintegy 15 cm. kerületű kerek, szaggatott szélű, rendellenes nyíláson át a húgyhólyaggal közlekedik; ezen helyen a méhnyak megvékonyodott falzata 1/2 cm. vastag.

23. A tágult méh ürében mintegy gyermekkölnyi, lazán alvadt vértömeg látható.

Egyébként a méh belhártyája belővelt, vérdús.

A méhfalzat edényei üresek.

24. A tágult, átszakított s a méh üregével közlekedő húgyhólyag nyákhártyája belővelt, vérdús, szakadékonny.

25. A hüvely tágult, felső részében a méhbe való átmeneti részén a méhszáj puha lécz alakjában kiemelkedve jól kivehető.

26. A hasüri szervek és a nemi szervek kivétele után a medencének csontváza méretett meg s ekkor kitűnt:

a) Hogy a medence bemenete (apertura pelvis superior) nem részarányos, hanem a jobboldali része valamivel szűkebb, mert a harántátmérő, mely összesen 11 cm., baloldalt 6, jobboldalt 5 cm.-t tesz ki.

A hosszátmérő (conjugata) a medencében három különböző helyen (bemenet, üreg, kimenet) megmérve 11, 10 s 7 cm.-nyi hosszú.

27. A medence felső, mellső csípőtövisének távolsága 22 cm.

28. A medencekimenetben a szeméremrés táján a jobb szeméremcsont kissé nagyobb hajlást mutat, mint a baloldali, miáltal a medencekimenet jobb fele valamivel szűkebb.

Kórisme.

A méhnek szülés utáni állapota a méh alsó, mellső részének a húgyhólyagba való átszakításával, következményes kisebb fokú hasüri s nagyobb fokú méhüri vérzés, külső elvérzés, kisebb fokú medenceelhajlás (ferde medence) és szűkülés, előrehaladott rothadás.

II. Cs. J.-né csecsemője boncolásának jegyzőkönyve:

A) Külvizsgálat.

1. A fiúcssecsemő hullája 3 külön darabban volt, nevezetesen az összelapított, majdnem üres zsákszerű képletet képező, a nyakkal összefüggő fej, külön a jobb egész kar s külön az egész törzs a bal karral s az alsó végtagokkal.

2. A törzs a nyaktól végig az alsó végtag sarkáig 44 cm. hosszú, a törzs egyedül 24 cm. hosszú, az alsó végtag egyedül

20 cm. hosszú, a felső végtag az ujjak végéig 21 cm. hosszú, a válszélesség 20 cm.

3. Az összelapított fej a nyakkal együtt 16 cm. hosszú, az összelapított fej harántul 15 cm. hosszú. A fejtetőn tenyérnyi fejdag.

4. A hajzat a fejbőrön 1 1/2 cm. hosszú, ritka, az orr s a fülek porcosak.

5. A koponya lötyögő. A koponyacsontok törési darabjait érezhetni

6. A bal járomesont táján egy, a kis ujj első perczét magába foglaló szakított seb.

8. A fejfelül összefüggő nyak alsó része teljesen el van választva a törzstől s felülete az elválasztás helyén zúzott, szakított, czaftos.

9. A vállak gömbölyűek, zsírral jól alápárnázottak.

10. A törzs felső részén a nyak eredése helyén zúzott, szakított, czaftos szélű felület van, ugyanilyen a jobb felkar táján.

11. A mellkas domborad, igen jól kifejtett, erős.

12. A has beesett, a középvonalban a köldökzsinór 20 cm. hosszban a testtel összefügg. A köldökzsinór vége egyenes, síma, alákötve nines.

13. A végtagok ujjain a körömök jól kifejtettek, az ujjak végét túlhaladják.

14. Az egész magzat bőre részint zöldesen elszínesedett, részint barnavörös, legtöbb helyütt a felhám nagy czaftokban lelőg.

b) Belvizsgálat.

15. A darabokra tört koponyafülből az agy hiányzott. A koponyacsontok számos apró darabra törve

16. A mellürben a kedszmirigy jól kifejtetten a tüdöket elfedi.

17. Mindkét tüdő a mellür hátsó alsó részében egynemű, halvány barnavörös, hússzerű tömegként fekszik, mely kivéve sem egészben, sem kicsi szeletekben a vizen nem úszott.

18. A mellhártyának úgy zsigeri, mint fali lemeze vérmennyektől ment.

19. A szív kicsi, tömött, barnavörös

20. A máj nagy, sötét barnavörös, vérdús, az epehólyag kicsi.

21. A lép kicsi.

22. A gyomor összehúzódott, üres, ürében üvegszerű nyák.

23. A belek üresek, a vastagbélben magzatbélár.

Kórisme.

Érettség, életképesség, halvaszülettség, mesterséges szülés, magzatarabolással (rothadás)

A boncolást e-zközli M. K. dr., kir. törvényszéki orvossal egyetemben adott vélemény a két boncolatról szó szerint a következő:

Vélemény.

A megvizsgált nő a hasfalon lévő friss terhességi hegek, az emlők megnagyobbodottsága és tejtartalma, főleg a rendkívül módon megnagyobbodott, tágult és nyitott méh üressége szerint okvetlen terhes volt, sőt közvetlenül a halál előtt szült is.

A méhben, valamint a hasürben szabadon talált vér szerint a megvizsgált nő elvérzett. Ezen elvérzés az által állott be, hogy a méh a bonczjegyzőkönyv 22. pontja alatt leírt helyen és kiterjedésben a vele szomszédos húgyhólyagba volt átszakítva, át volt fúrva.

A méhnek ezen szakadása okvetlenül és feltétlenül a szülés alatt és pedig annak a vége felé keletkezett.

Az ilyen méhszakadás, különösen ha a méh szövete, úgy mint az adott esetben, teljesen ép, feltétlenül nehéz szülésre mutat.

A szülésnek adott esetben nehezebben való lefolyására utal a megvizsgált nő medenczéjének alkata is, a mely a bonczjegyzőkönyv adatai szerint a rendesenél valamivel szűkebb és kissé ferde is volt. A szülés nehéz voltát azonban főleg a magzat hullájának bonczolati lelete indokolja meg.

A magzat hullájának bonczolási lelete szerint a magzat fel-

tétlenül teljesen érett, minden ízében jól kifejtett volt, s ezen tulajdonságain kívül még az által tűnt ki, hogy *rendkívül* nagy volt. A magzat súlya tekintetében a bonczolat alkal- mával nem méretett meg, mert a súly az adott esetben alig nyuj- tott volna támpontot, a mennyiben a koponya darabokra volt törve, belőle az agy hiányzott, mert az előzőleg egy hónapon át elásott hulla már a rothadás jeleit mutatta. A nyomozat adatai szerint a magzat 7 kgm.-ot nyomott volna, a mi majdnem a kétszerese a rendes, jól fejlett magzat súlyának. Annyi azonban tény, hogy a magzat egyéb méretei, hossza, különösen vállainak szélessége, valamint az összelapított fej méretei eléggé beigazol- ják azt, hogy ezen igen jól fejlett, igen jól táplált, sőt elhízott magzat *rendkívül* nagy, s így nemcsak érett volt, hanem a terhes- ség rendes tartamán túl is hordoztathatott, a mint az kivételesen elő szokott fordulni.

Igy a magzat fejlettsége, főleg nagysága, valamint a meg- vizsgált nő medenczéjének kis fokban szűkült és elferdült volta eléggé érthetővé teszi azt, hogy a szülés nehezített és ennélfogva hosszantartó volt, a mint azt a nyomozat adatai is beigazolják.

A szülésnek nehezített volta, s ennélfogva hosszabb lefolyá- sának előidézéséhez még az is járult, hogy a nő a nyomozat adatai szerint előzőleg még nem szült volt, s már 36 éves volt. Ilyen korban pedig az első szülés mindig nehezebben megy végbe és pedig azért, mert a szövetek már nem oly ruganyosak s így a szülőutak sem oly tágulékonyak s ennélfogva több időt, 3—4, sőt több napot igényel maga a szülés előkészítése is, azaz a szülőutak tágulása. Ezen időszak képezi a szülésnek úgynevezett tágulási időszakát, mely alatt várakozó álláspontot kell a szülés- nél segédkezőnek elfoglalni. Hogy ezen várakozás meddig terjed- het és meddig kell, illetve szabad annak terjednie, annak elhatá- rozása a szakértelem dolga.

Tény, hogy a tágulási szaknak a megvizsgálnál a rendes- nél hosszabbnak kellett lennie, az a fentiek szerint természetes, s így ennek hosszú tartama egyedül még a közeli veszélyre alig figyelmeztetett. Inkább figyelmeztethetett volna erre a meden- czének kissé szűkült és ferde volta, de ez sem volt feltűnő nagy. A magzat nagyságát pedig a szülőnő zsírdús voltánál fogva meg- határozni alig lehetett.

Szóval adott esetben kis fokban szűkült, kissé ferde meden- czéjű, ezen, a szülés szempontjából előrehaladott korú első szülő- nőnél a rendkívül erősen kifejtett és rendkívül nagy magzat a szülőutakon azoknak rigid volta miatt könnyen nem bírt át- haladni. Ily körülmények közt a magzat feje a medence bemenet- tén megakad, a magzatvíz elfolyik s a szülőfájdalmak folytán erősen összehúzódó méh a magzatra, főleg annak előlekvő részére, mely adott esetben a fej volt, egészen reá húzódik s azt sapka- szerűen erősen körül fogja, miközben a méh tovább és erőteljesen összehúzódik és ezen erőteljes méhösszehúzódások folytán ily nehéz sérülések esetén a magzat előlekvő része — adott eset- ben annak a feje — mindinkább a medencebemenet széléhez préseltetik s így a magzat fejére reá húzódott, megvékonyodott méhrészet a medence bemenetének széléhez dörzsöltetik s lassan elkopik — uszálódik —, sőt végül egy erőlyes méhösszehúzódás alkalmával egészen át is szakad.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. számú belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Vizsgálatok a gyomor motorikus működése köréből.

Irta: Pesthy István dr., karls-badi fürdőorvos.

(Vége.)

Ha valaki bővebben foglalkozott a gyomor motorias műkö- désének irodalmával, a mely ma már oly óriási nagy: bizony- ságot tehet, hogy fogalmai nem hogy tisztultak volna, hanem talán még inkább összezavarodtak. Minden egyes szerző más el- nevezéssel, minden egyes szerző más beosztással áll elénk. Igen soknak tendenciája, nehogy valamikép egyszerűsítsen a dolgon, hanem még inkább komplikáljon. Ugyanazon elnevezéshez más és más fogalmakat kötnek s akkor megindul a harez, mely halom-

számra teremti az íveket. Hogy a nagy chaosból ne említsek többet, mint az ectasia és dilatatio, atonia, myasthenia gastrica, motorikus insufficiencia, I. fokú motorikus insufficiencia, relativ insufficiencia, relativ dilatatio, mechanikus insufficiencia, II. fokú insufficiencia, absolut insufficiencia elnevezéseket, melyek természetesen más és más fogalmakhoz vannak kötve. Közmegegyezéssel annyira már jutottunk, hogy fogalmainkat functionalis alapokra fektettük (Rosenbach) s kizártuk a gyomor dimensiobeli változásaiból a gyomorizomzat működésére vont következtetéseket. Ectasia és dilatatio ma már csak mint kísérő jelenségek szerepelnek s mint olyanokat méltányoljuk. Folyik azonban még mindig a harc az atonia, myasthenia és insufficiencia körül.

Az óriási irodalomból csak a legkiválóbbak véleményeit óhajtom felsorolni.

Rosenbach vezette be a közhasználatba az insufficiencia elnevezést s e szóhoz kötött fogalomnak definitióját a következőkben adja: az insufficiencia aránytalanság a gyomorizomzat munkaképessége és a tőle megkövetelt munka nagysága között. Relativnak nevezzük az insufficienciát, hogyha az izomzat a munkát, habár megkésve is, de elvégzi, absolutnak ha egyáltalán nem képes a reá rótt munkának megfelelni. Az aránytalanság három úton jöhet létre és pedig: 1. megnagyobbodhatik az ellenállás, mely a chymusnak útját állja (obstructió insufficiencia); 2. bizonyos körülmények között normális munkakövetelmény és normális izomconstructio mellett csökkent lehet az izom munkaképessége (catarrhus); 3. nagyobboldhatnak a munkakövetelmények, a chymus tömege és consistentiája révén. Rosenbach már hangoztatja, hogy a motorikus működés elégtelenségének nem a gyomor dimensiobeli megváltozása a fő criteriuma, hanem a functio csökkenése. A gyomor kitágulásának oka az izomzat erejének csökkenése vagy az ellenállás nagyobboldása s a dilatatio csak mint kísérő jelenség ítélendő meg.

Ewald szerint az ételrészecskék pangásánál motorikus insufficiencia van jelen, melyet azelőtt atoniának neveztek. Az atonia azonban a mai értelemben véve sokkal enyhébb symptomákkal jár, bár igaz, hogy az állapot súlyosodván, magasabb fokot is érhet el. A myasthenia vagy más névvel relativ dilatatio (Westphalen) vagy relativ insufficiencia (Rosenbach) nem a gyomor tágulásában adja legfőbb jelét, hanem a functionalis zavarban. Igen sokszor találkozunk bonczoláskor, vagy vizsgálatkor rendkívül kitágult gyomorral (Leube, Penzoldt, Boas), mely azonban soha panaszokra okot nem szolgáltatott. Ezeket az eseteket Ewald megalogastriának nevezi. Meg van náluk a dispositio az insufficienciára bár soha egyéb symptomákat nem nyújtanak. Ezen eseteknél Buch valami úton létrejött compensatiót tételez fel, ha nem is olyan értelemben, mint a hogy obstructió insufficienciánál szokott a compensatio beállni, t. i. muscularis hypertrophia folytán, hanem azáltal, hogy a pylorus ellenállása csökken, lumene tágult, állandóan átjárható. Lehetséges az is, hogy a megalogastriánál atonia csak a fundust éri, a pars pylorica izomzata erejében magtartott, vagy esetleg fokozott is s így a gyomor expulsivereje normalis vagy még meg is nagyobboldott. (Penzoldt).

Boas könyvében a myasthenia gastricát, az atoniát, az I. fokú motoricus insufficienciát mint synonymákat tárgyalja, s definitiójukat úgy adja, hogy a gyomor bizonyos idő alatt képtelen a chymust a belekbe hajtani. Az atonia oka a sima izomelemek renyhe működésében rejlik és éppen ezért inkább kifejezőnek tartja a myasthenia gastrica elnevezést mint az atoniát vagy a mechanikus insufficienciát. Más helyen meg hangoztatja, hogy nem lehet identifikálni az atoniát és myastheniát az insufficiencia elnevezéssel. Insufficiencia a következmény, a klinikai jelenség, myasthenia és atonia az ok. Nem minden myasthenia jár insufficienciával. Különbséget tesz atonia és myasthenia között is. A myasthenia elnevezés alá a veleszületett izomgyengeségeket sorozza, atoniának pedig a secunda elasticitás-csökkenést nevezi, a mi előállhat, hogy a legszembetűnőbb példát vegyük, még compensatiós hypertrophiás muscularison is az izomelemek degeneratiójának következtében. (Zsiros és colloidos degeneratio, Mayer, Kussmanl). A dilatatiót ő sem tartja fontos jelnek, ha már képződött úgy a prognosist rosszabbítja.

