Negyvenkettedik évfolyam. 36. szám. *Budapest, 1898. szeptember 4.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYT
II. SEBÉSZETI KLINIK

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Gerlóczy Zsigmond: Észrevételek Purjesz Zsigmond dr. kolozsvári egyetemi tanárnak „A serumtherapia kritikája“ című előadására. 433. l.
Donáth Gyula: Közlemény a szt. Rókus-kórház ideggyógyászati ambulatoriumából. Izompseudohypertrophia egy esete. 435. l.
Herczel Manó: Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról. Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az uretereknek a vastagbélbe való beültetésével. 436 l.
Antal János: A budapesti egyet. fogászati klinika kimutatása az 1896/97. tanévről 439. l.

Tárcza. *Walla Béla:* Gynaecologia Amerikában. 440. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. L. Dalla Rosa:* Physiologische Anatomie des Menschen. 441. l. — *Lapszemle. Unna:* A sanker (ulcus molle) gyógyításának újabb módszere. 442. l.

Hetiszemle és vegyesek. Nemzetközi fürdőgyógyászati congressus. — Budapest székes főváros egészségi állapota junius hóban. — A főváros egészsége. — Hazai fürdőink személyforgalma. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Baumgarten Samu dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek. 442. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Észrevételek Purjesz Zsigmond dr. kolozsvári egyetemi tanárnak „A serumtherapia kritikája“ című előadására.

Irta: *Gerlóczy Zsigmond* dr. a budapesti szt. László-kórház főorvosa.[1]

Mikor a budapesti kir. orvosegyesület 1897. november hó 27-diki ülésének napirendjére Purjesz tanárnak „A serumtherapiája kritikája“ című előadását láttam kitűzve, sejtettem, hogy a serum gyógyító hatásában kétkedőknek most már megfogyott táborából reánk a serum feltétlen híveire újból támadást fognak intézni. Számítottam erős kritikára, mely Purjesz tanár úrnak a serumtherapia kezdeti aerájában tartott előadása alapján várható is volt, de számítottam arra is, hogy az azóta egybegyüjtött észleletek óriási halmazának döntő súlya alatt engedni fog az előadó úr merev kétkedéséből. Csalódtam. A pontos klinikai észleletek tömege, az észlelés anyagának minden oldalról való megvilágítása s maguknak az észlelőknek úgy az egyes esetek kapcsán, mint a százakra menő egész kisérleti anyagból szerzett tapasztalatai nem voltak képesek meggyőzni az előadó urat, de még csak megingatni sem, szemben azokkal a statistikai számokkal, a melyek nem pontos észleletek alapján gyüjttettek, hanem megbizhatatlan forrásból veiődtek össze, a mely számadatokról maga a belügyminister „Az ország közegészségi viszonyairól az 1896-dik évben“ szóló jelentésében igy nyilatkozik:

„Az ezekben feltüntetett, nagy mértékben ellentmondó számadatok azon már előző évekről szóló jelentéseimben is érintett sajnálatos körülmény constatálására kényszerítenek, hogy a fertőző betegségek bejelentése a törvényhatóságok részéről ma is igen hiányosan és megbizhatatlanul történik, daczára annak, hogy részemről minden alkalmas intézkedést megtettem, a mi ezen kétségtelen nagyfontosságú adatszolgáltatást megkönnyítheti és megbizhatóvá teheti.“

Ezeket a számadatokat tartja az előadó úr kritikájában a legerősebb argumentumainak, ezekkel reméli megdönteni azokat az érveket, a melyek megbizható kórházi észleletek alapján olyanoktól származnak, kik már a serumtherapia előtti években is jól észlelt beteganyaguk összehasonlító adataiból minden esetre elfogadhatóbb véleményt mondhatnak a serumtherapia értéke felől, mint az, ki nagyobb diphtheriás beteganyag hiányában önálló személyes észlelést nélkülözve olyan adatokat választ kritikai fejtegetései alapjául, melyek a legilletékesebb helyről vett nyilatkozat szerint is teljesen megbizhatatlanok, s melyekben az „összes halál-okoknak alig felénél állapította meg szakértő orvos a halál-okot“. (Lásd belügyministeri jelentés az ország közegészségi viszonyairól az 1896-dik évben. VII. l.)

Csak nemrégiben, a tuberculosis ellen való védekezés feletti discussio alkalmával volt alkalmunk hallani e helyről oly nyilatkozatot (l. Farkas Jenő: „A tüdővész ellen való védekezés kérdése Magyarországon.“ Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1898. február 5-diki ülésén. „Gyógyászat“ 1898. február 20-diki száma), a mely az országban előforduló halálozási esetekre vonatkozó statistikai adatok mikénti származását illetőleg élénk világosságot vet azok megbizhatóságára, s akkoron a sok közül felolvasott s általános derültséget keltett nehány halottkémi bizonyítvány (pl. Kovács Pál meghalt, mert a belső nyavalya hirtelen elszoritotta; vagy pl. víziszony diagnosis egy vizkórosnál stb.) minden egyéb argumentumnál jobban meggyőzhetett mindenkit arról, hogy ezekkel a statistikai adatokkal felfegyverkezve nem lehet nekimenni olyan adatokból levont következtetéseknek, a melyeknek megbizhatósága kétségen felül áll.

De ha Purjesz tanár úrnak a serumtherapia ellenében tett megjegyzései megdöntésére az az általános megjegyzésem, hogy megbizhatatlan statistikai adatokból indult ki, nem volna elégséges, igyekeznem kell az ő előadásában felhozott érveket egyenkint elővennem.

Purjesz tanár úr gúnyos hangon kifogásolja azokat az állatkisérleteket, a melyeket Behring a diphtheria-culturával végzett s Behringnek a diphtheria-culturával állatokon mülegesen előidézett betegségi tünetek leirására a következő szavakban tesz megjegyzést: „valóban nem mindennapi képzelődő tehetség kell ahhoz, hogy az épen leirt tünetek az emberi diphtheria tüneteire csak távolról is emlékeztessenek“.

Purjesz tanárnak az idevágó állatkisérletekre tett eme kritikája nélkülöz minden elfogadható alapot.

Az, hogy a diphtheria-culturával beoltott állat megbetegedésénél az emberi diphtheria tüneteivel nem azonos betegségi tünetekkel találkozunk, nem áll egyedül az experimentalis kórtanban, hisz számos példa van arra, hogy egy és ugyanazon kórokozó anyag más tüneteket idéz elő az emberben és más tünetekkel jár az állatnál.

Igy pl. az anthrax-bacillus okozta megbetegedés embernél legtöbbször carbunculus alakjában jelentkezik; néha mint pokolvaros oedema a nyálkahártyákon is mutatkozik, majd a

[1] Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1898. április hó 23-diki ülésén.

gyomorban, bélben, tüdőben, s lefolyása igen hosszas lehet. Állatoknál ellenben általános vérbetegség képében gyorsan folyhatik le, a nélkül, hogy az embernél észlelhető carbunculusok és pokolvaros daganatok kifejlődnének. S vajjon kételkedhetünk-e azon, hogy úgy az ember, mint az állat anthraxát egy és ugyanazon kórokozó anyag: az anthrax-bacillus idézi elő? Vagy vegyük a variolát, mely embernél súlyos általános megbetegedést okoz, míg a tehénnél csupán annak tőgyére szorítkozik, s mégis mint vaccina átoltva az emberre, immunizálja azt a variola ellen.

Avagy nézzük a typhust. Mily jelentékeny az a kórbonctani elváltozás, melyet a typhusfertőzés az ember szervezetében hoz létre, holott typhussal fertőzött állat az ember hasi hagymázának semmiféle tünetét nem mutatja, legfeljebb lázat kap és mégis a typhussal beoltott állat vére agglutinálja a typhus bacillusait, világos jeléül annak, hogy az állat typhusban szenved, noha a typhusnak embernél ismert tüneteit egyáltalában nem mutatja.

Mikor tehát a serum immunizáló hatásáról van szó, mitsem von le a kisérletek gyakorlati értékéből az a körülmény, hogy a diphtheria-culturával beoltott állat megbetegedésénél az emberi diphtheria tüneteivel nem azonos betegségi tünetekkel találkozunk; tény az, hogy mindazok a tengeri malaczok, a melyek pl. 0·2 cm^3 diphtheria-toxint kapnak, 36—48 óra alatt elpusztulnak, míg azon malaczok, melyek ugyancsak 0·2 cm^3 diphtheria-toxint kapnak, ha egyszersmind antitoxinnal kezeltetnek, nem pusztulnak el, a miből logikus a következtetés, hogy az antitoxin a diphtheriatoxin ellen hatásos szer. A tény az, hogy állatoknál a diphtheria-culturával előidézett betegség tünetei, bár azok az emberi diphtheria tüneteivel nem egészen azonosak, az alkalmazott serumoltásra visszafejlődnek, illetőleg, ha az immunizáló oltás az inficiáló oltást csakhamar követi, ki sem fejlődnek.

Purjesz tanár nem tartotta elméletileg eléggé előkészitettnek a serumtherapiát arra, hogy annak a gyakorlatban való alkalmazását ajánlani lehetett volna. Erre csak az a megjegyzésem, hogy a Kochnak tuberculinját elméletileg eléggé előkészitettnek tartották, de a milyen üdvös lett volna, ha Koch még tovább készíti vala elő tuberculinját elméletileg, ép olyan kár lett volna, ha Behring tovább várt volna gyógyító savójának gyakorlati alkalmazására.

Purjesz tanár érveinek legerősebbjéül, mint azt már előadásom legelején is felemlitettem, a statistikai adatokat tekinti. Statistikai adatokat, a melyeknek honnan származása tekintetében olyannyira kényes, hogy a serum megbizhatósága ellen első izben tartott előadása alkalmából már figyelmeztetett arra, hogy a serum értékének bizonyitásában az adatok beszerzésénél és mérlegelésénél kellő körültekintéssel járjunk el és ne hagyjuk figyelmen kivül a numerikus módszer legelemibb szabályait.

Ha ezt a kétségtelenül helyes tételt, a mit másoknak megszivlelésre ajánlott Purjesz tanár, ő maga is követte volna, úgy ma nem fárasztanám az igen tisztelt orvosegyesület figyelmét fejtegetéseimmel.

A ki Purjesz tanár úrnak a serumról tartott két előadását hallotta vagy olvasta, de behatóbban nem birálgatta az ő igen erős és logikusnak látszó kritikáját, az ha nem volt elegendő saját tapasztalása arra, hogy a serumtherapia felől véleményt formálhatott volna, hamarosan pálczát törhetett a serum felett; hisz a számok beszélnek s különösen sokat beszélnek a serum ellen, ha Purjesz tanár úr beszélteti őket.

T. Uraim! Engedjék meg, hogy én is számokat beszéltessek.

Purjesz tanár úr a diphtheria-halálozásra vonatkozó adatokat 1892—95-ig a belügyministeri jelentések „halál-okok kimutatásá"-ból veszi, valószinűleg azért, mert maga a belügyminister is ezeket megbizhatóbbaknak tartja azoknál, a melyek a járványkimutatásban vannak, a melyek t. i. nem tartalmazzák a fertőző megbetegedések szórványos eseteiben elhaltakat, miután a járványkimutatásba csakis a már járványnyá fajult fertőző betegségek esetei kerülnek be.

Álljon itt a felsorolt éveknek ez a kétféle halálozási statistikája ízlelitőül arra, hogy miféle basison épült fel előadó úrnak egész kritikája.

A belügyminister úr jelentésében olvashatjuk a diphtheriában való halálozás statistikai adatait és pedig kétféle kimutatásban.

Diphtheriában meghalt:

Év	Halál-okok kimutatása szerint	Járványkimutatás szerint	A két adat közötti különbség
1892	49,481	12,727	36,754
1893	34,183	20,667	13,516
1894	22,205	20,171	2,034
1895	15,449	11,468	3,981
1896	16,868, orvos által megállapitott 8808	7,915	8,953

Kérdem t. orvosegyesület, lehet-e ilyen statistikai adatokkal mint bizonyitékokkal előállani?

Van-e arra egyáltalában garantia, hogy ezeknek az adatoknak csak egyike is megközelitheti a valóságot?

Mert hogy a járványstatistika adatait egyáltalában felhasználni nem lehet, azt külön bizonyitanom teljesen felesleges, hisz ezekben, mint a belügyministeri jelentés is mondja, a szórványos esetek nincsenek benn. A mi pedig a halál-okok szerinti kimutatást illeti, a melyeket maga a minister is megbizhatóbbaknak tart, s a melyek Purjesz tanár legfőbb érveit képezik, azokat szintén képtelenség bizonyitékokul elfogadni arra nézve, hogy a diphtheria-halálozás Magyarországon állandóan csökkenőben van. Ezeket az adatokat bizonyító erővel felruházni egyáltalában nem lehet, mert azoknak alig felében állapitotta meg orvos a halál-okot, igy 1896-ban a 16,868 számmal kimutatott diphtheria-halálozásnál a halál-ok csak 8808 esetben volt orvosilag megállapitva.

Multkori felszólalásomra azt mondotta az igen tisztelt előadó úr, hogy hiszen elismeri ő is, hogy ezek az adatok nem hibátlanok, de hát ha több évnek a statistikájáról van szó, akkor azok a hibák évről évre ismétlődve oly nagy számnál kiegyenlitődnek. Engedelmet kérek, ha meglehetne állapitani hozzávetőlegesen azt, hogy bizonyos oknál fogva évente kisebb-nagyobb eltéréssel néhány százra tehető a hiba, ezt valahogyan még el lehetne fogadni, de ott, a hol 16,868 eset közül csak 8808-ban volt orvosilag megállapitva a halál-ok, joggal fel lehet tenni, hogy nem néhány száz hibás halál-okról van szó, hanem nehány ezerről. Különösen jellemzőnek és talán sok más érvnél meggyőzőbbnek tartom a halál-okok kimutatására vonatkozólag azt az egyetlen adatot kiemelni, hogy pl. a szamárhurut 12,204 halálozással szerepel az 1896-diki halál-okok kimutatásában.

Az előadó úr annak a tapasztalati ténynek bizonyitására, hogy a járványos betegségek a járvány csökkenésénél enyhülnek, a midőn azután a könnyebb esetek is szaporodnak, szintén a statistikára hivatkozik. Ezt a régen felállitott tapasztalati tényt, ha adhatnék valami hitelt azoknak a számoknak, a melyekkel előadó úr dolgozott, most meglehetne czáfolni az 1896-diki halálozási adatokkal. Az ez évről szóló jelentésben ugyanis a járványkimutatás szerint 1896-ban 7915-en haltak meg diphtheriában, míg 1895-ben ugyancsak a járványkimutatás szerint 11,468-an, tehát ebből azt kellene következtetnünk, hogy 1895-ben a diphtheria járványszerű elterjedése jóval nagyobb volt, mint 1896-ban, mert jóval — 3553-mal — több volt a halálozás; s ha szembeállitjuk ezekkel a számokkal a halál-okok szerinti kimutatásokat, azt látjuk, hogy míg 1896-ban 16,868-an haltak meg diphtheriában, addig 1895-ben, a mikor pedig a járványkimutatás szerint jóval több volt a halálozás, 15,449-en, vagyis 1419-czel kevesebben. Alig képzelhető, hogy egy esztendőben, a melyben az előző évhez képest járványos diphtheriában 3553-mal kevesebben haltak meg, az általános diphtheria-halálozás mégis 1419 esettel legyen több.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház ideggyógyászati ambulatoriumából.

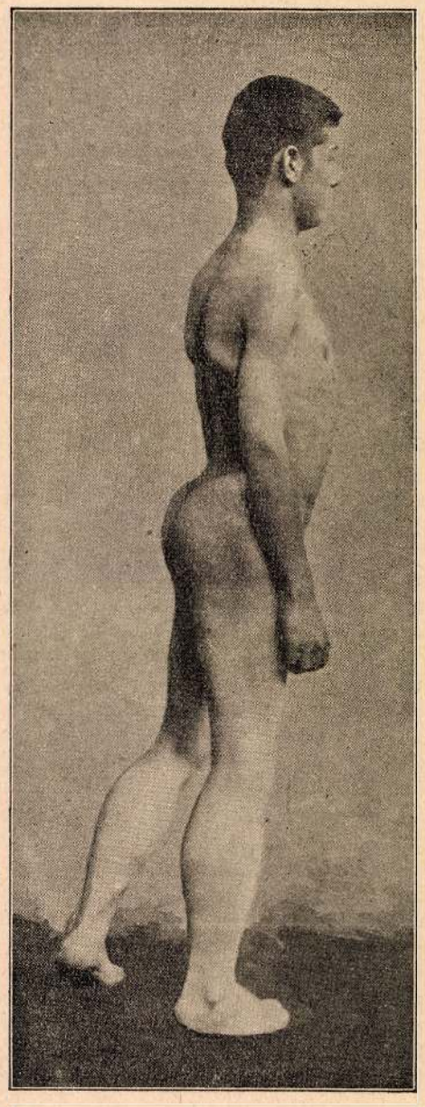
Izompseudohypertrophia egy esete.

Irta: *Donáth Gyula* dr., egyetemi magántanár, szt. Rókus-kórházi rendelő orvos.

(Vége.)

Meg kell jegyeznem, hogy a *Duchenne-Aran* jellegű gerinczagyi előrehaladó izomsorvadást, a melynek külső előidéző okát nem ismerjük, szintén *endogen elfajulásnak* tartom, tekintet nélkül a fellépésre, vajjon az isolált, mint rendszerint az élet középső szakában, vagy pedig családi jelleggel és mint ilyen az első gyermekkorban mutatkozik. Külerőszak és túlerőltetés, melyeket a kórokok gyanánt említenek e bántalomnál, az ideg- és izomrendszer világrahozott gyengeségével szemben csak *mint elősegítő mozzanatok* szerepelnek.

1. ábra.



2. ábra.

E veleszületett gyengeség, mint magától értetődik, minden egyes szövetet és szervet illethet. Családi familiaris csonttörékenységnek egy igen érdekes példáját közli J. Hunter Glasgowban (Fragilitas ossium, Brit. med. Journ. Feber 19. 1898), a melyben már csekély külerőszak behatására, majd a jobb, majd a bal czomb törött el és pedig mindig a középső és felső harmad határán. Igy az atya 4 izben jobboldalt és 3 izben baloldalt, az egyik fia 3 izben jobboldalt és 2 izben baloldalt, egy másik fia 2-szer jobboldalt, egyik leánya 1-szer baloldalt és egy másik leánya 1-szer jobboldalt és 1-szer baloldalt, öt személy tehát összesen 17-szer szenvedett analog helyen czombtörést.

Alább leirandó pseudohypertrophia esetem egyik-másik sajátságára közleményem végén térek majd vissza:

L. J. 17 éves harisnyakötő 1897. junius 5-én vétetett fel a szt. Rókus-kórház I. belosztályára.

Kórelőzmény: Nagyszülők atyai részről egészségesek, az anyai részről előtte ismeretlenek. Anyja korán halt el „vérfolyásban", atyja sérv következtében. Két leánytestvére egészséges, két testvére tüdősorvadásban halt meg, 26 illetve 12 éves korban. A többi elhunyt testvéreit nem ismerte.

Beteg két év előttig mindig egészséges volt, mikor is ikrái vastagabbak kezdtek lenni, de még egy évig jól tudott járni. Lassankint azonban az alszárak vastagodásával a járás mindinkább rosszabbodott, úgy hogy azóta botra kénytelen támaszkodni. Sőt 1896. ősz óta csak lábujjhegyre bir lépni, mert különben hanyatt esnék; tél óta czipő nélkül sem tud menni. Az alsó végtagok gyengesége miatt nem képes többé a kallókereket hajtani.

Jelen állapot. Beteg jól fejlett csontrendszerrel bir, jól táplált, feltünik azonnal a testtartás, járás és az alszárak körfogata.

Beteg a lábközépcsontok fejecsein áll, különösen a bal lábon, melynek sarkát magasabban tartja, mint a jobb oldalt. (L. 1. ábra.) Mihelyt megkisérli az egész talpra fellépni, hátraesik.

Erős lordosis (2. ábra), különösen az ágyéki részben, kisfokú scoliosis, melynek domborulata a nyaki és mellkasi részben jobboldalra és az ágyéki részben baloldalra tekint. Összetett lábakkal nehezen bir állani, legkönnyebben, ha a jobb alsó végtagot teszi előre. A mellkas előre van tolva. A mellkas, felső végtagok, valamint a vállöv izomzata gyengén, de egyenletesen kifejlődött. A jobb kéz nyomó ereje 22, a balé 11 kg. Has kissé lógó. A farizmok erősen kifejlődvék. A musc. extensor trunci communis erős contracturában van. A baloldali spin. anter. sup. magasabban áll a jobboldalinál. Az alszárak vastagabbak, mint a czombok. Jobboldalt u. i. a czomb legnagyobb körfogata 36 cm., az alszáré 39 cm. és 36·2 cm. illetve 40 cm. a bal oldalon. Kacsajárás. Az alsó végtagok durva ereje az összes izületekben, különösen a térdizületben csökkent, de nem egyenlően. Igy a csipőizület hajlitása, továbbá a térd- és a bokaizület hajlító és feszitő mozgása baloldalt erősebben csökkent és pedig az utóbbi nagyobb fokban, mint az előbbi. Ha a beteg a jobb vagy bal czombot emeli, a mm. vastus internus és externus mint erős izomdudorok ugranak elő, melyek között mély barázda húzódik. Mindkét czomb belfelülete erősen lelapult. A lágyékban babszemnyi mirigyek (3 év előtt állitólag a tarkó mirigyek is duzzadtak voltak, melyek azonban visszafejlődtek). Térdinreflexek hiányzanak, a triceps, nemkülönben a kéztőizületek tenyéri és háti oldalai feletti ínek reflexei ki nem válthatók. Menés közben a fordulás egész jól megy. Nehezére esik a felkelés, a midőn hanyatt fekszik a földön, a mi neki csak úgy sikerül, ha hossztengelye körül fordul

*

jobb végtagját a bal alá dobja, bal kezével a bal czombra támaszkodik és a jobb kezével előbb a földön és azután valamely tárgyba kapaszkodva mászik fel. Ha ülőhelyzetből kel fel, akkor bal kezével vagy az ülőhelyre vagy mindkét kezével a czombokra támaszkodik.

A farád- és galváningerlékenység az alsó végtagok legtöbb izmában erősen alább szállott, de a reactióhoz szükséges áramerősség minimuma a betegnek a villamos, különösen galvánárammal szemben tanusított érzékenysége miatt gyakran meghatározható nem volt.

72 cm² és 5 cm² electrodok alkalmazása mellett a mm. sartorius, extensor cruris quadriceps, glutaeus maximus, extensor digitorum communis, extensor hallucis longus mindkét oldalon úgy a farád- (0 cm. tt.), mint a galvánáramra (0·5—2·3 M. A.) egyáltalában nem vagy csak gyengén reagáltak; a mm. tibialis, peroneus longus, biceps femoris (caput breve), soleus (caput internum) flexor digit. comm. longus erős farádáramra (0 cm. tt.) egyáltalában nem vagy gyengén, a galvánáramra (0·5—2·6 M. A.) különféleképen, t. i. gyengén vagy jól; a mm. interossei dorsales a farádáramra (1·0—4·5 cm. tt.) gyengén vagy eléggé jól, a galvánáramra (1·5—2·1 M. A.) nem reagáltak.

Némely esetben elfajulásos reactio, illetve abba való átmenet volt kimutatható. Igy

		Cm	tt.	Rángás	M. A.	Rángás	
M. semitendinosus	I.	0	0	gyenge	2·1	gyenge	Ka ZR > An ZR
	B.	0	0	„	2·1	„	Ka ZR = An ZR
M. semimembranosus	I.	0	0	„	1·2	„	An ZR > Ka ZR
	B.	0	0	„	1·2	„	„ „
M. tibialis posticus	I.	7·0		jó	0·4	„	„ „
	B.	8·0		„	0·6	„	„ „

a felső végtagok izmainak farád és galván ingerlékenysége rendes.

Látó élesség, láták, szemfenék, látóterek fehér és egyéb színekre nézve mindkét oldalt rendesek; hallás, szaglás, ízlés és tapintás szintén épek.

Beteg kezelése három hónapi kórházi tartózkodása alatt az összizomzat, különösen az alsó végtagokénak faradizálásából állott. Némi javulás constatálható volt. Az előbb kemény ikraizomzat simulékonyabb, a járás kevésbbé merev lett és beteg általában erősebbnek érzi magát.

Ez esetben is látjuk, hogy a pseudohypertrophia a család egy tagjánál lépett fel, melyre nézve öröklékenységi terheltség nem mutatható ki. Már *Erb* és *Charcot* kiemelték, hogy minél korábban lép fel az izomdystrophia, annál gyorsabban terjed is az és annál előbb combinálódik az elzsirosodással, mely úgy látszik a szervezet koraifjúsági visszahatása a sorvadási folyamattal szemben. *Keferstein*,[1] a ki izomdystrophia 14 esetét állitotta össze a göttingeni klinika anyagából, szintén bebizonyitottnak találta a szabályt, hogy a korán fejlődő izomdystrophiák inkább a pseudohypertrophia, a későbbiek inkább a juvenilis alak képét mutatták. E jelenség közelebbi magyarázatát ép oly kevéssé ismerjük, mint azét, hogy hepatitis interstitialisnál miért fejlődik egyik esetben atrophiás, a másikban hypertrophiás alak.

Erbnek ama nézete, miszerint izomdystrophiáknál az elfajulásos reactio állandóan hiányzik, mely körülmény a gerinczagyi izomsorvadással szemben megkülönbözteti, kórismészeti jelt képez, manapság már nem tekinthető kizárólagos ismérvül.

Úgy a mint nekem volt alkalmam a beteg izmok villamos ingerlékenységének egyszerű mennyileges csökkenését, egyesekben elfajulásos reactiót, illetve elfajulásos reactióhoz való átmeneti alakokat találni, úgy *Wiersma*[2] is észlelte azokat pseudohypertrophia egy esetében, a hol a mm. deltoideus, supinator longus és quadriceps kifejezett renyhe galván összehúzódásokat mutattak. *Hoppe*[3] Oppenheim klinikáján két facio-scapulo-humeralis typusú eset közül egyet látott elfajulásos reactióval.

A térdinreflexek hiánya első sorban ugyan a quadriceps izomállománya erős sorvadásának tulajdonitható, de lehet abban a gerinczagynak is része.

Az erős lordosis mellett kifejezett scoliosis is állott fenn, mint az izomelfajulás egyenlőtlen elosztódásának eredménye. *Sacaze*[1] is észlelt kifejezett scoliosist egy 16 éves fiúnál, a ki családi, előrehaladó Leyden-Moebius typusú izomsorvadásban szenvedett.

Hogy a faradizálás némi javulást eredményezett, azt más szerzők is észlelték.

[1] *G. Keferstein.* Über die progressive Muskelatrophie. Inaug. Diss. Göttingen 1894. Referálva Virchow's Jahrbücher II. k. 129. oldal.

[2] *Wiersma*, Dystrophia musc. progr. met ontardingsreactie. Ref. Schmidt's Jahrb. 241. köt. 245. oldal.

[3] *H. Hoppe*, Zwei Fälle von Dystrophia musc. progr. mit Entartungsreaction (Centralbl. f. Nervenheilkunde und Psych. XV. 433. old. október 1892. Ref. Schmidt's Jahrb. 237. köt. 21. oldal.)

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi magántanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról.

Hólyagkitüremlés (Ektopia vesicae) gyökeres műtéte az uretereknek a vastagbélbe való beültetésével.

Két eset kapcsán közli: *Herczel Manó* dr.

(Vége.)

A II. eset[2] Szmicsek Mihály, 25 éves asztalost illeti Somorjáról. Atyja él, egészséges, anyja köszvényes. Egy fivére van, teljesen egészséges, fejlődési rendellenességek családjában soha sem fordultak elő. Ezelőtt 5 évvel 2 hétig bal veséjében fájdalmakat érzett, melyek azonban nehány nap mulva nyom nélkül megszüntek.

Erectiói ezelőtt 6 évvel kezdődtek, éjjeli magömlései ez időtől fogva vannak kéjérzettel párosulva. A magömlés a penis tövéből indul. Közösülési kisérleteket nem tett.

Status praesens: Beteg középtermetű, mérsékelten táplált, halvány színű, meglehetős jól kifejlett izomzattal. Erős, vizeletszagú bűzt terjeszt, daczára, hogy recipienst visel, a mely rosszul működik. Az állandó vizeletcsurgás oka veleszületett képződési anomalia a mesogastrium legalsó felében.

A köldök hiányzik. A hólyag táját kis ökölnyi, kerekded alakú, 6 cm. széles, 5 cm. hosszú s majdnem ugyanoly magasan kidomborodó, élénkpiros, nyákhártyával fedett, rugalmas, légpárna tapintatú, köhögéskor erősen megduzzadó terimenagyobbodás foglalja el, mely a hasüreg felé gyakorlott nyomásra teljesen lelapítható. Az evertált hólyag nyákhártyájának felső részletei halványabb pirosak, mert epidermizált hámtól fedettek, mely hámréteg az atrophizált hólyag szélén éles határ nélkül megy át a hasfalnak sugaras hegeket mutató bőrébe. Az alsó részletek élénkpiros, fénylő nyákhártyától borítottak, sok helyen felületes, könnyen vérző erosióktól fedettek. Ugyanitt emelkednek ki a középvonaltól kis távolságban egymástól 1 cm. széles völgy által elválasztva, az 1 és 1½ cm. magas s ½ cm. átmérőjű ormányszerű dombok, melyek az ureterek szájadzásának felelnek meg. A baloldali valamivel voluminosusabb, szélesebb alapon ül, tetején 4 mm. széles hasadék foglal helyet, a melyben 3 kölesszem nagyságú polypus ül. Az ureterek olykép működnek, hogy a baloldali sokkal gyakrabban, 20—40 mp.-nyi időközben működik, míg a jobboldali ureterből sokkal ritkábban, 1—2 p.-nyi időközben meglehetős erővel szökell elő sondavastagságú vizeletsugár.

A trigon. Lieuteaudi rajzolata jól kivehető, normalisnál kisebb, alsó csúcsánál a hólyag s húgycső nyákhártyájának határa kiemelkedő éles szél alakjában mutatkozik.

A teljesen epispadiatikus penis urethrájának nyákhártyája halvány; a húgycső 4 cm. hosszú, az orificium int. s ext.-nál ¾—1 cm. széles, a kettő között 3 cm. széles nyelvalakú, közepén hosszirányú barázdával. E barázda a gyöki részen 1½ cm. magas gerinczczel emelkedik ki, melynek közvetlen két oldalán a ducti ejacul. nyilnak.

A glans felül nyitott, elég jól fejlett, 2 cm. hosszú, 4 cm. átmérőjű. A sulcus coron. s a frenulum jól fejlettek. Praeputium durványos, raphe ép. Scrotum jól fejlett, mindkét felében here kitapintható; a baloldali here normalis nagyságú, a jobboldali jóval kisebb, alig galambtojásnyi. Funiculus spermaticus a vas deferenssel együtt, különösen baloldalt, jól kitapintható.

A symphisis diastasisa 9 cm.-nyi, az os pubisok szabad végei erősen prominálnak, jól kitapinthatók.

A műtét 1897. deczember 20-dikán végeztetett, előbb *chlorof. azután aether-narcosisban.* Legelőbb a kifordult hólyag felső segmentuma lett íves metszéssel körülirva, s e metszés a vastagfalú hólyag széleinek teljes felszabadításáig, a hasűr megnyitásáig lett mélyítve. Ezután a hasüregbe bevezetett bal mutatóujj ellennyomása segélyével a hólyag alsó segmentuma választatott le a prostatikus résztől, még pedig olykép, hogy a metszés legalsóbb része körülbelül 1—1½ cm. távolságban haladt az ureterek szájadzása alatt. Ezen helyen erős

[1] V. ö. *Emile Boix*, Myopathie primitive progressive Charcot-Bouchard-Brissaud, Traité de médicine. T. VI. 953. old. Paris 1894.

[2] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1898. márczius hó 5-diki szakülésén.

vérzéssel kellett küzdeni, mely többszörös catguttal való körülöltésekkel lett csillapítva.

Az így szabaddá tett hólyag most már csak az ureterek táján függött össze a has képleteivel. Ezen helyeken a további leválasztás nagy figyelemmel történt, nehogy a kismedencze oldalsó falához húzódó ureterek s azok edényei megsértessenek. A jobb ureter mobilizálása nehezen ment. Végre ez is sikerült. Most a hólyag legnagyobb része eltávolíttatott, *s csak az ureterek beszájadzását magába foglaló elliptikus 4 cm. hosszú, 2 cm. széles, majdnem 1 cm. vastag részlet hagyatott meg, mely az ureterekben csüggött.* Ezen részlet hasűri felülete körülbelül két krajczárnyi terjedelemben peritoneummal is el volt látva.

Most a hasűrből a flex. sigm. elő lett húzva, hosszirányban 5½ cm. hosszúságban be lett metszve. A sebajkak Ewald ajánlata szerint haránt irányban szétvonatnak, a miáltal a bélnek nyilása haránt-irányt ölt fel. Most a bél alsó sebszélével a hólyagcsonk felső széle 8 finom selyemvarrattal lett egyesítve, a bélsob felső széle a hólyagcsonk alsó szélével 11 varrattal lett összefoglalva, olykép, hogy a varratok egyrészt a bélfal, másrészt a hólyagfal izomzatát foglalták magukba s ép csak a nyákhártyáig hatoltak. Ezután a varrat biztosítására másodsorban 15 finom sero-serosus selyemvarrat alkalmaztatott úgy, hogy most az ureterek szabadon a bélűrbe szájadztak és a varratsor minden látszat szerint szilárdan zárta a bélűrt.

A hólyagcsonknak haránt irányban való bevarrásánál az ureterek minden látszat szerint kevésbbé csavartak, mint az az első esetben történt, mert ezen alkalommal szabadon alulról fel- és visszafelé futottak, tehát körülbelül félköralakú utat tettek meg, a nélkül, hogy a középvonal felé vongáltattak volna.

Végül a hasfal sebe lett a rectus-izomzat összehúzásával, nehány varrattal szűkítve A hólyag-bélvarrat alá jodof. csík lett vonva. Mull-kötés.

Lefolyás: 1897. deczember 21-dikén. A beteg állandóan láztalan, reggeli hőmérsék 36·8° C., esti hőmérsék 37·3° C. P. 80. L. 20. Has nem puffadt, nem fájdalmas. Nem hány, nem csuklik. Közérzet kielégitő. Az első 24 óra alatt a bélcsövön át 1700 cm³ véresen tingált vizelet ömlik 1012 fajsúlylyal.

Deczember 22-dikén. Közérzet kitünő, hőmérsék 37° C. és 37·4° C. közt ingadozik, pulsus 76, respiratio 24. Has nem fájdalmas, nem puffadt, szelek glycerin-klysmára mennek, a bourdonnet jól vezet. 2630 cm³ zavaros, alig véres vizelet 1010 fajsúlylyal ürült 24 óra alatt.

Deczember 23-dikán. Állandóan láztalan, 24 órai vizeletmennyiség 2500 cm³, 1009 fajsúlylyal, zavaros, kis bélsárrögökkel kevert. P. 80. R. 22.

I. Kötésváltoztatás: has minden reactio nélkül, a seb környéke sem fájdalmas, váladék nincs. A gaze-csik felső része lazítva lett.

Deczember 24-dikén. Állandó kitünő közérzet, teljesen normalis hőmérsékkel. P. 76. R. 20. 24 órai vizeletmennyiség 2150, fajsúly 1009.

Deczember 25-dikén. Igen jó közérzet, hőmérsék reggel 36·6° C., este 37·5° C. Vizeletmennyiség 2020 cm³, fajsúly 1010. Igen csekélyfokú icterus, főkép a sclerakon.

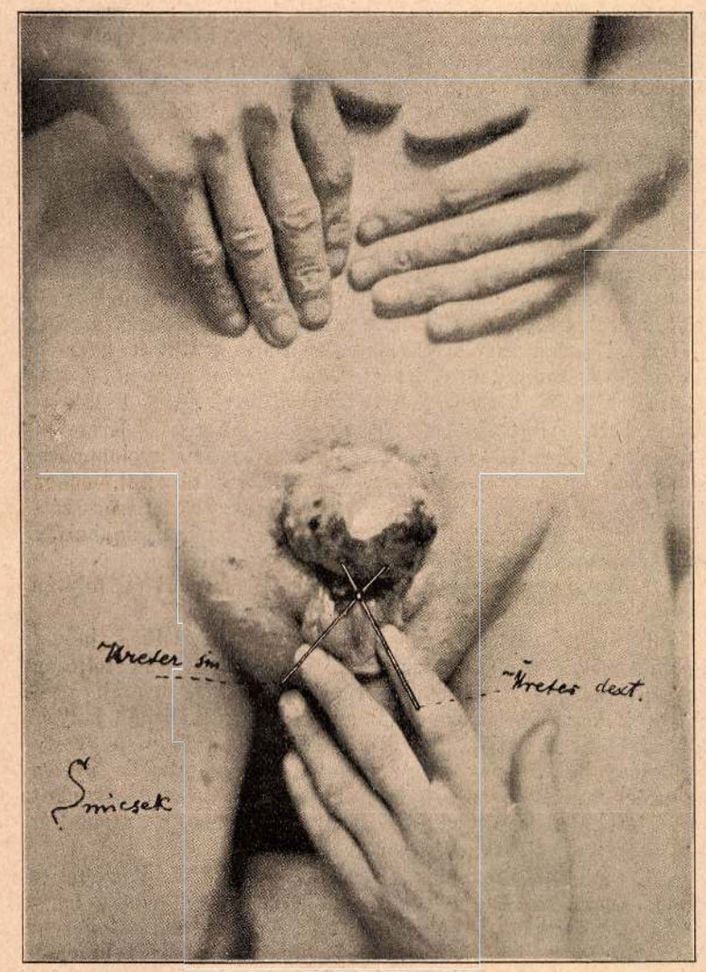
Deczember 26-dikán. Hőmérsék 36·8—37·2° C. P. 80. R. 20. Vizeletmennyiség 1850 cm³, fajsúly 1011.

Deczember 27-dikén. Hőmérsék 36·5—36·9° C. P. 68. R. 20. Vizeletmennyiség 2000 cm³, fajsúly 1012.

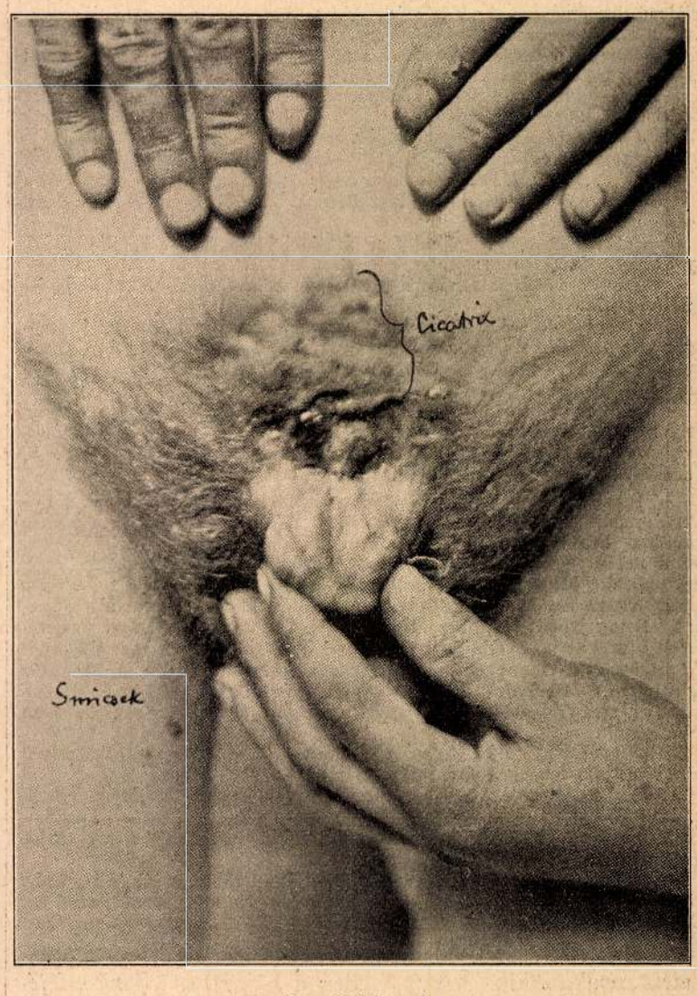
Deczember 28-dikán. Hőmérsék 36·5—36·7° C. P. 78. R. 20. Vizeletmennyiség 2130 cm³, fajsúly 1010.

A bourdonné eltávolíttatik, ricinus-olajra bő székletét. A csekélyfokú icterus teljesen eltünt.

Deczember 29-dikén. Hőmérsék 36·5—36·8° C. Vizeletmennyiség 1220 cm³, fajsúly 1018. Beteg a vizeletét csak 5—10 p.-ig tudja tartani s e miatt egyelőre kacsacsőrű nyilt gummipárnán fekszik.



1. ábra. Műtét előtt.



2. ábra. Műtét után.

Deczember 30-dikán. Hőmérsék 36·2—36·5° C. Vizeletmennyiség 1450, fajsúly 1010.

II. Kötésváltoztatás: a gaze-csik második harmada eltávolíttatik, sebváladék jóformán semmi. Varratok eltávolíttatnak. Úgy a seb környéke, mint az egész has teljesen reactio nélkül.

Deczember 31-dikén. 36·3—36·9 C. Vizeletmennyiség 1800, fajsúly 1009.

1898. január 1-én. Hőmérsék 36·2—37° C. A vizelet meglehetős tiszta, filtrálva vizsgálva semmi idegen alakelemet nem tartalmaz, napi mennyiség 1050 cm³, fajsúly 1012. Jóformán naponta van spontan, vizelettel kevert székletéte.

III. Kötésváltoztatás: a gaze-csik teljesen eltávolíttatik s helyébe újabb rövid kerül, sebűr mindenütt szépen sarjadzik, kevés váladékkal, előlről vizelet semmi sem ürül. Hátul a beteg 20 p.-ig tartja vizeletét.

1898. január 5-dikén. Közérzet, étvágy kitünő, beteg gyarapszik, vizeletét ¾ óráig birja tartani éjjel is. Vizeletmennyiség 1600—2000 cm³, 1009—1012 fajsúlylyal. A vizelet napi mennyisége látszólag megfelel a bevett folyadék mennyiségének, a mennyiben pontos méretek által

kimutatható volt, hogy a beteg rendesen 2000—2400 cm³-ig vett folyékony tápanyagot magához.

S mindakkor, midőn a folyékony tápanyag mennyisége lényegesen a két liter alatt maradt, ugyanekkor a kiválasztott vizelet napi mennyisége is szemmel láthatólag csökkent. A seb szépen granulál, kisebbedik.

Január 9-dikén. Állandóan láztalan, vizeletmennyiség 1520—2000 cm³, fajsúly 1006—1010. Vizeletét 1 óráig tartja. Ma először elhagyja az ágyat.

Január 15-dikén. Tegnap betegnél hirtelen *rázóhidegek* léptek fel, utána forróság, fejfájás. P. 120. R. 24. Hőmérsék 38·1—39 9° C. *A penis, az urethra nyákhártyája erősen megduzzadtak*, funiculusok fájdalmasak, duzzadtak, épúgy az inguinalis mirigyek, melyek felett a bőr pirosan elszínesedett. *A sebűr teljesen tiszta, genyretentio nincsen.*

Therapia: 2% liqu. alum. acetic.-borogatás. Belsőleg háromszor napjában 0·30 gm. chinin. muriatic.

Január 16-dikán. Fejfájás folyton tart, reggel láztalan, este hőmérsék 39·6° C. A rázóhideg csekély mértékben ismétlődik, has nem fájdalmas, a helybeli lelet tegnap óta nem változott.

Január 17-dikén. Hőmérsék ismét normalis. P. 72. R. 18. Duzzanat lelohad. Az érzékenység, a bőrpír csökken. Fejfájása megszünt. A vizeletet a lázas rohamok alkalmával kevésbbé jól tudta tartani.

Január 18-dikán. Állandóan láztalan. P. 70. R. 16. A lob tünetei teljesen visszafejlődnek. Feje nem fáj, de még étvágytalan.

A lefolyt 8 nap alatt a vizeletmennyiség 1100—1850 cm³ közt ingadozott, 1006—1011 fajsúlylyal.

Január 19-dikén. Euphoria, étvágy javul. Láztalan.

Január 20-dikán. Tegnap este 8 órakor ismét rázóhideg, hőmérsék 40·4° C. P. 112. R. 36. Has nem fájdalmas, seb tiszta. *A bulbus s praepuium igen duzzadtak* s fájdalmasak. Ismét 2%-os liquor alum. acetic.-borogatás.

Január 21-dikén. Állandóan láztalan, hőmérsék 36·7—37° C. A nyákhártya duzzanata engedett, glans lelohadt. P. 80. R. 20.

Január 22-dikén. Panaszai nincsenek. Láztalan. A seb széle lapisszal érintetik.

Január 24-dikén. Állandóan láztalan. Étvágygyal eszik. A vizeletet 1½ óráig tartja. Vizeletmennyiség 1240—1550 cm³, 1008—1010 fajsúlylyal. *A bal corpus cav. penis gyökén egy krajczárnyi, körülirt helyen fájdalmas duzzanat van.*

Január 25-dikén. Hőmérsék 36·4—36·7° C. A tegnap jelzett helyen *mogyorónyi tályog keletkezett, mely bemetszetvén, belőle kávéskanálnyi, sűrű sárga geny ürül. A medenczébe vezető sebűr szépen granulál,* kisebbedik, újból lapis-szal érintetik.

Innen kezdve a beteg állandóan kitünő közérzetnek örvend. Folyton normalis hőmérsékű marad, kitünően emészt s gyarapszik. A corpus cav.-ban levő sebűr 7—8 nap lefolyása alatt, a medenczébe vezető sebűr pedig február 10-dikéig teljesen záródik, úgy hogy ezután csak egy körülbelül négy krajczárnyi élénkpiros, lapos sarjadzó terület marad vissza a hólyag régi helyén a prostata felett a hasfal alsó zúgában. Beteg jelenleg körülbelül 3 óráig birja vizeletét tartani, visszatartja alváskor is, a midőn is a vizelési inger jelentkezésekor felébred. A vizelet napi mennyisége 1240—2300 cm³ közt ingadozik, 1010—1018 fajsúlylyal. Legtöbbnyire a vizeletmennyiség 1700—1800 cm³. Benne filtrálva sem albumen, sem geny, sem górcsői alakelemek ki nem mutathatók.

Felemlítendő még, hogy a huzamosan tartó narcosis alkalmával a pulsust ellenőrző segéd a jobb alkart a fejfölé emelte s így a jobb felső végtagot hyperextendálta. Ennek folytán meglehetős súlyos jellegű n. medianus et radialis hűdés állott be, mely tünetek azonban huzamosabb massage s villamozásra visszafejlődtek, úgy hogy beteg karját most teljesen jól használhatja.

1898. junius havában a beteg írja, hogy teljesen jól érzi magát, vizeletét 3 óráig birja tartani, súlyban gyarapszik, nemi ösztöne erősebb. Csupán ritkán vannak bal lágyéktáján húzó fájdalmai, de sohasem lázas.

E kórtörténetek egyszerű és hű előadásánál első pillanatra szembeszökik, hogy tényleg *a követett műeljárással fényesen sikerül az incontinentia urinae megszüntetése.* Különösen azon kartársak, a kiknek alkalmuk volt a bevezetésben felemlített egyes módszereket tanulmányozni, egyikét, másikát gyakorlatilag alkalmazva látni és a kik meggyőződést szereztek arról, hogy mi sebészek sokszor éveken át bajlódunk ezen szerencsétlen betegekkel, a nélkül, hogy eredményt képesek volnánk felmutatni, ezek méltányolni fogják, hogy most egy ugyan beható, de egy csapásra véghezvitt műtéttel képesek vagyunk a vizeletcsurgást megszüntetni és a vizelet visszatartási képességet helyreállítani, a mi eddigelé a régi módszerek egyikével sem sikerült.

A *Maydl*-féle módszer, mint látni méltóztattak, lényegében abból áll, hogy a hólyagnak trigonum Lieuteaudii-ja az ureter-szájadzásokkal együtt be lesz ültetve az S. romanumba. Az által, hogy ekként maga a hólyagfal lesz implantálva a bélbe, az *operatio technikája rendkivül egyszerüsítve* lett az átvágott ureterek bevarrásával szemben, melynél, mint ismeretes, egyes varratok gyakran átvágnak, úgy hogy az ureter visszacsúszik és súlyosabb viszonyok létesülnek, mint a műtét előtt. (Peritonitis purulenta!) De másrészt az implantatio ezen keresztülvitelénél az *ureterek szájadzása körüli záró izomzat is conserválva lesz,* a mi Maydl szerint rendkivül fontos, a mennyiben az uretereket bélgázok és béltartalom ellen elzárja és így a vesék infectiójának lehetőleg elejét veszi. Ezenkivül még egy hatalmas előnye van a módszernek, mely valamennyi hasonló, *az ureter bélbe való implantatióját* czélzó eljárás fölé helyezi. Ugyanis mindezeknél, nevezetesen pedig a circularis varrással végzett implantatióknál a másodlagos stenosis réme fenyeget. *Boari* és *Novaro* kimutatták már, hogy nem elegendő, hogy a vizelet egyáltalán lefolyhasson, hanem szükséges, hogy szabadon akadálytalanul folyhasson az új anastomosis nyiláson át, mert a legkisebb torlódás az infectio veszélyét emeli, a mennyiben a stagnált vizeletben a bakteriumok burjánzásukra a legkitünőbb talajra bukkannak. *Maydl* eljárásánál ezen szükülés *teljesen kizártnak tekinthető;* hozzá ezen tekintetben legközelebb áll Boari eljárása, ki az ureternek bélbe való implantatióját *Murphy gombhoz hasonló műszerrel végzi* és eddig két ily műtétet végzett sikerrel emberen.

Nemcsak technikai okokból, mert így legegyszerübben, hanem főkép azért, hogy a visszamaradt húgyutak fertőzésének veszélyét lehetőleg elkerüljük, végezzük az implantatiót a vastag bélbe, a flexura sigmoideába, a hol rendszerint már kemény, formás székletét fekszik, a hol tehát a bélsár már sűrű és nem hatolhat be oly könnyen az ureterbe, a hol nincsenek már oly hatalmas erjedő és bomló folyamatok, mint a vékonybélben, a honnan ezek szintén könnyen átterjedhetnének az ureterekre. A literatura eddigelé ezen eljárás szerint 14 operált esetet mutat fel, melyeket Mathes állitott össze a „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ 1897. évfolyamában. E dolgozatból kitünik, hogy 5 Maydl részéről (ezek közül 1 collapsusban halt el) lett műtéve, 1 Trombetta, 1 Resegotti, 1 Krinsky, 1 Wölfler, 1 Ewald, 1 Mikulicz (34 hóval később pyelonephritisben halt el), 1 Trendelenburg, 2 Eiselsberg részéről. Ehhez járul *Schnitzler* esete, mely utóbbinál a varratok teljesen szétváltak, valószinüleg azért, mert a műtő az implantatio helyét teljesen extraperitonealiter helyezte el.

A beteg egy évvel utóbb egy súlyos utóműtét folytán pusztult el.

Igy a mi eseteink az irodalomban a 16. és 17-ik helyet foglalják el és szintén bizonyítják, hogy az eljárás teljesen életképes és hogy az ureterek tápláló edényei, hacsak nem sértetnek meg, teljesen elegendők arra, hogy az exstirpált hólyag falrészletét is táplálják. Maydl különben azt találta, hogy ily körülmények közt egy vagy mindkét art. umbilicalis nyitva marad és közvetlen az art. hypogastricából való eredésük alatt az ureterekhez bocsátanak oldalágakat, úgy hogy ez oldalról sem veszélyezteti semmi az operatio sikerét.

Én mindkét esetemben oly szerencsés voltam, hogy teljes primát értem el. De a tapasztalatok azt bizonyítják, hogy még akkor is, ha a hólyag és bélfal nem egyesülnek teljesen, tehát fistulosus közlekedés létesül, melyen át a sebüregen keresztül ömlik a vizelet, még akkor is később többnyire önként minden újabb műtéti beavatkozás nélkül jön létre teljes gyógyulás, a mennyiben a hosszú peritonealis üregen átfutó sipoly rendszerint önként záródik.

És most, t. egyesület, hátramaradt még a legfontosabb kérdés érintése, hogy vajjon eme radicalis gyógyítással nem idézünk-e elő oly viszonyokat, oly káros folyamatokat, a melyek *következményükben az illető egyének súlyos megbetegedését, esetleg halálát vonhatják maga után.*

Értem a vesék *deletaer lobosodásait, az ureteritist és pyelonephritist.* Hogy ezek nem szükségképeni következményei a bélhuzam és húgyutak abnormis communicatiójának, azt bevezetésül már felemlítettük és a literaturából vett adatokkal bebizonyítva láttuk. A mi magukat azon eseteket illeti, a melyek ezen módszer szerint lettek műtéve, erre nézve Maydl felemlíti, hogy daczára annak, hogy voltak betegei, kiket egy évnél tovább észlelt, a vese részéről semmiféle sem subjectiv, sem objectiv nehézség nem mutatkozott. Ugyanezt jelzi Ewald egy betegéről, kit műtét után 4 hónapig és Krinsky,

ki betegét műtét után 15 hónapig figyelte meg. *Részemről ezen kérdést eldöntetlennek tartom és azt hiszem, hogy a megfigyelési idő, ha egy évig is terjed ki, sokkal kisebb, semhogy erre nézve határozott véleményt lehetne koczkáztatni.* Meg kell vallanom ugyan, hogy legalább az én első esetem e kérdés elbirálásánál nem lehet mérvadó, de ki kell emelnem, hogy ép ezen kis betegünknél sokáig egy hatalmas renalis polyuriával állottunk szemben. Nem valószinűtlen, hogy az akkor fennálló kis albuminuria szintén renalis eredetű és az előrement pneumonia következménye volt, a mi mellett szól, hogy később újabbi három hónap lefolyása után 1898. elején a polyuria teljesen megszünt és csupán minimalis albuminuria volt jelen. Gondolni kellett arra is, hogy a bőséges hig ürüléseket nem részben a túlizgatott rectum nyálkahártyája producálja-e. Ezen kérdés lehető eldöntésére iparkodtunk a beteget a lehető legexactabb módon ugyanazon diaetával napokon át táplálni és felváltva hol bourdonnet segitségével a vizeletet *állandóan* levezetni, hol pedig az önként jelentkező mictio rectalisokkal 4—5 óránként az ürüléket felfogni és mennyiségét pontosan meghatározni. Ez alkalommal kitünt, hogy *lényeges eltérés a secernált mennyiségek között alig mutatkozik.* A csövön át felfogott vizeletben az ammoniacalis erjedés kevésbbé kifejezett, fagypontja csekély 0·58, minden esetre sokkal alacsonyabb, mint a szabadon eresztett vizeleté.

A polyuria magyarázatát Korányi Sándor tanár szerint két körülmény adhatja meg: 1. Nephritis interstitialis, a mi mellett felhozható az igen kis albuminuria és 2. viznek diffundálása a bélen át a vizelet felé. Az utóbbira nézve Kövesynek vizsgálatai azt mutatják, hogy a vérnél nagyobb fagypont-sülyedésű folyadék a bélbe való behozatalánál (a milyen az ép vizelet is) a folyadék addig hígul fel, míg annak fagypontsülyedése a vérével hasonlóvá nem válik. Lehetséges, sőt valószinű is, hogy a kis albuminuria az előrement pneumonia maradványát képező nephr. chronica következménye és ez magában vagy a bél említett viselkedésével együtt okozza a polyuriát. *A vese infectiója a végből felől nem igen valószinű, mert a vizeletben geny nem foglaltatik.* Hogy a polyuria *renalis* — legalább részben —, a mellett az is szól, hogy az állandóan alkalmazott csövön át kiürített vizelet *mennyisége is nagy* és fajsúlya *csekély.*

Ha mindezek után valószinűnek tetszik is, hogy a polyuria nem a műtét, hanem a közbejött pneumonia eredménye, minden esetre felhivja ezen körülmény figyelmünket arra, hogy a jövőben is hason esetekben szorgosan figyeljük meg a vizelet kiválasztásának módozatait.

Kiemelendő még, hogy Maydl 7 éven aluli gyermekeknél nem merte a műtétet végrehajtani és hogy a mi esetünk, ép úgy mint Ewald szintén sikeres esete, 5 éves fiut illetett. Ez azért kiváló fontosságú, mert mint már fentebb kiemeltük, a hólyagnyákhártya szabadon fekvése és a folytonos vizeletcsurgás folytán keletkező és sokszor az életet is veszélyeztető másodlagos megbetegedések korán szoktak támadni és azért a betegre nézve nagy horderővel bir, ha az alapbántalomtól minél korábban tudjuk megszabaditani.

A budapesti egyet. fogászati klinika kimutatása az 1896/97. tanévről.

Közli: *Antal János* dr. klinikai tanársegéd.

Ezen kimutatás az egyet. fogászati klinikának az 1896/97. tanév I. és II. félévében kifejtett működéséről és betegforgalmáról számol be.

Az első félévben jelentkezett 14 éven aluli 188 fiú és 267 leány, továbbá 443 férfi és 964 nő. A jelentkező száj- és fogbetegek száma tehát összesen 1862. Ezek közül budapesti születésü volt 796, vidéki 1066. Sebészi kezelés tárgyát képezte 161 fiú és 243 leány, 308 férfi és 500 nő, összesen 1212 egyén, kik közül budapesti volt 496, vidéki 716. Conservativ fogkezelésre jelentkezett 27 fiú, 24 leány, 135 férfi és 464 nő, összesen 650 egyén, ezek közül helybeli volt 300, vidéki 350.

A megbetegedések csoportokba osztva a következők voltak:

tejfog és fogváltás	162
dentitio tarda et difficilis	14
fogszú (caries)	183
pulpa-betegségek	892
gyökhártya-bántalmak	314
iny-betegségek	23
fogmeder- (alveolar) bántalmak	142
fogrendellenességek	16
fogkő	11
más betegségek	52

Kóresetek száma összesen 1809.

A kezelés a következő csoportok szerint oszlott meg:

extractio	1312
tanácsadás (consultatio)	550
véres műtét és sebkezelés	196
necrotomia	9
fogkő-tisztítás	53
fogtömés	521
obtundálás érzékeny dentinnél	16
devitalisatio	146
egyéb kezelés (phasis)	632

Az 521 fogtömés közül egyszerű és combinált koronatömés 346 esetben, pulpalobos fogaknál 132 esetben, gangraenás fogaknál 43 esetben végeztetett.

A kezelések összes száma 3435.

A második félévben jelentkezett 14 éven aluli 240 fiú és 310 leány, továbbá 664 férfi és 1071 nő. A jelentkező fog- és szájbetegek száma tehát 2285-öt tett ki. Ezek közül budapesti születésü volt 948, vidéki 1337. Sebészi kezelés tárgyát képezte 212 fiú és 235 leány, továbbá 568 férfi és 777 nő, összesen 1792; ezek közül 794 helybeli és 998 vidéki. Conservativ fogkezelésre jelentkezett 28 fiú és 75 leány, továbbá 96 férfi és 294 nő, összesen 493 egyén; ezek közül budapesti származású volt 154, vidéki 339.

A megbetegedések csoportosítva a következő számokat adják:

tejfog és fogváltás	260
dentitio tarda et difficilis	21
fogszú (caries)	176
pulpa-betegségek	1130
gyökhártya-bántalmak	422
iny-betegségek	26
fogmeder- (alveolar) bántalmak	154
fogrendellenességek	14
fogkő	23
egyéb bántalmak	52

Kóresetek száma összesen 2278.

A kezelések a következő csoportozatok számát tüntetik fel:

extractio	1792
tanácsadás (consilium)	493
véres műtét és sebkezelés	114
necrotomia	6
fogkő-tisztítás	68
obtundálás érzékeny dentinnél	7
devitalisatio	23
fogtömés	436
egyéb kezelés (phasis)	662

A 436 fogtömésből egyszerű és combinált koronatömésekre 278, pulpalobos fogakra 126, gangraenás fogakra 30 és gyökhártyalobos fogakra 2 esik.

A kezelések összes száma 3601.

Az egész tanévben, mely alatt a fogászati klinika 11 hónapon át volt nyitva, 4087 kóresettel szemben 7036 kezelés végeztetett.

A beiratkozott hallgatók száma az I. félévben a poliklinikai előadásokra 91, a fogászati műtéttanra 49; a II. félévben a poliklinikai előadásokra 32, a fogászati műtéttanra 11. *Mindkét félévben együttvéve a hallgatók száma a poliklinikai előadásokra 123, a fogászati műtéttanra 60.*

A klinika vasár- és ünnepnapok kivételével délelőtt 9—12-ig és délután 3—8-ig volt nyitva. A rendszeres előadások heti óraszáma 5, melyből 3 óra a fogászati kór- és gyógytan (poliklinikai) előadására és 2 óra a conservativ műtéttan tanítására lett fordítva.

Hogy a hallgatóság az extractiókban kellőkép gyakorolhassa magát, de azért is, hogy bizonyos gyakorlottságra tegyen szert, mielőtt élő betegen végzi a műtétet, akként történt intézkedés,

hogy a hallgatóság eleinte phantomon gyakorolja magát a foghúzásban és pedig hetenként kétszer a poliklinikai előadások előtt a tanársegéd vezetése mellett. E czélból a *Weisz*-féle phantom (leirását lásd: Oesterr.-Ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnheilkunde, 1898 Nr. 1), mely eddig csak conservativ mütétekre szolgált, olyképen lett módosítva, hogy az extractiók gyakorlására is alkalmas legyen. A fogíveket ugyanis gyps helyett folyékonnyá lett viaszszal töltöttük meg; mikor a viasz kihülni és megkeményedni kezd, beillesztetnek a fogak. Ha a viasz teljesen megkeményedett, csaknem oly erősen tartja rögzítve a fogakat, mint az élő íny, tehát az ellenállás is, melyet a mütőnek extractiónál ki kell fejtenie, megközelítőleg olyan, mint az élőnél. A kik a hallgatók közül a phantomon már kellőkép gyakorolták magukat, azután élő betegeken folytatják gyakorlataikat.

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.[1]

Közli *Walla Béla* dr. II. tanársegéd az egyet. I. számú női klinikán.

(Folytatás.)

A tubák catarrhalis lobjánál nem szoktak mindjárt müvileg beavatkozni, hanem ágyba fektetik a beteget, vizes borogatásokat, mustárpapirost alkalmaznak a hasra és még a teljesen acut stadiumban rendelnek forró hüvelyöblítéseket, később pedig főleg glycerintamponokat helyeznek a portio vaginalis elé. Ha a betegség chronikussá válik, a beavatkozás módja nagyon különböző, a szerint a mint catarrhalis eredetü a baj, vagy pedig infectiosus. Az előbbinél mütétel közben is conservative járnak el, azaz csak épen a megbetegedett szervet, vagy ha lehet a szervnek csak a megbetegedett részét távolítják el. Igy a megbetegedett ovarium vagy tubarészletnek resectiója napirenden van. A kis cystás degeneratiót mutató ovariumnak, ha sikerül, ép részét nem irtják ki, hanem csak a kórosat resecálják, vagy pedig felszúrják a kis cystákat és üregüket tömény carbolsavval kiégetik és igy a szervből semmit sem távolítanak el. Ha a tubának csak abdominalis vége van megbetegedve, uterinalis vége pedig teljesen ép, akkor szintén csak a megbetegedett részt távolítják el és az ép rész végén szájadékot képeznek. Az adhaesiókat szétválasztják, ha azonban ezek a méh deviatióját okozták, akkor a deviatióknál leirt eljárásokat használják. Mindazon esetben, a midőn a tubák genyt tartalmaznak, minden conservativ eljárást mellőznek és nemcsak a kórosan elváltozott tubákat távolítják el, hanem többnyire a betegségnek mintegy forrását, magvát, a méhet is. Az eltávolítás vagy a hasfalon, vagy a hüvelyen keresztül történik.

Nem tudnám határozottan megmondani, hogy az abdominalis vagy a vaginalis mütétel örvend-e nagyobb elterjedésnek, mert mind a kettőt egyenlően gyakran láttam alkalmazni és az operálók sem nyilatkoztak határozottan az egyik vagy a másik mód mellett, sőt ellenkezőleg egy és ugyanazon operáló az adott eset szerint vaginalis vagy abdominalis úton fog a mütételhez.

Ha mindkétoldali adnexumok vannak megbetegedve és metritikus méh van jelen, úgy kiirtják az adnexumokkal együtt a méhet is, a mit per laparotomiam egy operálónál a következő módon láttam véghez vinni. Az operáló a has megnyitása után vékony tün keresztül aspirálta a tuba tartalmát és azután felszabadította a méhet és függelékeit az adhaesiók alól és az egyik oldalon elkezdve successive lekötötte és átvágta a parametriumot, mígnem a méhhez jutott, most lepraeperálta a méhről a hólyagot és azután a lekötéseket és átmetszéseket a méhen keresztül a másik oldalra folytatta és onnan azután a parametriumot alulról felfelé kötötte le és metszette át. Az egész complexum eltávolítása után kiöblítette a hasüreget több liter steril normal konyhasóoldattal, mert a tubákból kevés geny jutott a hasüregbe, majd a méh csonkjára a peritonealis lebenyt reáfektetve Mikulicz szerint tamponálta a mütöteret és a hassebet részben bezárta. Egy másik operáló abdominalis totalexstirpatiót végez alkalmas esetekben ily megbetegedéseknél a következő módon: Az adhaesiókat szétválasztja. Leköti két oldalt a spermatikákat, egy-egy második lekötéssel két oldalt mélyebbre halad, átmetszi a lekötött szöveteket; peritonealis lebenyt készit mellül és hátul, a hólyagot letolja s most leköti két oldalt az uterinákat. Ezután körülmetszi a hüvelyboltozatot, eltávolítja az egész méhet az adnexumokkal. A hüvelyfal vérző ereinek lekötése után a hasüregen keresztül jodoformtampont vezet a vaginába és erre csak reáfekteti a peritonealis lebenyeket és a hassebeket egyesíti. Ismét egy másik operáló úgy jár el, mint Chrobak a myomotomiánál.

A vaginalis exstirpatiónál a méhet és függelékeit vagy in toto távolítják el, vagy a morcellement-t veszik igénybe és a parametriumokat vagy selyemmel kötik le, vagy klammereket alkalmaznak azokra. A hüvelyboltozat körülmetszése és a parametriumok lekötése az ismert módok szerint történik, csak a tátongó hüvelysebet látják el különbözőképen. Vagy nyitva hagyják és a csonkokat ki nem varrva egyszerüen tamponálják, vagy pedig a csonkokat a hüvelyfalhoz kivarrva a hüvelyboltozatot zárják, vagy végül a csonkokat csak a peritoneumhoz varrják ki és csak a peritoneum egyesítésével zárják el a hasüreget, a tátongó hüvelysebet ellenben tamponálják.

A medenczebeli abscessusok gyógyítása a hüvelyboltozaton keresztül való megnyitás és drainezés útján történik. Szinte meglepett ily mütételeknél egyes orvosnak bátor és biztos keze. Tükrök használata nélkül ujja mentén vezette a vaginába a hegyes zárt ollót és azután a tumor alsó polusára támasztva azt, egy merész döféssel átbökte a válaszfalat; most a kinyitott és nyitva tartott olló kihúzásával a szúrt sebet tágította, majd abba gummi-draincsövet helyezett be.

A jó széles drainezésre nagy súlyt vetnek és azt vagy nagycaliberü gummicsővel érik el, vagy pedig, ha jodoformgazet használnak, akkor rövid, vastag csíkokat helyeznek egymás mellett a sebnyilásba, hogy ezek a sebet jól tátongva tartsák.

A medenczebeli szervek septikus megbetegedésének gyógykezeléséről rendkivül érdekesek *Henrotin* dr. chicagói nőorvos és sebész nézetei, a miért is érdemesnek tartom azokat itt röviden ismertetni. Ő a New-York Obstetrical Society 1896. márczius 17-diki ülésén e tárgyról előadást is tartott. Nézeteit részint ez előadás nyomán, részint pedig úgy, a mint saját maga elmondotta volt nekem, közlöm.