Langerhans szerint a motorikus működés meghatározásánál fő tekintettel legyünk a gyomorizomzat physiologiai működésére.

Schutz és Hofmeister állatokon, Moritz emberen végzett vizsgálatai szerint más a fundusizomzat és más a pylorustáji izomzat feladata. Az előbbi a gyomortartalom állandó mozgásban tartásáról gondoskodik, a pylorustáji izomzat pedig az expulsiót végzi. Roux és Balthazard, Camon Röntgen sugarak segítségével végzett vizsgálataikkal ezen adatokat megerősítik. Langerhans ezen jelenségek alapján azt ajánlja, hogy insufficienciáról csak akkor beszéljünk, ha a pars pylorica izomzata gyengült, s így az expulsióban nyilvánul hiányosság, atoniának pedig csak a fundus izomerejének csökkenését mondjuk. Hasonló értelemben nyilatkozik Rosenbaum is. Így külön a két résznek alteratióját ma még felismerni nem tudjuk, felesleges tehát az ez értelemben vett megkülönböztetés. Felesleges azonban és főként azért is, mert a két rész alteratioja külön nem is fordul elő.

Rosenheim motorikus insufficienciának mond minden, akár kisebb, akár nagyobb fokú functiozavart, eltekintve a gyomor dimensiójától. Ha a gyomor az insufficiencia mellett tágult, úgy ectasiás insufficienciának nevezi, ha pedig a gyomor kiterjedése a rendes, úgy atoniás insufficienciának. A kettő között pusztán csak fokozati különbséget ismer. A megkülönböztetéseket ugyanis anatómiai basisokra nem helyezhetjük, a functiót kell alapul venni, így pedig pusztán a functiozavar nagysága adhat az egyes esetek között különbségeket. Szükségesnek tartja azonban az oknak megjelölését is, a mely a működési zavart létrehozza.

Bouveret nagyjában ugyanezt az értelmezést követi. Közös jelenség az insufficiencia; a tonus- és elasticitás-csökkenés nem von maga után feltétlenül capacitás növekedést, az atoniás gyomor maradhat a normális határok között. Az ectasia azonban magában foglalja az atonia fogalmát. Ebben különböznek egymástól az ectasia és a myasthenia.

Stiller az enteroptosisról több ízben közölt classikus munkáiban és az e révén támadt vitákban (Cohnheim, Elsner) több ízben nyilatkozik az insufficienciáról, myastheniáról és atoniáról. Az atoniát enteroptosisnál ép oly stigmának tekinti, mint több mást; állandó kísérője az enteroptosis elnevezés alatt csoportosított symptoma complexumnak, lehet kisebb, lehet nagyobb, sokszor motorikus insufficienciát is okoz. A tonus-csökkenést igen ritkán idézi elő valamely localis ok, hanem inkább egy universalis tonusbeli devaluation alapul. A loecsanást az atonia fontos jelének tartja s a midőn Elsner azt mondja, hogy igen sokszor találunk olyankor is loecsanást, a mikor próbaétkezések útján atoniát kimutatni nem tudunk, hangoztatja, hogy Elsner figyelmen kívül hagyta a tiszta atoniát, a dispositiót a motoricus insufficienciára, a melynek kimutatása nem a próbaebéd, hanem a Penzoldt-Debio-féle terhelési próba, vagy az ő kopogtatási methodusa. A gyomor atoniás ectasiája, az atonia direct következménye, lehet oly kisfokú, hogy az expulsiós erő még képes a követelményeknek megfelelni, van azonban már csekély úrtartalom-megnagyobboldás s ez lehet ettől felfelé egész a stagnatiós ectasiáig a legkülönbözőbb fokú. Myasthenia alatt az insufficienciával nem complicált atoniát érti, az atoniát pedig mint facultativ insufficienciát tekint. Ő is megkülönböztet a gyomron két irányú mozgást és pedig a concentricus irányú úgynevezett peristolest és a hosszanti irányú peristaltikát, a két mozgás azonban egymással a legszorosabb összefüggésben áll.

Legyen elég ennyi úgyszólván mutatónak az irodalomból, hogy dokumentálhassam vele azt a nagy chaos, melyet természetesen fokoz még a számtalan, apróbb kérdések körül folyó vita, a mely közben a fogalmakat más és más elnevezésekkel illetik, ugyanazon névhez más és más fogalmakat fűznek. Vegyük csak jól szemügyre ezeket a vitákat, a véleménykülönbségeket, úgy fel fog tűnni, hogy főtömegükben a mai atonia, myasthenia és insufficiencia érintkezései körül forognak, itt történik a legtöbb félreértés, a fogalmaknak összezavarása. Ha pedig keresem az okot, akkor határozottan ki kell mondanom, hogy azért, mert az insufficiencia elnevezéshez kötött fogalomnak egy fix alsó határt szabtak azzal, hogy kimondták, hogy insufficiens a gyomor motoricus működése akkor, a mikor a Leube-féle próbaebéd után 6 óra múlva a gyomorból még ételrészecskéket moshatunk ki. Már pedig ilyen fix határhoz kötni az insufficiencia legalsó fokát nem lehet. A mint a gyomormuscularis nem képes megfelelni teljesen köteleességének és ez kóros zavarokban nyilvánul, akkor arról az izom

zatra azonnal reá mondhatjuk, hogy insufficiens, tekintet nélkül arra, hogy 6 óra múlva a próbaebed után van-e még a gyomorban ételmaradék vagy pedig már nincs. A próbaétkezések útján meghatározni a gyomor muscularis dinamikai munkaképességét pontosan nem lehet, és ha pusztán abban keressük és követeljük az izomelégtelenség ismérveit, az egyéb jelenségeket pedig kellőképpen nem méltányoljuk, úgy már csak az igen nagyfokú motorikus insufficienciáról birunk fogalommal, a mikor a baj az esetek legtöbbszörében irreparabilis.

Keresnünk kell tehát más jelenségeket, melyek a gyomorizomzat működési képességéről kellő felvilágosítást adhatnak. Ekkor pedig legelső helyen kell a gyomor fal elasticitásának állapotát figyelembe vennünk, hiszen az elasticitás a külső megjelenése a tonusnak, azzal a legszorosabb összefüggésben áll, a tonus fogalmában pedig benne foglaltatik az izom contractio képessége, ereje s így munkaképessége. A gyomor fal elasticitásának és így a muscularis tonusának állapotáról pedig felvilágosítást nyújt a loecsesanás, a Stiller-féle kopogtatási, a Piorry-Penzoldt-féle terhelési próba és az általam ajánlott és fentebb bőven leírt összehasonlítási próba, a mit annál melegebben merek ajánlani, mert ezen methodussal az elasticitás-csökkenés vagy -növekedésnek fokát is pontosan meg tudom állapítani és azt számokban kifejezően feltüntetni.

Tekintsünk végig vizsgálati sorozatom három tábláján, s azt fogjuk látni, hogy a rendes működésű gyomroktól fel a legsúlyosabb insufficienciáig, — közbeértve atoniát, myastheniát és I. fokú insufficienciát — a kóros jelenségek, bár azokat a legkülönbözőbb okok idézik elő, klinikailag egy közös jelenséget tüntetnek fel és ez az elasticitás csökkenés, a minek minden egyes esetben megfelelő egy bizonyos motorikus működésképesség-csökkenés, a mint azt a jodipinpróba igazolja. Az elasticitás-csökkenés pedig mindig pontosan lépést tart a motorikus működés csökkenésével. Közös jelenség tehát úgy az atoniánál, myastheniánál, mint az I. és II. fokú motorikus insufficienciánál elasticitás-csökkenés és a gyomor izomműködésképességének csökkenése; a különbség tisztán csak fokozati. Az az izomzat insufficiens atoniánál éppen úgy mint II. fokú insufficienciánál. Lehetséges-e már most az olyan értelemben vett megkülönböztetés mint a hogy eddig tettük, hogy a gyomorizomzat elégtelenségét csak addig neveztük insufficienciának, a míg a gyomorból 6 óra múlva az elköltött próbaebed után még ételrészeket moshatunk ki. Azon alul, bár az izomzat még mindig elégtelen, az elasticitás, a tonus csak úgy csökkent, pusztán a fok kisebb, már nem nevezhetjük insufficienciának, hanem atoniának és myastheniának?

Helytelen a beosztásunk még egy másik okból is. Ehhez a szóhoz insuffientia bizonyos klinikai jelenségek fogalma fűződik, az atonia és myasthenia nevekhez pedig, ha nem is teljesen tisztázott, de mégis kórboneztani fogalmakat csatolunk. Más tehát az alap is, a melyből az eddigi beosztásunk sorozatába állított elnevezéseket merítettük. Hogy pedig ebből milyen zavarok állanak elő, ne említsek többet, mint lehet egy atonia atonia és lehet insuffientia, az az lehet oly fokú, a mikor még nem mondjuk insuffientianak és oly fokú, a mikor csak annak kell mondanunk, pedig a jelenségek, az ok, az alap ugyanaz. Az ilyen beosztás, az ilyen megkülönböztetés bizonyára elég ok arra, hogy a legbonyolultabb zavarokat keltse.

Maradjunk meg tehát elnevezéseinkkel, csoportosításainkkal egy alapon. Válasszunk ki azt az alapot, melyen zavar nélkül, világosan, egyszerűen osztályozhatjuk a kórformákat. Legbiztosabb, legmegfelelőbb volna a kórboneztani alap, s bizonyára ez lenne a legkövetkezőbb is. Kórboneztani ismereteink a gyomorpathológiában azonban még hézagosak, a betegágnál a klinikai symptomákból biztosan, pontosan az anatómiai elváltozásokra következtetni nem tudunk. Nem marad tehát más választásunk, mint a klinikai megjelenés alapján osztályozni a gyomorizom működési képességének zavarait. Ha tehát a működésképesség csökkent, vagyis ha az izomzat kötelességeinek teljesen megfelelni nem tud, vagyis elégtelen azt a munkát teljesíteni, a mit tőle megkívánunk, úgy mondjuk azt insuffientianak, de akkor tartsuk meg ezt az elnevezést a legkisebbtől a legmagasabb fokú izomműködés-elégtelenségig, mondjuk insuffientianak a myasthenián alapuló motorikus functionalis zavarokat ép úgy, mint a legsúlyosabb symptomákkal

járó II. fokú motorikus insuffientiat. Minthogy azonban az insuffientiaival tulajdonképpen csak egy klinikai symptomát jelezünk, a mely dominálja ugyan az egész kórképet, mégis ki kell tennünk, rá kell mutatnunk az okra is, a mely e zavart okozza és ekkor mint ok egy sorban fognak szerepelni myasthenia, atonia, heges pylorus-szűkület, tabes, obstruáló tumor stb. Megjelölhetjük a motorikus insuffientia fokát is és erre legjobbnak vélném a Rosenbach ajánlotta relativ és absolut elnevezést. Nevezük az insuffientiat relativnak addig, míg, ha esetleg tetemesen későn is, de a gyomor teljesen kiürül, és nevezük absolutnak akkor, mikor a stagnatio súlyos jelenségei fellépnek; jó határértéknek találok a kettő között a Boas-féle próbavacsorát, a mely után reggel vizsgáljuk a gyomortartalmat. A relativ insuffientia alsó határértékét nem szabad felállítani, a mint az izomelégtelenség jelei mutatkoznak, mondjuk azt rögtön relativ insuffientianak. Kifejezhetjük természetesen az insuffientia fokát még részletesebben is azzal, ha a motorikus működésre vonatkozó vizsgálati eljárásaink adta értékeket csatoljuk mellé, pl. 1. relativ insuffientia, 4 cm. differentia, jodipin után 65 perc múlva + jodreactio, próbaebed után 6 óra múlva a gyomor üres. 2. Vagy pl.: relativ insuffientia, 6 cm. differentia, jodipin után 90 perc múlva + jodreactio, próbaebed után 6 óra múlva a gyomorban mintegy 300 cm³ emésztetlen ételrészekkel kevert tartalom, próbavacsora után a gyomor üres; 3. Absolut insuffientia, differentia 9 cm., jodipin után 120 perc múlva + jodreactio, próbaebed után 6 óra múlva, próbavacsora után reggel a gyomorból igen sok ételmaradék mosható ki, + tejsavreactio. Ha most az elsőhöz hozzáteszem, hogy az ok ptosis, myasthenia, a másodikhoz, hogy heges pylorus-szűkület, a harmadikhoz pedig, hogy a pylorus-tájón öxölnyi tumort tapinthatok, ha végül hozzáteszem a 2. és 3. hoz mint következményt, hogy tetemes dilatatio mutatható ki, szemem előtt van pontosan minden egyes kórkép egységes alapon, a klinikai kimagasló symptoma alapján osztályozva

Még egy példát kell bemutatnom, ha pl. ezt a formulát állítom elő: differentia 0 cm. jodipinpróba után 45 perc múlva + jodreactio, próbaebed után 6 óra múlva a gyomor teljesen üres, a pylorustájékon homályosan tapintható resistentia, gyomortáj ütögetésekor igen élénk peristaltika, úgy első pillanatra mondhatjuk, hogy a pyloruslumen szűkülete forog fenn compensatiós hypertrophiával, nincs még relativ insuffientia sem, mert a túltengett izomzat meggyőzi ezt a munkát a mit tőle megkívánunk. Ilyen eseteket azonban a legritkább esetekben fogunk klinice észlelhetni, mert ha teljes a compensatio úgy nincsenek ez irányban panaszok; de meg talán ritkán is képződik ki teljes compensatio. Még ha compensatiós hypertrophia van is jelen, legtöbbször fogunk insuffientiat is találni, mint a hogy a III. tábla 6. és 9. esete mutatja.

Még néhány szót az atoniáról és myastheniáról, melyet szintén olyan gyakran összekeverünk és olyan gyakran egy és ugyanazon fogalom megjelölésére használjuk. Tartsuk be szigorúan a megkülönböztetéseket, úgy a mint azt Boas ajánlotta. Nevezük myastheniának a congenitalis izomgyengeségeket és nevezük atoniának a secundaer úton, degenerativ folyamatok következtében beálló izomgyengeségeket. Így is sok félreértéstől menekülünk meg.

Ne gondoljuk azonban, hogy a gyomor motorikus működése zavarainak ilyen alapon való osztályozása pusztán akademikus értékű. Therapeutikus eljárásaink tökéletesedésével külön-külön csoportosított gyógybeavatkozásaink vannak már a gyomor különböző functionalis zavarainak leküzdésére. Így meg van pontosan jelölve útnak, melyen a motorikus insuffientia kezelésében haladnunk kell. Akkor, a midőn az insuffientia elnevezést az eddigi használattól eltérőleg az eddig myastheniával és atoniával jelzett kórállapotokra is kiterjeszteni javasolom, ezzel egyúttal annak is kifejezést akarok adni, hogy ezen kórformák a therapia szempontjából is az insuffientia fejezetébe vonassanak. Mert ha ezeket a megbetegedéseket is, a gyomor izomműködésének elégtelenségét véve fő szempontnak, az insuffientianál előírt methodusokkal gyógykezeljük, a legszebb eredményeket érhetjük el, útját vágjuk annak, hogy a „facultatív insuffientia“ ténylegessé váljon, hogy a „dispositio az insuffientia“ végre valóságos insuffientia legyen.

A relativ és absolut insuffientia megkülönböztetés ismét a

therapia tekintetében is méltányolható, mert míg a relativ insufficientiáknál jól elrendezett életmód és megfelelő beavatkozások révén az izomzatnak ismét sufficienssé tételén fáradozhatunk, addig az abszolút insufficientiánál gyógykezelésünk a stagnatio kinos symptomáinak elhárításában culminál. És ha ezen irányok pontos betartásával kezeljük sok betegünket, s a mint az első jel az izomelégtelenségre feltűnik, gyógybeavatkozásunkban egész erővel az insufficientia leküzdésére törekszünk, gyogyeredményeink meg fognak győzni arról is, hogy ptosisoknál az a sok mindenféle a gyomorban lokalizált panasz, a stygma dispepticum, nem nervosus dispepsia, hanem igenis a muscularis insufficientiának következménye.

Tárca.

Az egyetemi kórház.

Az 1904. XIV., az állami beruházásokról szóló törvényezik a budapesti egyetem orvostudományi tanártestületének régi kívánságát: az egyetemi orvosi oktatással kapcsolatos országos kórház létesítését a megvalósulás stadiumába juttatta. Idősebb ha e jelentős időpontban egy pillantást vetünk a kérdés múltjára.

A nagyszombati egyetemnek Budapestre költözése után 1784/85—1786. a gyakorlati orvosi tárgyak a városi kórházban adtak elő. 1786-ban a klinikák az elméleti szakokkal együtt az újvilág utcái jezsuita-kolostorba kerültek. A klinikáknak a városi kórházakkal való egyesítését úgy a város, mint az egyetem ellenezte, s a XIX. század első felében a klinikák elhelyezése micsém jayult. Annál erősebben sürgette az orvostudományi tanártestület a helyzet sanálását: 1866. december 14-dikén a helytartótanácsnak intézett felterjesztésben az orvostudományi tanártestület számára szükséges épületek emelét kéri. Az egyetemmel kapcsolatos országos kórház eszméjét szabatosan a Balassa János, Jendrassik Jenő, Korányi Frigyes és Markusovszky Lajos által a kormányhoz az „országos közegészségi és orvosi ügy rendezése” tárgyában 1868-ban benyújtott emlékirat fejezte ki. Ez iratban a következők passus olvasható: „Az orvosok kellő gyakorlati kiképzése küveteli, hogy Pesten egy az egyetemi kórházzal kapcsolatba hozandó országos kórház melletti építessék, annak tudományos értékesítése a vallás- és közoktatásiügyi miniszterre bízandó.” Ez ügyben Eötvös József báró miniszter 1869. március 14-dikén szaktanácskozást tart, de sem ez, sem az Eötvös Loránd báró által ugyanezen tárgyban 1893-ban tartott tanácskozás nem vitte előbbre a megvalósítást.

Az egyetem orvostudományi tanártestülete 1892-ben újabb actiót indított a kórház érdekében, s terjedelmes memorandumban fordult a kormányhoz. Ez irat eszmemenetét annak szerkesztője (Récsey Imre) az Orvosi Hetilap 1892. évi 42. számában ismertette. E szerint már a betegellátás érdeke is megkívánja, hogy Budapesten állami kórház létesüljön, de még inkább az oktatás érdeke. A klinikák ágyszámának csekély s nines természetes elvezető csatornájuk a tanításra már nem szükséges beteganyag számára. Ilyen körülmények között hiányzik a változatosság, s egyes kórképek csoportosításáról szó sem lehet.

Högyes Endre a milleniumi emlékkönyvben a következőképp indokolja a kórház szükségét: „gazdag és bő változatú beteganyagot szolgáltatasson a klinikai tanításnak s búvárkodásnak, mely nélkül tökéletlen marad orvosi oktatásunk nagy szabásban megindult organizatioja és versenyképességünk a bécsi egyetemmel szemben mindig hátrébe szorult”. S bár a belügyminiszter 1892-ben a képviselőház pénzügyi bizottságában kijelentette, hogy az állami közoktató felállítására rövid idő kérdése, a megoldás egyetlen lépést sem tett előre.

A tanártestület fáradhatatlanul ismételte kérését, sőt a hely kérdésével is foglalkozott, első sorban a dohánygyárat, azon esetben, ha ez nem volna megszerezhető, a fűvészkeret jelölte meg, a hol a még hiányzó klinikákon kívül a klinikai főtárgyak pótosztályai, melyek a klinikai igazgatók fővezetése alatt magántanárokat vezetése alatt állának, épülének. 1900. február 20-dikán újabb felterjesztést intéz a kórház érdekében.

Végre a pénzügyminiszter 1903. május 28-dikán benyújtotta az első beruházási törvényjavaslatot, melyben „a budapesti királyi egyetem orvosi kara mellett létesítendő egyetemi közoktató építésére öt millió koronát” irányoz elő.

Az új kormány megalakulása után Tisza István miniszterelnök visszavonta ugyan az előző kormány törvényjavaslatát, de csakhamar újból beterjesztette, s a mint azt úgy ő, mint a vallás- és közoktatásiügyi miniszter a tanártestület küldöttségének kijelentette, az egyetemi kórházra előirányzott összeg változatlan fenntartásával. Ma már a törvény szentesítve van, és pedig a következő indoklás kíséretében:

„Az orvosi tudománynak, a szenvedő emberiségnek és a közegészségügynek egyaránt elsőrangú követelménye, hogy az orvostanhallgatók egyetemi tanulmányaik alatt az orvosi gyakorlati tudományokban épen úgy, mint az elméletiekben, a lehető legjobb kiképzésben részesüljenek.

Az orvostanhallgatóknak és a fiatal orvosok egy nagy részének orvosgyakorlati kiképzése az egyetemi kórházakon (klinikák) történik.

Ha a budapesti egyetemi kórházakon végig tekintünk, — bármint kitűnő is azoknak tudományos és tanügyi felszerelése és berendezése, — azonnal szembeötlő, különösen a régebbi klinikáknál, a beteglétszám elégtelensége.

Az egyetemi klinikák feladatuknak csak akkor felelnek meg teljesen, ha egyrészt a betegek legnagyobb változatosságáról gondoskodnak, másrészt pedig lehetővé teszik az egy és ugyanazon betegség mindenféle válfajának csoportosítását, nemkülönben az egyes betegségek legkülönbözőbb szakáiban levő betegek bemutatását.

Mindez csak akkor lehetséges, ha az egyetemi klinikák vagy igen nagy beteglétszám befogadására rendeztetnek be, vagy valamely nagy közoktatóhoz hozatnak kapcsolatba.

Sajnos, a budapesti klinikáknál sem az egyik, sem a másik módozat nem vitetett keresztül. Mert míg az újabb klinikák beteglétszáma intézetenként nem sokkal haladja meg a százat, addig a többségben levő régebbi klinikák ágyszámuk még jóval ezen szám mögött marad.

Nagy beteglétszámra — 200—300 ágyra — berendezett klinikák létesítése igen nagy költséggel jár.

A bajon tehát legzsebszerűbben akké lehet segíteni, ha az egyetemi klinikák egy létesítendő nagy egyetemi kórházzal hozatnak kapcsolatba. Minthogy a létesítendő egyetemi közoktató nagy beteglétszámából az egyetemi klinikák a sikeres tanítás által megkövetelt változatos beteganyagot mindenkor elláthatók lesznek és a mellett azok a kórosok, a melyek a tanításra már felhasználtattak, vagy arra már nem alkalmasak, a klinikákból a kórházba áttehetők: a jelenlegi klinikák csekélyebb ágyszámuk mellett is meg fognak felelni a szükségleteknek.

Egy nagy egyetemi közoktató felállítására ez idő szerint még azért is sürgető, mert az új orvosdoktori szigorlati szabályzat az orvostanhallgatók gyakorlati kiképzését nemcsak az úgynevezett kórodai főtárgyakból, — belgyógyászat, sebészet, szülészeti és szemészet, — hanem a gyakorlati orvostan legfontosabb speciális szakmáiból is, mint az elmeorvostanból, bőr- és bűjóról és a gyermekgyógyászatból egyaránt megköveteli. Már pedig ez idő szerint ezen szakmák részére egyetemi klinikák nincsenek is.

De felette kívánatos és sürgető teszi egy nagy egyetemi közoktató létesítését, az új szigorlati szabályzatban elrendelt egyévi kötelező kórházi gyakorlatnak az egyetem kötelekezésében lehető kitétele is. Ez idő szerint ugyanis úgy áll a dolog, hogy ezen kötelező kórházi gyakorlatot a budapesti egyetemen kitölteni nem lehet, mert a kórodáknak csekély beteganyaga az orvostanhallgatók tanítása és a kórodai segédanyagok továbbképzése által annyira igénybe van véve, hogy a tanulmányaikat végzett, de még fel nem avatott fiatal orvosok gyakorlati képzésére már fel nem használható. Míg ha egy egyetemi közoktató létesítették, az egy évi kötelező kórházi gyakorlatnak abban kitöltése mi akadályba sem fog ütközni. A mint nem ütközik akadályba a Karolina orsz. kórházban elhelyezett és közosztályokkal is bíró kolozsvári egyetemi klinikákon.

Az egyetemi közoktató létesítése a tanári succrescentia biztosításából is felette kívánatos, mert ezáltal lehetővé fog válni azon jeles fiatal szakorvosok a tudományos pályán való megtartása, a kik beteganyag hiányában az orvosgyakorlati szakmák terén tudományos tevékenységet kifejtteni különben nem volnának képesek.

Az egyetemi közoktató osztályainak vezetésével ugyanis az egyetemi ezimzetes rendkívüli vagy magántanárokat jelesbbjei fognának megbízni, a kiknek ilyen módon tudományos tevékenységre a kellő alkalom megadatnék.

Az egyetemi klinikák elégtelen beteglétszámából származó hátrányok ellensúlyozása céljából a budapesti tudomány-egyetem orvostanári testülete már évek óta kérelmezi egy egyetemi közoktató felállítását, hogy ilyen módon a budapesti tudomány-egyetem klinikái a beteglétszám tekintetében is felvehessék a versenyt más hasonló látogatottságú külföldi egyetemekkel.

Köztudomású, hogy a bécsi és berlini egyetemek orvosi karai nagy hírnevüket nem kis részben az Allgemeines Krankenhaus, illetőleg a Charité óriási beteganyagának köszönhetik.

De a beteglétszám tekintetében még a kolozsvári tudomány-egyetem is előnyösebb helyzetben van a budapestinél, a mennyiben annak kórodái a Karolina országos közoktatózál vannak kapcsolatban.

Minthogy a szóban forgó közoktató az egyetemi klinikák csekély beteglétszámából az orvosképzésre háruló bajokon segíteni van hivatva, az csakis az egyetemi klinikákhoz közel, vagy legalább nem nagy távolságban volna építhető.

A kórház mintegy 800 ágyra tervezetik, egy ágy felállításának költségeit körülbelül 6000—6300 koronára téve, az összköltség mintegy 5.000.000 koronát tenne ki.

* * *

A vallás- és közoktatásiügyi miniszter 1904 június 16 20-dikán személyes elnöklésével a kórház létesítése ügyében értekezletet tartott, melyen kivüle a következők vettek részt: Zsilinszky Mihály államtitkár, Molnár Viktor miniszteri tanácsos, Tóth Lajos osztálytanácsos mint előadó, Schröder Ervin dr. fogalmazó mint jegyzőkönyvvezető, Chyzer Kornél miniszteri tanácsos, Viola Imre fővárosi tanácsos, Müller Kálmán tanár közoktatói igazgató, Korányi Frigyes, Kétly Károly, Récsey Imre, Dollinger Gyula, Tauffer Vilmos, Bárony János, Jendrassik Ernő, Moravcsik Ernő Emil, Bókay János, Grósz Emil egyetemi tanárok.

Az értekezlet céljával a miniszter az elhelyezés, az építési rendszer, az ágyak elosztásának s az építési megbízás megbeszélését tűzte ki. Az értekezlet adott viszonyok között, a midőn a dohánygyár megszerzése kivétel nélkül bizonyult, a fűvészkeret alkalmasnak találta. Építési rendszerül a részleges pavillon-systemát ajánlották. Nagyobb vitát indított meg az a kérdés, hogy a kórházi osztályok az egyes klinikák között elosztassanak vagy közösen szolgáljanak azok kiegészítésére.

szítésére. Előbbi megoldás mellett nyilatkozott a felszólalók többsége. A vita során felmerült az az eszme is, hogy az állóitai telep klinikáinak egy része kitelepíttessék, s ilyen módon két párhuzamos klinikai telep létesüljön, e terv azonban a már szentesített törvény intentionálal nem volt összeegyeztethető.

Végül szóba kerültek azon nehézségek, melyeket betegfelvétel szempontjából a közkórházi jelleg okozhat, úgyiszentén az ápolási díjak kérdése, ezen részlet tisztázása azonban későbbi idő feladata.

Az értekezlet befejeztével *Korányi Frigyes* tolmácsolta az értekezlet, s joggal az orvoskari tanártestület köszönetét. Valóban senki sem volt nálánál erre illetékesebb! Az 1868-diki emlékirat szerkesztője ő volt, s íme javaslata 36 év után közeledik a megvalósuláshoz! Ezen az ország közegészségügyének s kulturájának szolgálatában álló intézmény eszméje — úgy mint sok más — az ő nevéhez fog fűződni.

Grösz Emil.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A formalindesinfectio mai állásáról.

Közli: Kammer Manó.

(Folytatás.)

Kokuba, v. Esmarch tanítványa, megfordítva cselekszik. Ő 100 C.-os vizgőzt használ, és ennek desinfectáló hatását iparkodik emelni különböző anyagok hozzátételével. Arra a meglepő eredményre jut, hogy minimális mennyiségű formaldehydnek áramló vizgőzhöz való hozzáadása által a desinfectio hatás rendkívül fokozódik; pl. burgonyabacillus, mely áramló vizgőznek 130 percig ellenállt, 0.1% formaldehyd hozzáadása által 7 perc alatt elpusztult. *v. Esmarch* ezen és a saját kísérletei alapján megállapította, hogy 1. 100°-os vizgőzhöz formaldehydet adva, a desinfectio szükséges időt tetemesen csökkentjük; 2. 70—80°-os vizgőz csak egy minimális mennyiségű formaldehyddel szabad spórát gyorsan öl meg; 3. 70—80°-os formaldehydes vizgőzzel jelentékeny hatást érhetünk el a mélyben. Ezek szerint ajánlja *v. Esmarch* 70—80°-os formaldehyd-vizgőz alkalmazását általános desinfectio methodusnak.