Az endometritis helyes gyógykezelésében rejlik a kulcs a septikus megbetegedések továbbterjedésének meggátlására, mondja. Egy inficiált méhnek az üregе, ha egyáltalában sikerül, csakis az általános sebészeti szabályok szerint gyógyítható, a mely szabályok bármely inficiált üregre vonatkoznak, még pedig: nyitni, tisztítani, és drainezni, a mi a méhnél annyit jelent, mint: dilatálni, curettezni és drainezni. A dilatatio és curettezés után ő kiöblíti a méh üregét steril vízzel, azután felszárítja tamponokkal és most hydrogenium hyperoxydatummal kitörli és csak ezután tömi ki lazán 10%-os jodoformglycerinbe mártott gazecsíkkal. Erre a vaginát jodoformgazevel tamponálja, a tampont naponkint változtatja, hogy a vaginát tisztán tarthassa, mert nézete szerint sok esetben azért nem történik gyógyulás, mert a vagina tisztán tartása elhanyagoltatván, onnan könnyen származik reinfectio. Most azután elősorolja, hogy mily esetekben káros a curettezés. Puerperalis méheknél, a melyeknek megvastagodott falaiban thrombophlebitikus folyamatok székelnek; itt az ujjal és a csurgó vízzel való tisztításnak ad előnyt. Továbbá oly lassan kifejlődő septikus endometritiseknél, a melyeknél a betegség nem terjedt a méh határain túl és a melyeknél maga a természet vetett gátat a betegség tovaterjedése ellen. Ily esetekben nagy, kemény, rigid méhet találunk; a beteg panaszait nehézségi érzés, keresztcsonttáji fájdalmak és profus vérzés képezik. És végre gonorrhoeanál, a midőn a betegség csak a cervixben székel, igy hibás diagnosis folytán nyúl az orvos a curettehez. Mindezen esetekben a curette alkalmazása káros. Ilyenkor a beavatkozás, a curettezés maga adja meg az impulsust a betegség tovább terjedésére.

Ha a septikus folyamat a méh határait túllépte, nézete szerint az eljárás a következő: ha a beteg élete momentan nincs veszedelemben, antiphlogistikus és roborans kezelés mellett várni kell; ha azonban a beteg élete veszedelemben látszik lenni, habozás nélkül operative kell beavatkozni. Igaz ugyan, mondja, hogy azon sok nő közül, a kiket ily indicatiók alapján operál, kevés halna meg a betegség következtében, de ha tekintetbe veszi, hogy a

[1] L. „Orvosi Hetilap“ 32. számát.

megmaradtak közül mily kevés gyógyul meg tökéletesen és mily sok tengődik beteges, functióra képtelen nemi szervekkel teljes életén át, a lobos bántalmak acut stadiumában az operativ beavatkozást hasznosnak találja, mert ezután kevesebb beteg hal el és a megmaradtak legnagyobb része egészséges, functióképes nemi szervekkel fog birni. Ez az, a mi őt arra késztette, hogy a medenczebeli szervek infectiosus bántalmainak acut stadiumában operative avatkozzék be. És a prioritást csak annyiban tartja fenn magának, a mennyiben ő tette az első határozott nyilatkozatot ezen beavatkozás gyógyító értékéről az acut lobos bántalmak gyógykezelésénél.

Sajnos, hogy Henrotin dr.-t magát nem láthattam ily esetben operálni, hanem csak egyik barátját és lelkes hívét Pryor dr.-t New-Yorkban. Henrotin dr. ellenben szíves volt egyik operált betegéhez bevezetni, a kinél épen érkezésem előtti napon avatkozott be. Ez egy 6 nap előtt másodszor szült fiatal intelligens asszony volt (a szülés lefolyásáról nincs tudomásom), a kinek hőmérséke a gyermekágy 3-ik napjától kezdve 39 és 40 fok között, pulsusának száma 120 és 130 között ingadozott, a méh és környezete rendkivül érzékeny volt; tumor nem volt tapintható. A gyermekágy 6-dik napján, miután javulás nem mutatkozott, a méh üregét az előbb leirt módon kikaparta és drainezte és utána megnyitotta a hátsó hüvelyboltozatot; behaladt a hasüregbe, miután a kötőszövetben kóros elváltozásra nem akadt és ott fibrinoplastikus izzadmányt talált. Miután a méh függelékei megbetegedve nem voltak, a boltozat sebébe széles jodoformgazedraint helyezett. A midőn másnap délelőtt velem együtt a beteget meglátogatta, már annak külseje is jó benyomást tett reánk, hőmérséke 38 fok C. volt és pulsusa 100. A műtétel után 2-dik naptól kezdve, a mint értesültem, a beteg láztalan volt és fájdalmai a kis medenczében csaknem megszüntek.

Pryor dr.-nak az esete, a kinek a műtétét láttam is, hasonló természetü volt. Fiatal asszony abortált, peterészlet maradt vissza, a mit egy orvos curettel távolított el, de műtétele végén perforálta a méhet. A nő lázas lett, pulsusa szapora és alhasa rendkivül érzékenynyé vált. Az operáló-asztalra került. A hátsó hüvelyboltozat megnyitása után retractorok segélyével a méh hátsó falát és környékét jól át lehetett tekinteni. A méhen, közel a fundushoz egy kis odatapadt fibrincsomó jelezte az átfúrás helyét, körülötte és a beleken fibrinoplastikus izzadmány, az adnexumokon nevezetes elváltozás nem volt észlelhető. A hasüregbe jó széles jodoformgazedrain lett bevezetve, a mely jó levezetőül szolgált. A beteget többé nem láttam, csak 6 nap mulva értesültem, hogy másodnapra láztalan lett és azóta jól érzi magát.

Mielőtt Henrotin eljárását acut lobos bántalmaknál részletesebben leirom, helyén valónak tartom, ha Pryornak egy vizsgálati módszerét ismertetem itt, a melylyel hasmetszés kikerülésével a kis medencze szerveit, sőt még a processus vermicularist is jól át lehet tekinteni. A megvizsgálandót kömetszési helyzetbe teszi; megnyitja a hátsó hüvelyboltozatot és most igy kömetszési helyzetben a nőt Trendelenburgba fekteti, most egy retractorral a hátsó hüvelyfalat a keresztcsont felé tolja, egy másik hosszabb tompa szögben visszafelé hajtott retractorral pedig, a melylyel egészen a méhtest közepéig felér, a mellső hüvelyfalat és a méhet a symphisis felé szorítja. A Trendelenburgban a belek a diaphragma felé sülyednek és igy elegendő tér marad az adnexumok megtekintésére, a melyek tompa fogóval a látótérbe húzhatók. A bemutatott esetben még a processus vermicularis is jól volt látható.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. L. Dalla Rosa. Physiologische Anatomie des Menschen. Eine Darstellung des Baues und der Verrichtungen des menschlichen Körpers, mit besonderer Berücksichtigung des Bewegungsapparates etc. Erster Theil. Der Bewegungsapparat in fünfundzwanzig Vorträgen. Leipzig und Wien. Fr. Deuticke kiadása, 1898. 116, többnyire eredeti rajzzal.

Rég időktől, de különösen *Hyrtl* anatomiái megjelenésétől kezdve gyökeret vert az anatomusok gondolkozásmódjában az az irányelv, hogy anatomiai tárgyalásoknál az egyes életművek functióira is tekintettel legyenek. Széles alapon azonban és egész tudományos apparatussal a göttingai *Weber* testvérek és a nemrég elhúnyt *Henke* tübingai, előbb prágai tanár jeles munkái foglalkoztak ily irányban s követték azt csakhamar számosan mások is. Mondhatni, hogy már alig van valamire való anatomiai mű, mely habár röviden is ne követné ezt az irányt úgy, mint az anatomiai tudományok bölcsőjében is tették: meggyőződve, hogy a morphologiai tudományok a biologiai, illetőleg functionalis tünemények magyarázata nélkül czélszerüen nem müvelhetők s a kettő egymástól, legalább általánosságban, el nem választható. Ugyane felfogás vezette a régibb életbúvárokat és anatomusokat is akkor, midőn az élettan kisebb kifejlettségekor mindkét említett szakma előadását egy személyre bizták.

Ugyanez irányelv vezérelte az előttünk fekvő mű szerzőjét, a bécsi tudomány-egyetem érdemes rendkivüli tanárát, a nagy *Henke* és *Toldt* bécsi tanárok méltó tanítványát is, a mikor egyetemi tornatanítói és nőtornatanító képzőintézeti cursusában résztvett hallgatói számára, de magánolvasmányul is igen kitünő könyvét megirta.

Eddig a mű első része, a „*Mozgásszervek*“ anatomiája s functiója jelent meg.

Messze vezetne, ha minden egyes fejezetet itt külön ismertetnénk; legyen itt csak általánosságban felemlítve, hogy a műben a passiv (csontok) és activ mozgási szervek (izmok) röviden bár, de nemcsak behatóan, könnyen érthetően vannak tárgyalva s a mozgásoknál szereplő izületek és az egyes izmok működése is behatóan vannak ismertetve s oly érthető nyelven, hogy kevés előismeretekkel biró kezdő is azokat jól megértheti: de megjegyezzük egyúttal, hogy a mű akként van tartva, hogy nemcsak medikusaink, hanem orvosaink is nagy hasznát vehetik a műnek azon fontosságnál fogva, a mely a praktikus életben lépten-nyomon előtérbe nyomul ficzamodások létrejöttekor, vagy járásbeli abnormitásoknál s azok okainak felderítésénél.

Szerző könyvének ez első részét 25 előadásba osztotta be. Az előszó után következő *első előadásban* az *ember-anatomia* fogalmát nyujtva, áttér a sejtre s azt mint *elementaris szervezetet* ismerteti s megmagyarázza szépen, hogy van ilyenekből az ember összetéve s mik a szövetek, és egyúttal az ez utóbbiak által egybetett életműveket sorolja fel. A *második előadásban* a skeletről szól, a csontok és mellékrészeik szerkezetével, valamint csontosodásával és növésével kezdvén. A *harmadikban* azután a csontegybeköttetések nemeiről s az egyes izületekről behatóan ír, nemkülönben az izületek mozgásterjedelméről. A *negyedik előadásban* a test tagoltságáról s a csigolyákról és egybeköttetéseikről beható tárgyalást küld előre, hogy az *ötödikben* a mellkast irja le s egyúttal a mellkas mozgásait s nemi különbségeit, valamint beteges alakulásait is ismertesse.

A *hatodik előadásban* a medenczét, a *hetedikben* a gerinczoszlop mechanismusát, hajlásait, forgásait, a *nyolczadikban* a koponyát behatóan irja le.

A *kilenczedik előadásban* az arczskeletet s az egész fej csontos configuratióját adja s itt is a fej izületeit s egybeköttetéseit szakembernek is élvezhető formában nyujtja.

Igy folytathatnók a többi érdekes előadások leirását is, de e lapok könyvismertetésre szánt tere nem engedi meg, hogy külön kis munkát irjunk a terjedelmes müről, pedig azt kellene tennünk, ha azt kellően méltatni akarnók. Itt csak megemlítjük, hogy a további fejezeteknél is az irányt, melyet bevezetésünkben említettünk, nem téveszti el szerző szeme elől s az izmok leirása s működéseik tárgyalása nemcsak kitünő, de szakember előtt is sok olyat felölel, a mely reá nézve különös érdekkel birhat s nem egy téves nézetet corrigál.

Végül igen tanulságos ez első rész utolsó vagyis 25-dik fejezete, a mely az állás és mozgás különféle nemeit tudományos alapon, könnyen érthető modorban tárgyalja úgy, hogy érdemeinél fogva e kitünő s minden tekintetben sikerült művet e lap olvasóinak külön figyelmébe ajánlhatjuk, megemlítve, hogy a mü többnyire eredeti s igazán kitünő rajzokkal van illustrálva.

Thanhoffer Lajos dr.

II. Lapszemle.

A sanker (ulcus molle) gyógyításának újabb módszere, irta *Unna*. Újabb vizsgálatok kiderítették, hogy a sankert előidéző streptobacillus tulajdonképen csak felületesen roncsolja a szöveteket. Számos górcsövi vizsgálatainál t. i. azt találta, hogy a streptobacillus a legtöbb esetben legfeljebb 1 mm.-nyire hatol a szövetek mélyébe és ha borotvával 2 mm.-nyire lapos metszést végezünk, ez már biztosan ép szövetben halad és a műlegesen előidézett seb teljesen tiszta, mely a legrövidebb idő alatt begyógyul. Ezen alapszik a sanker gyógyításának újabb módszere. A műtétnek kivitele a következő: miután a fekélyt és ennek környezetét szappannal és sublimat-oldattal alaposan megtisztítottuk, a fekélyt chloraethyllel addig permetezzük, míg ez teljesen megkeményedett, megfagyott. Ezek után a fekélyt $2^1/_2$—3 mm.-nyi mélységben éles borotvával lapos metszéssel eltávolítjuk. A vérzés csillapítása után az újonnan megejtett sebet jodoformmal vagy más antiseptikummal behintjük és ujjnyi széles, a monyt többször körülvevő zinktapaszcsíkkal befödjük. Ezen kötést naponként vagy 2 naponkint megújítjuk; kisebb fekélyeknél a gyógyulás már az első, nagyobbaknál a 2—4. kötés után bekövetkezik. A fekélyek multiplicitása nem képez contraindicatiót, mert ilyen esetekben egyik fekélyt a másik után megfagyasztjuk és levágjuk és az előbbi kötéssel ellátjuk, ugyanígy áll a dolog a gangraenosus fekélyeknél. Contraindicatiót képeznek azon fekélyek, melyek elhelyezkedésöknél fogva nehézségeket okoznak a műtétnek, így pl. a húgycsőnyilás, a glans penis és a sulcus coronarius fekélyei. De ha ezek mellett olyanok is előfordulnak, melyek a lapos metszéssel eltávolíthatók, akkor utóbbiakat a „fagyasztási borotva"-módszerrel (mint ezt a szerző elnevezi) gyógyítjuk, a többit pedig más gyógyszerekkel kezeljük. Különös súlyt fektet arra, hogy a fekélyek chloraethyllel megfagyasztassanak, mert csakis ezzel érjük azt el, hogy a megbetegedett szövetrész keménysége által tapintó érzékünk irányt kap, milyen mélységben kell a szövetben a metszést megejteni, miáltal biztosan és gyorsan az ép szövetig hatolhatunk. E módszernek fölényeit a következőkben látja: 1. A gyógyulás gyorsan bekövetkezik; 2. a fertőzött szövetet radicalisan eltávolíthatjuk; 3. az utánkezelés tiszta és egyszerű; 4. a gyógyulás heg nélkül mutatkozik és 5. kitünő anyagot szerezhetünk górcsői vizsgálatokhoz.

Alpár (*Aschner*) *Arthur* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. szeptember 2.

△ **Nemzetközi fürdőgyógyászati congressus.** A magy. kir. belügyminister az országos balneologiai egyesület elnökéhez, dr. Tauffer Vilmos tanár úrhoz a következő átiratot intézte: „Nagyságos Elnök úr! A csász. és kir. külügyminister úr f. évi május hó 9-dikén 22,655. sz. a. kelt átiratával áttette hozzám a bécsi belga nagykövetnek a belga kormány nevében hozzájuttatott szives meghivását, melyben a *Lüttich*-ben ez év szeptember 25-dikétől október 3-dikáig tartandó V nemzetközi hydrologiai és climatologiai congressusra való részvételre a magyar szakköröket meghivja. Midőn ide zárva a vonatkozó tervrajzot és a congressusnak tárgysorozatát megküldöm, van szerencsém értesíteni Nagyságodat, hogy a magyar kormány áthatva a hazai fürdőügy úgy közegészségi, mint közgazdasági fontosságától, ezen congressuson magát *Preysz Kornél* dr. ministeri fogalmazó és a fürdőirodalmi könyvtár szerkesztője által fogja képviseltetni. S minthogy óhajtandó, hogy a hazai szakkörök közül mennél többen megismerkedjenek a külföld ezirányú haladásával, egyúttal felkérem Nagyságodat, hogy a belga kormánynak ezen meghivását a szakkörökkel közölni sziveskedjék." Az országos balneologiai egyesületet ezen congressuson *Bosányi Béla* dr. szt. Lukács-fürdői főorvos fogja képviselni, ki a magyarországi hévvizekről előadást fog tartani.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi junius hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota, viszonyítva a mult havihoz, általában kedvezőnek mondható, a mennyiben az általános halálozás csökkent s a ragályos kórok összege sem tüntet fel lényeges eltérést, sőt a súlyosabb kóralakok némelyike tetemesen apadt. Elhalt a mult hóban 1039 egyén, e hóban csak 990. A ragályos kórok betegedési eseteinek több mint a felét a rendesen enyhén lefolyó kanyaró képezi. Előfordult e hóban 485, míg a mult hóban 354 eset, a szaporodás tehát e hóban 131. Apadt a hagymáz száma 8-al, míg a roncsoló toroklob és torokgyík tetemesen — 49 esettel — szállott alá. Hólyagos himlő sem fordult elő. Élveszületett e hóban 1763, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 105 egyén levonásával 990; így a születések 773-al multák felül a halálozásokat. A székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban, valamint gyógyintézeteiben gyógykezeltetett 8524 fekvő és 7933 járóbeteg, vagyis 677-el több, mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 364 fekvő és 1400 járóbeteg, összesen 1764; kórházba küldetett 104 egyén. A lipótmezei állami elmegyógyintézetben 1003, az angyalföldi állami elmegyógyintézetben 382, az irgalmasoknál 181, a megfigyelő osztályon 134, a Schwartzerféle elme- és ideggyógyintézetben 132 elmebeteg ápoltatott. A székes fővárosi „Erzsébet" szegényházban 950 egyén közül beteg volt 336 (elme- és eskóros 152), a székes fővárosi „Josephinum" fiárvaházban 111 növendék közül nem volt beteg; a „Klotild" szeretetházban 60, s a Meyer-féle árvaházban 72 növendék közül nem volt beteg; az „Elisabethinum" leányárvaházban 103 növendék közül 2 volt beteg; a protestáns leányárvaházban 106 növendék közül nem volt beteg. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hóban 61, csökkenés 40. Beteg volt e hóban összesen 80, meggyógyult 49, gyógykezeltetik 25, meghalt 6. Beoltatott fiú 1554, leány 1576, összesen 3130, Újraoltatott fiú 1325, leány 694 összesen 2019. Ebmarás előfordult 11, veszettségre gyanus 1. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák és terek kivételével eléggé kielégítő volt. A vízvezetéki viz minősége a mult haviéval megegyezik. A mesterséges szűrők nem működtek. A budai vizek a balpartiaknál valamivel rosszabbak voltak, de még mindig az elfogadhatóság határán belül maradtak. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 87, orvostörvényszéki 24 esetben. Öngyilkosság előfordult 24, még pedig: lövés 13, akasztás 5, mérgezés 1, egyéb mód 5 esetben. A Dunából 4 hulla fogatott ki.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. augusztus 14-dikétől 1898. augusztus 20-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 398 gyermek, elhalt 263 személy, a születések tehát 135 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 6, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 7, agyvérömleny 8, rángások 8, szervi szívbaj 11, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 31, tüdőgümő és sorvadás 30, bélhurut és béllob 58, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 3, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 23, aszkór, aszály és sorvadás 5, aggkór 13, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2118 beteg, szaporodás 742, csökkenés 725 maradt e hét végén ápolás alatt 2135. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. augusztus 22 dikétől augusztus 27-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 1). himlőben — (meghalt 1), álhimlőben 4, bárányhimlőben 9 (meghalt —), vörhenyben 28 (meghalt 3), kanyaróban 68 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 16 (meghalt 3), trachomában 16, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt —), orbánczban 17 (meghalt —, gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **Hazai fürdőink személyforgalma**: *Bártfa* VIII/28. 3667; *Budai „Ezsébet"-sósfürdő* VIII/16. 686; *Csorbai tó* VIII/19. 5345; *Herkulesfürdő* VIII/24. 8337; *Iglófüred* VIII/22. 991; *Tátrafüred* VIII/28. 5281; *Alsó-Tátrafüred* VIII/23. 2229; *Uj-Tátrafüred* VIII/25. 4540; *Vihnye* VIII/24. 1218.

Szt. Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** *Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias* stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** douche-massage, kö-, kád- és gőzfürdők, uszodák. ***Lukás és teljes ellátás hetenként 27 frt*** *(közepes ár).* Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete
Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (VII., városligeti fasor, 9. szám). Czélirányos berendezés. — Villámos fényfürdő. — Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső,** a vízgyógyászat magántanára. (Lakik: augusztus 1-jétől: VII., Csengeri-utcza 24.)

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet $1/22$—$1/24$-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek természetes sós-, fenyü- és kénfürdőkhöz gyermekek számára is, továbbá **Dr. S.-féle anyalúgsava** mindenütt kapható. Főraktárak **Mattoni H.** és **Dr. Rosenberg gyógyszerésznél.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XIII. ülés 1898. márczius 9-dikén.) 443. l. (XIV. ülés 1898. május 24-dikén.) 444 l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 445. l.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XIII. ülés 1898. márczius 9-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

Elnök jelenti, hogy *Schultze* a szakosztály üdvözlő iratára — melyet neki 70 éves születésnapja alkalmával küldött — meleghangú levélben válaszolt. Örvendetes tudomásul szolgál.

Temesváry Rezső a következő indítványt terjeszti elő: A mult ülés két katalogus készítését határozta el. Az egyik a budapesti könyvtárakban levő orvosi könyvek névjegyzékét tartalmazza; ezen munkát a szakosztály könyvtárosa meg is kezdte; a másik tartalmazná mindazon munkák és czikkek jegyzékét, melyek Magyarországon bármily nyelven a mult század óta megjelentek. Minthogy ezen munka a szakosztály erejét meghaladná, indítványozza, hogy kérje fel a szakosztály a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatot egy magyar bibliographia kiadására — a mit a társulat nehány év előtt már tervbe vett —, mely szakok szerint legyen rendezve, s a melyben a gynaekologikus rész szerkesztését a szakosztály vállalja magára.

Elfogadtatik és a szükséges lépések megtételével a titkár bizatik meg.

A jegyzőkönyv hitelesítésével Neumann Szigfried és Doktor Sándor bizatnak meg.

Következnek a bemutatások.

Doktor Sándor: Koponyarepedés egy esetét magas fogó alkalmazásánál mutatja be.

Tauffer: Az eset megitélésénél a magas fogóra nézve egészen más véleményen van. Az esetre nézve fontos: hogy 1. a nő primipara, 2. hogy a medencze általánosan szűk lapos, valószinűleg rhachitikus és az elsőfokú szűkület alsó, vagy a másodfokú felső határán van. A szülés protrahált volt; a fej a medencze felett maradt, az áll jobbra-hátra kitér, tehát az arczfekvéses szülés legnehezebb szövődménye volt jelen. A szülés harmadik napján alkalmaztatik a fogó, mikor már előző nap a méh bal oldalán érzékeny helyet találtak, mely mindenesetre usuratióra kelt gyanut. A várakozást csak a magzat élete indokolta volna, de jelen esetben már 24 órával előbb meconiumos volt a magzatvíz. Mindezek után a fogó alkalmazását elkésettnek tartja.

De magas fogót szűk medencze esetén és ha az áll hátraforgott, nem is lehet alkalmazni. Ezen esetben mégis sikerült magas fogóval a fej forgását előidézni és azt a bemeneten áthozni. Ha nem szűk, hanem rendes medenczével állott volna szemben, a szülés nagyon szépen ment volna; jelen esetben sérülések jöttek létre, a melyeket azonban nem a magas fogónak, hanem az arczfartásnak kell betudni. Az elég kemény fejet a magas fogó a jobb ferdében ragadta meg, tehát a fogó első alkalmazásánál a fogó kanala nem is ért a repedés helyéhez, csak akkor, midőn a magas fogó behatása alatt az áll előre forgott. De előre forgott áll mellett előadó fogót okvetlenül alkalmazott volna, úgy hogy a sérüléseket nem a magas fogónak, hanem általában a fogónak kell tulajdonítani.

Doktor az esettel csak azt akarta demonstrálni, hogy a magas fogót súlyos műtetnek tartja, melyet csak a magzat életének indicatiója tesz jogosulttá.

Kézmárszky az esetet magát nem látta, de a posteriori azon nézeten van, hogy perforált volna. Az eset különben a magas fogó tekintetében nem nagyon bizonyító. A fogóműtét arczfartásnál, különösen szűk medencze esetén és I P.-nál mindig súlyos műtét. Kiemeli, hogy a recsegés már a bemeneten áthozott fejen volt *hallható*, tehát azt a magas fogó nem okozhatta.

Incomplet méhrepedés esete.

Walla Béla: M. J. 64 éves XII P. felv. 1898. február 14-dikén d. e. 6 ó. 10 p. Előrement szülések és gyermekágyak rendesek.

Magzatvíz bejövetele előtt körülbelül 36 órával folyt el, fájásai pedig 12 órával előbb kezdődtek, igen erősek voltak. Fájásai 6 óra óta állottak fenn, midőn vulvájában a magzat kezét vette észre. A klinikára szállítása közben (Soroksárról) fájásai hirtelen megszüntek.

A kissé apathikus nő légzése szapora, hő 37·8, puls. filiformis, 140. A méhtest egyenletesen mérsékelten contrahált, ritkán egy-egy kis fájás. A contract. gyűrű a köldök magasságában van, alatta a vastag hasfalakon keresztül a magzat fejét a középvonalban mintegy a hasfal alatt lehet tapintani. Jobb lig. rotundum igen feszes, érzékenység sehol sincs. A vulvából a bal kar lóg ki, a váll mélyen a medencze üregében, lapoczka hátra, kulcscsont mellfelé tekint és közvetlenül a symphysis mögött a kétrét hajtott nyak az egyenesben van elhelyezve. Magzati szivhangok nem hallhatók. Vérzés nincs. Valószinű tehát, hogy elhanyagolt harántfekvés mellett bekövetkezett méhrepedéssel van dolgunk.

A magzat decapitatiója (ecraseurrel) és extractiója könnyen ment. Lepény 3 perczczel később távozott.

Vizsgálatnál látjuk, hogy a cervix baloldalt fel a contract. gyűrűig berepedt. A repedésen át egy véralvadékokkal telt üregbe jutunk, mely mindenütt zárt és balra a lig. latum lemezei között a medencze faláig, elül és hátul a méh és hashártya között a középvonalon túl jobbra terjed, tehát incomplet ruptura van jelen.

Az üreget steril vízzel kiöblitik és jodoformgazevel drainezik.

Daczára a hypodermoklysisnek, camphorinjectióknak stb. a nő 36 órával a szülés után sepsis tünetei között meghalt. Megjegyzendő, hogy a 36 óra alatt nem vizelt, sőt csapolásnál sem volt vizelet nyerhető. A vulvából azonban híg véres savó ürült.

A bonczolásnál a peritoneum a jobb lig. rotundumtól a hólyag mögött egészen a bal vese tájáig véresen alá futott, alapjáról leemelődött, még pedig úgy, hogy a méh körül egészen szabad hashártya a csípőtányéron finom szálakkal van átszőve és itt a vér szennyes-barnás. Folytonossághiány nincs. A belső méhszáj táján a méh belsejében egy körkörösen futó mély barázda látszik, a hol a méh nyákhártyája és izomzata halványabb és vékonyabb. A gyűrű felett az izomzat és mucosa vastag, duzzadt, alatta pedig a méh mellső falán egy majdnem függélyes 10 cm. hosszú szakadás kezdődik, a mely a hüvelyre halad, felül balra a parametriumba, alább pedig a hólyagba nyílik, a peritoneumot azonban seholsem szakitotta át.

A conjugata a hullában a symphysis felső széléhez mérve 12 cm., azonban egy a belső felületen levő exostosis 10·5 cm.-re rövidíti. Haránttátméret 14·3 cm., a többi rendes.

Érdekes az eset, mert a repedés a méh mellső falán foglal helyet, majdnem függőleges és egy szomszéd szervbe, a hólyagba vezet.

Nézete szerint az exostosis a ruptura létrejöttére közvetlen befolyást nem gyakorolt, mert az exostosisra a magzat puha része (váll, majd nyak) feküdt reá, tehát az anya lágy részei nagy nyomásnak kitéve nem voltak, de valószinű, hogy az exostosis mögött levő lágy részek az előző szülések alatt már sérültek és a létrejött hegedések a cervix tágulékonyságát lényegesen csökkentették, a minek ruptura lett a következménye.

Tauffer azt véli, hogy az exostosis valamely előző szülésnél rupturát okozott, mely azonban spontan hegedéssel gyógyult. A heg adta a locus minoris resistentiaet s hogy ugyancsak itt jött létre az újabb repedés a nagy hegnyújtás folytán.

Kézmárszky a feltünőt abban látja, hogy a húgyhólyag is megrepedt. Ez ritka azért, mert a méh alsó felének (a méhnyaknak) elülső felszine a hólyaggal olyan laza kötőszövettel függ össze, hogy összehúzódáskor a hólyagról lehúzódik. Ezen esetben tehát a méhnyak és a hólyag közötti összefüggés szilárdabb volt, mint máskor. Lehet, hogy a sok szülésnél gyakorolt nyomás folytán a hólyag és méh közötti kötőszövet sclerotizált, a hólyagról a méh nem húzódhatott le, tehát a hólyag is megrepedt.

Schultz egy esetében (abortus a VII. hóban) szintén hólyagrepedés jött létre. A bonczolást végző Scheuthauer tanár úgy magyarázta az esetet, hogy egy előző szülésnél létrejött ruptura spontan hegedt és ez képezte a locus minoris resistentiaet.

Négy ritkábban előforduló cystosus ovarialis tumor.

Lovrich József: 1. G. A.-né 30 éves II P. felvétele előtt 4 hóval lett hirtelen beteg; állitólag peritonitis miatt 6 hétig feküdt.

Laparotomiával egy kis ökölnyi cystosus tumor távolittatik el számos összenövésből kihámozva. A daganat felületén számos régi álhártyás köteg van; fala körülbelül 3 mm. vastag és benne sok, körülbelül 3 cm. hosszú vörös szőr van implantálva. Belfelületén bőrhöz hasonló szigetek láthatók. Ürében olajszerű zavaros zsir, mely a daganatot egészen kitöltötte és a fal megrepedése folytán műtétnél a szabad hasűrbe ömlött. A tumor egyik polusán körülbelül diónyi cystosus úr látható. A tumor falában meszes plaqueok láthatók. Beteg zavartalanul gyógyult.

2. R. K.-né 36 éves II P. 2½ év óta beteg. Jobboldali dermoidja — mely laparotomiával távolittatott el — körülbelül lúdtojásnyi, áttetsző, vékonyfalú tumor, melynek fénylő sima belfelületén egy mogyorónyi, bőrrel és szőrrel fedett gócz látható, melyben egy praemolarishoz hasonló fogat találunk beékelve. Több bőrszerű, szőrrel fedett plaque. A cystosus dag űrét sebummal összetapasztott hajtömeg tölti ki. Láztalan gyógyulás.

3. H. J.-né 41 éves IV P. 4 év óta hasában lassan növő daganatot érez; felvételkor a méh mellett emberfejnyi solid tumor tapintható. Laparotomiával egy a szomszéd szervekkel összekapaszkodó tumor távolittatik el, felszinén kis tyúktojásnyi ovarium, kanyargós tuba. Az ovarium állománya közvetlenül megy át a cystosus tumorba, melynek fala 2—3 mm., helyenkint ½ cm. vastag, sima, áttetsző, kivéve a körülbelül tenyérnyi necrotizált területet. Belfelületén a két polust hegszövet köti össze, melyben az egyik sarkon az alsó állkapocshoz hasonló csontléczet látunk, incisivushoz hasonló foggal, a másik sarkon pedig egy tyúktojásnyi, bőrrel és szőrfel fedett solid képlet látható. A cysta űrét körülbelül férfiökölnyi csomóban összetett szőr tölti ki, kocsikenőcsszerű mázzal összetapasztva. Láztalan gyógyulás.

4. S. A., 15 éves 0 P. 1 év óta hasa nő. Gömbölyded ovarialis cysta, mely a proc. xyphoideust 2 ujjnyira megközelíti. Laparotomiánál a méh bal szélén hosszú kocsányon ülő, emberfőnyi cystosus tumor távolíttatik el, mely mindenütt sima, fénylő, áttetsző, vékonyfalú. Belfelületén egy körülbelül diónyi, bőrrel és nehány szőrrel fedett solid tumor látható, melynek felületét alig levonható ujjnyi vastag faggyú borítja. Űrét piszkosbarna, zavaros, sűrű folyadék tölti ki, sok szőrrel és darabokra tört faggyúval. Beteg 10. napos és láztalan.

Górcső alatt kitünik, hogy az első esetben a daganat belfelületén egy keskeny, lapos epithelsejtekből összetett sáv halad, számos hajtüsző és haj átmetszetével. A daganat falát rostos kötőszövet képezi, mindenütt található elmeszesedett góczokkal. A 2. és 3. esetben faggyúmirigyek dominálják a képet; a 4. esetben epidermialis réteget és hajátmetszeteket, valamint sok elzsírosodott sejtet találunk.

Az esetek közül csupán az első a szó szoros értelmében vett dermoid, a 2. és 3. combinált dermoid, illetve egyszerű teratoma (Orth), a 4. pedig cystával kevert egyszerű dermoid. Egyik esetben sem volt mindkét ovarium dermoiddá alakulva, vagy a dermoid daganatos elfajulásokkal combinálva.

A dermoidban talált fogak csupán hasonlítanak a fogakhoz, de nem bizonyosan azok. Schnabel 100, Paget és Autenrieth 300 fogat talált egy dermoidban, ezek azonban valószinűleg csak fogakhoz hasonló képletek. A dermoidok különböző korban fordulnak elő; igy pl. már 1 éves gyermeket is operáltak ovarialis dermoid miatt.

A gyakoriságukat illetőleg Olshausen az irodalomból és saját eseteiből ovariotomiánál csak 80 (=3·5%) dermoidot talált.

Neumann: A legújabb felfogás szerint a dermoidban levő fogak valódi fogak, melyet fogzás útján szaporodnak.

Lovrich megjegyzi, hogy a cementállomány hiánya ezen felfogás ellen szól.

Thoracopagus esete.

Neumann Szigfried: Az esetet 3 év előtt észlelte a II. szül. klinika poliklinikumában. 1895. február 3-án reggel 3 órakor hívták. A bába jelentette, hogy a fej körülbelül egy óra előtt megszületett, a magzat többi részeit azonban kifejteni nem sikerült.

A nő 23 éves, III P., első két szülése és gyermekágya rendes, utoljára 2¼ év előtt. Utoljára 9 hó előtt menstruált, rendes terhesség. A szülőfájások már 2 nap előtt kezdődtek, gyengék; a magzatvíz állitólag 1½ óra előtt folyt el és ½ órával később megszületett a fej; azóta — daczára különböző fogások alkalmazásának — a szülés nem haladt tovább.

P. 80, hő 37·2, medencze rendes; a has erősen kidomborodik. Külső tapintásnál 2 nagy részt lehet megkülönböztetni és pedig a symph. felett a nő jobb oldalán egy fejet; szívhangok nem észlelhetők, az anya állítja, hogy körülbelül egy óra óta mozgásokat nem érez. A vulva előtt a megszületett, már szinte fekete fej.

A fejnél fogva gyakorolt tractiók eredménytelenek lévén, a magzat mindkét felső végtagját fejtette ki, de a karoknál fogva sem sikerült a kihúzás. Már ekkor valami rendellenességre gondoltak, még pedig arra, hogy a két magzat egyszerre lépett a medenczébe, vagy valamely parenchymatosus szerv túltengett, vagy talán összenőtt ikertorzok vannak jelen. Túlfejlettség jelei nem voltak észlelhetők.

Belső vizsgálatnál a hüvely egy nagy részszel kitöltött, mellette még egy 3-dik felső végtag tapintható; bordák kivehetők. Feljebb ismét nagy rész, ugyancsak bordákkal. A két, most már biztosan mellkasnak felismert rész közé behatolni, vagy azokat egymás felett elmozgatni lehetetlen volt, vagyis a két rész összenőtt, tehát összenőtt ikrekkel, vagyis xpho-, sterno- vagy thoracopagussal van dolgunk. A műtéti terv az volt, hogy az első magzatot lábra fordítja és extrahálja és a másikat lehetőség szerint fejti ki. A megszületett fejet Kézmárszky-féle ollóval lemetszette, mire a nyak visszahúzódott; az uterusba behatolva elég könnyen elért egy lábat, melyet megragadva, az első magzat medenczéjét, majd mellkasát is — a mennyire az összenövés megengedte — kifejtette.

Minthogy a II. magzat fordítása és extractiója súlyos beavatkozás lett volna az anyára nézve, a közös mellkas megnyitása és mindkét magzat lehetőleg tökéletes kizsigerelése után elég erélyes húzással kisérelte meg a II. magzatot conduplicato corpore világra hozni, de sikertelenül; ezért arra határozta el magát, hogy lemetszvén az I. magzatot az összenövés helyéről, a II. harántul fekvő gyermeket fordítás útján hozza ki. A szülést ezen módon rövid idő alatt könnyen befejezte. A lepény — mely körülbelül 5—6 percz mulva született meg enyhe nyomásra —, valamint a burkok is, közösek voltak. A köldökzsinór a lepényből 2 külön szár alakjában indult ki, majd összefonódott s később ismét oszlott.

Műtét után a lágy szülőutakban csak felületes zúzódásokat találtak, csak a cervix jobb oldalán volt csekély repedés, a melyből eredő vérzés hideg hüvelyfecskendésre megszünt. Uterus jól contrahált.

Mindkét leánymagzat teljesen kiviselt; I. fejkerülete 34, hossza 48 cm., II. fejkerülete 33 cm. A két magzat közös mellkasa mellső felületének egész terjedelmében összenőtt; has különvált. Gyermekágy rendes.

Egy évvel később ugyanezen nőnél a terhesség 4. havában abortus következett be, mely rendes lefolyású bár kissé elhúzódó volt.

Szabályokat hasonló esetekre felállítani egyáltalán nem lehet; ehetőleg az anya érdekét kell szem előtt tartani.

Bársony, Doktor és *Tauffer* mindjárt szétválasztották volna a két magzatot.

Kézmárszky megjegyzi, hogy az esetek oly ritkák, hogy az eljárás megválasztása a subjectiv benyomástól függ és a ki nem volt jelen, nem is itélheti meg az esetet.

Doktor Sándor: Szívbaj miatt végzett művi koraszülésről referál.

(XIV. ülés 1898. május 24-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

Elnök a jegyzőkönyv hitelesítésére Schultz és Erdey dr.-okat kéri fel.

Következnek a bemutatások.

Doktor Sándor: Petefészekdaganat-kocsány csavarodásának három esetét mutatja be.

Foetus papyraceus esete.

Neumann Szigfried: Az eset mult év októberében folyt le egy 26 éves III. szülőnél, kinek a bába a poliklinikum segélyét kérte, mert rendellenes fekvést talált és a méhszájban egy testet érez, melynek mivoltát nem ismeri. Előző két szülése és gyermekágya rendes; fájásokat 24 óra óta érez; magzatvíz állítólag még megvan. Külső vizsgálatnál a méhet inkább haránt irányban találjuk megnyúlva, a medenczebemenet felett elölfekvő részt nem, hanem baloldalt fejet lehet tapintani, szívhangok baloldalt a köldök alatt hallhatók.

Belső vizsgálatnál a méhszáj 4 ujjnyi, benne egy sajátságos tapintatú resistentia érezhető, a melyről azonban kizárható, hogy lepény, burok vagy magzatrész. Magasabbra hatolva, látható, hogy a burkok épek, elölfekvő részt elérni nem lehet. Vizsgálat közben a burok megrepedt, egy kéz esett elő s megszületett a méhszájban levő képlet. A szülést fordítással és extractióval igen könnyen befejezve, egy teljesen kiviselt fiúmagzat jött világra, melyen fejlődési rendellenesség nem látható.

A másik megszületett képlet egy foetus papyraceus volt, körülbelül a IV. hónapnak megfelelő fejlettséggel, úgy hogy körülbelül 5 hónapig volt ezen állapotban a méhben. A foetus igen laposra nyomott, mindkét felső, valamint a bal alsó végtag is jól kivehető, a jobb alsó végtag erősen be van hajlítva. Német meghatározni nem sikerült.

A foetus testéről egy féltenyérnyi, burokrészletnek látszó, valamint több kisebb-nagyobb, laza, szakadékony hártyás képlet lóg le, melyek helyenkint a magzat testén tapadnak, de könnyen levonhatók; ezeken kivül egy valamivel vastagabb, szintén igen laza, makroskopice csak fibrinnek látszó hártya vonul a tarkótól a keresztcsontig. A köldökzsinór körülbelül 12 cm. hosszú, 2—3 mm. átmérőjű; lepényi vége mindjobban megvékonyodva, tühegynyi csúcsban végződik, mint lefűződéseknél. A köldökzsinór magzati vége körül is hártyák tapadnak.

A kiviselt magzat lepénye és burkai normalisak.

Ezek szerint tehát egy petéből származó ikrek voltak jelen, miután a magzatok közös chorionnal birtak, melynek megrepedésekor született meg az elölfekvő foetus papyraceus az ő amnionburkában.

A magzat elhalásának oka valószinűleg a köldökzsinór lefűződése, mely amniotikus szalagok által okoztatott. E mellett szól az, hogy a foetus testéről számos hártya lóg le, melyek — legalább részben — amniotikus hártyák necrobiosist szenvedett maradványai, mint ezt a mikroskopiai vizsgálat kimutatta (két külön kötőszöveti hártya, melyek az amnionnak és chorionnak felelnek meg; a sejtek és rostos rétegek jól kivehetők; a két hártyát a legtöbb helyen egy szemcsés megalvadt anyag választja el). A tarkótól a keresztcsontig vonuló hártya górcső alatt egy megalvadt, szerkezet nélküli tömegnek bizonyul; benne embryonalis hajak metszeteit találjuk, egyéb bőralkatrészeket azonban nem. Valószinűleg ez amniotikus hártya nekrobiotikus maradványa. Végül a köldök körüli hártyás részletekben az amnion kötőszöveti maradványai vannak jelen.

Kétoldali petevezető-daganat.

Neumann Szigfried: A készítmény egy 31 éves 0 P.-tól származik; 15 éves korában ment férjhez, havi baját 16 éves korában kapta, azóta normalis. 14 év előtt minden kimutatható előzmény nélkül heves hasogató alhasi fájdalmak lepték meg, ekkor a has bal oldalán daganatot vett észre; két évvel később a roham ismétlődött és ekkor hat hétig ágyban fekvő beteg volt; azóta fájdalmai állandóan vannak, néha oly hevesek, hogy a beteget ágyba döntik. Vizsgálatnál az alhasban egy nagy gyermekfejnyi, gömbszerű, a medenczéből kiemelkedő, symmetrikusan elhelyezett, tömött, de rugalmas tumor található. Bimanualis vizsgálatnál a hüvely szemcsézett, portio kissé megnyúlt, méhtestet tapintani nem lehet, de jobbra s mellül körvonalozható s egész baloldalával szélesen függ össze az intraligamentosus kifejlődésűnek látszó tumor.

Laparotomiával egy nagy gyermekfejnyi, hashártyával borított, puha, oedemás, solid daganat benyomását tevő képletet találnak, melynek hátsó és felső részén belek igen szorosan tapadnak. A medenczébe betapintani lehetetlen, mert a tumor baloldalt teljesen kifejti a ligament. latum lemezeit és erősen beékelt, jobboldalt pedig összenövések vannak jelen, melyek szétválasztása után a lig. latum szétválasztott lemezeit mellül átmetszve, tompán ássák ki a daganatot. Az uterus bal hátsó sarkáról késsel kellett a tumort leválasztani; a vérző helyek ellátása után a méh lecsupaszított, vérző. Az intraligamentosus sebűr tamponálása. Jobboldalt igen erős összenövések között egy ökölnyi, részben szintén intraligamentosus tumor található, melynek pungálásánál zavaros, kissé véres savó ürül; kiürítés után a méh sarkáról lemetszik. A két

sebűrt olyképen fedik, hogy a lig. latumok épebb mellső lemezét a hátsó lemezhez, illetve a mesenterium gyökéhez varrják, elenyésztve ily módon a Douglast s az egész sebet hashártyával borítva.

Beteg első napokban hányt, de különben zavartalanul gyógyult.

A jobbold. daganat sactosalpinx serosa. A tumor laza, oedemás, rostos falzat által képeztetik, belfelületét sorvadt, síma nyálkahártya borítja.

A baloldali, folyadéktartalmúnak vélt tumor műtét közben solidnak benyomását tette; cystosus voltáról bemetszéssel győződtek meg, mikor is benne egy körülbelül két ökölnyi, híg, savós-véres folyadékot tartalmazó üreget találtak. A metszlap rostos, sok helyen halvány szürkés-vörös, tömött. Belfelületét könnyen levonható hártya borítja. A falzatban gombostűfejnyi, egész lencsényi, nyirkszerű folyadékkal telt ürök.

Górcső alatt a tumor kötőszöveti szerkezetet mutat; a belfelületet egy scjtdúsabb, a nyákhártyához hasonló kötőszöveti réteg borítja. A fal jelentékeny részét izomzat foglalja el, melynek két rétege teljesen a tuba izomzatának elrendeződését mutatja. Hám csak egy mirigycsőszerű képletben (pseudofolliculus) található. A metszetek erősen erezettek; gömbsejtes infiltratio, mint lobfolyamat bizonyítéka. Vérzések maradványai (pigmentatio).

A tubaris zsák falzatából vett metszeteken már szabad szemmel látható a cystafal belső, kötőszöveti bélése alatt egy reticularis réteg, melyben górcső alatt kötőszöveti ürök találhatók; ezeknek falain óriás sejtek fordulnak elő.

Az óriás sejtekre nézve kizárhatjuk a tuberculosist, vagy egyéb oly megbetegedéseket, melyeknél óriássejtek előfordulnak. Még leginkább lehet ezen leletet a Krückmann által (Virchow's Archiv 38. köt.) „Über Fremdkörpertuberkulose und Fremdkörperriesenzellen" czím alatt leirt képek keretébe illeszteni, megjegyezvén, hogy óriássejtek képződéséhez vezető idegen testek nemcsak a külső káros behatások, hanem a szervezet szöveteiből létrejött terények (pl. corpora amylacea) is lehetnek. Jelen esetben azon körülmény, hogy az óriássejtek legnagyobb része a leirt rések falán foglalt helyet, arra enged következtetni, hogy e rések eredetileg valamely idegen testet, talán cholesterin jegeczet stb. tartalmaztak, melyek óriássejtek képződésére vezettek, a melyek azonban a metszeteknek különböző anyagokkal való kezelése közben onnan kivesztek. A jobboldali tumor falában is találunk főleg lobos elváltozásokat.

Joggal feltehetjük tehát, hogy kétoldali tubaris daganatokkal van dolgunk, még pedig lobos tumorokkal, melyek sok éven át fennállva, vezettek a leirt elváltozásokhoz. A lobfolyamat kiindulási pontjára nézve positiv adatok nincsenek. Bakteriologikus vizsgálat nem volt végezhető, de tekintve a betegség rendkivül chronikus voltát, alig vezetett volna eredményhez.

A bal ovariumot nem tudták megtalálni s így feltehető, hogy a hosszú évek alatt ki-kiújuló lobosodások az ovariumra is ráterjedtek, úgy hogy az ovarium teljesen tönkrement a tumor falzatában. A szerv nyomait a metszeteken kimutatni nem lehetett.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3160/98. kig. sz.

Gömör-Kishont t. e. vármegyék tornallyai járásába kebelezett és lemondás folytán megüresedett **Ragály** székhelylyel biró **körorvosi állásnak** választás útjáni betöltésére ezennel pályázatot nyitok.

A megválasztandó körorvos évi fizetése lakbér és úti átalánynyal együtt 1000 frt.

A körhöz tartozik 6369 lélekszámot magában foglaló 13 kisközség, melyben a megválasztandó körorvos köteles minden hóban egyszer, külön előfogati díj felszámitás nélkül pontosan megjelenni.

A választás határidejét Ragály községébe, a község házához, mint a kör székhelyére a folyó évi szeptember hó 20-dik napjának d. e. 10 órájára ezennel kitüzöm.

Felhivom ennélfogva az ezen állásra pályázni szándékozókat, hogy az 1883 évi I. t.-cz. 9. §-ában s illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülirt képességüket igazoló és kellően felszerelt pályázati kérvényüket alólirotthoz a **folyó évi szeptember hó 18-dik napjáig** bezárólag adják be, mivel az ezen határidőn tú beérkezendő kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Tornallya, 1898. évi augusztus hó 17-dikén.

1—1 *Szontagh Zoltán*, főszolgabiró.

2941/98. kig. sz.

Gömör-Kishont t. e. vármegyék tornallyai járásába kebelezett és lemondás folytán megüresedett **Harkács** székhelylyel biró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A megválasztandó körorvos évi törzsfizetése 400 frt készpénz, 150 frt úti átalány, 100 frt lakbér s a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

A körhöz tartozik 19 kisközség 6545 lélekszámmal, melyben a megválasztandó körorvos tartozik minden hóban egyszer külön előfogati díj felszámitás nélkül megjelenni. A megválasztandó körorvos 7426/894. számú határozat értelmében köteles Tornallyán lakni.

A választás határidejét Harkács községébe a község házához, mint a kör székhelyére a folyó évi szeptember hó 27-dik napjának d. e. 10 órájára ezennel kitüzöm.

Az ezen állásra pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, s illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülirt képességüket igazoló és kellően felszerelt pályázati kérvényüket alólirotthoz az **1898. évi szeptember hó 26-dik napjáig** bezárólag annyival is inkább adják be, mivel az ezen határidőn túl beérkezendő pályázati kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Tornallya, 1898. évi augusztus hó 17-dikén.

1—1 *Szontagh Zoltán*, főszolgabiró.

4670/898. szám.

Tok, Iltyó, Szelistye, Petris, Korbest, Rossia és Abersia községekből újabban alakitott **egészségügyi körben** a szabályszerű látogatási díjakon felül 600 frt évi fizetéssel, Lichtenstein Alajos herczeg iltyói uradalmi birtokos úr által évi 200 frttal és Ürményi Pálné szül. Vukovics Mária petrisi uradalmi birtokos úrnő által szabad lakás és évi 32 köbméter tüzifa járandósággal; valamint a nevezett birtokosok kötelező nyilatkozataiban kikötött feltételekhez képest, alispáni rendelettel kinyerendő kézi gyógytár tartási joggal javadalmazott **petrisi körorvosi állás** a vármegye alispánjának f. évi julius hó 20-dikától 18,900. sz. a. kelt rendelete alapján betöltendő lévén, a választásnak Petrisen a körjegyzői irodában leendő megejtésére határnapul f. évi szeptember hó 20-dikán d. e. 10 óra tüzetik ki.

Felhivatnak ennélfogva azok, kik ezen állás elnyeréséért pályázni akarnak, hogy törvényszerűleg felszerelt kérvényeiket legkésőbb a **választást megelőző napon** ide nyujtsák be.

M.-Radna, 1898. évi augusztus hó 24-dikén.

2—1 *A főszolgabirói hivatal.*

13,305/98. al. sz.

A nyugdijazás folytán megüresedett **battonyai járási orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Pályázni kivánók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi szeptember hó 20-ik** napjáig Csanád vármegye alispánjánál nyujthatják be.

Ezen járási orvosi állomás 400 frt fizetéssel és 150 frt utazási átalánynyal van javadalmazva.

A betöltendő járási orvosi állomás székhelye mintegy 10,000 lakossal biró Battonya nagyközség.

Makó, 1898. évi augusztus hó 31-dikén.

2—1 *Alispáni hivatal.*

2166/I. 98.

Dr. Ligeti Albert leköszönése folytán üresedésbe jött — évi 700 frt fizetés, 200 frt úti átalány, 30 kr beteglátogatási, 20 kr. rendelési díj és ezenkivül távolsági pótlékkal javadalmazott — **sztakcsini körorvosi állás** betöltésére nézve pályázatot hirdetek.

A választás határidejéül folyó évi szeptember hó 20-dik napjának délelőtti 10 óráját Sztakcsin községébe kitüzöm, s felhivom pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényeiket **folyó évi szeptember hó 16-ik napjáig** hivatalomhoz adják be, mivel a később beérkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Zemplén-Szinna, 1898. évi augusztus 26-dikán.

1—1 *Kossuth Elek*, járási főszolgabiró.

3484/898. eln. sz.

H.-M.-Vásárhely város szemkórházánál rendszeresitett évi 500 frt fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás élvezésével egybekötött **segédorvosi állásra** pályázatot nyitok s felhivom mindazokat, a kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitettségüket s eddigi foglalkozásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket H.-M.-Vásárhely város polgármesteri hivatalánál a **f. évi szeptember hó 15-dik napjának d. u. 5 óráját** adják be.

A kinevezendő segédorvos állását a f. év október hó 1-én köteles elfoglalni, s egyelőre 2 évi időtartamra neveztetik ki, azonban ez idő elteltével újabbi 2 évre ismét kinevezhető lesz. Azok, a kik kórházi működést igazolnak, előnyben részesülnek.

H.-M.-Vásárhely, 1898. évi augusztus hó 25-dikén.

2—1 *Kmetykó*, h. polgármester.

3479/898. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál elhalálozás folytán megüresedett **alsótanyai III. ker. t. orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen kült. tiszti orvosi állással 800 frt fizetés, 300 frt lótartási átalány, 4 szoba, előszoba és megfelelő mellékhelyiségek, továbbá istálló, kocsiszin és jégveremből álló természetbeni lakás élvezete, valamint nyugdij és magángyakorlatra való jogosultság van egybekötve.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-czikkben előirt t. orvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat mélt. Kállay Albert főispán úrhoz czimezve, hivatalomhoz f. **évi szeptember 20-dik napjának d. u. 5 óráját** nyujtsák be.

Szeged, 1898. évi augusztus hó 12-én.

2—1 *Polgármesteri hivatal.*

HIRDETÉSEK.

Vese, húgyhólyag, húgydara és **köszvénybántalmak** ollen, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes izü! **Könnyen emészthető!**

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszertárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

AIROL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

A jodoform elismert legjobb pótléka.

Valamennyi kórházban használatban.

COSAPRIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó anodinum erős antipiretikus hatással. Subcutan alkalmazható.

Egyes adag 0,5—1,0.

PHESIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó antipiretikum és anodinum.

Egyes adag 0,5—1,0.

THIOCOL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Vízben oldó, teljesen **szagtalan,** nem **izgató** és **könnyen felszívható guajacolkészítmény.**

Adag 3—5 gr. naponként.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., Fabrik chem.-pharmaceut. Producte, BASEL (Schweiz) und GRENZACH (Baden).

Saxlehner András. cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánltatik.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fióla 2—5 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fövócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Úgy a **műfog készítését** illető **előmunkálatokat,** mint a **kész műfognak a fogsorban való helyes elhelyezését** időveszteség nélkül ingyen hajlandó bemutatni éltesebb, már évek óta önállóan működő fogtechnikus mindazon vidéki orvos uraknak, a kik a fogászat iránt érdeklődnek. Bővebbet levélben. Irásbeli megkeresések gyors válasz mellett: **Nedvig Anton, VIII., Nagytemplom-utcza 19, földszint 5. ajtó** czímmel kézbesittetnek.

Világhirű

VICHY

FORRÁSOK, a franczia állam tulajdona.

Kezelőség Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

Célestins:

Vese-, torok- és hólyag-bajoknál, köszvény, diabetes.

Grande Grille:

Májkólikáknál és epeköveknél, pangások az alhasi szervekben.

Hôpital:

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

Forrástermények: **fürdő, gyógyvíz, sók és pastillák.**

Raktárak minden ásványvízkereskedésben és gyógyszertárban. Valódiak, ha a tok és czímlapok a forrás nevével ellátva vannak.

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

Vegyi, górcsővészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

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

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

BUDAPESTI

GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.

Testegyenészet, svéd gymnastika, massage.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.

Telefon: 54—20.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 36. számához. 4. szám. Budapest, 1898. évi szeptember 4.

SZEMÉSZET.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Schulek Vilmos* tnr.: Műszerek és különösen tokfogó a Graefe szerint való hályogkitoláshoz. — *Abel Albert* dr.: Az elmebajosok pupilláiról. — *Schweitzer Hugó:* A szürke hályog keletkezéséről. — *Hauer Ferencz:* Az atropin conjunctivitisről. — *Irodalom-szemle.*

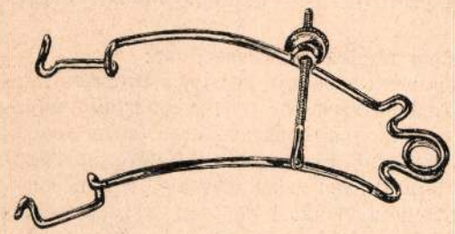
Műszerek és különösen tokfogó a Graefe szerint való hályogkitoláshoz.

— *Schulek Vilmos* tanártól. —

Már előbb esetek szerint, és 3 év óta egészen visszatértem a Graefe-hályog operálására. Az annakelőtte gyakorolt „horpadtan csonkitott lebenymetszéssel, kereken maradó pupilla érdekében“, nem tudtam 3% veszteségen alul jutni. Bár számos előnye volt ezen eljárásnak, mégis azon hátránynyal birt, hogy az elsődleges sebzáródás későn jött létre, és ezért a fertőzésre alkalom maradt. Ha a metszést úgy lehetne módositani, hogy a seb gyors összetapadása biztositva legyen, akkor ez az eljárás fölötte állana a többi eddig ismertté vált elbánásoknak. A műszerek, melyeket végrehajtására kigondoltam,[1] különben minden más hályogoperálási módnál is egyes előnyöket nyujtanak, igy a Graefe-félénél is. Ezen előnyök felhasználásával mostanában sikerül akár százakra menő sorát a hályogoknak (egy izben közel 600) veszteség nélkül, egészben is $\frac{1}{2}$% veszteségen alul, megoperálni; kicsiny iriskimetszés mellett mégis a sebbe csipődéseket elkerülni; az utókezelést a betegnek könnyitésére egyszerűsiteni és kivált kifogástalanul fekete tiszta pupillákat nagy számban nyerni.

A nélkül, hogy itt a műtéti módot magát birálgassam avagy eredményeit részletezzem, csak röviden a műszerekről némely megjegyzést tenni és egy az elülső tok kirántására készült fogót ismertetni kivánok.

Ama szemhéjtartó, melyet az idézett helyen mint elméletileg legjobban megfelelőt leirtam, a gyakorlatban nem vált be és pedig azért, mert az irányadó bonctani méretek az embereken szerfölött különböznek. A műszer tehát túlságos fokban egyénileg volt szerkesztve. Ellenben az a szemhéjtartó, melyet világszerte ismernek és mely eredetileg Snowdentől származik, általánosabban van alakítva. Ezért az egyes esetben nem teljesen, csakhogy az esetek valamennyiének mégis megközelitőleg felel meg. Reá vissza is tértem. Azonban műszerészem[2] a rögzitő csavart, melylyel tudtom szerint Graefe látta el, nem a szárakon belül, hanem kivül alkalmazta. Tehát most a keresztező rúd az egyik szártól mereven indul ki, a másik szárat a fürt lyukon áthaladja és csak most következnek rajta a csavarmenetek a rögzitő csavarral. Igy a túlságos megnyilást akadályozzuk vele. A csukás magától is elmarad, mert a szárak olyan erősek, hogy emberi szemhéjizom nem nyomhatja őket össze, a műtő azonban igen, még pedig egy kézzel is elég könnyen. (1. ábra.) Ha a műszert a szemhéjakon beillesztettük, a csavarral a száraknak túlságos szétnyilását gátoljuk, azonban bármikor a csavarhoz nyúlás nélkül



1. ábra.

sebtiben megint ki is vehetjük. Ennek, bármily kicsinyes látszólag a javitás, lényeges előnye van azon egyéb szemhéjtartók felett, melyek úgy vannak készitve, hogy a csavar a szétnyilást és összecsukást egyaránt gátolja, tehát az eltávolitásnál a csavar megnyitásával járó feltartóztatást okoznak.

A szemgolyó megállitására ama fogót használom, melyet az i. h. leirtam és melynek lényege az, hogy az egymás felé néző lapok függőlegesen rovatoltak, ezért kitünően fognak és nem sértenek. A szabad végnek azonban valamicskét behajoltnak okvetetlenül kell lennie, de csak annyira, hogy a végig csúsztatott ujjal még éppen észrevehessük.

A metszésre késecskéket használok, melyek az eredeti Graefe-félékhez mérten jóval kisebbek, bár hasonlókat, sőt teljesen egyezőket, mint műszer-árszabványokból tudom, sok más műtő is hozott ajánlatba. Mintegy $1\frac{1}{2}$ mm. szélesek, 20—25 mm. hosszúak és egészben karcsú alakúak, megnyujtott sarokkal. Sokkal finomabbat lehet velük metszeni, mint a régibbekkel, melyek a feladathoz aránylag túlerősekre voltak készitve. Még a kötőhártya-lebenyt is, melytől a gyors sebzáródás, tehát az utólagos sebfertőzés elkerülése és igy ennek a műtétmódnak egyedül álló fényes eredményei függnek, a finom késekkel sokkal szabadabban alakithatjuk.

A szivárványhártyát Liebreich-csipővel a seb középhelyén fogom meg és egy olló-csapással kis darabot vágok ki belőle.

A lencsetok megnyitására műszer szolgál, melyet előbb a kerek pupillás hályogoperáláshoz szerkesztettem volt,[1] most azonban a Graefe-mód számára átalakitottam. A fogó közönséges nagyságú. 6 mm.-ben a vége előtt 30°-ra hajlik el, de nem ivesen, hanem hirtelen szögben. A szögelőtti szárrészek nem érintkeznek, hanem irisnek becsipése ellen megmaradó hézaggal védenek, mint az ábrán látszik. Az elhajlott vég egész hosszán fogas. A fogak a külső szélen ülnek, rézsút kiállanak, hogy a lencsetokba markoljanak; csukva pedig sima oromba záródnak, mint az ábrák mutatják (2. és 3. ábra). A fogakat jól kidolgozni (de nem túlkeresztezni, mint a Schweigger-Birk-féle tokkirántón) a műszerész különös feladata. Ha hosszúak és jól kihegyezettek: ez előny. De záráskor sima legyen, be- és kivezetésnél ne sértsen, és kivált az irisbe vagy a sebszélbe ne akadjon, vagy rajtuk ránczigáljon az orom. Igy az iris alá is lehet vele nyulni — mint legtöbbször teszem — csukva vagy megnyitottan, ahogy épen kell.

2. és 3. ábra.

A régibbtől abban különbözik ez a tokfogó, hogy az orrmánya 1. hosszabb, 2. lehetőleg karcsú, 3. és jóval laposabban hajlik: mindez a Graefe-mód követelményei értelmében könnyen megérthető. Ezen természetszerű követelések kielégitését még csak egyben lehetne megtetőzni, abban t. i., hogy az elhajlott szárvégeknek, melyek önmagukban egyenesen futnak ki, hátrafelé homorú (tehát a Förster-féle tokfogóéval ellenkező) hajlitást adnánk, a czélból, hogy a domború lencse-

[1] Lásd „Math. és term. értesitő“ X. kötet 54. l. és „Szemészet“ 1892. 2. sz. — Ungarische Beitr. z. Augenh. 1895. I. köt. 211. l.

[2] Tahy úr a Fischer czégnél, a ki sok évig külföldi hires műhelyekben dolgozott és most többek közt engemet is kitünően kiszolgál.

[1] Lásd az i. h. 4. szám alatt, ábrával.

tok felülettel párirányossá tegyük. Csakhogy a készítés teljes pontossága dolgában aggodalommal vagyok. Kárpótlás úgyis kinálkozik abban, hogy a fogót a csukás előtt a lencse mellülső tokjára, ezt lelapító módon, sőt talán egész $^1/_2$ mm.-re a szövetekbe sülyesztőleg reányomjuk. Ezt könnyen tehetjük baj okozása nélkül, persze nem olyan mértékben, hogy a zonula szakadjon.

A hályog kitolására a Daviel-kanalat használom. Mig a seblapát [1] a környezetes sebszél esetleges támasztására, és a hályogkiszedő [2] a zonula Zinnii megrepedésénél kitünően szolgálnak.

A seblapát a régi alakban, de csak 4 mm. szélességre készítve, egyszerű vonalas hályogkivonásnál (pl. rövidlátó szemek már széthasított és most kieresztendő lencséinél) olyan simán működik, hogy a ki egyszer nézte, illetődve lehetett tőle. A külső sebszélre támasztjuk és a lencsepépet Daviel-kanállal feléje toljuk. Ennek ellenében az az általánosan gyakorolt eljárás, hogy a Daviel-kanalat a sebbe beviszik és mind fokozódó erélylyel az üvegtest irányában nyomnak, éppenséggel nyers és kezdetleges jellemű művelet.

A budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetből.

Az elmebajosok pupilláiról.

Irta: dr. *Abel Albert* ez idő szerint a budapesti egyetemi szemklinikára vezényelt cs. és kir. ezredorvos.

A pupillák alakja, tágassága és reactiójának az ideg- és különösen elmebántalmak diagnostikájában már rég idő óta nagy jelentőséget tulajdonítottak, mégis nagyobb tudományos érdeket ezen exact megfigyelhető és mérhető jelenségek csak az utolsó évtizedekben nyertek, a mióta épen az agy élet- és kórtana klinikai és kisérleti kutatások által oly hatalmas fejlődést mutatnak. A pupillajelenségek gyakorlati értékesítése két módon lehet eredményes, vagy hogy egyes kóros góczok localizálását engedik meg, vagy hogy empirikusan megállapítjuk egyes betegségekben való hiányukat, ritkább vagy gyakoribb előfordulásukat és igy ezen elváltozások statistikája által a diagnosisra fontos útmutatást nyerünk. Bár utóbbi irányú munkákban nincs hiány s különösen *Siemerling*[3] statistikája óriási anyagot ölel fel, mégis azt hiszem, hogy nem volt felesleges, egy hazai elmebajos intézet változatos anyagát a pupillák állapotára nézve rendszeresen megvizsgálni és az eredményeket összevonva közzétenni.

Oláh Gusztáv dr. igazgató úr szives engedélye és Epstein László dr. főorvos úr barátságos támogatásával az angyalföldi állami elmegyógyintézet összes beteganyaga rendelkezésemre állott és 362 beteg közül 336-on sikerült a vizsgálat kifogástalan megejtése, melynél következőképen jártam el: A láták alakjának és egymáshoz való viszonyának megfigyelését előbb diffus nappali fénynél, azután mérsékelt elsötétités mellett végeztem; a reflexérzékenységet általában a consensualis reactio útján vizsgáltam, minthogy lefolyása az eredmény azonossága daczára pontosabban észlelhető. Kétes és negativ esetekben prolongált elsötétitést követő erős fényben directe is vizsgáltam meg a reactiót. Fényreactio hiányában az accomodatiót és convergentiát kisérő reflex megfigyelése történt. Az összes pupillák mérésére *Haab* scalaját használtam, mely $^1/_4$ mm.-nyi pontosságot enged meg s melynek alkalmazása még elmebajosoknál sem ütközik nehézségekbe. Jól lehet, az anisokoria magától érthetőleg involválja, hogy a látáknak egyike vagy a mydriasis vagy a miosis értelmében változott meg, mégis gyakran nem leszünk képesek eldönteni, melyik pupilla tekintendő pathologikusnak; czélszerűnek találtam tehát azon leleteket, melyek a középmértéktől annyira eltérnek, hogy classifikatiójuk kétségtelenné válik, különösen kiemelni, határozott mydriasisként azon eseteket jelölvén meg, hol a pupilla átmérője 5·5 mm.-t meghalad, mint kifejezett miosist pedig a 2·5 mm.-t el nem érőket.

Autosuggestiv csalódások elkerülése végett az összes vizsgálatokat az elmebajdiagnosis ismerete nélkül végeztem és ez utóbbit csak utólagosan vettem föl jegyzeteimbe. A paralysis progressivában szenvedő betegeket azután újolag vizsgáltam meg, de az eredmények nem mutattak számbavehető eltéréseket.

A csoportosított adatokat a túloldalon levő táblázat tünteti fel.

Az elmebajok sorrendje megfelel a Kräpelin schemájának, előbb a szerzett elmezavarok, azután a veleszületett vagy öröklött dispositión alapuló bajok s végül mindkét faj végkimenetelekép a dementia terminalis.

A szerzett elmebajok csoportját a paralysis progressiva uralja, melyből 63 esetet észleltem. Anisokoria összesen 52%-ban, egy- vagy kétoldali szabálytalan alaku pupilla 21%-ban fordult elő, a nők és férfiak e tekintetben különbséget nem mutattak. Szembeötlő azonban, hogy jelentékeny mydriasis vagy miosis a férfiaknál 41%-ban, a nőknél csak 7%-ban volt észlelhető.

A mi a pupillák reactióját illeti, a 63 lelet a pupillomotorikus jelenségek majdnem minden lehetséges fokozatát mutatja. A fényreflex 25-ször rendes volt, kétszer igen élénk, 11-szer igen renyhe, 1-szer egyoldali reflectorikus merevség, 18-szor kétoldali volt jelen. 1-szer egyoldali reflectorikus merevség, a másik oldal teljes mozdulatlansága mellett, két izben reflectorikus merevség igen renyhe accomodatioreactio mellett, végül 3-szor mindkét oldali teljes mozdulatlanság volt constatálható.

Összegezve: 43% jó és igen jó reactióval 57% kóros áll szemben. *Siemerling* a renyhe fényreactio hozzászámításával 68%-ot talált kórosan elváltozva, megjegyzem azonban, hogy a „nagyon renyhe“ jelzést csak igen kifejezett esetekben használtam. A férfiak és nők viszonyai között lényeges különbség nincs.

A 36 kóros pupillareactio között kétszer egyoldali reflectoricus merevség fordul elő, oly lelet, melyről *Heddaeus*[1] még 1893-ban azt állitotta, hogy csak 5 közelebbről leirt esetet ismer. Azóta azonban szaporodnak e leletek, igy *Grósz Emil*[2] 103 tabeses beteg között 6 izben talált egyoldali Argyll-Robertson-tünetet.

Két emlitett esetem részletei a következők:

1. 39 éves nő, előrement lues után paralysis progressiva, a külső szemizmok épek. Jobb szem $v = {}^5/_5$, accomodatio teljes, pupilla fényre sem directe sem consensualisan nem reagál, accomodálás és convergáláskor gyorsan és kifejezetten összehúzódik (4·5 mm.-ről 3·0-ra); bal szem visusa $< {}^5/_{50}$, accomodálás megvan, fényreactiója élénk, különösen a consensualis (valószinűleg, mert a kitágult jobb látába több fénysugár esik), accomodálásra jól reagál 3·75 mm.-ről 3-ra.

2. 38 éves férfi, előrement lues után paralysis progressiva, külső szemizmok épek. Jobb szem $v = {}^5/_5$, alkalmazkodás teljesen béna, 6 mm. tágasságú, teljesen merev pupilla. Bal szemén $v = {}^5/_5$, accomodatio jó, pupilla fényre nem, alkalmazkodás és convergáláskor kifejezetten reagál; erős convergáláskor lassan 5 mm.-ről 4·25-re húzódik össze.

Bár a dolog lényegére — az egyoldali Argyll-Robertson-tünetre — nézve a két eset hasonló, sőt Heddaeus a másodikkal azonos esetet állitja fel az egyoldalú reflectorikus merevség paradigmájaként, mégis jellemzőnek az elsőt tartjuk, melyben a másik szemen a fényreactio érintetlenül maradt-mert ha az egyik pupilla egészen merev, közelfekvő a gondolat, hogy nemrég még ott is az Argyll-Robertson-tünet volt-meg s a sphincter és alkalmazkodás magvainak bántalmat

[1] és [2] Lásd idézett helyen a 6. és 7. alatt leirtakat, ábrával.

[3] *Siemlering.* Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. Berl. klin. Wochschft 1896. Nr. 44.

[1] *Heddaeus.* Einseitige reflectorische Pupillenstarre. Arch. f. Augenheilkunde XXVII. 1893.

[2] *Grósz Emil.* A tabes dorsalis tünetei a szemen. Orvosi Hetilap Szemészet, 1896. 2.

zottsága csak a kóros góczok tovább terjedésének jele. Ilyen esetekben az egyoldali reflectorikus merevség csak közbeeső stadiumot képvisel és tényleg van a táblázatban több lelet, mely a bántalom fokozatos fejlődésének további phasisait mutatja; kétszer ugyanis az Argyll-Robertson-tünet kiséretében az accomodatióra való reactiót igen renyhének találtuk, három esetben pedig a végstadiumot, a kétoldali teljes merevséget észlelhettük.

A többi szerzett elmebajok százalék aránya sokkal kisebb számra vonatkozik, semhogy következtetésekre alkalmas lenne.

A veleszületett alapon fejlődött elmebajok közül az imbecillitást és az idiotismust összevonhatjuk, ezen csoportnál 34 eset közül 27%-ban anisokoria és 9%-ban igen élénk fényreactio volt jelen.

A vesania 106 esete 22% anisokoriát mutat és pedig férfiaknál 30, a nőknél 11%-ot. Jelentékeny mydriasist vagy miosist 17-szer találtam, megint aránytalanul elosztva, a mennyiben a vesanikus férfiak 25%-a, ellenben a vesanikus nőknek csak 4%-a mutatta a pupilla átmérő, nagyfokú elváltozásait. 4-szer igen élénk, 3-szor nagyon renyhe fényreactiót észleltem.

Epileptikusoknál a pupilla jelentékeny tágassága a rohamokon kivül elég gyakorinak bizonyult, minthogy ezek 21%-ában volt jelen, míg az elmebajosok összege 9%-ban, sőt az epileptikusok levonása után csak 7%-ban mutatott mydriasist.

Gray azon megfigyelését azonban, hogy a pupilla ezeknél különösen élénken reagál, nem erősithetem meg, mert úgy mint általában csak körülbelül 4%-ban találtam. Ellenkezőleg renyhe reactiót 7%-ban észleltem, és pedig oly egyéneknél, kiknél e jelenséget a magasabb életkorral nem magyarázhatjuk, mert ennek átlaga a három esetben csak 33 év volt. Anisokoriát 26%-ban constatáltam, épen olyan arányban, mint a hysteriás elmezavar eseteiben, de valamivel ritkábban, mint az elmebajosoknál összesen (28%).

Dementia terminalisnál a betegek egy negyedrésze volt anisokoriás, az 54 eset közül 2-szer igen élénk és 3-szor nagyon renyhe fényreactio volt jelen, ez utóbbi megint átlag csak 39 éves egyéneknél. Az egy esetben észlelt teljes kétoldali pupillamerevség 72 éves férfinál fordult elő, valószinűleg nem mint elmebajának következménye, hanem mint senilis tünet, mint azt *Heddaeus* egészséges aggastyánokon többször megfigyelte.

Ha most az összes 336 megvizsgált elmebajos pupilláinak viszonyait tekintjük, feltünő az anisokoria gyakorisága; az absolut szám 95, azaz 28%-on felül; külön számítva a férfiaknál 35, a nőknél 19%-ban volt jelen. Nem érdektelen ezen eredményt azon aránynyal összehasonlitani, melyben anisokoriát egészségeseknél találták. *Reche*[1] 14,392 a Magnus boroszlói szemklinikáján jelentkezett szembajos között, levonva az idegbajosokat, valamint azokat, kiknek pupillájának állapotát a szembaj localisan befolyásolta, 143 azaz 1% anisokoriát talált. Eltekintve a körülménytől, hogy ezen beteganyagot idegrendszerére nézve behatóbban alig vizsgálták, bizonyosan a 143 „tiszta" eset között több olyan akad, melyekben az idegbaj még a specialista számára is latens volt, úgy hogy ezen 1% is túlmagasnak tekinthető. De ha értékét el is ismernők, a nevezett szerző apodiktikus itéletének, hogy „az anisokoriának általában semmi jelentőség nem tulajdonitható" megdöntésére elegendő az elmebajosainknál talált 28% anisokoriást vele szembeállitani. Nem akarunk ugyan az anisokoriának absolut kórismei jelentőséget vindikálni, mégis daczára kivételes előfordulásának az állitólag egészséges egyéneknél, bizonyára értékes tünetnek mondhatjuk a psychiatrikus diagnostikában.

A pupilla átmérőjének nagyfokú eltérései a két nemnél nagyon különböző arányban fordultak elő és pedig férfiaknál 27, nőknél 7%-ban, sőt a kétoldali mydriasisnak, oly tünetnek,

	Dementia praecox		Melancholia			Dementia senilis			Paralysis progressiva			Psychosis alcoholica			Imbecillitas			Idiotismus			Mania			Vesania			Psychosis epileptica			Psychosis hysterica			Dementia terminalis			Összesen		
	férfiak	nők	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	férfiak	nők	együtt	%
A vizsgált esetek száma	1	—	2	3	5	2	2	4	49	14	63	9	2	11	9	4	13	14	7	21	4	3	7	60	46	106	23	20	43	8	8	—	18	36	54	190	146	336	—
Isocoria, a pupilla alakjától eltekintve	—	—	1	3	4	2	2	4	21	9	30	7	2	9	4	4	8	6	11	17	3	4	7	42	41	83	19	13	32	6	6	75·0	12	29	41	123	118	241	71·7
Anisocoria	—	—	1	1	20·0	—	—	—	28	5	33	2	—	2	5	—	5	3	1	4	1	—	1	18	5	23	4	7	11	2	2	25·0	6	7	13	67	28	95	28·3
A pupilla szabálytalan alakú egy oldalon	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	8	1	1	2	1	—	1	—	—	—	1	—	1	2	1	3	1	1	2	—	—	—	1	—	1	11	6	17	5·1
A pupilla szabálytalan alakú mindkét oldalon	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	1	2	—	—	—	1	2	3	6	4	10	3·0
Egyoldali miosis (pupilla átmérője 2·5 mm. alul)	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	1	1	2	—	—	—	—	—	—	6	—	6	1·7
Kétoldali miosis	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	7	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	2	2	10	1	11	3·3
Egyoldali mydriasis (pupilla átmérője 5·5 mm. felül)	—	—	1	—	1	—	—	—	9	—	9	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	13	1	14	4·4
Kétoldali mydriasis	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2	—	2	2	—	2	—	1	1	10	2	12	5	4	9	—	—	—	1	1	2	22	8	30	8·9
A pupilla jól reagál	—	1	2	3	5	2	1	3	21	4	25	9	2	11	7	4	11	14	6	20	4	3	7	55	44	99	20	18	38	7	7	87·5	17	31	48	151	124	275	81·9
„ nagyon élénken reagál	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	1	1	2	1	1	12·5	—	2	2	8	6	14	4·4
„ nagyon renyhén reagál	—	—	—	—	—	—	—	—	9	2	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	2	1	3	—	—	—	—	3	3	13	8	21	6·2
fényre nem reagál, accom. jól reagál (Argyll-Robertson-tünet)	—	—	—	—	—	—	—	—	14[1]	6[2]	20	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	6	20	5·9
A pupilla fényre nem reagál, accom. renyhén reagál	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3·2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	0·6
„ fényre és a accomodatióra merev	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	1	4	1·2

[1] Egy esetben a jobb szemen absolut, a bal szemen reflectorikus pupillamerevség. — [2] Egy esetben a jobb szemen Argyll-Robertson-tünet, a bal szem reactiója teljesen ép.

[1] *Reche*. Pupillenungleichheit. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1889. Nr. 13.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti klinika Könyvtára
Budapest, [illegible]-u. 23-25
Telefon: 143-600.

mely legkevésbbé látszik organikus elváltozásokon alapulónak, elhanyagolásával, férfiaknál 15%-ban, nőknél alig 1·5%-ban. Ezen lelet meggyőző magyarázatát nem adhatjuk.

A pupilla reactiója 20%-ban mutatott rendellenességet. Igen élénk reactio 4%-ban volt jelen, körülbelül egyforma gyakoriságban a különböző kóralakoknál. Nagyon renyhe fényreactio 21-szer fordult elő, azaz 6%-ban, köztük 10 esetben, mely nem a paralysis progressivához tartozott, a betegek átlagos életkora csak 38 év.

Jellemző, hogy a reflectorikus pupillamerevség kizárólag a paralysis progressiva eseteiben volt jelen.

A szürke hályog keletkezéséről.[1]

Irta: *Schwitzer Hugó* szigorló orvos.

(Folytatás és vége.)

Grósz Frigyes szerint a cataracta congenita szintén gyakoribb nálunk, mint másutt; Arlt ugyanis 989 esete közül 13 biztos congenitalis cataractát tudott kimutatni, ellenben Grósz Frigyes 520 közül 24-et.

Grósznak körülbelül ötven év előtt tett észleleteit a legújabb kisérletek igazolják.

Újabban ugyanis *Widmark* és *Ogneff* tettek kisérleteket arra nézve, hogy micsoda befolyása van a napfénynek, nevezetesen pedig a vegyi sugaraknak a szemre és főkép a lencsére.

Widmark, a ki kisérleteiben villamos ívfényt használt (ez tartalmazza a legtöbb ultraviolette sugarakat), a villamos fény hatását következőkben foglalja össze: Az ultraviolette sugarak a szem mellső részén ingerületet idéznek elő, mely a palpebralis conjunctiván hurutos tünetekben, a bulbaris conjunctiván injectióban és chemosisban, a corneán az epithel kikopásában és borusságában, a lencsében pedig, mely ezen sugarakat legnagyobb mértékben absorbeálja, cataracta képződésben nyilvánul. Mindezekhez sokszor az iris és corpus ciliare izgalma is csatlakozik.

Ugyancsak kisérleti alapon döntötte el Widmark, hogy a szem mellső részén keletkezett elváltozásokat nem káprázás okozza, vagyis ezek nem foghatók fel, mint a retina-reflex hatása, hanem direct izgalomnak kell itt behatnia; továbbá, hogy ez elváltozások létesitésében a világító, valamint a hősugaraknak számba vehető hatásuk nincs, csak a hyperibolyás sugaraknak.

Widmark kisérletei a következők: ő 1200 Volt villamos fényt engedett behatni öt óra hosszat tengerinyúl szemébe; a következő héten a nyúl szem-lencséje (a többi említett tünetek mellett) homályosodni kezdett, két-három hét mulva pedig teljes cataracta fejlődött ki. Majd a mindkét szemre alkalmazott gyüjtő-lencsék egyikét bekormozta, de a megfelelő szemen akkor is beállott a cataracta, tehát nem a fénysugarak okozták.

Végül timsó-oldaton bocsátotta keresztül a fényt a kisérleti állat szemébe (ezzel a hősugarakat zárta ki), de cataracta akkor is fejlődött. Igy nem marad más hátra, mint felvenni, hogy a hatás a chemiai, az ultraviolette sugarakat illeti meg; tényleg, ha chinin-só oldatán bocsátotta keresztül a villamos fényt az állat szemébe, cataracta nem képződött.

A villamos fénynek a szemre gyakorolt behatását Ogneff is tette kisérlet tárgyává és ezekre vonatkozó észleleteit Pflüger Archivumában közölte. Ogneffet kisérleteire az ösztönözte, hogy vasgyárakban, hol a fémek olvasztását villamos úton kezdték eszközölni, a munkások ez eljárás bevezetése óta, csakhamar szembajokról kezdtek panaszkodni. Az erős fényben dolgozóknál előbb könnyezés, majd makacs, genyes conjunctivitis lépett fel. Ogneff, hogy a villamos fény e hatását közelebbről tanulmányozhassa, házinyulakon és galambokon végzett kisérleteket. Körülbelül 5000 Voltos áramból fényt bocsátott az állatok szemébe és igen rövid idő alatt cataractát látott fellépni.

[1] Lásd Szemészet 3. számát.

E kisérletek kétségtelenné teszik a napsugaraknak és pedig azok hyporibolyás részének a szemre való hatását; ezek adják nekünk a kulcsot annak magyarázatához, hogy a cataracta miért fejlődik gyorsabban nyáron és miért túlnyomólag földmiveseknél.

Ha ugyanis egyfelől tekintetbe vesszük, hogy nyáron a napfény kétannyi ideig fejti ki hatását, másfelől körülbelül 150-szer erősebb is mint télen; továbbá, hogy a földmives úgyszólván az egész nyarat a szabadban tölti, hol a nap legnagyobb részében lehajtott fejjel dolgozik, akkor megvan a felelet az előbb föltett kérdésekre. Ugyane körülmények magyarázzák azt is, hogy a senilis cataracta miért kezdődik oly gyakran a lencse-aequator belső-alsó részén: a lehajtott fejjel dolgozó földmivelő szeme (helyzeténél fogva) ezen a tájon van legkevésbbé megvédve a napsugarak ellen, tehát a hályognak itt kell kezdődnie.

Nem elmulasztandó tényező a cataracta senilis aetiologiájának magyarázásánál az sem, hogy a cataracta egyfelől veleszülötten fordul elő; másfelől, hogy igen sokszor örökölt is e baj.

A cataracta congenita, melynek fejlődési rendellenesség (talán a szemnek intrauterin gyuladása is) képezi alapját, sokszor kimutathatólag örökölt.

A 3764 kórtörténetben, melyeket a cataracta aetiologikus momentumainak szempontjából néztem át, összesen 44 cataracta congenitát találtam, a mi 1·1%-nak felel meg.

Az örökölt cataracta általában szintén gyakran fordul elő; ki lehet mutatni direct öröklöttséget (szülőkről gyermekekre), indirect öröklöttséget (nagyatyáról unokákra, a nélkül, hogy az előbbinek gyermekei hályogosak lettek volna); és collateralis öröklöttséget (a mikor szülők vagy nagyszülők nem hályogosak és mégis a család több gyermeke szenved hályogban).

Hogy a hályogok öröklékenyek, mutatják állatkisérletek is. Igy Deutschmann nőstény házinyúltól, melynek arteficialis cataractája volt, oly kölyköket látott, melyek szintén hályogosak voltak.[1]

A következőkben a budapesti kir. m. tudomány-egyetemi szemklinika kórházában 1875-től 1886-ig, tehát 22 év alatt ápolt cataracta senilis esetek statistikáját közlöm. Megjegyzem, hogy ezen statistikából a traumaticus, a gyuladás, myopia, diabetes, rachitis után támadt cataracták ki vannak zárva.

A szempontok, melyek szerint az összeállitás történt, következők: 1. kor; 1. nem; 3. foglalkozás; 4. melyik szem hályogos; 5. ha mindkét szem hályogos, melyiken kezdődött a hályog; 6. a lencse mely részében kezdődött a hályog; 7. mennyi idő telleit el, mig az egyik szemen fellépett hályogot követte a másik szemen a hályog fellépése; 8. mennyi idő alatt vakult meg teljesen a hályogos szem; 9. a hályogos betegek, mely vármegyékbe tartoznak.

A statistika összesen 3764 cataracta esetére vonatkozik és a következő fölvilágositást adja:

1. *A korra* vonatkozólag azt látjuk, hogy a betegség leggyakrabban a 61—65-ik életév közt lép fel (18·1%), utána következik gyakoriságát illetőleg a 66—70 közti életszak (17·2%), majd az 56—60 (16·9%), az 51—55 (12·1) és a 71—75 (8·6%) közti életévek.

Feltünő csökkenést mutatnak a 76-nál magasabb évek, melyek összesen 4·2%-kal vannak képviselve. Ennél nagyobb a betegek százaléka a 41—45-iki években (4·9%), mig az 1—40-ig terjedő korbeliek 10·5%-kal járulnak hozzá.

2. *A nemet illetőleg* azt látjuk, hogy a férfiak nagyobb számban szenvednek öregkori hályogban mint a nők. A viszony köztük olyan, mint: 2 : 1·3-hez.

3. *A foglalkozás* rovatában feltünik, hogy a földmivesek a betegállománynak több mint egy harmadát teszik (38·4%); itt is azonban több a férfi, mint a nő (a viszony: 1·2 : 0·7).

[1] *Appenzaller:* Ein Beitrag zur Lehre von der Erblichkeit des grauen Staars. Inaugural Dissertation. Tübingen 1884.

Statistikai összefoglalás.

I. A betegek létszámára vonatkozólag.

Év	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	Végösszeg	%
A betegek összes száma	86	83	103	107	111	119	145	161	158	163	193	182	195	198	165	210	230	177	263	223	241	251	3764	—

II. A betegek nemére vonatkozólag.

A férfiak száma	58	59	67	62	66	78	90	99	108	103	113	114	118	109	90	127	148	104	150	122	143	134	2262	60·1%
A nők száma	28	24	36	45	45	41	55	62	50	60	80	68	77	89	75	83	82	73	113	101	98	117	1502	39·9%

III. A betegek korára vonatkozólag.

A betegek kora	1—5 évesek	6—10 évesek	11—15 évesek	16—20 évesek	21—25 évesek	26—30 évesek	31—35 évesek	36—40 évesek	41—45 évesek	46—50 évesek	51—55 évesek	56—60 évesek	61—65 évesek	66—70 évesek	71—75 évesek	76—90 évesek	—
Száma	28	35	41	46	48	42	55	102	187	270	456	639	680	650	322	155	—
Százalékban kifejezve	0·7%	0·9%	1·08%	1·2%	1·3%	1·1%	1·5%	2·7%	4·9%	7·2%	12·1%	16·9%	18·1%	17·2%	8·6%	4·2%	—

IV. A betegek foglalkozására vonatkozólag.

Foglalkozás	Földmíves	Iparos és gyári munkás	Napszámos	Szolga és cseléd	Kereskedő	Hivatalnok	Földbirtokos és bérlő	Tanító	Lelkész	Tanuló	Juhász	Kertész	Erdész	Katona	Hajós	Orvos, gyógyszerész, ügyvéd, mérnök	Szülésznő	Foglalkozás nélküli (férfiak és nők)
Férfiak száma	919	406	360	82	115	97	48	44	32	14	20	14	10	4	4	15	—	306
Százalékban kifejezve	24·4%	10·8%	9·6%	2·2%	3%	2·6%	1·3%	1·2%	0·8%	0·3%	0·6%	0·3%	0·2%	0·1%	0·1%	0·4%	—	8·1%
Nők száma	527	190	308	90	51	41	13	16	4	—	7	1	—	3	3	5	10	—
Százalékban kifejezve	14%	5%	8·2%	2·4%	1·4%	1%	0·3%	0·4%	0·1%	—	0·2%	0·03%	—	0·08%	0·08%	0·1%	0·2%	—

V. Arra nézve, hogy a hályog mely szemen volt.

Év	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	Összeg	Százalék
A hályog a jobb szemen volt	13 (4)	6 (3)	4 (3)	6 (3)	5	4 (1)	5 (1)	6	8 (2)	4	12 (4)	15 (5)	8 (3)	13 (4)	3	6 (2)	7 (2)	6 (4)	7	4 (3)	9 (1)	9 (5)	160 (50)	4·3% (3·5%)
A hályog a bal szemen volt	11 (3)	6 (2)	7 (3)	—	3 (1)	9 (3)	7 (2)	11 (1)	4 (1)	7 (4)	13 (3)	8 (3)	11 (1)	9 (4)	4 (1)	9 (2)	5 (3)	12 (1)	10 (2)	15 (5)	9 (3)	11 (7)	180 (55)	4·7% (3·8%)
A hályog mindkét szemen volt	62 (32)	71 (34)	92 (45)	101 (38)	103 (46)	106 (42)	133 (60)	144 (51)	146 (52)	152 (59)	168 (57)	159 (45)	176 (52)	176 (50)	158 (69)	195 (79)	218 (105)	159 (64)	246 (91)	205 (71)	223 (91)	231 (101)	3424 (1341)	91% (92·7%)

VI. Arra nézve, hogy a hályog mely szemen kezdődött.

Év	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	Összeg	Százalék
A hályog a jobb szemen kezdődött	33 (18)	35 (18)	39 (23)	57 (20)	49 (22)	58 (27)	62 (30)	71 (22)	75 (33)	75 (29)	75 (29)	84 (20)	85 (24)	83 (26)	89 (43)	112 (46)	101 (50)	86 (29)	112 (39)	108 (36)	103 (44)	112 (48)	1704 (675)	49·77% (50·3%)
A hályog a bal szemen kezdődött	20 (12)	29 (13)	39 (18)	36 (14)	40 (16)	35 (12)	53 (25)	52 (19)	53 (21)	59 (25)	78 (25)	60 (19)	81 (25)	75 (18)	60 (24)	60 (24)	92 (46)	62 (30)	99 (39)	68 (29)	88 (39)	76 (38)	1316 (529)	38·44% (39·48%)
A hályog mindkét szemen egyszerre kezdődött	9 (2)	7 (3)	14 (4)	8 (4)	14 (8)	13 (3)	17 (5)	21 (10)	18 (5)	18 (6)	15 (3)	15 (6)	10 (3)	18 (6)	9 (2)	23 (9)	25 (9)	11 (5)	35 (13)	29 (8)	32 (8)	43 (15)	404 (137)	11·79% (10·21%)

A zárjelbe tett számok a földmívelők számát jelentik.

A földmívesek után a cataractás betegek legnagyobb contingensét szolgáltatják a napszámosok és napszámosnők, kik összesen 19·8%-kal vannak képviselve; majd az iparosok és gyári munkások következnek 15·8%-kal; azután szolgák és cselédek 4·6%-kal, a kereskedők 3·4, hivatalnokok 3·6, tanítók és földbirtokosok egyenlően 1·6%-kal; bérlők, gazdatisztek, erdészek és kertészek összesen 3·2%-kal vannak képviselve.

4. Arra nézve, hogy *a hályog mely szemen lép fel*, az adatok azt mutatják, hogy a jobb szemen 4·3%, a balon 4·7 és mindkét szemen 91%-ban volt hályog, hogy tehát a betegség az esetek túlnyomó részében mindkét szemen támad. Ugyanezt látjuk földmíveseknél is, kiknél 3·5%-ban a jobb, 3·8%-ban a bal és 92·7%-ban mindkét szemen volt a hályog.

5. Azon esetekre nézve, melyekben a hályog mindkét szemen volt, a statistika azt mutatja, hogy *a jobb szemen előbb szokott kezdődni, mint a balon.* A cataracta előbbi megjelenési módja 49·77%, utóbbi megjelenési módja 39·46%-ot mutat; mindkét szemen egyszerre 10·2%-ban lépett fel a cataracta.

Földmívelőknél: jobb szemen kezdődött 50·33%-ban, bal szemen 39·46%-ban és egyszerre 10·21%-ban.

6. Arra való tekintettel, hogy *a lencse mely részében* (aequator vagy közép) kezdődött a hályog, az adatok azt mutatták, hogy körülbelül egyenlő számban van mindkét megjelenési mód képviselve, hogy azonban az aequatorialis tájon kezdődő hályogok túlnyomó részben (26·9%) belül-alul kezdődnek (főleg földmíveseknél), míg az aequator külső szélén kisebb számban (7·6%).

7. Fontos kérdés, hogy *az egyik szemen fellépett hályog mennyi idő mulva szokta követni a másik szemlencse zavarodása;* továbbá *mennyi idő alatt szokott teljes vakulás beállani a kérdéses szemen a lencsezavarodás kezdetétől számítva.*

Az első kérdést illetőleg az adatok ezeket mutatják:

24·7%-ban egy év mulva, 16·4%-ban 2 év mulva, 10·1%-ban ½ év mulva, 8·7%-ban 1½ év mulva, 7·5%-ban 3 év mulva, 7·2%-ban 4 év mulva, 6·1%-ban 2½ év mulva és 4%-ban 5 év mulva szokott beállani a másik szemen a lencsezavarodás. Továbbá 6 és 12 hó közti időben 3·8%-ban, 1—6 hó mulva 2·5%-ban, és öt éven túl 4·6%-ban lépett fel.

A második kérdést illetőleg az adatok ezeket mutatják: 26·4%-ban egy év mulva, 14%-ban 1½ év mulva, 12·8%-ban két év mulva, 10·2%-ban ½ év mulva, 8%-ban három év mulva, 6%-ban 2½ év mulva, 3·8%-ban 3 éven túli idő alatt, 7·6%-ban 6—12 hó közti idő alatt és 3·6%-ban 1—6 hó alatt szokott a hályogos szemen teljes megvakulás bekövetkezni.

Mindezen adatok természetesen a betegek észlelésén és kimondásán alapszanak és így talán kevésbbé is megbizhatók.

8. A mi a cataractának *a geographiai viszonyokkal való összefüggését illeti,* itt tekintetbe veendő, hogy a távolabb fekvő megyék természetszerűleg kisebb számú beteggel vannak képviselve, mint a közelebb fekvők. Ez annál is inkább jut kifejezésre, mert hisz a szegény néposztályhoz tartozó betegekről van itt szó. Mindamellett azonban azt mondhatjuk, hogy különösen a lapályos vidéken lakó magyar faj az, mely a hályogosak legnagyobb számát szolgáltatja.

Első helyen áll a betegek számát illetőleg Pestmegye 16·8%-kal, következik Tolnamegye 5·7%-kal, Fehérmegye 5·4%-kal, Veszprém 4·8%-kal, Jász-Nagy-Kún-Szolnokmegye 4·6%-kal, Hevesmegye 3·4%-kal, Bács 3%-kal. A többi megye ezeknél kisebb számmal van képviselve, még pedig legkisebb számmal az erdélyi megyék.

Mindez adatok, különösen az, hogy a senilis cataracta főleg földmíveseknél és más olyan foglalkozást űzőknél fordul elő, kik nyáron a szabadban végzik munkájukat; hogy továbbá a senilis cataracta főleg a jobb szemen belül-alul szokott kezdődni, különösen azoknál, kik sík vidéken laknak, mind a mellett bizonyítanak, hogy a napsugaraknak és pedig a mint Widmark kisérletei mutatják, a hyperibolyás sugaraknak lényeges szerepük van a senilis cataracta keletkezésében.

Az atropin conjunctivitisről.[1]

Irta: *Hauer Ferencz*, szigorló orvos.

A szemészek előtt már régóta ismeretes egy bántalom, mely természeténél fogva soha sem keletkezett önállóan, hanem mindig egy más szemészeti megbetegedéssel, helyesebben ennek gyógyításával kapcsolatban: ez az atropinos kötőhártya-gyuladás.

Hogy mióta ismeretes, arra az irodalomban felemlítést nem találván, pontosan nem felelhetek. De tekintve elég gyakoriságát, kétséget nem szenved, hogy ismerete egykorú lesz az atropinnak a szemészetben való használatával. Graefe az Arch. f. Ophthalm. 1855-iki évfolyamában mint egy megszokott dologról s csak per tangentem tesz róla említést.

Az atropinnnal, úgy toxicologiai, mint therapeutikus szempontból a búvárok sokat foglalkoztak, de ezen specialis kérdéssel az egész világirodalomban csak elvétve találkozunk. A legtöbb szerző csak futólag emlékszik meg róla s az atropin ezen specialis hatását sokan vagy tagadják, vagy tisztán egyéni impressiók alapján birálják meg.

Feladatom az aetiologia tanulmányozása szövettani vizsgálatok, a kórképnek jellemzése s betegészlelés alapján.

Ezen vizsgálati módokat állatkisérletekkel toldottam meg, a mit annál inkább kellett tennem, minthogy egynémely aetiologiai momentum (a fertőzés kérdése, a sérülések befolyása stb.) emberi beteganyagon exacte tulajdonképen nem vizsgálható. Midőn azért mindezek s az irodalom gondos átlanulmányozása alapján bátor leszek elmondani, hogy minő bepillantást nyertem ezen, sokszor igen rejtélyes viszonyokba; engedtessék meg, hogy tanulmányom anyagának feldolgozásánál a kórfolyamatok leirásánál megszokott sorrendtől eltérve, először a bántalom előfordulását, klinikai kórképét és kórszövettanát tárgyaljam és csak azután térjek rá feladatom tulajdonképeni tárgyára, a kóroktani viszonyokra, hogy ezek méltatásánál a fentiekre hivatkozhassam.

I. Előfordulási viszonyok.

Nézzük mindenekelőtt, hogy mily gyakorisággal fordul elő e bántalom?

E kérdés nehezebb, mint a milyennek látszik, mert az adatokat megszerezni nagyon nehéz, a mennyiben az atropin becsöppentések után fellépő conjunctivalis izgalmak, ha ezek kisebb fokúak és lappangva fejlődők, a kórtörténetekben nem mindig jegyeztetnek fel. Ez az oka annak is, hogy 1896—97. évben a budapesti egyetem szemklinikáján látszólag sokkal nagyobb számban fordult elő e megbetegedés, mint 1890—92. években. Mark dr. u. i. ez időben e kérdéssel foglalkozván személyesen és közvetlenül figyelhette meg az összes betegeket napról napra s az olyan eseteket is felvehette statistikájába, melyek talán egyébképen a bántalom kisebbfokú kifejlődése miatt, mint a főbetegség lefolyásában alárendelt jelentőséggel biró complicatiók, a kórtörténetekben nem szerepeltek volna. Csak így érthető, hogy pl. 1890-ben az összes klinikán feküdt betegek közül 0·28%, 1897-ben pedig 1·97% esett atropin conjunctivitisbe.

Ha már most a statistikai összeállításra tekintünk, azt látjuk, hogy a feljegyzett 5 évi betegállományból 43 kétségtelen atrop. conjunct-t tudunk kimutatni, a mi 3769 betegnél 1·14%-nak felel meg. (L. I. sz. statist. táblát.)

I.

Év	Atrop. conjunct.-t kapott	Összes betegek száma	%
1890	2	691	0·28
1891	3	672	0·44
1892	7	652	1·07
1896	14	914	1·53
1897	17	860	1·97
Összesen	43	3769	1·14

[1] A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem f. é. május hó 13-án tartott ünnepén a Pasquich-féle alapból jutalmazott pályamunka.

II.

Sorszám	Évszám	Kórtörténet száma	Beteg kora	Beteg neme	Beteg foglalkozása	Egyéb szembántalmak diagnosisa	Mióta szembeteg?	Mióta kap atropint?	Mely hónapban kapott atrop. conjunct.-t?	Műtét végeztetett-e vagy sérült?	Ez előtt vagy után lépett-e fel a betegs.	Jegyzet
1.	1890	304	17	f.	napszámos	Atrophia bulbi sin. Occlusio pup. d.	8 év	Bizonytalan. Az intézetben 11 napig	VI.	Iridectomia o. d.	után 11 nap	
2.	1890	386	76	f.	kötélgyártó	Catar. nond. mat. o. d. Catar. progr. o. sin.	?	?	VIII.	Extractio sec. Graefe	után	
3.	1891	264	64	f.	földmíves	Catar. senil. hyperm. o. sin. — Catar. senil. mat. o. d. — Ectropium luxurians palp. inf. lat. utr.	J. sz. 4 B. sz. 6 év óta	5 nap	V.	Extractio lobul. o. sin.	után 5. nap	
4.	1891	286	86	f.	magánzó	Catar. nond. mat. o. d. — Aphakia, coloboma artef. et iritis o. sin.	Már egy év előtt operáltatott	?	V.	Nem	—	
5.	1891	6	20	f.	gyógyszerész	Keratitis parench. o. d.	2 hónap	2 hónap	I.	Nem	—	
6.	1892	20	22	f.	orvos-növendék	Keratitis parench. o. sin.	Egy évnél több	?	I.	Nem	—	
7.	1892	107	29	f.	asztalos	Catar. traum. o. d.	2 év	?	III.	Discissio catar.	után 10. nap	
8.	1892	173	41	f.	vasúti őr	Scleritis et keratitis sclerotisans o. d.	2 év	?	IV.	Nem	—	
9.	1892	569	60	f.	földmíves	Trachoma c. panno o. utr.	1½ év	?	X.	Nem	—	
10.	1892	523	33	f.	mozdony-vezető	Keratitis parench. diffusa o. sin.	4 hónap	4 hónap	XI.	Nem	—	2 izben feküdt a klinikán. Első izben is izgatott lett a conj., de a gyuladás távozása után az intézeten kivül lépett fel.
11.	1892	629	16	n.	gazda lánya	Maculae corn. o. utr. Keratitis parench. o. sin.	3 év	Valószinűleg 3 év	III.	Nem	—	
12.	1892	89	65	f.	földmíves	Aphakia o. utr. Catar. sec. o. sin. Ectrop. sarcom. o. utr.	?	?	III.	Snellen	után	
13.	1896	96	67	f.	bérlő	Aphakia, colob. artef. o. d. — Catar. hyperm. o. sin.	?	Ezúttal 1 hét	II.	Nem	—	Intézeten kivül betegedett meg.
14.	1896	137	58	n.	szőlőmíves neje	Aphakia, synechia irid. o. d. — Catar. matura o. sin.	J. sz. 8 B. sz. 6 év óta	?	III.	Extractio sec. Graefe	után 3-ik nap	
15.	1896	190	30	f.	földmíves	Pannus phlyct. o. utr.	3 hó	3 hó	III.	Nem	—	Mark után idézve.
16.	1896	431	29	n.	földmíves neje	Iridocyclitis chron. o. utr.	4 hét	Valószinűleg 4 hét	VI.	Nem	—	
17.	1896	472	28	f.	kádár	Myopia maj. gr. o. utr.	Myop. egész életében volt	1½ hó	VIII.	Discissio lentis Punctio extr. lin. comb.	o. sin.	mindezek után
18.	1896	515	52	f.	szolga	Iritis acuta o. d.	Néhány nap?	Néhány nap?	III.	Iridectomia	Előtt	Ezúttal (IX. hó) csak műtét végett vétetett fel. Atr. conj. a III-ik hóban volt, a mikor már hetek óta volt beteg. Ezúttal épen ezért csak scopolamint kapott.
19.	1896	585	16	f.	kádársegéd	Keratitis o. sin.	1 hó	1 hó	IX.	Nem	—	Mark után idézve.
20.	1896	626	11	f.	napszámos	Keratitis parench. o. utr.	3 hét	3 hét	X.	Nem	—	
21.	1896	837	54	f.	mozdony-vezető	Kerato-irido-cyclitis et hypopion o. sin.	2 hét	2 hét	XII.	Punctio corn.	után	Mark után idézve.
22.	1896	268	64	f.	bormérő	Aphakia, colob. artef., iridenkleisis, catar. sec. o. d. — Catar. progr. o. sin. — Distichiasis	J. sz. 3 év B. sz. 1 év	?	IV.	Flarer	előtt	A felvételi vizsgálatnál adott egyetlen csepp váltotta ki a gyuladást.
23.	1896	283	17	f.	asztalos	Catar. zonul. o. utr.	kis kora óta	?	IV.	Discissio et extractio linear.	után	Mark után idézve.
24.	1896	240	58	f.	földmíves	Catar. sen. mat. o. d. Catar. progr. o. sin.	J. sz. 3 év B. sz. ½ év	?	IV.	Extractio sec. Graefe	után 8 nap	
25.	1896	297	81	f.	földmíves	Aphakia, catar. sec. colob. artef., hyalitis, chorioiditis areol. o. d. Catar. nond. mat. o. sin.	J. sz. 2 év előtt operáltatott. B. sz 3 év óta beteg	?	V.	Extractio sec. Graefe	után	
26.	1896	481	72	f.	liszt kereskedő	Catar. sen. mat. o. d. Catar. nond. mat. o. sin.	J. sz. 2 év B. sz. néhány hó	?	VII.	Extractio sec. Graefe	után	
27.	1897	55	11	n.	földmíves lánya	Keratitis parench. o. d. Maculae corn. o. sin.	J. sz. 5 hét B. sz. 7 hét	5 hét	II.	Nem	—	Atrop. conj. a jobb szemen lépett fel.

Sorszám	Évszám	Kórtörténet száma	Beteg kora	Beteg neme	Beteg foglalkozása	Egyéb szembántalmak diagnosisa	Mióta szembeteg?	Mióta kap atropint?	Mely hónapban kapott atrop. conjunct.-t?	Műtét végeztetett-e vagy sérült?	Ezelőtt vagy után lépett-e fel a betegs.	Jegyzet
28.	1897	63	76	n.	földmives özvegye	Catar. nond. mat. o. utr.	1 év	?	I.	Extractio sec. Graefe	után 7. nap	
29.	1897	66	10	f.	lóvasúti kocsis	Catar. membran. o. d. Catar. juvenil et synech post. o. sin.	Születése óta	?	II.	Extr. lin. simpl. o. d. Post iridectomiam extr. lin. o. sin.	után	
30.	1897	168	14	f.	hivatalnok fia	Catar. zonul. o. utr.	Állít. 2 év	?	III.	Discissio catar. o. sin.	után 11. nap	
31.	1897	155	26	f.	vasöntő	Catar. traum. tumescens	5 hét	5 hét	III.	Vasdarab pattant szemébe	után	
32.	1897	248	27	f.	ügynök	Keratitis parench. o. d. — Maculae corn. o. sin.	B. sz. 3 év J. sz. 8 év	4 hét	IV.	Nem	—	Jobb szemén ezúttal 4 hét óta van gyuladás. — Atrop. conj. épen lépett fel.
33.	1897	251	36	f.	üveges	Infiltratio corn. sin.	3 hó	3 hó	IV.	Cauterisatio corn.	után	
34.	1897	259	20	f.	bölcsészet-hallgató	Anophthalm. artef. l. d. — Iridocyclitis chron. Keratitis parench. o. sin.	B. sz. 4 év, újabban 4 hó	Megszakitás nélkül 4 hó	IV.	Nem	—	
35.	1897	271	23	n.	hivatalnok	Iridocyclitis o. utr.	1 hó	1 hó	V.	Nem	—	
36.	1897	396	71	n.	földmives özvegye	Catar. mat. o. d. Catar. sec., colob. artef. o. sin.	B. sz. 4 év, J. sz. 3/4 év	?	V.	Extractio sec. Graefe	után	
37.	1897	436	68	f.	mészáros	Catar. mat. o. d. Atrophia bubi sin.	?	?	V.	Extractio sec. Graefe	után 6. nap	
38.	1897	456	24	f.	földmíves	Iritis acuta o. sin.	3 hét	3 hét	VII.	Nem	—	
39.	1897	599	18	f.	kádár	Ulcus corn.	1 év	4 hó	IX.	Nem	—	
40.	1897	683	12	n.	gazdász lánya	Keratitis parench. o. utr.	5 hó	5 hó?	X.	Nem	—	
41.	1897	750	15	f.	napszámos	Aphakia, catar. sec. o. d. — Myopia maj. gr. o. sin.	Myop. születése óta	?	XII.	Discissio per. corn.	után	
42.	1897	775	34	f.	lakatos (Cs. Ferencz)	Cicatrix adhaer. Catar. traum. — Vulnus sciss. corn. o. sin.	3 hét	3 hét	XI.	Vasdarab pattant szemébe	után	
43.	1897	574	14	n.	szabó lánya (Sl. Josefin)	Keratitis parench. o. utr.	4 hét	4 hét	X.	Nem	—	
44.	1897	—	26	f.	napszámos (Cs. József)	Conbustio corn. et sclerae d.	2 hét	4 nap	XI.	Olvadó vas frecscent szemébe	után	Ambulans.
45.	1897	—	36	n.	napszámos neje (G. Imréné)	Trachoma in stad cicatr., distichiasis o. utr., infiltr. corn. o. d.	2–3 év	?	XII.	Nem	—	Az atrop. conj. fellépése idején ambulans. A klinikán 1897. IX/24—X/20-ig feküdt.

Ha hozzávető számitással az atropinnal kezelt betegek számát az összes betegek felére tesszük, úgy a fenti számitás alapján azt mondhatjuk, hogy az atropin-becsöppentések után 2·28%-ban lép fel atrop. conjunctivitis. Ezen szám meg is felel a tényleges viszonyoknak vagy legfeljebb csak igen kevéssel több a megbetegedések száma.

Ha igy fogalmat alkottunk magunknak arról, hogy számbelileg mennyiszer fordul elő, nézzük továbbá, hogy mily betegségek mellett, melyik nemnél, mily foglalkozású és mely korú egyéneknél fordul elő leggyakrabban? E kérdés az aetiologiába vág, azért itt csak a statistikai adatokat akarom nyujtani. (L. II. sz. statist. táblát.) Megjegyezvén, hogy ennek legtöbb rovata tisztán aetiologiai értékü, melyre, valamint a statistika többi pontjaira is részletesen az utolsó fejezetben térendek vissza. Itt csak azt constatáljuk, hogy a legnagyobb számban a mütett és a hosszú időn keresztül beteg szemek estek atrop. conjunctivitisbe.

II. A klinikai tünetek.

Az atropin conjunctivitis tünetei három cardinalis symptomára vezethetők vissza, melyeket csak az alapbántalom szokott módositani. Ezek:

1. Hurutos, resp. follicularis kötőhártyalob.
2. A szemhéjak bőrének kisebb-nagyobb intensitású gyuladása resp. eczemája.
3. Recidivára való fokozott hajlam.

E három cardinalis symptomához még egyebek csatlakoznak, melyek azonban nem oly szembeötlők s alárendelt jelentőségüek is. Nézzük mind a három tünetet közelebbről.

1. *Hurutos, illetve follicularis kötőhártyagyuladás.* Ezen tünet tulajdonképen a bántalom a maga mivoltában. Vannak esetek, midőn a bőrnek lobosodása még nem jelentkezett, a pupilla sem reagált még úgy, a hogy szokott atropinra megváltozni, mégis teljes positivitással megállapithatjuk az atropin conjunct. jelenlétét, máskor viszont a kötőhártya változásai a másodrendüek a dermatitis mellett.

A kötőhártya maga sem mutatja mindig ugyanazon kórképet. Schweigger (Handbuch d. spec. Augenheilk 1875. p. 258) két főalakját különbözteti meg az atropinos conjunctiva bántalmaknak, mondván, hogy létezik egy atrop. conjunctivitis és egy conjunctivalis idiosynkrasia atropinnal szemben. Előbbiekhez sorolja az atropin hosszas használata után fellépni szokott hurutokat vagy gyuladásokat, utóbbiakhoz azon eseteket, melyeknél hirtelenül támad a bántalom.

A feltünőbb s talán ijesztőbb az utóbbi, azért kezdjük ennek leirásával, melyet a hirtelen gyorsasággal beálló alaknak lehetne nevezni.

Ide sorozandók azon esetek, melyeknél a beteg vagy először életében, vagy már megelőző atropinkezelés után hosszabb szünet mulva kapja az első atropin-instillatiót. Sokszor már a becsöppentés pillanatában fájdalom mutatkozik. A beteg égető, szúró fájdalomról panaszkodik s szemhéjait reflectorice erősen összeszoritja. Ezen kellemetlen subjectiv tünetek néhány percz alatt csillapodnak, hogy egy fél- egy negyed óra mulva újra és rendesen fokozottabb mértékben fellépjenek. Ekkor már rendesen objectiv változások is láthatók. A conjunctivalis erezettség kifejezett lesz, mint az erek tágult voltának jele, majd tág reczéjü hyperaemia, mely mindinkább diffus lesz, lép fel, a conjunctiva halványvörös szine sötétebb, haragosvörös színnek enged helyet, mely skarlatpirostól egész szennyessötét málnavörösig különféle árnyalatokat mutathat. A conjunctiva szövete fellazul, duzzad, a caruncula kiemelkedik, az áthajlási redők a pilla kifordításánál hurkaalakúlag kiugranak. A Meibom-mirigyek rajzolata eltünik s az egész conjunctiva szalonnaszerü felszint mutat. Ehhez erős fényiszony csatlakozik, a beteg görcsösen összeszoritja pilláit, melyek vizsgálatnál nem csekély ellentállást fejtenek ki. E mellett nagyfokú könnyezés és folytonos égető fájdalom gyötri a beteget.

Ezen tünetek, a melyek, mint emlitők, már a becsöppentés után $^1/_4$—$^1/_2$ óra mulva vehetik kezdetüket, félnap alatt tetemes kifejlődést érhetnek el. Ekkor az esetek egy részében a tünetek visszafejlődésnek indulnak. Máskor azonban daczára annak, hogy az atropin-becsöppentés nem újittatik meg, nem csillapulnak, hanem mindinkább fokozódnak s a fájdalmak oly fokot érhetnek el, hogy a beteg éjjeli nyugalmát is elrabolják.

Ha a tünetek néhány órai — egy napi fennállás után visszafejlődnek, az egész kórkép egy heveny conjunctivitis catarrhalisnak felel meg. Rendesen azonban már igen korán folliculus-képződését lehet a conjunctiván kimutatni. Igy általam észlelt két esetben egy csepp steril, 1% oldat becsöppentése után 24 óra mulva a folliculus-képződés már kifejezett volt.

Hogy oly betegeknél, kik legelőször acquirálnak életükben ily acutissima conjunctivitist, a folliculus-képződés szintén képes-e 24 óra alatt bekövetkezni, személyes tapasztalat alapján nem felelhetek. A szerzők azonban mind, ha az időt pontosan meg nem is jelölik, de oly jellemző és félreérthetlen kifejezéssel emlékeznek meg erről, miszerint joggal feltehetjük, hogy ilyen esetekben sem fog a folliculus-képződés sokkal hosszabb időt igénybe venni.

Kifejezett esetekben ezen folliculusok nemcsak az átmeneti redőben, hanem a tarsalis conjunctiván, főleg a belső zúg közelében találhatók. Ezzel elérte a bántalom tetőfokát. Ilyenkor rendesen már a dermatitis vagy eczema is kifejlődött. Az egész conjunctiva szenyes, húsvörös, úgy a tarsalis, mint a bulbaris, helyenkint excoriált, egész felületén nyákos czafatokkal fedett. A nyák zavaros, sőt sülyosabb esetekben, különösen akkor, ha az atropin-instillatio a kifejlődött hurut daczára folytattatik, genyes váladék csatlakozik hozzá, mely a bő könnyezéssel társulva, súlyos blennorrhoea képét utánozhatja.

Az atropin conjunctivitisnek másik főalakja nem ily vehementiával lép fel. A beteg rendesen heteken, sőt hónapokon át kap atropin-becsöppentéseket, melyek a maguk üdvös hatását több-kevesebb eredménynyel fejtik ki. Egyszerre csak arról panaszkodik a beteg, hogy szeme fáj, különösen becsöppentés után; vagy arról panaszkodik, hogy bő könnyezés lépett fel, vagy idegen test érzése molestálja, vagy pedig bajának súlyosbodását érzi, határozottan körülirt panasz nélkül. Ekkor szorosabb vizsgálatnál sokszor már igen kifejezett tünetek észlelhetők. Máskor a beteg subjective nem észlel változást, hanem az orvos veszi az egyik vizsgálatnál észre, hogy a conjunctiván halikraszerűen, fényes szemcsék vannak elszórva, különösen sűrűen az átmeneti redőben; sőt ez is hiányozhatik, s csak a conjunctiva esősebb hyperaemiája, duzzadtsága tünik fel, mivel ezen változások az alapbántalomból nem magyarázhatók. Végül vannak esetek, midőn a conjunctiván sem a subjectiv, sem az objectiv változások nem nagyok, hanem az egyik becsöppentéstől a másikig felduzzadnak a szempillák, vörös lesz az arczbőrnek is a szomszédos része stb.

Ha ezen initialis tünetek után az atropin-becsöppentéseket folytatjuk, rapid gyorsasággal igen vehemensekké lesznek a tünetek s a fent vázolt kórkép áll elő.

Látjuk tehát, hogy mig egyrészt a tünetek egymásutánja is igen változatos, e változatosságot még fokozza azon körülmény, hogy a tünetek egyike-másika egészen kimarad. Ezt a szerzők igy is irták le, habár mindegyik leirásban praedominálo szerepet játszanak a folliculusok. Egy esetet volt alkalmam észlelni, hol folliculusok nyomait a legpontosabb vizsgálatnál sem lehetett találni, habár ezen eset egy chronikus lefolyásu atropinos gyuladás volt. A folliculusok tehát a jellemző és a legtöbb esetben jelenlevő tünetei közé tartoznak az atrop. conjunct.-nek, de nem képezik conditio sine qua non-ját a diagnosisnak; különben erre Schweigger is utal fent idézett művében.

2. *A szemhéjak s a szemhéjakat környező arczbőr dermatitise,* illetve *eczemája* képezi a második sarkalatos tünetet. Mint már fentebb emlitők, legtöbb esetben fennáll. Az általam észlelt esetek közül teljesen egyben sem hiányzott, de mint a szerzők emlitik, s mint a kórtörténetekből is kiolvasni lehet, elég gyakran csak igen kis fokot ér el. Máskor az ellenkező végletet tapasztaljuk s a bőrbántalom képezi a kórképet dominálo elemet.

A legtöbb esetben csupán a két pillára, de különösen a felsőre szoritkozik a megbetegedés. Ezek a bántalom elején duzzadtak, pergament-tapintatúak és ujjnyomásra eltünő vörös elszinesedést mutatnak. Majd a hám gyorsabb elhalása és kiszáradása folytán fehéres hámpikkelyeket láthatunk a vörösen elszinesedett bőrön, melyek könnyen levakarhatók s ha nem csak a mortificált hám felületes rétegéből valók, a nedvedző irhát hagyják vissza. Excessiv esetekben azonban a bőrbántalom a szemhéjaknál jóval tovább terjed; egyik esetben majdnem az egész arczfelet lepte el. Kedvencz helye a terjedésnek lefelé van. Ezen eczema igen feltünő, nem is szabad secundaer úton fellépettnek tekinteni, hanem mint egy önálló tünet fogandó fel.

Végül meg akarom jegyezni, hogy ismertetve vannak olyan esetek is, midőn ezen bőrbántalom igen súlyos alakot vett fel. Ilyenek pl. azon esetek, midőn az eczema az egész arczot lepte el, sőt a nyakra s a nyakon át a mellkas és a hát bőrére is kiterjedt. Friedenberg M. pedig (New-York Monatschrift. 1895. — Recueil d'Ophtalm. 1896. után idézve) egy olyan alakját ismerteti, mely csalódásig hűen utánozta az erysipelas faciei kórképét s mely próbaképen többször megismételt becsöppentéseknél mindig pontosan megismétlődött, még pedig úgy látszik, minden nagyobb conjunctivalis társtünet nélkül.

Mint fentebb emlitők, a bőrbántalom virágzása rendesen összecsik a conjunctivalis elváltozások culminatiójával. Ha az atropint kihagyjuk, akkor innen kezdve a tünetek rendesen visszafejlődésnek indulnak.

Nem volna teljes az atropin conjunctivitisről adott kórképünk, ha meg nem emlékeznénk az atropin azon hatásáról, melyet a pupillára fejt ki, s a mely mint a pupillának tágulása vagy alakjának megváltozása atrop. conjunctivitisnél ter mészetszerűen mindig fellelhető. Ezen pupillaváltozásnak talán némely esetben differential diagnostikai értéke lehetne, mert a behatolt alkaloidának csak igen ritka esetekben hiányzó biztos árulója.

3. Az említett sorrendben letünő jelenségek után a conjunctiva ismét azon állapotba jut, a melyben a bántalom kifejlődése előtt volt, s a milyenbe azon alapbántalom állapota szerint, mely az atropin-becsöppentéseket indicálta, juthat. De a mikor igy „meggyógyult“ egy igen különös s a pathologiában analogiával nem igen biró új tünet fejlődött ki, a reci-

divára való hajlam. Új megbetegedésre való nagyfokú dispositio, egy vulnerabilitasa fejlődött ki a conjunctivának atropinnal szemben, mely igen hosszú időn keresztül fennmarad s úgy az orvosnak, mint a betegnek igen kellemetlen meglepetéseket szerezhet.

Hogy ezen acquirált dispositio meddig marad meg, pontosan nem tudom meghatározni, de bátor leszek néhány erre vonatkozó kisérletet, továbbá concret eseteket a budapesti szemklinika kórtörténeteiből s az irodalomból elmondani, melyek ezen viszonyokat legjobban fogják illustrálni.

St. Jozefin 1897. október 16-án kapott atrop. conjunct.-t, melynek heveny tünetei egy hét alatt visszafejlődtek. Két hét mulva nyom nélkül eltünt. November 18-án, tehát 33 nap mulva egy csepp atrop.-oldat (1% atrop. borac.) heves conjunctivitist volt képes kiváltani, kifejezett folliculus-képződéssel. 1898. márczius 11-én a kisérlet megismételtetett, s ekkor is, tehát 146 nappal a megbetegedés után egy csepp képes volt ismét a typikus kórképet kiváltani.

Cs. Ferencz klinikai betegnél 39 napi szünet után ugyanezen kisérlet volt sikeresen eszközölhető.

Hosszabb terminust találunk *Saemisch* által közölt egy érdekes esetben. Mint ő nagy kézikönyvében részletesen ismerteti, egy 38 éves asszony 1871-ben hosszú időn keresztül, tehát hónapokon át kapott atropint cataracta centralis miatt nyktalopiája ellen. 1872-ben a szer, mely ugyan semmi kellemetlenséget sem okozott, de már nem használt, kihagyatik. 1873. februárban műtétre kerül a dolog. Ekkor a bal szemen, mely annak idején nem kapott több atropint, mint a jobb, heves atrop. conj. lép föl, mig a jobb nem reagált kórosan. Ez megoperáltatik. Néhány hónap mulva megkisérlik a műtétet a bal szemén is, de úgy 1873. novemberben, mint 1874. januárjában 1—1 csepp atrop.-oldat ismét heves lobot idézett elő, noha a szer olyan volt, melyet másoknál legcsekélyebb mellékhatás nélkül használtak s a conjunctivalis zsák is látszólag egészen normalissá lett. Itt tehát 2, illetőleg 3 évre terjedt ki a sérülékenység, a recidivára való hajlam.

Még ennél is hosszabb időre terjedt ki a következő esetnél. 1898. márczius 16-án (217. sz. kórtört.) iritis recid. ocul. sin. miatt vétetett fel 40 éves férfibeteg, kinél egyúttal atrop. conjunct. is áll fenn. Az anamnesisben előadja, hogy 9 év előtt betegedett meg először szeme s hogy akkor 2 hónapi atropinozás után lépett fel atrop. conjunct. Majd 8 és azután 3 év előtt is ugyanilyen káros hatással volt szemére az atropin. 9 év alatt tehát 4 izben lépett fel ezen complicatio s 9 év óta tart már e szerint a recidivára való fokozott dispositio.

Látjuk tehát, hogy ez szintén egy characteristikus és állandó tünete és utóhatása az atrop. conjunct.-nek, nem pedig véletlen, accidentalis tünet. Magyarázatára az utolsó fejezetben fogunk visszatérni.

IRODALOM-SZEMLE.

„Amblyopie transitoire" elnevezés alatt foglalja össze *Antonelli* a migraent gyakran kisérő, tisztán functionalis természetü subjectiv látás-zavarokat, milyenek: a scotoma scintillans, hemiopia, symmetriás peripheriás scotoma stb. Lényege gyanánt a corticalis látómezőben fellépő vasomotorikus zavarokat tekinti. Az általában igen elterjedt baj többnyire felnötteknél jön elő, még pedig gyakrabban a nőknél. Rendesen hirtelen lép fel és tünik el, gyakran kiséri szédülés. A rohamokat nem ritkán váltják ki: éhség, székrekedés, kedélyizgalmak stb. A migraen mindig az afficiált látótér-féllel ellenkező oldalon volt. A bántalom székhelye leggyakrabban a bal agyféltekének a környéki látással viszonyban álló kéregmezeje, következménye jobboldali hemiopia.

Gyógyszerek közül a brom, chinin és a digitalis kisérthetők meg ellene. Nyugodt hanyatfekvés és a szemek behunyása által sikerült a készülődő rohamot elnyomni.

A pangásos papilla keletkezését *Hoche* a gerinczagyi hátsó gyökerekben tapasztalható analogia nyomán mechanikus alapon magyarázza, nevezetesen azon nyomásból, melyet a vizenyösen beszürödött és így a lamina cribrosa táján mintegy incarcerált opticus elszenved. Toxinok szerepét nem fogadhatja el, föltéve, hogy egyszerü tumorról van szó és meningitis vagy láz nincs jelen. (Arch. f. Augenheilk. Bd. XXXV. 3/4., p. 192.)

Anchylostomiasis eseteinek 7—8%-ában jellemző szemfenéki elváltozásokat figyelt meg *Nieden*, melyek főképp a retina peripheriáján elhelyezett részben góczszerü, részben pedig ez ezek mentén fellépő csikalakú vérzésekből állanak. E mellett úgy az arteriákban, mint a kanyargós venákban a vér feltünő halvány; a papilla porczellánfehér szinü. A sectiónál a vérzések élesen elütnek a szemfenék halványsárga alapjától. Microskoppal az erek endothelsejtjeiben sclerosist lehetett kimutatni. A jelentkező látás-zavarok (alkalmazkodási zavarok, asthenopia muscularis, kettős látás) inkább az általános megbetegedésből magyarázhatók; a retina elváltozásaira viszont az elég gyakran észlelhető fénykerülés, a retina túlérzékenysége és a hemeralopiás panaszok tesznek figyelmessé.

A vérzések oka szerző szerint valószinüleg a parasita által termelt toxinokban keresendő. (Wiener med. Presse 1897, Nr. 35.)

A test és szerveinek számos megbetegedésénél leirt szembajok legtöbbjéről azt hiszi *Berger*, hogy ez utóbbiak ama megbetegedésekkel nem hozhatók bizonyos oki összefüggésbe, hanem, hogy inkább az alapbántalommal egyidejüleg fennálló vagy következményes *hysteria*, illetve *neurasthenia* részjelensége gyanánt fogandók fel. Igy pl. hysteriára jellegző tünetek mutatkoztak a szemen egy nőnel, a ki metritis chron.-ban szenvedett s ki azokat egy hibás szemüvegnek tulajdonította; hasonló tünetek léptek fel egy Addison-kórban szenvedő betegnél, míg egy harmadiknál, ki sárgalázból üdült fel, neurastheniás látászavarokat észlelt. (Arch. d'ophth., XVII, 7—8., p. 479.)

Halálos kimenetelü meningitist enucleatio után 5 esetben észlelt *Marschall*. Az enucleatiót valamennyinél panophthalmitis előzte meg, még pedig kettőnél három héttel, a többinél rövidebb idővel, sőt egy esetben csak három nappal. A meningitis egyszer főleg az agyalapra szorítkozott, másszor itt hiányzott és az opticus is normalisnak találtatott, ellenben kiterjedt meningitis ad convexitatem volt jelen. Nettleship adatai szerint a tünetek az élőn már 24 órán belül jelentkeznek, a halál rendesen 2—4 nap, legkésőbb 8 nap alatt következik be. Egyébiránt ismeretesek panophthalmitis után föllépett és halállal végződő meningitiseknek oly esetei is, melyeket enucleatio nem előzött meg.

Marschall azt hiszi, hogy gyakran már a műtét előtti időben lappang a meningitis. Jónak látja, hogy az első nyomókötést már enucleatio után két órával levegyük. (Royal Lond. Ophth. Hosp. Rep., XIV., p. 312.) (Systematischer Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilk. 1897.)

A nagyfokú rövidlátás operativ kezeléséhez érdekes adatokat szolgáltat *Haedicke* jeles inaugural-dissertatiójában.

A történeti vázlat előrebocsátása után szerző a műtét indicatiójának kérdésére tér át. Számos búvár idevonatkozó számításai nyomán az operálhatóság alsó határául a 15 D. myopiát tekinti. A szokott myopiás szemfenéki elváltozások nem képeznek contraindicatiót, csakis a friss chorioidealis és haemorrhagicus góczok a macula közelében. A kor sem jön tekintetbe; a műtét 40—50 éves egyéneknél is sikerrel hajtatott végre, a mit a myopiások lencséjének lágyabb voltából vél magyarázhatni. A műtét előnyei közül megemlítve a refractio csökkenését és a retinabeli kép nagyobbodását, a továbbiakban két ellentétes nézet megvitatásába bocsátkozik.

Fukala ugyanis, Vachervel egyetértőleg kedvező befolyást tulajdonít a műtétnek a szemfenék myopiás elváltozásaira, állítván, hogy az operált szemen a myopia előhaladásában megállapodik, míg a másik szemen tovább halad. Ezzel szemben más vizsgálók azt hiszik, hogy a műtét elősegíti a retina leválását.

A kérdés megvilágítására szerző Schweigger klinikáján operált és több éven át megfigyelt 50 myopiás egyénen nyert tanulságos adatokat használja fel. Ezek mindenekelőtt a mellett szólnak, hogy a műtét után bekövetkezett látás-javulásból s ennek tartós voltából éppen nem lehet a szemfenéki elváltozások megállapodására következtetni, ellenkezőleg utóbbiak a műtéttől függetlenül tovahaladhatnak, a nélkül, hogy föltétlenül látás-rosszabbodást vonnának maguk után.

Észlelt kifejezett megbetegedést a macula táján jó visus mellett. A hol tehát Fukala kedvező befolyásról szól, azok nyilván oly esetek, a melyekben a myopiás elváltozások a műtéttől függetlenül megállapodtak, de épp úgy tovahaladhattak volna. A két szem állapotának összehasonlításából szerző azt is megfigyelte, hogy — Fukala nézetétől eltérőleg — az operált és nem operált szem teljesen egyformán viselkedik; ha ugyanis a nem operált szem látása továbbra is jó maradt, úgy az operáltéé sem változott; viszont, a mely esetben az operált szemen műtét után visus-csökkenés állott be, mindannyiszor romlott a nem operált szem látása is. E megfigyelés érvényét nem döntik meg azon látszólag ellentmondó esetek, a melyekben az operált szem visusa tartósan jó, míg a nem operált szem látása csökkent; mert — mint említve volt — a refractio-csökkenés által föltételezett visusjavulás mellett a chorioidealis elváltozások nagyot haladhatnak. Mindezek alapján szerző ama fontos tételt mondja ki, hogy a lencse eltávolítása a chorioidea és retina myopiás elváltozásának előhaladását sem az egyik sem a másik szemben nem képes föltartóztatni.

Áttér ezután ama másik kérdésre, vajjon a műtét elősegíti-e a retina leválását. Miután ennek számos esetében üvegtest-előesés ment előre, ez utóbbiban Otto az ablatióra disponáló momentumot lát. A megfelelő esetek megfigyeléséből az derül ki, hogy néha ismételt üvegtest-előesés sem vonja maga után szükségképpen az ablatiót, de viszont ez utóbbi bekövetkezhetik a nélkül, hogy valaha üvegtest esett volna elő; a kettőt továbbá rendesen hosszabb időköz szokta elválasztani egymástól (egy izben 37 hónap); már pedig, ha köztük oki összefüggés forogna fenn, úgy legalább is az esetek legtöbbjében, még pedig üvegtest-előesés után közvetlenül kellene az ablatiónak bekövetkeznie, a mi pedig éppen nem történik; a lipcsei klinikán pl. észlelnek beteget, kinél ismételt előesés daczára mind ez ideig, 3 év elteltével sem jelentkezett ablatio. Másrészt pedig szerzőnek egy esetében a leválás nem az üvegtest-előeséssel complicált operált szemen, hanem a jóval kevésbbé kóros másik szemen következett be előbb.

E tények tehát megczáfolják ama fölvétel helyességét, hogy akár az üvegtest-előesés, akár maga a műtét elősegítené a retina leválását; ez utóbbi kétségtelenül a progressiv chorioidealis elváltozásoknak tulajdonítható és ha bekövetkezik, legfeljebb annyit bizonyít, hogy a műtét nem képes a nagyfokú myopiás szemeknek általános végzetes sorsát megmásítani.

Összefoglalva az eddigieket szerző adatai a mellett szólnak, hogy a lencse eltávolítása sem kedvező, sem pedig káros befolyást nem gyakorol a szemfenék myopiás folyamataira s így a nagyfokú myopia operatio kezelésének egyedüli haszna a lencse dioptriás értékének megfelelő refractio-csökkenésben és az ezzel járó látásjavulásban áll, mely utóbbi nem azonnal, hanem több hét, néha csak több hónap mulva éri el definitiv magasságát.

Trachoma képét utánzó conjunctiva-tuberculosist ir le *Heinersdorff*.

Előtte már több szerző hangsúlyozza, hogy a conj. tuberculosisnak némely folliculus-képződéssel járó alakja csalódásig hasonlíthat a trachoma klinikai képéhez. Szerzőnek betege 17 éves leány, kinél öröklékeny terheltség nem volt kimutatható. Baját először trachomának tartották s a csomók kinyomása után sokáig kékkövel kezelték lényegesebb eredmény nélkül. Ujból felvétetvén a klinikára az erősen váladékos és kissé kevésbbé nyitott jobb szem felső szemhéja kis fokban duzzadtnak, a szemhéji conj. erősen belöveltnek bizonyult. A hegesen megrövidült alsó áthajlási redőben elég sürün elhelyezett kölesszemnagyságú folliculusok ülnek, a bulbaris conj. alsó felét pedig lapos csomók tették egyenetlenné, melyek egy helyen a corneára is átterjedni látszottak. A felső áthajlási redőben még sűrűbb folliculus-képződés, a bulb. conj.-ban pedig felül is az említett csomós egyenetlenség volt észlelhető. A bal szemen az elváltozások hasonlók, de kisebb fokúak. A conj.-ban sehol sem jelentkezett kifekélyesedés, a fül előtti nyirkmirigyek duzzanata csekély.

A felső áthajlási redőből kimetszett nyákhártyadarabka szövettani vizsgálata alkalmával nem a trachoma-rögök élesen határolt nyirksejt-tömegei, hanem a typikus tuberculumokkal teljesen megegyező góczok voltak találhatók, szélükön sürü fehérvérsejt-övvel, közepük felé túlnyomó számban epitheloidsejtekkel és igen sok óriássejttel. Szerző ezen górcsői lelet alapján igen valószinűnek tartja a tuberculosis conj. diagnosisát, melynek megerősítésére, miután sehol elsajtosodás nem mutatkozott és a tbc. bacillus összes festési methodusai is negativ eredményt adtak, oltási kisérlethez folyamodott. Friss szövetdarabkát nyúlszem mellső csarnokába oltott. Sokáig nem mutatkozott eredmény; végre a 3—4 hónap körül a cornea felső széléhez közel fekvő beszúrási heg táján ez utóbbi és az iris közötti csarnokrészt kitöltő apró hússzinű csomócskák képződtek. A csarnok alsó harmadában szintén egy sárgásszürke, a corneát előmborító képlet s mellette még két csomócska lépett fel. Mindezeknek szövettani képe inkább közönséges tályogra, mint tuberculosisra emlékeztető volt. A közepükön szétesett csomókban temérdek fehérvérsejt között csak kevés epitheloid-sejt akadt, óriássejt pedig egyáltalán nem. Tbc. bacillust itt sem sikerült találni.