A mondott eredmények után indulva végezte kísérleteit a zürichi hygieni intézetben *Herzog*. Hat kísérleti sorozatot végzett különböző tárgyakon és különböző bakteriumokkal, mint anthrax, subtilis, mesenterikus bacillussal. Tapasztalatait a következőkben adja. 1. Az áramló vizgőznek hatása formaldehydnek együttes elgőzöltetésével jelentékenyen fokozódik. 2. A desinfectio erő intenzív fokozódását találta 100°-os, illetve 98°-os formaldehyd-vizgőzzel tett kísérleteinél. Így 0.1% formaldehyd-oldat elgőzöltetésénél bacillus mesentericus spórái, melyek közönséges áramló vizgőzben még 145 perc múlva is éltek, 10—15 perc múlva tönkre mentek. 3. Jelentékenyebb hatást a mélyben, ellentétben *v. Esmarch*-hal, nem talált. 4. 70—80°-os formaldehyd-vizgőz intenzív bakteriumölő hatást mutatott szabad spórákkal szemben. Így lépfenspórák, melyek 98°-os áramló vizgőznek 9 percig ellenállnak, 1% 70°-os formaldehyd-vizgőznél már 4 perc múlva mennek tönkre. Ugyancsak elpusztulnak a legellenállóbb spórák is. Ez annyiból fontos, mert olyan tárgyakra, mint bőr, gyapjú, selyem, az említett hőmérsék nem ártalmas.

Ezek után nézzük ama szerzőket, a kik összehasonlító kísérleteket végeztek az egyes készülékekkel azon célból, hogy melyik felel meg leginkább a követelményeknek. E téren *Flügge*nek köszönhető legtöbb, a ki leginkább sikra szállt a formalin-desinfectio mellett. Visszautasítja ama ellenvetéseket, hogy azért nem használható a formalin desinfectio, mert nem pusztítja el abszolút biztosan az összes bakteriumokat és spórákat. Lakások fertőtlenítésénél nem is arra vagyunk tekintettel, hogy az eljárással a legellenállóbb bakteriumokat, mint burgonyabacillust vagy kertiföldspórákat tegyünk tönkre, hanem diphtheria-, pestis-, tuberculosis-, lépfenebacillust, streptococcust stb.; ezeknél pedig biztos hatású.

Összehasonlító kísérleteit *Trillat*, *Walther-Schlossmann* készülékével, *Schering comb.* aesculapjával, *Czaplewsky*, *Prausnitz* sprayapparatusával, az *Enoch* által ajánlott *Krell-Elb* carboformal-briquet-jével végezte. Ez utóbbit azért nem tartja megfelelőnek, mert a gyakorlatban kivihetetlen az, hogy a levegőnek vizgőzökkel való telítése egy eséber viznek a padlóra való kiöntésével legyen elérhető. A többi készülékkel kétségtelenül elég formaldehyd fejleszthető, szerinte azonban nem felelnek meg a jelen követelményeknek. Ezért szerkesztette a már leírt készüléket, melyet, mint látni fogjuk, már több város beszerzett.

Gruber *Walther-Schlossmann*, *Prausnitz*, *Flügge* készülékével és *Schering comb.* aesculapjával kísérletezett. Az első használhatónak mondja, de a glycoformalt elveti; legrosszabb eredményeket kapott a comb. aesculappal. Jók *Prausnitz* és *Flügge* készülékei.

Vogel a hamburgi hyg. intézetben végezte összehasonlító kísérleteit *Barthel*, *Krell*, *Rosenberg*, *Schering*, *Walther-Schlossmann*, *Flügge* készülékével és *Trillat* autoclave-jával, továbbá *Enoch-Krell-Elb* carboformal-briquet-jével. A *Czaplewsky* és *Prausnitz* készülékével, valamint *Schering comb.* aesculapjával végzett kísérletek még be nem fejezettek. Legjobb eredményeket ért el *Flügge* készülékével. A carboformal-briquet-tel elért jó eredményt arra vezeti vissza, hogy a kísérletre használt bakteriumok könnyen voltak elpusztíthatók. A viznek padlóra való kiöntésével nem lehet elérni a szükséges gőztartalmat.

Jäger és *Magnus* szerint kaszárnyaszobák desinfectiálása *Schering* aesculapjával nem elégséges. *Schlossmann* és *Flügge* készüléke közül az utóbbit tartja használhatónak.

Reischauer 4 kísérletet végzett a carboformal-briquet-tel, és nagy mennyiségű vizgőzképződésnél kielégítő eredményeket ért el. 3 kísérletet *Schering comb.* aesculapjával részint jó, részint nem kielégítő. *Flügge* készülékével végzett 5 kísérletnél, melyek egyenként 7 óráig tartottak, igen jó eredményeket ért el. *Czaplewsky* és *Prausnitz* spray-apparatusával 2—2 kísérlet szintén sterilitást mutatott. Szerző szerint tehát vannak eszközeink, melyek rövid idő alatt elegendő mennyiségű formaldehydet fejlesztenek és ez hatásos alakban egyenletesen osztódik el.

Abba és *Rondelli* a formalin-desinfectiót szűk határok közé szorítják, és némi ellentétbe jutnak más szerzőknek eddigi tapasztalataival, bár egyes tárgyaknál és helyeken tért engednek neki. Ők a turini fertőtlenítő intézetben végezték kísérleteiket külön e célra berendezett helyiségben. Dolgoztak egyebek között *Flügge* készülékével és *Schering comb.* aesculapjával. 22 esetben különféle tárgyak desinfectiálását, 3 esetben lakások desinfectiálását próbálkoztak. Kísérleteik eredményéből kifolyólag a turini fertőtlenítő intézet némely inficiált tárgynak sterilizatioját rendszeren formaldehyddel eszközli. Ily tárgyak: gyapjúkelmék, női kalapok, női ruhák, bizonyos függönyök és szőnyegek, a melyekre vizgőz ártalmas volna, továbbá papírok, szabadisztárgyak, arczképek, művirágok stb.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

L. Mohr: Über diabetische und nicht diabetische Autointoxicationen mit Säuren (Acidosis). Berlin 1904. Verlag von August Hirschwald.

E füzetben a szerző az autointoxicatioók legalaposabban ismert alakjáról, a *savmérgezésről* szóló ismereteinket foglalja össze.

Fehérjeanyagok bomlásánál mindig keletkeznek savak, melyek egyfelől tovább élenyülve, mint CO₂ a kilégzett levegővel, másfelől alkálihoz kötve a vizelettel távoznak el: a savképződés tehát alkali-vesztéssel jár. Normális viszonyok között e veszteséget a táplálékkal bevitt alkali pótolja, s így a szervezet nem szenved. Ha azonban akár az alkalibevétel, akár a savkiválasztás szenved, vagy a savképződés fokozott, a savelbontás pedig csökkent, *savmérgezés* lesz a következmény.

Savmérgezés szempontjából ránk nézve a *hústsav*, *zsírsavak*, *oxalsav*, *higysav*, az *aromatikus oxysavak* s az *acetonsav* tagjai a β -oxyvajsav, acetecetsav és acetón fontosak.

A szerző e dolgozatában az acetonsav tagjaival foglalkozik, melyek szerinte a sejtekben beálló helyi jellegű élenyülési zavar miatt keletkeznek. Nagyobb anyagcsere-zavarra mutat a β -oxyvajsav megjelenése a vizeletben, mint az acetóné vagy az acetecetsavé, ámbár kezdetben a figyelem főképp az acetón felé irányult.

Ma tudjuk azt is, hogy az anyagok mint olyanok, magukban véve nem mérgezők: így pl. az acetón, ha a bélesatorna útján kerül felszívódásra — még nagy adagokban sem fejt ki mérgehatást — belehelve vagy közvetlen a vérpályába fecskendezve azonban bódít. Tudjuk azt is, hogy acetón a vizeletben normális viszonyok között is kimutatható (24 órai vizeletben 0.01—0.03 gm.) s quantuma a felvett szénhidrát-táplálék mennyiségétől függ. A β -oxyvajsav sem mérgező, mint olyan, s hogy mégis súlyos comatosus állapothoz vezet, annak oka *Mohr* szerint *sav-terméskedés*ben keresendő. Utal a szénhidrátok acetón-kiválasztást nagyban csökkentő befolyására s hangsúlyozza, hogy egyedül a hiányos szénhidrát-táplálásban s ennek következményeképp fellépő élenyülési zavarban keresendő egészséges és éhező egyénél az acetónkiválasztás fokozódásának oka. Éhezés alatt még acetecetsav és β -oxyvajsav is jelenhet meg a vizeletben.

Az acetonsav tagjai szerinte a normális anyagcsere átmeneti bomlástermékeinek tekinthetők, keletkezésük azonban synthesis útján is magyarázható. Az acetón *enterogen* keletkezését kétségbe vonja, s szerinte az acetón inkább intracellularisan, talán a májban képződik.

Ma már a diabetesen kívül a kóros állapotoknak egész sorát ismerjük, melyekben acetónuria jelentkezik. Így láttunk fellépni acetón-vizelését a plexus coeliacus extirpatioja után, lázas bántalmakban (*scarlatina*, *typhus*, etc.) *carcinomacachexiánál* s *cománál*, *puerperalis eklampsiánál* s *terheseknél*, ha a foetus elhalt. Mindez esetekben, mint azt a szerző kimutatni igyekszik, az *acetónuria* oka *táplálkozási*, nevezetesen a *szénhidrátok anyagcserejének zavarában* keresendő és szénhidrát-adagolásra sokszor meg is szűnik. Ugyanez a csoportba sorozza a toxikus (*atropin*-, *morphin*-mérgezésénél, *chloroformozás*) uton jelentkező acetónuriát is.

A diabeteses acidoisról írott fejezetből megtudjuk, hogy átlag napi 0.5 gm. acetónmennyiség mellett acetecetsav, 1.5—2.0 gm. mellett pedig már a β -oxyvajsav is ritkán hiányzik a vizeletből. A β -oxyvajsav mennyisége azonban esetről esetre változó, s igen tág határok között ingadozik; legnagyobb coma alatt vagy után, ilyenkor akár 150—180 gm.-nyi is lehet.

Egészen véve a diabetesnél jelentkező acidosis is úgy viselkedik, mint a nem diabeteses acetónuria; a szénhidrát-kihasználás növekedésével csökken, a tolerancia alászállításával pedig ismét növekszik. E szabály alól azonban, *Mohr* szerint talán a cukorbeteg szénhidrát és zsíryanagyseregének *qualitativ változásai* miatt, sok a kivétel.

Erdekes tanulmányát az acidosis gyógykezeléséről és prophylaxisáról írt fejezettel végzi. Az acidosis kezelésénél a therapeutikus be-

avatkozás egyik feladata meggátolni az élenyülés elősegítése révén az acetoneképződést, a másik cél a szövetekben felhalmozott acetoneátalmatlanná tétele s kiküszöbölése a szervezetből. Az első feladatnak bőséges szénhydrát (nevezetesen laevulose [50–100 gm. pro die]) táplálással, Noorden kitűnően bevált „Hafermehlsuppe“-jával (250 gm. zabliszt, 300 gm. vaj, 100 gm. növényi fehérje [roborat] pro die 2 órai időközökben adva), a másodikkal alkali adagolásával tesz eleget. A coma elkerülése s megelőzése céljából igen fontosnak tartja Mohr az alkali-kezelés prophylaktikus alkalmazását: ha a vizeletben β oxyvajsav jelenléte kimutatható, naponta legalább is 15 gm. alkali ad a betegnek. Ha a coma kitört, ultimum refugiumként ő is natriumcarbonat intravenosus injectióját ajánlja.

Ámbár a szerző sokban követi Noorden elveit, önálló felfogása ez által mit sem veszít. Igen érdekes s minden részében nagy alapos-sággal s szakismerettel megírt tanulmányát melegen ajánljuk az érdeklődők figyelmébe.

Holász Aladár dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A lúdtalpknál fennálló supinációs gyengeségről és annak kezeléséről ír Hoorika. Az alszár supinációt végező izomzatának gyengeségét véve fel a lúdtalpfejlődés fő okának, ez izomzat erősítésében keresi szerző a gyógyító eszközt. Minthogy azonban a supinatio korántsem egy izomnak a működése, tehát nem elégséges egynek erősítése sem, hanem inkább egyszerre több izmot, izomsoportot kell a kezelésnek befolyásolnia. Rövid anatómiai kitérés után a bécsi Zander-intézetben divó kezelési módot ismerteti. „Supinationsbrett“-nek nevezi készülékét, mely háztető módjára 165° alatt találkozó két hosszú deszkából áll, melyek nemezzel vannak bevonva. Ezen járattja betegeit naponta kétszer 10–10 percig. Ezt követik a szabadgyakorlatok, melyek 6 csoportban végeztenek: 1. Lábujjhegyre való emelkedés és sarokra ereszkedés a rendes katonai „vigyázz“ állásban 10-szer. 2. Ugyanez gyakorlat zárt lábakkal 10-szer. 3. Ismét ugyanez divergáló sarkokkal 5-ször. 4. Guggolás divergáló lábujjakkal 10-szer. 5. Ugyanez zárt lábujjakkal 10-szer. 6. Guggolás divergáló sarkokkal 5-ször. E gyakorlatokat activ és passiv ellentárási gyakorlatok követik, még pedig plantarflexio, dorsalflexio, ab- és adductio, és végre pronatio és supinatio irányában. Befejezi a mindennapi gyakorlatokat a láb és alszár massage-a. (Zeitschrift f. orthopädische Chir. 12. kötet, 3. füz.)

Holzwarth.

A mellékvese-készítmények hatásának vizsgálatáról értekezik Klapp. Szerző már ezelőtt végezett kísérleteket, melyekkel a hidegnek és a vértelenítésnek felszívódást gátló hatását vizsgálta, és arra az eredményre jutott, hogy a felszívódás csökkentő hatást az anaemia okozza, mely az előbb említett factorok alkalmazása mellett létrejön. E legújabb czikkében az adrenalinnak a felszívódásra való befolyását tette vizsgálati tárgyává, és 20 kutyakísérlet alapján arra a véggövetkeztetésre jutott, hogy az adrenalin tényleg nagyban befolyásolja a resorptiót, a mennyiben azt lényegesen meglassítja, s eme hatása, mely az általa okozott localis anaemia következményének tekintendő, több órán át fennáll. Ez az a körülmény, mely az adrenalinat igen alkalmassá teszi arra, hogy localis anaesthesia alkalmazásánál, pl. a cocainnal kombinálva, ez utóbbinak localis fájdalomcsillapító hatását lényegesen meghosszabbítsa, a mennyiben a fájdalomcsillapító szer felszívódását lassítja, ez utóbbi lényegesen hosszabb ideig persistál a befejezőhelyén. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 71. kötet, 3–4. szám.)

Holzwarth.

Bőrkórtan.

A syphilis korai szakában fellépő thrombophlebitis lueticának egy érdekes esetét közli Blumenfeld (Neisser-klinika). A vívőereknek amúgy is aránylag ritka syphilitikus elváltozásai közül határozottan legkevésbé ismertek azon alakok, melyek a luesnek korai szakában támadják meg a beteget. Az esetek casuistikus közlése tehát még mindig kíváncsú. Szerző egy 22 éves egyén esetét ismerteti, kinél a vívőerek specifikus megbetegedése a lues secundae stadiumának már a legelején jelentkezett. A jobb alszár belső felszínén diffúz duzzanat támadt, mely felett a bőr lobos elváltozást nem mutatott, ellenben tapintásra igen fájdalmasnak bizonyult. A tapintható vaskos köteg a vena saph. magna lefutásának felett meg. A tünetek alig néhány óra alatt jutottak kifejlődésre, miközben hőemelkedés nem volt észlelhető. A bántalom, melyet thrombophlebitisnek, illetőleg periphlebitisnek kellett felvenni, már a 4. higanyos injectiora csaknem teljesen visszafeljődött. A bántalom kórismézhetségre nézve többé-kevésbé jellegzetes körülményeknek és tüneteknek a következőket kell tartanunk: 1. Általában csak a felső és alsó végtag felületén (bőralatti) vívőereit szokta a korai lues bántani. 2. Láztalan kifejlődés és lefolyás. 3. Jöndulatuság, a mennyiben súlyosabb szövödmények pl. embolia nem várhatók. 4. A higanyos kúrák általában kitűnő hatással vannak. (Dermat. Centralblatt. 1904. 4. f.)