Mind e sok tagadó jel daczára is fentartja szerző a conj. tuberculosis diagnosisát. A trachomát ugyanis a typikus szerkezetű trachoma folliculusok hiánya mellett főleg a sok óriássejt zárja ki, mely trachománál nem szokott találtatni. Luestől a klinikai kép és lefolyás alapján teljesen el lehet tekinteni. A tbc. bacillus leletének negativ volta pedig különben sem képez ellenbizonyitékot, annál kevésbbé ily chronikus lefolyás és aetherrel kezelt vizsgálati objectum esetén.

Szerző figyelmeztet, hogy hasonló kétes esetekben el ne mulasszuk a szövettani vizsgálatot. (Klinische Monatsblätter für Augenhlk. XXXVI. Juni.)

A glaucoma-therapia késői eredményével foglalkozik *Sidler-Huguenin*, ki Haab-nak 76 glaucomás privatbetegét műtét után rövidebb-hosszabb időn, de legalább is 2 éven át észlelte s az így nyert adatok alapján akarja megvilágítani azon kérdést, mily gyakori a glaucoma tartós gyógyulása iridectomia, sclerotomia és végre mioticumok után.

Eseteit 4 csoportba osztja:

1. Glauc. inflamm. (21 eset); act. (16), chron. (5).

Miután az előzetesen alkalmazott mioticumok nem sokat használtak, valamennyi esetben iridectomia végeztetett, melyet 6 esetben sclerotomia előzött meg. A 16 acut glaucomás szem közül 2 megvakult, 4 kielégítő, 10 pedig igen jó eredményt adott. Kiújulás 6-nál észleltetett. Az 5 chronikus eset közül 4 kielégítő, 1 pedig igen jó eredményü volt. Kiújulás 2-nél fordult elő.

A két megvakult szem közül az egyiknél közvetlenül iridectomia után mutatkozott rosszindulatú lefolyás éjjeli heves fájdalmakkal, miközben a beteg a lencsét, corpus ciliaret és irist kipréselte; utóbbiak a sebbe begyógyulván állandó tensio-emelkedést tartottak fenn. A másik betegnél a tovább lappangó glaucomás folyamat csak később okozta a látás fogyását. Ezekkel szemben állnak azon szemek, a melyeknél a már meglehetösen előhaladott glaucomás elváltozások daczára sem lépett fel rosszindulatú lefolyás, sőt a műtét után kielégítő látásra tettek szert. Ugyancsak kielégítő eredménynyel sikerült operálni megelőzőleg atropinnal tractált öt szemet, bizonyságául annak, hogy az ily szemeken a műtét ugyan alacsonyabb értékü, de nem teljesen haszonnélküli.

Az iridectomia által az esetek legtöbbjében sikerült a tensiót rendes fokára alászállítani, csak egy esetben kellett a műtétet ismételni; ha itt-ott jelentkezett is tensioemelkedés a műtét után, csakhamar megszünt mioticum-becseppentésre. A mioticum különben valamennyi esetben követte a műtétet, még pedig — föltéve, hogy hosszas használatára indicatio nem forgott fenn — mindaddig, a míg a szem megbékült. A sclerotomiáról szerző azt tapasztalta, hogy veszélytelenségénél fogva iridectomia előtt ismételten is végezhető; utána a csarnok mélyebb lesz, a cornea tisztul s így az iridectomia technicailag kivihetőbbé válik. A glaucomás folyamatot magát azonban nem igen befolyásolja a sclerotomia.

A prognosisra különösen mérvadónak találta szerző a műtét-előtti látást és esetleges complicatiókat. Ha a látás aránylag jó, úgy a műtét után tartós kedvező eredmény várható, ha ellenben csekély, akkor többnyire csak kielégítő az eredmény, de azért a prognosis még éppen nem mondható kedvezőtlennek. Általában tartósabb a gyógyeredmény az acut, mint a chronikus glaucománál, melynél recidivák nem ritkák. Előbbinek 62·5%, utóbbinak 60% a gyógyulási aránya iridectomia után.

2. Glauc. simplex (36 eset). Iridectomia végeztetett 31 esetben, sclerotomia 5 esetben. A 31 iridectomiált szem közül 7 rossz, 6 kielégítő, 18 pedig jó eredményt adott. Kiújulás 7-nél volt. Az 5 sclerotomia 2 szemen rossz, 1-en kielégítő, 2-ön pedig jó eredményü volt. Kiújulás volt 2-nél.

Egy betegnek, kinek bal szemét Horner, jobb szemét pedig egy évre rá Haab operálta, mindkét szemén rosszindulatú volt a lefolyás, holott iridectomia előtt a látás egészen jó volt. Ez az eset szinte arra látszik figyelmeztetni, hogy ha rosszindulatú lefolyást észlelünk az egyik szemen, akkor rendesen a másik szemnek bármily korai operatiója is koczkáztatott dolog. A többi rossz eredményü esetek közül 3 nál fokozatosan fogyott el a látás, 4-nél pedig alig ujjolvasásra szorítkozott. Két szemet a folytonos tensioemelkedés és fájdalmak miatt enucleálni kellett, a többieknél részben ismételt sclerotomia és mioticum segélyével sikerült rendes nyomásviszonyokat fentartani. Mindez esetekben már műtét előtt meglehetős gyatra látás volt jelen mély excavatióval. Ugyanez a törvényszerüség volt felismerhető a közepes és jó eredményü eseteknél is. A prognosisra nézve tehát itt is nagy fontosságú a műtét előtti látás és esetleges complicatiók mérlegelése.

A műtétek közül az első rang itt is az iridectomiát illeti meg, mely a még meglevő látást több éven át biztosítani tudta; mindazonáltal a sclerotomia is jó eredménynyel végeztetett, ha mindjárt ismételni kellett is. Hatása azonban nem oly tartós, mint az iridectomiáé és néha többször is ismételni kell. Általában inkább segédműtét értékével bir iridectomia illetve sclerotomia után, a visus és a rendes nyomásviszonyok fenntartására. Utóbbi tekintetben különben a mioticumok is jó szolgálatot tehetnek. Gyógyulási arány iridectomia után 77·42%, sclerotomia után 60%.

3. Glauc. haemorrhagicum (10 eset). 4 esetben sikerült kielégítő sőt jó eredményt elérni, a többi 6 eset megvakulással végződött. Ez utóbbiaknál már műtét előtt igen alacsony volt a látás magas tensio és többnyire előhaladott glaucomás folyamat mellett, egy pedig megelőzőleg két hónapon át atropinnal tractáltatott.

Szerző tapasztalata szerint a műtétek közül ezen glaucomaalaknál a miotizálással combinált, akár többszöri sclerotomia föltétlen előnyt érdemel az iridectomiával szemben, mely veszedelmes intraocularis vérzéseket vonhat maga után, a csarnok is megtelik vérrel s a tensio állandóan magas. Mind e veszélyek elkerülhetők a jóval enyhébb beavatkozást képviselő sclerotomiával, mely tehát annál is inkább indicált, mivel úgy a glaucomás folyamat enyhítésére, mint a még meglevő látás fentartására hatásosnak bizonyult.

Általában szerzőnek — ha mindjárt kicsiny — statistikája azt mutatja, hogy még ezen odiosus hírben álló glaucoma-alak prognosisa sem oly rossz, mint a minőnek feltüntetni szokták, a mennyiben az idejekorán alkalmazott rationalis therapia még mindig képes 20% recidivanélküli gyógyulást, illetőleg 40% kielégítő látást felmutatni.

4. Miotica-esetek (9 eset), vagyis olyanok, a melyek 6—10 éven át csakis pilocarpinnal és eserinnel kezeltettek. Közülök 6 rossz, 3 pedig jó eredményt mutat. Előbbieknél a látás már korán rossznak bizonyult, míg utóbbiaknál jó volt és meglepő módon a rendesnél magasabb tensio mellett is ilyen maradt több éven át, holott ezalatt tetemes excavatio és látótér-szükület fejlődött ki. Szerző ebből azt következteti, hogy mioticum segélyével legfeljebb elodázható a kedvezőtlen lefolyás, definitiv gyógyulás azonban el nem érhető, mert a mioticum csak csökkenteni, de teljesen megszüntetni nem képes a baj lényegét, a tensioemelkedést, mely évek során át végtére is csak a látásnak amaurosisig menő lassú de folytonos fogyását okozza. (Beiträge zur Augenhlk. XXXII.)

Prohászka László dr.

Egy sajátszerü, valószinüleg anilin-festékek által előidézett **toxicus centralis amblyopiát** ir le *Clarence A. Veasey*. Betege egy 53 éves férfi, ki 12 évig volt festékgyárban alkalmazva és pedig 7 év óta az volt a feladata, hogy a festékek előállítására szolgáló különféle anyagokat kimérje; ezt pedig egy kis szük helyiségben kellett tennie, melyben a különféle vegyszerektől, főleg azonban az anilinvegyületektől származó gőzökkel annyira telítve volt a levegő, hogy a beteg gyakran kapott fuladási rohamokat. Látására vonatkozó panaszai jelentkezése előtt 2 hónappal kezdődtek. Ekkor vette észre, hogy homályosan lát s látása ez idő alatt mind ködösebbé lőn. Az objectiv vizsgálatnál neuritis optica kis foka (kissé elmosódott határú papilla, tágult, de nem kanyargós venák) voltak kimutathatók, a functionalis vizsgálat pedig a megfelelő correctionalis convex-üveggel előállítható teljes visus daczára mindkét szemen vörös és zöldre egy legyező-alakú, fel- és kifele mintegy 20°-ra terjedő relativ centralis scotomát mutatott ki. Alkohollal, dohánynyal abusus nem történt s ama vegyszerek közül, melyek az egyén kezén megfordultak (chromsók, timsó, konyhasó, rézgálicz, anilinvegyek), Veasey csak az utóbbiakat véli a mérgezés kútforrásául tekinthetni, annyival is inkább, mivel Mackinlay is látott már anilin-festékmunkásoknál a látást alteráló mérgezést. Az ő eseteinek egy részében legjellegzőbb elváltozás a cornea pigmentatiója volt, mely a szembe való beláthatást meg nem engedé; az esetek más részében a centralis látás enyhe megromlása mellett retinitis csekély foka (tág venák, némi borusság, kevés vérzés) volt constatálható. Veasey betegénél kellő hygieniás rendszabályok foganatosítása (a mérlegelő helyiség alapos szellőztetése) s strychnin belső adagolása után 2 hét mulva lényeges javulás állott be; azóta a beteg nem is jelentkezett nála, de megirta, hogy teljesen jól lát. (Americain Journal of Ophthalmology 1898. május.)

Intermittens vagy transitorius exophthalmus név alatt irja le *Teillais*, az exophthalmusnak egy sajátságos, csak ideig-óráig fennálló alakját. Az eddig ismertetett ilynemü exophthalmusok, melyeket Magnus, Gessmer, Van Duyse és Bribosia, továbbá Terson irtak le — spontan voltak előidézhetők. A Teillais által leirt esetek nem birtak e sajátsággal; ő ezen exophthalmust csak nőknél észlelte s azt tapasztalta, hogy annak fellépte az uterus menstrualis vagy egyéb alteratiójától függ. Legalaposabban észlelt esetében, mely egy 35 éves nőt illet, az exophthalmus 9-szer lépett fel mindig csak a jobb szemen, mindig csak a menstruatio idején s mindig az orbitába localizált fájdalomérzés, homályos látás és általános rosszullét kíséretében. E kisérő tünetek az exophthalmus teljes kifejlődésekor, mintegy 10 óra mulva eltüntek, maga az exophthalmus pedig 6—14 napig állott fenn. Objective a szemteke helyzetének megváltozásán kivül, conjunctivalis injectio, tág és renyhén reagáló pupilla volt kimutatható, szemfenék ép, functionalis vizsgálat is teljesen normalis viszonyokat tüntet fel. Ilyen recidiváló eseteket észlelt még egy 53 éves nőnél, kinél négyszer 5—6 s egy 55 évesnél, kinél kétszer 3—4 napig fennálló exophthalmus lépett fel. Enyhébb esetet 8-at látott, 3 nőnél egy- és 5-nél kétoldali transitorius exophthalmust. A fent leirt tünetcsoportot Teillais az uterusról a sympathikusra reflectorice átterjedt izgalomból s a sympathicusnak az orbita sima izomzatára és vénáira kifejtett hatásából igyekszik kimagyarázni. (Annales d'Oculistique 1898. junius.)

Álglaucoma, „migraine ophthalmique" néven ir le *Parisotti* egy kórformát, melyet egy 25 éves neuropathice terhelt, neurastheniás egyénen észlelt. Az illetőnek látása bal szemén 6 év előtt hirtelen ködössé vált, e ködösség azonban nehány óra alatt elmult; ez állapot nehány napig mindig ugyanazon időben ismétlődött; nehány hónap mulva ez állapot ismétlődött s azóta több hasonló cyclus, utóbb olyanok, hogy naponta kétszer keletkezik és szünik meg a ködös látás és a bal arczfél s halánték kipirulásával s az egész bal fejfélre vonatkozó fájdalommal jár; egy esetben általános rosszullét, émelygés előzte meg a rossz látási rohamot. Objective egy ily roham alatt a conjunctiva injectiója, csekély cornea homály észlelhető, a szemfeneket látni lehet, néha tensioemelkedés s a centralis edények lüktetése is kivehető, egy esetben főleg a látótér felső részére vonatkozó látótérszükület is kimutatható volt, mely a roham megszünésekor visszafejlődött. A papillán szélig érő excavatio, az edények megtörtek, de nem buknak hirtelenül le; az excavatiót Parisotti physiologikusnak tartja s 4 évi állandó észlelés alatt nem tapasztalt rajta változást. A papillát atrophiás chorioidea gyürü veszi körül. A szemen 7·0 D. myopia van, a másik szem 18·0 D. myopiás és igen amblyop. Szerző kifejti, hogy esetét miért nem tartja glaucomának, hogy azonban e szemen, daczára az időleges sympathico-paralytikus congestióknak nem fejlődött ki glaucoma, azt abból magyarázza, hogy a myopszem falai csekélyebb resistentiájuk folytán biztonsági szelepként működtek, minek bizonyitékául tekinti, hogy a myopia az észlelés ideje alatt nőtt. (Annales d'Oculistique 1898. május.)

Pólya Jenő.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenkettedik évfolyam. 37. szám. *Budapest, 1898. szeptember 11.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lengyel Loránd: Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.). A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán. 445. l.

Huber Alfréd: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról. Gonorrhoea recti. 447. l.

Gerlóczy Zsigmond: Észrevételek Purjesz Zsigmond dr. kolozsvári egyetemi tanárnak „A serumtherapia kritikája“ czimű előadására. 448. l.

Déri Henrik: Légyölőkő (arsenkobalt) okozta mérgezés két esete. 450. l.

Tárcza. Az Országos Orvos-Szövetség congressusa. 451. l.

Irodalom-szemle. *Könyeismertetés. Maceven*: Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. — *Lapszemle.* Újabb közlemények a sanguinal-gyógymód értékéről anaemikus állapotoknál. 453. l.

Hetiszemle és vegyesek. Ministeri körrendelet az osztrák és magyar orvosdoktori oklevelek kölcsönösségének megszüntetése tárgyában. — A főváros egészsége. — A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesületének közgyülése. — A budapesti ált. poliklinika forgalma. — Elhunytak. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Üzletnagyobbitás. — Baumgarten Samu dr. 454. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.).

A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán.*

Irta: *Lengyel Loránd* dr.

Tisztelt orvosegyesület!

Carl v. Noorden tanár klinikáján és laboratoriumában a diabetes diaetetikus gyógykezelésének Noorden által alkalmazott új módjával volt alkalmam megismerkedni és azt laboratoriumi vizsgálódásoknak alávetni. Mielőtt e vizsgálódások eredményéről a mélyen tisztelt orvosegyesületnek beszámolnék, becses türelmüket kérem ki, hogy előbb a diabetesről magáról és diaetetikus gyógykezeléséről általános szempontból egyet-mást mondhassak.

Mint tudjuk, a diabetes mellitus a szervezet azon mélyreható megbetegedéseihez tartozik, a mely a szervezet anyagcseréjének lényeges megváltozásával jár, a nélkül, hogy a diabetesre charakteristikus morphologiai és histologiai elváltozásokat ismernénk és mely fentemlített anyagcserezavar egyik folyománya a vizelet szőlőczukortartalma. E tünet azonban nem is kell, hogy minden esetben mindig fennálljon, de azért ilyenkor is fennállhat súlyos diabetes; másrészről egyes esetekben, mikor szőlőczukor jelenik meg a vizeletben, pl. alimentaer glykosuriánál vagy más betegségekhez néha csatlakozni szokott glykosuriáknál vagy egyéb glykosuriáknál, melyekről később még szó lesz, még nem szólhatunk diabetesről.

Noorden[1] a diabetest következőleg definiálja: „Diabetes mellitus alatt az embernek azon megbetegedését értjük, melynél heteken, hónapokon vagy éveken keresztül szénhydratok mérsékelt mennyiségének felvétele után, vagy más esetekben szénhydratok előrement élvezete nélkül szőlőczukor a vizelettel kiválasztatik.“ De hogy ezen definitio nem tökéletes, kitünik *Noorden* magyarázatából, mert később ezeket irja: „Az általam adott definitio igen felületes. Ez a kórképből kiragad egy symptomát és csak a körül forog.“ De nehéz is a diabetest definiálni, mert nemcsak hogy a betegség lényegét még nem ismerjük, de másrészről a kóros jelenségeknek oly halmaza áll előttünk, hogy ezek felhasználásával a diabetest röviden jellemezni lehetetlen.

De hogy a diaetetikus gyógykezelés hatását értelmezni tudjuk, szükséges a diabetes mellitusra vonatkozó ma elfogadható theoria és azon jelenségeknek megemlítése, melyek e theoria felállítását szükségessé tették. Mert, ha még manapság nem is vagyunk azon helyzetben, hogy a diabetes mellitus lényegét ismerve, fegyvereinket annak közvetlen oka ellen irányítva czéltudatosan küzdhetnénk, mégis a hosszú tapasztalat útján megállapított diaetetikus gyógykezelés, mely a diabetes mellitus egyik fő symptomája: a czukorvizelés ellen küzd, a diabetes therapiájában, ha gyógyulást nem is, de minden esetre szép eredményeket mutathat fel és egyes könnyebb esetekben *relativ* gyógyulást eredményezhet. Ha tehát eddig nem is volt lehetséges az objectiv kutatás által elért eredményekre alapítva specialis gyógymódot felkeresni, mégis a tapasztalat által jónak bizonyult diaetetikus gyógymód hatását a fent jelzett eredményekből és a felállított theoriából magyarázni tudjuk és épen azért e gyógymódnak sok tekintetben tudományosabb alapokra való fektetése lehetséges volt.

Mint ismeretes, a vesék által történő czukorkiválasztásnak közvetlen oka diabetes mellitusnál a vérnek a rendesnél nagyobb szőlőczukortartalma: a *hyperglykaemia. Ambrosiani*[2] a vérnek nagyobb czukortartalmát diabetesnél már 1835-ben kimutatta. Azóta sokszor bebizonyult, hogy diabetes mellitusnál a vérnek e fokozott szőlőczukortartalma állandó jelenség (midőn t. i. czukorkiválasztás jelen van) és hogy e hyperglykaemia oka a vesék által való czukorkiválasztásnak. Igy tehát a diabetes mellitus egyik symptomájának: a czukorvizelésnek *közvetlen* okát ismerjük. De ha tovább megyünk és azt kérdezzük, mi a hyperglykaemiának az oka, itt már a tapasztalatok és objectiv kisérletek által valószinűvé tett és manapság elfogadható theoriára vagyunk utalva. Annyi minden esetre bizonyos, hogy a nagy anyagcserezavarnál — mely a diabetes mellitusnál fennáll — a szervezet szénhydrat háztartásának a zavara a főszerepet játszsza. De ezen anyagcserezavar lényegét illetőleg is kevés az, mit biztosan tudunk.

Lássuk tehát most, mi lehet az oka a czukortartalomnak a vérben való felszaporodásának, vagyis mi okozhatja a hyperglykaemiát? Ennek a következő három *elképzelhető* oka lehet: 1. a fokozott czukortermelés, 2. a csökkent fogyasztás, 3. a fokozott termelés kombinálva a csökkent fogyasztással.

Kétségtelen, hogy egyes glykosuriáknál a czukor*túltermelés* oka a hyperglykaemiának és igy a czukorkiválasztásnak. Ide tartozik első sorban az alimentaer glykosuria. Ha az emésztőkészülék útján bizonyos idő alatt több czukor jut

* Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1898. évi május 21-diki ülésén.

a véráramba, mint a mennyit a szervezet ezen idő alatt elégetni és a felesleget magában felhalmozni, assimilálni képes, a vér hyperglykaemiája áll elő, mely a vesék útján való czukorkiválasztáshoz vezet. Ez azonban physiologikus folyamat és megszünik a czukor csökkent bevitelekor. *Cl. Bernard*[3] kisérleteiből ismeretes, hogy a IV. agygyomrocs bizonyos pontjának izgatásakor czukor jelenik meg a vizeletben. Azonban kisérletek kimutatták, hogy itt a hyperglykaemia a máj glykogenjének momentán való elvesztéséből származik. (*Hedon*,[4] *Thiroloix*[5] stb.) Ugyanez áll más olynemű behatásoknál, midőn a központi idegrendszer nagyfokú izgalmi állapota áll elő, mint traumáknál, apoplexia, agyrázódásnál stb. Bizonyos mérgezéseknél (szénmonoxyd, széndisulfid, curare, morphin, strychnin stb.) néha fellépő glykosuriák szintén a fent jelzett okra vezethetők vissza, mert kimaradnak, ha a máj előzetesen glykogenmentessé tétetett. (*Noorden.*[1])

Az itt leirt glykosuriák tehát tényleg fokozott termelésből eredtek. De mind meg is szünnek rögtön, mihelyst az előidéző ok behatni megszünik. Azért itt *diabetes mellitusról* szó nem is lehet — hiszen annak a sok közül csak egy symptomáját mutatja, azt is átmenetileg —, hanem csak *glykosuriáról.*

Más helyre tartozik a czukorvizelés, mely phloridzinnek a szervezetbe való bevitele után lép fel. Kisérletek kimutatták (*Mering*[6] és mások), hogy ekkor a vér czukortartalma a normalisnál kisebb lesz, vagyis a hyperglykaemiának ellenkezője áll elő. A szervezet igyekszik a vérnek czukortartalmát a normalisra emelni a reserv glykogennek leadása által; ha ez elfogyott, a fehérjék fokozott bomlása áll elő, hogy az igy képződött czukor a vért a normalis czukortartalomra emelje fel. Itt tehát tulajdonképen a veséknek a méreg hatása folytán fellépő olynemű elváltozásáról van szó, hogy azok a physiologikus állapottal ellentétben a normalis összetételű vérből a czukrot kiválasztják. Ezen állapot tehát nem is hasonlitható össze a diabetes mellitus megbetegedéssel, hol a vérnek a czukortartalma a rendesnél nagyobb.

Mióta *Minkowski*-nak[7] minden kétséget kizáró módon sikerült kimutatni, hogy a pankreas teljes kiirtása után kivétel nélkül olyan megbetegedés lép fel, mely úgy pathologiai, mint pathochemiai tüneteire nézve a diabetes mellitussal teljesen megegyezik, egy nagy lépéssel jutottunk közelebb a diabetes mellitus lényegének megismeréséhez és másrészről tér nyilt arra, hogy művileg diabetest előállitva, azt részletesen tanulmányozhassuk. Az eddig leirt experimentalis glykosuriák közül tehát ez az első, melyet a diabetes mellitus név joggal megillet.

A *fent* leirt glykosuriáknál tehát a vér hyperglykaemiája tényleg a *fokozott termelés* következménye volt. Minthogy azonban ezek a diabetes mellitus megbetegedéssel egyáltalában össze nem hasonlitható kóros állapotot jeleztek, azért az ezeknél megállapított tények sem vihetők egyszerűen át a diabetesre.

Hogy pedig a phloridzin-glykosuria nem diabetes, az már a fentebbiekből önként következik.

Lássuk tehát, mi lehet az oka a vér hyperglykaemiájának a pankreas diabetesnél és az embernél fellépő diabetes mellitusnál?

Előhaladott súlyosabb diabetesnél az elgyengült szervezet reserv szénhydratokat (glykogent) már csak nyomokban tartalmaz. Mint *Minkowski*[7] kisérleteiből tudjuk, súlyos diabetesnél a máj csakhamar leadja összes glykogenjét, vagy az csak nyomokban mutatható ki benne. A reserv glykogenből tehát fokozott termelés kizártnak mondható. Ugyanez áll a zsírra nézve is. Mert ha még zsírból képződnének is szénhydratok, nem lehetséges ez olyan szervezetben, mely a zsírraktárát már teljesen felemésztette.

Kérdés azonban az, vajjon a fehérjékből nem képződik-e abnormis módon sok czukor olyképen, hogy bizonyos mennyiségű fehérjéből több czukor áll elő, mint normalis viszonyok közt és igy a vér hyperglykaemiája áll elő. Normalis viszonyok közt 100 gm. fehérjéből körülbelül 45 gm. czukor képződik; ezen esetben minden gramm fehérje N.-re (100 gm. fehérjében 16 gm. N.) 2·8 gm. czukor esik. Csak akkor van jogunk felvennni, hogy ezen folyamat kórosan megy végbe, úgy hogy 100 gm. fehérjéből nem 45 gm. czukor, hanem több képződik és ezen úton áll elő a hyperglykaemia, ha a vizeletben több czukor jelenik meg, mint a mennyi ugyanazon idő alatt a táplálékkal bevitetett, hozáadva ehhez a kiválaszlott N. mennyiségét, szorozva 2·8-del. Vagyis *kiválasztott czukor* > *bevitt czukor* + *N.* × *2·8.* Ez azomban a legsúlyosabb pankreas-diabetesben sem történik soha (*Minkowski*[7]). Ezek után tehát a fokozott termelés diabetes mellitusnál absolute nem fogadható el a hyperglykaemia okául és ezzel az I., de a III. pontot (fokozott termelés + csökkent fogyasztás) is kizártuk.

Nem marad tehát más hátra, mint a csökkent fogyasztásban keresni a hyperglykaemia okát.

Régebbi theoria volt a következő: felvették, hogy diabetesnél a physiologikus glykogentartó-helyek kórosan megbetegedtek, úgy hogy sem a szervezetbe bevitt, sem az ott képződött szénhydratokat glykogenné átalakitani nem képesek, igy azután hyperglykaemia és czukorvizelés áll elő. Itten tehát a csökkent fogyasztás okát a rosszul, vagy épen nem functionáló glykogentartó helyekben keresték. Hogy ez magában nem állhat meg, kitünik már csak abból is, hogy diabetikus szervezet minden szénhydrat-bevitel nélkül is választhat ki czukrot; azt pedig nincs jogunk felvenni, hogy a szervezet saját anyagaiból több czukrot képezne, mint a mennyit ugyanazon idő alatt elégetni képes.

Nem marad tehát más hátra, mint felvenni, hogy a hyperglykaemia oka a szervezet, illetve a sejtek azon képességének csökkenésében, illetve — súlyosabb esetekben — megszünésében áll, melynél fogva normalis viszonyok közt a czukormolekulát feldolgozza.

Ezen theoria helyességére több hatalmas támpont van, melyek közt egyik legfontosabb *Leo*,[8] továbbá *Weintraud*[10] és *Laves*[11] respiratorikus gázcsere-vizsgálatai, hol a respiratorikus quotiens alacsony volta a csökkent szénhydrat-elégetést bizonyitja.

Könnyen belátható, hogy ez utóbbi theoria magában véve szintén nem állja meg a helyét. Mert ha a sejtek a czukormolekulát feldolgozni képtelenek is, ezen úton hyperglykaemia legalább egy ideig mégsem állhatna elő, mert a czukrot mint glykogent felhalmoznák magukban a máj és a többi glykogentartó helyek, ha ezek megteltek volna, következnék a zsírrá való átalakitás. Már pedig súlyos diabetesben szenvedők kevés glykogennal és zsírral rendelkeznek (*Noorden*[1]).

Épen ezért szükség a két utóbbi theoriának összeegyeztetése oly módon, hogy azt vagyunk kénytelenek elfogadni, miszerint igenis *a szervezet czukorbontó képessége csökkent ugyan, de egyszersmind azon képessége is alászállott vagy megszünt, melynél fogva a czukrot mint glykogent és mint zsírt magában felhalmozza.*

Ime tehát ez az a theoria, mely — minden eddig tapasztalt kóros jelenséggel összhangzásban állván — a hyperglykaemiát magyarázni képes. Ezzel azonban, ha az igazságnak tényleg meg is felel, a diabetes valódi okát még mindig nem fejtettük meg. Az ok és okozati láncolatban csak egy lánczszemmel jutottunk tovább: egyik okozat, a hyperglykaemia közvetlen okának (ha theoretice is) megismerésével.

Hogy a sejtek e czukorbontó képességének alászállását mi okozza, hogy e képesség fermenthez: a glykolytikus fermenthez van-e kötve (*Lepine*[12]), melyet talán a pankreas képez, vagy hogy ez az alászállás ideges jelenség eredménye-e, vagy méreg (melyet talán a pankreasnak megsemmisiteni feladata) behatásának következménye-e (*Minkowski*[7]), ezekre nézve ép oly eltérőek a nézetek, mint a milyen kevéssé tudjuk őket. De hiszen említettük, hogy ez általános anyagcserezavarban, mely a diabetes mellitust jellemzi, a szénhydratok háztartásának a zavara csak az egyik kóros jelenséget képezi. Az anyagcsere többi kóros jelenségeinek okaira vonatkozólag is kevés az, mit biztosan tudunk; ép oly kevéssé ismeretes előttünk e kóros jelenségeknek egymáshoz való viszonya (aceton, diacetsav, β-oxyvajsav, tetemes ammoniak stb. kiválasztás).

Az eddigieket összefoglalva, a következőket mondhatjuk: *A vér hyperglykaemiája a szervezet (sejtek) czukorbontó képességének alászállásából és azon functio csökkenéséből származik, melynek normalis viszonyok közt a czukrot más alakban (glykogen, távolabb zsír) a szervezet számára félretenni feladata.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról.

Gonorrhoea recti.[1]

Huber Alfréd dr. kórházi gyakornoktól.

Főnököm által megbizatván, hogy osztályán a végbélgonorrhoeát tanulmány tárgyává tegyem, e tanulmányommal a következőkben számolok be:

Végbélkankó (gonorrhoea recti, proctitis gonorrhoica, Rectalgonorrhoe, Analgonorrhoe, blenorrhagie anorectale) alatt a végbél nyálkahártyájának a Neisser-féle gonococcus által előidézett, tehát specifikus lobos megbetegedését értjük, a mely az urethra kankós megbetegedésével teljesen analog folyamatot repraesentál, s a mely az esetek túlnyomó számában subacut vagy chronikus módon folyik le és alkalmas körülmények között a végbélnek, az ezzel szomszédos képleteknek, sőt az egész organismusnak szövődményes megbetegedéséhez vezethet.

I. Történelem.

Legelső izben *Hecker*[2] franczia orvos tett a végbélkankóról említést 1789-ben, a ki többször látott férfiaknál és nőknél a végbélből eredő folyást, a melynek keletkezését a coitus penoanalissal hozza összefüggésbe és a mely szerinte makacsul daczol mindennemű gyógykezeléssel. Heckernek e feljegyzését úgy látszik nem vették különösen figyelembe, mivel csak 1860-ban tesz ismét *Förster*[3] említést egy „végbélhurutról", a melyre nézve állitja, hogy azt néha a kankós váladék idézi elő, a mely az egész nyálkahártyán szétoszolván, nemsokára ennek elpusztulását és a rectumnak körülirt helyekre localizálódó, körkörös callosus megvastagodását, kifekélyesedését és ennélfogva szűkülését eredményezi. Magát a fekélyt övszerűnek, alávájt szélűnek irja le és a szűkületet előidéző callosus alapon észlelte.

1868-ban emlit *Rollet*[4] egy beteget, a ki habitualis székrekedése ellen úgy szokott küzdeni, hogy ujjával a végbelében vájkált. Egy ilyen alkalommal megtörtént, hogy húgycsövének kankós váladékát a végbelébe oltotta, a minek következtében nemsokára genyes végbélfolyása támadt.

Rollet-nek e közlését kétkedve fogadta az orvosi világ. Igy történt, hogy ezen utóbb emlitett eset ellenőrzése czéljából *Bonnière* beoltotta egy urethritis et conjunctivitis gonorrhoeicában szenvedő nőnek szeméből vett genyes váladékát ugyanezen nőnek végbelébe. A kisérlet eredménye az volt, hogy a beoltást követő harmadik napon lobos tünetek léptek fel a rectumban, a hatodik napon pedig genyes végbélfolyás támadt.

Brouardel[5] és *Tardieu* több izben észleltek felnőtteknél, de fiúgyermekeknél is egy *blenorrhagie virulente de l'anus*-t, a melynek keletkezését úgy magyarázták, hogy az illető betegek passiv paederasták voltak, a kiknek végbelébe húgycsőkankóban szenvedő egyének révén jutott a fertőző anyag.

1879-ben felfedezi *Neisser*[6] a gonococcust és már 1881-ben megtalálja *Bumm*[7] elsőnek a gonococcust egy nőnek genyes végbélváladékában. Ő ezen egy esetet a würzburgi klinikán észlelte, a hová az illető nőbeteget syphilis miatt vették fel. Bumm e nőnek véres-genyes rectalis váladékában igen sok gonococcust talált. A váladék oly nagy mennyiségű volt, hogy az anuson keresztül spontan is kicsurgott. A betegné isolált volt a rectalis gonorrhoea.

Poelchen[1] szerint a végbélfekélyesedések rectovaginalis sipolyokból és Bartholini-mirigy abscessusokból keletkeznek az által, hogy a virulens hüvelyváladék azok közvetitésével a rectum nyálkahártyájára jut.

Martineau[2] (1884), a ki két év alatt több mint száz, különösen férjes nőnél észlelte a coitus analis nyomait, igen ritka betegségnek tartja a rectalgonorrhoeát.

Juliusburger[3] (1884) a boroszlói klinikán egyetlen egy esetben sem látott rectalgonorrhoeát, jóllehet a saját állitása szerint óriási vizsgálati anyaggal rendelkezett.

Diday[4] (1886) sohasem észlelt végbélkankót.

Simonet[5] sem észlelte, noha az ő saját állitása szerint az Hôpital de Lourcine-ben levő kéjnőknek legalább is 60%-a üzi naponta a coitus analist.

Róna[6] 1882-ben észlelte Hochhalt főorvos osztályán az acut végbélkankónak egy esetét, a mely annál inkább érdekes, mivel a betegnél, a ki vaginalis gonorrhoeában is szenvedett, a kankós fertőzés kapcsán *erythema nodosum* is lépett fel. Az eset egy 9 éves leánykát illet, a kinél a végbélkankó heves subjectiv tünetekben, nagy végbélfájdalmakban és tenesmusban nyilvánult. Róna nem vizsgálta meg microscopice a végbélváladékot, de tükrözést ejtett meg a betegnél, a midőn a következőket találta: „A kivül épnek látszó végbélnyilásban geny látható. Közvetlen a nyilás felett, részben a nyilásban a külső sphincter táján alul, felül és jobboldalt a végbél falán 1—1 cm. széles, 2—2 cm. hosszúra felnyúló tiszta alapú folytonossághiányok. A nyálkahártya a látótérben sötétvörös duzzadt." A beteg három havi kezelés után gyógyultan hagyta el a kórházat.

Ezen sporadikus feljegyzéseknél már sokkal behatóbb tanulmányt közöl *Jullien*[7] 1886-ban, a ki a végbélkankót egy későbbi, ugyancsak ezen tárgygyal foglalkozó dolgozatában igen találóan jellemzi, a midőn azt mondja: „C'est donc un mal, que l'on ne voit qu'en le cherchant".

Julliennek 1886-ban közölt tanulmányát röviden a következőkben foglalhatjuk össze:

A gonorrhoea rectalis aránytalanul gyakrabban észlelhető nőknél, mint férfiaknál; a fertőzés autoinfectio következtében, vagy elég számos esetben coitus praeternaturalis folytán keletkezik. Férfiakra rendesen paederastia útján származik át. A beteg első subjectiv tünetét viszketés és kellemetlen forrósági érzet képezi; később már hevesebb végbélfájdalmakról és tenesmusról panaszkodik. A nyálkahártya kivörösödik, felületén „térképszerű" erosiók támadnak; a végbélből elég bő genyes váladék szivárog, a mely az anus környékén a bőrt kivörösiti és esetleg eczematisatiót is provokál. A közérzet rendszerint nincs megzavarva. Láz csak ritkán észlelhető. A kik coitus penoanalist űznek, azoknál az anus tölcsérszerűen kitágul, ha pedig a rectalgonorrhoea hosszabb ideig fennáll, akkor berepedések, fekélyesedések és papillomák képződhetnek. A gonorrhoea recti kezelésre sok esetben meggyógyul, de igen gyakran idültté lesz. Végül kiemeli Jullien, hogy az előzők alapján „könnyen és biztosan" különböztethetjük meg a rectalgonorrhoeát az intertrigótól és a kórismét még akkor is felállithatjuk, ha a „microbe du pus blenorrhagique"-et nem mutattuk ki.

[1] Előadatott a közkórházi orvostársulatnak 1898. május 4-dikén tartott ülésén.

[2] *Hecker:* Maladies vénériennes. Paris, 1789.

[3] *Förster:* Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 5. Aufl. 1860. p. 207.

[4] *Rollet:* Dict. des sciences méd. art. Anus. tom. V. pag. 492. Paris, 1868.

[5] *Brouardel:* Valeur des signes attribués à la péderastie. Annales d'hygiéne et de médecine légale. Tom. IV. pag. 183. 1880.

[6] *Neisser:* Über eine der Gonorrhoe eigene Micrococcenform. Centralbl. für med. Wissenschaft, 1879. NE. 28.

[7] *Bumm:* Archiv für Gynaekologie. Bd. XXIII. 1884, pag. 328.

[1] *Poelchen*: Über die Aetiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre. Virchow's Archiv. Bd. 127, p. 189.

[2] *Martineau*: Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1884. I. p. 441.

[3] *Juliusburger*: Inaug.-Diss. Breslau. 1884. Beiträge zur Kenntniss von den Geschwüren und Strikturen des Mastdarms.

[4] *Diday*: La pratique des maladies vénériennes. Paris, 1886.

[5] *Simonet*: Ch. Neumann. p. 537.

[6] *Róna:* A buja- vagy nemi betegségek. Budapest, 1894. pag. 222.

[7] *Jullien*: Traité pratique des maladies vénériennes. 1886.

*

Lesser,[1] *Neumann*,[2] *Zeissl*[3] és *Grünfeld*[4] nem tesznek a tankönyveikben a rectalgonorrhoa tárgyalásánál említést Bummnak már fentebb jelzett gonococcus leletéről.

Merk, landshuti körorvos a végbélkankónak egy esetét közli 1888-ban. Az eset egy nőt illet, a kit rendőrjárat alkalmával elfogtak. A nőnek ugyan nem volt genitális baja, de heves bronchitis és a végbelébe localizált égető fájdalmak miatt a kórházba utasították. Végbelének megbetegedését coitus praeternaturalisból származtatja. A coitust követő 5-dik napon bő genyes végbélfolyása támadt, a mely számos gonococcust tartalmazott. A rectalgonorrhoea a helybeli kezelés daczára nyolcz hóig tartott, a midőn a beteg tüdővészben elhalt. Boncolásnál számos felületes fekélyt találtak a végbélben; szövettani vizsgálat nem történt.

Profeta[5] egy esetben nőnél, *Tarnowszky*[6] összesen két esetben észlelt rectalgonorrhoeát.

Ball[7] és *Kopp*[8] már azt hangsúlyozzák, hogy a végbélkankó diagnostizálásához elkerülhetetlenül szükséges a positiv gonococcuslelet.

Neisser[9] 1890-ben, rectalgonorrhoeában szenvedő két nőnél, mindkét esetben kimutatta a végbél váladékában a specifikus mikrobát. Ugyancsak ő az, a ki 1882-ben[10] a II-dik nemzetközi dermatologiai congressuson a következő (XI.) tételt állítja fel: „Dem häufigen Vorkommen und der Behandlung der Rectalgonorrhoe ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher, da die gonorrhoische Rectal-Infection den Ausgangspunkt für viele der chronischen Rectal-Ulcera zu bilden scheint.“ A Neisser előadását követő discussióban *Lang*[11] felhivja az orvosok figyelmét a végbélkankó folyamán észlelhető fekélyekre és stricturákra, *Staub*[12] pedig hangsúlyozza, hogy a rectalgonorrhoea gyakran észlelhető betegség.

Frischnek[13] 1891-ben megjelent, kizárólag a rectalgonorrhoeával foglalkozó dolgozata ismét nagyot lendített a végbélkankónak eddigelé elég homályos aetiologiáján; neki ugyanis egy nőnél, a kinél húgycsőkankó folyamán végbélkankó is fellépett, előbb a nő életében ugyan negativ eredménynyel, de később a betegnek phthisisben való elhalása után kétségtelen módon sikerült a végbél falából készített szövettani praeperatumokban a gonococcust kimutatnia. Frischnek ezen dolgozatára, még egyéb szempontokból is, ismételten fogunk a tárgyalásunk folyamán visszatérni.

1891-től fogva már rövidebb időközökben találkozunk a végbélkankóra vonatkozó pontos feljegyzésekkel, a mely körülmény első sorban a betegségnek gyakoriságát igazolja, de igazolja egyszersmind azt is — és ez a fődolog —, hogy a szerzők most már behatóbban foglalkoznak egy oly betegséggel, a mely ma már nem „ritka eset“.

A Frisch dolgozata utáni időkben megjelent munkákról e helyen csak a történeti hűség kedvéért emlékszem meg, mivel azokkal ugyis kell még a továbbiakban *in extenso* foglalkoznunk.

Nobl[14] bemutat a bécsi dermatologiai társulatnak 1894-dik évi április 18-dikán tartott ülésén Lang osztályáról egy rectalgonorrhoeában szenvedő luetica nőbeteget. A nőnek végbelében egy krajczárnyi anyaghiány is találtatott, a melynek keletkezését Nobl a luessel hozza kapcsolatba.

[1] *Lesser*: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 5. Aufl. 1890.
[2] *Neumann*: Lehrb. d. vener. Krankh. u. Syphilis. Wien, 1888.
[3] *Zeissl*: Lehrb. d. Syphil. etc. Stuttgart, 1888.
[4] *Grünfeld*: „Tripper“ Realencyclopedie., 1890.
[5] *Profeta*: Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo. 1888.
[6] *Tarnowszky*: Ch. Hofmann, p. 221.
[7] *Ball*: Diseases of the rectum.
[8] *Kopp*: Lehrb. d. vener. Krankheiten. Berlin. 1889.
[9] *Neisser*: Verhandl. d. Prager Congresses. 1890.
[10] *Neisser*: II. internat. Congress. Wien. 1892. p. 303.
[11] *Lang*: II. internat. Congr. Wien, 1892. p. 308.
[12] *Staub*: II. internat. Congr. Wien, 1892. p. 317.
[13] *Frisch*: Über Gonorrhoea rectalis. Separat-Abdr. aus Verhandl. d. Würzburger physikal.-medicin. Gesellsch. N. F. Bd. XXV.
[14] *Nobl*: Refer. Archiv. für Dermat. u. Syphilis. Bd. XXVIII. pag. 392.

Neuberger[1] (1894) különösen a coitus penoanalist tartja a végbélkankó keletkezése okának. Említ ugyanitt egy esetet, a hol a rectalgonorrhoea egy Bartholini-mirigy abscessusnak a végbélbe fakadása következtében keletkezett. Hangsúlyozza továbbá, hogy az objectiv és subjectiv tünetek igen megbizhatatlanok, a mennyiben gyakran hiányoznak olyan esetekben, a hol a végbélkankó diagnosisa a górcsövi lelet alapján kétségtelenül lett bebizonyítva. Neuberger öt leirt esete közül kettőnél látott fekélyképződést a rectumban a végbélkankó folyamán. Szövettani vizsgálatot végzett ugyan, de negativ eredménynyel.

Róna[2] a közkórházi orvostársulatnak 1895-dik évi január 23-dikán tartott ülésén két nőbeteget mutat be végbélkankóval; az egyiknél urethral- és cervical- és rectalgonorrhoea kiséretében complet végbélsipolyt is észlelt. A sipoly váladékában intracellulaer gonococcusokat talált. Róna ezen második észlelt esetében nem talált a rectumban fekélyt. Róna már ekkor saját tapasztalatai alapján utal a végbélkankó gyakoriságára *kéjnőknél* és felhivja a figyelmet arra, hogy végbélgonorrhoeát *keresni* kell a gonococcus-vizsgálat segélyével és utal annak rendőrorvosi tekintetekből fontosságára.

(Folytatása következik.)

Észrevételek Purjesz Zsigmond dr. kolozsvári egyetemi tanárnak „A serumtherapia kritikája“ czimű előadására.

Irta: *Gerlóczy Zsigmond* dr. a budapesti szt. László-kórház főorvosa.

(Vége.)

Előadó úr kész „a serum védőinek álláspontját elfogadni, mihelyst elfogadható okot tudnak neki felhozni arra nézve, hogy mi idézhette elő azt, ha nem a járvány enyhülése, hogy már a serum felfedezése előtti három évben szinte feleényire leapadt a diphtheria halálozása?“

Csodálatos, hogy Purjesz tanár úr oly nagy súlyt fektet ezekre a számadatokra, a melyek igazán a statistika legelemibb szabályait is nélkülözik. Itt halál-okokról van szó, a nélkül, hogy azok megbetegedési esetekre lennének vonatkoztatva. A belügyministeri jelentésekben ugyanis a megbetegedés adatait csakis a járványkimutatás tartalmazza, míg a belügyminister szavai szerint megbizhatóbb halál-okok kimutatása olyan, melynél nem tudhatjuk, hogy a halálozási szám hány megbetegedésre vonatkozik.

Különben, hogy a halálozás arányának e számokból következtetett csökkenését maga a belügyminister sem hiszi el, arra vonatkozólag idézem az 1894-dik évről szóló jelentés következő szavait: „A halálozás arányának e jelentékeny csökkenése azonban valószinűleg inkább csak látszólagos és nem a fertőző betegségek öldöklő természetének enyhüléséből, hanem inkább a betegségek adatainak pontosabb gyüjtéséből ered.“

Concedálom, sőt meg vagyok győződve arról, hogy a diphtheriában való megbetegedés az utóbbi években tényleg apadt; de hisz nagyon szomorú világot vetne közegészségügyünkre az, ha ennek mindig csak ellenkezőjét kellene állítanunk. Elég sajnos, hogy nem apadt jobban, mint a hogy azt Purjesz tanár úr constatálta; bár arra, hogy minő mértékben apadt, az ő számadataiból egyáltalában megközelítőleg sem lehet következtetést vonni. Más kérdés az, hogy a megbetegedési esetek qualitásában fordult-e elő oly változás, melyből a diphtheria virusának olyfokú gyengülésére lehetne következtetést vonni, mint a minőt Purjesz tanár úr állít. E kérdés eldöntésénél egyáltalában figyelembe nem vehetők azok a számok, a melyek a belügyministeri jelentésekben fordulnak elő, itt csakis jól észlelt és klinikailag csoportosított esetek vehetők

[1] *Neuberger*: Über Analgonorrhoe. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XXIX. 1894.
[2] *Róna*: A közkórházi orvostársulat 1895-diki évkönyve. Budapest, 1896. pag. 26.

figyelembe, s ezekből kétségen kivül kiderül, hogy habár a megbetegedések száma kevesbedett is, azok súlyossága tekintetében számot tevő változás elő nem fordult.

Osztályomon a serumtherapiát megelőző két esztendőben a diphtheriás beteganyag qualitása igy oszlott meg:

1893-ban a 213 diphtheriás eset közül 14·6% tisztán croup laryngisben szenvedett, 19·7% pedig diphtheriás croupban, a többi torokdiphtheriában. 1894-ben 14·1% volt croup laryngis és 23·8% diphtheriás croup.

A serumtherapia alatt:

1895-ben tisztán croup volt 12·7%, diphtheriás croup 20·5%.

1896-ban tisztán croup volt 13·8%, diphtheriás croup 22·0%.

1897-ben tisztán croup volt 16·4%, diphtheriás croup 26·8%.

Látnivaló ebből, hogy a diphtheria súlyos esetei — mert hisz az esetek súlyosságát legjobban a gégeszövődmények teszik — a serumtherapia óta nem hogy apadtak volna, hanem különösen 1897-ben még fokozódtak is.

És ha ugyanekkor a súlyos esetekben elért gyógyulási eredményt összehasonlítjuk a serumtherapia előttiekkel, azt látjuk, hogy míg 1893-ban az operált eseteknek 18·8%-a gyógyult, 1894-ben 11·7%-a; addig a serumos időszakban 1895-ben az operált eseteknek 48·1%-a gyógyult, 1896-ban 42·8% és 1897-ben 50%-a. (L. I. tábla.)

De megközelitőleg ugyanezen adatokat tünteti fel Bókay tnr. statistikája a Stefánia-gyermekkórházban. (L. II. tábla.)

Ezeket az adatokat bárminő nagyszámú, de kétes megbizhatóságú statistikai adatokkal megczáfolni nem lehet. Ez olyan bizonyíték, mely előtt épen egy oly jelentékeny scepticismussal gondolkodó fejnek, mint Purjesz tanár úr, meg kell hajolnia.

De még ha Purjesz tanár statistikai adatai teljesen megbizhatók volnának is, még ha pontos számadatokkal beigazolt tény volna is az, hogy a diphtheriás megbetegedések száma már a serumtherapia előtt jóval apadóban volt, s apadóban van most is, még akkor is teljes bizonyító erővel hatnak ezek az adatok a serum gyógyító hatását illetőleg, mert teljesen azonos feltételek mellett osztályozott esetekről van szó úgy a serum előtti években, mint a serumos évekre vonatkozólag. Onnan is csoportositva vannak az operált esetek, innen is, az anyag tehát egy és ugyanaz s az eredmény feltünően más. Lehet-e ezt más körülménynek betudni, mint egyedül és kizárólagosan a serumtherapiának?

Purjesz tanár úr előadása végén, mintha érezte volna érveinek gyengeségét akkor, mikor az intubált esetekre tért reá, felemlit még egy factort, mely szerinte szintén hozzájárult a kedvezőbb eredményekhez, t. i. „*a régi és kétségtelenül nem előnyös kezelési módnak elmaradását*“. Bármennyire is egyetértek Purjesz tanár úrral abban, hogy a diphtheriánál divott régi kezelési mód, az ecsetelések különböző nemei, a torok fecskendése stb., nem volt valami enyhe eljárás, sőt felette kinzó volt a betegre, s hogy ennek a „*barbár kezelési módnak elmaradása*“ szintén hozzájárult a jobb eredményhez, mégis sajnálattal kell kijelentenem, hogy legalább az én eseteimben még ez a factor sem jöhet számitásba azon egyszerű oknál fogva, mert én a torok ecsetelésének azelőtt sem voltam hive s osztályomon a serumelőtti években sem alkalmaztam a kezelésnek ezt a módját.

T. Orvosegyesület! Nem czélom, hogy Purjesz tanár úrnak többi aprólékos megjegyzéseivel részletesebben foglalkozzam, hogy pl. a serum adagolása semmiféle viszonyban nincs ahhoz, vajjon a megbetegedés hányadik napján kapta a beteg az első injectiót; az idevágó észlelési adatokat Purjesz tanár úr úgy sem fogadja el érveknek arra, hogy minél korábbi stadiumban alkalmazzuk a serumot, annál biztosabb hatás várható tőle. Arra a kijelentésére sem reflektálhatok bővebben, hogy a serumbefecskendezés után egyetlen egy klinikai

I. tábla.

Időszak	Év	Összes diphtheritis esetek	Ebből						Operált esetek						Nem operált esetek						Összesen			
			Diphtheritis fauc. et narium	% ban	Croup laryngis	% ban	Diphtheritis fauc. et croup laryng.	% ban	Összesen	% ban	Meghalt	% ban	Gyógyult	% ban	Összesen	% ban	Meghalt	% ban	Gyógyult	% ban	Meghalt	% ban	Gyógyult	% ban
Serumelőtti	1893	213	140	65·7	31	14·6	42	19·7	53	24·9	43	81·2	10	18·8	160	75·1	61	38·2	99	61·8	104	48·8	109	52·2
	1894	227	141	62·7	32	14·1	54	23·8	51	22·5	45	88·3	6	11·7	176	77·5	57	32 5	119	67·5	102	44·9	125	55·1
Serumos	1894. okt. 13-dikától decz. 31-dikéig	40	17	42 5	11	27 5	12	30·0	13	32·5	9	69·2	4	30·8	27	67·5	2	7·4	25	92 6	11	27·5	29	72 5
	1895	401	268	66·8	51	12·7	82	20·5	106	26·4	49	46·2	57	53·8	295	73·6	31	10·5	264	89·5	80	19·9	321	80·1
	1896	354	227	64·2	49	13·8	78	22·0	77	21·7	44	57·2	33	42·8	277	78·3	45	16·3	232	83·7	89	25·2	265	74·8
	1897	291	167	56·8	46	16·4	78	26·8	74	25·4	37	50·0	37	50·0	217	74·6	19	8·8	198	91 2	56	19·2	235	80 8
	Serummal kezelt összes esetek	1086	679	62·5	157	14·5	250	23·0	270	24·9	139	51·5	131	48·5	816	75·1	97	11·8	719	88·2	256	21·7	850	78 3

II. tábla.

A budapesti „Stefánia"-gyermekkórház diphtheria-statisztikája		Felvétetett	Meghalt	Gyógyult	Gyógyulási százalék
1891—92. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek ..	361	185	176	48·75
	Nem operált esetek	185	68	117	63·24
	Operált esetek	176	117	59	33·52
1892—93. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek ..	327	174	153	46·78
	Nem operált esetek	138	48	90	65·21
	Operált esetek	189	126	63	33·33
1893—94. szept.—szept.	Összes diphtheriás esetek...	341	196	145	42·52
	Nem operált esetek..	145	57	88	60·68
	Operált esetek	196	139	52	29·08
1894. szept. 1895. decz. (serum)	Összes diphtheriás esetek ..	402	109	293	72·88
	Nem operált esetek	251	33	218	87·09
	Operált esetek	151	76	75	49·66
1896. jan.—decz. (serum)	Összes diphtheriás esetek...	225	84	141	62·23
	Nem operált esetek	140	41	99	70·72
	Operált esetek	85	43	42	49·41
1897. jan.—decz. (serum)	Összes diphtheriás esetek...	184	41	143	77·72
	Nem operált esetek	111	11	100	90·90
	Operált esetek	73	30	43	58·90

919 serum-eset. Ezek között 309 operált eset.

tünetre nézve sincs az észlelők között összhangzó megállapodás. Elég legyen ezekre csak annyit megjegyeznem, hogy a diphtheria nem tartozik a szorosan typikus lefolyású fertőző betegségek sorába, hanem olyan betegség, a hol a lokális tünetek változása, a pulsus és testhőmérsék viszonyai esetről esetre mások és így Purjesz tanár úrnak azt az ötletét, melylyel két láztáblát a tisztelt orvosegyesület elé letett örök talányképen, hogy mondják meg, melyik lázgörbe a serumozotté és melyik a serum nélkül hagyotté, csak akkor tekinthetném sikerültnek, ha a diphtheria typikus lázmenettel járó megbetegedés volna.

T. Uraim! Valamely therapeutikus eljárás értéke felett kritikát gyakorolni annak, a kinek nagy beteganyag állván rendelkezésére, bő alkalma nyilik a kisérletezésre, nemcsak jogában áll, de a szenvedő emberiség érdekében és orvostársai okulására kötelessége is. Míg ha valaki megfelelő kisérleti anyag hiányában csak mások észlelési anyagának felhasználásával gyakorolhatná ezt, úgy a legkisebb részletek megbirálásánál is kiváló figyelmet kell fordítania arra, hogy érvei, ha nem is tartalmaznak feltétlenül bizonyító adatokat, de legalább ne legyenek olyanok, a melyek hamis alapból kiindulva teljességgel megdönthetők; s épen Purjesz tanár úrnak általánosan tisztelt egyénisége és széles körben elismert tekintélye tette kötelességemmé azt, hogy mint egyike azoknak, kik a serumtherapia értéke felől nagyobb beteganyag alapján mondhatnak véleményt, szó nélkül ne hagyjam Purjesz tanár úr fejtegetéseit.

Iparkodtam reámutatni azokra a tévedésekre, a melyeken Purjesz tanár úr kritikáját felépitette, s habár előadásának stylusa kiválóan vonzó volt s logikája kiválóan élesnek látszott is, mégis abban a reményben fejezem be előadására tett észrevételeimet, hogy az igen tisztelt orvosegyesületet sikerült meggyőznöm az ő érveinek tarthatatlanságáról, illetőleg arról, hogy diphtheriánál a serum gyógyító hatásában ma már kételkednünk nem lehet.

Légyölőkő (arsenkobalt) okozta mérgezés két esete.

Közli: *Déri Henrik* dr. járási orvos.

Azon szigorú intézkedések, a melyek a mérgekkel és méregtartalmú anyagokkal való kereskedést korlátozzák, az arsentartalmú anyagokat a forgalomból annyira kiszorították, hogy arsenmérgezés már csak elvétve, ritkán fordul elő.

Bókay Árpád[1] a gyakorlatilag fontosabb mérgezésekről irott örökbecsű művében közli Kovách dr. a budapesti mentőegyesület főparancsnoka által összeállított adatokat, melyekből kitünik, hogy Budapesten 1888—1894-ig 914 mérgezési eset közül csak 6 volt arsenmérgezés. Bécsben 1874-ben 63 mérgezés közül 2, 1875-ben pedig 57 mérgezés közül egy sem volt arsenmérgezés.

Gyilkossági avagy öngyilkossági czélból ma már arsent nem használnak, részben azért, mert a meggyilkolt hullájában az arsent könnyen és még hosszú idő mulva is ki lehet mutatni, részben azért, mert az öngyilkosjelölteknek az arsennél sokkal gyorsabban czélhoz vezető mérgek állanak rendelkezésre.

Az arsennal történő mérgezések legnagyobb része háztartási, a midőn a háztartásban használt anyagot cserélnek össze valamely arsentartalmú anyaggal. Leggyakrabban ad ilyen mérgezésre alkalmat a patkányirtásra használt arsen, míg ellenben a legyek pusztítására alkalmazni szokott légyölőkő csak nagy ritkán ad okot ilyen háztartási mérgezésre.

Gyakorlatomban két ilyen légyölőkő okozta arsenmérgezés fordult elő, a melyekben a székszorulás ellen használni szokott aloe cseréltetett össze légyölőkővel.

Az eset részletei a következők:

A mult év deczember 4-dikén reggel 4 órakor hivattam egy beteghez, hova megérkezve, a családtagok előadják, hogy az apa, ki már hosszabb idő óta szenved székszorulásban és a bántalom ellen aloet szokott használni, előző nap estéjén a vacsora után (disznóhús babbal), körülbelül 7 óra tájon a feleségétől aloet kért és a neki adott portörmelékből egy kávéskanálnyit szilvaiz közzé keverve bevett. Minthogy pedig már több izben észlelte önmagán az aloe jótékony hatását, 24 éves fiának szintén ajánlotta az aloe bevételét és ez szintén egy kávéskanálnyit szilvaiz közzé keverve be is vett.

Este 9 órakor nyugtalankodni kezdett az apa és émelygés, böfögés, hányinger és gyomorfájásról panaszkodott, mely panaszokhoz nemsokára hányás is csatlakozott. A családtagok nem csodálkoztak ezen, mert más alkalommal is észleltek ilyen tüneteket az apánál az aloe vétele után, akárhányszor megtörtént, hogy hányt, sőt az apa állítása szerint a hányás után rendszerint megkönnyebbült. Ez alkalommal azonban a hányás mind gyakrabban jelentkezett, sőt 11 órakor a fiú is émelygésről és gyomorfájásról kezdett panaszkodni, mely panaszokhoz nemsokára hányás is társult. Megpróbálkoztak mindenféle házi szerrel, mielőtt orvost hívtak — a mint már ez nálunk vidéken szokás —, és a mikor látták, hogy úgy az apánál mint a fiúnál a hányáshoz, gyakori kolikaszerű fájdalmakkal és kínos erőltetéssel járó hasmenés csatlakozott, reggel 4 órakor elérkezettnek látták az időt az orvos elhivására.

Az apa teljesen kimerülten, elesetten fekszik ágyában és alig hallható rekedt hangon panaszkodik szédülésről, nagy gyengeségről, szájának szárazsága és kiolthatlan szomjáról. A fiú gyakori székürülésről és az ezt kisérő kínos erőltetésről panaszkodik. Megvizsgálva mindkét beteget, a mellkasi és hasüri szerveket teljesen épeknek találtam és míg az apánál a gyenge szívműködés, kicsiny puha érlökés volt a legszembeötlőbb tünet, addig a fiúnál a belek élénk peristaltikus mozgásai, az erőltetéssel járó gyakori hasmenés, praevaleáltak.

Az első pillanatban arra gondoltam, hogy mindketten a kelleténél többet vettek be az aloeból és ez mint drastikus hashajtó hevenyen gyomor- és béllobot okozva, idézte elő az említett tüneteket. Kérdésemre van-e még az aloeból, az asszony készségesen adott elő egy tálkát, melyben azonban nem a fekete-barnás, kagylós törésű, zöldes, üvegszerűen fénylő aloe, hanem egy részben aczélszürke, részben barnás-szürke, többé-kevésbbé fémfényű jegeczes portörmelék volt.

A portörmelék légyölőkő volt, a mi nem egyéb mint az arsennek természetben talált vas, nikkel, kobalt, antimon vagy ezüsttel való vegyülete, mely a szabad levegőn való élenyülés következtében válik mérgezővé.

Az eddig egészséges apánál és fiúnál hasonló étel bevétele után fellépett és már említett súlyos tünetekből, továbbá a tálkában talált és légyölőkőnek felismert portörmelékből jogosan véltem az arsenmérgezés kórisméjét megállapithatni. Sajnos, hogy odaérkezésemkor a hányadékot már mind kiseperték és így az esetleg ebben található méreggel nem támogathattam a kórisme biztosságát.

A kórisme megállapítása után első feladat volt a gyomorban levő mérget olyan vegyületbe átvinni, mely mérgező hatással nem bír és az így átalakított és ártalmatlanná tett mérget a gyomorból eltávolítani. Hánytató adagolása, vagy a garat mechanikus izgatása általi hányás előidézése nem volt indokolva, mert az apa már 7, a fiú 5 órán át

folytonosan hányt és így a mi a méregből hányás által eltávolítható volna, bizonyosan el is távolodott. Hashajtó útján a mérget eltávolítani szintén czélszerűtlennek mutatkozott ez esetben, mert egy drastikus hashajtó a belekben úgy is jelenlevő vérbőséget és lobos állapotot csak fokozná. Addig is, míg a Bunsen és Berthold[2] által ajánlott frissen lecsapott vasoxydhydratot a gyógytárból elhozták és míg a gyomormosó-készülékért lakásomra küldtem, mindkét betegemnek, Lewin[3] azon szavaiból kiindulva, hogy az a legjobb ellenméreg, a melyik leggyorsabban kéznél van, tejet, tojást és vajat adattam. A vaj adagolásánál Chapuis[4] azon tapasztalata vezérelt, hogy az arsen vajjal keverve elveszti mérgező hatását. Az elhozott vasoxydhydratból eleintén 5 perczenként, később 1/4 óránként 1 evőkanálnyit adattam és miután az ellenmérget teljesen elfogyasztották, tölcséres gyomormosó-készülékkel körülbelül két liternyi vízzel gyomormosást végeztem.

A mint a gyomormosás után kissé kipihenték magukat betegeim, mindkettőnél magas bélbeöntést végeztem. A gyomormosásra használt folyadékban mindkét betegnél felismerhető volt több légyölőköszemcse. A bélmosásra használt vízben azonban nem találtam méregrészleteket. A mérgezés lefolyása az apánál a következő: A gyomor- és bélmosás alkalmazása után a hányás teljesen megszünt, hasmenés is csak két izben észleltetett. A hányinger és csuklás ellen jéglabdacsokat kapott.

Déltájt fejfájásról, szédülésről, végtagjaiban érzett zsibbadásról és hangyamászásról panaszkodott. Délután 5 órakor végtagjaiban fájdalmakat érez, végtagjai reszketnek, testszerte fibrillaris rángások észlelhetők. Este 9 órakor a bőr halvány cyanotikus, nyelv erősen bevont, hőmérsék 36·1° C., érlökés gyér, puha, könnyen elnyomható, kihagyó, szabálytalan. Láták szűkültek, látási zavarokról panaszkodik, többször elájul. Éjjel 12 órakor öntudatlan, delirál, légzés felületes, arczvonások megnyúltak — igazi facies hippocratica, — az egész testet nyirkos hideg verítékek borítja, testszerte clonikus görcsök észlelhetők. Érlökés szabálytalan, kihagyó. Daczára a folyton alkalmazott szívizgatóknak, mint fekete kávé, cognac, coffein, aether, kámfor, a tünetek súlyosbbodása között reggel 6 órakor, tehát a méreg vétele után 35 órával, beállott az exitus lethalis.

Az eset törvényszéki bonczolat tárgyát képezte, mely alkalomkor a következők találtattak: A cyanotikus hulla agya és agyának burkai belöveltek és vérbővek; oldalgyomrocsokban vizenyő. A gyomor nyákhártyája alatti edények erősen belöveltek; a gyomor nyákhártyája duzzadt, fellazult, rajta elszórtan gombostűfej egész kendermagnyi véraláfutások. A fellazult nyákhártya redői között több kisebb-nagyobb szemcse. Úgy a nyombélnek, mint a bél többi részének nyákhártyája belövelt, duzzadt, helyenként ecchymosisokkal.

A fiúnál a mérgezés lefolyása a következő volt: Az alkalmazott gyomor- és bélmosás után a hányás megszünt, a hasmenés azonban mindinkább fokozódott. Az eddig vizes szék, savó- majd rizslészerű lett, a nyelv bevont, a fénytelen szemek beesettek, arczvonások megnyúltak, orr hegyes, a cyanotikus bőr hideg verítékkel fedett; érlökés kicsiny puha, könnyen elnyomható; lábikrákban fájdalmas görcsös összehúzódások. Nagy gyengeségről, keresztcsáji fájdalmakról és olthatlan szomjról panaszkodik alig érthető rekedt hangon. Az ismételten alkalmazott bélbeöntésekre és szívizgatókra az állapot a késő délutáni órákban kissé javulni kezdett, az érlökés ismét teltebb, nagyobb, a szemek fényesek, arczkifejezés jobb, bőr melegebb és nem olyan cyanotikus mint volt, az izomfájdalmak és ikragörcs megszünt és esti 7 órakor, tehát csaknem 24 órával a méreg bevétele után bocsát először vizeletet. Az éjjet nyugodtan tölti és másnap reggel összes panasza a nagy gyengeségre szorítkozik. A reggel bocsátott vizeletben fehérje volt. A mérgezés után öt napon át folyton lázas, de a hőmérsék a 38·0° C.-t sohasem haladta túl. Az ötödik nap estéjén a májtájon teltségről, feszülésről panaszkodik, nem képes jobb oldalán feküdni; a májtompulat lefelé meg van nagyobbodva és a máj tompa széle a bordaíven alul jól tapintható. Ugyanekkor a sclerák kissé sárgásan festődtek, a vizelet sötétebb sárgás-barna színű lett és fehérjén kivül epefestenyt is tartalmaz. A májtájra Priessnitz-borogatás lett alkalmazva. A diuresis fokozása czéljából szénsavas ásványvizet kapott a beteg, e mellett langyos vizes lepedőkbe való bepakolások lettek eszközölve és roborálás czéljából vörös borral készített chinahéj-főzetet kapott.

A májtáji fájdalmak és a sárgaság vagy két napig tartottak, azután a tünetek lassanként engedtek, úgy hogy a mérgezés utáni tizedik napon a beteg, eltekintve kis gyengeségétől és bágyadtságától, teljesen jól érezte magát. A vizeletben még mindig volt fehérje, de az üledékben többszöri vizsgálat daczára sem találtam alakelemeket.