Guszman dr.

A formalinnak favusgombára gyakorolt hatását vizsgálták kísérleti úton Bogrow és Scharkevitich-Scharschinsky (Moszkva). A formalin, e hatalmas desinfectiáló szer, már jó ideje szerepel a favus terapiájában, de mindeddig nem tudtuk mi az oka annak, hogy a szer alkalmazása körül hol igen jó, hol meg nagyon gyenge eredmények észlelhetők. A választ erre a jelen dolgozat adja meg. Szerzők, kik vizsgá-

lataikat favuscultrakon végezték, a következő eredményekről számolnak be. 1. 5%-os vizes formalin-oldat 20 perc alatt öli meg a favus gombáját (achorion Schönleini), de gyorsabb hatás sines kizárva. 2. A mechanikai akadályok gyarapodása (pl. sürű mycelium) a vizes oldatok hatását semmivé tehetik. 3. A vizes formalin-oldat a hajnak bőrbeli részleteihez nem jut. 4. A formalin vizes oldataival a favus kezelése nem könnyíthető meg. (Dermat. Zeitschrift, 1904. 5. füzet.)

Guszman dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A kátránynak dermatologiai szempontból fontos alkotórészeiről és az anthrasol előállításáról tartott előadást Vieth a német orvosok és természetvizsgálók Cassel-ben tartott vándorgyűlésén. Kimutatta, hogy a kátrány alkotórészei közül bőrgyógyászati szempontból csak a phenolok és a szénhydratok bírnak jelentőséggel, a minék megfelelően egy tisztított kátránykészítmény előállítása céljából mindenképp a szurok távolítandó el, a mely a kátrány 50–60%-át teszi, azután pedig a relative mérgező hatású és nagyon rossz szagú pyridin-basisok kiküszöbölendők ki. Ezen elvek szemmel tartásával készül az anthrasol nevű tisztított kátrány-készítmény, a mely mint szagjavítót kevés oleum menthae-t is tartalmaz. Nagy előnye ezen készítménynek, hogy úgyszólván színtelen, a fehérséget nem piszkítja, izgóató hatása minimális, szaga pedig távolról sem olyan kellemetlen, mint a kátrányé. Az anthrasol számára nagyon jó alapanyag a glicerinn-kenőcs; a jól eldörzsölhetőség céljából ezüstölő egy kevés lanolint is hozzáadni: R.). Anthrasol, Lanolini aa 3:0; Ungu. glicerini ad 30:0. Ez a kenőcs, mely oleos is, nagyon jó szolgálatokat tesz különösen pruritus ani eseteiben, főleg ha egyidejűleg forró (50–53° C.) analis zuhanyozást is alkalmazunk. Ujabbban szintelen kátrányszappanok is készülnek anthrasollal, nemkülönben ezen szappan combinatioi kénnel, salicylsavval s más gyógyszerekkel. (Therapie der Gegenwart, 1903. 12. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 25. szám. Schein M.: Röntgen-sugarak a bőrgyógyászatban. Felletár E.: Mérgek növények által előidézett bódulatban véghezvitt rablás esetei. Czifrusz Dező: Tonogen alkalmazása aranyeres vérzés és aranyeres csomók ellen.

Budapesti orvosi újság, 1904. 24. szám. Siklóssy Gy.: A közellátóság operálása.

Orvosok lapja, 1904. 24. szám. Halász Henrik: Thiosinamin-al kezelte nyelősészűkület gyógyult esete.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 25. szám. O. Fellner: Tuberculosis és terhesség. E. Biernacki: Az arsenicum állítólagos vérzéscsillapító hatásáról. W. Bewall: Extrasystole esete. Th. Koetschel: Paralysis progressiva és syphilis a Bosznia-Hercegovinában szerzett tapasztalatok alapján. W. Degré: A serophulosis ismeretéhez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 25. szám. K. Bärkenr: Villámcsapás által szétroncsolt dobhartya esete. R. Kossmann: A Goldspohn-féle műtét. H. Elsner: A gyomor motorikus működésének vizsgálata. E. Hamberger: A beteg test vizsgálódása. Kövesi-Roth-Schulz: A vesegyulladások terapiája.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 25. szám. Lewin: Méreggel dolgozók segítése. R. Bassenge: Az idült malaria gyógykezelése és prophylaxisa. W. Scholtz: A Röntgen- és a Radium-sugarak hatásáról. E. Opitz: A puerperalis pyaemia kezelése és prognosisa. J. Israel: Mindkét urethra pótlása. Jordan: Késői carcinoma-recidiva. O. Samter: Myoma pylori. E. Berthold: Új modell fül- és orrbetegségek forrólégkezeléséhez. H. Koeppe: Egy tejeconservvel mint csecsemőtápszerezelt tapasztalatok. F. Schiffer: Veronal a gyermekgyógyászatban. J. B. Studzin-ki: Az essentia antimellini composita hatásáról diabetes mellitusnál.

Centralblatt für innere Medizin, 1904. 24. szám. V. Uchermann: Egyésges kórkép-e a beri-beri?

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 20. szám. Kelling: Intrathoracalis műtét a bázisíngon. Braun: Suprarenin. Moszkowicz: Adat a Röntgen-sugarak használatának technikájához. Wilms: Műtétek a mellüregben magas nyomás mellett. 21. szám. Porges: Varrásmód elsüllyesztett varratok elkerülésére Bassini-műtétnél. Berg: Adat a hólyag rosszindulatú álképleteinek gyökeres műtétéhez.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904. május. Bechterew: A m. orbicularis oculi részvétele corticalis és subcorticalis facialishüdekekben. Nissl: Idegsejt és psychosis.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 15. kötet, 5. füzet. Janet: A gonorrhoea kezelése öblítésekkel catheter nélkül.

La semaine médicale, 1904. 24. szám. N. Chrysovergis: A Bright-kór „kis rohamjainak“ dyspeptikus eredetéről. F. Lajars: A fej és törzs magasabb elhelyezése a hashártyaíob műtett eseteinek utókezelésében.

The lancet, 1904. I. 25. szám. Santi: A larynx nyirokmirigyei és összefüggésük a larynx rosszindulatú megbetegedéseivel. M. Coplans: A súly aetiologiájáról. M. Faure: A tabes gyógykezelése és prognosisa. P. Rendall: A méh homokóraszerű összehúzódásának 7 esete. Allen-Tankard: Jegyzetek a vizelet analysiséhez. Cox: Nephrectomia sérülés után.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1904-dik év 23. hetében (1904. június 5.-től június 11.-ig) következő volt: I. Népességi mozgalom. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszülött 427 gyermek, elhalt 294 egyén, a szüle-tések tehát 155-el mutak felül a halálozásokat. Születések arány-száma: 1000 lakosra: 27.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18.8, az egy éven felüli lakosságnál: 15.0, az öt éven felüli lakossá-gnál: 14.2. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 6, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 7, paralysis progress. 6, tabes dorsalis —, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordi. 9, morbi myocardi 3, vit. valvularum 5, arteriosclerosis 5, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta —, bronchitis chronica —, 5 éven aluli 6, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. —, pneumonia, 16, pneumonia erou-posa 1, tuberc. pulmonum 70, emphysema pulm. 3, pleuritis 2, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi 3, enteritis 2 éven aluli 25, 2 éven felüli 0, cholera nostras —, hernia incarcerata 0, alii ocl. intestini —, peritonitis 2, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 1, nephritis 4, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. —, alii m. org. gen. —, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 19, paedatrophia —, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. 6, carcinoma uteri 4, alia carcinomata 11, alia neoplasmata 4, morbi tuberculosi 4, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 6, typhus abdominalis 2, variola, variella —, morbilli 3, morbilli pneumonia 1, scarlatina 11, pertussis 1, croup laryngis 0, dipht. faucium 1, influenza 2, febris puerperalis 2, lues congenita —, erysipelas 1, pyaema, sepsis 0, alii morbi infect. —, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 2, suicidium 5, homicidium —, justificatio — casus viol. dubii 0. — II. Betegedés a) Betegforgalom a községi kórházakban. A múlt hét végén volt 3387 beteg, szapo-rodás 1025, csökkenés 837, maradt e hét végén 3499 beteg. b) Heveny-rágályos kórházban előfordult betegedések voltak 1904. évi június 5-dikétől június 11-dikéig terjedő 23. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 114 (148), vörheny 99 (83), ál. gége- és ronsoló torok-lob 32 (32), hökhurut 10 (13), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 4 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 10 (14), vérhas 0 (0), járv. agy-gerincegységkór 0 (0), járv. fültőmirigylob 9 (12), trachoma 4 (5), lépfene 0 (0), ebdűh 0 (0), takonykór 0 (0).

— Kinevezések. A marosvásárhelyi kórház belgyógyászati és szülészeti osztályának főorvosává a belügyminister Malom Dezső dr.-t nevezte ki. A budapesti állami gyermekmenhely főorvosává a belügy-minister Torday Ferencz és Szabó Mihály dr.-okat nevezte ki.

+ Megválasztások. A székes főváros törvényhatósági bizottsága június 15-dikén tartott ülésében egyhangúlag Magyaréves Mladen dr.-t, eddigi helyettes tisztifőorvost, a közegészségügy régi ismert munkását választotta meg a főváros tisztifőorvosává. — Marosvásárhelyi kör-orvossá Kozma Imre dr. választott meg.

< Megbízások. A kolozsvári törvényszék területe törvényszéki orvosi teendőinek végzésével az igazságügyminister Schönvald József dr.-t bízta meg.

△ Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választottak meg. Az I. számú belklinikához: Goitein Salamon díjtalan gyakornokká. A II. számú női klinikához: Boleman Béla dr. és Konrád Jenő dr. díjas, Szili Jenő dr. díjtalan gyakornokká (meghosszabbítások). A gyógyszerintézethez: Berkó Antal dr. második tanársegéddé. Az I. számú anatómiai intézethez: Horváth Géza dr. második tanársegéddé, Alth Egon dr. díjas gyakor-nokká. Az idegklinikához: Kollarits Jenő dr. tanársegéddé és Herczog Ferencz dr. díjtalan gyakornokká (meghosszabbítások). Az I. számú női klinikához: Lutter Károly dr. díjtalan gyakornokká. A II. számú sebész klinikához: Fáykiss Ferencz dr. (meghosszabbítás), Genersich Antal dr., Ofner Oszkár dr. és Verebely Tibor dr. ösztöndíjas, Sálgo Ernő dr. és Zilahy Ernő dr. díjtalan műtőnövéndékekké. Az I. számú sebész klinikához: Gergő Imre dr. (meghosszabbítás), Paleta Viktor dr. (meghosszabbítás), Remenák Elek dr. és Steiner Pál dr. ösztöndíjas, Bakay Lajos dr., Gellért Elemér dr., Fodor Leó dr., Lobmayer Géza dr. és Szemere Béla dr. díjtalan műtőnövéndékekké.

Ugyanezen ülésén az orvoskari tanártestület a Bujanovich-féle szigorlati segélydíjat Balázs Ármin szigorló orvosnak ítélte oda.

< Oklevél-bemutató. Okleveleiket 1904. április havában a tisztí főorvosi hivatalban bemutatták: Mannsfeld Pál dr., Dapsi Viktor dr., Vajda Zsigmond dr. és Szirmay Kálmán Gusztáv dr., egyetemes orvos-doktorok és 4 szülész.

× A párisi Pasteur-intézet vezetője Roux Emil lett, az ő eddigi állását Metschnikow tölti be.

○ A községi és körorvosok a belügyministernél. A községi és kör-orvosok congressusa által delegált bizottság Solymosi Ödön báró ország-gyűlési képviselő vezetésével tisztelgett a belügyministernél. A bizottság tagjai László Samu dr., Derecsényi Imre dr., Kardos Sándor dr., Bruck Ferencz dr., Mahrer dr., Späth Henrik dr., Schulhof János dr., Varga dr., Werner dr., Grimm Ferencz dr., Ledig Lajos dr. és Tóth Ödön orvosok voltak. Az orvosok szónoka László Samu dr., rövid beszéd kíséretében átadta a memorandumot. Gróf Tisza válaszában kifejtette, hogy ő azelőtt mint falun élő, független ember meggyőződött arról, hogy a sok bajjal küzdő községi és körorvosok nehéz helyzetének sanálása már általános köz-egészségi szempontból is feltétlenül szükséges s azért a legelső törvény-

hozási működésnek tartja, hogy egy, a közel jövőben beadandó törvény-javaslatban, figyelemmel az átnyújtott emlékiratra, biztosítsa a községi és körorvosok méltányos követeléseit. A küldöttség ezután még Sándor János államtitkárnál is tisztelgett, a hol a Kardos dr. által átnyújtott memorandumra az államtitkár hasonló megnyugtató kijelentést tett. Ezután felkereste még a küldöttség Chyzer Kornél dr. ministeri tanácsost és Roisz Gedeon dr. közegészségügyi főfelügyelőt. Derecsényi Imre dr. üdvözlő szavai után mindketten biztosították a küldöttséget odaadó támogatásukról.

— „Naptól felmelegedő sóstavak“ ezímen a Királyi Magyar Természettudományi Társulat „Népszerű természettudományi előadások“ című kiadványsorozatában most jelent meg a 3. füzet Kalcinszky Sándor-tól.

A kis munka a szavatai, nevezetesen a Fekete-, Magyarosi-, a 70-es években keletkezett Medve-, a Vörös- és a Zöld-sóstavakat ismer-teti, melyek nemcsak Erdélynek, hanem az egész világnak természeti nevezetességei. Különösen kiemeli a természeti csodának nevezhető Medve-tavat, melynek hőmérséklete 1:32 meter mélységben a 70 C. fokot is eléri. A munkát 5 ábra díszíti, ára 50 fillér, megrendelhető a Társulatnál (Budapest, VIII., Eszterházy-utca 16.).

+ Vörhenybeteg kényszerrel való szállítása. Igen sok helyen a vörhenybeteg megfelelő elkülönítése lehetetlen, a hatóság mind a mellett nem tudja a beteg a lakásból eltávolítani, ha a szülők ellen-szegülnek. A fővárosi tanács most engedélyt kér a belügyministertől, hogy a vörhenybetegeket, a hol a viszonyok megkivánják, ép úgy, mint a diphtheria betegeket karhatalommal is kórházba szállíthassa.

∞ Új sanatorium a fővárosban. A VII. ker. Hungária-körút 9. szám alatt új gyógyintézet nyílt meg, melyet június 22-dikén mutatott be vezetősége az orvosvilág nagy számban megjelent kitünőségének. A városligetben épült sanatorium, melyben elmebetegek és fertőző bete-gek kivételével mindenféle beteg elhelyezhető, hygienikus s a mellett rendkívül kényelmes berendezésével osztatlan elismerést vívott ki. Az intézet élén Rózsaffy Alajos dr. főorvos, Dapsy Viktor dr. egyet. tanár-segéd, Szabó Károly, Goth Lajos és Németh Ödön doktorok állanak.