A mérgezés utáni tizenhatodik napon a beteg jobb alkarjában zsibbadásról és gyengeségről panaszkodott, mely gyengeség másnapra annyira fokozódott, hogy a jobb alkar könyökbeni behajlítását nem képes megakadályozni, a könyökben behajlított alkart nem képes kifeszíteni. A jobb kéz petyhüdten lóg le, a hüvelykujj a többi hajlított ujjak által körülfogott. Ujjait nem tudja kifeszíteni. Az említett tünetek az orsóideg (n. radialis) hüdésére mutattak, miért is massage, meleg fürdők és villanyozás lett alkalmazva és pedig elég jó eredménynyel, mert ma — két hónappal a mérgezés után — a hüdés tünetei elmultak és a beteg jobb kezét is tudja már használni. A fehérje a vizeletből — mely naponta lett vizsgálva — a mérgezés után a huszonkettedik napon tünt el és azóta a vizelet normalis.

Gyógyszer- és méregtani tankönyvekben olvasható, hogy a méreg hatásának előidézésére az adag, a vivőanyag, a méreg halmazállapota és a gyomor telt vagy üres volta mily nagy befolyással bir, mégis azt látjuk az előbb leirt mérgezésnél, hogy daczára annak, hogy úgy az apa, mint a fiú ugyanazon méreg, ugyanazon adagját, hasonló vivőanyagban, hasonlóan telt gyomorba juttatta, mégis a mérgezés kórképe és kimenetele egymástól nagyon eltérő volt.

Az apánál a méreg bevétele után már két óra mulva jelenkeztek a mérgezés tünetei és az arsenmérgezés legsúlyosabb alakja, az arsenicismus cerebrospinalis volt nála észlelhető, mely halálos kimenetellel végződött; a fiúnál ellenben a mérgezés után csak 4 óra mulva jelentkeztek a tünetek és akkor is a mérgezés előbbinél enyhébb képét — a choleriform alakét — nyujtották és gyógyulással végződtek.

Taylor, Morley,[5] Leroy des Barres,[6] Brouardel és Pouchet[7] által észlelt tömeges arsenmérgezésnél szintén megtörtént, hogy daczára az előbb említett hasonló körülményeknek, a mérgezés különböző alakja volt észlelhető.

Ez esetek, épen úgy, mint az általam észleltek, bizonyítják, hogy a mérgezés kórképe, lefolyása és kimenetele, a méregtől függetlenül, a mérgezést szenvedett egyén egyéni tulajdonságai által is befolyásoltatik. Ezen egyéni tulajdonságra czéloz Belky,[8] a midőn az arsenmérgezés különböző lefolyásáról szólva, azt mondja: „A mérgezési tünetek ezen kétféle varietásának az okát még nem ismerjük, alapunk van azonban felvenni, hogy az a méregnek sem az adatával, sem szilárd vagy oldott állapotával összefüggésben nem áll.“ Hoffmann[9] ugyancsak e tárgyról szólva, elmondja, hogy a mérgen kivül . . . . „noch andere, und vorläufig unbekannte, wahrscheinlich auch individuelle Momente eine Rolle in dieser Beziehung spielen dürften“ . . . .

Eseteimnél is felismerhető az egyéni tulajdonságoknak a mérgezés lefolyására és kimenetelére való befolyása.

Az előrehaladottabb korban levő apa, részint koránál, részint az eddig átszenvedett betegségeknél fogva csekélyebb ellenállási képességgel birván, nála az arsenmérgezés legsúlyosabb alakja, a legvégzetesebb kimenetellel észleltetett. Míg ellenben a fiatal, alig 24 éves fiú erős szervezete képes legyőzni az arsenmérgezés choleriform alakját és bár a csaknem 7 hétig tartó folytonos fehérjevesztéség, a heveny májduzzanat, az orsóideg hűdése szervezetét megviseli, „megfogyva bár, de törve nem“ kerül ki a méreggel való harczból.

Irodalom:

[1] Bókay Árpád: Gyakorlatilag fontosabb mérgezések. [2] Bunsen és Berthold: Das Eisenoxydhydrat, ein Gegengift der arsenigen Säure 1834. Göttingen. [3] Lewin: „Arsen“ Eulenburg's Realencyclopädie I. 673. [4] Chapuis: Influence des corps gras sur l'absorpt. de l'arsenic. Paris, 1880. [5] Morley: Virchow's Jahrbücher 1873. I. [6] Leroy des Barres: Virchow's Jahrbücher 1886. I. [7] Brouardel et Pouchet: Annal. d'hyg. 1889. [8] Belky János: Törvényszéki orvostan. [9] Hoffmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin.

TÁRCZA.

Az Országos Orvos-Szövetség congressusa.

Az Országos Orvos-Szövetség f. é. szeptember hó 4-dikén tartotta II-dik congressusát. A közgyülést megelőzőleg az igazgató tanács tartott ülést, melyen a következő tagok voltak jelen: Kétly Károly elnök, Konrád Márk alelnök, Jendrássik Ernő főtitkár, Dieballa Géza és Grósz Emil titkárok, Hochhalt Károly pénztáros, Csatáry Lajos, Flesch Nándor, Högyes Endre és Schermann Adolf fővárosi, Ajkay Endre, Berkovics Miklós, Boszkovics Mór, Bodor Károly, Csillag Ignácz, Daits Ede, Erös János, Faragó Ödön, Feldstein Márk, Hangel Ignácz, Jósa András, Koreck György, Mátray Ferencz, Nuszer Lajos, Lenk Gusztáv, Lendvay Benő, Schossberger Jakab, Serly Gusztáv, Szabó Dénes, Unger János, Ujfalussy József, Varga Zsigmond, Pattantyus Ábrahám Márton, Zöldy János vidéki képviselők. Elmaradásukat kimentették: Schwartzer Ottó és Tauffer Vilmos. Az igazgató tanács a congressus előkészítésével foglalkozott, az elnöki előterjesztéseket, valamint a főtitkár és pénztárnok beszámolóját tudomásul vette s a főtitkárnak a nyugalomdíj ügyében tett indítványát egy tag kivételével az összes szavazatokkal elfogadta. Úgyszintén magáévá tette az alapszabály-módosításokat is s intézkedett a beérkezett indítványokról.

A congressust *Kétly Károly* elnök a következő beszéddel nyitotta meg:

Tisztelt congressus! Tisztelt kartársak!

Midőn ma először gyülik egybe az Országos Orvos-Szövetség congressusa, hogy működésének első, bár csonka évéről beszámoljon: nem csekély elfogódással, talán némi aggodalommal nézem ezen fiatal intézmény kezdő korát, első ifjúságát, de az önök jelenléte s az az érdeklődés, a mely az egész országban kiséri törekvéseinket és a megoldandó feladatok életbevágó volta nem csekély reménynyel és bizalommal tölt el jövőnk iránt. Szövetségünk első éve a mai nappal bezáródik, a főtitkári jelentésből értesülni fog a t. congressus ügymenetünk első évéről, a melyet joggal nevezhetünk a *megalakulás* évének. Míg az 1897. november 7-diki tisztikarválasztó congressus idején tulajdonképen senki sem volt tagja a szövetségnek, addig ma már 2488 tagunk van 56 fiókszövetségben. Nem tekinthetjük ezzel még teljesen befejezettnek megalakulásunkat s tényleg nehány, még helyi okokból, vagy egyéb legyőzendő nehézségek folytán késlekedő megyében az előkészületek már is annyira haladtak, hogy a legközelebbi napokban létesülni fog ezekben is a fiókszövetség. Mindezen tényekből és eddigi tapasztalatainkból itélve, alig kételkedhetünk, hogy nemsokára hazánk összes megyéire ki fog terjedni intézményünk. Alig szükséges kiemelnem, hogy ekkor szövetségünk erkölcsi hatalma is oly fokra fog emelkedni, a melyre már bizvást helyezhetjük sorsunkat. De ha nem is lehet okunk ezek alapján az eddigi eredményt kicsinyleni, úgy mégis talán még számosabb lenne kartársaink részvétele, ha nem előzte volna meg szövetségünk keletkezését ama nagy és nem habozom kijelenteni, üdvös mozgalom, a mely hazánk orvosait a kamara és kamaraellenes pártokba osztotta. Örömmel látjuk, hogy azoknak soraiból, a kik akkor a kamara hívei voltak, sőt részben még ma is azok, nem csekély számmal szegődtek zászlónk alá és él bennünk a remény, hogy ezek buzdító példája s törekvéseinknek el nem maradó sikere, minden szövetségünkbe való kartársat egyesíteni fog körünkben. A kamaraeszme persze még soká fog kisérteni közöttünk, talán addig, míg helyzetünk csorbái teljesen ki nem köszörültetnek és hol van még az az idő? De ha szabad hasonlattal élnem, a szövetség belső szerekkel iparkodik elejét venni a bajnak, ha sokat találunk venni az orvosságból, ellenszert adhatunk, s így betegünket: orvosi helyzetünket — itt is, ott is javítgatva, majd csak meggyógyítjuk, ha ellenben mindjárt a kamara sebészeti műtéthez fordulnánk, ha önrendelkezési jogunkat így leamputálnók, ki tudja, volna-e többi szervezetünknek haszna belőle? *Tartsuk meg tehát önrendelkezésünket*, hisz minden bajunknak kútforrása önmagunkban, egyéni szétválásunkban van, s csak mi magunk gyógyíthatjuk meg saját bajainkat, mert rajtunk kivül nincs, ki belássa helyzetünk visszás voltát, nincs, ki megfelelő módon javítani akarjon. Ne keressen másban segítséget, kit magára hagytak, hanem álljon talpára és segítsen magán.

Tudjuk a bajt, megválasztottuk a gyógyító eljárás útját, de még nincs meg az orvosság. Ezen kérdésben persze nehéz egyöntetű véleményre jutni. Vannak sorainkban, a kik panaszkodnak, de e mellett maguk nem akarnak sikra szállani, azt szeretnék, ha szomszédjuk segítene rajtuk. Vannak, a kik nagy hévvel egyszerre neki akarnak rontani a fennálló rendnek. Egyik sem a fejlődés physiologiai menete.

Rendezkedjünk, szervezzük erőinket, jelöljük ki azon irányokat, a melyekben helyzetünk javítását jogosnak tartjuk s akkor álljunk egyöntetűen elő: és meglesz a siker. Soha kedvezőbb időpont nem volt: az orvosok helyzete az egész világon mostoha s soha sem volt mostohább mint jelenleg, nagy bajok összetartásra serkentenek. E mellett az orvosok száma állandóan apad, míg a többi lakosságé nő, néhány év mulva az orvosszükség érezhetővé fog válni. Ezzel szemben lassanként be fogjuk látni, hogy az orvosi javadalmazás csekély voltának oka a kinálat olcsóságában rejlik s nem a kereslettől függ, épen úgy, mint senki sem fizet valamely portékáért többet, mint a mennyit a kereskedő érte kér. Már most csak az a kérdés, ki szorul jobban a másikra, mi a közönségre, vagy az reánk? Ha ez utóbbi áll, csak rajtunk mulik, ha nem javul helyzetünk. Talán tudomást fog venni a nagy közönség, meg a megyei és állami hivatalos közegek ezen irányú törekvéseinkről és a méltányos megoldást lehetővé teendi.

Távol áll tőlem ezen úton izgatni, de hát a természetes fejlődése a dolgoknak, az önfentartás kényszerítő parancsa már több helyen belesodorta az orvosi rendet azon az összetartás adta eszközökbe, a melyeket kereskedők, gyárak kénytelenek időnként alkalmazni, a kartelbe. A külföldről egyre érkeznek hirek orvosok sztrájkjáról, s ezen sztrájkok, mint a legutóbbi Barmen-ben (Németország) is, kedvező eredménynyel jártak. Szivesen látnám, ha hazai orvosi viszonyaink sima úton érnék el a javulás révét! Egyelőre azonban még csak a kezdet kezdetén vagyunk, s valóban méltó hozzánk, hogy *legelső sorban gondoskodjunk elaggott kartársaink, azok özvegyei és gyermekeiről*. Az a tény, hogy ez lesz legelső alkotásunk, megnemesíti minden törekvésünket, önbizalmunkat, emeli és a rajtunk kivül álló tényezők elismerését is meg fogja hozni. Mai ülésünk egyik fontos pontja ezen mozgalomnak megindítása lesz. Legyen áldás e törekvésünkön és siker koronázza tervezetünket! Összetartás és állandó előretörekvés legyen jelszavunk! Ezzel van szerencsém az összegyült t. kartársakat melegen üdvözölni és az 1898. évi szeptemberi congressust megnyitni.

Elnök a jegyzőkönyv hitelesítésére Csatáry Lajos és Jurkiny Emil tagokat kérte fel.

Jendrássik Ernő főtitkár beszámolójában mindenekelőtt a lefolyt csonka szövetségi év történetét ismerteti; örvendetes tényként kiemelte, hogy eddig 55 vidéki fiókszövetség alakult meg és pedig (a megalakulás sorrendjében): Esztergommegye, Zombor város, Szabadka város, Komárom, Somogy, Biharmegye, Nagy-Várad város, Jász-Nagy-Kun-Szolnok, Liptó, Moson, Hunyad, Győrmegye és város, Pozsony, Ungmegye, Szeged város, Zemplén, Gömör, Maros-Torda, Árva, Hontmegye és Selmeczbánya, Sáros, Fejér, Bereg, Ugocsa, Nyitra, Aradmegye, Pozsony város, Szatmár, Udvarhely, Brassó, Besztercze-Naszód, Torda-Aranyos, Zólyom, Csongrád, Veszprém, Szilágymegye, Kecskemét város és vidéke, Arad város, Vas, Tolna, Szabolcs, Alsó-Fehér, Szolnok-Doboka, Turócz, Zala, Sopron, Bács, Pestmegye, Hódmezővásárhely város, Szepes, Heves, Csanád, Békés, Kolozs, Kis-Küküllő, Trencsénmegye. Ezekhez csatlakozik a Budapesti Orvosok Szövetsége, úgy hogy a tagok összes száma eddig 2488. 15 megyében azonban a megalakulás még nem történt meg, ezek: Abauj, Baranya, Bars, Borsod, Csík, Fogaras, Hajdu, Háromszék, Krassó-Szörény, Máramaros, Nagy-Küküllő, Nógrád, Szeben, Temes és Torontál megyék; ezek közül ötből biztató igéret érkezett, a többiekben, miután az első izben felkértek nem teljesítették a megbizást, az elnökség másokat fog felkérni a megalakításra. Az orvosok túlnyomó számban lépnek be a megalakult fiókokba, így 16-ban a terület orvosainak 100%-a tag; 8-ba 90—95%, 8-ba 85—90% lépett be; csak a nagyobb megyékben van kisebb arányszám, minek oka nyilván az idő rövidsége s az érintkezés nehezebb volta. A fiókszövetségek, bár a legtöbbje csak most alakult meg, máris intensiv működést fejtenek ki. Első helyen a Budapesti Orvosok Szövetsége áll, mely *Müller Kálmán* elnöklete alatt az orvosok rendtartását, a nyilvános rendelések szabályzatát, az orvosi segély- és nyugdíjintézményt letárgyalta, a betegsegélyző egyesületek és pénztárak ügyét pedig bizottságilag előkészítette. Nagy jelentőségü, hogy a biharmegyei fiók elnökének *Popovics Györgynek* kezdeményezésére Biharvármegye törvényhatósága elhatározta, hogy a községi és körorvosok fizetéseiket a jövőben a vármegye központi pénztárából kapják. Intensiv működést fejtett ki az alapszabályok módosítása, a nyugalomdíj, a biztosítótársulatok vizsgálati díjai ügyében *Konrád Márk* elnöklete alatt a nagyváradi fiókszövetség, úgyszintén az ügyrend, a fegyelmi szabályzat, az orvosok rendtartása, a községi és körorvosok díjszabásának megalkotása ügyében *Mátray Ferencz* elnöklete alatt az esztergommegyei fiókszövetség. Az aradi, a szepesmegyei, az udvarhelymegyei, a fejérmegyei, a pozsonymegyei, a gömörmegyei, a sárosmegyei, a győri buzgó elnökeik vezetése mellett nagy fontosságú határozatokat hoztak, melyekkel az igazgató tanács foglalkozni fog, s melyeket a fiókok meghallgatásával a plenum elé fog terjeszteni. Az igazgató tanács négy ülést tartott, egyik fontos ügye volt a szövetség hivatalos lapjának megalapítása, mely máris nélkülözhetetlen eszköznek bizonyult a szövetség czéljainak megvalósítására s a kartársi összetartozási érzület megteremtésére. A lap ez idő szerint minden hazai orvosnak ingyen jár, jövőben csakis a szövetség tagjai kapják tagsági illetékük fejében.

Az igazgató tanács *Konrád Márk* inditványára a belügyministerhez kérést intézett, hogy czentúl a községi és körorvosok fizetéseiket a vármegye pénztárából kapják. A belügyminister úr ő nagyméltósága leiratában kijelentette, hogy a kérdés rendezése a vármegyei törvényhatóságok törvényes autonomiájához tartozik, de a maga részéről a kért elintézést mindenkor támogatja. Az igazgató tanács azon vármegyei törvényhatóságokhoz fordult, a melynek fiókszövetségei a szövetség hivatalos lapjában közzé tett felszólítás alapján a kérés benyujtását óhajtották. Ezen törvényhatóságok a következők: Udvarhely, Győr, Pozsony, Gömör és Zólyom megyék.

Az igazgató tanács *Nuszer Lajos* inditványára az igazságügyministerhez intézett felterjesztésében a fogházakban működő orvosok részére megállapított sérelmes díjszabás megszüntetését, illetve felemelését kéri. Az elnökség a vasúti kedvezményes jegyeket kieszközölte.

A főtitkár a jelen congressus feladatakép az alapszabályok szükséges módosítását s a nyugalomdíj ügyének megindítását, valamint ez utóbbi főbb elveinek megállapítását jelöli meg. A jövő

év feladata lesz az alapszabályok s a már beérkezett indítványok értelmében a nyugalom és segélyző intézmény, az orvosi rendtartás, a fegyelmi szabályzat megalkotása, valamint a tiszti és törvényszéki vizsgálatok, a községi és körorvosok honorariumának és a biztosító társulatok orvosi díjszabásának ügyével való foglalkozás.

A *pénztáros* jelentéséből kitünik, hogy eddig 34 vidéki fiókszövetség befizetéséből 1211 frt 25 kr. gyült be, ehhez járul a hivatalos lap hirdetéseinek bevétele 142 frt 40 kr.; az összes bevétel 1353 frt 65 kr. Az alakulási, irodaberendezési, posta- és alapszabálynyomtatási költségek 393 frt 48 krt tettek ki, úgy hogy a pénztári maradvány 960 frt 17 kr. A congressus a jövő évi tagdíjat 1 frtban állapitotta meg, a jövő év congressusának helyéül *Nagyvárad* város törvényhatósága meghivása folytán Nagyváradot jelölte meg.

Az alapszabályok módosításához szükséges 650 tag nem lévén jelen, ez ügy a 4 hét mulva október 2-dikán tartandó congressusra maradt; az igazgató tanács új tagjainl Schützenberger Endre, Partos Henrik, Székely Dezső, Kaufmann Sándor, Rapesák Imre, Farkas Géza, Rottenberg János tagokat választották meg. Irányadó a jelölésben az volt, hogy *a községi és körorvosok* nagyobb számmal legyenek az igazgató tanácsban képviselve.

A congressus legfontosabb tárgya a főtitkárnak a nyugalomdíj ügyében tett indítványa volt, mely a következőkép szól:

Az Országos Orvos-Szövetség *saját kebelén* belül tagjai részére orvosi nyugalomdíj-intézményt alkot. Ez intézményben való részvétel nem kötelező. Ez intézmény tagjai, ettől függetlenül részesülhetnek más nyugalomdíjakban is.

A nyugalomdíj-intézmény alapjául szolgálnak:

1. Ama befizetések, a melyeket a megállapitandó biztosítási módozatok értelmében a belépő kartársak eszközölnek. E biztosítási módozatok tanulmányozására a congressus bizottságot küld ki, ennek feladatául tűzvén, hogy a felmerült tervezetek alapján szakférfiak meghivása mellett beható előterjesztést tegyen legkésőbb az 1899. szeptemberi congressusig, de esetleg ez ügy már korábban rendkivüli congressus elé is terjeszthető.

A bizottság előterjesztésének azonban legalább két hónappal ama congressus előtt, a melyen tárgyalásra kerül, kell hivatalos lapunkban megjelenni. A bizottság által meghivott külső szakférfiak munkadíját az orsz. orvosi szövetség pénztára egyenliti ki.

2. Az orsz. orvosi szövetség az alapító tagsági díjakból, adományokból, befizetett tagsági díjfeleslegekből s egyéb jövedelmeiből tőkét gyűjt, a melynek kamatai az évenként kifizetésre előirányzott nyugalomdíjhoz csatoltatnak s a nyugalomdíj-szabályzatban megállapitandó kulcs szerint felosztatnak. Ugyanezen alap kamatainak egy része a segélyezés czéljaira fordítandó. A segélyezés kérdésének megoldására is ugyanazon bizottság tegyen egyidejűleg javaslatot.

Az indítványhoz elsőnek *Flesch Nándor* szólott, ki az intézményt a szövetség keretén *kivül* óhajtaná létesiteni, hogy az teljesen független legyen, hogy fegyelmi határozatok ne sújthassák az orvos családját, hogy a szövetségbe való belépésre ilyen módon ne gyakoroltassék az orvosra pressio, hogy az intézmény nem orvosoktól is gyüjthessen tőkét. E felfogással szemben *Csatáry Lajos* kifejtette, hogy a szövetség egyik legszorosabb összetartó kapcsa a vele összeforrt nyugalomdíj-intézmény, mely nélkül a szövetség szétmállanék. A nyugalomdíj-intézmény szabályzatai bizonyára fognak arról gondoskodni, hogy a befizetéseket a tagok a szövetségből való kizárás esetén se veszíthessék el, a szövetség is gyüjthet tőkét, mert a pártoló tagoknak — mint a hogy az alapszabályok módosítása tervezi — nincsen szavazati joguk s igy külső befolyás a belügyeket nem veszélyezteti, az pedig a szövetség szelleméből folyik, hogy intézményeit *tagjai* számára alkotja.

Boszkovics Mór, *Bodor Károly* a főtitkár indítványa mellett, *Wein Manó* egyszersmind a Budapesti Orvosok Szövetségének választmánya egyhangú határozatakép az ellen nyilatkozott. *Steiner Mór* azt óhajtja, hogy a nyugalomdíj-intézmény tagjaivá a beteg orvosok is felvétessenek és hogy az állam, a megye, a község hozzájárulásait is kinyerjék.

A főtitkár záróbeszédje után a congressus nagy többsége (a jelenlevők körülbelül $^9/_{10}$ része) a főtitkár indítványát elfogadta.

A nyugalomdíj ügyében kiküldött bizottság tagjai lettek: Kétly Károly elnöklete alatt: Adler Zsigmond, Berkovics Miklós, Csatáry Lajos, Flesch Nándor, Grósz Emil, Högyes Endre, Hochhalt Károly, Jendrássik Ernő, Jurkiny Emil, Koreck György, Mátray Ferencz, Schulhof Jakab.

A congressust az elnök 12 órakor zárta be s 1 órakor a Royal szállóban a tagok ebédre gyültek össze, melyen Kétly Károly nagyszabású beszédet mondott. Toastot mondtak még Laufenauer Károly, Szabó Dénes, Jendrássik Ernő, Bodor Károly stb. A congressuson körülbelül 200 tag vett részt, a tanácskozás mindvégig komoly és méltóságteljes volt s a tagok oly önzetlenül s annyi áldozatkészséggel teljesitették feladatukat, hogy ebben a jövő munkásság sikerére biztos garanczia van.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Maceven: Die infectiös-eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. Autorisirte deutsche Ausgabe von *Rudloff*. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1898.

A híres glasgowi sebész már több évvel ezelőtt megjelent munkájának jó német fordítása hagyta el imént a sajtót, bizonyára nagy örömére sokaknak, kik az angol nyelv nem birása miatt nem ismerkedhettek meg eddig behatóan annak tartalmával. A munka 6 nagy fejezetre oszlik, melyek közül az első a szükséges boncztani ismeretekkel, a második az agytályog és a meningitis kórtanával, a harmadik az agytályog tünettanával, a negyedik a sinus-thrombosissal, az ötödik pedig a gyógyítással foglalkozik. Az utolsó fejezetben az eredmények összeállítását találjuk, melyből említésre méltók a következők: genyes otitis media miatt végzett csecsnyújtvány-resectio 54 esete közül 43 gyógyult, 11 javult; genyes sinus-thrombosis miatt 12 esetben végeztetett műtét, valamennyi esetben gyógyulás volt az eredmény; agytályog 19 operált esete közül 18 végződött gyógyulással. A könyv, mely egyaránt megérdemli úgy a sebész és fülorvos, mint a belgyógyász érdeklődését, remélhetőleg nálunk is megtalálja olvasóközönségét.

II. Lapszemle.

Újabb közlemények a sanguinal-gyógymód értékéről anaemikus állapotoknál. Krewel & Comp. kölni chem.-pharmac. készítmények gyára kiadásában füzetke jelent meg, melyben az e tárgyra vonatkozó kisérletek és tapasztalatok összeállítása foglaltatik. Előrebocsátva azt, hogy a vas tényleg csak növényi vagy állati vasfehérnye-összeköttetésekből jut valóban felszívódásra és lesz alkalmassá haemoglobinképződésre, mint azt *Kobert*, *Bunge*, *Hamburger*, *Luton*, *Socin* és mások kutatásai kimutatták, leirását találjuk a nevezett gyár által előállított *Sanguinal Krewel* nevü készítménynek, melyben a *természetes vérsók*, *albuminek* és *csekély peptonmennyiségek* mellett *a vas* és *mangan a felszívódásra alkalmas* oly alakban tartalmaztatnak, a milyenben az előbb idézett szerzők ezt assimilálásra képesnek találták. A *Sanguinal Krewel* összetétele oly közel áll a normalis emberi véréhez, mint az egyáltalán lehetséges. 100 rész Sanguinalban 46% természetes vérsó, 10% tiszta haemoglobin és 44% izomalbumin (illetve pepton) foglaltatik. Minden labdacsban 5 gm. friss vérnek összes physiolog. activ alkatrésze tartalmaztatik. A *Pilul. sanguinalis Krewelről* kiváló klinikusok, mint pl. *Mosengeil* tanár és *Finkler* tanár *Bonnban*, *Mayer Nápolyban* stb. kisérleteik alapján anaemia és chlorosis súlyos eseteiben feltünő kedvezően nyilatkoznak s azt elsőrangú készítménynek jelentik ki. Végre említésre méltónak tartjuk, hogy a nevezett gyár több klinikus és gyakorló orvos felszólítására a nevezett labdacsokat kreosottal és guajacolcarbonattal combinálva is előállítja, úgy hogy minden pilulában 0·05 és 0·1 kreosot, illetve guajacolcarbonat is foglaltatik.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. szeptember 9.

— **A m. k. belügyminister folyó évi 93,289/VI-a szám alatt a monarchia két államában szerzett orvostudori oklevelek kölcsönös érvényességének megszüntetése tárgyában a vallás- és közoktatásügyi m. k. ministerrel egyetértőleg a következő körrendeletet s ezzel kapcsolatban az alábbi szabályrendeletet adta ki:**

Körrendelet valamennyi törvényhatóságnak.

A közegészségügy rendezéséről szóló 1876: XIV. t.-czikk 44. §-a alapján egyfelől az osztrák birodalmi tanácsban képviselt királyságok és tartományok kormánya, másfelől a magyar kormány között — Horvát-

Szlavon országokat illetőleg a horvát-szlavon-dalmát bán hozzájárulásával — egyezmény köttetett, melynek értelmében az orvosoknak állandó orvosi gyakorlat űzése czéljából való letelepedése a magyar vagy osztrák birodalom területén 1899. évi január hó 1-jétől kezdődőleg csupán azon feltétellel engedtetik meg, ha az orvos oly szabályszerű orvostudori oklevéllel rendelkezik, melyet a monarchia azon államában levő egyetemen szerzett, hol letelepedni szándékozik, vagy külföldi oklevelét valamely belföldi egyetemen szabályszerűen honosította (nostrificatio).

Midőn ezzel az osztrák-magyar monarchia két államának egyetemein szerzett orvostudori oklevelek eddig elismert és a gyakorlatban alkalmazott kölcsönös érvényessége 1899. évi január hó 1-jével megszüntettetik, a hivatkozott egyezmény alapján ezen rendelkezés végrehajtására, az osztrák-magyar monarchia két államának érintkező határterületein gyakorló orvosokra, bábákra, valamint a gyógyhelyeken a fürdőidény alatt gyakorlatot űző orvosokra vonatkozólag a m. k. vallás- és közoktatásügyi minister úrral egyetértőleg a mellékelt szabályrendeletben foglalt kivételes határozmányokat állapítom meg.

Felhivom a törvényhatóságot, hogy ezen rendeletemet s annak mellékletét képező szabályrendeletet törvényhatósága területén mielőbb közhirré tegye. Budapesten, 1898. évi szeptember hó 3-dikán. *Perczel*, s. k.

Melléklet a 93,289/1898. B. M. számú körrendelethez.

Szabályrendelet az osztrák, illetőleg a magyar vagy horvát-szlavon egyetemeken képesített orvosok és okleveles bábák által a magyar korona országaiban, illetőleg a birodalmi tanácsban képviselt királyságok és tartományok területén üzhető gyakorlat kölcsönös engedélyezésének feltételei tárgyában.

1. §. Azon orvosoknak és sebészeknek, kik az osztrák-magyar monarchia két állama valamelyikében 1899. év január 1-je előtt szabályszerű jogosultságot nyertek a gyakorlatra, mint eddig, ezután is megengedtetik az orvosi gyakorlat a másik állam területén épúgy, mint belföldi orvosoknak.

Ezen határozmány érvényes azon orvosokra nézve is, kik az 1897/98. tanév végével orvosi tanulmányaikat már bevégezték, vagy legalább egy orvosi szigorlatot már letettek, tudori okleveleiket azonban csak 1899. év január hó 1-je után nyerték el; az ily jogosultak azonban orvosi gyakorlatot csak akkor folytathatnak, ha erre engedélyt nyertek, még pedig: a birodalmi tanácsban képviselt királyságok és országok területére vonatkozólag a cs. kir. vallás- és közoktatásügyi ministeriumtól, mely az engedélyt a cs. kir. belügyministeriummal egyetértőleg adja meg, a szorosan vett Magyarországra nézve a vallás- és közoktatásügyi m. k. ministertől, Horvát-Szlavon országokra nézve pedig a horvát-szlavon-dalmát bántól.

2. §. Az orvosi gyakorlat űzésére az 1. §. értelmében feljogositott orvosokon kivül azon orvosoknak, kik valamelyik államterület határzónájában vannak letelepülve, szintén megengedtetik, hogy hivatásbeli foglalkozásukat a másik állam határzónájában is folytassák, magánegyezségen alapuló orvosi ténykedést pl. iparvállalatoknál és egyebeknél elvállaljanak.

3. §. A 2. §-ban említett határzónának mindkét szomszéd államban az a határos terület tekintendő, a melyen belül az országhatárt érintő elsőfokú közigazgatási hatóságok (kerületi kapitányságok, szolgabirói járások, járási hatóságok) területei, illetve más, az országhatárt el nem érő ily területeknek az előbbiek közé benyúló részei feküsznek.

4. §. A 2. §-ban megjelölt orvosok, ha kézi illetve házi gyógyszertár tartására hatósági engedélylyel birnak, fel vannak jogositva arra, hogy a másik állam határzónájában folytatott gyakorlatuk körében házi illetve kézi gyógyszertárukból orvosi szereket kiszolgáltassanak, kötelesek azonban a kiszolgáltatott gyógyszerről szóló rendelvényt átadni a kezelésök alatt álló betegnek; a gyógyszerek kiszolgáltatása körül pedig kötelesek pontosan megtartani mindazon szabályokat és rendelkezéseket, a melyek abban az államban érvényesek, a melyben az illető beteget gyógykezelik.

5. §. Azok az orvosok, a kik a másik állam határzónájában folytatnak orvosi gyakorlatot, tartoznak pontosan alkalmazkodni azon törvényes rendelkezésekhez és szabályokhoz, a melyek az orvosi gyakorlatra, különösen pedig a heveny fertőző betegedési és bűnfenyítő eljárásra okot szolgáltató esetek és egyebek bejelentésére nézve ott érvényben vannak.

6. §. A mindkét állam határterületeibe eső s egymással közvetlenül szomszédos járások hatóságai tartoznak a területükön gyakorlatra jogosult orvosok jegyzékét, valamint az abban előjövő változásokat egymással kölcsönösen közölni.

Az oly orvos, ki a határzónában ugyan, de ennek oly járásában vagy kerületében lakik, a mely nem éri el az országhatárt, ha a másik állam határzónájában kiván orvosi gyakorlatot űzni, tartozik ebbeli szándékát saját közigazgatási hatósága útján azon határontúli járás vagy kerület hivatalfőnökének bejelenteni, a melyre orvosi gyakorlatát kiterjeszteni kivánja.

7. §. Oly gyógyhelyeken, a melyeket az osztrák-magyar monarchia mindkét államának honosai látogatnak, az illető állam kormánya a másik állam kötelékébe tartozó gyógyközönség érdekében megengedheti, hogy ugyancsak a másik állam kötelékébe tartozó orvosok — ha ez iránt hozzá folyamodnak — magában a gyógyfürdőben a fürdőidény alatt orvosi gyakorlatot folytathassanak.

8. §. Az orvosok azon jogosultságát, hogy orvosi tanácskozmányokban (consiliumokban) bizonyos esetekben a másik állam területén is részt vehessenek, ezen egyezmény nem érinti.

9. §. Az 1. §. első bekezdésének, valamint a 2. és 3. §§-nak rendelkezései alkalmazandók az okleveles szülésznők gyakorlatának a másik állam területén való szabályozására is.

10. §. A jelen rendeletnek az orvosi gyakorlatot korlátozó rendelkezései nem terjednek ki a cs. és kir. hadsereg tényleges szolgálatban levő orvosaira.

11. § Jelen rendelet 1899. január hó 1-jén lép hatályba.

12. §. Egyértelmű megfelelő rendeleteket adnak ki az osztrák cs. kir. kormány és Horvát-Szlavon-Dalmát országok bánja.

Kelt Budapesten, 1898. évi szeptember 3-dikán. *Perczel*, s. k.

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. augusztus 21-dikétől 1898. augusztus 27-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 418 gyermek, elhalt 237 személy, a születések tehát 181 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2135 beteg, szaporodás 826, csökkenés 745, maradt e hét végén ápolás alatt 2216. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. augusztus 27-dikétől szeptember 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 5 (meghalt —), vörhenyben 41 (meghalt 1), kanyaróban 51 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 16 (meghalt 4), trachomában 19, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 14 (meghalt 1), orbánczban 9 (meghalt —, gyermekágyi lázban 3 (meghalt 1).

— **A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete** 1898. szeptember hó 23., 24. és 25-dikén tartja II. köz- és nagygyülését, melynek munkarendje a következő: Helyiség: Kir. orvosegyesület ülésterme (Szentkirályi-utcza 21) *Péntek*, szeptember 23. d. e. 8—10.: *Közgyülés* tárgysorozata: 1. Elnöki megnyitó. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztári jelentés. 4. Indítvány a tagdij leszállítására s egyéb indítványok. 5. Nagygyülés vitaelnökeinek és jegyzőinek megválasztása. *Nagygyülés.* 10½—11½ *Bauer S.* dr. A technikus-ügy rendezése a létező concret viszonyokra való tekintettel. *Szakülések: Péntek*, szeptember 23. d. u. Helyiség: Egyetemi fogászati klinika. 3—½5 (Tanterem.) *Károlyi* dr. (Bécs): A pyorrhoea alveolaris kezelése, bemutatással. (Műtőterem.) *Antal, Biró* és *Hattyasy* dr.-ok: Gyökértömési módok bemutatása. (Narcosis-szoba.) *Dalma D.* dr. (Fiume): Újdonságok. ½5—6 (Tanterem.) *Klinger Zs.* dr.: Korona- s hídmunkák, valamint fogszabályzó készülékek bemutatása. (Műtőterem.) *Bauer S.* dr.: Bemutatások. (Narcosis-szoba.) *Radó* dr. (Zágráb): Ventilator fogorvosok számára. 6—7 Akologikus (műszertani) újdonságok. Összeállitotta s bemutatja: *Weiss* és *Schwarz* czég (Bécs) mint vendég. *Szombat*, szeptember 24. d. e. Helyiség: Kir. orvosegyesület ülésterme. 8—9 *Dukesz M.* dr.: A tejfogak conserválásának kérdése. 9—10 Prof. *Árkövy J.* dr.: A fogbél direct conservativ műtéttana. 10—11 *Hattyasy L.* dr.: A különböző gyökértömésre szolgáló anyagok értékéről. 11—12 *Biró Zs.* dr. Vizsgálatok a fogcaries és a terhesség közt fennálló viszonyra vonatkozólag. *Szombat*, szeptember 24. d. u. Helyiség: Egyetemi fogászati klinika. 3—½5 (Tanterem.) *Berger F.* dr.: Az antrum kezelése, betegen bemutatva. (Műtőterem.) *Hattyasy L.* dr.: Tömések crystallizált foncsorral. — Aluminium-munka. (Narcosis-szoba.) *Biró Zs.* dr.: Kisérletek a pulpamumificatióra vonatkozólag. (Műtőterem.) ½5—7 *Mr. Rose* (C. Ash & Sons czégtől London) mint vendég: 1. Continuous-gum munka készítése és égetése. 2. Füstös és másképfestett fogak készítése és égetése Ash-féle contin.-gum kályhában. *Vasárnap*, szeptember 25. d. e. Helyiség: Egyetemi fogászati klinika. 9—10 (Műtőterem.) *Mr. Rose* (London) mint vendég: 1. Önpróbalemezek, kaucsuk-betétek stb. készítése. 2. Dall-féle porczellánbetétek készítése. 3. Különböző eszközök és készülékek bemutatása. 11—12 *Weiss* és *Schwarz* czég folytatólagos bemutatásai.

— **A budapesti ált. poliklinikán** augusztus hóban 2339 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 10,868 volt. A laboratoriumban 21 vizsgálatot végeztek.

† **Elhunytak**: *Dusóczky Pál* dr. Debreczenben, *Rumbach István* dr. Budapesten.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. ***Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt*** *(közepes ár).* Prospectust küld ingyen az igazgatóság **Budapesten.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Üzletnagyobbítás. Keleti J. orvos-sebészeti műszer- és kötőszergyáros Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17, üzletét tetemesen megnagyobbította és a modernkor legmesszebbmenő igényeinek megfelelőleg rendezte be. Állandó kiállítást tart: a legújabb orvosi műszerekben, vizsgáló-asztalok, műszer-szekrények, valamint villanygépekben. A t. cz. orvos uraknak becses figyelmébe ajánljuk ezen állandó kiállításnak megtekintését. Műszereknek javítását, angol működszörűlést pontosan és gyorsan eszközöl a fenti czég javítóműhelye.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintert** vételnek fel. Bővebbet ½22—½24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XIII. ülés 1898. márczius 9-dikén.) — Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1897. novemberi szakülés.) 455. l.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XIII. ülés 1898. márczius 9-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

(Vége.)

Fibroma uteri 3 esete.

Tóth István: A bemutatott 3 eset (Tauffer tanár klinikájáról) mindegyikében feltünő nagy volt a daganat.

1. 48 éves nő, 24 év előtt abortált, 14 év óta veszi észre hasa növekedését, a mi az utóbbi években rohamos. Bő vérzéssel időközökben menstruál. Felvételnél a 116 cm. körfogatú hasban többosztatú, részben tömött, részben fluctuáló óriási daganatot találnak, mely a medenczébe is benyomul; mellette a méh nem tapintható. Diagnosis: Fibroma cysticum. Laparotomia (30 cm. hosszú seb). Az egész daganat subperitonealis és pedig a magasan felhúzott hólyag és a hátra-balra tolt méh közé volt beékelve; kiválasztása igen nehéz; a hólyaggal oly erősen össze van nőve, hogy leválasztás közben az 7 cm. szélességben átszakad. Hátul a tumor a méhtestet szabadon hagyja, de a cervix mellső fala feloszlik a daganatban. Az art. uterina lefogása után a cervixet átmetszve, sikerült a daganatot kiemelni. A vérzés ideiglenes csillapítása és a hólyagseb zárása után az óriási sebűrt úgy zárják ki a peritonealis űrből, hogy a tokot dohányzacskó módjára összehúzzák, borítva így a csonkot is.

Beteg már a daganat kifejtése közben collabál. Az aethernarcosist abbahagyják s moschusinjectiók, majd hypodermoklysis mellett folytatják a műtétet. A tumor súlya *11 kg.* A hasseb zárása után órákig kellett a nőt excitálni. Zavartalan gyógyulás; hólyag tökéletesen működik.

2. 28 éves III P. utoljára 1½ év előtt. Menstruatio rendes. Már 2-dik szülése után észrevette, hogy hasa szokatlanul nagy maradt; 3-dik szülése után orvosa méhdaganatot constatált. Felvételnél a 113 cm. körfogatú hasban egy alig rugalmas, több emberfejnyi, a bordaívet is emelő tumort találnak, mely mellett a mellső hüvelyboltozaton át jobb oldalon a méhet is jelezhetik. Diagnosis ovarialis tumor és subserosus fibroma között ingadozik.

Laparotomiánál a tumor teljesen subperitonealisnak bizonyul. A méh és rectum között akként fejlődött ki, hogy elől baloldalt a csipőtányér magasságáig felemelte a hashártyát, a méhet jobbra s előre tolta, hátul a bal lig. latum hátsó lemezét akként emelte fel, hogy a mesocolon alá kerülve, a colon descendenst s a flexura sigmoideát egészen jobbra s magasra helyezte, úgy hogy e képletek ivszerűen futnak a daganat felső jobboldali részén. A punctio eredménytelen, a mennyiben a tumor oedemás puha fibromának bizonyul.

Tokhasítás után fejtik ki a tumort, a kifejtés simán megy. A mélyben a tumor s a méh nyaki része közt bal oldalon egy gyermekkar vastagságú rövid kocsányt találnak, melynek lekötése és átmetszése után a tumor kiemelhető. Súlya *11½ kg.* A nagyobb méh ép adnexumaival megtartott, úgy hogy a vérző edények lekötése s a hasűr tisztogatása után a peritonealis tokot összevarrják a megnyitásnak megfelelőleg és így a nagy extraperitonealis sebűrt teljesen zárják és a hasűrben a normalis viszonyokat állítják vissza.

Lefolyás alatt nehány subfebr. hőemelkedés kiséretében a sebterületen plastikus izzadmány képződik, mely azonban gyorsan felszívódik.

A 3-dik eset Tauffer tnr. magángyakorlatából való. Egy a klimaxtól még távollevő betegnél már régebben észlelt Tauffer tanár egy nagy fibromát, melynek eltávolításába a beteg mindaddig nem egyezett bele, a míg az utóbbi időben súlyos lobosodás és erős vérzés erre nem kényszerítette.

Vizsgálatnál a több emberfejnyi daganat részben interstitialis és részben a cervixet kifejtő submucosus fibroma.

Hasmetszés. A tumort teljesen borítja a ránőtt cseplesz, ennek felválasztása után mindkét oldalon lefogják és átmetszik a lig. latumok lateralis végét, mellül átmetszve a peritonealis redőt, letolják a hólyagot. Az art. uterinákat megtalálni s lefogni a cervix erős kifejlettsége miatt nem sikerült s így nem maradt más hátra, mint rámetszeni a tokot képező cervicalis falra s így kihámozni a tumornak cervicalis részét. A nagy vérzést sikerül már most a nagy erek lekötésével megszüntetni.

Minthogy kedvező csonkot képezni nem lehetett, totalexstirpatiót végeznek. Tumor súlya 10½ kg. Zavartalan gyógyulás.

Méhrepedés gyógyult esete.

Erdey Gyula: N. P., 34 éves, V P. Péczelről szállíttatott be a klinikára f. hó 3-dikán hajnalban. Előző szülések és gyermekágyak rendesek. A szülőtevékenység 2-dikán reggel kezdődött; burok ½5 órakor délután repedt meg, midőn a magzat karja előesett. Orvosai a szülés gyorsítására cseppeket adtak be. Beszállítása közben fájásai hirtelen megszüntek.

A nő halvány, arcza beesett, légzése felületes, szapora, pulsus 120. Gyengén fejlett, középtermetű, medenczéje rendes. Külső vizsgálatnál részint a nő nyugtalansága, részint a hasfalak feszülése miatt méhet és magzatrészeket tapintani nem lehet. Magzati szívhangok nem hallhatók.

A szeméremrésből az erősen duzzadt, kékesen elszinesedett bal kar lóg ki. A szeméremrésben van a váll. A nyak könnyen elérhető jobb oldal felé, a hol a fej is van. Hát előre néz.

Vizsgálat közben vérzés indul meg. Nem zárkózhatván el a ruptura gyanujától, a szülést decapitatióval fejezi be narcosis nélkül. A lepény közvetlenül a fej eltávolítása után született meg. Műtét alatt és még inkább utána a vérzés fokozódott.

Műtét után belső vizsgálatnál a méh alsó szakasza egy tág, petyhüdt, vékonyfalú zsákot képez, melyet felül a contractionalis gyűrű határol; a zsák mellső falán egy mellül a középből kiinduló, 10—12 cm. hosszú, sarló alakú repedés van, mely haránt irányú és melynek egy a jobb commissurába behatoló ága is van. *Ezen* repedésen át egy másik űrbe jutunk, a leválasztott hólyag és méh közé.

Azon körülményből, hogy beleket seholsem tapinthatunk, következik, hogy a ruptura nem áthatoló, vagyis a hashártya ép. A repedés székhelye a cervix, a hüvelyboltozat felett.

Catheterizálásnál mérsékelt mennyiségű véres vizelet ürül, jeléül annak, hogy a hólyag nyákhártyája meg van sértve, bár nincs átszakadva.

A rupturát a II. klinika elvei szerint conservative kezelték, jodoform-gaze tamponaddal, elkészülve e mellett a laparotomiára is.

Az uterust lazán, a repedés helyét s a hüvelyt szorosan kitömve, a méhet a hasfalon át felemelik, anteflexióba hozzák, compressekkel rögzítik s a hasra nyomókötést alkalmaznak.

Beteg műtét után collabált, pulsus 130—140. Analeptikumokra az állapot megjavul.

Műtét után körülbelül 6 órával a tamponon át vér szivárog, pulsus 110—116. A vérzés okát keresve, a tampon egy részét eltávolítják, mire a vérzés megáll, tehát a túlságos feszes tampon volt a vérzés oka. Lazán tamponálnak, mire a vérzés megszünik.

A gyógyulást az első napokban meteorismus, hányás és véres vizelet zavarta; különben teljesen sima.

Jelenleg a betegnél a méh a középvonaltól jobbra van kihelyezve, fundus 2 ujjnyira a symphysis felett; mellette jobb oldalon resistentia tapintható. Hüvely succulens; a mellső hüvelyfalon felhatolva, egy éles szélű léczbe ütközik az ujj, mely sarló alakban fut a mellső hüvelyboltozattól jobbra a hátsó boltozatig. Hátul van a portio, jobboldalt commissura-repedés, mely felnyúlik egy granulált tölcsérszerű űrbe.

Ezen eset bizonyítja álláspontjuk helyességét, hogy a rupturákat palliative kezeljük.

Hasonló esetben 4 év előtt ugyanígy jártak el s a nő már két ízben spontan szült a terhesség végén.

Egy 3-dik esetben kétszer egymásután volt penetráló ruptura, a petét mindkétszer a hasűrből távolították el. A beteg később ovarialis tumor miatt laparotomiára került s ekkor a Douglasban láthatták a rupturák helyét.

Schultz Henrik: **Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- és gyógytanához** czímen előadást tart.

Polgár Zsigmond, ki tanuja volt Schultz működésének, megerősíti adatait.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1897. novemberi szakülés.)

1. **Révész Vilmos** dr. egy **sensorius aphasiában** szenvedő betegét mutatja be. A beteg október hó 25-dikén vétetett fel, a midőn saját lábán jött a biharmegyei közkórházba. Előrement apoplectikus roham után elvesztette beszélőképességét. A hozzá intézett beszédet nem érti, a kérdéseket nem fogja fel, de spontan képes szólni. Anatomiai gócza a betegségnek a haláltékgyrus hátsó részében van.

2. Ugyancsak **Révész Vilmos** dr. „**Casuistika az agydaganatok köréből**“ czímmel következő előadást tartja, bemutatva a megfelelő kórbonctani készitményt:

A mult év folyamán alkalmam volt e helyen 2 agydag kórbonczi készítményét bemutatni s az egyiknek hosszabb időn át észlelt kórtörténetét is előadni. A jól megészlelt kóresetek után, különösen, ha a bonczasztalon nagy érdekkel várjuk következtetéseink helyességét s abból jókora tanulságot merítettünk, azt hinnők, hogy egy adandó esetnél könnyebben fogjuk legyőzhetni a diagnostikus nehézségeket. Tényleg

azonban nem úgy van, mert a dag localisatiója nem könnyű, sőt igen gyakran lehetetlen megállapitani, vajjon az újképződmény az agyacsban fejlődött-e s innen indult az agyalap felé, vagy megfordítva. Csak annyit lehet mondani *Oppenheim* szerint, hogyha a hátsó koponyagödörben lefutó idegek hűdése hosszabb időn át áll fenn, complicatio nélkül az agyacs, pons, vagy a medulla részéről, úgy valószinű, hogy a koponya alapjáról indul ki a dag. Jelen esetünk ezen feltevést megczáfolni látszik. Bátor leszek tehát szíves elnézésük előlegezése mellett ismét egy agydaganatot bemutatni s a kórtörténetet röviden előadni.

I. István, 38 éves, nős, f. év junius havában vétetett fel először a biharmegyei közkórház belgyógyászati osztályára.

Kórelőzményileg csak azt tudja előadni, hogy felvétele előtt néhány nappal már rosszul érezte magát, szédült, mérsékelt fejfájása volt. Arcza erősen kipirult, jobb arczfél paretikus, beszéde vontatott, itt-ott egy szóbotlást árult el, mérsékelt fejfájását hol a homlok, hol a nyakszirttájon localizálta, kisfokú tarkómerevség, a fej kopogtatása nem fokozta a fájdalmakat, a garatban elváltozás nem volt, a bőrön a Trousseau-féle vonalak hosszabb ideig megmaradtak, has mérsékelten behúzódott, járásnál kissé szédült, 3—4 napig tartó hőemelkedése 39·0° C.-on alul maradt, érverés gyorsított.

Therapia nagy adag calomel, jalapával, jégzacskó a fej alá. Ezen eljárás láthatólag jól szolgált, mert a beteg jobban érezte magát s egy hét mulva saját kérelmére kibocsáttatott a következő állapottal: tarkómerevség megszünt, fejfájást alig érzett, de a jobb arczfélen csekély paresis még észlelhető volt, járása sem volt biztos. Bona fide felvettem, hogy egy trauma ment előre s ennek voltak következményei a meningitisnek tünetei. Erre egy eset kapcsán gondolhattam is; egy péklegény a vállán egy zsák liszttel hanyatt esett, koponyáját egy lépcsőhöz ütötte, osztályomon kétségtelen tüneteit mutatta a meningitisnek, 2 heti gyógykezelés után gyógyultan elbocsáttatott. I. István azonban kibocsátása után 3—4 héttel ismét visszajött, gyarapodva a kórtünetekben, úgy hogy betegsége rövid idő alatt óriási progressióval haladt előre.

Feltünő volt, ha jól fejezem ki magam, a pillantási hűdés (Blicklähmung), az arcz vörös, jobb fele hűdött, szájrés ferde, nyelv, ínyvitorla balra deviált, ínyvitorlák s a garat izomzata phonationál nem mozognak, nagyfokú dysarthria, nyálfolyás, folyadék gyakran regurgitál az orr felé, ízérzék megvan. A jobboldali dobhártya erősen belövelt, elődomborodott, erős fülzúgás, az óra ketyegését a fülhöz tartva sem hallja, a másik oldali ép. Fejfájása mérsékelt, hol a homlok, hol a nyakszirtre localizálja. Pupillák egyenlők, középtágak, fényre kissé renyhén reagálnak. *Waldmann* dr. kartársunk szíves vizsgálata alapján állíthatom, hogy a szemfenéken elváltozás nem volt található. Az érző körökben nem volt eltérés. Térdreflexek fokozottak, járásnál szédül, nagyfokú egyensúlyzavar, a bevett ételeket vagy italokat nem hányta ki.

Betegségének vége felé a progressiv bulbaer-hűdés tünetcsoportja mindinkább kidomborodott. Az arcz többnyire cyanotikus volt, sürűen jelentkeztek fuldoklási rohamok, teljesen lesoványodott, járni már képtelen volt, beszéde érthetetlenné vált, látási zavarai az utolsó időben sem voltak, végre egy fuldoklási roham alkalmával hirtelen bekövetkezett az exitus letalis.

Boncz lelet: agyburkok mérsékelten vérbők, könnyen lehúzhatók, az agy óvatos kiemelése közben, főképen a tentorium cerebelli megnyitása után egy, a jobboldali sziklacsonttal összefüggő, az agyacs jobb lebenye alatt levő, abban nagy homorulatot okozva, a pons és medulla oblongatához nyomulva, utóbbit csaknem összelapítva, sőt a foramen magnum felé lenyomuló, tyúktojás nagyságú, sárgás-pirosas áttetsző tömlős dag találtatott, mely kisujj vastagságú kocsányával a meatus acusticus internusból vette eredetét. A nyilás usurálva volt, kisujjal be lehetett jutni, a nervus acusticus ellapulva vonult végig a dag felületén. A nyúltagy átmetszése után mérsékelt hydrocephalikus folyadék ürült, ennek megfelelően a gyomrocsok ki voltak tágulva.

Tisztelt Szakülés! Midőn a beteg másodszor került észlelésem alá, világos lett, hogy habár első kórisménk meningitisre volt téve, mégis kezdeti szakát képezhette a tömlőképződésnek, sőt gyors növekedése igazolja is a partialis meningitikus processust. Természetes, hogy a hűdési tünetek az arczon, garatban, a nyúltagy táján lefolyó processusra irányították figyelmemet, előbb azt hittem, hogy bujakóros alapon fejlődő véredénymegbetegedés szolgáltatja a jelzett tüneteket, miért is inunctiót kapott, belsőleg jodkalit; hatása eredménytelen volt, sőt a bulbaerhűdés tünetei fejlődtek progressive, úgy hogy végre egy solid tumorra kellett gondolnom s kifejezést is adtam annak, hogy nem az agyacsban magában, hanem valószinűleg, miután a nyúltagyi idegek hűdése dominált, ennek szomszédságában kell lennie.

Gondoltam ezt azon okból, hogy sem hányás, sem pangási papilla nem volt jelen.

Gowers szerint a dolog természetén alapszik, hogy ezen agyidegek hűdése kétoldali, vagy legalább a baj fejlődése alkalmával egyik oldalról átterjedt a másikra, míg ellenben az egyoldalú nyelvgarat-gégehűdés különösen a nyúltagytól oldalt fejlődött agydaganatoknál észlelhető. És mégis, hogy jelen esetünkben teljes garathűdés volt, onnan magyarázható, hogy a nyúltagy körülete oly kicsiny s a belőle eredő idegek magvai oly közel fekszenek egymáshoz, hogy ezen dag nyomása elegendő volt, hogy azt létrehozza. De kimagyarázható azon nagy nyomásból általában, melyet ezen képletek a tentorium alatt fejlődő dagoktól elszenvednek.

A hátsó koponyaárokban fejlődő daganatok gyakran a hűdés körébe vonják az 5—12. agyi idegeket, sőt néha az oculomotoriust is, ezenkivül mutatkozhatnak jelenségek, melyek a pons, medulla s az agyacs sérüléséből származnak.

Oppenheim szerint az acusticusból eredő dagok symptomatologiája igen sokáig csak az egyoldali hallási zavarban van kifejezve, míg a többi ezen táji idegek és képletek zavarai csak később csatlakoznak hozzá.

A mi betegünk is panaszkodott már első felvétele alkalmával erős fülzúgásról, de ki gondolhatott még akkor ekkora tömlős dagra.

Az eset igen tanulságos volt, s azért tartottam érdemesnek a bemutatásra.

Berkovits Miklós dr. azt a kérdést intézi előadóhoz, hogy mily természetűnek tartja a dagot.

Előadó nem készített bár góreső készitményt, de úgy gondolja, hogy eredetileg sarkomatosus képlet volt, mely később lett cystikus. Az ilynemű daganatok localisatiója a therapia szempontjából is igen fontos, mert némely esetekben sebészi beavatkozás követheti a diagnosist. Jelen esetben természetesen ily beavatkozás czéltalan lett volna.

3. **Edelmann Menyhért** dr. „**Pleuritis pericardiaca bradycardiával**“ czímmel ismerteti egy esetét.

A beteg 20 éves férfi, ki 1897. évi szeptember hó 5-dikén egy átdorbézolt éj után egy hűvös reggelen, csaknem öntudatlan állapotban, részegen, szesztől és egyéb izgalmaktól felhevülten, került lakására.

Még ugyanazon napon érezte, hogy minden mélyebb lélegzetvételnél mellkasának bizonyos helyén szúrást kap. Előadó a beteghez csak két nap mulva hivatott, a midőn előadta, hogy minden mélyebb légvételnél mellkasa mellső felületének bizonyos, kis területre szorítkozó helyén, a sternum alsó harmadánál, annak bal szélénél, a mely hely a mediastinum és a szívburok jobb részének találkozási helye, szúró fájdalmat érez. Nyelésnél is az oesophagus alsó részének megfelelő részen, a nyelés mintegy fennakad és fájdalmat okoz. Ugyanitt a bal IV. és V-dik borda tapadásánál, hallgatózásnál a légzési és a szívmozgásokat követő, nem nagyon éles jellegű dörzszörej volt hallható. A dörzszörej a szivhangoktól független, endocardialis zörejnek nem tartható. Pericarditisre utaló dörzszörej sem lehetett, mert a szívburoklobnak minden physicalis jele hiányzott. Szívtompulat normalis volt, szívcsúcslökés rendes helyen. Tompulat a sternum felett hiányzott. Mellkasűrbeli izzadmány nem volt kimutatható. A beteg láztalan volt, ütér lökése erőteljes, telt, elég nagy hullámú, rhytmikus, de száma perczenkint csak 48.

A torok jelentéktelenül belövelt, a tüdők felett csekély hurutos jelenségek, olykor-olykor köhögés. A beteg feltünően nasalis hangon beszélt s ez szintén hirtelenül lépett fel, mint a felsorolt jelenségek a jelzett éj után. Garathűdés nem volt jelen.

A következő napokon az állapot szeptember 9-dikéig lényegesen nem változott. A beszéd tisztább lett, a nyelésnél érzett fájdalom gyengült, a légzésnél érzett szúrás keveseb. A dörzszörej is már gyengébben hallható s főkép egyik componense lép előtérbe, a légzési mozgásokat követve.

Szeptember 10-dikén az ütérlökések száma perczenkint csak 42 volt, a beszéd teljesen elvesztette nasalis jellegét, de mély légzésnél még csekély szúrás érezhető a sternum alsó részénél.

Két nappal később, szeptember 12-dikén, a dörzszörej már nem hallható, egyetlen kóros jelenség: csekély fájdalom mély légzésnél. Az ütérlökések száma perczenkint 60. A beteg elhagyhatta az ágyat.

A felsorolt jelenségek alapján, bár a beteg láztalan volt és pleuritikus izzadmány sem volt kimutatható, a betegséget pleuritis pericardiacanak kórismézte előadó. A nyelésnél fellépő tüneteket onnan magyarázza, hogy az oesophagus szomszédos lévén, a betegségbe belevonatott, a bradycardiat az itt lefutó n. vagus izgatása okozta.

A therapia: ágynyugalom, mustárpapirlap a szúrás helyére, azután Priessnitz-borogatások és salicylsavas natron fél grammos adagjai. A betegség hét nap alatt csaknem teljesen lefolyt.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

121/898. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál lemondás folytán az egyik **segédorvosi állás** megüresedett.

Felhivatnak ennélfogva mindazon egyetemes orvostudor urak, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy ebbeli szándékukat velem **f. hó 20-dikáig** irásban tudassák, mellékelvén összes okmányaikat és értesitvén engem, hogy ez állást egyelőre mint helyettesek f. évi október hó 1-től elfoglalni hajlandók-e?

Nagyvárad, 1898. évi szeptember hó 3-dikán.

1—1 *Dr. Fráter*, igazgató-főorvos.

3259/98. közig. sz.

Kolozs vármegye **gyalui** járásában a Gyalu — mint székhely — továbbá H.-Szamos, M.-Szamos, Lapistya, Magura, Marisel, N.-Kapus, K.-Kapus, Gésztrágy, Egerbegy, B.-Dongó, Gy.-Dongó, Gy.-Vásárhely és Pányik községeket magában foglaló közegeszségügyi körben a **körorvosi állás** üresedésbe jövén, ezen évi 500 frt törzsfizetés, 100 frt szállaspénz és a magánbetegek látogatása alkalmával a rendszeres látogatási díjakon kivül fuvarbér fel nem számithatásának kikötésével, 100 frt úti átalánynyal javadalmazott s e mellett a gyalui húsvágatási biztosi teendők végzesével megbizott is mintegy 100 frtot jövedelmező körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérésüket **f. évi szeptember hó 26-dikáig** alulirott járási főszolgabiróhoz adják be. A választást ugyanezen hó 28-án d. e. 9 órakor fogom megtartatni hivatalos helyiségemben; megjegyeztetvén, hogy a megválasztandó körorvos állását folyó évi október hó 1-én leend köteles elfoglalni.

Gyalu, 1898. évi szeptember hó 3-dikán.

1—1 *Biderman*, főszolgabiró.

2686/98. sz.

A nagym. m. kir. belügyminister úrnak 29,326—VIa. számú magas rendelete alapján Arad vármegye eleki járásbeli **Medgyes-Egyháza** községben szervezett **községi orvosi állásra**, melynek évi jövedelme, addig mig Medgyes-Bodzás községgel közösségben lesz, évi 300 frt, azon túl pedig évi 600 frt fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási díjak — ezennel újabbi pályázat hirdettetik és felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni kivánják, hogy az 1883. évi I t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket alulirt hivatalhoz **folyó évi szeptember hó 22-dik napjáig** nyujtsák be

A f. évi augusztus hó 23-diki választásra már beadott kérvények az újabbi választásra is elfogadtatnak.

A választás f. évi szeptember hó 24-dikén délelőtt 10 órakor Medgyes-Egyházán a községházánál fog megtartatni.

Elek, 1898. évi augusztus hó 29-dikén.

2—1 *Főszolgabirói hivatal.*

4670/898. szám.

Tok, Iltyó, Szelistye, Petris, Korbest, Rossia és Abersia községekből újabban alakitott **egészségügyi körben** a szabályszerű látogatási dijakon felül 600 frt évi fizetéssel, Lichtenstein Alajos herczeg iltyói uradalmi birtokos úr által évi 200 frttal és Ürményi Pálné szül. Vukovics Mária petrisi uradalmi birtokos úrnő által szabad lakás és évi 32 köbméter tüzifa járandósággal; valamint a nevezett birtokosok kötelező nyilatkozataiban kikötött feltételekhez képest, alispáni rendelettel kinyerendő kézi gyógytár tartási joggal javadalmazott **petrisi körorvosi állás** a vármegye alispánjának f. évi julius hó 20-dikától 18,900. sz. a. kelt rendelete alapján betöltendő lévén, a választásnak Petrisen a körjegyzői irodában leendő megejtésére határnapul f. évi szeptember hó 20-dikán d. e. 10 óra tüzetik ki.

Felhivatnak ennélfogva azok, kik ezen állás elnyeréseért pályázni akarnak, hogy törvényszerűleg felszerelt kérvényeiket legkésőbb a választást megelőző **napon** ide nyujtsák be.

M.-Radna, 1898. évi augusztus hó 24-dikén.

2—2 *A főszolgabirói hivatal.*

13,305/98. al. sz.

A nyugdijazás folytán megüresedett **battonyai járási orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Pályázni kivánók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi szeptember hó 20-ik** napjáig Csanád vármegye alispánjánál nyujthatják be.

Ezen járási orvosi állomás 400 frt fizetéssel és 150 frt utazási átalánynyal van javadalmazva.

A betöltendő járási orvosi állomás székhelye mintegy 10,000 lakossal biró Battonya nagyközség.

Makó, 1898. évi augusztus hó 31-dikén.

2—2 *Alispáni hivatal.*

3484/898. eln. sz.

H.-M.-Vásárhely város szemkórházánál rendszeresitett évi 500 frt fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás élvezésével egybekötött **segédorvosi állásra** pályázatot nyitok s felhivom mindazokat, a kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitettségüket s eddigi foglalkozásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket H.-M.-Vásárhely város polgármesteri hivatalánál a **f. évi szeptember hó 15-dik napjának d. u. 5 órájáig** adják be.

A kinevezendő segédorvos állását a f. év október hó 1-én köteles elfoglalni, s egyelőre 2 évi időtartamra neveztetik ki, azonban ez idő elteltével újabbi 2 évre ismét kinevezhető lesz. Azok, a kik kórházi müködést igazolnak, előnyben részesülnek.

H.-M.-Vásárhely, 1898. évi augusztus hó 25-dikén.

2—2 *Kmetykó*, h. polgármester.

3479/898. eln. sz.

Szeged szab. kir. város törvényhatóságánál elhalálozás folytán megüresedett **alsótanyai III. ker. t. orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az 1886. évi XXI. t.-cz. 80. §-a értelmében főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő ezen kült. tiszti orvosi állással 800 frt fizetés, 300 frt lótartási átalány, 4 szoba, előszoba és megfelelő mellékhelyiségek, továbbá istálló, kocsiszin és jégveremből álló természetbeni lakás élvezete, valamint nyugdij és magángyakorlatra való jogosultság van egybekötve.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-czikkben előirt t. orvosi minősitettségüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat mélt. Kállay Albert főispán úrhoz czimezve, hivatalomhoz **f. évi szeptember 20-dik napjának d. u. 5 órájáig** nyujtsák be.

Szeged, 1898. évi augusztus hó 12-én.

2—2 *Polgármesteri hivatal.*

HIRDETÉSEK.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.
tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállit:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fővócsa darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.
Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Pilulae cinereae Kerpel.
Hatályos és kényelmes gyógykezelés bujakórnál.
Minden labdacs tartalmaz 0·05 cgrm. szinhiganyt. Adagolás: naponta 2 labdacs. 1 doboz ára (60 labdacs) 90 kr. Kisérletezés czéljából próbaküldemények ingyen.
Gyógyszertár a „FEHÉR SASHOZ".
BUDAPEST, V., Lipót-körút 28. szám.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcső- és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Kedélybetegek és morphinkórosok
a legszorgosabb ápolásban részesülnek
Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben
III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

Legjobb
étrendi és üditő
ital
Mattoni és Wille Budapest,
Mattoni Henrik Bécs
giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Tablettae Ferri protoxalati c. ars. Deér.
(Pro dosi 0·1 Ferr. protox. 0·0301 As.)
Chlorosis, anaemia eseteiben megbizható vasarsenkészitmény. A kis alakú tablettek ép oly könnyen lenyelhetők mint a labdacsok, de a gyomorban könnyen szétesnek s azt nem terhelik meg.
Egy üveg 100 drb. ára 1 frt.
Kapható minden gyógyszertárban.
DR. DEÉR ENDRE
gyógyszerészeti laboratoriuma.
Budapest, „Jó Pásztor" gyógyszertár
Soroksári- és Erkel-utcza sarkán.

Gyermek-sanatorium Abbaziában.
Igazgató orvos: **Dr. Szegő Kálmán.**
Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus.

ANESON „ROCHE“

Név védve.

Egyetlen

teljesen méregtelen

helyi anaesthetikum.

Legjobb pótszer 2—2½% cocain-oldatnak.

Organo-therapeutikus készítmények „Roche“

Szárazon és tablettek alakjában.

Specialis czikk.

Aiodin, Linadin, Ovadin, Supradin.

N. B. Sz. Név védve.

SIROLIN Név védve.

az egyetlen készitmény, mely még a **legérzékenyebb betegeknél**, s kivált **gyermekeknél** is a tüdőgümőkór és idült hörglobok hathatós gyógykezelését kellemes szagú és jóizü orvosszerrel lehetővé teszi. Egy teakanál **SIROLIN** mintegy 0·40 Guajacolt tartalmaz **teljesen oldott és könnyen felszívódható kellemes alakban.**

Kapható a gyógyszertárakban.

Ára **3.20 márka = 2 frt = 4 frank** palaczkonként.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., Fabrik chem.-pharmaceut. Producte, BASEL (Schweiz) und GRENZACH (Baden).

Dr. Hainiss Géza egyetemi m.-tanár és **Dr. Pécsi Dani**-féle szabadalmazott sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII. ker., József-körút 41. szám.