⊕ Fürdőink személyforgalma. Tátrafüred VI/15. 179. Új-Tátra-füred VI/12. 178. Mattoni budai Erzsébet VI/15. 511.

+ Megjelent. Hugonnai Vilma gr.: Egészségtani előadások nők számára. Jó egészség. 1904. — Hammer Dezső: A trigemin fájdalom-csillapító hatásáról. Orvosi Hetilap. 1904. — Körösy József: Budapest székes főváros halandósága az 1896–1905. években és annak okai. Budapest. Grill. 1904. — Magyarország közegészségügye az 1902. évben. Budapest. Athenaeum. 1904.

* Elhunyt. Greilinger Lajos dr. Sopron város rendőrorvosa.

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

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: Dr. Jakab László.



Szt. Lukácsfürdő
gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénas források. Iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézetek, villany-fényfürdők, gyógyvíz-uszodák. Olcsó és gon-dos ellátás. Csúsz. késvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budán.

Dr. Weyner Emil kozmetikai rendelese, V., Fürdő-utca 8. Gyógyítás tárgyát képezik: Női arczsűrők. — Szeplők. — Comedo; Acne; Rosacea. — Anyajegyek. — Szemölcsök. — Arczránczok. — Hónalj-, tenyér és talp-izzadás. — Az arc- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegyek. — Tisztátalan teint (bőrhámlasztás). — Hajhullás. — Hajfestés. — Hajbetegségek stb.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium a kü-lön. pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, belbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: Réh Béla dr.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

teljes berendezési mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. 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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1904. június 20-dikán. 399. l. — Közkórházi Orvostársulat. (III. ülés 1904. február hó 24-dikén.) 400. l. — (IV. ülés 1904. március 9-dikén.) 401. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1904. június 20-dikán.)

Elnök: Than Károly; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű értekezés volt:

Ónodi Adolf és Entz Béla: *Keratitis pharyngis* című dolgozata, melyet előterjesztett Ónodi Adolf levelező tag.

A pharyngomycosis benignának, helyesebben keratitis lacunaris pharyngisnak nevezendő betegség klinikai tüneteivel és főleg a betegség alapját képező kórszöveti elváltozásokkal foglalkoznak részletesen megvizsgált esetek kapcsán.

Az irodalom rövid áttekintése után a baj tünetét és terápiáját tárgyalják. Az utóbbit illetően nézetük szerint a könnyű eseteket nem kell kezelni, de ha a betegség makacs, a kezeléssel dacol, mintán tulajdonképeni lényege a hám elszarusodása, a baktericid szereket, melyek így céltalanok, el kell hagyni, s erőlyes kezelést kell alkalmazni, a minő a csapoknak éles kanállal stb. való eltávolítása.

A szövettani vizsgálatokból kiderült, hogy a nyálkahártya hámja tetemesen megszoródott, és benne sok osztó sejt látható, a mi a rohamos sejtburjánzásra enged következtetni. Az újdonszülődött hám a felületen a nélkül, hogy keratinizál, vagy alcidin lépne fel benne, elszarusodik; az elszarusodott hám vastos lemezeket, s a felületen kiemelkedő csapokat is alkot, melyek itt-ott szétroztatódnak, s ilyen helyeken szemcsés detritus-tömegeket tartalmaznak. E detritusban gyakran elszorva leptothrix-fonalak találhatók. A hámrétegen a sejtek közt mindenütt lymphocyták vándorolnak keresztül, a nélkül, hogy itt praeformált nyílások lennének, mint ezt régebben gondolták. A kötőszövet erősen gömbösesen beszűrődött; e változás enyhébb izgalomra vagy lassú gyógyulásra utal.

A betegség lényege tehát a nyelvgyöki tüszők s a mandula lacunák hámjának némi, mérsékelt fokú gyulladásától kísért tetemes megszoródása és elszarusodása mintegy a hám metaplasziája, mert mint látjuk, a szájnálkahártya sokrétű hámja, mely normalis viszonyok közt nem szokott elszarusodni, a bőrhámhoz hasonló elszarusodó hámra alakul át, mintegy visszaesik embryonalis állapotába. E metaplasia mellett feltűnik, hogy a hám nem válik le, valószínűleg a miatt, mert a szárulemek erősebben összetapadnak, s igen nagy mennyiségben képződnek.

A baj tehát nem a leptothrixgomba által okozott mycosis, mint azt régebben állították és a legújabb tankönyvekben is fenntartják. A hám felületén talált gomba csak másodlagosan telepedett le az elszarusodott hámfelületre. A leptothrix beoltásával eddig még senkinek sem sikerült a leirhoz hasonló betegséget előidézni. Valószínűbb, hogy valami hosszantartó gyulladásos inger okozza a hámburjánzást, de azt sem lehet határozottan tagadni, hogy a baj veleszületett, a mi mellett különösen az szól, hogy a bajt főleg fiatal egyénekben észlelték, s hogy ujszülötteknél is lehet a mandulában száris hamgyöngyöket találni.

Mindezek alapján szerzők a bajt kóros elszarusodásnak tekintik, s a betegség megjelölésére a keratitis pharyngis elnevezést tartják a leghelyesebbnek. Az olyan eseteket, hol valóságos száritüskék képződnek, hyperkeratitis pharyngisnak lehet nevezni.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató ülése 1904. február 24-dikén.)

Elnök: Schwartz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

7-dikén reggel újból hűgő, flottáló légvételek. Cyanosis nines; csekély behúzóadás. P. 144. L. 40. 10 órakor intubálás, mely után kb. 10 perc múlva a tubust kiköhögi, s újból az előbbiekhöz hasonló nagy hártát köhög ki. Állapota kielégítő, egészen d. u. 4 óráig, mikor újból szűkület jellei vehetők észre. 8 óra felé este hirtelen beálló, de hamar el is múló cyanosis, arhythmias, felületes légzés volt észlelhető.

8-dikán 1/2 órák orokor éjjel újból intubálni kell; a csövön át nagy hártát köp ki, s ezért utána a tubust is kiveszik. Délután 2 óra felé újból ismétlődtek a tünetek, s a lefolyás ugyanolyan volt mint az utóbbi alkalommal. Az ezen alkalommal nyert hártya azonban nem volt konserválható.

9-dikén éjjel és a délelőtti folyamán elég jó közérzet. Hőm. 39° C. Erősen bűzös lehelet. A torokfolyamat szépen javul, de a legkisebb érintésre is orron, szájon át vérzés áll elő. Teljes rekedtség, ugató köhögés. Délfél a szűkület jellei mutatkoznak, a beteg kimerültekné látszik. Intubál, a mi után légzése nyugodt lesz, elalszik. Öt órai bennfekvés után a tubust eltávolítja, utána keveset köhög a beteg, de légzése nyugodt.

10-dikén a nehézlégzés elmaradt. Teljes rekedtség, hangos ugató köhögés.

Vizeletben közepes mennyiségű fehérje található, alakelemekkel.

12-dikén. Arcz, végtagok puffadtak.

13-dikén. Bűzös, hasmenéses széke van, halavány arcszín. Garatbénulás tünetei vehetők észre.

19-dikén a pöfödés megszűnt, a bénulás nem fokozódik.

Január 1. Javulás vehető észre. Hangosan tud beszélni. 20-dikén gyöngyűltan igen jó állapotban távozik.

Összesen tehát in ubálta 6 izben, 6 óra össztartalommal.

A mint a körtörténet mutatja, az eset egyike a legsúlyosabb gégecroupoknak, melyet érdekessé tesz a croupos hárták nagy volta, az igen gyors és sokszorosan ismétlődő megújulása, s végül ezen hárták könnyű lelkődése.

A gyermek három nap lefolyásán belől 6 izben volt kitéve a leggyorsabban bekövetkező megfulás veszélyének, s hogy mégis sikerült életben tartanunk, azt a gyermek intelligenciája, melylyel érzéjainkat átértette és elő is mozdította, a croupos hárták könnyen leváló természete, s a mindig kellő időben alkalmazott orvosi beavatkozások, főleg az intubatio tették lehetővé.

Sarcoma chorioideae.

Fekete Sámuel: Utóbbi időben két sarcoma chorioideae-t észlelt Grósz Emil tanár osztályán, mindkettőt az első stadiumban. Praeparatumot demonstrál, melyen a levált retina mögött a papilla belső oldala mellett ülő, 1/2 cm. átmérőjű, széles kocsányú daganat átható.

II. Ectropium-műtét Kuhnt-féle nyeletlen lebenynyel.

Fekete Sámuel: Beteget mutat be, kinél műtétét hog által okozott teljes ectropiumot operált. A heg kiirtása és a szemhéj visszafordítása után keletkezett anyagihiányt a jobb felkarról vett bőrlebenynyel pótolta, mely megtapadt és jó eredményt nyújtott. A műtét sikerének feltételei, hogy a szemhéj ideiglenesen a homlok, illetve az arcz bőréhez varratokkal rögzíttessék, kellő nagyságú bőrlebeny vétele, és hogy az ectropiumot előidéző hegszövet tökéletesen kiirtassék.

Transpleurális úton műtett subphrenikus tályog.

Herczel Manó: S. Mózes, 28 éves, kereskedő. 4 év előtt enyhe gyomortáji fájdalmak voltak egy-két hónapi időközökben. Nem hányt soha, sárgasága sem volt. Három hó előtt négy heti karlsbadi kúra után kezdte magát rosszul érezni, gyomortáji fájdalmak kiújultak s egy izben igen heves, görcsös gyomorfájdalmak voltak, melyek 24 óráig tartottak; ez alatt hányt is, hányadéka zöldes-epes volt. Ez idő óta többet nem hányt, görcsös rohama sem volt, de állandóan gyengének érzi magát s körülbelül 8 hét óta állandóan lázas, időnként rázóhűvel.

Felvételkor (1904. I. 23.) a lesoványodott, anaemikus férfibeteg tüdői felett puha-sejtes légzés; szívtoppulat rendes, szívhangok tiszták. A kopogtatási hang jobb oldalon a parasternalis vonalban elől az ötödik borda felső széléig, a bimbóvonalban a hatodik borda felső széléig, a melisó hónaljvonalban a hatodik borda alsó széléig teljes, éles, nem dobos, ezentúl lefelé tompa. Hátul jobb oldalon a nyolcadik bordától lefelé szintén absolut tompa, ugyanitt gyengült mellrengés érzhető s légzés alig hallható.

A máj alsó széle percussio szerint a bordaív alatt 2—3 ujjnyira terjed lefelé, a májtoppulat tehát minden irányban nagyobbodott, de különösen fel a hónalj felé. A mellő hónaljvonalban a has felől jól kitapintható a kemény májszél, mely nyomásra, különösen az epehólyagtól kifelé igen érzékeny, ép úgy fájdalmas a jobb XII. bordára gyakorolt nyomás. Mély belégzésnél a topulát felső határa egy ujjnyival alább száll.

A hónaljvonalban 4 1/2 cm. mélységből próbapunctio alkalmával sűrű, bűzös genyet kaptak.

A has mérsékeltelen elődomborodó, kopogtatási hangja éles-dobos, benne elle álló képlet nem tapintható. Lép megnagyobbodva ninesen.

E tünetek alapján a legnagyobb valószínűség mellett állíthatók fel a *jobb oldali rekesz alatti tályog diagnózisát*, eredetére azonban biztos támpontunk nines, s eldönteni azt, hogy egy gyomorfelekély perforatiojából-e vagy pedig a máj és rekesz között felfelé terjedt appendicularis genyes folyamattal van-e dolgunk, nem képesek. Az anamnesis szerint az első eshetőség valószínűbb.

A beteg állapota indikálta a műtét beavatkozást, melyet chloroformnarcosisban (1904. I. 28.) végzett.

Felhóvalakú convexitásával lefelé néző metszés jobb oldalon, melynek alapját a VIII. borda képezi s a közép-, hónalj- és bimbóvonalak közt terül el. Az így körülírt körülbelül 7 cm. magas bőrlebenyt felpraeparálva, a VIII. és IX. bordák között körülbelül 10—10 cm.nyi darabot resekálnak. A complementair pleurális úr előzetes lob által összetapadt, s így direct a tályogüregbe jutnak a rekesz átmetszése után, melyből egy lit-rnyi sajátsejtű, átható, káposztaszagú, zöldes-sárga geny ürül; a tályogüreget apró septumok választják rekeszekre, felfelé csak kevésé,

ellenben hátra s a lumbális tájra aláterjed; itt contraincisiót ejtenek s drainsövet húznak át. Enyhe öblítés után tamponálják.

A beteg másnapra a műtét után már láztalan lett, a csikok eltávolítása után a sebüreget gyorsan megkisebbedett, jelenleg féltényérvnyi sarjfelület van a műtét helyén, mely egy finom, csak sebkutaszszal átjárható, körülbelül 5 cm. mély üregbe vezet. A beteg teljesen jól érzi magát, hízik s a napokban gyógyultán távozik.

Hochhalt Károly: Arra nézve, hogy a subphrenikus tályog gyomorbéli vagy appendiculus eredete nem volt eldönthető, az a kérdése, hogy kimutatható nem volt-e a pyopneumothorax subphrenikus, mert a gyomorbéli eredet mellett szólott volna ez. Azután kérdi, hogy percussió auscultatiót eszközöltek-e a betegnél, mert ezen vizsgálati mód alkalmas arra, hogy a máj határát pontosan megállapítsuk és így talán el lehetett volna kerülni a transpleurális operációt. Jövőben mindenestre célszerű lesz ezt a vizsgálatot megejteni.

Herczel Manó: Szabad levő nem volt jelen, bár ez nem absolute szükséges a gyomorbéli eredetű subphrenikus tályognál. Percussió auscultatiót nem végeztek, és nem is hiszi, hogy valami lényegest ki lehetett volna vele mutatni, mert a máj teljesen hátra volt tolvá, és a máj kúpját és jobb lebenyét teljesen fedte a geny. De ha a máj határa ki is lett volna mutatható, a transpleurális út lett volna egyedül helyes, mint a hogy ez a műtétnél kiderült.

Typhusperforatio gyógyult esete.

Herczel Manó: A bélperforatio typhusnál bár aránylag ritka jelenség, mégis a typhushalálesetek 5–12%-ának okozója. Műtétet csak elvéve sikerül egy-egy esetet megmenteni. *Gesselerits és Wanasch* szerint 63 operált eset közül csak 11 gyógyult. Kedvezőbbek azok, melyeknél a perforatio körül bélsártályog képződik. Ilyen a következő eset:

S. H., 24 éves, vasalónő, 1901. május 12-dikétől június 26-dikáig typhussal feküdt a szt. László-kórházban; reconvalescentiája idején, július 10-dike táján egy izben felkelt s utána rendkívül erős fájdalmakat érzett hasában, melyek ezután állandóan fennállottak; június 21-dikén a jobb csípőtájiában egy daganatja keletkezett; e mellett állandóan emelkedett, egész 39°-ig felmenő esti hőemelkedései voltak rázóhideggel, melyek miatt június 26-dikán osztályára tétetett át, hol a rendkívül gyenge és elesett, soporosus betegnél meteorismust s egy a köldök alatt helyzet foglaltó, főleg a jobb csípőtájiért elfoglaltó nagy, nyomásra igen érzékeny resistenciát tapintottak. Ennek, valamint a fennálló intermittens lázmenet s az előrement typhus alapján azt vették fel, hogy a betegnél egy typhusperforatióból származó tályog van jelen s június 29-dikén ezen diagnossissal láttak neki a laparotomiának. A jobb Poupart-szalaggal párhuzamos metszéssel egy óriási intraperitoneális tályogüreget bukkantak, melyből sok geny és bélsár ürült. A tályog a hasfal alatt az ellenoldali csípőtájiáig vonult, azért itt contraincisiót végeztek. A műtét után a beteg összeszedte magát, lázai azonban nem multak el teljesen, s a székletét 2 hónapig legnagyobb részben a sebet át ürült; később a sebek összehúzódtak, valamelyes bélsár a jobboldali sebet át még azután is ürült s ezen az októberben végzett kaparás sem javított. E miatt, s mivel a betegnek a medenczében retentioja volt és apró hőemelkedései, decemberben újabb műtétet végeztek, mely alkalommal a középvonalba hatolva be, a sebüreget újra kitisztították s mivel a sülyedés az uterus mögött a Douglasba terjedt, a vaginán át contraincisiót készítettek, melyen át egy vastag drainsóval a váladék bő lefolyását biztosították. A bélen levő perforatiót nem lelték fel, így beérték az üreg tamponálásával. 1902. februárjára sebei mind begyógyultak, csak a bal Poupart-szalag felett levő 1902. májusban, s ez időtől kezdve egész 1903. karácsonyáig jól volt a beteg s magát teljesen egészségesnek érezte. Ekkor bal csípőtájiáján fájdalmak keletkeztek, majd nem birt egyenesen járni, hogy láza volt-e, nem tudja.

1904. január 19-dikén újra osztályára vétette fel magát, midőn is nála a bal csípőtájiában egy diffus resistenciát találtak, mely fel-fel a régi heg helyéig, 2 ujjal a Poupart-szalag fölé, hátrafelé a középső axilláris, mellfelé a mamilláris vonalig terjedt. A resistens hely kemény, felette a kopogtatási hang tompult, dobos, a bőr pedig térszítás tapintatú s az oedema a bal cizombra is reáterjed. A bal csípőizület 150°-on túl nem nyújtható, behajlítani azonban annyira lehet, hogy a cizomb a hasfalat éri.

Diagnosis: Abscessus iliacus, contractura psoatica.

Az 1904. január 23-dikán végzett műtéténél a régi heg alatt a bal Poupart-szalaggal párhuzamosan hatolva be, a kérges hegesen elváltozott hasizomzatot át egy nagy tályogűrbe jutni, mely hátrafelé a lumbáltáira, s lefelé a Douglasba folytatódik, s melyből körülbelül 400 cm³ zöldessárga, nem büzös geny ürül; a tályogfal erősen vérzékeny. Tamponad. Bakteriologikus lelet (Feldmann dr.) streptococcus pyogenes s egy kellően nem determinálható bacillus.

A sebüreget rohamosan összehúzódtott, jelenleg körülbelül 4 cm. mély és szűk járat áll csak fenn; a lefolyás teljesen láztalan volt, a beteg fájdalmak elmúltak s jelenleg teljesen jól érzi magát.

Retroauricularis defectus plasticája.

Krepuska Géza: Két beteget mutat be. Egyiknél a nagy kiterjedésű sziklasont cholesteatomája és sinusphlebitis miatt a retroauricularis nyílást állandóan nyitva kellett tartani hosszabb időn át, de mert teljesen gyógyult, a beteget a bemutatott által módosított Passow-Trautmann-féle plasticai eljárással szándékozik megoperálni.

A másik beteg a K. O. T.-ban 1903. december 16-dikán tartott

ülésében bemutatott *labyrinth-laesioban* szenvedett és e miatt megoperált beteg, a kinél a retroauricularis nyílást nyitva kellett tartani, addig, míg a granuláló tegmen antri felett levő kemény agyburrok és lobos sinus sigmoides fala teljesen be nem hamosodott.

Az utóbbi betegnél a retroauricularis defectus körülbelül 2×2 cm. átmérőjű volt. A műtét után a defectus teljesen fedve, a kagyló állása olyan, mint a „per primam” gyógyuló retroauricularis metszésnél.

Nagy kiterjedésű hasi zsirnekrosis gyógyult esete.

Pólya Jenő: G. I., 26 éves, varrónő. Utóbbi időben jelentkező székrekedésen kívül soha baját nem érezte, 5 év előtt egyszer szült. 1903. december 16-dikán este hirtelen rosszul lett, kirázta a hideg s hasában erős fájdalmak keletkeztek, melyek kezdetben az egész hasra kiterjedtek, később azonban csupán a jobb csípőtájiakra voltak localizálva; hasa megpuftadt, teljes szék- és szélrekedés: A következő napokban a hányás elmúlt, a szék, szél beöntésre elindult, azonban magas lázai fennállottak, fájdalmak nem onyhultak. Felvételtkor *Herczel* tanár szt. István-kórház osztályára (1903. december 23) a beteg igen elesett, arczsíne sajátságos fakó, nagyon halvány, kissé soporosus, somnolens. Nyelv erősen bevont, de nedves. Mellkas jól fejlett, légzés felületen, szapora száma percenként 32, tüdők felett csekély hurut. Szívtompulat normális; szívhangok tiszták.

A has elődomborodó, kissé feszes, az ileocecalis tájon egy tényérvnyi széles a Poupart-szalaggal párhuzamosan haladó csiknak megfelelő resistenciát éreztek, mely nyomásra igen érzékeny s mely felett a kopogtatási hang erősen tompult. A tompulat aláfélé a Poupart-szalagig ér, felfelé 2 ujjal a bordáiv alatt végződik, külső határa a mellő hónaljvonal, a belső a mamilláris és parasternalis vonalak közt húzott vonalba esik. Egyébűt mindenűt éles-dobos a kopogtatási hang, máj és lép nem tapintható, tompulatuk normális.

A vaginális, rectális vizsgálat normális viszonyokat tüntet fel. A bántalom kezdete, lefolyása s a physikális lelet alapján genyedő appendicitist voltak kénytelenek a betegnél felvenni s tekintettel súlyos állapotára, rögtön behozatala után *Herczel* tanár szíves megbízásából megoperálta. A műtét Schleich-féle anaesthesiában történt; egy ferde metszéssel a jobb Poupart-szalag felett s az izmok közt tompán behatolva, feltűnt a peritonéalis zsirszövet sajátságos külleme, a sárga alapszövetbe egyes fekete, szakadékonny, kenőcszerű consistentiájú, sárga pettyekkel tarkázott zsirdarabok voltak ágyazva; hátrább retrocecalisan már a zsirszövet túlnyomó része, ilyen természetű, fekete, mállékony, s igen vérzékeny. A peritoneumból punctiora hig, véres savó ürül; a peritoneum megnyitása után abban hasonló küllemű, kenőcszerűen mállékony, feketés és sajátságos szagú zsirszövetre bukkantak; az üregben egy bélkaes is fekszik, mely részben ezen masszához, részben a peritoneum parietalehoz tapadt oda; falzata meg is sérült egy kis helyen, de belőle csak kevés hig tartalom s néhány gázbuborék jött ki, e lukat azonnal kétsoroson bevarrják s az üreget tamponálják. A kivett zsirdarabokat *Genersich* tanár volt szíves megvizsgálni s az ő diagnossisa: Nekrosis textus adiposi (omenti) cum subsequente inflammatione.

A beteg láza a műtét után nem szállt le, s a beteg tovább is igen elesett maradt, pulsa állandóan 120–140 közt járt, esti hőemelkedései 38.4–39 közt ingadoztak mintegy 4 héten át a műtét után; a sebből bő büzös váladék s sequestrált zsirdarabok nagy bőséggben ürültek; koronként peritonéalis izgalom tünetei (hányás, meteorismus, szélrekedés), máskor profus vérzések a tályogűrbe súlyosbították a kórképet, úgy hogy a beteg élete heteken át egy hajszálon függött.

Január 5-dikén a lumbális tájon contraincisiót végeztek, s a sebből mintegy 2 marokra való nekrotikus zsirszövetet távolítottak el.

De még azután is távoztak úgy az intra-, mint az extraperitoneális, most már összefolyó, mintegy gyermekfejnyi tályogűrű nekrotikus zsirdarabok. Érdekes volt az is, hogy az ureter mintegy 10 cm. hosszban mint szabadon kiproaperált köteg vonult a tályogűrön végig.

Január vége felé kezdett az állapot javulni; az esti hőmérsék rendszert 38.5-ön alul maradt, az étvágy, közérzet javult, a seb secretioja kisebbedett, a nagy üreg összéből húzódtott, s február 1-je óta, midőn az utolsó nekrotikus zsirdarabot kivették, a beteg teljesen láztalanra vált, a sebüreget rohamosan összehúzódtott, az ureter oda-tapadt a tályog aljához; a váladék még büzös volt ekkor ugyan, de hydrogenhyperoxidöblítésre, majd füröszítésre teljesen elvesztette szagát, s jelenleg a seb egy hollótolnyai, körülbelül 5 cm. mély sipoly-járatról eltekintve, teljesen begyógyult, a beteg igen jól érzi magát, erőben, súlyban szemmel láthatólag gyarapodik.

A baj pankreas-eredete mellett szól, hogy a betegnél január 15-dikén megejtett vizeletvizsgálat alimentáris glykosuriát mutatott ki, a mennyiben 100 gm. szőlőcukor bevétele után 2 órával a vizeletben 1.5% cukor volt kimutatható, 3 órával a cukor bevétele után a vizeletben cukor már csak nyomokban volt jelen. A február 22-dikén megejtett vizsgálatnál alimentaer glykosuria nem volt constatalható.

Zsirszékélest a betegnél direct erre irányított kísérletnél sem találtak.

Herczel Manó: Két megjegyzést óhajt tenni. Egyik az, hogy ebben az esetben tulajdonképp appendicitis-diagnossis alapján avatkoztak be és csak azután derült ki, hogy új megbetegedéssel állunk szemközt, melyre ezután laparotomiák előtt gondolni kell, ha olyan tüneteket látnak, a minőket előadó említett.

Második fontos kérdés, hogy azoknak van-e igazuk, kik a zsirnekrosist mindig primaer pankreas-megbetegedésnek tartják, vagy pedig azoknak, kik a pankreas-megbetegedéstől független és vele egyenértékű megbetegedésnek vélik.

A bemutatott esetben a betegség 3–4. hetében alimentáris glykosuria lépett fel. Ez a mellett szól, hogy a pankreas is afficiálva volt és pedig valószínűleg pankreatitis haemorrhagica volt jelen, a mi nem hozott létre teljes elhalást, de okozta az előadók által említett tüneteket, a retroperitoneális zsírtömegek teljes elhalását.

Mindenesetre az a legkritikább esetek egyike, hogy a beteg így kiterjedt zsírkroszissal életben marad és meggyógyul.

A has áthatoló lött sebe a colon ascendens sérülésével. Laparotomia, gyógyulás.

Koch Béla: H. J., 15 éves, inas, f. évi január 11-dikén Tétényben öngyilkossági szándékból hasába lött. Beteg reggel követte el az öngyilkosságot, a szt. Rókus-kórház I. seb. osztályára azonban csak a délutáni órákban szállított be. Megelőzőleg súlyos typhust állott ki. Beszállításkor a következőket találtuk rajta: beteg öntudatnál van ugyan, de rendkívül gyenge, halovány, anaemikus. Pulsus-szám percenként 46. Hőmérsék 37.7°. Szemek becsüettek, nyelv bevont. Behzatal után többször hányt.

A köldök magasságában attól négy harántujjnyira jobb felé egy borsónyi kerek, berepedezett szélű folytonosság megszakítást találunk, mely a mélybe vezetett és melynek környékén a bőr feketésen pigmentált. A has mérsékelten puffadt, a folytonosság megszakítás környékén nyomáskor fájdalmas.

A leírt tünetek valószínűvé tették, hogy áthatoló hassérüléssel van dolguk, miért is laparotomiára határozta el magát, melyet aether-narcosisban a következők végzett: a köldöktől jobb felé a rectuson keresztül függőlegesen vezetett 12 cm. hosszú metszéssel át hatolt be.

A hasúr megnyitása után kint, hogy a belek mérsékelten puffadtak, a szabad hasürben kb. 100 gm.-nyi barnás-vörös folyadék van és a hashártya itt-ott fibrinlepedékkel borított. A belek áttekintése közben a colon ascendens alsó harmadán, a külső oldalon egy kis kerek, szakadozott szélű folytonosság megszakítására bukkant, melyből híg bélsár szivárgott. A bél sérülését két étagé Lembert-varrattal zárta és a szabad hasürben levő folyadékot steril gazetamponokkal kitörölte. Miután a belek és a hasúri szervek pontos áttekintésekor egyéb sérülést, eltekintve a mesocolonon látható néhány kis vérömlenyől, nem talált, a hassebet két étagé-varrattal zárta, úgy azonban, hogy az alsó sebzugnál steril gazecsikot vezetett be a hasürbe.

Betegnél a műtét utáni napon magas lázak (38.2–39) léptek fel, szapor a pulsus kisérétében, azonkívül nagyfokú meteorismus és gyakori peritoneális hányás. Ezen tünetek az alkalmazott konyhasós infúziók és excitansok daczára fokozódtak, úgyannya, hogy a mutatózó erőfogyás miatt az esetet elveszettnek tekintették.

Azonban a hatodik napon a láz alább szállott és az összes aggasztó tünetek lassan megszűntek. Miután a beteg megerősödött, f. évi febr. 8-dikán a nagyfokú meteorismus következtében részben szétvált hassebet secundaer varattal egyesítette.

Beteg jelenleg már meglehetősen erőbeli állapotnak örvend, a napnak nagy részét fenntölti, a hasseb koronányi sarjfelületől eltekintve gyógyult.

PÁLYÁZATOK.

174/1904. szám.

Bihar vármegye közpórházánál lemondás folytán egy segédorvosi állás megüresedett.

Ezen megüresült s főispáni kinevezés útján betöltendő évi 800 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtó orvosokat, hogy Bihar vármegye főispánja méltóságos Beöthy László dr. úrhoz címzendő pályázati kérvényeiket, hozzám f. é. június hó 29-dik napjáig adják be.

Nagyvárad, 1904. évi június hó 21-dikén.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

3384/904. szám.

Hunyád vármegye dévai járásában a maros-solymosi kórházi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek. Ezen kórházi állás 27 község tartozik. Az állás javadalmazása a következő: 1200 kor. évi fizetés, 432 kor. utazási átalány. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A kórház lakása Déván van. Tartozik a megválasztandó kórház községeit negyedévenként a megállapított sorrendben, a fent megállapított úti átalány terhére, a melyből a hivatalos kiküldetések és szegény betegek látogatásának úti költségei is fedezendő, beutazni és rendeltetést tartani.

A megválasztandó kórház állását folyó évi augusztus 1-én elfoglalni tartozik.