Készítmények: Telefon. 51—60. szám.

I. Csecsemők számára való tej. A természetes anyatejet helyettesitő táplálék a csecsemők számára. A csecsemők korának megfelelő minőségben ugyanazon tej-édes savójával készítve, ötféle összetételben. **Minden egyes étkezésre való adag külön légmentesen zárt palaczkban, sterilizálva.**

A tej ára: I. számú tej, napi adagja (8 palaczk) --- 30 kr.
II—V. számú tej, napi adagja (8—6 palaczk) --- 40 kr.

II. Sterilizált teljes tej, elválasztott kisdedek számára. Ugyanezen készitmény adandó bélhurutban szenvedő gyermekeknek is. Ára: napi adag (6 palaczk) --- 40 kr.

III. Pasteurizált tej. Minden kórokozó csirától mentes, kitünő minőségü, tiszta, teljes tej, közönséges használatra, vagy oly csecsemők részére, a kiknek otthon készítik el „Soxleth“ szerint a mesterséges táplálékot.

Ára ¼ literes palaczkokban --- 6 kr.
½ „ „ --- 11 kr.
1/1 „ „ --- 20 kr.

IV. Gyomorbetegek részére könnyen emészthető, tápláló tej, pasteurizálva, úgy hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. Ára literenként --- 40 kr.

V. Tüdőbajosok részére, az illető betegek zsirvesztességét pótló rendkivül dús, tápláló erejü tej, pasteurizálva, úgy, hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. Ára literenként 40 kr.

VI. Édes savó, gyomor- és tüdőbetegeknek, pasteurizálva. Ára literenként --- 30 kr.

Házhoz szállítva, vagy helyben.

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre	— frt 30 kr.	1 phiola 20 egyénre	1 frt 20 kr.
1 „ 5 „	— „ 40 „	1 „ 50 „	2 „ — „
1 „ 10 „	— „ 80 „	1 „ 100 „	4 „ — „

Oltóoszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket posta fordultával expediálunk.

Sürgönyczim: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

Klimatikus gyógyhely német Déltirolban.

Évad: szept.—junius.

Egyenes (háló-) kocsik **Bécs-, München-, Lipcse-Berlin-** és **Budapestről.**

MERAN

(Meraun, Obermais, Untermais, Gratsch.)

Kiváló szélcsendes téli állomás, gyönyörü fekvés. Kivált légzési szervek bajai, idegbántalmak és görvélykór számára alkalmas. Minden kényelemmel ellátott pensiók és privátlakások. **Oertel-féle terepkúrák.** Jeles orvosok. Pneumatikus fülkék. Komprimált levegő belégzés Mathieu szerint, só, ásványviz és orvosság, pára-belégzések. **Ozon** és **Lignosulfit** inhalatiók. Felszerelt fürdő. **Szénsavas fürdők, szőlőssavó-** és **ásványviz-kúrák. Hygienikus** és **óvórendszabályok** szigorú felügyelete.

Jó iskolák. Katholikus, protestáns, orosz, angol és izraelita isteni tisztelet. Színház, hangversenyek. Lawn-Tennis és Croquet játszóterek. Nagy fedett sétahely. Látogatás 12,000 beteg, 10,000 tourista.

Előrajzok ingyen. **A gyógybizottság.**

Saxlehner András. cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánltatik.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utczai villamos vasút mentén.)

Ujonnan épült, minden comforttal és gyógyeszközzel ellátott magángyógyintezet. Felvétetnek barmily gyógyszakmába vágó betegek. — Gyógykezelés kivánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi felügyelet. Kitünő ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható elörehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenkettedik évfolyam. 38. szám. *Budapest, 1898. szeptember 18.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

Erzsébet királyné †

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 458. l.

Lengyel Loránd: Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.). A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán. 459. l.

Huber Alfréd: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról. Gonorrhoea recti. 462. l.

Tárcza. *Walla Béla*: Gynaecologia Amerikában. 464. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Gumprecht*: Die Technik der speciellen Therapie. — *Lapszemle. Schwarcz*: Thiocol, új gyógyszer tuberculosis ellen. 465. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az Országos Közegészségi Tanács ülése. — A főváros egészsége. — Külföldi egyetemek. — Vidor Zsigmond dr. — Adakozás a Semmelweis-féle emlékre. — Megjelent füzetek. — A budapesti Császárfürdő személyforgalma. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Sarbó Arthur dr. — Kuthy Dezső dr. — Baumgarten Samu dr. — Üzletnagyobbítás.. 466. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Erzsébet királyné †

Abba a közgyászba, mely Erzsébet királynénk váratlan és megdöbbentő körülmények között létrejött halála alkalmával mély bánatba borította úgy az uralkodóházat valamint az egész országot, beleolvad a magyar orvosi rendnek őszinte és szívének legbensőbb rejtekéből fakadó fájdalma is.

A koporsót, mely a felséges halott hült tetemét takarja és a melyet a magyar nép millióinak nemcsak a példátlan tragikusan lefolyt élet iránt való természetes szánalomból, hanem a boldogultat már életében körülvevő és egyetemes nemzeti érzéssé vált közszeretetből eredő osztatlan keserve kisér örök nyugvó helyére, a mi soha el nem muló hálás emlékezésünk is bánatosan követi.

A könycsepp, melyet az Ő élete boldogságának tetőfokán, harmincz év előtt, 1868-ban az Ő szép szemeiből a magyar orvosi rend akkori nagy halottja, Balassa iránt való tisztelet fakasztott, Magyarország orvosainak szemeiben mostan százszorosan sokszorozva csillan elő, hálás emlékezetéül annak, hogy Ő volt a trón magaslatán talán a legelső, ki tényleges kifejezést adott a magyar orvosi rend iránti becsülésének és bizalmának azzal, hogy rendünk elhunyt két nagyjának, Balassának és Bókainak a magas udvar itt tartózkodása alkalmával orvosi segítségeit fenséges családja számára mindig igénybe vette és ezáltal, valamint azzal, hogy kórházainkat, betegápoló intézeteinket nem egy alkalommal meglátogatta, tanubizonyságát adta, hogy egyéb kulturális intézményeink mellett humanistikus és orvostudományi törekvéseinket is magas figyelmére méltatja és országunk ez irányban való fejlődését is fenkölt figyelemmel kiséri.

Ha az egész ország, az egész birodalom, sőt az egész művelt külföld önként feltörő egyetemes részvétele szeretett királyunknak az Őtet és a királyi házat ért nagy csapásban képes leend némiképen vigasztalásul szolgálni, legyen a vigasztalások eme tengerében legalább egy csepp a magyar orvosi rend mély fájdalmának önként támadó megnyilatkozása is.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos N.-Becskereken.

A törvényszéki orvosi működési kör orvosi szempontból elég változatos, mert a legkülönbözőbb esetek kerülnek az orvosi észlelés alá. Tekintve azt, hogy a vidéki törvényszéki orvos állandó szakértője az igazságszolgáltatás első fórumának, a fennálló intézkedések hiányossága daczára mégis számos fontos bűnügyi vizsgálatba a törvényszék orvos szakértője befolyhat, tekintve továbbá, hogy a törvényszéki orvos elsődleges vizsgálatot úgy élőkön (elmebeli állapotok megfigyelése, sérülések és egészségi állapotok megvizsgálása), mint hullákon (boncolások vezetése) végez, valamint a mások által nyújtott elsődleges vizsgálati adatok alapján akár szóbelileg (végtárgyalás) akár irásbelileg (felülvélemény) nyilatkozik, a működési köre ennélfogva oly változatos, hogy az orvostudomány összes ágait felöleli.

Ilyen szempontból megitélve tulajdonképeni különálló törvényszéki orvostan nem is létezik, hanem a törvényszéki orvostan csakis az orvosi tapasztalatoknak az igazságügy czéljaira való applikálásában áll. Ezzel nem azt akarom mondani, hogy talán az orvosi tudomány alá volna rendelve az igazságszolgáltatásnak, hanem csakis azt akarom ezzel jelezni, hogy az egész törvényszéki orvosi működés abból áll, hogy az orvosi tudomány vívmányait az adott, kinálkozó esetben felhasználjuk s az orvosi adatokat oly módon nyújtsuk, hogy véleményünk a laikus biró előtt érthetővé, számára hozzáférhetővé legyen s hogy ezek alapján az igazságszolgáltatás czéljaira orvosi adataink kellő mérlegelés mellett felhasználhatók legyenek. Ezen szempontból kiindulva minden orvos képes a törvényszéki orvosi működésre, ha a fenti czélnak megfelelni igyekezik és mégis, mert éppen nyilatkozatainkban az igazságszolgáltatás czéljaihoz alkalmazkodnunk kell, a törvényszéki orvosi eljárás bizonyos routinet igényel, bizonyos jártasságot követel az igazságszolgáltatás eszközei közepette s innét van az, hogy nem minden jó orvos egyúttal jó törvényszéki orvos, mert a törvényszéki orvostan az efféle casuistikus esetek gyüjteményéből áll és az ezekből vont következtetések, tanulságok képezik az irányelvet a törvényszéki orvos eljárása számára.

Tehát a törvényszéki orvosnak törekedni kell arra, hogy leletei helyesek, leirásai hivek, részletesek s minden körülményre kiterjedőek s hogy az ezekből vont következtetések (vélemények, felülvélemények) korrektek, világosak, meggyőzők és a laikus előtt is érthetők legyenek.

Az esetben, ha ezen követelményeknek megfeleltünk, vagyis, midőn nyilatkozataink meggyőzőek, csakis akkor számithatunk arra, hogy azok az igazságszolgáltatás körül érvényre fognak jutni. Igaz ugyan, hogy a törvényszéki orvos nyilatkozatai, véleményei épúgy, mint a többi szakértők véleményei a biróság részéről szabad mérlegelés tárgyát képezik s a mennyiben nem elég világosak, érthetőek, úgy pótlás végett kiadatnak, ha nem elég meggyőzők, mellőztetnek, vagy pedig ha a kiderített tényállással nem egyezők, bizonyító erejöket elvesztik.

Eltekintve azon hibás leleteinktől és az ennek alapján támadt hibás következtetéseinktől, melyek talán néha vizsgálati eszközeink hiányosságából, vagy a körülmények complicált volta folytán az esethez való nehezebb hozzáférhetőség következtében támadnak s igy ezen hibás leleteink a birói eljárás számára nyugodt, szilárd támpontot nem nyújtanak, általában azt mondhatjuk, hogy helyesen indokolt nyilatkozataink s a kellő alapossággal indokolt véleményeink kellőleg méltányoltatnak és méltányoltatnak eklantánsabb módon akkor, midőn nyilatkozataink meggyőző volta alapján a bünvádi eljárás beszüntettetik. Ilyenkor úgyszólván szemeink előtt látjuk rövid idő alatt lefolyni az egész bűnügyi esetet.

Csak előnyösnek mondhatjuk azon intézkedést, hogy nyilatkozatainkat, véleményeinket a biróság részéről felmerült többrendbeli kételyek esetén egy szaktestület felülbirálja (igazságügyi orvosi tanács), a mely szaktestület véleményünket korrekt volta esetén megerősiti, vagy ellenesetben megdönti. Első esetben erkölcsi megnyugvást találunk, hogy helyesen jártunk el, helyesen formuláztuk adatainkat és az abból vont következtetéseinket.

Tény, hogy mindezek daczára orvosszakértői véleményeink néha mellőztetnek, de azon csodálkozni nem lehet, mert birói itélet hozatalnál az orvosi adatokon kivül sok más körülmény is mérlegelendő, a mely körülmények esetleg elnyomják a leghelyesebb orvosi nyilatkozatot is s e tekintetben még leggyakrabban láthatjuk, hogy a tettesek elmebeli állapotára vonatkozó nyilatkozataink mellőztetnek elég sokszor, mert e téren a biróság a személyes impressióit sokszor többre becsüli, mint a szakértői bármily helyes nyilatkozatot.

Ezek szerint a törvényszéki orvosi működés befejezésével a bűnügy maga befejezve nincsen, mert az orvosi nyilatkozat is a végeredményben csak egyik vizsgálati adat, az igaz, hogy legtöbb esetben az alapvető adat, de mégis az által, hogy a vizsgálat folyamán felmerült egyéb adatok eredeti nyilatkozatunk pótlását igényelhetik, másrészt orvosi felülbirálat tárgyává tehetők, végül is a bűnügy a jogerős itélethozatal czéljából rendszerint az igazságszolgáltatás három forumát végig járja, szóval orvosi ténykedésünk elbirálása annyi retortán megy át, hogy csakis a végérvényes jogerős itélet alkalmával látjuk, minő súlya, hordereje és befolyása volt nyilatkozatunknak az ügy menetére a végérvényes jogerős itélethozatal miveletére.

Ezen okoknál fogva orvosi szempontból is érdekes figyelemmel kisérni a bűnvizsgálat eseteit egész a végleges itéletnek jogerőre való emelkedéséig, mert csak igy tudjuk meg, hogy nyilatkozatainknak minő horderejük volt a bűnügy menetében s mennyire volt véleményünk az itéletek hozatala alkalmával irányadó.

Az alábbiakban néhány ilyen úgy orvosi, mint jogi szempontból érdekes esetet kivánok közölni, a melyekben az orvosi nyilatkozatok a bűnügy menetében irányitók vagy alapvetők voltak. A bűnügyi esetek lefolyásának ilyen szempontból figyelemmel való kisérése ép oly érdekes az orvosra, mint bármely betegség lefolyásának orvosi megfigyelése, mert ép úgy, mint a betegség lefolyásánál az orvosi ténykedésünk, a gyógykezelés, befolyását a betegség menetére megfigyelhetjük, ép úgy itt is a bűnügyi menet során ténykedésünknek arra való befolyását figyelhetjük meg.

I. Súlyos testi sértés büntette. Magzatelvetélés.

R . . . község előljáróságától 189 . . évi deczember hó 20-dikán azon jelentés érkezett a nagybecskereki kir. törvényszékhez, hogy St. M. r . . . i lakost terhes állapotában J . . . E . . . és B . . . K . . . megverték s ennek következtében magzatát veszitette, miért is utóbbiak ellen a súlyos testi sértés bűntette miatt vizsgálat indittatott.

A nagybecskereki kir. törvényszék vizsgáló birájának 189 . . deczember hó 20-dikán 5228/bftő. szám alatt kelt felhivására St . . . M . . . r . . . i lakost lakásán megvizsgáltam s rajta a következőket találtam:

Előzmény: St . . . M . . . előadja, hogy ő már több év óta vadhazásságban él s ezen idő alatt 8 izben volt terhes. Hét izben érett életképes egészséges élő magzatot szült, kik közül 5 részint még csecsemő korában, részint 1—2 éves korában halt el. Két gyermeke jelenleg is él. Mostani terhessége folyó évi április hó óta állott fenn s úgy ezen terhessége, mint az előzők rendes lefolyásúak voltak mindaddig, míg körülbelül 3—4 hét előtt J . . . E . . . és B . . . K . . . oly módon bántalmazták, hogy fejét, karját bottal verték és hasát egy üres korsóval és bottal egyszer megütötték, mely időtől fogva hasa fájdalmassá lett s másnap vérzés is indult meg rajta olyannyira, hogy 3 napig ágyban kellett feküdnie, mire a vérzés bár gyengült és a fájdalom is csökkent, de teljesen sem a vérzés, sem a fájdalom meg nem szünt. A magzatmozgásokat mindazonáltal még érezte a szülés előtt egy hétig, mely időtől fogva a magzat mozgásait már többé nem érezte. St . . . M . . . deczember 17-dikén este szülőfájdalmakat kapott s az éj folya-

mán holt magzatot szült, mely koraszülött volt és a maceratio tüneteit mutatta. A méhlepény a szülés után közvetlenül eltávozott s azon rendellenesség észrevehető nem volt. A szülés maga rendesen folyt le. A szülés óta is még fáj a hasa a bántalmazás helyén.

Vizsgálat: A megvizsgált nő 29 éves, kisebb termetű, rosszul táplált, bőre sárgás, vérszegény. Izomzata petyhüdt, csontrendszere ép. Légzés, érverés és hőmérsék szabályos.

Az emlők férfi ökölnyiek, tömöttek, mirigyes tapintatúak, nyomásra tejet ürítők. A bimbóudvar nagy, barnásan festenyzett, a bimbók kiemelkedők. A has tágult, petyhüdt, rajta régi terhességi hegek. A szeméremdomb sűrű barna szőrrel fedett. A nagy szeméremajkak vastagak, duzzadtak, a kis szeméremajkak a nagyok közül kinyomulnak barnás-vörös duzzadt léczek alakjában. A szeméremrés nyitott tág, a hátsó szeméremeresztéken berepedés nincs. A hüvelybemenet úgyszinte a hüvely tág, a kéz négy ujja számára könnyen átjárható, a hüvelyből véres savós, zavaros kifolyás. A méhszáj harántrésalakú, a mutatóujj számára könnyen átjárható, a méhajak régibb keltű hegesedett berepedéseket mutat, a méh nagy, petyhüdt, a fandomb felett a hasfalon keresztül egy ökölnyi tömött képletként kitapintható. A megvizsgált az állitólagos sérülés helyén a has bal oldalán a bordaív alatt székelő fájdalmakról panaszkodik, de sem ottan, sem a has egyéb helyén sérülés nyoma nem látható, ép úgy nem, mint az állítólag sérült karokon és kezeken sem.

A megvizsgálton semminemű alkati vagy szervi baj nincsen jelen, a mely az önkéntes elvetélést illetve koraszülést okozta volna.

Kórisme: Szülés utáni állapot, rendes lefolyású gyermekágy.

Vélemény: A megvizsgálton talált állapot beigazolja azt, hogy a megvizsgált rövid idő, nehány nap előtt szült s ezek szerint az egyúttal vizsgálat tárgyát képezett halva és korán szült magzat tőle eredhet. A gyermekágy rendes lefolyású, úgy hogy a megvizsgált nő, a mennyiben utólag nála még fertőzés be nem áll, a szokott idő alatt ismét munkaképes lesz.

A megvizsgálton ép, szabályos alkotású nemi szervek mellett semminemű alkati vagy szervi elváltozás nem találtatott, a mely a magzat időelőtti, a méhben való elhalálozását és időelőtti kiküszöbölését, szülését okozta volna, másrészt a nő azelőtt 7 izben rendes lefolyású terhesség után normalisan szült, igy a jelenlegi koraszülés csakis onnét eredhet, hogy a méhlepény idő előtt levált, a mit a nőnél a szülés előtti időben beállott fájdalmakkal járó, bár gyér, de rendellenes vérzéseken kivül, a magzat bonczolása is beigazolt, a mennyiben a magzat macerálva született, a melynek foka okvetlen azt bizonyitja, hogy a magzat legalább egy hétig még holtan volt bent az anyaméhben, a mi megegyezik a nő azon állításával, hogy a magzatmozgásokat a szülés előtt egy hétig nem érezte, bizonyítja továbbá a méhlepény időelőtti leválását a magzat bonczolása az által is, hogy a magzat a méhlepény időelőtti leválása folytán nem tápláltatott, miáltal még a méhűrben reflectorice lélegzett, mert a légtelen tüdők mellhártyája és szivburok zsigeri lemezén vérömlenyek voltak és a tágult gyomorban lenyelt magzatvíz találtatott. Szóval a méhlepény időelőtti leválása következtében a magzat még a méhben megfuladt és rothadni kezdett és végül megszületett. Hogy ezen méhlepényleválás és következményes koraszülés az előrement állitólagos bántalmazással, melynek jelenleg semmi nyoma nincsen s csakis a subjectiv panaszokban nyer kifejezést, összefügg-e, biztosan ki nem mutatható, de valószinű az összefüggés az által, mert a bántalmaztatás után közvetlenül megindult a vérzés és megkezdődött a fájdalmasság, és másrészt a szervezet semminemű oly elváltozást nem mutat, mely a méhlepény időelőtti leválását előidézte volna és továbbá a nő többi terhességei rendes lefolyásúak voltak. Mindezekhez még megjegyzem, hogy a méhlepény időelőtti leválása beállhat ilyen rosszul táplálkozó, sovány és nehezen dolgozó nőknél, mint a minő a vizsgálat tárgyát képező nő és önként is, mert ilyen gyengült szervezet mellett a méhmagzatot mint felesleges, az anya szervezetének rovására táplálkozó terhet, a méh önként is kiküszöböli, a mi több izben szülőknél könnyebben is megy, mint első izben szülőknél.

A súlyos testi sértés bűntette miatt J . . . E . . . és B . . . K . . . r . . . . i lakosok ellen megindított bűnvizsgálat folyamán, kihallgatott két tanú beigazolta St. M. bántalmazását, másrészt a bántalmazott nő előadásával szemben a szintén kihallgatott férje bemondása szerint a nő a bántalmazásról és a vérzésről nem panaszkodott, de rajta a vérzéseket nem is látta, másrészt a nő nem is betegeskedett, csakis a szülés előtt nehány nappal. Ezeknél fogva az ügyészi inditványnyal egyezőleg a kir. törvényszék azon indokolással, hogy az orvosi vizsgálat szerint sem a koraszülött magzaton, sem az anyán sérülések láthatók nem voltak, másrészt, hogy a bántalmazásnak két tanúval való beigazolása ellenében a sérelmezett nő férje szerint a bántalmazás után nem vérzett, nem betegeskedett, végül pedig, hogy az eljárt orvosszakértő a vérzés bántalmazásból való eredését nem állítja minden kétséget kizáróan, de egyúttal azt is állítja az orvosszakértő, hogy a vizsgálat tárgyát képezett rosszul táplált, nehezen dolgozó nőnél az egész folyamat önként is támadhatott, *a bűnvizsgálati ügyet beszüntette* s a fenforogni látszó becsületsértési vétség elbirálása végett az ügyet 189 . . évi február hó 25-dikén kelt 615/bft. 189 . . számú határozatával a m . . . . i kir. járásbirósághoz áttette.

(Folytatása következik.)

Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.).

A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán.

Irta: *Lengyel Loránd* dr.

(Folytatás.)

Noorden[1] a diabetest a következőleg is jellemzi: „*Diabetes mellitus alatt betegséget értünk, melynél az organismus képessége: szőlőczukrot elégetni, betegesen alászállott.*“

Ennyit óhajtottam a diabetes mellitus theoriáját illetőleg megjegyezni. A mi a diabetes diaetetikus gyógykezelését általános szempontból illeti, erre nézve bátor vagyok röviden a következőket elmondani:

John Rollo[13] már a XVIII. század végén kimondotta, hogy a diabetikus betegekre a keményítő tartalmú tápszerek károsak és azért őket kizárólag állati tápszerekkel kell tartani. A diabetes diaetetikus gyógykezelésének ezen sarktétele — ha módosításokkal is — ma is érvényben van, sőt a *John Rollo* által tapasztalatilag megállapitott tényt a mai theoria magyarázni is képes. Mert — mint fentebb említém — tudjuk, hogy diabetesnél a czukorvizelés közvetlen oka a vérnek a rendesnél nagyobb czukortartalma, a hyperglykaemia. A hyperglykaemia pedig a szervezet czukorbontóképességének alászállásából és azon functio csökkenéséből származik, mely normalis viszonyok közt a czukrot más alakban a szervezet számára félreteszi. De másrészről azt is tudjuk, *hogy szervek, melyeknek functionalis képessége betegesen alászállott, szenvednek, ha fokozott munkára kényszerülnek.* (*F. A. Hoffmann.*[14])

Ez áll a diabetesre vonatkozólag is. *Itt a sejtek czukorátalakító és czukorbontóképessége szenvedett, azért a szénhydratok mérsékelt bevitele útján ezen functiók kimélendők.* Sőt újabban *Naunyn*[15] azt találta, hogy betegeknél, kik egy ideig szénhydratmentes koszton éltek, a glykolytikus képesség ismét növekedett. *Stricker*[16] a legfontosabb aetiologiai momentumnak diabetesnél a czukorbontó-készüléknek (Apparate) túlságos megerőltetését hosszabb ideig folytatott bőséges szénhydratélvezet által tartja. Hogy a hyperglykaemia magában véve káros a szervezetre, annak ellenálló képességét csökkenti, sőt az anyageserére magára zavarólag hat, eddigi ismereteink szerint igen valószinű.

Ismeretes dolog, hogy a szervezet czukorforrásai közé a bevitt szénhydratokon kivül a fehérje is tartozik (*Mering, Minkowski*[7]). Fel kell vennünk, hogy 100 gm. fehérjéből a szervezetben való széteséskor 45 gm. czukor képződik (*Minkowski*[7]). Diabetesnél ezen czukorforrásra is tekintettel kell lennünk. Azért nagy haladást jelentett a diabetes diaetetikus gyógykezelésében *Bouchardat*[17] eljárása, ki a bevitt tápszerekre nemcsak *minő-*, hanem *mennyiségileg* is tekintettel volt és igy a szervezet másik czukorforrásának szabályozására az utat megmutatta. Utána a tápszerek mennyiségbeli meghatá-

*

rozására *Cantani*[18] és *Naunyn*[19] fektettek nagy súlyt, holott *Pavy*[20] és *Seegen*[21] fehérjetáplálékot bármely mennyiségben megengednek.

Szóltunk már a táplálék két csoportjáról: a szénhydratokról és a fehérjékről. Hátra van még, hogy a harmadik csoportot is figyelembe vegyük. Ide tartoznak a zsírnemű tápszerek. Zsír diabetesnél kiváló tápszer és olyan, mely semmi egyébbel nem pótolható; zsír t. i. a glykosuriát soha nem növeli (*Cantani*, *Mering*,[22] *Weintraud*[23] stb.) és e mellett aránylag már kis mennyiség képes a szervezet caloriaszükségletét fedezni nagy égési melegénél fogva. A zsír fent jelzett tulajdonságainak jelentőségét már *Cantani* felismerte diabetesnél és ezért a fehérjenemű tápszerek bevitelének korlátozását és bőséges zsírtáplálékot ajánl. Mint már említettük, szükséges a fehérjefélék korlátozása egyrészről azért, mert a fehérjefélék a szervezet czukorforrásai közé tartozván, azok bevitelének mérséklésével a glykosuria rendesen csökken, mi azonban csak úgy tekinthető haszonnak, ha e mellett a szervezet erőbeli állapota nem fogy (erről a mérleg útján győződhetünk meg); de másrészről csupán fehérjenemű táplálékkal a szervezet caloriaszükségletét nem is fedezhetjük, mert annyi fehérjét, a mennyi erre szükséges, a szervezet a táplálékból assimilálni nem lévén képes, a szervezet súlybeli megfogyatkozása áll elő, mi ismét a szervezet kimerüléséhez és így a coma beállásához is vezethet. Ma a diabetes diaetetikus gyógykezelésének alapját tehát *a szénhydratok korlátozása, illetőleg kizárása, a fehérjefélék korlátozása és a bőséges zsírbevitel képezik.*

Igen súlyos esetekben, a midőn a legszigorubb hús-zsírdiaetára a czukor a vizeletből el nem tünik, egy-két napi éhezéssel a vizelet sokszor még mindig czukormentessé tehető, mely tényt *Cantani* a glykosuria megszüntetésére fel is használt; azonban ez kétélű fegyver, mert ilyenkor a szervezetnek caloriaszükségletét saját fehérjéiből kell fedezni és ennek árán az ilyen súlyos esetekben úgyis nagy mértékben igénybevett szervezet még jobban elgyengül, ez pedig legtöbbször még károsabb, mint a kisfokú glykosuria.

Ha a lehető legteljesebb fehérjeelvonás mellett annyi zsírt viszünk a szervezetbe, a mennyi az organismus caloriaszükségletét fedezni képes, akkor egyrészről az éhezéssel szemben a szervezet saját fehérjéinek szétesését megkimélvén és e szétesést a rendes minimumra reducalván, a beteget az elgyengülésnek csak igen kis mértékben teszszük ki és másrészről még kevesebb fehérje esvén szét mint éhezés alatt, a czukorképződést az éhezés alatt fennállónál is kisebbé tehetjük.

Noorden,* ki ez eljárást először a legutóbbi időben klinikáján alkalmazta és melyet — tekintettel arra, hogy a zsírok főzelékkel együtt adatnak — *főzeléknapoknak* nevez, még a legsúlyosabb esetekben is szép eredményt ért el vele. Nekem alkalmam volt e diaetával kezelt két ily súlyos esetet tanulmányozni és laboratoriumi vizsgálódásoknak alávetni. Mint látni fogjuk, az eredmények a fent jelzett theoriát igazolni fogják.

I. eset. A. B. 20 éves joghallgató, sz. Aachen. Betegségének kezdetét 1894-re teszi.

Az anamnaestikus adatokból a következőket emlitjük fel: szülei élnek; atyja kisebb méretű albuminuriában és glykosuriában szenved; különben családjukban diabetes, elhízás vagy köszvény nem fordult elő.

A beteg 1894-ben kezdte a diabetesre jellegző tüneteket észrevenni; betegségének kezdete óta a czukormennyiség 6%-ig is felemelkedett. Több izben volt már diaetetikus gyógykezelésnek alávetve.

Igen elgyengülten vétetett fel Noorden tanár klinikájára 1897. május 1-jén. (Lásd I. táblázat.)

Mint kitünik, ezen táblázat a vizelet részletes analysisének eredményeiből van összeállitva. Hogy ezen adatokat elbirálni lehetséges legyen, szükséges a beteg étrendjének és a Noordenféle főzeléknapoknak részletes ismertetése. Ez álljon a következőkben:

Május 1-jétől egész május 6-dikáig bevezetésképen a tulajdonképeni diaetához *vegyes koszt*, azonban a szénhydratok bevitelének korlátozása.

Május 6-dikán *szigorú hús-zsír-diaeta*, mely körülbelül a következőkből áll: *I. reggeli:* 200 cm³ thea 2 kávéskanál tejfellel; 150 gm. sonka, 2 lágy tojás. *II. reggeli:* 2 tojás 20 gm. szalonnával, 1 pohárka cognac, savanyú viz (Vichy). *Ebéd:* 200 cm³ húsleves tojással; 100 gm. sült hal 15 gm. olvasztott vajjal; 150 gm. pecsenye zöld főzelékkel (sós vízben főzve), bőven vajjal készítve; 20 gm. sajt 5 gm. vajjal; 60 cm³ fekete kávé czukor és tej nélkül; 3 deci vörös bor; szénsavas alkalikus víz (Vichy). *Uzsonna:* 100 cm³ thea, egy lágy tojás. *Vacsora:* 200 gm. hideg hús salátával (körülbelül 20 gm. oliva-olajjal); 2 sardinia; 3 deci bor szénsavas vizzel (Vichy).

Május 7-dikén mint az előző napon.

Május 8-dikán *„főzeléknap"*, vagyis a fehérjebevitel tetemes alászállitása, mondhatni megszüntetése és bőséges zsirbevitel. Étrend a következő volt: *I. reggeli:* fekete kávé czukor nélkül; 50 gm. pirított szalonna főzelékkel (15 gm. vajjal). A főzelékek közül azok, melyek arra alkalmasak (az ú. n. zöld főzelékek mint zsázsa, paraj, kelkáposzta, fejes saláta, endivia, spárga stb.) legczélszerübben húslevessel főzetnek meg és azután bőséges zsírral vagy vajjal készítettnek el. Az ú. n. zöld főzelékek szénhydratokat csak nyomokban tartalmaznak és nem nagy mennyiségű N-tartalmú anyagot (növényi fehérjét) foglalnak magukban, *II. reggeli:* 2 evőkanálnyi sesam-olaj cognac-kal. *Ebéd:* 100 gm. szalonna bőségesen főzelékkel (20 gm. vajjal); fekete kávé; 3 deci vörös bor. *Uzsonna:* 2 evőkanál sesam-olaj cognac-kal. *Vacsora:* 50 gm. szalonna főzelékkel (15 gm. vaj); 2 deci vörös bor.

Ime tehát nagyjából ez a főzeléknapok étrendje. Azért mondom, hogy nagyjából, mert ezen étrend nem lesz esetről esetre ugyanaz. Változhatnak az egyes ételek mennyiség tekintetében. Ha a beteg a zsirokat jól tűri, nagyobb adagok is adhatók belőlük; különösen pedig tekintettel kell lenni arra, hogy a test a szükséges caloria-mennyiséget megkapja. Erről még később szó lesz. De változhatnak minőség tekintetében is, még pedig úgy, hogy a főzeléknapok étrendjét (különösen tej) fehérjefélék vagy esetleg szénhydratok hozzáadásával kibővitjük. Igy keletkeznek a *„fél-főzeléknapok"*. Ezeknek alkalmazása akkor lesz szükséges, ha a beteg a teljes szénhydrat- vagy fehérjeelvonást rosszul tűrné, ha az gastrointestinalis zavarokat hozná létre, vagy ha az anyagcsere menetét veszélyes módon kizökkentené kerékvágásából (ha pl. a Gerhardt-féle Fe_2Cl_6 reactio igen erőssé válnék). E szempontok további részletezésébe itt bele nem bocsátkozhatunk.

Május 9-dikén mint az előző napon.
„ 10-dikén „fél-főzeléknap".
„ 11-dikén mint az előző napon.
„ 12-dikén szigorú hús-zsír-diaeta.
„ 13-dikán „főzeléknap".
„ 14-dikén mint az előző napon.
Május 15-dikén mint az előző napon.
„ 16-dikán „ „ „
„ 17-dikén „ „ „

Május 18-dikán mint az előző napon, azon különbséggel, hogy az I. reggeli után ebédig 2 óránkint 8 evőkanál sesam-olaj cognac-kal; ugyanígy ebédtől kezdve vacsoráig.

Május 19-dikén *I. reggeli:* 50 gm. szalonna főzelékkel. *II. reggeli:* 2 evőkanál sesam-olaj cognac-kal. *Ebéd:* 100 gm. szalonna főzelékkel. *Uzsonna:* 2 evőkanál sesam-olaj. *Vacsora:* 50 gm. szalonna főzelékkel.

Május 20-dikán ötször 50 gm. szalonna főzelékkel,

Május 21-dikén I. reggeli: 50 gm. hideg hús. II. reggeli, ebéd, vacsora: szalonna főzelékkel. Uzsonna: thea 1 tojással.

Május 22-dikén fél-főzeléknap, félhúskoszt.

Május 23-dikán I. reggeli: thea, 50 gm. hideg hús. II. reggeli: 2 evőkanál sesam-olaj cognac-kal. Ebéd: Bouillon 100 gm. hallal; 50 gm. szárnyas, főzelék. Uzsonna: 2 evőkanál sesam-olaj cognac-kal. Vacsora: 100 gm. szalonna főzelékkel.

Május 24-dikén mint az előző napon.

Május 25-dikén I. reggeli: thea, 50 gm. hideg hús, 1 tojás. II. reggeli: 50 gm. szalonna főzelékkel. Ebéd: Bouillon, 100 gm. hal, 50 gm. szárnyas bőségesen főzelékkel és 150 gm. áfonya. Uzsonna: 2 evőkanál sesam-olaj. Vacsora: 100 gm. szalonna főzelékkel.

Május 26-dikán mint az előző napon.
„ 27-dikén „ „ „
„ 28-dikán ismét főzeléknap.

Május 29-dikén I. reggeli: thea, 50 gm. hideg hús. II. reggeli: 50 gm. szalonna főzelékkel. Ebéd: 100 gm. hal, 50 gm. szárnyas. Uzsonna: 2 evőkanál sesam-olaj cognac-kal. Vacsora: 100 gm. szalonna főzelékkel.

Május 30-dikán mint az előző napon.

Május 31-dikén mint az előző napon. Uzsonára egy üveg diabetikusok teje.

Mint a táblázatból kitünik, ezen eset a súlyosabb természetű diabetikus megbetegedésekhez tartozik. Igaz ugyan, hogy a vizelet mennyisége és czukortartalma nem nagy, de tekintetbe veendő, hogy a beteg eddig is diaetetikus gyógykezelés alatt állott és a szénhydratok nagyobb méretű élvezetétől tartózkodott. Másrészről az eset súlyossága mellett még az erős Gerhardt-féle reactio, az ammoniak és aceton tetemes mennyisége és az erős balra csavaró-képesség is (mely β-oxyvajsavra enged következtetni) bizonyít, továbbá azon körülmény, hogy a beteg vizelete csak 12 napig tartó legszigorubb (lásd alább) diaeta mellett lett czukormentessé. E

* Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 1898.

I. táblázat.

Datum	24 órai vizelet-mennyiség cm^3-ben	A vizelet fajsúlya	Czukortartalom %-ban		Balra csavaró alkatrészek	24 órai nitrogen-kiválasztás grammokban	24 órai ammoniak-kiválasztás grammokban	24 órai aceton-kiválasztás grammokban	Gerhardt-féle vaschlorid-reactio	Testsúly kilogrammokban	Megjegyzés
			polarisatióval	Allihn							
30/IV—1/V	1550	1031	2·5	2·8	0·25	17·316	2·656	1·594	positiv	—	—
1/V—2/V	1980	1034	2·25	2·6	0·4	21·732	3·0159	1·442	positiv	—	—
2—3	2140	1032	2·1	2·47	0·4	20·3128	4·0309	1 7790	positiv	—	—
3—4	1330 ?	1031	2·6	—	—	14·896	3·1292	—	positiv	—	A vizeletből határozatlan mennyiség hiányzik.
4—5	1780	1034	2·8	—	0·3	18·334	4·957	1 4712	positiv	—	—
5—6	1580	1031	2·5	2·73	0·2	18·3153	2·9223	1·6963	positiv	—	—
6—7	1120 ?	1031	2·2	2·50	0 2	10·5056	1 5536	0·8549	positiv	62·2	Határozatlan mennyiség az előbbi napról szóló vizeletből az utóbbihoz került.
7—8	2700 ?	1035	2·7	3·10	0·4	27·216	4·1061	4·1508	positiv	—	
8—9	1470	1033	1·4	1·89	0·5	12·4773	3·2187	2·0609	positiv	—	*Főzéknapok.*
9—10	1240	1027	0·8	1·15	0·2	11·0062	3·1704	1·2100	positiv	—	—
10—11	1500	1032	1·5	1·76	0 25	13·104	2·6724	1·3103	positiv	63·1	*Félhúskoszt.*
11—12	2220	1038	2·7	3·01	0·35	22·4397	3·2003	2·5116	positiv	—	—
12—13	1830	1038	2·8	3·14	0·4	24 1852	3 3101	1·9985	positiv	—	—
13—14	1100	1036	0·8	1·32	0·2	12·2276	2·2140	1·2528	positiv	62 6	*Főzéknapok.*
14—15	1250	1030	0·3	0·55	0·3	10·630	1·9094	1·2147	positiv	—	—
15—16	1170	1028	0·3	0·44	0·3	8 2836	1·513	0·8899	positiv	—	—
16—17	1230	1029	0·14	0·448	0·25	8·4378	1·5557	1·0266	positiv	—	—
17—18	1280	1022	0·07	0·311	0·1	6·3436	1·2011	0·7412	positiv	65·2	—
18—19	1620	1017	—	—	0·1	5·4885	0·9033	0·8835	positiv	—	Nylanderrel nincs reductio.
19—20	1300	1022	—	—	0 2	5·5692	1·1492	1·0834	positiv	—	„ „ „
20—21	1950	1020	—	—	0·2	6·7704	1·6177	1·1804	positiv	65·5	„ „ „
21—22	1900	1019	—	—	—	7·0756	1·0336	0·9241	positiv	—	Nylanderrel nincs reductio. Éjjeli vizeletben 0·05% czukor. Aetherkénsav-meghatározás. A 24 órai vizeletben 0·6460 gm. $BaSO_4$-nek megfelelő mennyiségű aetherkénsav találtatott.
22—23	1750	1017	—	—	0·15	7·056	0·880	0·930	positiv	—	Nylanderrel nincs reductio. Phenilhydrazin-próba positiv.
23—24	1960	1016	—	—	0·2	9·3296	1·1062	1·0480	nyomokban	—	Phenilhydrazin-próba negativ.
24—25	1400	1022	—	—	0·35	9·8392	1·1233	1·2490	positiv	64·3	Nylanderrel nincs reductio. Nappali vizelet nem ad Fe_2Cl_6 reactiót.
25—26	1300	1028	0·1	0·33	0·25	11·7572	1·1232	1·006	positiv	—	*150 gm. áfonya.*
26—27	1500	1025	0·35	—	0·1	11 088	1·1628	0·4656	positiv	65·2	—
27—28	1470	1022	—	—	0·1	11·072	1·1634	0·3317	negativ	—	Nylander positiv. Phenil-hydrazin-próba erősen positiv.
28—29	1550	1027	—	—	0·15	11·8358	1·0329	0·3692	negativ	65·6	Nylander positiv. Phenil-hydrazin-próba positiv.
29—30	1500	1023	—	—	0·1	10·500	1 2036	0·4303	negativ	—	Nylander negativ. Phenil-hydrazin-próba positiv.
30—31	1400	1027	—	—	0·15	11·4856	1·3328	0·658	nyomokban	—	Nylander negativ. Phenil-hydrazin-próba positiv.
31/V—1/VI	1200	1027	—	—	0·15	10·920	—	0·5916	nyomokban	65·3	Nylander negativ. Phenil-hydrazin-próba positiv.

súlyos pathochemiai tünetekre kiegészítő keretül szolgál az általános kórkép objectiv és subjectiv tünetei: a beteg nagyméretű lesoványodása, gyengesége, erőinek nagyméretű hanyatlása.

Ezek után tehát az esetet valóban a súlyosabb diabetikus megbetegedésekhez kell sorolnunk.

Lássuk most a diaetával elért therapeutikus beavatkozás eredményét. A feladat az volt, hogy a vizeletet lehetőleg czukormentessé tegyük és ezt csakis a diaeta czélszerű megszabásával érhetjük el.

Minden diaeta megkezdése előtt czélszerű a beteget néhány napra szénhydratszegény táplálékra fogni (*Noorden*). Ezen esetben a beteg május 1-jétől egész 6-dikáig volt ezen szénhydratszegény táplálékon tartva. A beteg ezen idő alatt átlagosan 1500—2000 cm^3 vizeletet ürített 2·4—2·8% czukortartalommal. N-kiválasztás valamivel nagyobb a rendesnél, a mennyiben a napi 21 gm.-ot eléri. Ammoniak, aceton gm.-okban magas számokat mutat, úgyszintén a balra csavaró-képesség is. (V. ö. a polarisatio és Allihn-eljárással, mely a Fehling-féle titrálásnál pontosabb, talált eredmények közt való különbséget is.)

Május 6-dikán és 7-dikén a beteg fehérje-zsír-kosztot kapott a szénhydratok teljes kizárásával. A napi táplálóknak úgy kell összeállítva lenni, hogy az a testnek kilónként legalább 35 caloriát szolgáltasson, mert ennyire van a nyugalomban levő szervezetnek szüksége 24 óránkint, tehát erre a diaeta összeállításánál mindig tekintettel kell lenni, annyival is inkább, mert a diabetikus szervezet bizonyos mennyiségű

szénhydratot, mint reánézve hasznavehetetlen anyagot kiválaszt. Az itt alkalmazott hús-zsír-koszt kilónkint körülbelül 40 caloriát szolgáltatott, tehát a kivánalmaknak megfelelt. E két nap alatt a vizelet összetételében lényeges változás nem állott elő.

Május 8-dikán „főzeléknap". Álljunk meg kissé e pontnál. Tudjuk, hogy a fehérjék szétesésekor a szervezetben 100 gm.-ból körülbelül 45 gm. czukor képződik. Súlyos diabetes-esetekben fehérje-zsír-koszttal annyi fehérjét viszünk be a szervezetbe, hogy az abból képződő czukrot a szervezet elégetni nem képes és a vér hyperglykaemiája, illetve a glykosuria fenmarad.

Ilyen esetekben — mint már említve volt — éhezéssel a vizeletet még mindig czukormentessé tehetjük ugyan, de ilyenkor az úgyis nagy mértékben elgyengült szervezet az élet functióihoz szükséges energiát saját fehérjéiből szolgáltatja és ezzel a szervezetnek úgyis gyengült ellentállási képessége még jobban alászáll (lásd alább). *Az ú. n. „főzeléknapokon" a fehérjékből való czukorképződést leszállítjuk a fehérjenemű tápszerek majd teljes elvonása által, de másrészről a szervezetbe főzelékkel adott zsír alakjában annyi potentialis energiát viszünk, mely a szükséges 35 caloriát pro kilo — ha minden esetben teljesen fedezni nem is képes — legalább megközeláti és ez által a szervezet fehérjéinek szétesését megkíméljük.*

Május 9-dikére, tehát az első főzeléknap után a vizelet czukortartalma csaknem a felére csökkent, N-kiválasztás természetszerüleg kisebb, holott ammoniak- és aceton-kiválasztás lényeges változást nem mutat. Május 10-dikére, a második főzeléknap után a vizelet mennyiségének csökkenése mellett a czukor 1·1%-ig esett; a többi alkatrészek mennyiségében lényeges változás nem állott elő. Két félfőzeléknap és egy hús-zsírnap beigtatására ismét a kezdetbeni állapotok tértek vissza, a mennyiben a vizelet czukortartalma ismét a 3·14%-ot érte el; nitrogen-kiválasztás is tetemes, a mennyiben a 24 gm.-ot eléri. Az ekkor beiktatott főzeléknapra a vizelet május 14-dikén pathologikus alkatrészeinek mennyiségében lényeges csökkenést mutat. (Lásd I. táblázat.) Május 13-dikától egész május 21-dikéig tisztán zsírkoszt (főzelékkel, főzeléknapok). A vizelet, mely hús-zsír-diaetára kóros alkatrészeinek mennyiségében fogyni nem akart, sőt kis mennyiségű fehérjenemű tápszerre a pathologikus alkatrészek ismét emelkedtek (május 11-dikétől egész május 13-dikáig), ezen idő alatt lényegesen megváltozik összetételében. Május 19-dikén eltünik a czukor. Aceton-, ammoniak-kiválasztás nagy mértékben csökkent; nitrogen-kiválasztás kicsi (5—6 gm.), kisebb a normalis viszonyok közt élő emberénél. A balracsavaró alkatrészek 0·1%-ra csökkentek, mely körülmény a β-oxyvajsav mennyiségének csökkenéséről tesz tanuságot. A május 21 dikén kezdődő fehérjebevitelre, melyet azután fokoztunk, czukor a vizeletben meg nem jelent, a mi *a szervezet czukorbontóképességének javulását látszik bizonyítani.* Május 25-dikén 150 gm. áfonyával szénhydratokat vittünk a szervezetbe, melyre az rögtön czukorvizeléssel reagált. Néhány főzeléknap beigtatásával a vizeletet csakhamar czukormentessé lehetett tenni, sőt az aceton-kiválasztást 0·33 gm.-ra redukálni; a többi pathologikus alkatrészek is csökkenést mutattak, sőt a Gerhardt-féle $Fe_2 Cl_6$ reactio is negativnak bizonyult. Ezután a beteg ismét reátért a hús-zsír-kosztra, mely mellett e kedvező állapot fenmaradt.

Hogy ezen esetben az ú. n. főzeléknapokon nemcsak annyi potentialis energiát vittünk a szervezetbe, mint a mennyi az életfunctiók fentartására szükséges volt, bizonyítja azon körülmény, hogy a szervezetbe bevitt tápszereknek egy részét még felhalmozni is képes volt, mit ismét a testsúly növekedése árult el. Ebből még az is kitünik, hogy *még ily súlyos diabetes esetében is megvolt a szervezetnek képessége: zsírt felhalmozni.*

Megjegyzendő még, hogy e betegnél a főzeléknapok semmiféle gastrikus tünetet nem okoztak. Emésztés, étvágy mindig kifogástalan volt. A kúra végén a beteg nemcsak objective mutatott javulást, mondhatni relativ gyógyulást, hanem subjective is igen jól érezte magát: bágyadtsági érzete elmult, kedélye megjavult, életkedve visszatért.

A beteg a diaetetikus gyógykezelést a hygienikus eljárással támogatva használta.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról.

Gonorrhoea recti.

Huber Alfréd dr. kórházi gyakornoktól.

(Folytatás.)

1896-ban jelent meg Julliennek[1] e tárgyra vonatkozó egy újabb czikke, a melyből röviden a következőket közlöm: Julliennek vizsgálati eredményei megegyeznek főbb vonásaiban a később emlitendő Baernek észleleteivel, a melyek, mint azt nemsokára látni fogjuk és a mint azt már e helyen kijelenthetem, az én vizsgálataimmal is, legalább a főbb vonásokban egyeznek.

Jullien a rectalgonorrhoeának három jellegző tünetét irja le, úgymint: „la goutte", „la fissure ulcèreuse" és „le condylôme". „La goutte" alatt érti azon genyecsapot, a melyet rectalgonorrhoeások tükörvizsgálatánál a nyákhártyába ágyazva látott.

A „fissure ulcèreuse"-t a következőleg ábrázolja: „Elle se présente sous la forme d'une excoriation longitudinale, siégeante sur la paroi antérieure du conduct, souvent cachée au fond d'un pli et ne dépassant guère les limites de la région sphinctérienne". . . . . Jullien azt állitja továbbá ezen ulcerákról, hogy nem birnak tendentiával a továbbterjedésre és hogy a rectum-nyálkahártyán isolálva is találhatók.

A mi a Jullientől a rectalgonorrhoeára harmadsorban jellegző tünet gyanánt megnevezett „condylôme"-ot illeti, erre nézve ő a következőket mondja:

„Le condylôme est assez different de tout autre; généralement unique il est proéminent, allongé et mince, sa teinte est à peine rosée, luisante d'humidité; il est d'une mollesse extrême, comme le serait un petit morceau de linge et je dirai presque sans consistance. Nullement douloureux on peut, tant son tissu est souple et complète son insensibilité, le manier, le comprimer, le tondre sur sa base nullement infiltrée." Tovább pedig ezeket mondja: „Généralement sa production est liée à celle de la fissure dont par sa base il embrasse une extrémité qu'il recouvre et cache à la façon d'un capuchon de clitoris."

Jullien nem vizsgálta ugyan meg a fekélyeket szövettanilag, de azért mégis a gonorrhoeás folyamattal hozza azokat összefüggésbe, a mennyiben „ulcères blenorrhagiques"-ról beszél. Szerinte ezen „specifikus" fekélyek ulcus mollevel és syphilissel is lehetnek fertőzve. Innen származnak Julliennek következő elnevezései: „ulcère mixte blennochancrelleux" és „ulcère mixte blennosyphilitique".

Baer-nek[2][3] dolgozataiban nagyobb szabású statistika kapcsán látjuk bebizonyítva azt, hogy a rectalgonorrhoea eléggé közönséges megbetegedés. Ismétlem, hogy Baer adataival az én észleleteim is nagyban megegyeznek. Az ő statistikájával azonnal fogok az én eseteimmel kapcsolatban bővebben is foglalkozni. Csak azt emelem ki e helyen, hogy Baer is észlelte több izben Julliennek „goutte"-ját. Ugyancsak ő kisérelte meg a gonococcust a rectum váladékából kitenyészteni, kisérlete azonban negativ eredménynyel végződött. Azt hiszi, hogy a rectalgonorrhoea az eseteknek csak kis

[1] *Jullien:* Considérations à propos de la blénorrhagie ano rectale chez la femme. Lewin'sche Festschrift.

[2] *Baer:* Über die Rectalgonorrhoe d. Frauen. Deutsche medic. Wochenschr. 1896. Nr. 8.

[3] *Baer:* Weitere Beiträge zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe. Sonderabdr. aus der Deutsch. med. Wochenschr. 1897. Nr. 51. u. 52.

számában keletkezik coitus peno-analis impurus után; Poelchennek az előzőkben említett nézetét is elejti, a mennyiben egy esetében sem látott olyan elváltozásokat, a melyekből a gonorrhoeás váladéknak áttörésére, vagy a rectumnak más gonorrhoeás szervvel való közlekedése folytán keletkezett vegyes infectióra lehetett volna következtetni. Baer azonban e nézetét ugyanezen dolgozatainak egy későbbi helyén oda módosítja, hogy egy esetben volt alkalma complet végbélsipolyt látni, a váladékban typikus gonococcusokkal. Észlelte még ezenkivül a rectalgonorrhoeának két complicált esetét, a hol a végbélkankóhoz periproctitis társult. Baer tiz esetben látott a rectalgonorrhoea kapcsán a bőr és a nyálkahártya átmeneti helyén „ein oberflächliches, kahnförmiges Ulcus"; ilyet azonban oly egyéneknél is látott, a kik végbélkankóban sohasem szenvedtek; három ilyen ulcust számos készítményben szövettanilag végigvizsgálván, gonococcust egyben sem talált, úgy hogy Julliennel szemben tagadja e fekélyeknek gonorrhoeás eredetét; észlelte továbbá azt is, ugyancsak Julliennel ellentétben, hogy ezen ulcusok nagyon hajlandók a tér minden irányában tovaterjedni. Leirja ezenkivül az ulcusnak egy nemét, a melyet főnöke Herxheimer dr., „verandaformiges ulcus"-nak nevezett. A fistulával complicált (már említett) egyetlen esetében a kivágott fistula falzatát is megvizsgálta szövettanilag, a melyben typikus gonococcusokat talált. Látott végül egy esetben pararectalis menetet, a melynek váladékában ugyancsak megtalálta a specifikus mikrobát. A végbélstricturákat illetőleg említi, hogy ilyenek csak ritkán szövődnek a végbélkankóhoz; a therapiára nézve nem említ nagyon kecsegtető dolgokat.

Csak a teljesség kedveért említem, hogy én is közöltem 1897-ben[1] periproctitissel szövődött rectalgonorrhoeának két esetét. (Az általam közölt harmadik eset ugyanaz, a melyet a fentebbiekben, mint Róna tanár 1895-diki észleletét leirtam és a melyet említett dolgozatomban csak reproducáltam, de különben személyesen nem észleltem.) Két esetem egyikénél a fistula genyjében, másikánál pedig az abscedált periproctalis duzzanat váladékában sikerült a typikus gonococcusokat megtalálnom. Ugyanazon közleményemben hangsúlyoztam, hogy végbélkankó folyamán épen oly ritka a fekélyképződés, mint a mily ritkán észleljük azt a húgycső kankójánál; kiemeltem továbbá, hogy a végbélkankóhoz szegődő abscessusok egy része teljesen úgy fogandó fel, mint azon Jadassohn-féle pseudoabcessusok, melyeket a periurethralis kötőszövetben, a prostatában és a Bartholini-mirigyben észlelünk; utaltam arra, hogy a rectalgonorrhoea folyamán fellépő follicularitis és perifolliculitis a betegség prognosisára nézve igen fontos, mert valószinű, miszerint épen ezen esetek vezetnek a rectumnak nagyfokú stricturálásához; kiemeltem végül, hogy a végbélkankó aránylag igen gyakori betegség, mely az urethra kankós megbetegedésével teljesen analog folyamatot representál.

Ezzel befejeztem volna a rectalgonorrhoea aetiologiájának fejlődési történetét! Mindenekelőtt is azt látjuk abból, hogy míg a szerzők azelőtt inkább csak dilettantismusból foglalkoztak a végbélkankóval, addig az utóbbi években eszközölt rendszeres vizsgálatok segélyével már mindig jobban és jobban domborodik ki az a kép, a mely mindazon itt-ott leirt vonások összességéből áll, a mely a rectalgonorrhoeának, mint nosologikus fogalomnak megfelel. Ezen eredményt ne tulajdonitsuk azonban kizárólag az inkább *véletlenül felfedezett* egyes kóralakok behatóbb tanulmányozásának, de köszönjük első sorban *a rendszeresen keresett* kóresetek kritikai méltatásának, a mely rendszeres keresés azon meglepő eredményre is vezetett, hogy a végbélkankó kéjnőknél nagyon mindennapi megbetegedés.

II. Aetiologia.

Mint már említettem, Baer volt az első, a ki már nemcsak egyes eseteket registrált, hanem egész statistikát állitott össze oly betegekről, a kik a rectalgonorrhoea mellett húgyivarszervi gonorrhoeában is szenvedtek, és olyanokról is, a kik csak végbélkankósak voltak. Baer három statistikát közölt: Az elsőt az 1895-dik év második felében gyüjtötte, a mikor azt találta, hogy a végbélgonorrhoea az összes gonorrhoeás női betegek közül, az eseteknek 35·1%-ában és az összes venereás nőbetegek közül az eseteknek 22·6%-ában található; Második statistikájában az 1896. január 1-jétől junius 1-jéig megfigyelt betegeket registrálta, a mely fél évi gyüjtésének az volt az eredménye, hogy 129 venereás nőbeteg közül 86 gonorrhoeását, utóbbiak közül pedig 28 oly egyént talált, a ki egyszersmind rectalgonorrhoeában is szenvedett. Végbélkankót tehát az összes kankós betegeknek 32·5%-ában és az összes kankós betegeknek 21·7%-ában talált, vagyis körülbelül ugyanoly százalékban, mint első izben. In extenso Baernek csak harmadik és legutolsó, az előző kettőt is magába foglaló statistikáját óhajtom közölni, a mely a Herxheimer K. dr. vezetése alatt álló frankfurti kórházban, 1895. junius 15-dikétől 1896. deczember 1-jéig megfordult beteganyagra, tehát körülbelül egy és fél évi vizsgálatra vonatkozik. Bővebben azért kivánok ez utóbbival foglalkozni, mivel Baernek épen ezen statistikájával óhajtom az én statistikámat párhuzamba helyezni, a mely nem vonatkozik ugyan másfélévi, hanem csak nyolcz havi anyagra, de mégis elég nagy szabású, a mennyiben én az említett idő alatt összesen 533, tulajdonképen 566 beteget észleltem, míg Baernek másfélévi vizsgálatai összesen 770 betegre vonatkoznak. A mi a saját vizsgálataimat illeti, úgy én ezeket eleinte a szt. Rókus-kórháznak Róna tanár vezetése alatt álló XI-dik orvosi fiókosztályán 33 esetben és később a szt. Rókus-kórháznak, ugyancsak Róna tanár alatt álló V-dik osztályán végeztem, ezúttal már rendszeresen 533 esetben. Az előző vizsgálatokat 1897. április 1-jétől május 15-dikéig terjedő, tehát csak másfél havi, az utóbbiakat azonban az 1897. május 15-dikétől 1898. január 15-dikéig terjedő 8 havi időközben észleltem. E helyen (statistikai szempontból) csak az utóbb említett 533 (kéjnő) esetre terjeszkedem ki; a többi 33 esettel, a melyben végbéltükrözés is eszközöltetett, szintén fogok ugyan a későbbiekben foglalkozni, de csak annyiban, a mennyiben ezt az egyes specialis esetnek, egyik vagy másik szempontból való idézése megkivánja.

I. Statistika.

Az összes megvizsgált venereás betegek száma:

Baernél ($1^1/_2$ év alatt)	*Nálam* (8 hó alatt)
770	533

Ezek közül gonorrhoeában szenved összesen:

429 (55·8%)	318 (59·6%)

A gonorrhoeások közül, a rectalgonorrhoeában szenvedő betegek száma:

163 (38·2%)	78 (24·5%)

Vagyis az összes venereás betegek közül rectalgonorrhoeában szenved a betegeknek

21·2%-a	14·8%-a.

A mint tehát látjuk, a végbélkankóban szenvedő betegek száma mindkét esetben eléggé jelentékeny. Míg azonban Baer azt a gonorrhoeásoknak 38·2%-ában találta, addig én azoknak csak 24·5%-ában láttam; ezen aránykülönbözet még nagyobb, ha tekintetbe veszszük azt, hogy az én vizsgálataimnál nagyobb (59·6%) százalékban vannak az összes gonorrhoeások képviselve, míg e szám Baernél csak 55·8%-ot tesz ki.

A míg tehát Baer az összes venereás betegek közül minden ötödiknél, a gonorrhoeások közül minden harmadiknál észlelt rectalgonorrhoeát, addig én a végbélkankót az összes venereás betegek közül minden hetediknél és a gonorrhoeások közül minden negyedik betegnél diagnostizáltam.

Eredményeink tehát körülbelül megegyeznek és azt bizonyitják, hogy a végbélkankó aránylag igen gyakori megbetegedés. Azért mondom aránylag, mivel mindkettőnknek vizsgálati anyagát csak nők képezték és ezek közül is, Baer

[1] *Huber*: Über Periproctitis gonorrhoeica. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. XL. 2. u. 3. Heft és Periproctitis gonorrhoeica. Orvosi Hetilap, 1897. XLI. évf. 48. sz.

eseteinek háromnegyede, az én eseteim pedig kivétel nélkül prostituáltakra vonatkoznak. Érdemes volna minden esetre az ez irányú vizsgálatokat férfi bújakóros betegekre is kiterjeszteni, noha igen valószinű, hogy utóbbiaknál a végbélkankó sokkal ritkább megbetegedés, mint nőknél.

A rectalgonorrhoea — e felett nincs többé kétség — épen olyan specifikus betegség, mint a húgycső- vagy a cervicalis gonorrhoea. Más szóval: *csakis azon végbélbetegséget szabad és kell végbélkankónak tartanunk, a hol a végbél váladékának górcsövi vizsgálatánál, az ezen betegséget előidéző Neisser-féle diplococcusokat, vagy gonococcusokat megtaláltuk.*

A váladék vizsgálata úgy történik, hogy vagy egyszerűen felfogjuk tárgylemezre a végbélből spontan kicsurgó váladékot, vagy ha ilyen nem volna, akkor előzetesen izzitás által sterilizált, hosszúnyelű, tompa kanálkával, az anuson keresztül lehetőleg magasra a végbélbe hatolunk, a kanálkát enyhén a nyálkahártyához nyomjuk és ezt végig kaparva, a műszert ismét kihúzzuk. A kanálkában levő savós-genyes váladékot steril-sondával tárgylemezen szétkenjük és utóbbit megszáritjuk. Kérdés, mikor vegyünk a végbélből váladékot. Székelés előtt-e, vagy az után? . . . Ha közvetlenül a rendes székelés ideje előtt nyúlunk a végbélbe, akkor többnyire csak bélsárt hozunk ki a kanállal, a mely a gonococcus vizsgálatra az esetek túlnyomó számában alkalmatlan. Ilyenkor tudniillik a bélsár felgyülvén a végbélben, a nyálkahártyához már nem férhetünk. Hogy egyes ritka esetben ilyenkor is, tehát a bélsárban mégis találunk gonococcusokat (a mint ezt magam is észleltem), az onnan van, hogy véletlenül épen a bélsárrög felületéhez ért a műszerünk, a melyhez természetesen a geny is hozzá tapad. Ez azonban, mint mondom, oly ritka dolog, hogy rendes viszonyok közt kár is ilyenkor a vizsgálattal bajlódni. A mi áll erre az esetre nézve, az áll a másik végletre is: közvetlenül a székelés után sem czélszerű a végbélbe nyúlni, mert ilyenkor a kiürített bélsárrög a végbél nyálkahártyáját mintegy végigsúrolja, úgy hogy ilyenkor csakis azon esetben kapunk használható váladékot, ha a kankós folyamat igen acut lévén, a bélsárkisúrolás daczára is marad még genyes váladék a végbélben. Legczélszerübbnek tartom ennélfogva, ha a végbélbe csak nehány (4—5) órával a székelés után nyúlunk be a műszerünkkel.

Igen természetes, hogy egyszeri vizsgálattal, főleg ha az negativ volt, sohase elégedjünk meg. A tapasztalat azt mutatja ugyan, hogy a rectalgonorrhoeát igen sok esetben már az első vizsgálat alkalmával megállapithatjuk; de legalább is az esetek felében nem igy áll a dolog, a mint ezt egy erre vonatkozó kis statistikából is láthatjuk.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

Közli *Walla Béla* dr. II. tanársegéd az egyet. I. számú női klinikán.

(Folytatás.)

Henrotin dr.-nak eljárása a kis medenczebeli szervek acut lobos bántalmainál, a hátsó hüvelyboltozat megnyitásában és a megbetegedés székhelyének drainezésében áll. A vagina nyálkahártyájának felhasítása után az operáló ujjal halad előre tompán a kötőszövetben. Ha a kötőszövetben lobosan infiltrált és genyedő helyre akad, akkor előbb bimanualis vizsgálat útján meggyőződik arról, hogy feljebb, a hasüregben nincs-e még megbetegedett rész és ha a lelet negativ, nem halad tovább, hanem jodoformgazedraint vezet a vagina sebén keresztül egészen a megbetegedett hely legmélyebb pontjáig. Ha ellenben a hasüregben is elváltozást talált, vagy pedig a peritoneumig felhaladva a kötőszövetben sehol megbetegedett részre nem akadt, minden habozás nélkül felhasitja a peritoneumot és a hasüregbe halad. Most megtörténhetik, hogy közvetlenül a peritoneum megnyitása után véres savós vagy savós genyes folyadék ürül ki. Ha más zavar nincs, ismét drainez. Máskor a megnyitás után semmi folyadék sem ürül, hanem pyosalpynx vagy ovarialis abscessus van jelen. Ezeket a mennyire lehet a sebbe lehúzza, körülrakja compressekkel és azután megnyitja, kimossa és drainezi. Ha a hasüregen keresztül oldalt vagy hátul extraperitonealis abscessust tapint, a melyhez a kötőszövetben való haladásnál nem jutott, akkor ahhoz, a mint az abscessus elhelyezése megengedi, extraperitonealisan halad és extraperitonealiter nyitja meg és drainezi. Ezt a műtétet minden esetben a méh üregének az előbb leirt módon történt alapos curettezése előzi meg.

Az amerikai gynaecologusok vizsgálata nem szoritkozik csupán csak a genital szervekre, hanem kiterjeszkedik még a vese és a processus vermiformisra, azaz appendixre is. Főleg az utóbbi alkotja figyelmük tárgyát. Ezt nagy pontossággal vizsgálják meg mindazon esetekben, a midőn a beteg anamnesise csak a legtávolabbról is a bélrendszerben lefolyt vagy fennálló zavarra enged következtetni.

Tudjuk azt, hogy az amerikai sebészek voltak azok, a kik kimutatták, hogy azon megbetegedés, a melyet mi mint typhlitist, peri- vagy paratyphlitist ismertünk, nem más, mint a vakbél nyújtványának, a processus vermicularisnak, az appendixnek lobos, infectiosus megbetegedése. Ezért ök már ki is törülték nomenclaturájukból a typhlitis, peri- és paratyphlitis elnevezéseket és helyettük az appendicitis kifejezést hozták divatba.

Az appendicitis az appendixnek lobját jelenti, mondja Henrotin, egy kétségkivül mikrobás eredetü megbetegedést. Az infectiónak forrására nézve azt tartja, hogy — nem tekintve azon eseteket, a midőn a medenczebeli szervek (peritoneum, tuba, ovarium stb.) lobos megbetegedése terjed át az appendixre — az infectiónak kiindulási pontja majdnem mindig a vastagbél. A baj oka az appendixnek az infectiosus anyagokkal szemben való gyenge ellenálló képessége és valószinű, hogy oly microorganismus, mely a bélrendszerben zavart nem okoz, ha az appendixbe jut, a legveszedelmesebb megbetegedést idézheti elő akkor, ha az appendixnek természetes conditiója a legkisebb zavart mutatja. Sokkal gyakoribbnak tartja ezen betegséget, mint a hogy azt eddig hitte. Sok áldozatot ragadott már el eddig ezen betegség, a nélkül, hogy tudtuk volna, hogy a halált okozó baj az appendicitis volt. Igy azt tartják, hogy nem számitva a genital szervek és epevezetékek kóros állapota miatt fellépett infectiót, a septikus peritonitisben elhaltak $^9/_{10}$-ed része az appendicitis áldozata.

Az appendicitisnek többféle formáját különböztetik meg. A legenyhébb az egyszerű catarrhalis alak, a melynek tünetei nem nyilvánulnak másban, mint gyenge hasmenésben és az ileocoecalis tájban székelő fájdalomban. Egy más alakja az, a midőn az appendix nyálkahártyája necrotizál és ez az appendix perforatiójához és általános septikus peritonitishez vezet. Ha a perforatio lassú és a szervezetnek ideje van az infectio általános kiterjedése ellen lobgátképződéssel védekezni, abscessus fejlődik. Ha a perforatio nem jön létre, akkor a betegség határa a szerv peritonealis burkán belül marad és a genygyülem magában a szervben van. És végül, ha a megbetegedési folyamat a nyirk- vagy a véredények útján halad, akkor rendszerint a retroperitonealis kötőszövet phlegmoneja, illetőleg a szerv necrosisa jön létre, mely utóbbinak veszedelmessége az elhalási processus gyorsaságától függ, a szerint a mint az adhaesiók kifejlődésére megvan-e a kellő idő vagy nincs.