Felhívom a pályázókat, hogy kellően felszerelt folyamodványait, nyelv-ismereteiket is feltüntető bizonyítványikkal folyó évi július hó 20-dikáig hozzám terjesszék be, mert később beérkező folyamodványok figyelembe vehetők nem lesznek. A választás folyó évi július hó 26-dikán, Déván, hivatalos helyiségben fog megejteni.

Déva, 1904. évi június hó 16-dikán.

2–1

A h. főszolgabíró.

A szegvárdi Ferencz-kórházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtókat, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványait folyó évi július hó 15-dikéig nagyméltóságú Széchenyi Sándor gróf v. b. t. tanácsos úr mint Tolna vármegye főispánjához címelve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvos-tudorok pályázhatnak.

Szegvár, 1904. évi június hó 20-dikán.

2–1

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

1907/904. szám.

A hevesvármegyei XVI-dik közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött kórházi állásnak választás útján leendő betöltésére ezennel pályázatot nyitattik.

A választásra határidőül 1904. évi július hó 14-dik napjának délelőtti 10 órája Pétervására községéhez mint a kórház székelyére azon felhívással tüzetik ki, miszerint a pályázni kívánók kellően felszerelt kérvényeiket alulírott főszolgabíróhoz folyó évi július hó 10-dikéig nyújtsák be.

A kórház javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A kórház tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni s azon alkalommal a községében élőknek betegnek díj nélkül rendelni.

Pétervására, 1904. évi június hó 15-dikén.

Drisnyeg Béla főszolgabíró.

4481/1904.

Sopron vármegye soproni járásában felső-pulyai járási orvossá kinevezett Zetti Károly dr. lemondása folytán megüresült németkereszturi kórházi állásra, melybe Németkeresztur és Küllő községek tartoznak, pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt elméleti képzettségüket, nemkülönben az 1886. évi XXII. t.-cz. 73. §-a értelmében teljeskorúságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám ez évi július hó 6-dikáig annyival inkább beadják, mert a később érkező kérvényeket a kijelölésnél figyelembe nem veszem.

Ezen kórházi állás javadalmazása a következő:

Fizetés	1000 k.
A Keresztur községben a vágóbiztos teendők ellátásáért	400 „
A nagyecseni cukorgyár németkereszturi bérletétől a gazdaságban alkalmazottak gyógykezeléséért	800 „
A soproni ker. betegsegélyző pénztártól a pénztári tagok gyógykezeléséért	300 „
A lakompaki erdőbérlet alkalmazottjainak gyógykezeléséért	128 „
16 köbméter keményfa	128 „
Összesen.	2628 k.

A választást Németkereszturtól a községében ez évi július 7-dikén délelőtti 9 órakor tartom.

Sopron, 1904. június 18-dikán.

Molnár István, főszolgabíró.

282/1904. szám.

A gyergyó-szent-miklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó rendelőorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1600 korona fizetéssel, 2 szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmaztatik.

Felhívom mindazon orvosdoktorokat, a kik legalább két évi orvosi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt Csík vármegye főispánjához intézett pályázatukat alant írt igazgatósághoz 1904. évi július hó 20-dikáig adják be.

Gyergyó-Szent-Miklós, 1904. évi június hó 7-dikén.

3–2

A „Gyergyói kórház” igazgatósága
Dobribán Antal dr., igazgató.

Lemondás folytán megüresedett nagy-czétényi kórházi állásra pályázatot hirdetek; a körlethez Nagy-Czétény, Kis-Czétény, Nemes-Pann, Vajk, Dicske, Emőke, Csehi, Lapás-Gyarmat, Nagy-Lapás és Kis-Lapás községek tartoznak.

A kórház 1200 korona évi törzsfizetést, 120 korona évi lakbért és 120 korona úti átalányt élvez, melyek előzetes havi, illetve negyedévi részletekben a kir. adóhivatalból utaltatnak ki.

A kórház székelye: Nagy-Czétény; látogatási díjai szabályrendeletileg vannak szabályozva. A pályázók felhívom, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. é. július hó 1-jéig alulírottához annál is inkább terjesszék fel, mert a később beérkező kérvények tekintetbe vételét nem ígérhetem.

Nyitra, 1904. évi június hó 8-dikán.

2–2

Majthényi, főszolgabíró.

87/1904. igazg. szám.

A nagyméltóságú m. kir. Belügyminister úr 36,339/904. számú rendelete alapján, a vezetésem alatt m. kir. állami kórháznál megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás elnyeréséhez megkivántatik az egyet. orvostudori oklevél az állással járó javadalmazás:

1. 1600 korona fizetés;
2. lakás, fűtés, világítás, első osztályú ételmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát, a szolgálati szabályzat értelmében, pontosan teljesíteni.

A kinevezés két évre történik és esetleg két év múlva meghosszabbítható. A pályázati kérvények a belügyministeriumhoz címzendők és alulírottához adandók be, honnan hármas jelöléssel a m. kir. belügyministeriumhoz lesznek felterjesztve.

A pályázat lejárati határidejéül f. é. július hó 6-dikát tűzöm ki.

Maros-Vásárhely, 1904. évi június 10-dikén.

3–2

Kozma Jenő dr., igazgató.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
jun. 29.	körorv.	Abelova	1600 k.	Szakáll fszb. Gács
" 29.	körh. s. o.	Nagyvárad	1200 k., lak., ellát.	Beöthy László dr. főispánhoz ezimezve
" 30.	körorv.	Bereg-Rákos	800 k., 200 k. fuvar	Deresényi Miklós fszb. Oroszveg
" 30.	körh. alo.	Losonc	1000 k., lak., élelm.	Wagner polgármester
" 30.	körorv.	Oppova	1900 k.	Lowieser Imre fszb. Antalfalva
jul. 1.	körh. s. o.	Beregszász	1400 k., szab. praxis	Jobsty Gyula alispán
" 1.	iskola o.	Nagy-Kőrös	400 korona	Ev. ref. egyháztanács
" 1.	körorv.	Krassó	1200 korona	Csaba fszb. Szatmárnémeti
" 2.	körorv.	Vál (4 község)	1600 korona	Főszolgabíró Vál
" 6.	közs. o.	Sikló	1600 korona	Szalacz Gyula fszb. Elek
" 10.	körorv.	Magyarsoók	1200 korona	Langhammer főszolgabíró Tornócz
" 10.	kör. alo.	Szabadka	1200 k., ellátás	Schmausz főispán
" 15.	ig. főorv.	Veszprém	3000 k.	Belügyminist.
" 15.	ig. főorv.	Marosvásárh.	3000 k.	Belügyminist.
" 15.	körorv.	Gyüre	1300 korona	Somlyódi fszb. Mándok
" 19.	közs. o.	Légrad	1200 k., szab. lak.	Viosz fszb. N.-Kanizsa

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kittűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyúrnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csirmentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

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

SEMMERING Vízyógyintézet

és magaslati gyógyhely.

835 méter a tenger színe fölött.

Prospektusok kívánatra.

Dr. Ballmann.

(Téli évad Meran „Maendlhof“.)



MARKE

NAFALAN**„Retorta“-jegy**

kipróbált és bevált újabb gyógy-, hygienikus és kosmetikus szer. Természetes termék. Könnyen eldörzsölhető, állati és növényi zsiroktól ment, szilárd töménységű; magas olvadási ponttal bír; csirmentes és korlátlan ideig eltartható.

Nafalan [Retorta-jegy] fájdalomcsillapító, lobellenes, redukáló, sedatív, resorbens, gyógyító, szagtalanító, antiseptikus és antiparasitaer hatással bír.**Nafalan** [Retorta-jegy] bevált a következő bántalmaknál: égések és fagyások, sebek, fekélyek, tályogok, decubitus, alszárfekély, zúzódások, rándulások, fleamok, lobok, epididymitis, aranyér, kötőszöveti lobok, izom és ízületi eszű, bőrbajok, izzagok, herpes, bőrlöbök, prurigo, pruritus, scabies, pityriasis, orbáncz, hyperidrosisok, női bajok eseteiben, a gyermek- és szemorvosi gyakorlatban stb.

Tessék a Nafalan névre, a címke zöld keresztjére és Dr. Adolf List névalírására figyelni.

Orvosilag melegen ajánlott Nafalan-különlegességek (Retorta-jegy):**Házi Nafalan** [Zinknafalan] [Retorta-jegy] a tiszta Nafalan enyhe, teljesen izgalommentes keveréke, oly esetek részére, hol ezt a bőr izgékonyasága vagy egyéb tulajdonsága magában meg nem tűri.**Nafalan-hintőpor** [Retorta-jegy] gy. gy-hygienikus, aseptikus hintőpor, a Nafalan alkalmazását az előnyös hintőporalakban lehetővé teszi a hintőpor-kezelést igénylő esetekben. [Gyermekek és betegápolás.]**Nafalan-gyógyszappan** [Retorta-jegy] a Nafalan-szappan-kezelést teszi lehetővé.**Kiadós és olcsó!****Minta és irodalom ingyen!****Pénztári rendelésre alkalmas!****Csak a „Retorta“-jeggyel valódi és tiszta!**

Nafalan-Gesellschaft G. m. b. H. zu Magdeburg.

Naamlouze Vennovtschap Fabriek van Verbandstoffen Voorheen Utermöhlen & Co. cég Amsterdamban**a 22742. számú Aseptiku kötszer**

czimű magyar szabadalom tulajdonosa szabadalmának gyártása czéljából magyar gyárosokkal összeköttetést keres; szabadalmát esetleg el is adja vagy gyártási engedélyt ad.

Érdeklődőknek szívesen szolgál bővebb felvilágosítással

KELEMEN és TÁRSA szabadalmi ügyvivő iroda **BUDAPESTEN,** Royal-szálloda B.**Gonosan**

a Kawa-Kawa hatékony anyagait a legjobb indiai Sandalfa-olajjal egyetemben tartalmazza.

Legjobb**Antigonorrhoeicum.**

Csökkenti a genyes váladékot, lényegesen alábbszállítja a folyamat fájdalmasságát, megrövidíti lefolyását és elhárítja a szövődményeket.

Eredeti dobozok 50 és 32 tokoeskával. (Minden tokban 0.3 gm. Gonosan van.)

A Gonosan ára körülbelül olyan, mint a közönséges sandalolajtokoké.

Adag: 4-5-ször naponta 2 capsula (kevés idővel az étkezés után, leginkább meleg tejjel) veendő.

Az étrend pontos betartása mellett — alkoholicumok kerülése és lehetőleg csekély folyadékbevitel — a gyógyulás igen gyorsan és szövődmények nélkül folyik le.

Kimerítő irodalom rendelkezésre áll.

Chemische Fabrik von J. D. Riedel, Berlin N. 39.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D[®] EGGER

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

TARCSA gyógyfürdő

Vasvármegyében.

Glaubersó-tartalmú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égélj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások; villamvilágítás, 4 jó vendéglő, gyógyszerár, naponta kétszer zene; szép kirándulások. A női szervek bántalmi, sápkór, vérszegénység, továbbá a légző- és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május 22-től szeptember végeig.

Az évad kezdetétől június 15-ig és augusztus 15-től szeptember végeig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágosítással szolgál és kíváncsi prospektust küld a fürdőigazgatóság. Állandó fürdőorvos Barta Kornél dr. v. tanársegéd. Tarcasai Károly-forrás különösen mint óvszer járvány esetén kitűnő ivóvízzel ajánlható. Megrendelések Tarcasfürdő igazgatóságához és Budapesten Édeskuty L. és. és kir. udvari szállítóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők. Vasúti állomás, posta és távirat helyben. Budapestről és Győrből naponta Tarcasfürdő felirátú közvetlen I—II-od osztályú kocsik közlekednek oda-vissza.

Sápkórság, vérszegénység, rachitis, görvélykór, esontbajok, syphilis, mirigydagánatok, migraine, éjjeli izzadás, láz stb. ellen.

CANDOL

egy garantált tiszta száraz maláta-kivonat.

Diastasin phosphor-mészszel
Diastasin phosphor-mészszel és vassal
Diastasin chininnel
Diastasin chininnel és vassal
Diastasin pepsinnel
Diastasin csukamájolajjal
Diastasin phosphor-csukamájolajjal
Kola-Diastasin
folyékony, száraz és pastilla alakban.

Minták és leírások rendelkezésre állanak.

Hauser & Sobotka
Stadlau Bécs mellett.

Keleti J. orvosi műszergyáros

BUDAPEST.

Főraktár: IV., Koronaherczeg-utca 17. szám.

Gyár: Központi városház.

Ájánlja legújabb szerkezetű orvosi műszereit,

elismert legjobb kiviteben, legolcsóbb árak mellett!

Kezdő orvos uraknak teljes műszerberendezéseket
szállít részletfizetés ellenében.

Eszközök javításai, nikkelezései, műköszörülései
jutányos áron elvállaltatnak.

A nagyméltóságú m. kir. honvédelmi miniszter úr
által előírt

új honvédorvosi táskák

teljesen felszerelve ára 70 korona.

Ötkoronás havi részletfizetésre.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasútmentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkő, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezeléség.
Prospektusok díjmentesen.

STOOSZ

Elsőrangú klimatikus gyógyhely, hidegvíz-gyógyfürdő

(Abauj-Tornamegye)

fekszik 650 méterre a tenger színe fölött, fenyvesek között, a szelők ellen teljesen védett völgyben. Klimája enyhe, levogője tökéletesen pormentes, sötányai gondozottak, ivó-vize páratlan és tavaszi meg őszi időjárása kellemes. Az észszerű **hidegvízgyógyimód, villamos, massage és tejgyógyimód Czírpusz Dezső dr.** egészségügyi tanácsos (ki télen San-Remoban gyakorló orvos) főfelügyelete alatt alkalmaztatnak.

A szobaárak igen mérsékelték. Az ellátás kitűnő és olcsó. Az elő- és utóidény alatt jelentékeny árleengedés.

Fürdőevad: május 15-től szeptember 15-ig.

Posta, távirat helyben. Vasúti állomás **Meczenzéf.** — Kimerítő prospektust kíváncsiakra küld a fürdőigazgatóság.

Vegyi, górcsővézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Budapest, VI. ker., Ó-utca 42.

Wonke Rezső műszerész

Wien, IX.3. Universitätsstrasse 12.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések.

Villamos fény-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrát árjegyzék ingyen és bérmentve.

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és felszerel

Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatóriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

Nyári idény: májustól októberig; téli idény: októbertől áprilisig.

Daruvár fürdő.

Szlavoniában, a déli vasút állomása, direct összeköttetés Budapesttel.

A régi rómalak ideje óta hírneves vasas hőforrások és iszapfürdők. Fangógyógyintézet. Kiváló gyógyeredmények női, csúszos és idegbajoknál, hűdéseknél, ischiásnál stb. Gyönyörű hegyes fekvés; szép árnyas park, kiterjedt fenyőültetvényekkel és közelfekvő erdővel. Gyógyzene, lawntenis, tekepálya, kölesönkönyvtár. Kirándulások a kies és történelmi nevezetességű romokban ga dag környékre. Az elő- és utóidényben tetemes árengedmény. Fürdőorvos Fischer dr. Igazgató: Rácz A. Prospektusokat szívesen küld:

Fürdőbérlet igazgatósága.