Az appendicitis tünetei közé sorozzák a kolikaszerű fájdalmat a hasban; az ileocoecalis tájnak nyomásra való érzékenységét, főleg az úgynevezett „Mac Burney"-féle ponton, a mely a köldök és a spina anterior superior között húzott vonal közepén van; továbbá a hányást, esetleg hőemelkedést, szapora és könnyen elnyomható pulsust. Ezen tünetekből a diagnosist egész bizonyossággal appendicitisre teszik még az esetben is, ha a megvastagodott appendixet vagy ennek helyén egy daganatot nem is sikerül kitapintaniok. Az appendicitist oly betegségnek tartják, a melyet, az egyszerü catarrhalis alak kivételével, csak műtétellel lehet és szabad gyógyitani. Annak az orvosnak, a ki nem foglalkozik sebészettel, kötelessége, mondják, acut appendicitis esetében sebészt hivni és a sebésznek kötelessége felnyitni a hasat még az esetben is, ha esetleg az appendix már perforálódott és általános peritonitis fejlődött ki, mert úgy vélekednek,

hogy ezek az esetek mütételi beavatkozás nélkül okvetlenül elpusztulnak, de a mütétel esetleg megmentheti a beteg életét.

Tizenegy appenciditis mütételt láttam, de megjegyzem, hogy alkalmam lett volna sokkal többet látni, ha csak tisztán ennek a bővebb tanulmányozására szorítkoztam volna. De ezen 11 eset is elegendő volt arra, hogy a különböző eljárásokról általános fogalmat nyerjek. Egy esetben dermoid cysta miatt történt a hasüregnek megnyitása. A tumor eltávolítása után az operáló megtekintette az appendixet és azt találta, hogy az megvastagodott és belövelt. Appendicitis megelőzése végett ezt el kell távolítani, mondá, és az appendixnek mesenteriumát, a mesappendixet közel a vakbélhez catguttal lekötötte és azután a lekötött részt az appendixről leollózta és eltávolította. Most a mesenteriumtól megfosztott appendixet csipővel a vakbélbe betürte, invertálta és felette az appendix alapján a peritoneumot összevonta, hogy az vissza ne csúszszék. A táplálkozási forrásától ekképen megfosztott és a vakbélbe betürt appendixnek $^2/_3$-ad része necrotizál és a végbélen át kiürül. Egy másik esetben egy operáló egy kisujjnyi vastag, laza adhaesiók közé ágyazott appendixre akadt. Az adhaesiókat szétválasztotta, az appendix mesenteriumát lekötötte és azután a vakbélhez közel a peritoneumot az appendixen körülmetszette és azt visszatolta. Most az appendixet a peritoneumától megfosztott részen két helyen lekötötte és compressek körülrakása után a két lekötés között átmetszette és a levágott részt eltávolította. A csonkot tömény carbolsavval kiégette és azután a peritonealis manchettát a csonk felett egyesítette.

Hazánkfia *Gerster Árpád* dr. három már abscedált eset operálását volt szíves nekem bemutatni. Mind a háromnál a hassebet a spina anterior superior fölött készítette. Két esetben ezek közül a hasüreg megnyitása után béladhaesiókra akadt. Az operáló teret jodoform-gazezel körülrakta és a belek lassú szétválasztásához fogott. A belek szétválasztása közben abscessusokra jutott, a melyeket steril vízzel való kiirrigálás után jodoform-gazezel drainezett, majd fedőkötést helyezett a nyitva hagyott hassebre. A harmadik esetben a hasüreg megnyitása után kiderült, hogy az abscessus retroperitonealis fekvésü és így az operáló tanácsosabbnak találta a hassebet bezárni és a lumbalis tájról extraperitonealisan keresni fel az abscessust, a mi sikerült is. A mütétel után az abscessusok üregét naponta kétszer kiirrigálja és a hassebet azután később zárja. Mind a három esete gyógyult, valamint sok más, a melyeknek mütételét ugyan nem láttam, de a látogatások alkalmával szerencsém volt észlelhetni. Egy rendkivül érdekes esete egy fiatal leánynál volt, a ki nehány nap óta erös jobboldali alhasi fájdalmakban szenvedett; a leánynak csekély hőemelkedése volt és szapora filiformis pulsusa. A vizsgálat alkalmával a nagy medenczében jobboldalt az ileocoecalis tájon két ökölnyi rendkivül érzékeny tumor volt tapintható. A diagnosis appendicitis és lobos ovarialis cysta között ingadozott, de tekintve a daganat elhelyezését, az operáló az előbbit tartotta valószinübbnek. A rendkivüli érzékenység miatt egészen pontos vizsgálat nem volt eszközölhető. A has megnyitása után azonban kiderült, hogy a tumor torsiót szenvedett lobos cysta volt.

A *fibromyomák* operativ orvoslásánál az amerikai orvosok azt az elvet hangoztatják, hogy ők nem a tumor, hanem a tumor okozta tünetek miatt operálnak és így ők nincsenek tekintettel a tumor nagyságára. Ha a tumor okozta tünetek conservativ kezelés mellett nem javulnak, kiirtják azt akkor is, ha csak ökölnyi, viszont nem bántanak nagy tumort sem, ha az zavart nem okoz. Ennek bizonyságául szolgálhat sok néger nő, a kiknek emberfönyi myomáit nem operálják meg, mert zavart nem okoznak. Nevezetes különben, hogy a néger fajnál a fibromyoma és ennek különösen subserosus faja nagyon el van terjedve; ritkán okoz tüneteket és a szülések lefolyását is csak ritkán zavarja, míg ellenben a méhrák a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

A conservativ kezelések közül az ergotin subcutan és belső adagolása van használatban, bár sokkal ritkábban mint nálunk. Néha curetteznek. A villamozást mint olyant, a mely hátrányaival szemben nem mutat fel megfelelő eredményeket, nem kedvelik.

A castratiót gyakorolják. Egyesek azonban teljesen kiküszöbölték már mütételeik sorából, mert megbizhatatlannak tartják. Épen jelen voltam egy fibromyoma uteri miatt végzett mütételnél, a midőn az operáló úgy nyilatkozott, hogy myoma miatt castratiót többé nem csinál, mert az adott esetben is, a melynél myomectomiát végzett, négy év előtt castrált és mindennek daczára a menstruatio nem szünt meg, a tumor pedig fokozatosan növekedett. A castratio annak idején nehéz volt, mert a myoma részben intraligamentosus fejlődésü volt és így az ovarium kocsány nélkül feküdt a tumoron. Akkor az operáló úgy vélte, hogy az ovariumot teljesen eltávolította, de most kitünt, hogy egy kis részlete még visszamaradt és ez tartotta fenn a menstrualis vérzést.

Maguknál az operativ beavatkozásoknál látszik egy kis conservativismus, a mennyiben ha lehetséges, nem távolítják el az uterust, hanem a myomát enucleálják. Ritkán van ugyan meg erre az alkalom, de ha kinálkozik, kihasználják. A méh mellső falában székelő kis gyermekfejnyi myoma enucleatiója a következőképen történt: Az operáló a legkiállóbb ponton erös muzeux-vel megragadta a daganatot és a muzeux tapadási helye körül ovális metszéssel a tumor tokját felhasította akképen, hogy a toknak kimetszett ovális alakú része a tumoron maradt. Most a tumort a muzeux-vel erösen kiemelve, spatulával a tokból kihámozta. Ezután néhány elsülyesztett és felszines varrattal a tokot egyesítette. Az enucleationál az operáló fontosnak tartja, hogy keze ne jöjjön érintkezésbe a mütételi térrel, mert az infectiót így tudja legjobban kizárni. Az egész mütétel alatt tényleg keze nem jött direct érintkezésbe a mütételi térrel; a tumort a muzeux-vel ragadta meg és a felmetszett tokból müszerrel hámozta ki és végül a varrásnál csipővel fogta meg a sebszéleket; segédszemélyzete pedig az alkar közepéig érő gummikeztyüt viselt. Az eset zavartalanul gyógyult.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Gumprecht: Die Technik der speciellen Therapie. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1898.

A könyv czélja megismertetni az olvasót mindazon technikai eljárásokkal és fogásokkal, melyekre a gyakorlatban a betegek gyógyitására irányuló müködés közben lépten-nyomon szüksége van. A könyv úgyszólván úttörő lévén a maga nemében, nem csodálkozhatunk, hogy helyenként, föleg a felölelt anyagot illetőleg, némi kifogás emelhető; így például a gégepolypusok kiirtása talán még sem tartozik azon eljárások közé, a melyekre az általános gyakorlatot üző orvosnak szüksége van; helyette inkább felvehette volna szerző az inhalatio-therapia technikájának ismertetését. Eltekintve azonban ilyen s néhány hasonló kisebb hibától, a munka nagyon jónak mondható s minden esetre jó szolgálatokat fog tenni föleg fiatalabb orvosainknak gyakorlati kiképezésük elősegitésére. Az előadásmód oly világos, minden apró részletre annyira kiterjedő, hogy még olyanok is, kik az illető technikai eljárást nem ismerik, a leirás alapján azt egészen jól elsajátithatják; az elmondottak megérthetését nagyon megkönnyitik a nagy számal található ábrák is. Tekintettel van szerző az egyes beavatkozásokkal esetleg járó veszélyek, szövődmények ismertetésére is, továbbá a várható eredmény tárgyalását szintén megtaláljuk a könyvben; oly körülmények, melyek a munka használhatóságát nagyon elősegitik. Minden fejezetet az oda tartozó fontosabb irodalmi adatok lajstroma zár be, a legtöbb fejezet elején pedig rövid történeti áttekintést is találunk. A 337 lapra terjedő könyv ára 7 márka.

II. Lapszemle.

Thiocol, új gyógyszer tuberculosis ellen czimmel ir *Schwarcz* dr. Neustadtban. A tuberculosis elleni szerek sorában joggal az első hely a creosotot illeti meg. Fájdalom, hogy penetráns szaga és égető ize miatt rendkivül kellemetlen, a gyomor nyálkahártyára edzőleg, sőt nagyobb adagokban mérgezőleg hat. Főalkatrésze a guajacol, a carbolsavhoz közel állván, szintén edző és mérges hatással bir, miért is azt többféle összeköttetésekben s leginkább

mint guajacolcarbonatot alkalmazzák. Azonban *Eschle* Freiburgban kimutatta, hogy ez nagyobb adagokban szedve felbontatlanul ürül ki a bélsárral s csak igen csekély mennyiségben szívódik fel, miért is nagyobb adagok kerülendők. A következőkben új guajacol-készítményt ismertetünk meg, mely az említett hátrányok mellőzésével a creosot-therapiát új irányba terelni van hivatva. Ezen új készítmény a *thiocol*, a guajacol-sulfosav kalisója, melynek összetétele a következő: $C_6H_3\begin{cases}OH\\OCH_3\\SO_3K\end{cases}$. Ez mintegy 60% guajacolt tartalmaz és finom fehér por, melynek íze eleinte kissé keserű, később édes. Előnyei a többi guajacol-készítmény felett a következők: Teljes szagtalanság, rendkivül könnyen oldódik vízben, a nyálkahártyákat épen nem izgatja s végre könnyen felszívódik. A teljes szagtalanság és a thiocol könnyű oldhatósága lehetővé teszik annak vizoldatban nyújtását és ízjavitását corrigentiákkal, úgy hogy a napi adagok 10—15 gm.-ra emelhetők és hosszú időn át alkalmazhatók. A thiocol ily nagyobb adagjai nem izgatják a gyomor- és bélnyálkahártyát. A kedvező hatás csakhamar mutatkozik az étvágy fokozása és a testsúly növekvése, valamint a közérzet javulása által. A köhögés csökken, az éjjeli izzadások kimaradnak s a lázas mozgalmak megszünnek. Szerző néhány kóresettel támogatja állításait, melyek annál meggyőzőbbek, minthogy oly betegekre vonatkoznak, kiknél a creosotal minden siker nélkül használtatott. Utal még azonkivül arra is, hogy a thiocol javalva volna egyéb betegségeknél is, pl. *idült hörgloboknál, hasi hagymáznál* és *bélhurutoknál*, melyeknél a guajacol-készítmények kedvező hatása ismeretes, s melyeknél jelenleg már több oldalról ezen új szerrel kisérletek vannak folyamatban. (W. klin. therap. Wochenschrift.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. szeptember 16.

— **Az Országos Közegészségi Tanács** f. hó 15-dikén tartotta a nagy szünidő után az első rendes gyülését *Müller Kálmán* elnöklete alatt, ki az ülést a következő szavakkal nyitotta meg. „Tekintetes Tanács! Az az ökölcsapás, a melyet az irgalmatlan sors boldogult Királynénk szivére mért, milliók és milliók szivére sújtott; attól a kegyetlen döféstől, a melyet az ő nemes és érzékeny szive meg sem érzett, országok és nemzetek szive sajog bánatos fájdalomban. De mindenek felett a magyar nemzeté, mely legközelebb állott az ő szivéhez, annyira, hogy egész nemzetünk vére az ő szivén keresztül lüktetett. És a mikor nagyrészt az ő nemes lelkének köszönjük azt, hogy erős és szent az a kapocs, a mely hazánk szabadságát a trón erejével köti össze, a mikor az ő szive melegének köszönjük, hogy Magyarország fája új erőre kapott, akkor ő vele és ő benne legtöbbet mi veszitettünk, mi, ennek a megifjúhodott Magyarhonnak nemzedéke. A kit életében rajongó hódolattal vettünk körül, ő érette tenger lesz e nemzet könnyeiből; az ő áldott emlékét hálás kegyelettel ápoljuk szivünkben szünetlen, hogy azt mint nemzeti létünknek egyik klenodiumát örök időkre áhitattal adja át egyik nemzedék a másiknak. Ő Felségének legkegyelmesebb Urunknak és Királyunknak mély fájdalmát és gyászát hivséges ragaszkodással osztva, Magyarország megdicsőült Királynéjának és védasszonyának drága emlékét az országos közegészségi tanács kegyeletteljes hálával őrzi és jegyzőkönyvbe iktatja.“ A tanács hódoló részvételének a legmagasabb helyre felterjesztését fogja kérni a belügyminister úrtól. Azután több rendbeli szabadalmi ügy vétetett tárgyalás alá és egy új rendkivüli tag kinevezése hozatott javaslatba.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. augusztus 28-dikától 1898. szeptember 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 413 gyermek, elhalt 238 személy, a születések tehát 175 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob —, hökhurut 1, kanyaró 1, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 13, agyvérömleny 2, rángások 9, szervi szivbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 25, tüdőgümő és sorvadás 33, bélhurut és bellob 55, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 2, Bright-kór és veselob 9, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 11, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 10, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2216 beteg, szaporodás 743, csökkenés 821, maradt e hét végén ápolás alatt 2138. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. szeptember 3-dikától szeptember 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 21 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 6 (meghalt —), vörhenyben 45 (meghalt 5), kanyaróban 54 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt —), trachomában 18, vérhasban 4 (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt 1), orbánczban 16 (meghalt 2), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

△ **A gyakorlati év Szászországban.** A szászországi államministerium fakultative életbe léptette az orvosi tanulmányokban a gyakorlati évet. 12 kórház igazgatósága elvállalta, hogy a hozzájuk utasított végzett orvostanhallgatókat gyakorlatilag kiképezi. Az illetőket az országos orvoskollegium osztja be az egyes intézetekhez. A gyakorlati évet a különböző osztályokon tölthetik el. Az intézmény megvalósításának előmozditására állami ösztöndijakat léptetnek életbe.

= **University extension.** Berlinben a főiskolák tanárai által rendezett cursusokból november és deczember hónapokban a következőket tartják meg: „Az ember csontrendszere“; „a nevezetesebb culturállamok kereskedelmi politikája a XVIII. és XIX. században“; „a csecsemő természetes és mesterséges táplálása“ stb. — *Dániában* a koppenhágai egyetem fogja az University extensiont meghonositani. — *Bécsben* az előadásokat a mult év folyamán az első cyclusban 3001, a másodikban 2303, a harmadikban 1996-an hallgatták, a bevétel 20,088 frtot tett, a kiadás 13,216 frtot. — *Münchenben* a mult évben 1870 hallgató 16 cyclust hallgatott, a bevételek 7526 márkára emelkedtek, mig a kiadások 6760 márkára.

△ **Hollandiában** az utrechti egyetemen a nőgyógyászati tanszéket Tusschenbroek Katalin dr. kisasszony nyerte el.

= **Oroszországban** az állam a moszkvai egyetemre 945,000 rubelt, a katonaorvosi akademiára 530,000, a szt.-pétervári egyetemre 407,000, a kiewire 380,000, az odessaira 255,000 rubelt áldoz.

○ **Vidor Zsigmond** dr. a „Stefánia“-gyermekkórházban minden csütörtökön 10 órakor, az orvosnövendékek számára, díjtalan előadást tart *a gyermekek szembetegségeiről*.

— **Adakozás a Semmelweis-féle emlékre.** Az egyetemi I. számú szülő- és nőgyógyászati klinika újabb gyüjtése 51 frt.

‖ **Megjelent füzetek:** *Hutyra Ferencz* dr.: Állatorvosi belgyógyászat. III. kötet. Budapest, 1898. — *Juba Adolf* dr.: Az iskolák épitése és berendezése Németországban és Svájczban. 34 ábrával. Budapest. Franklin-társulat. 1898. — *Kőrösy József* dr.: Budapest székes főváros statistikai hivatalának közleményei. *XXV. Budapest fővárosa az 1891-dik évben.* Harmadik kötet. Budapest, 1898. — XXVI. Budapest főváros halandósága és annak okai. Budapest, 1898. — Die Natalitäts- und Mortalitätsverhältnisse Ungarischer Städte in den Jahren 1878—1895. Bearbeitet von *Dr. J. v. Kőrösy* und *Dr. Gustav Thirring.* Budapest und Berlin, 1897. — *Edelmann Menyhért* dr.: Egy kuruzsló üzelmei. Nagyvárad, 1898. Egy ottani kuruzsló üzelmeit irja le, melyekhez újabban egy okleveles orvos-doctor adja a czégérét. — *Niedermann, Konrád, Farkas* dr.-ok: *A pellagra Olaszországban.* Jelentés, melyet olaszországi tanulmányútjukról bonyhádi Perczel Dezső m. k. belügyminister úr Ő Nagyméltóságának benyújtottak. Budapest, 1898. — *J. Justus M. D.*: The alterations in the blood produced by syphilis. *Különlenyomat* a British Journal of Dermatology 9-dik kötetéből. — *J. Justus M. D.*: Kidney Changes in Syphilis. *Különlenyomat* a Journal of cutaneous and genito-urinary deseases. 1898. juniusi füzetéből.

△ **A budapesti Császárfürdőben** 1898. január 1-jétől augusztus 31-dikéig 859 személy lakott és 299,243 személy fürdött.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** douche-massage, kö-, kád- és gőzfürdők, uszodák. *Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt (közepes ár).* Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete.** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer). Elektrotherapia. VI., Podmaniczky-utcza 10.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (VII., városligeti fasor, 9. szám). Czélirányos berendezés. — Villámos fényfürdő. — Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső,** a vízgyógyászat magántanára. (Lakik: augusztus 1-jétől: VII., Csengeri-utcza 24.)

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

Üzletnagyobbitás. Keleti J. orvos-sebészeti műszer- és kötőszergyáros **Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17,** üzletét tetemesen megnagyobbitotta és a modern kor legmesszebbmenő igényeinek megfelelőleg rendezte be. Állandó kiállitást tart: a legújabb orvosi műszerekben, vizsgáló-asztalok, műszer-szekrények, valamint villanygépekben. A t. cz. orvos uraknak becses figyelmébe ajánljuk ezen állandó kiállitásnak megtekintését. Műszereknek javitását, angol műköszörülést pontosan és gyorsan eszközöl a fenti czég javitóműhelye.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1897. novemberi, deczemberi, 1898. januári szakülések.) 467—468. l.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1897. novemberi szakülés.)

(Folytatás.)

Az előadáshoz először *Grósz Menyhért* dr. fűzött megjegyzéseket, főkép a bradycardiára vonatkozólag s felszólalása oda concludál, hogy helytelen a bradycardiát külön kóralaknak tekinteni, mert az csak valamely betegségnek symptomája.

Előadó, bár nagyban és egészben osztja felszólaló nézetét, kétségtelennek tartja, hogy észlelhetők a szívnek oly functionalis zavarai, tachycardia, bradycardia, a melyek önállóan lépnek fel, a nélkül, hogy valamely más betegség biztonsággal kimutatható volna. Utal az egyesületben régebben ismertetett tachycardia esetére, a melynél a szív vizsgálata kóros elváltozást nem mutatott ki.

Papp Oszkár dr. kétségbe vonja annak lehetőségét, hogy egy pleuritis, ha mindjárt jelentéktelen is, teljesen láztalanul folyjon le és szerinte a napnak más óráiban talán az előadott esetben is lehetett hőemelkedés.

Révész Vilmos dr. is hasonló értelemben szól. A dysphagiára nézve az a véleménye, hogy azt esetleg az exsudatum nyomása okozta, a bradycardiát meg toxikus tünetnek tartja.

Előadó ezzel szemben nem tartja lehetetlennek, hogy kis területre szorítkozó pleuritis láztalanul folyjon le, miután kétségtelen észleletek mutatják, hogy ily esetek előfordulnak, sőt pericarditis eseteiben is előfordulhat hasonló lefolyás. Exsudatum jelenlétét nem tartja lehetetlennek, de tény, hogy az — talán csekély volta miatt — kimutatható nem volt. A bradycardiát a lobos savós hártya szomszédságában lefutó vagus lobos izgalmára vezeti vissza.

Fisch Áron dr. a n. vagusnak reflex izgatását tartja valószínűbbnek.

Berkovits Miklós dr. három betegénél észlelt bradycardiát, de ezeknél myocarditis jelenségei voltak jelen, egyik arteriosclerotikus volt. Utóbbinál a bradycardia csak időleges volt s csak erősebb lelki izgalmaknál lépett fel, a midőn az ütérlökések száma 72—80-ról, 50—60-ra esett.

Fisch Áron dr. az oly esetekben, melyekben a szívizomzat degeneratiója lépett fel, nem nevezi a jelenséget bradycardiának, mert itt a functionalis zavart nem a vagus izgatottsága, hanem a szívizomzat hiányos functiója idézi elő.

(1897. deczemberi szakülés.)

1. **Fráter Imre** dr. **Murphy**-eljárás szerint műtett két sérvműtéti esetét, a kiirtott cseplesz- és béldarab bemutatásával ismerteti. (Megjelent az Orvosi Hetilap 1898. évfolyamában.)

Az előadást követő discussióban *Grósz Albert* dr., valamint *Bodor Károly* dr. is nagy elismeréssel emlékeznek meg a műtett eredményéről. Utóbbi a kérdés irodalmára is kitér s a carcinomák következtében végzett gastroenterotomiáknál a műtétnek nem olvasta kedvező eredményét.

Előadó rectificálja *Bodor* emez utóbbi megjegyzését s a szerzőkre hivatkozva, constatálja, hogy efajta operátióknál is kedvező a resultatum. Hátránya a műtétnek, hogy a gomb a gyomorba esik, azonban halálos peritonitis nem fordult elő.

2. **Goldstein Sándor** dr. a mesterséges táplálásról tart ismertető előadást s egyelőre az emésztés physiologiai folyamatának megvilágítása után, a végbél útján eszközölt táplálási módokat ismerteti, előadásának folytatását a következő szakülésre halasztván.

(1898. januári szakülés.)

1. **Korda Kálmán** dr. „**Tapasztalati adatok a calomel hatásáról az általános vízkórnál**“ czímen a következő előadást tartja:

Tudjuk, hogy a vízi betegség nem önálló betegség, tudjuk, hogy az általános vízkór mindig egy, az emberi szervezet valamely zsigerének megbetegülése és ezen betegség előrehaladottságának a következése, tudjuk, hogy ezen zsigerek: a vesék, a máj, a tüdők, a szív, nagyedények, lép, stb. Tudjuk, hogy ezen szervi megbetegülések vérkeringési zavarokat idézve elő, vonják maguk után az általános vagy hasvízkórt. Az említett zsigerek különféle megbetegüléseinél különféle eljárások és gyógyszerek alkalmaztatnak.

Gyógykezelésünk oda irányul, hogy a szervi megbetegüléseket elháritsuk s ha ez nem lehet, legalább a súlyosabb tüneteket enyhitsük. Igy teszünk a fájdalom, szivdobogás, nehéz légzés, fuldoklás, stb. ellen, szóval oda működünk, hogy a jelenlevő súlyos tüneteket enyhitve, tartsuk távol a legsúlyosabbat és a legkétségbeejtőbbet, azt, mely az életet már leginkább fenyegeti, mely leginkább igazolja, hogy most már nem sok van hátra az életből, t. i. a vízi betegséget!

De mind hiába, daczára a digitalis, strophantus, coffein, kali aceticum, kalium jodatum, kali carbonicum stb. legpontosabb adagolásának, egyszer csak beáll a baj: dagadnak a lábak, czombok, növekszik a has kerülete, puffadnak a kézfők, az arcz, a szemhéjak, beáll a szederjesedés és igy fejlődött az általános vízkór.

Meg kell vizsgálni a beteget, biztos tudomást kell szerezni arról, hogy az általános vizkórt előidéző alapbetegség valóban szivbaj-e, vagy pedig a fentebb emlitettek valamelyike; valamint biztosan kell tudni a vizelet fehérnye tartalmát, de legkivált a vizeletben levő cylinderek mennyiségét.

A kórisme megállapítása s különösen annak kiderítése, hogy a vízkórságot okozó alapbetegség melyik szervben van, azért *legfontosabb tényező*, mert ha a szivben található fel a beállott vízkór alapoka, akkor a bekövetkezett általános vagy hasvízkórnak eltávolítása biztosabb, biztosabb pedig azért, mert ott, hol a szivbaj az alap-ok, feltételezhető, hogy a *másodizben megbetegült vesék* még nem rongáltattak meg élettani működésükben annyira, mintha a megbetegedés egyenesen a vesékben kezdődött volna; s mivel a vizkór eltávolítása csak a vesék elegendő működése mellett várható, feltételezhető, hogy ezek élettani működései még jó részben megvannak, az állandó gyógyszer hatása iránt is fogékonyabbak és azok hatásának hódolnak.

Hogy a calomelnek a hatása ezen irányban meglehessen, okvetlenül kell, hogy a vesék ne legyenek tönkretéve!

Az általános vagy hasvizkórnak eltávolítására ajánlott calomel nem új gyógyszer, sem az, hogy a calomel egy hatalmas vizelethajó szer, nem új állítás; de hogy a calomel a megfelelő helyeken és az alább elmondandó körülmények között adagolva *nagy adagokban*, biztos sikerrel, és a nélkül, hogy akár nagymérvű nyálfolyást, vagy szájűrbeli fekélyesedéseket stb. vonna maga után, miként adagolandó?: *új dolog!* és szerény nézetem szerint annyira nevezetes, hogy ha most tett állitásom a felemlitendő kevés esetek után hosszabb időn át pontosan teendő megfigyelésekkel és statistikai adatokkal igazolva lesz, akkor a vízkórság biztos elhárításán kivül, a calomel más súlyos betegségek elhárítására is (bátrabban lévén adagolható), a maga helyén igen sok esetben válnék biztos gyógyszerül.

Mert midőn a calomelt eddig nagy adagban adtam, mindenkor voltak a vízkóron kivül még más súlyos és veszélyes tünetek is, melyek azelőtt, mielőtt a calomel vizelethajtó hatását megtette volna, már közben megszüntek és a beteg kétségbeejtő állapota már is jóra változott.

Igy a felemlitendő néhány eset mindenikénél egyformán jelen volt a nagymérvű nehéz lélegzés, fuldoklás; mondhatom, hogy ezen egyik talán legsúlyosabb tünet a calomelnek 12—20 órán keresztül való adagolása után feltünőleg javult, sőt annyira, hogy a betegek talán megelégedve lettek volna már ezzel is, nem is gondolva arra, hogy daganatuk még nem kisebbedett.

Igaz, hogy olyan esetekben, hol az általános vízkórság mellett a fuldoklás is nagy fokban volt, nem maradtam meg pusztán a calomelnél, hanem fordultam más, szintén olyan elismert, bár régi, de mindig csalhatatlan gyógyszerhez, mely a szív rendetlen működését rendezni talán még a digitalisnál is hivatottabb, vagyis összekötöttem a calomelt a camphorral, melyet azonban a helyzethez képest lehető kis adagban adtam, de mindig sikerrel.

Ezen esetekben, mint már emlitém is, feltünő volt, hogy míg a calomel hatását bizonyos adagokban — tapasztalatilag — csak 48 óra mulva tette meg, addig a camphor már az első 12, legkésőbb 24 órában a szivműködést rendezve a lélegzetvételt tetemesen könnyitette. (S itt nem átallom azon *feltételes* megjegyzésemet hangoztatni, hogy a camphor mellékhatását még a calomel bámulatos hatására vonatkozólag is befolyásosnak vélem.)

A calomelt a fentebb említett, jól megállapitott, szivbaj alapján fejlődött általános vizkóros esetekben legkisebb adagban, 30 cgm.-osban adagoltam 2 óránként egy adagot, míg a beteg 5 gm.-ot egyfolytában vett be; rendesen az 5-dik gm. calomel elfogyasztása után kezdődött a a hatása, mi abban nyilvánult, hogy némi előrement enyhe bélfájdalmak és hasmenés után beállott a gyakori és bő vizelés, úgyannyira, hogy volt eset, midőn az első 12—14 órában azon beteg, ki hónapokon keresztül naponta 1—2 deci vizeletet tudott bocsátani: 8—10, sőt 14 liter vizeletet bocsátott. A következő napon annak legalább is felét s a többi 3—4 napon át váltakozva 3—4 litert s ezután még 3—4 napon át (a körülményekhez képest) mindig egy litert vagy többet, de a rendes élettani mennyiséget legtöbb esetben hónapokig, sőt évekig ürítve úgy, hogy *van esetem, hol a vízkórság még a hatodik évben sem ismétlődött.*

A közép adag, melyet calomelből vízkórnál adtam egyfolytában, szintén 0·30 adagolás mellett 9 gramm. A legnagyobb mennyiség, mit adtam 15 gm., ezt fél gm.-os adagokban. De előfordult olyan eset, a hol 6 hét leforgása alatt 35 gm. calomelt fogyasztott el a beteg, a nélkül, hogy némi kis nyálfolyáson kivül más kellemetlen hatás mutatkozott volna, míg a kellemes hatás, vagyis a vízkór eltünése minden esetben bekövetkezett.

Hogy a calomel ily nagy mennyisége komolyabb szájbeli bántalmakat ezen esetekben nem csinált, vajjon az illető betegek ellentálló képessége, hajlam hiánya, vagy pedig, a mit *én hiszek és állítok*: a gyomorba juttatás módjából magyarázható-e meg? megfigyelésekre vár.

Mivel azonban az általam eddig kezelt 18 eset egyikénél sem volt a *csekély* fokú nyálfolyásnál egyéb szájűrbeli bántalom s mivel mind a 18 esetben a calomelt szárazon *vagyis légmentesen elzárva, különös vigyázattal* juttattam a gyomorba, vagyis úgy, hogy abból a szájűrben talán egy legkisebb részecske sem maradhatott, jobban mondva a calomel *a szájűr lágyrészeivel* nem érintkezhetett, állítom, hogy a calomelnek ostya- vagy gelatintokokba való figyelmes elhelyezése az, melylyel a nagyobb nyálfolyás vagy a még súlyosabb tünetek elkerülhetők.

Nem lehetetlen, hogy a *camphor* is, mint erős szivzsongító és fertőtlenítő szer, belé játszik a sikerbe.

Nem kevésbbé fontosnak tartom a calomel mellékhatásainak távoltartására a megfelelő étrend és italok szigorú megtartását.

Azon betegeknél, kiket calomellel gyógykezeltem, én a tejben főtt rizs, dara, hígtojáson kivül eledelül — a forralt tejet langyosan italul — mást meg nem engedtem mindaddig, míg a rendelt calomelmennyiség elfogyott s láttam, hogy a szájűr meg van mentve a betegségektől s csak ezután engedtem meg a húsneműeket, a kávét, theát stb., a bort és eczetes dolgokat azonban még ezután is csak néhány nap mulva.

A szájüregnek pontos gyakori öblögetése szintén szükséges; ebben azon eljárást követtem, hogy nem elégedtem meg a timsó, vagy chlorkali, vagy e kettő együttes oldatával, hanem én a szájvizbe összes mennyiségének egy harmadát vagy felét kitevő mész-vizet is adtam.

A gyógykezelés csakis a betegnek nyugodt ágyban fekvése mellett történhetik, egyenlő, megfelelő hőmérsékű tiszta levegőjű szobában.

Felhozható volna, hogy talán betegeim véletlenül mind erős fogsorokkal, erős ínyhússal birtak, azért nem kaptak szájüregi bajokat; erre nézve megjegyzem, hogy épen az ellenkező állapotok fordultak elő, mert miként a felemlítendő esetekből kitünni fog, még olyan idős nő is eltűrte a nagy adag calomel *kétszeresét*, ki 70 éves és teljesen rossz fogú volt.

Igen sajnálom, hogy kezdettől fogva minden egyes vizkóros esetemet pontos jegyzékbe nem vehettem; de ismét örvendek annak, hogy felemlítendő eseteim mindannyian teljes sikert igazolnak, vagyis minden egyes esetemben a calomel említett módon való alkalmazása után a legsúlyosabb általános vízibetegség, *rövid 8—15 nap alatt elmult* és ezen elmulás nem hetekre terjedett, hanem évekre, mi miatt nem nagy bátorság kellene arra, hogy már ezen néhány eset után is akként nyilatkozzam, miszerint a vízibetegség *a calomel okszerű alkalmazása mellett* eltávolítható.

Feljegyzett eseteim (melyek a valóságnak egészben, de a tudományos *feltételeknek* alkalom hiánya miatt csak részben felelnek meg) a következők:

1. *Rázel József*, volt tótteleki lakos, 52 éves, 1889. év julius havában itt Nagyváradon kéretett magához, hogy gyógykezeljem; az első vizsgálatnál a nagy mérvben kifejlődött szervi szivbaj (billentyűelégtelenség, megfelelő túltengés és tágulattal) volt felismerhető, melylyel együtt egy tetőtől talpig, mondható általános vízkór, erősen kifejezett hasvízkórral, járt. A beteg lélegzetvételei rövidek, nehezek, gyakran fuldokló rohamok, ajkai dagadtak, kékek, szemek kötőhártyái erősen belöveltek, szemtekék dülledtek, végtagok alig mozgathatók, fogak gyengén állók, ínyhús gyenge, egészséges korában túlságosan élvezte a bort.

Vizelet 24 órában alig 2 deci volt, sok fehérnye.

Azonnal, mivel székrekedésről panaszkodott, s hogy a már első látás után adagolni határozott calomel hatását a hashajtói működés felé ne irányítsam, egy kevés ricinus-olajat rendeltem, melynek hatása után 30 centigrammos adagokban tiszta calomelt 15 adagot adtam, melyből két óránként kellett venni egyet.

Minden egyes adagot nagy figyelemmel és óvatossággal készittettem el *ostyatokban*.

Ezen calomel-adagokat a beteg hűségesen vette is, a nélkül, hogy az első 15 darab tok elfogyasztása után a szájűrbeli tünetek mutatkoztak volna!

A hatás a 15 tok elfogyasztása után azonnal beállott, vagyis előbb az első 12 órában a lélegzetvétel tetemesen könnyebbedett, a beteg nyugalma beállott, míg az utolsó por után a vizelés megkezdődött, s az első éjjelen keresztül 9 liter vizelet ürült ki. A második nap ugyanannyi, a harmadik s többi napokon 4—1 literig. A daganat az egész testből eltünt, felső és alsó végtagok annyira leapadtak, hogy a csontok minden formája látható volt. Egyedül a has — mely szintén felére apadt — maradt nagyobbnak a rendesnél, minélfogva, midőn a hatodik napon láttam a szájűr épségét, a has víztartalmának elhárítása czéljából a fentebbi calomel-mennyiséget a megnevezett adagokban újból vétettem a szokott szájvíz használata mellett. Ezen második adag után kezdett nyálfolyás beállani, melynek okául most sem kizárólagosan a calomelt tartom, hanem azt vagyok hajlandó hinni, hogy mivel az ápolást a beteg igen öreg édesanya teljesítette, valahogy az ostyatokok beadásánál azokat megsértette, s így a calomel némi része a szájüregbe jutva okozta a nyálfolyást és csak mérsékelt fekélyesedést.

Az étrend, miként azt említettem, szigorúan be lett tartva

A beteg a harmadik héten lábra állott, a kertben sétálgatva étvágyra jutott s a negyedik hét végén hazament, a hol 6 vagy 7 hónapig jól éldegélt, mígnem tüdőlobban 1890. február hóban meghalt.

2. *Zombor Sándorné*, n.-szántói lakos, 36 éves, 1891. évben junius hónapban folyamodott hozzám orvosi segélyért. Az első vizsgálatnál a legnagyobb fokú vizkóros állapotot találtam, s már rövid vizsgálat után kitünt, hogy ezen nagymérvű általános vízkórnak az oka egy *szervi szívbaj*, mely már több év óta tart.

Gyógykezelés alatt állott ezen vizkórsága miatt már 8 hónap óta. Kétszer is lett szúrcsapolva és mindkét szúrcsapolással 12—14 liter folyadék bocsáttatott ki hasüregéből, melyek után hasa kisebb lett ugyan, de az általános vizkór alig csökkent valamit. Ezután került hozzám.

Én a fentebb emlitett eljárásomat azonnal alkalmaztam és már az első 15 calomel-por bevétele után 11 liter vizelet ürülvén ki, a beteg teljesen meg volt elégedve állapotával úgyannyira, hogy már „mint egészséges“ (az ő mondása) óhajtott hazamenni gyermekei körébe. Én azonban, bár a vízkórt eltávolodva láttam, még egyszer elfogyasztattam vele a 15 calomel-port tokban alkalmazva, melyek után ismét erős vizelés állott be, úgy hogy 11 nap alatt 33 liter vizeletet ürített ki s az előbb vastag nő most mint egy csontváz állott előttünk. Ezek után a táplálkozás és némi zsongitók alkalmazása folytán kellő erőhöz jutva, a 18. napon jó érzések között hazament. 14 hó elteltével egy szép egészséges leánygyermekkel lepte meg férjét. Ez a kis leány az anyja tejét szitta táplálékul 11 hónapig, midőn úgy az anya, mint gyermeke teljes jó egészségnek örvendeztek. Az anya él ma is jó egészséggel, dolgozik mindent a nélkül, hogy orvosi segélyre volna szüksége; a gyermek béllobot kapott s 3 éves korában meghalt.

3. *Neisz Vilmos* volt nyugalmazott m. á. v. fűtőházi főnök, ki több év óta szenvedett szervi szivbajban, szintén vizkórságot kapott s a calomel elfogyasztása után ezt elveszitve, még két évig élt s társaságokban vett részt, mignem egyszer a nélkül, hogy vizkórsága mutatkozott volna, egy erős felindulás után 3 óráig tartott tüdővizenyő következtében meghalt.

4. *Csapó Ferencz*, nyugalmazott hiv. főmérnök épen az előbb említett esethez teljesen hasonló bajjal, calomellel kezeltetett ezelőtt két évvel és ma is él.

5. *Varga Sándor* n.-szalontai földbirtokos, már évek óta beteg szivbaja miatt, ezt követte egy nagymérvű, általános vízkór, mely ellen hosszabb időn keresztül állott gyógykezelés alatt. Végre a mult év május havában hozzá hivattam, a calomelt azonnal Balogh Elek dr. városi főorvossal együtt alkalmaztam, melyre több mint 20 liter vizelet eltávolodván: azóta a vízkórnak semmi nyoma, sőt gazdaságában és családja körül teljesíti kötelességét.

6. *Ferenczi Sarolta* n.-váradi lakosnő a mult év május havában szívbaj után fellépett nagymérvű általános vízkóral került gyógykezelésem alá; a calomel kétszeres elhasználása után vízkórjától teljesen megszabadult, mignem 3 hónapi jóléte után tüdőlobot kapott és e miatt 5 napi szenvedés után meghalt.

7. *N. Ferenczné*, 70 éves nő, kinél előrement vesebántalom következtében lépett fel és fejlődött ki a nagymérvű általános vízkór, mult év május havában először vett be 5 gm. calomelt, 30 cgm. adagokban, melyre az általános vizkór elmult, s csak a hasvíznek maradt vissza némi kis része. Junius hónapban a hasvíz nagyobbodván, ismét elfogyasztotta az 5 gm. calomelt, s ez is eltünt. Nyálfolyás nem mutatkozott. Élt tevékenykedve 5 hónapig.

8. *Steinberger Mórné*, volt budapesti lakos, évek óta szenved a szív- és vesebántalmak súlyos tüneteivel, 6 hónapon át kezeltetett Budapesten az izraelita kórházban általános és hasvizkórja ellen, eredménytelenül, mignem látva, hogy baja folyton növekszik, vizelete 24 óra alatt 2 decinél sohasem több, lejött városunkba, s itt azonnal gyógykezelés alá adta magát, mignem Ullmann Béla dr. által tanácskozásra hivattam, s a kórismét együttesen megállapítva: a gyógykezelést 5 gm. calomellel s a fentebb emlitett szájvízzel megkezdtük, minek az eredménye az lett, hogy a kis tokok szedése közben gyakori hasmenés, a tokok teljes elfogyasztása után pedig gyakori és bő vizelés állott be, úgy hogy az első éjjel 11 liter, második napon 9 liter vizeletet ürített, s a többi napokon 4—3, s végre 1—1½ litert tudott vizelni. A lélegzetvétel könnyű lett, a kék-kór elmult, az eltorzító daganat, mely az arczról a lábujjak hegyéig terjedt, eltünt. Ámbár a has, melynek kerülete 180 cm. volt, felére apadt, mégsem ürült ki egészen, mi miatt 12 napi várakozás után — mely idő alatt semmi szájűrbeli bajok nem jelentkeztek — a calomel 5 gm. adagját másodizben is elfogyaszttattam, mely után ismét bő vizelés állott be, nevezetesen 7—5, 2—2 stb. liter; még nagyobb lesoványkodás, valamint a hasnak is még nagyobb összeesése.

Most 15 napi szünet volt, a beteg nem vett semmi orvosságot, az általános vizkór tünetei nem mutatkoztak, a légzés jó, közérzet jó, étvágy stb. kielégítő, a has azonban a 16-dik napon ismét feszültebb, úgy hogy a 20-dik napon ismét a calomelhez kellett folyamodni, de nem az általános vizkór miatt, hanem kizárólagosan a hasvizkór miatt.

Ekkor kisérletet tettem olyformán, hogy nem 30 cgm.-os adagokban két óránként, hanem fél gm.-os adagokban naponta 4 adagot adtam, vagyis 10 gm. calomelt 20 részre osztva 5 nap alatt fogyaszttattam el. Ismét bő vizelés után a has összeesett, közérzet jó, szájűrbeli tünet nincs.

Most azonban deczember hó 10-dikén a hasvíz ismét hirtelen jelentkezett, a nélkül azonban, hogy az általános vizkór csak mutatkozott volna is; ekkor, látva azt, hogy a baj csak a hasüregre vonatkozik: elhatároztam magamat a szúrcsapolásra, remélve, hogy az általános vizkór úgy sem ismétlődik.

A szegény beteg ragaszkodva az ő „megmentő“ gyógyszeréhez, kért, hogy ne csapoljam még meg, hanem próbáljam meg még egyszer nála azt az orvosságot, a melylyel eddig oly szépen javult. Igy történt azután, hogy a szegény jó türelmes beteg nő negyedik izben is calomelt kapott, s minden nagyobb nyálfolyás nélkül 15 gm. calomelt fogyasztott el egyfolytában 30 cgramm adagokban, összesen öt nap alatt. Erre ismét lett négy nap alatt 22 liter vizelet, mely után a hasból a víz eltávolodott, a közérzet jó, szájbaj nincs.

Ezen öreg asszony tehát bevett 3 hónap alatt 4 részben 35 gm. calomelt és kiürített 16 napi idő alatt 4 izben 65 liter vizeletet.

Röviden: 1. A calomel bizonyos adagban alkalmazva az általános vízkór eltávolítására biztos szernek ígérkezik.

2. A calomel a camphorral egyesítve rendezi a szívműködést, a szívdobogást enyhíti, könnyíti a nehéz lélegzetet és fulladást.

3. A calomel adható nagy adagban és hosszabb időig, a nélkül, hogy a szájban akár nagyobbmérvű nyálfolyás vagy fekélyesedés állana be.

Ezek után az következik, hogy a calomelnek különféle egyszerű természetű betegségeknél *biztos a hatása*, a calomelnek, mint biztos hatású és *veszély nélkül adagolható* gyógyszernek *nagy a jövője*, minélfogva úgy a tudomány, mint a szenvedők érdekében szükséges a calomelnek közelebbi, pontosabb, tudományos, szakszerű és gyakori megfigyelése, minélfogva ajánlom a calomel-kérdést felkarolni, komoly tanulmány és kisérletezés tárgyává tenni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

8857/1898. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **abaújszántói körorvosi állásra** pályázatot nyitok, felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883 : I. t.-cz. 9. és illetve az 1876 : XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésök, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvenyüket f. évi **október hó 17-dik napjáig** hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mert a később beérkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Ez állás javadalma 600 frt törzsfizetés, 200 frt úti átalány, valamint a szabályrendeletben megállapitott látogatási dijak.

A választás határidejét f. évi október hó 20-dik napjának d. e. 9 órájára Abaúj-Szántó nagyközségházához tüzöm ki.

Abaúj-Szántó, 1898. évi szeptember 8-dikán.

1—1 *Dobozy*, főszolgabiró.

15490/98. szb. sz.

Udvarhely vármegyében a **VIII. közegészségi körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött.

Ezen körhöz Szent-E.-Oláhfalu, K.-Oláhfalu, Lövéte és H.-Almás községek tartoznak, Szent-E.-Oláhfalu központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése 400 frt és természetbeni szállás.

A körorvos nyáron a homoródi gyógyfürdőn fürdőorvosi teendőket végezvén, azért külön 200 frt fizetés s a fürdőben 2 szobából álló lakás illeti. Az orvosi rendelvények, valamint a műtétek dijai is szabályozva vannak 50 krtól 15 frtig; vagyontalan betegek díj nélkül gyógykezelendők.

Járvány kiütése vagy hivatalból tett kiküldetésnél a körorvost díj nem illeti, csak természetben kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilométerenként 10 krajczár.

A körorvos köteles leend havonként és félévenként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni. A pályázni kivánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványokat **1898. évi október 10-dikén** alulirt járási főszolgabirói hivatalhoz adják be.

Sz.-Udvarhely, 1898. évi szeptember 10-dikén.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

2686/98. sz.

A nagym. m. kir. belügyminister úrnak 29,326—VIa. számú magas rendelete alapján Arad vármegye eleki járásbeli **Medgyes-Egyháza** községben szervezett **községi orvosi állásra**, melynek évi jövedelme, addig mig Medgyes-Bodzás községgel közösségben lesz, évi 300 frt, azon túl pedig évi 600 frt fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási dijak — ezennel újabbi pályázat hirdettetik és felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni kivánják, hogy az 1883. évi I t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket alulirt hivatalhoz folyó évi **szeptember hó 22-dik napjáig** nyujtsák be

A f. évi augusztus hó 23-diki választásra már beadott kérvények az újabbi választásra is elfogadtatnak.

A választás f. évi szeptember hó 24-dikén délelőtt 10 órakor Medgyes-Egyházán a községházánál fog megtartatni.

Elek, 1898. évi augusztus hó 29-dikén.

2—2 *Főszolgabirói hivatal.*

SYR. HYPOPHOSPH. COMP.
FELLOWS

Tartalmazza az emberi organismus leglényegesebb elemeit — kaliumot, meszet és vasat.

Tonicumokat — Chinint és Strychnint.

Agy- valamint idegerősítő — Phosphort, szörp alakban

Alkalikus hatással.

Hatásában minden mástól különbözik, a mennyiben igen nagy fokban előmozditja a légzés alatt az oxydatiót, kellemes izzel bir, s igen könnyen türetik a gyomor által.

Nagy bizalomnak örvend, kiváltkép a tüdőgümőkór, idült hörghurut és légzőszervek egyéb bántalmainak gyógykezelésénél. Sikerrel alkalmaztatik azonkivül a legtöbb idegbetegségben és gyengeségi állapotokban is, valamint sápkórnál, vérszegénységnél.

Gyógyító tulajdonai széles körben ismeretesek s főleg stimulans, tonicus és táplálkozást előmozdító hatásokban nyilvánulnak.

Hatása gyors, élénkíti az étvágyat és emésztést, elősegíti az áthasonítást.

A jólét érzetét kelti fel s megszünteti a levertséget, vagy búskomorságot; **ez okból felette fontos szellemi- és idegbetegségek gyógykezelésénél.** Nagyfokú erősítő tulajdonai és az elválasztások egészséges lefolyására gyakorolt jó hatása folytán a betegségek nagy számában van javalva.

Jegyzet. — Ovás. — A Fellows-féle szörp sikerei bizonyos egyéneket annak utánzására ösztönöztek. Fellows úr megvizsgált ezek közül néhányat, azonban nem talált kétféleséget sem, mely egyenlő összetételű lett volna, mindnyájan különböztek a valóditól az összetételben, a savmentességben, az oxygen behatásával szemben tanúsitott magatartásban, midőn azok hő és fény hatásának tétettek ki, s végül abban, hogy a Strychnint nem tartalmazták oldatban, s nem fejtették ki ugyanazon hatást.

Orvos uraknak kisérletezésre mintaüvegek ingyen szolgáltatnak ki. Használati utasítás minden üveghez mellékelve.

Egy nagy üveg (500 gr.) ára 3 frt 50 kr. és egy kis üveg (250 gr.) ára 2 frt.

Magyarországi főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában Budapesten, Király-utcza 12.

AIROL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

A jodoform elismert legjobb pótléka.

Valamennyi kórházban használatban.

COSAPRIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó anodinum erős antipiretikus hatással. Subcutan alkalmazható.

Egyes adag 0,5—1,0.

PHESIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó antipiretikum és anodinum.

Egyes adag 0,5—1,0.

THIOCOL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Vízben oldó, teljesen **szagtalan,** nem **izgató** és **könnyen felszívható guajacolkészítmény.**

Adag 3—5 gr. naponként.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., Fabrik chem.-pharmaceut. Producte, BASEL (Schweiz) und GRENZACH (Baden).

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

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

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

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetöi.

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

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).

Dr. RÖMPLER sanatoriuma

tüdőbetegek részére.

550 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő tüdőgyógyintézet; magyarok által látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanárnál). Egész éven át nyitva. Prospektust kivánatra küld Dr. Römpler.

Dr. Hainiss Géza egyetemi m.-tanár és **Dr. Pécsi Dani**-féle

szabadalmazott sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII. ker., József-körút 41. szám.

Készítmények: Telefon. 51—60. szám.

I. Csecsemők számára való tej. A természetes anyatejet helyettesitö táplálék a csecsemök számára. A csecsemök korának megfelelö minöségben ugyanazon tej édes savójával készitve, ötféle összetételben. **Minden egyes étkezésre való adag külön légmentesen zárt palaczkban, sterilizálva.**

A tej ára: **I. számú tej, napi adagja (8 palaczk) 30 kr.**
II—V. számú tej, napi adagja (8—6 palaczk) 40 kr.

II. Sterilizált teljes tej, elválasztott kisdedek számára. Ugyanezen készitmény adandó bélhurutban szenvedö gyermekeknek is. **Ára: napi adag (6 palaczk) 40 kr.**

III. Pasteurizált tej. Minden kórokozó csirától mentes, kitünö minöségü, tiszta, teljes tej, közönséges használatra, vagy oly csecsemök részére, a kiknek otthon készitik el „Soxleth“ szerint a mesterséges táplálékot.

Ára 1/4 literes palaczkokban 6 kr.
1/2 „ „ 11 kr.
1/1 „ „ 20 kr.

IV. Gyomorbetegek részére könnyen emészthető, tápláló tej, pasteurizálva, úgy hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. **Ára literenként 40 kr.**

V. Tüdőbajosok részére, az illetö betegek zsirvesztességét pótló rendkivül dús, tápláló erejü tej, pasteurizálva, úgy, hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. **Ára literenként 40 kr.**

VI. Édes savó, gyomor- és tüdöbetegeknek, pasteurizálva. **Ára literenként 30 kr.**

Hazhoz szállítva, vagy helyben.

Cs. és kir. szabadalmazott

Egyetemes Emésztőpor

Dr. GÖLIS-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az *emésztés és vértisztitás* terén, s *a test táplálása és erősítésére* nézve. Ezáltal naponkint kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerré válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o. **emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemü aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos fejfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.**

Ez az egyetlen és gyökeres szer *a megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Ásványvíz-gyógymódnál* úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitünő szolgálatot tesz. Egy nagy skatulya ára **1 frt 20 kr.** Egy kis skatulya **80 kr.** Föraktár Budapesten **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész úrnál. *A hamisitástóli* megmenekülésre figyelmeztetek mindenkit, hogy a *valódi egyetemes emésztőpor dr. Gölis pecsétjével* van elzárva s minden skatulya a védbélyeggel, s kivülről ily czimmel van ellátva:

K. und k. concess. Univ.-Speisen-Pulver des Dr. Gölis in Wien.

Föszállitóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwettlhof).

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévvizü gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.

Pilulae cinereae Kerpel.

Hatályos és kényelmes gyógykezelés bujakórnál.

Minden labdacs tartalmaz 0·05 cgrm. szinhiganyt. Adagolás: naponta 2 labdacs. 1 doboz ára (60 labdacs) 90 kr. Kisérletezés czéljából próbaküldemények ingyen.

Gyógyszertár a „FEHÉR SASHOZ“.

BUDAPEST, V., Lipót-körút 28. szám.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenkettedik évfolyam. 39. szám. *Budapest, 1898. szeptember 25.*

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Purjesz Zsigmond: Még egyszer a serumtherapia kritikája. 469. l.
Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 470. l.
Lengyel Loránd: Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.). A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán. 472. l.
Huber Alfréd: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról. Gonorrhoea recti. 475. l.
Trajtler István: Évi jelentés Batizfalvy Sámuel dr. a testegyenészet magántanárának sanatoriuma és vizgyógyintézete XXXIX-dik évi működéséről. 476. l.
Tárcza. *Walla Béla:* Gynaecologia Amerikában. 476. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Millot-Carpentier*: Nos ancêtres. — *Lapszemle. Boinet*: A cirrhosis hypertrophica biliaris fertőző eredetéről. 477. l.

Hetiszemle és vegyesek. Erzsébet királyné emlékezete az egyetemen és az orvosegyesületekben. — A főváros egészsége. — Meghivó. — A budapesti orvosok szövetsége. — Az országos orvosi congressus. — A budapesti egyetem évmegnyitó ülése. — Az orvostanhallgatók segitő és önképző egyesülete. — Kitüntetések. — Korányi Sándor megválasztása. — Magántanári képviselők választása. — Kinevezések. — Elitélt ezredorvos. — Kelen Béla dr. és Istóczy Győző pöre. — Kelen István dr. — Gager Károly dr. — Lakásváltoztatás. — Elhunytak. — Üzletnagyobbitás. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 478. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Még egyszer a serumtherapia kritikája.

(Válasz Gerlóczy Zs. dr. kórházi főorvos megjegyzéseire.)

Irta: *Purjesz Zsigmond* tanár.

Nem szeretem a polemiát. Épen e miatt nagyon örvendettem, midőn azt láttam, hogy Gerlóczy kartárs úr *bő tapasztalataira* hivatkozva tesz megjegyzéseket a serumtherapia kritikája czimű közleményemre. Azt hittem, hogy bizonyára sikerülni fog neki a serum megbizhatóságának bizonyitására felhozott érvekkel szemben felmerült kételyeimet eloszlatni és igy nekem is módom lesz czentúl, nem csupán mint eddig, a külső körülmények kényszerítő hatása folytán alkalmazni a serumot, hanem kifogásaim alapos megczáfolása után, tudáson alapuló meggyőződéssel tehetem ezt.

De sajnosan csalódtam. Gerlóczy kartárs úr ellenvetéseim nagy részére egyszerűen reá mondja, hogy azok aprólékosak és igy azokat megczáfolni nem is igyekszik. A miket pedig czáfolásokra érdemesnek tart, ezt oly szerencsésen teszi, hogy szinte egy véleményre jut velem.

Legtöbbet foglalkozik Gerlóczy kartárs úr a belügyministerium egészségügyi jelentéséből vett adataimmal, melyeket — más adatokkal együtt — a czélból hoztam fel, hogy kimutathassam, miszerint nem helyes az a — úgy hivatalból, mint magánúton, úgy belföldön, mint külföldön sokszor hangoztatott — kijelentés, hogy a diphtheria-halálozás azóta csökken, mióta a serumot alkalmazzák.

Ezeket a számokat Gerlóczy kartárs úr oly kétes provenientiájúaknak mondja, hogy csodálkozik, ha ezekre én oly nagy súlyt fektetek, „miután ezek igazán a statistika legelemibb szabályait is nélkülözik“, a melyekkel semmit sem lehet bizonyitani.

A dolog egyszerűsitése és Gerlóczy kartárs úr kedvéért, nem bánom, mondjuk ezen számokat teljesen értékteleneknek. De úgy hiszem, hogy akkor ezek a számok még kevésbbé alkalmasak annak bizonyitására, hogy a diphtheria-halálozás a serum alkalmazása óta csökkent volna.

De hiszen én nemcsak eme kifogásolt és értéktelennek deklarált számokra alapitottam amaz állitásomat, hogy a diphtheria halálozás, illetve diphtheriában való megbetegedés, már jóval előbb csökkent, semmint a serumot felfedezték; ott voltak a párisi, de különösen a budapesti viszonyokat feltüntető adatok.

Abból, hogy Gerlóczy kartárs úr megjegyzéseiben ezekről egy szóval sem emlékszik meg, azt kell következtetnem, hogy ezek bizonyitó erejét nem vonja kétségbe. Vagy Gerlóczy kartárs úr a párisi és budapesti adatokat ép oly kétes provenientiájúaknak tekinti, mint az egészségügyi jelentés adatait? Nem tudom, hogy az ezen eseteket bejelentő budapesti kollegák miként vennék ezt a bókot, valamint nem tudom, hogy Gerlóczy kartárs úr — miután a budapesti esetek jelentékeny részénél épen ő állapitja meg a diagnosist és ő jelenti be azokat — miként venné ezen önmagának adott bókot. Ezek az adatok tehát kétségtelenül Gerlóczy kartárs urat is meggyőzték állitásom helyességéről és *bizonyára ezek impressiója alatt mondja megjegyzéseinek egy későbbi pontjában azt, hogy „concedálom, sőt meg vagyok győződve arról, hogy a diphtheriában való megbetegedés az utóbbi években tényleg apadt“.*

Kartárs úr! Ha minderről „meg van győződve“, akkor köztünk szent a béke, kár nekünk discussiót folytatni, mert hiszen én sem mondottam soha egyebet. Mert elvégre is talán mégsem azon fordul meg a kérdés, hogy az egészségügyi jelentés számjai a harmadik decimalisig helyesek-e, hanem azon, hogy a diphtheria utóbbi időben apadt, miről mindketten meg vagyunk győződve.

Ha pedig t. kartárs úr velem együtt azon a nézeten van, hogy az utóbbi években a diphtheriában való megbetegedés apadt, akkor bizonyosan felment engem attól, hogy megjegyzéseinek többi, ép oly jól megokolt pontjaira reflectáljak, miután különben még talán azt is kimutathatnám, hogy nézeteink ez összhangzása más tekintetben is fennáll, a midőn azután csakugyan nem tudnám, hogy miért is irta tulajdonkép megjegyzéseit. Igy pl. utalhatnék arra, hogy *ma megegyezünk arra nézve is, hogy a serum a hőmérsékben és pulsusban határozott változást nem képes előidézni*, pedig t. kartárs úr még 1895-ben (O. H. 112-dik old.) azt mondja, hogy „a mi a serumnak a test hőmérsékére vonatkozó hatását illeti: itt már határozottan merem állitani, hogy annak lázcsökkentő hatása elvitázhatatlan“; 1896-ban pedig (O. H. 164. old.) azt mondja, „hogy a serumnak a diphtheriás betegek hőmérsékére vonatkozó hatását illetőleg kétségen kivül áll annak lázcsökkentő hatása“.

Lássa t. kartárs úr! nem az *örök talány* kedvéért mutattam be az orvosegyesületnek ama bizonyos láztáblákat, hanem tettem azért, hogy egy-egy bő tapasztalatára hivatkozni szerető észlelőnek elhamarkodott itéletét valódi értékére szállitsam le. És rendkivül örvendek, hogy ez sok tekintetben sikerült és hogy a megjegyzéseiben mondottak alapján nézeteink

most már nem csupán a tekintetben találkoznak, hogy a diphtheriában való megbetegedés az utóbbi években apadt, hanem még a tekintetben is, hogy a serum a hőmérséket és a pulsust nem befolyásolja, illetve, hogy ilyen befolyás ki nem mutatható.

Ha kettőnk eddig különböző nézete ennyire kezd egymáshoz közeledni, csaknem látom, hogy 1—2 év mulva még inkább fog közeledni és akkor azt fogja irni a kartárs úr e lap hasábjain „orvostársai okulására“, hogy teljesen azonosnak látszó feltételek mellett osztályzott esetekről van bár szó úgy a serumelőtti években, mint a serumos évekre vonatkozólag, annyiban, hogy onnan is csoportosítva vannak az operált esetek, innen is, de ez még korántsem jelenti azt, hogy az anyag egy és ugyanaz volt s ezért a feltünően más eredményt lehet más körülménynek is betudni, mint egyedül és kizárólagosan a serumtherapiának, nevezetesen a betegség charaktere enyhülésének.

Egy körülményre azonban még reflectálnom kell, midőn soraimat befejezem. Kartárs úr annyiszor hivatkozik bő tapasztalatára szemben az én tapasztalatlanságommal, *„mint a ki nagyobb beteganyag hiányában önálló személyes észlelést nélkülözök“*. Lássa t. kartárs úr, e tekintetben is egyetértünk, mivel Kolozsvárt tényleg kevesebb diphtheriát látunk, mint Budapesten, a mint hogy Budapesten meg kevesebbet látnak mint Berlinben vagy Párisban, a miből azután nem az én, hanem a t. kartárs úr felfogása szerint az következnék, hogy egy Berlinben vallott nézet — ha még oly indokolatlan is — okvetlenül többet ér, mint egy Budapesten vallott, ha ez utóbbi még oly objectiv igazságot tartalmazna is. De abban már nem értek egyet t. kartárs úrral, ha a sok eset látását identificálja a bő tapasztalattal. E tekintetben csak azt hozhatom fel ez alkalommal is, mit tanitványaimnak annyiszor szoktam lelkökre kötni, hogy *„non multa, sed multum“*.

Megjegyzéseinek végén t. kartárs úr arra hivatkozik, hogy kötelessége volt azokat elmondani; kötelességeinek ily sublimis felfogása előtt meghajlok, de máskorra több szerencsét kivánok azok exequálásához, noha biztosithatom, hogy részemről azokra mindaddig, mig a megczáfolandó érvek elől csak oly módon tér ki, hogy azok aprólékosak és a mig a saját nézeteit az egy-két év előtt vallottakkal jobb összhangzásba hozni nem fogja, reflectálni nem fogok.

Kolozsvárt, 1898. szeptember 15.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos N.-Becskereken.

(Folytatás.)

II. Halált okozó súlyos testi sértés. A vádlott felmentése elmegyengesége alapján.

K . . . községnek jelentése szerint Szt . . . U . . . a vele egy fedél alatt lakó Gy . . . nevü nővérét 189. november hó 13-dikán reggel háza udvarán vaslapáttal úgy vágta többször fejbe, hogy Gy . . . rövid időre reá az elszenvedett sérülések következtében elhalt.

A . . . évi november hó 14-dikén eszközölt boncolás szerint Gy . . . halála a koponyacsont többszörös törésével párosult agyroncsolás és koponyaüri vérzés folytán állott be és igy Gy . . . halála a Szt . . . U . . . tettével okozatos összefüggésben lévén, ellene a vizsgálati fogság elrendelése mellett szándékos emberölés bűntette miatt vizsgálat indittatott, melynek folyamán a nagybecskereki kir. törvényszék központi vizsgáló birójának . . . szám alatt kelt végzése folytán Szt . . . U . . . k . . . i lakos elmebeli állapotát megfigyeltem s annak eredményét a büniratok egyidejü áttanulmányozása után az alábbiakban terjesztettem be.

Előzmény: Szt . . . U . . . 47 éves, gör.-kel., özvegy, kn . . . i lakos, földész, két gyermek atyja, kik közül az egyik 5 éves korában előtte ismeretlen betegségben halt el, a másik él és egészséges. Atyja 73 éves korában, anyja 54 éves korában, mindkettő hosszadalmas betegség folytán halt el. 3 testvére közül 1 nővére 48 éves korában „köhögéses“ bajban halt el, 1 nővére, az általa agyonütött, hülye volt, mig fivére, kivel rossz viszonyban él, egészséges. Ő maga iskolába alig járt, irni, olvasni nem tud. 12 évvel ezelőtt himlőt állott ki, továbbá hideglelésben szenvedett, egyéb nagyobb súlyos baja nem volt. Három éven át katonáskodott, de az évekre nem emlékszik, szolgált mint katona Olaszországban (?), Bécsben és Szegeden. Katonáskodásából hazatérve megnősült 23 éves korában s nejével 13 évig békés egyetértésben élt. Életét otthon gazdálkodással töltötte részint apja mellett, részint ennek halála után önállóan gazdálkodott, mig folyó évi julius havában bátyja, R . . ., családostul hozzá hurczolkodott, állitólag azért, mert utóbbi birtokát árverésen megvette volna. Miután ezen árverésről Szt . . . U . . . mitsem tudott volna, ezen behurczolkodás alkalmával köztük tettlegesség fejlődött ki s Szt . . . U . . . a törökbecsei járásbirósághoz is szándékozott menni panaszra, de később ezen tervétől elállott; bátyja azonban nála maradt s ők azóta folytonos czivakodásban éltek egymással. Szt . . . U . . . földjei tényleg adósságai miatt kerültek az árverés alá, miután ő maga lusta ember lévén, földjeit parlagon hevertette s igy pénze az adósságai törlesztéséhez nem volt.

Folyó évi november hó 13-dikán reggel a vele állandóan együtt lakó Gy . . . nevü hülye nővérével a kapu előtt a lehullott faleveleket takarította össze, midőn is nővére a nyitott kaput be akarta tenni, mig ő azt kivánta, hogy maradjon a kapu nyitva, Gy . . . azonban ellenkezett vele s erre Szt . . . U . . . nővérét meglökte, úgy hogy ez elesett s esés közben a kezében volt vaslapáttal úgy ütötte tarkón, hogy nővére eszméletét veszítve összerogyott s aznap estve elszenvedett sérülései folytán el is halt. Szt . . . U . . . erre a lapáttal hazulról eltávozott s a községben járt, mig el nem fogták s a községházán őrizet alá vették s onnét a megindult vizsgálat folyamán a fogházba került.

A bűnvizsgálat folyamán a bűncselekmény súlyos voltára való tekintettel nevezett „elméjének functiója szakszerü megfigyelése“ elrendeltetett a czélból, hogy „megállapittassék, vajjon a cselekménynek végrehajtása nem-e vezethető vissza az agynak beteges működésére, nem-e őrültségben vagy tébolyodottságban támadt az elkövetés eszméje, avagy nem-e forog fenn a tompa elméjüségnek (bárgyuságnak) azon esete, mely az okozatos összefüggés törvényeinek fel nem ismerésében nyilvánul.

A vett meghagyás folytán eszközölt megfigyelésem eredményeit a következőkben adtam elő.

Vizsgálat: A megvizsgált egyén kisebb termetü, elég jól táplált, erős testalkatú, zömök, jól fejlett csont- és izomrendszerrel, hajzata fekete, nehány ősszel kevert. Bőre napbarnított, a látható nyálkahártyák halványpirosak. Koponyájának mellső homloki része szük, kicsiny, alacsony, ferde lejtős, mig a koponya hátsó része nagy széles. A bal fali dudor táján egy 3 cm. hosszú mozgatható bőrheg. Az arcz aránytalanul nagy a koponyához viszonyitva, főleg az állkapocs erősen kifejlődött, pofacsontok kiállók. Az arcz kifejezése kissé bamba, a tekintet merev. Nyelve kissé bevont, kinyujtáskor sem nem devial, sem nem reszket. Fogazata ép. Kezei kissé reszketnek. A testtartás hanyag, mozgásai lassúak, nehézkesek. Az egyén maga elé bámészkodva, görnyedten, csendesen ül. Járása nehézkes. A térd- és ínreflexek megvannak. Nyaka rövid, vastag, mellkas dombordad, a has mérsékelten feszült. Belső szervek épek. Étvágya, széke rendes, keveset alszik és könnyen felébreszthető, ha alszik. Nem iszákos. Fejfájásról, szédülésről nem panaszkodik.

Beszéde kissé nehézkes, a feltett kérdéseket nehezen érti meg s ekkor felelésközben hirtelen átcsap az egyik tárgyról a másikra majdnem minden logikai kapocs nélkül s csak erélyes reászólásra terelhető beszéde a feltett kérdés felé, midőn erre rövid, sokszor értelmetlen választ ad.

Képzetei a köznapi fogalmakon túl nem emelkedők, az eszmetársulás lassú. Fő eszmemenete csakis a táplálkozás, illetve a vegetativ működési kör körül forog. Az órát nem ismeri. Az időt csak annyiban tudja jelezni, hogy a nap nevét ismeri, de a hónapot nem tudja, úgyszinte a datumot sem.

A fogházban való tartózkodási idejét is csak megközelitőleg tudja. Tudja, hogy 12 hó van egy évben, de azok neveit nem tudja. Márcziusban a tavasz kezdődik, de többet nem tud. Lopni nem szabad, mert meg lesz az ember büntetve, ő tőle sohase loptak, de ő sem lopott még. A szomszéd földjébe beleszántani nem szabad, mert ezért büntetés jár. Megverni nem szabad senkit, úgyszinte agyonütni sem, mert a csendőrök elcsukják az illetőt. A pénzügyőröket ismeri, ezek a dohány- és pálinkacsempészekre vigyáznak. A vasút arra való, hogy ló nélkül utazhassunk. Templomba azért kell menni, hogy imádkozzunk, a Miatyánkat tudja, de más imádságot nem tud. Az Úr Isten a rossz embereket megbünteti, a rosszak a pokolba kerülnek. Az adót nem tudja biztosan miért kell fizetni, ő nem mindig fizette. Tudja, hogy fogházban van s társai lopás stb. végett vannak itt. Adóssági ügye miatt a megyénél járt, de onnét ügyvédhez utasitották, ki azonban pénzt kért tőle, ez pedig neki nem volt, igy ügyét nem vállalta el. Midőn árverésre került birtoka, értesitve nem lett volna az árverésről s igy nem tudta mikor árverezték. Azonban a végrehajtót ismeri, ez járt nála.

Számolni alig tud, összeadni csakis az egyszerü számokat birja pl. 5 + 7 = 12, de már 25 + 36 nem tudja kihozni. Kivonást eszközölni épen nem tud. A sokszorozási műveletet is csak az egyszerü számokkal tudja, tehát csak az úgynevezett kis egyszeregyet ismeri, de ebben is a legtöbbször hibázik. Osztani sehogy se tud.

Magára hagyatva bambán maga elé bámul s megkérdezve, miről gondolkozik, rendesen azt feleli, hogy semmiről; egy izben kérdeztetve miért szomorú, azt felelte, hogy savanyú burgonyát evett s „az eczet a fejébe szállt“, mert az eczet neki mindig a fejébe száll.

Hangulata mindig egyforma; komor, csakis ha beszélni engedik élénkül meg, midőn összefüggéstelen dolgokat ad elő. Magaviselete illedelmes, már messziről leveszi kalapját s azt kezében tartva halad el az ember mellett. Nehezen fog fel, a neki elmondottakat nem érti meg s ha meg is érti, azonnal elfelejti. Az itélő és következtető művelet nála nehézkes, hézagos s csakis alantas határok közt mozog. A képzelő tehetség aligvan nála kifejlődve. Beszéde nélkülözi a logikai kapcsot, egyik tárgyról a másikra összefüggéstelenül átcsap. Büntettének elmondása közepette is más tárgyat sző bele összefüggéstelenül. Tettét sajnálja, mert meg lesz büntetve. Lassú észjárása folytán könnyen vezethető s képes külső befolyásra önérdeke ellen is cselekedni belátás nélkül. Ingerlékenység rajta nem vehető észre, ellenkezőleg rendkivül félénk és alázatos, legszivesebben van egyedül, midőn bambán bámészkodva álldogál, mások társaságában nem jól érzi magát. Egyáltalában azon benyomást teszi, mintha alig gondolkodna.

Vélemény: A megvizsgált egyén oly fokban elmegyenge, hogy a tett elkövetésekor is akaratának szabad elhatározási képessége igen nagy fokban korlátolt volt.

Az 189 . . évi február hó 4-dikén tartott végtárgyalás alkalmával azon oknál fogva, hogy a vádlott a végtárgyaláson tanusított magaviselete szerint elmebajosnak lenni látszik, másrészt a törvényszéki orvos megfigyelése alapján korlátolt elhatározási képességűnek jelzi, s mert ezen nyilatkozat teljes megnyugtató voltához egy orvos vizsgálata nem elegendő bizonyiték, a bűnügy tárgyalása elhalasztatott s annak újolagos megfigyelése végett vádlottnak „*a letartóztatottak és elitéltek megfigyelő osztályára*“ való szállítása elrendeltetett.

Az újolagosan eszközölt megfigyelés alapján az 189 . . évi április hó 30-dikán kiállított vélemény a következőket mondja:

„*A vizsgálatból kiderül, hogy Szt . . . U . . . kóros elmegyengeségben szenved s ezen elmebajánál fogva akaratának szabad elhatározási képességével nem bir. Ezen baja gyógyithatatlan, már a bünvádi cselekmény idején is fennállott. Mivel a kérdéses bűncselekmény elkövetése által közveszélyesnek bizonyította magát, elmebeteg ápoldai elhelyeztetése indokolt.*

Az 189 . . évi junius hó 11-dikén tartott végtárgyaláson Szt . . . U . . . az orvosszakértők egybehangzó nyilatkozatai, a végtárgyaláson való viselkedése és elmegyengeségének tanuk által való beigazoltsága alapján a 301. §-ába ütköző és a 306. §. szerint minősülő *halált okozó súlyos testi sértés büntettének vádja és terhe alól felmentetett s az angyalföldi tébolydába való szállítása elrendeltetett s egyúttal az* iratok Szt . . . U . . . gondnokság alá helyezése czéljából a kir. törvényszék polgári osztályának átadattak.

Ezen itéletet úgy a szegedi kir. itélő tábla az 189 . . julius hó 20-dikán 3676./ftő. szám alatt kelt, mint a kir. Curia 189 . . évi deczember hó 17-dikén 156/ftő. szám alatt kelt itéletével helybenhagyta.

III. Gondatlanság által okozott súlyos testi sértés vétsége. Az eljárás beszüntetése.

F . . . K . . . b . . . i 61 éves napszámosnő 189. . évi deczember hó 22-dikén délelőtt (iratjegyzék 5. sz.), miután pár nappal azelőtt meghült, légzési nehézségeket kapott s azon hiedelemben, hogy baja meg fog szünni, orvos távollétében a községbeli borbélylyal magán eret vágatott, ki állitólag ez alkalommal karja ütő erét sértette volna meg, miáltal oly nagyfokú vérzés állott elő, melyet csak nagy nehezen birt elállitani. Az alkalmazott kötés után F . . . K . . . karja annyira megdagadt, hogy a 2 nap mulva oda érkező községi orvos a feszülés megszüntetése czéljából (iratjegyzék 3. sz.) a jobb kéz hátán és a könyökizület alsó belső felületén bőrbemetszéseket eszközölt s az elvérzés és a netán beálló üszkös folyamat elkerülése végett a n . . . i megyei közkórházba küldötte az egyént. A n . . . i közkórháznak (iratjegyzék 1. sz.) jelentése szerint „a rosszul táplált, feltünően sápadt nő a verőerek atheromatosus elfajulásában szenved“ s rajta egy az érvágástól eredő és egy az orvos által eszközölt metszést észleltek. Egyébként az egyén „jobb felkarának alsó fele, a jobb alkar és kéz az ujjakig erősen dagadt és fekete-kékes vérrel van aláfutva. Hőmérsék rendes, érverés rendes“. Ezekből a kórházi orvosok arra következtettek, hogy „a jobb felső végtagon talált nagyfokú vérömleny a borbély által ügyetlenül véghezvitt érvágás következménye, miáltal egy könyöki ütér is megsértetett“ s továbbá, hogy ezen „sérülés nemcsak súlyos, hanem életveszélyes s a remélhető gyógyulás mintegy négy hetet fog igénybe venni“ s végül, hogy „a sérült előrehaladott kora, de még inkább verőereinek atheromatosus elfajulása enyhitő körülménynek tekinthető, mivel ezek ily vérömlenyeknek nemcsak létrejöttét, hanem ily terjedelemben való létrejöttét elősegitik.“

J . . . M . . . 39 éves, b . . . i lakos, borbély, előadja (iratjegyzék 10. sz.), hogy csak F . . . K . . . unszolására vágott rajta eret orvosi engedély nélkül, ennek több napi távollétében. Beismeri, hogy az érvágás után fellépett vérzést nehezebben tudta csillapítani, s hogy véletlenül a könyök-üteret megsértette s hogy 1·5 deciliter vér elfolyt, s hogy kötés alkalmazására a vérzés meg is szünt, s a továbbiban azzal védekezik, hogy ha F . . . K . . . karját mindenféle háziszerekkel nem kenegeti, különösen meleg tehéntrágyát nem tesz rá, baja nem lett volna, s épen ezért támadt volna baja.

Az n . . . i megyei közkórháznak 1889. évi január hó 2-dikán kelt pótlólag bekért újbóli jelentése szerint (iratjegyzék 18. sz.) F . . . K . . . állapota a kórházban való 10 napi tartózkodás után lényegesen javult, a kar dagadtsága lelohadt, a rajta észlelt metszési sebek behegedtek, úgy hogy az egyén saját kivánságára javultan elbocsáttatott, s a kórházi orvosok véleménye oda concludál, hogy a teljes gyógyulás az elbocsátástól számitott 15 nap alatt állhatott be; ezek szerint az egész kórfolyamat 27 napig tartott volna.

A kir. törvényszék központi vizsgáló birójának 189. évi április hó 3-dikán 1545/ftő szám alatt kelt végzésében felhozott és alább felsorolt kérdéseire a bűniratok áttanulmányozása alapján az előzményi adatok rövid elsorolása mellett az alább felsorolt feltett kérdésekre a következő felülvéleményt terjesztettem be.

Felülvélemény: 1. Vajjon orvosi szempontból általában, de különösen a jelen esetben igazolható-e az érvágás s igy J . . . M . . . beavatkozása?

Az érvágás 50 év előtt az orvosi kezelésnek legelterjedtebb eszköze gyanát szerepelt.

Az orvosi tudomány haladásával az érvágás létjogosultsága mindinkább szükebb körre szoritttatott, úgy hogy mai nap alig nehány kórjavallatot állitanak fel a tankönyvek az érvágás számára s mint ilyenek szerepelnek a tankönyvben: agyvértolulás, esetleg kezdődő agyvérömleny, tüdővizenyővel fenyegető tódulási tüdővérbőség és vérátömlesztés végrehajtása czéljából ejtett érvágás.

De ezen csekély számú kórjavallatokat sem fogadja el több orvosi irány, úgy hogy sok modern orvos *per absulutum perhorreskálja* az érvágást s megeshetik, hogy fiatal orvosok az egyetemről vagy kórházakból kikerülve ezen műtétet élőn véghezvinni nem is látták, de nem is láthatták.

Ennek daczára a közéletben az érvágás még mai napon is igen el van terjedve, főleg a köznépnél, melynél *majdnem minden baj* gyógyulását az érvágástól remélik, azonban itt is már azt láthatjuk, hogy főleg csakis a vértodulási vagy nehéz légzési esetekben veszik igénybe, persze a lázas állapotot is vértódulásnak tartva.

Igy a helyzet körülményeiből kifolyólag az orvos gyakran enged ezen kivánságnak s az érvágáshoz beleegyezését megadja.

Adott esetben F . . . K . . . is saját vallomása szerint meghülésből eredő nehéz légzésben szenvedett s népies felfogás szerint magán úgyszólván erőszakosan orvos távollétében a borbélyt unszolva eret vágatott, tehát a műveltségének megfelelőleg magán eret vágatott, mely érvágás rendesen ilyen vészthozó lenni nem szokott, sőt utána javulás is be szokott állani. Ezen szempontból J . . . M . . . beavatkozása menthető annál is inkább, mert az 1876. évi november hó 9-dikén 49,399. szám alatt kelt belügyministeri, az érvágásról szóló szabályrendelet 12. §. értelmében, a vérbocsátásra jogosított orvosi rendelvény nélkül eret vághat, ha a vérbocsátás elhalaszthatlan és az orvosi rendelvény megszerzése lehetetlen s az orvos annak szükségességét utólag igazolja, mit különben a borbély megitélni úgy sem képes.

2. Mi szolgálhat J . . . M . . . mentségére ugyanezen szempontból?

Az ezen kérdésre való válasz a fentiekben benfoglaltatik és csak annyit tehetek hozzá, hogy e vidéken a borbélyok ezen eljárása általános.

*

3. Gyógyhatásos segély jellegével birhatott-e ezen műtét?

Ezen műtét a tudomány szempontjából gyógyhatásos jelleggel alig birhatott, mert F . . . K . . . nak az általa meghülésből eredő nehéz légzésnek jelzett betegsége bizonyára influenza lehetett a téli járványnak megfelelőleg s ezen baja minden esetre több napos lefolyású volt s magára a bajára előnyösen alig hathatott az érvágás, hanem ellenkezőleg a vérveszteség a szervezetet gyengítette.

4. Magatartásában mely súlyosbító körülmények fedezhetők fel sebészi szempontból?

Úgy a műtétet végző borbély, mint a kezelő orvos, valamint a kórházi orvosok véleménye szerint az érvágás alkalmával a venával együtt az arteria (verőér) is megsértetett volna. Az egész eset leirása, valamint a kórlefolyás alig igazolják ezen feltevést, mert a leirt elváltozások inkább csakis a vena sértésének s ennek vérének nem kifelé, hanem a bőralatti kötőszövetbe való ömlésének tüneteit mutatják annál is inkább, mert kórházi orvosok jelentése szerint a kar megfelelő pulsusa eltérést nem mutatott, pedig egy ilyen nagyobb kari ütőér átmetszése esetén a pulsusban okvetlen változásnak legalább gyengülésnek kell beállani, sőt a pulsus érezhetetlenné válik, épen mert a véráram az arteria átmetszése esetén nem a rendes útján halad tovább, hanem a véredény sérülési nyilásán át kifelé sugárban a pulsussal synchronice rhythmice ömlik, a miről a bűniratok adott esetben nem tanuskodnak, de másrészt a véredény sérülése alatti helyen a pulsus fentiek szerint érezhető sem volna, másrészt ütér átvágás esetén a halálos elvérzés is, kellő szaksegély hiányában elég gyorsan beállott volna.

De tegyük fel, hogy az ütér vigyázatlanságból meg is sértetett volna, úgy megjegyzem, hogy az ütőerek néha alig tapinthatók ki s igy az ütér megsértése még kellő szakképzettségű egyénnel is megtörténhetik, s megtörténhetik ez annál inkább egy borbélylyal, kinek szakképzettsége és anatomiai ismeretei nincsenek, főleg akkor, midőn alig szabályozható eszközzel, mint a minő a csappantyú, végzi az érvágást.

A továbbiakban kihallgattatott a községi orvos, ki F . . . K . . . t a kórházból való hazabocsátása után tovább gyógykezelte s ez kijelentette, hogy (iratjegyzék 22.) F . . . K . . . sebei teljesen begyógyultak s karja lelohadt, használhatóvá vált újból, azonban az egyén a kiállott sérüléstől függetlenül fellépett tüdő- és mellhártyalobban 189. . évi február hó 10-dikén elhalt.

Azon az alapon, hogy F . . . K . . . halála az előrement sérülésével összefüggésben levőnek nem találtatott, a kir. törvényszék 2519/ftő 189. . . szám alatt kelt határozatával J . . . M . . . elleni bűnügyben a további eljárást beszüntette és a közegészségi és testi épség elleni kihágás elbirálása czéljából a kihágási büntető törvénykönyv 92. §-ára való hivatkozással a n . . . i járásbirósághoz tétetett át a bűnügy.

A n . . . i járásbiróság 2685/bftő 189. . . augusztus hó 24-dikén kelt itélete alapján J . . . M . . . t 20 frtnyi pénzbirságra itéltette, mely itélet ellen J . . . M . . . a szegedi kir. itélő táblához felebbezett, a midőn beigazolta, hogy ezen kihágás végett az n . . . i szolgabiróság már 189. . . évi január hó 30-dikán 7119. szám alatt kelt itéletével 20 frtnyi pénzbirsággal büntette s ezen pénzbirságot le is fizette, ennek alapján a kir. itélő tábla a járásbiróság itéletét hosszas indokolással feloldotta s az ügyet végkép beszüntette, mely utóbbi itéletbe vádlott belenyugodott. (Folytatása következik.)

Közlemény C. v. Noorden klinikájáról és laboratoriumából (Frankfurt a/M.).

A fehérjeelvonás mint diaetetikus gyógymód diabetes mellitusnál két eset kapcsán.

Irta: *Lengyel Loránd* dr.

(Vége.)

II. eset. E. W., 34 éves, árvaszéki ülnök. Született Siegen, Westphaliában. Betegségének kezdete bizonytalan. 1897. junius 9-dikén ismertetett fel a diabetes. Felvétetett 1897. junius 10-dikén. Anyja tuberculosisban, atyja szívgyengeségben halt el. Két testvére él. Egy nénje 20 évig szenvedett köszvényben, egyik unokatestvére czukorbetegségben halt el.

E. W.-t 1887 óta gyakrabban vették elő köszvényrohamok. Diabetes csak most constatáltatott.

Beteg igen gyenge, mondhatni soporosus és comához közel álló állapotban vétetik fel v. Noorden tanár klinikájára. (L. II. tábla).

Mint e táblázatból ki fog tünni, ezen eset az előbbitől súlyosságára nézve különbözik. Igaz, hogy itt minden előzetes kezelés nélkül sem volt magasabb a czukortartalom 3%-nál és mégis ez esetet a legsúlyosabb diabetikus megbetegedésekhez kell sorolnunk. Erre vallanak a nagy mértékben megzavart anyagcsere többi jelei: a rendkivüli magas aceton, ammoniak-tartalom, az igen erős Gerhardt-féle diacetsav-reactio, a nagy balracsavarás és mint klinikai tünet a nagy elesettség, a comához közel álló állapot, továbbá azon körülmény, hogy még a legszigorubb diaeta sem volt képes a czukrot a vizeletből teljesen eltüntetni.

Ebből kitünik, hogy a vizelet czukortartalmának nagyságából nem következtethetünk minden esetben a diabetikus megbetegedés súlyosságára. *A diabetikus anyagcserezavar nagyságát a vizelet összes pathologikus alkatrészei fejezik ki és csak ezek tekintetbevételével jogos a diabetes súlyosságára való következtetés.*

Mint már emlitettük, a beteg igen súlyos állapotban került orvosi gyógykezelés alá. A működésükben alábbhagyni készülő functiók erősítésére, a szivműködés fokozására a beteg a gyógykezelés első napjaiban bőven kapott camphor-injectiót; továbbá a theoriának megfelelően az ezen esetben nagy mértékben fennálló savintoxicatiónak csökkentésére nagy adag (10 gm. pro die) natrium bicarbonicumot alkalikus savanyúvizzel (Vichy). A momentan való szénhydrat-elvonás nem látszott czélszerűnek már csak azért sem, mert a beteg a szigorú hús-zsír-diaetát kezdetben megemészteni képes nem lett volna és ez csak gastro-intestinalis zavarokat hozott volna létre. Szénhydratok közül a laevulose adása azért látszott czélszerűnek, mert ez a glykosuriát kisebb mértékben fokozza, mint a szőlő- vagy nádczukor (Minkowski). Ime az étrend:

Junius 13-dikán 6 üveg diabetikusok teje, 125 gm. hús, 40 gm. vaj, 0·4 liter limonade 50 gm. laevuloseval, 1 üveg Vichy, 10 gm. natr. bicarbonicummal, bor.

Junius 14-dikén, mint az előző napon.

„ 15-dikén, mint az előző napon.

„ 16-dikán, 6 üveg diabetikusok teje, vörös bor, 0·4 liter limonade 50 gm. laevuloseval, 2 üveg Vichy, 10 gm. natr. bicarbonicummal.

Junius 17-dikén, I. reggeli: 2 üveg diabetikusok teje, II. reggeli: 100 gm. sonka, 1 tojás. Ebéd: vegyes hús-zsír-koszt, bor. Uzsonna: 2 üveg diabetikusok teje. Vacsora: vegyes hús-zsír-koszt, bor. Ezenkivül még 50 gm. laevulose. Vichy, natr. bicarbonicummal.

Junius 18-dikán, mint az előző napon.

„ 19-dikén, mint az előző napon.

„ 20-dikán, mint az előző napon, laevulose nélkül.

„ 21-dikén reggel 7 órakor: 2 üveg diabetikusok teje. I. reggeli: 50 gm. hús, egy lágy tojás. II. reggeli: 100 gm. szalonna főzelékkel. Ebéd: 100 gm. hús mindegyik fogásból, bor. Uzsonna: 2 üveg diabetikusok teje. Vacsora: 100 gm. hús, 50 gm. szalonna főzelékkel, bor. 10 gm. natr. bicarbonicum.

Junius 22-dikén, mint az előző napon.

„ 23-dikán, mint az előző napon. 2 csésze kávé.

„ 24-dikén, mint az előző napon. 5 üveg diabetikusok teje.

„ 25-dikén, mint az előző napon.

„ 26-dikán, I. reggeli: 2 üveg diabetikusok teje, 50 gm. hús, 1 tojás. II. reggeli: 100 gm. szalonna főzelékkel. Ebéd: 75 gm. hús mindegyik fogásból. Uzsonna: 2 üveg diabetikusok teje. Vacsora: 100 gm. szalonna főzelékkel.

Junius 27-dikén, mint az előző napon.

„ 28-dikán, mint az előző napon.

„ 29-dikén, főzeléknap (tehát a tej elmarad).

„ 30-dikán, főzeléknap.

Julius 1-jén, főzeléknap.

„ 2-dikán, szigorú húszsír-koszt.

„ 3-dikán, szigorú hús-zsírkoszt és 3 üveg diabetikusok teje.

„ 4-dikén, mint az előző napon.

„ 5-dikén, mint az előző napon.

„ 6-dikán, főzeléknap.

„ 7-dikén, főzeléknap.

„ 8-dikán, főzeléknap.

„ 9-dikén, fél főzeléknap, fél fehérjekoszt és 1 üveg tej.

„ 10-dikén, fél főzeléknap, fél húskoszt és 2 üveg diabetikusok teje.

II. táblázat.

Datum	24 órai vizelet-mennyiség cm^3-ben	A vizelet fajsúlya	Czukortartalom %-ban		Balracsavaró alkatrészek	24 órai nitrogen-kiválasztás grammokban	24 órai ammoniak-kiválasztás grammokban	24 órai aceton-kiválasztás grammokban	Gerhardt-féle vaschlorid-reactio	Testsúly kilogrammokban	Megjegyzés
			polarisatióval	Allihn							
1897 VI/12—13	4050	1016	1·3	—	—	10·432	—	6·750	erős	—	Camphor-injectiók
13—14	2960	1024	3·0	3·15	0·5	9·2825	4·1108	5·1442	erős	—	Camphor-injectiók, 1 üveg Vichy, 10 gm. natr. bic.
14—15	2860	1027	2·5	2·64	0·6	11·421	4·5119	5·7046	erős	—	Camphor-injectiók, 1 üveg Vichy, 10 gm. natr. bic.
15—16	3130	1027	2·5	2·78	0·6	12·5325	3·916	5·5269	erős	—	Camphor-injectiók, Vichy, 10 gm. natr. bicarb.
16—17	4150	1025	2·1	2·70	0·65	13·5954	4·289	7·2324	erős	—	2 üveg Vichy, 10 gm. natr. bicarb., 3 camphor-injectio
17—18	4070	1028	1·9	2·04	0·7	17·207	4·5388	6·0337	erős	78·0	3 camphor-injectio, Vichy, natr. bicarb.-mal
18—19	4330	1026	1·7	2·32	0·7	18·6709	3·5332	6 9206	erős	—	Camphor-injectiók már nem adatnak
19—20	4400	1025	1·6	1·72	0·6	16·2624	4·5675	7·3735	erős	78·1	—
20—21	5000	1023	1·4	1·54	0·55	18·200	5·168	7·8192	erős	—	—
21—22	3850	1021	1·1	1·46	0·65	14·2296	3·6128	6·8105	erős	77·1	10 gm. natr. bicarb.
22—23	4050	1022	1·1	1·52	0·55	14·061	4·4339	7·7031	erős	—	—
23—24	3650	1016	0·6	0·74	0·4	10·1178	3·6189	5·349	erős	—	—
24—25	3100	1026	1·4	1·91	0·25	12·2388	3·710	7·9674	erős	—	—
25—26	4050	1018	—	0·73	0·35	9·9792	3·1946	5·7186	positiv	—	Illékony zsírsav meghatározás, az illékony zsírsavak napi mennyisége eczetsavra számítva 0·5715 gm. volt.
26—27	2630	1018	0·5	0·86	0·6	5·891	2·5574	4·9504	positiv	—	—
27—28	4400	1019	0·8	1·10	0·4	8·8704	3·5536	6·0914	erős	—	—
28—29	3300	1018	0·4	0·77	0·3	11 2728	3·4108	4·5518	positiv	79·5	—
29—30	2250	1019	0·2	0·54	0·16	6·615	2 142	2·742	positiv	—	*Főzeléknapok*
30—1/VII	1760	1020	—	0·42	0·5	5·1497	1·220	2·8232	positiv	—	Polarisationál mindjárt balracsavarás
1—2	3120	1016	—0·2	0·18	0·5	5·5910	0·975	2·6540	erős	83·1	Mindjárt 0·2% balracsav.
2—3	2620	1021	0·0	0·38	0·55	9·6835	0·606	3·062	positiv	—	*Szigorú hús-zsír-koszt*
3—4	3600	1015	0·2	0·28	0·4	12·398	1·028	3·040	positiv	—	—
4—5	3800	1013	0·6	—	0·2	12·980	1·085	2·446	positiv	—	—
5—6	3280	1022	0·8	1·08	0·4	15·980	1·158	3 235	positiv	—	—
6—7	2900	1020	0·6	0 80	0·1	11·6116	1·183	2·2967	positiv	—	*Főzeléknapok*
7—8	2450	1016	0·4	0·64	0·1	7·6932	1·032	1·8435	positiv	—	—
8—9	2700	1017	0·1	0 35	0·1	7·030	0·991	1·863	positiv	—	α-crotonsav-kristályok előállíttattak, melyeknek olvadáspontja 73° C.-on feküdt
9—10	3350	1013	0·05	0·31	0·1	9·567	0·729	1·875	positiv	—	*Félfőzeléknapok*
10—11	3500	1016	0·4	—	0·2	13 132	1·190	1·9711	positiv	—	—
11—12	4100	1011	0·4	—	0·1	12·742	1·9516	2·5607	positiv	—	—
12—13	3200	1018	0·5	0·75	0·1	16·755	1 3926	2·0490	positiv	82·6	—
13—14	1850	1022	0·8	0·98	0·4	11·2406	0·7296	1·1894	positiv	—	—
14—15	3100	1021	0·7	0·77	0·2	16·3184	1·4545	2·1976	positiv	—	—
15—16	2680	1024	0·8	0·90	0·2	15·6619	1·3460	2·3314	positiv	—	—
16—17	4000	1017	0·6	—	0·15	16·1280	1·4416	2·7126	gyenge	—	—
17—18	3020	1020	0·8	—	0·3	15 0516	1·560	2·0019	positiv	—	—
18—19	2250	1025	0·7	—	0·2	15·1830	1·2852	2·1900	positiv	—	—
19—20	2600	1023	0·1	—	0·2	16·5256	1·8387	2·1071	positiv	83·2	—
20—21	3200	1019	0·9	—	0·2	17·8592	2·3936	2·6156	positiv	—	—

Julius 11-dikén, mint az előző napon, tej nélkül.
„ 12-dikén, mint az előző napon.
„ 13-dikán, mint az előző napon.
„ 14-dikén, mint az előző napon.
„ 15-dikén, mint az előző napon és 2 evőkanál sesam-olaj.
„ 16-dikán, „ 17-dikén, „ 18-dikán, „ 19-dikén, „ 20-dikán } fél főzeléknap, fél húskoszt, sesam-olaj.

Az egyes napok étrendjében a fontos változást mindenütt kitüntettem. Mint látható, ezen esetben a diaeta sokkal változatosabb és részleteiben jobban eltérő képet mutat, mint az előbbeni esetben. Ennek összeállításánál a beteg általános állapota, a vizelet pathologikus alkatrészeinek mennyisége, így különösen a Gerhardt-féle reactio változásai voltak azon szempontok, melyeket tekintetbe kellett venni. E szempontok tehát ugyanazok itt is, mint egyéb antidiabetikus diaeta összeállításánál.

Junius 13—29-dikéig, az első főzeléknapig folyton vittünk be szénhydratokat a szervezetbe, de ezeknek mennyiségét fokozatosan csökkentettük és helyettük nagyobb hús- és zsíradagokat szabtunk meg. Ezen eljárás kedvező hatása abban mutatkozott, hogy a czukor 3%-ról leszállott 0·7%-ra. A

vizelet többi alkatrészeinek mennyisége lényeges változást nem mutatott. Junius 30-dikára, az első főzeléknap után a czukortartalom 0·5%-ra szállott le és az ammoniak és acetonmennyiségek is lényeges csökkenést mutattak. Julius 2-dikára, tehát három főzeléknap után az az érdekes eset állott elő, hogy daczára a 0·18% czukortartalomnak, a vizelet mégis 0·2 fokot balracsavart, elerjesztés után pedig 0·5 fokot; tehát a balracsavaró alkatrészek oly mennyiségben voltak jelen, hogy azoknak balracsavaró képessége nagyobb volt mint a jelenlevő szőlőczukoré. Ammoniak 0·975 gm.-ra, aceton pedig 2·654 gm.-ra szállott le; azonban a Gerhardt-féle reactio ismét erősbödött. Ezután 2-dikától 6-dikáig szigorú hús-zsír-koszt, melyre a többi pathologikus alkatrészek ismét emelkedést mutattak, holott a Gerhardt-féle reactio kissé gyengült. Az ekkor rendelt főzeléknapokra ismét lényeges csökkenés mutatkozott a czukor, ammoniak, aceton mennyiségében. Hogy a főzeléknapokon a N-kiválasztás is csökken, az magától értetődik; sőt látni fogjuk, hogy néha oly kis értékekkel találkozunk, melyek a normalisnak alig több mint $^1/_3$ részét képviselik (azoturia ellentéte). Julius 10—20-dikáig félhús-, félfőzeléknapokat kapott a beteg, mely idő alatt a czukortartalom $^3/_4$% körül ingadozott; a többi pathologikus alkatrészek lényegtelen emelkedést mutattak. Balracsavarás ezen idő alatt majd mindig 0·2 fokot tett ki. Megjegyzendő, hogy az illékony zsírsavak napi mennyisége a normalisnál tízszer nagyobb volt junius 25—26-dikáról (l. táblázat). α-crotonsavkristályok is előállíttattak, melyek a vizeletben a β-oxyvajsav dehydratiója folytán jövén létre, ennek jelenlétére vallanak.

A beteg ezután továbbra is a klinikán maradt és mint *Noorden* tanár úr szivességéből tudom, a czukor a gyakori főzeléknapokra (melyeket a betegnek már bátran lehetett rendelni) nullára esett és az aceton is tetemes csökkenést mutatott. A N kiválasztott napi mennyisége egy esetben 4·99 gm.-ot tett ki, holott egy felnőtt ember naponkint átlag 12—14 gm. nitrogent választ ki. Ezen tény annyiból érdekes, mert bizonyítja, hogy súlyos diabetes *eseteiben is a fehérjebomlás és így az ezzel járó czukorképződés is a minimumra szállítható le.* Éhezés alatt is korlátozódik a fehérjebomlás és ebben áll magyarázata annak, hogy súlyos diabetes eseteiben, hol a czukor a legszigorubb hús-diaetára sem tünt el a vizeletből, éhezés alatt a vizelet czukormentessé válik. De könnyen belátható, hogy *éhezés alatt nagyobb mennyiségű fehérje fog a szervezetben szétesni, mint bőséges zsírtáplálék mellett.* Mert hiszen a szervezetnek bizonyos mennyiségű energiára mindig szüksége van. Ennek előteremtésére van hivatva a zsír és ez által a szervezet saját fehérjéjét kiméljük. Ezzel ismét kettős czélt érünk el: egy részről a fehérjekimélést, mint a mely olyan fontos az úgyis nagy mértékben igénybe vett szervezetnek, de más részről még kevesebb fehérje esvén szét, mint éhezés alatt, *a szervezetben a czukorképződést így minimumra redukáljuk* és még olyan esetben is érhetünk el eredményt, hol a vizelet még éhezésre sem lett czukormentessé. Természetes, szigorú zsír-koszt mellett is veszendőbe megy a szervezetnek saját fehérjéje, de nem olyan mértékben, hogy e veszteség az elérhető általános javulás végett feláldozható ne volna, eltekintve az igen kimerült betegektől. Innen egyszersmind érthető, hogy főzeléknapokat mért nem lehet, sőt szabad hosszabb ideig alkalmazni.

Súlyszaporodás ezen esetben is észlelhető volt a főzeléknapok alatt (junius 28-dikától egész julius 2-dikáig 3 kiló); ezen súlyszaporodásnak oka egy részről lehet folyadék-retentio, de más részről nem lehet kétségbe vonni, hogy a szervezet zsírt rakott azon idő alatt félre, mi alatt fehérjéinek mennyisége csak kisebbé válhatott. A beteg általános állapota ezen esetben is lényeges javulást mutatott. A szigorúan keresztülvitt főzeléknapokat eleinte a betegnek erőbeni állapota és megromlott emésztőképessége nem engedték meg és ugyane szempontok vezéreltek a szénhydrat bevitelénél is.

Ezek után észrevételeimet a két esetről a következőkben foglalom röviden össze:

Mind a két eset a súlyos természetű diabetikus megbetegedésekhez tartozik, mert hiszen 5 napi legszigorubb hús-zsír-diaetára a czukor egyik esetben sem tünt el a vizeletből; de mégis az utóbbi súlyosságra az elsőt túlszárnyalja; ezt bizonyítják a klinikai tünetek is. E. W. a legnagyobb gyengeséggel s a kezdődő coma tüneteivel került gyógykezelés alá és már ezért is a vizsgálati eredmények érdekeseknek igérkeztek. És valóban oly számok, melyek itt találtattak, a ritkábban előforduló esetek közé tartoznak (közel 8 gm. aceton, 5 gm. ammoniak).

A mi a therapeutikus beavatkozással elért eredményeket illeti, ezek valóban mind a két esetben igen kielégitők. Ezen jó eredmény e súlyos esetekben csakis a főzeléknapoknak volt köszönhető. Hiszen mind a két esetben láttuk, mint esett a czukor mennyisége a főzeléknapok hatása alatt, mint fogytak a vizeletben a többi pathologikus alkatrészek. Hogy theoretice miként magyarázható e napoknak hatása, az már a fentebbiek után ismeretes.

Ezek után, azt hiszem, jogosult a következők kimondása:

1. *Főzeléknapok rendelésével a diabetikus szervezet anyagcseréje oly módon befolyásolható, hogy a vizelet czukortartalmának a lehető legnagyobb fokban való sülyedésével a többi pathologikus alkatrészek mennyisége is fogy.* (Ez nem szokott a czukortartalom csökkenésével egyidejüleg beállani.)

2. *Főzeléknapok alatt még súlyos esetekben is a szervezet súlyszaporodása észlelhető; tehát a kismértékü sajátfehérjeszétesés mellett, zsírfelhalmozódás lehet jelen.*

3. *Főzeléknapok alkalmazása a coma veszélyével nem jár, de kimerült betegeknél* (s általában ott, hol a $Fe_2 Cl_6$ reactio igen erős) *mindaddig kerülendő, míg ezek nagyobb erőbeli állapothoz nem jutnak* (itt az általános szabályok érvényesek).

4. *Főzeléknapok közbeiktatásával általában a diabetes mellitus kedvezően befolyásolható.*

E meghatározásokhoz még néhány szó megjegyzést kell fűznünk.

Tudjuk, hogy középsúlyos és súlyos diabetes eseteiben ajánlatos, ha a beteg évente háromszor, illetve négyszer, három, illetve négy hétig tartó szigorú diaetát visz keresztül (*Noorden*[1]). A főzeléknapok alkalmazása mindig e szigorúan keresztülvitt diaeta keretén belül történjék.

Czélszerű, ha a főzeléknapokat szigorú hús-zsírnapok, vagy félfőzeléknapok előzik meg. Ha már ezek alkalmazásakor a czukor a vizeletből eltünik, akkor a főzeléknapokra nincs is szükség. Gyenge betegeknél és általában ott, hol a momentan való szénhydrat-elvonás káros hatásúnak látszik, (ha a $Fe_2 Cl_6$ reactio erősödnék) a szigorú értelemben vett főzéknapok alkalmazásával várni kell mindaddig, míg a betegek jobb erőbeli állapotba nem jutnak. A főzeléknapok alkalmazását a betegek általában jól tűrik. Némi változatosság a főzelékek megválasztásában ajánlatos. Ott, hol a főzeléknapok gastro-intestinalis tüneteket hoznak létre, legalább bizonyos időre kihagyandók, vagy fehérjefélék, esetleg szénhydratok hozzáadásával enyhitendők (félfőzeléknapok).

Ha a fentebb elsoroltakat mind tekintetbe veszszük, a főzeléknapok alkalmazásával a diabetes mellitus súlyosabb eseteiben is szép eredményt érhetünk el.

Kedves kötelességemnek tartom *Noorden* tanár úrnak, kinek frankfurti laboratoriumában e vizsgálatokat végeztem és ki tanácsával és útbaigazításával mindig a legszivesebben szolgált, e helyen is legbensőbb köszönetemet kifejezni.

Irodalom:

[1] v. Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Berlin, 1895. [2] Ambrotiani: Senator: Diab. mellitus. Zimmsen. [3] Cl. Bernard: u. o. [4] Hedon: Arch. de Physiolog. XXVI. 269, 94. [5] Thiroloix: Gaz. des hôp. 1894. [6] v. Mering: Congr. f. innere Med. V. 1886. [7] Minkowski: Unters. über den Diabetes nach Extirpation des Pankreas. F. C. Vogel, 1893. [8] Leo: Zeitschrift f. klin. Med. XIX. 91. [10] [11] Weintraud und Laves: Zeitschrift f. phys. Chem. XIX. 94. [12] Lépine: Wiener med. Presse 1892 Nr. 27—32. [13] John Rollo: Diabetes mellitus, Wien und Stendal 1801 [14] F. A. Hoffmann: Über Diabetes mellitus V. Congress f. inn. Med. Wiesbaden, 1886. [15] Naunyn: Volkmann'sche Sammlung Nr. 349/50. [16] Stricker: Die Behandlung der Zuckerkrankheit, Stuttgart, 1895. [17] Bouchardat: De la glycosurie du diabète sucré, Paris 2. éd. 1883. [18] Cantani: Der Diabetes mellitus, übersetzt v. *S. Hahn*, Berlin, 1877. [19] Naunyn: Volkmann'sche Sammlung Nr. 349/50. [20] Pavy: Unter-

suchungen über Diab. mellitus, deutsch v. W. Langenbeck, Göttingen, 1864. [21] Seegen: Der Diabetes mellitus, 3 Aufl. Berlin, 1894. [22] v. Mering: Congr. f. innere Med. Bd. V. 1886. [23] Weintraud: Stoffwechsel in Diabetes mellitus. Cassel, 1893.

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna Sámuel egyet. m.-tanár) osztályáról.

Gonorrhoea recti.

Huber Alfréd dr. kórházi gyakornoktól.

(Folytatás.)

II. Statistika.

78 rectalgonorrhoeás betegnél megtaláltam a gonococcust:

Az első vizsgálat alkalmával			52	esetben.
A második	„	„	15	„
A harmadik	„	„	5	„
A negyedik	„	„	4	„
Az ötödik	„	„	1	„
A hetedik	„	„	1	„

Vagyis *az összes végbélkankós eseteknek csak 66%-ában találtam meg a specifikus mikrobát mindjárt az első vizsgálat alkalmával.*

Minél többször eszközlünk vizsgálatot, annál csekélyebb a valószinűség, hogy tévedtünk. Általában véve azonban elégséges, ha a rectum váladékát nehány napi időközökben 3—4-szer vizsgáljuk meg, de ennyi vizsgálat okvetetlenül szükséges.

Csakis azon esetben kell a végbél váladékát ennél többször is megvizsgálnunk, ha a praeparatum olyan gyanus, hogy szükségképen feltételezhetjük, miszerint a gonococcust egy következő vagy későbbi praeparatumban megtaláljuk. Gyanus mindazon készítmény, a mely genyes vagy savósgenyes váladékból készült és a melyben többmagvú leukocytákat és kevés számú nem-pathogen bakteriumot találunk; még pedig annál gyanusabb, minél genyesebb volt a váladék, minél több abban a leukocyta és minél kevesebb az egyéb bacterium. Ha ilyen praeparatumot látunk, keresnünk kell mindig tovább. Igaz ugyan, hogy néha ilyen esetekben sem érünk czélt a legszorgosab és sokszor megejtett vizsgálat daczára: én például 533 esetem közül 53 esetben voltam kénytelen „gyanúperrel“ élni, jóllehet vizsgálataimat mindenkor több izben és tüzetesen eszközöltem. Lehetséges, hogy ezen esetek, mint idült végbélgonorrhoea esetei fogandók fel, a hol a genyes váladék már gonococcus mentes, vagy a hol e microorganismusok csak igen gyér számban vannak jelen, úgy hogy elkerülik a vizsgáló figyelmét. Nincs természetesen kizárva az sem, hogy a rectum nyálkahártyája más irritamentum (talán coitus penoanalis habitualis, vagy obstipatio) következtében termeli a genyes váladékot. E „gyanus“ eseteket persze a későbbi lefolyásukban is figyelemmel kell kisérni.

A mi magát a praeparatum-készítés technikáját illeti, ezzel röviden végezhetek, mivel az a lehető legegyszerübb. A kaparó kanállal vett váladékot steril sondával egy tárgylemezre kikenve, a készítményt megszárítjuk; szárítás után a praeparatumot spirituslángban háromszor végighúzva, fixáljuk és mindjárt ezután, Löffler-féle methylenkékkel, vagy 1% fuchsinnal 1—2 percig megfestjük (Bumm-féle eljárás). A festett készítmény vizzel leöblítve és láng fölött megszárítva, immár megvizsgálható. A mint látjuk, a praeparatum készítésének főelőnye itt a gyorsaság, az egyszerűség és különösen az, hogy nincs szükség a drága, törékeny és használat után nehezen mosható fedőlemezre. A kész praeparatumot immersiós lencsével vizsgáljuk meg.

A Löffler-féle methylenkék kiválóan alkalmas a gonococcusok festésére, főleg olyan esetekben, a hol, mint a mi laboratoriumunkban, nincs mindig mód arra, hogy az egyéb elfoglaltság közt a festés idejét pontosan kiczirkalmazzuk: ezen festékkel csak nagyon ritka esetben fogjuk a készítményt túlfesteni. Más festési eljárást nem közlök, mivel ezzel mindig beérhetjük. Még a Gram-féle festésre, mint differentialdiagnostikus műveletre sem terjeszkedem ki, mert erre sincs a legtöbb esetben szükség.

A mi magát a gonococcust illeti, ennek bővebb ismertetésébe e helyen nem bocsátkozom, csak azt jegyzem meg, hogy az én vizsgálataimnál csupán azon diplococcusokat tartottam gonococcusoknak, a melyek a typikus intracellularis elrendeződést mutatták. Azon készítményeimet, a melyekben a gonococcusokat (vagy talán csak „nem specifikus“ diplococcusokat) a fehér vérsejteken kivül találtam, azokat a „gyanus“ készítményekhez soroltam.

A rectalgonorrhoea tehát, mint az előzőkből látható, csakis úgy keletkezhetik, ha a gonococcus valamely útonmódon a rectum nyálkahártyájára jut. Legközelebbfekvő kérdés ennélfogva, hogy minő viszonyok között juthat a gonococcus a végbélbe. Ilyen út három van.

1. A coitus penoanalis.
2. A mechanikus út.
3. A physikai út.

1. Már a történelmi részben említettem, hogy különösen Brouardel, Tardieu és Jullien kardoskodtak a mellett, hogy a rectalgonorrhoea coitus praeternaturalis impurus következtében támad.

Igaz ugyan, hogy a betegeknek tagadó vallomásai ily kényes kérdést illetőleg nem jöhetnek komolyan számításba és ennélfogva azon nehány esetem, a hol a beteg a coitus penoanalist bevallotta, távolról sem képezhetik olyan vizsgálatnak anyagát, a melyből a való tényállást hiven visszatükröző következtetéseket lehetne vonni, mindazonáltal részemről legalább nem tulajdonítok ezen pervers műveletnek oly nagy fontosságot a végbélkankó aetiologiájában, mint a hogyan azt némely szerző hangoztatja. Nem tulajdonítok pedig fontosságot azért, mivel kétségbevonhatlan bizonyítékaink vannak az iránt, hogy a rectalgonorrhoea, legalább nőknél, az esetek túlnyomó számában a 3-dik pontban említendő módon keletkezik. Igen természetes, hogy ezzel szemben nem szabad a coitus penoanalist sem olyan körülménynek tekinteni, a melynek a végbélkankó aetiologiájában semmi szerepe sem jut. Csak azt hangsúlyozom, hogy ezen szerep, legalább a gyakoriságot illetőleg, nem elsőrendű fontosságú.

2. A mi a mechanikus úton való fertőzést illeti, ez tulajdonképen együtt volna tárgyalható a 3-dik ponttal. A különbség csak az, hogy mig az előbbi esetben a fertőzés, mint a neve is mondja, mechanikus úton megy végbe, addig ez az utóbbi esetben csak spontan történik.

Mechanice úgy maga a beteg, vagy más idegen személy idézheti elő a rectalgonorrhoeát. A beteg úgy fertőzheti a végbelét, hogy cervical- vagy urethral-gonorrhoeában szenvedvén, akár a kezével (Rollet említett esete), akár az árnyékszéken, toiletteje alkalmával a papirral viszi a fertőző anyagot a végbélbe: ez tehát tulajdonképen autoinfectio. Idegen személy úgy közvetitheti a fertőzést, hogy pl. a kezelő orvos vagy a bába, olyan irrigatorvégrészszel vagy más műszerrel hatol a rectumba, a melyre gonorrhoeában szenvedő ezen vagy más betegeknek urethral vagy cervical váladéka tapadt.

3. Legfontosabbnak tartom a rectalgonorrhoea aetiologiájában a physikai úton való inficiálást. Ha látjuk azt, hogy miként csurog az urethralis- vagy cervicalis gonorrhoeában szenvedő nőnek szeméremréséből a fertőző váladék a physika törvényei szerint lefelé az anushoz, úgy nem tartózkodhatunk azon gondolattól, hogy a rectum fertőzése a legtöbb esetben így történik. Valószinű azonban, hogy a végbél fertőzésénél nem szerepel csupán ezen egy momentum, hanem a 2-dik pontban említett körülmény is, a mennyiben nem valószinű, hogy például a fertőző cervicalváladék, ha az a normalis (ki nem tágult) anushoz jut is, ezen magától áthatoljon, hanem szükséges egyszersmind, hogy a második pontban említett mechanikus okok egyike is jelen legyen, a mely a fertőzést közvetítse.

A harmadik pontban említett physikai úton való fertőzésnek, mint a rectal-gonorrhoeát valószinűleg leggyakrabban előidéző oknak felvételére az itt közölt III. statistika jogosit fel,

a melyből látjuk, hogy a rectal-gonorrhoea olyan egyéneknél lép fel a legkönnyebben, a kik egyidejűleg urethral- és cervical-gonorrhoeában szenvednek, a kiknél tehát eddig ép szerveknek kankós fertőztetésére sokkal több az eshetőség, mint azoknál, a kik csak urethral- vagy csak cervical-gonorrhoeában szenvednek.

(Folytatása következik.)

Évi jelentés

Batizfalvy Sámuel dr. a testegyenészet magántanárának sanatoriuma és vízgyógyintézete XXXIX-dik évi működéséről.

Közli: *Trajtler István* dr.

Az elmult XXXIX-dik évfolyamban (1897. év január 1-től 1897. év deczember 31-dikéig) 166 beteg (110 férfi, 56 nő) kezeltetett az intézet helyiségeiben, kik közül 4 az 1896-dik évről maradt az intézetben, 162 pedig az 1897-dik évben vétetett fel.

Az intézeti 166 beteg kezelése összesen 5200 ápolási napot vett igénybe. Ezek közül:

január	hóban	9	beteg	161	napon át	ápoltatott
február	„	18	„	241	„ „	„
márczius	„	19	„	358	„ „	„
április	„	27	„	405	„ „	„
május	„	48	„	699	„ „	„
junius	„	47	„	749	„ „	„
julius	„	34	„	616	„ „	„
augusztus	„	36	„	629	„ „	„
szeptember	„	35	„	463	„ „	„
október	„	20	„	377	„ „	„
november	„	20	„	293	„ „	„
deczember	„	10	„	209	„ „	„

Megjegyzendő, hogy a betegek havi létszámában az előző hónapokban felvett, de további gyógykezelés alatt maradt betegek száma is benfoglaltatik, a megfelelő hónapban jelentkezett új betegekkel együtt.

A betegek korát tekintve volt:

1—5 éves = 1,	36—40 éves = 42,	61—65 éves = 5,
16—20 éves = 11,	41—45 éves = 15,	66—70 éves = 1,
21—25 éves = 12,	46—50 éves = 18,	71—75 éves = 2,
26—30 éves = 24,	51—55 éves = 13,	76—80 éves = 1,
31—35 éves = 16,	56—60 éves = 4,	81—85 éves = 1.

A tulajdonképeni betegeken kivül számos szülő, rokon és kisérő nyert rövidebb vagy hosszabb ideig ellátást a gyógyintézetben.

A betegek hazánk következő megyéiből valók voltak: 3 Abauj-Torna, 3 Alsó-Fehér, 1 Arad, 10 Bács-Bodrog, 2 Baranya, 1 Bars, 1 Bereg, 3 Békés, 2 Csanád, 1 Csík, 9 Csongrád, 2 Esztergom, 1 Fehér, 3 Gömör-Kishont, 1 Győr, 3 Hajdú, 1 Háromszék, 1 Hont, 1 Hunyad, 1 Jász-Nagykún-Szolnok, 1 Kolozs, 2 Komárom, 2 Krassó-Szörény, 1 Nógrád, 2 Pest-Pilis-Solt-Kiskún, 1 Sáros, 1 Somogy, 1 Sopron, 3 Szabolcs, 1 Szatmár, 2 Szeben, 3 Szepes, 1 Szilágy, 2 Temes, 5 Torontál, 1 Trencsén, 1 Ugocsa, 1 Vas, 2 Varasd, 2 Veszprém, 2 Zala megyéből. Ezeken kivül volt 78 Budapestről, 1 Romániából.

Az intézetben kezelt betegek a következő bajokban szenvedtek: tüdőlégdag 1, billentyűk elégtelenségei 4, szívizomelfajulás 2, bélhurut 1, bélsárpangás 2, lépdaganat 1, takár és szövődményei 1, agyvérbőség 1, agyvérömleny 4, gerinczelferdülés 5, görcsös gerinczagyhüdés 1, idegbénulások 1, idegzsábák 4, méhszenv 45, ideggyengeség 76, idült izületi lob 3, izomcsúz 3, bujakór 1, czukros húgyár 1, vérszegénység 2, terjedő hüdéses butaság 3, chronikus szeszmérgezés 1, chronikus szunyalmérgezés 1, mirigygyuladás a nyakon 1,*) gyuladás a férfi ivarszerveken 1.

A csillaggal *) jelölt kóreset műtét által gyógyíttatott.

A betegek közül gyógyultan és javulva távozott 156 (105 férfi, 51 nő), gyógyulatlanul 5 (2 férfi, 3 nő), további gyógykezelés alatt maradt 5 (3 férfi, 2 nő).

Az orvos-sebészi ambulansokon kivül, a testegyenészeti osztályon hosszabb-rövidebb ideig bejárólag a következő esetek gyógykezeltettek: dongaláb 2, gerinczoldalgörnye 5, gerinczpúp 4, lúdtalp 2, madármell 1, térdizületi merev 1.

Az intézet betegeit gyógyították: Ángyán Béla, Bakó Sándor, Barbás József, Bókay János, Dirner Gusztáv, Grósz Emil, Jendrássik Ernő, Kétly Károly, Laufenauer Károly, Moravcsik Ernő Emil, Müller Kálmán, Novotny Lajos, Plósz Pál, Róna Sámuel, Schaffer Károly, Wein Manó tudorok és tanárok, az intézet igazgató tulajdonosa, valamint a vízgyógyászat vezető orvosa Trajtler István dr.

Fertőző betegségek, minő a hagymáz, himlő, vörheny, roncsoló toroklob, kanyaró, az intézetből kizárvák, nemkülönben az őrültek is.

A rendszeres vízgyógymód az intézeti tágas telek fenyves kertjében külön e czélra emelt épület két nagy gyógytermében a beteg bajához és egyéniségéhez mérten az intézeti szakorvos folytonos felügyelete mellett alkalmaztatik.

A gyógytermek a tudomány mai kivánalmainak megfelelőleg gazdagon fel vannak szerelve a szükséges gyógyeszközökkel s azok czélszerü berendezése a technikai kivitel tekintetében is kiállja a versenyt.

A vízgyógymód mellett az intézetben a villamozás, massage, svéd gymnastika és a Charcot-féle felfüggesztő gyógymód rendszeresen alkalmaztatik.

Testegyenészeti czélokból, a bennlakó betegeken kivül, svédgyógytestgyakorlatra bejáró gyermekek is elfogadtatnak.

Az intézeti épület, mely Weber Antal müépitész tervei nyomán határozott rendszerrel biró olasz renaissance-stylben épült, szabad, magas téren, 12 méternyi (38') magasságban a Duna 0 pontja felett, árnyas park közepén fekszik. Van két udvara; árnyékos kertje 2988 négyszögméternyi területet foglal el. Szélirány a délkeleti és északnyugati közt váltakozik; a talaj homokos.

Csatornázás a házon belül agyagcsövekkel, a házon kivül a kerten át az utczai főcsatornába falazott. Városi vízvezetékkel van ellátva a kert és az egész épület, főző- és mosókonyhák, closetek.

Az újonnan kényelmesen bútorozott betegszobák tágasak és világosak s osztályzat szerint minden rangú igényeknek megfelelnek.

Az étkezés az egyéni esetekhez alkalmazkodva, részint a kórszobákban, részint az intézeti nagy ebédlőteremben a közös asztalnál történik.

A betegek szórakoztatásáról magyar, német és franczia nyelvü könyvtár, zongora, az olvasó-terem asztalán fekvő szépirodalmi folyóiratok, napi lapok s különféle társasjátékok és a környékbe történő szintén társas kirándulások által van gondoskodva.

Az ápoló szolgálat a betegek számához mérten több-kevesebb személy által eszközöltetik és szükség esetén nappalira és éjjelire oszlik.

TÁRCZA.

Gynaecologia Amerikában.

Közli *Walla Béla* dr. II. tanársegéd az egyet. I. számú női klinikán.

(Folytatás.)

Ha a myomával együtt az egész méhnek eltávolítását tartják szükségesnek, úgy akkor a vaginalis vagy abdominalis utat használják erre. Vaginalis úton csak kis myomás méheket távolítanak el morcellement-nal. Abdominalis úton vagy a supravaginalis amputatiót vagy a méh totalis exstirpatióját végzik. A különböző módon véghez vitt supravaginalis amputatiók közül megemlítésre méltó a Kelly-féle, a mely abban áll, hogy az operáló a has megnyitása után elkezdi az egyik oldali és pedig azon oldali parametriumnak a lekötését felülről, a melyhez könnyebben hozzáfér és ha a lekötésekkel és átmetszésekkel a cervixig haladt, az átmetszést a cervixen keresztül folytatja és most már a másik oldali parametrium lekötését és átmetszését alulról folytatja felfelé. A részletes kivitele a mütételnek, a mely Fritschétől különbözik, következőképen történik: Az operáló leköti az egyik oldali spermaticát közel a medencze karimájához,

méh felé csipőbe fogja és közöttük átmetszi. Ezután leköti ugyanazon az oldalon, közel a méhhez a ligamentum rotundumot és átmetszi; a két átmetszést összeköti, ez által a ligamentum latumnak tetejét felnyitotta. Most felhasítja mellül a peritoneumot lemetszett ligamentum rotundumtól a másik oldali ligamentum rotundumig és letolja a hólyagot, a mi által a cervixnek supravaginalis részét szabaddá teszi. A következő műveletnél a méhet az ellenkező irányban tolja, hogy az arteria uterinát a megnyitott ligamentum latumon keresztül hozzáférhetővé tegye. Mutató- és középujjával localizálja a portiót, az arteria uterinát kitapintja és leköti közel a cervixhez, a mi után a cervixet egy lapjára görbített kétélü ásóalakú késsel a lekötött uterina felett átmetszi.

A cervixnek ketté metszése után a méhet alulról megragadva, a le nem kötött parametrium oldala felé gördíti ki, hogy szeme elé kerüljön a másik oldali uterina, a melyet Peanba fog és átmetsz. Tovább gördítve a méhet, a ligamentum rotundumot fogja le és metszi át, és végül az ovarialis edényeket közel a medencze-karimához fogja le és metszi át. Ezzel befejezte a méhnek supravaginalis amputatióját. Ezután a Peanok helyébe lekötéseket tesz és az esetleges vérzést csillapítja. A műtétel be van fejezve a cervicalis canalisnak a zárásával és az egész sebfelületnek a peritoneummal való födésével.

Nagy előnyét láttam e műtételnek egy esetben, a midőn a myoma a jobb oldalon a ligamentum latum lemezei közé nőtt. Itt az operáló a baloldalon, vagyis azon az oldalon kezdte meg a műtételt, a melyik oldalon könnyebben fért a ligamentum latumhoz. Miután ezt és a cervixet átmetszette, a myomának mintegy kihámozása a jobboldali ligamentum latum lemezei közül bámulatos könnyen sikerült. Ezen műtételi methodus többi előnyei közé sorozhatók még, hogy a műtételnek első szakasza, vagyis a tumor eltávolítása rendkivül gyorsan történik és így sok időt nyerünk és azután, hogy a talán dislocált ureter megsértése épen a műtétel menete miatt elkerülhető.

Myoma uteri miatt végzett abdominalis totalexstirpatio két methodusát a következőkben irom le. Az elsőnél az operáló két oldalon az ovariumokhoz futó ereket kétszer leköti és ezek között átvágja; ezután mindkét oldalon még egy-egy lekötéssel és átmetszéssel mélyebbre halad, de az uterinákat még nem éri el. Most mellül és hátul a peritoneumot a méhről leválasztja, miután kétoldalt az uterinákat is leköti és átmetszi. Ezután a méhet erősen felemeli és több oliócsapással körülmetszi a hüvelyboltozatot. A méh eltávolítása után a vaginafal kisebb vérző ereit köti le, majd a hasfalon keresztül a vaginába kevés jodoform-gazet vezet és erre összevarrás nélkül reáfekteti a peritonealis lebenyeket.

A másik methodusnál az operáló a műtételt a hólyagnak a letolásával kezdi és azután a vaginába vezetett ujj védelme mellett ollóval megnyitja a mellső és a hátsó hüvelyboltozatot. A két nyilást dilatatorral tágítja. Most a parametriumokat két részre osztja, egy felső és egy alsó részre, akképen, hogy körülbelül a parametrium basisa felett, ott a hol a két lemez szorosan egymásra fekszik és véredények nem futnak, tompán átlyukasztja. Az ekképen ketté osztott parametriumok mindegyik részét két-két egymással összekapaszkodó fonállal leköti, majd átvágja. Végül az uterus eltávolítása után a vaginába lazán jodoform-gazet helyez és e fölé borítja a peritoneumot.

A méh rákjánál, ha a kórosan elfajuló folyamat már a környező szövetekre is átterjedt, az elfajult részeknek lehető alapos kikaparása és utána paquelinezés a beavatkozás módja. Kelly, hogy a destructióban már előrehaladt esetekben is a kaparást alaposan végezhesse, a műtétel előtt uretersértés kikerülése czéljából azokba egy-egy cathetert vezet be.

Operabilis esetekben, vagyis azokban, a melyekben a rákos elfajulás a méh határait kimutathatólag még nem lépte túl, a méhet vaginalis vagy abdominalis úton távolítják el. Az előbbi az általánosan divó methodus, az utóbbi, vagyis az abdominalis, most kezd tért hódítani.

A vaginalis exstirpatiókat klammerekkel vagy lekötésekkel végzik. A klammerrel végzett és látott műtételek közül egyet azért tartok érdemesnek megemlíteni, mert feltünt nekem a hüvelyboltozatoknak practikus megnyitási módja. Az operáló mellül és hátul a hüvelyboltozatban átvágta egy-egy harántirányú rövid metszéssel a vagina nyálkahártyáját, úgy hogy az oldalsó hüvelyboltozatokat nem érte el. Most a hólyag feltolása után megnyitotta mellül és hátul a hasüreget. Ezután a hüvelyboltozatokba ejtett nyilásokba beakasztotta az ujjait és azokat erősen oldalfelé húzva, a nyilásokat tompán annyira tágította, hogy a parametriumok két oldalt jó hozzáférhetővé váltak a klammerek elhelyezésére közel a medencze falához és e mellett még azt is elérte, hogy a vagina falából, miután annak nagyobb véredényeit nem sértette meg, oly csekély volt a vérzés, hogy ott vérzéscsillapítást végeznie nem kellett. A parametriumok basisára egy-egy klammert alkalmazott és azt átvágta, ezután mellfelé kigördítette a méhet az adnexumokkal együtt és most felülről fogta le ismét egy-egy klammerral a parametriumokat és azokat átvágva, eltávolította a méhet. Tehát összesen csak 4 klammert használt. Nagy előnye az így végzett műtételnek, hogy a parametriumok jól hozzáférhetők és így a klammer távol a méhtől alkalmazható, továbbá miután nagyobb vaginalis erek megsértve nem lesznek, ott körülöltés vagy Pean elhelyezése nem szükséges és végre, miután 4 klammer a parametriumok lefogására elegendő, azok úgy körülrakhatók jodoform-gaze-zel, hogy decubitust nem okoznak. Az operáló 48 óra mulva narcosisban leveszi a klammereket és új tampont helyez a vaginába, a mit 3 nap mulva ismét egy másikkal cserél fel.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Millot-Carpentier. Nos ancêtres. Étude historique abrégée de la médecine . . . . Paris, Maloine, 1898.

Ezen szépen kiállított, 22 orvos-történelmi alak s 23-diknak: a szerző fényképreproductiójával felékesített tanulmány kellemes olvasmányt nyújt az olvasónak. Nem annyira a pedáns alaposság, mint inkább csak a tiszta lelkesedés szülötte e kis könyv. Szerzője büszkén tekint fel az „ősökre“ és minden orvost e nagy alakok direct leszármazottjának tekint. Quam mutati multi ab illis! Sok szeretettel körülvett elődeinket nemcsak mint tudósokat, hanem mint embereket is igyekszik hozzánk közelebb hozni. Életükből sok apróságot elmond s jellemzésükre több súlyt helyez, mint a kor visszatükröztetésére. Előadása kellemes, felfogása előkelő, de néha tényként állít oda bebizonyítatlan és meseszerü adatokat. Igy pl. máig is vitás dolog, vajjon *Celsus* azonos-e azzal a Celsussal, kit szerző Horatius és Ovidius barátjaként s a fiatal Tiberius titkárjaként állít oda. A *salernói* iskola alapítása körüli hírei helytelenek. Ennek eredetét még manapig is sok homály fedi. De annyi bizonyos, hogy Constantinus Africanus nem alapíthatta, mert a XI. században élt, az iskola pedig már a IX. században létezett. *Vesaliusról* a téves adatok egész sora szállott át könyvről könyvre, míg Roth M. 1892-ben nagy részüket kiküszöbölte. A M.-C. által elmesélt zarándokút, mintha az egy eleven halottnak felbonczolását levezeklő cselekedet lett volna, már a legendák sorába tartozik. *Paré* születési éve 1514; sajtóhiba lesz csupán, hogy szerző 1579-et említ.

Paracelsus, *Boerhave* és *Sydenham*-mal túlröviden végez. Nekik összevéve sem jutott annyi hely, mint a franczia *Levret*-nek, a ki bármily jeles szülész volt, mégsem mérközhetik jelentőség tekintetében ama férfiakkal. A fajszeretet önkéntelenül sodorja az embereket ilyen hibákba. A német könyvekben a legkiválóbb felfedezések mindig német nevekhez füződnek, a franczia müvekben túlnyomóak a franczia nevek, s mégis mind a kettőben minden tudnivaló benne áll! A ki kellemes szórakozásként akar elődeinkről egyet-mást megtudni, olvassa el ezt a kis könyvet.

Gy—y.

II. Lapszemle.

A cirrhosis hypertrophica biliaris fertőző eredetéről ir *Boinet*. Klinikailag és anatomiailag pontosan észlelt hét eset alapján arra az eredményre jut, hogy a hypertrophikus májcirrhosis az epeutak fertőzésének eredménye. Ezen nézet mellett szólnak a következők: eseteinek mindegyikében valami fertőzés (6 esetben sárgaláz, 1 esetben dysenteria) ment előre; a lépben, az abdominalis és inguinalis mirigyekben mindig találhatók elváltozások;

végül a májban és lépben többször coli-bacillusok találtattak (Gilbert és Fournier). Mindezek, kapcsolatban a betegség fejlődésmenetével, határozottan arra utalnak, hogy a hypertrophikus májcirrhosis fertőző eredetű és pedig részjelensége valamely általános fertőzésnek, a mi mellett az szól, hogy a lép mindig mutat elváltozásokat, a melyek sokszor nagyobb fokúak, mint a májon észlelhetők és ez utóbbiakat meg is előzhetik. Nem hiszi szerző, hogy a fertőzést valami specifikus agens okozná; a betegség létrehozásában a mikroorganismusok mellett valószinüleg még más tényezők is játszanak szerepet. (Archives générales de médecine, 1898. április.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. szeptember 23.

— **Erzsébet királyné emlékezete az egyetemen és orvosegyesületekben**, úgy mint az ország legkülönbözőbb testületeiben, szintén több rendbeli ovatio tárgyát képezte. Az egyetemi orvoskari előadások megnyitása alkalmával több tanár *(Korányi, Kétly, Högyes)* a boldogult királynéra való megemlékezéssel kezdte előadásait. Korányi felemlítette, hogy a királyné Balassa orvosi tanácsát nemcsak az udvar itt léte alkalmával vette igénybe, hanem még akkor is, midőn szülőföldjén Bajorországban tartózkodott. A budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának ülésén *Récsey Imre* elnök szentelt emelkedett szárnyalású megemlékezést a királyné emlékének, a mely után az igazgató tanács elhatározta, hogy ő Felségéhez hódoló részvétfeliratot intéz és a királyné szobrára 300 frtot adományoz. — *A budapesti orvosok szövetsége* évnegyedi közgyülésének megnyitása alkalmával *Adler Zsigmond* alelnök mondott megemlékező szavakat és a szövetség szintén elhatározta, hogy ő Felségéhez hódoló részvétfeliratot terjeszt fel és Erzsébet királyné szobrára 200 koronát adományoz.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. szeptember 4-dikétől 1898. szeptember 10 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 431 gyermek, elhalt 237 személy, a születések tehát 194 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2138 beteg, szaporodás 734, csökkenés 706 maradt e hét végén ápolás alatt 2166. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. szeptember 10-dikétől szeptember 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 31 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 4 (meghalt —), vörhenyben 73 (meghalt 4), kanyaróban 49 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 3), trachomában 29, vérhasban 2 (meghalt 1), hökhurutban 8 (meghalt —), orbánczban 26 (meghalt —), gyermekágyi lázban 3 (meghalt 2).

— **Meghivó.** Igen tisztelt kartárs úr! Az igazságügyi orvosok működési körének megállapitása és díjszabásuk rendezése tárgyában benyujtandó memorandum végleges szövegezésének megbeszélése végett *f. hó 28-dikán d. u. 3 órakor Budapesten az uj szt. János-kórház* (legczélszerübb utazás oda a villamos vasútnak Károly-kaszárnyától induló „Fogaskerekü vasút" feliratú kocsiján, utazási idő ½ óra) *főorvosi tanácstermében* tartandó értekezletre kartárs urat ezennel tisztelettel meghivjuk azzal, hogy az értekezletet megelőzőleg közös ebéd, a volt Szikszay-féle vendéglő (Kerepesi-úti sarok) külön termében déli 1 órakor lesz és hogy másnap a memorandum testületileg fog az igazságügyi ministeriumban benyujtatni. Maradunk kartársi üdvözlettel.

Kelt Budapesten és N.-Becskereken, 1898. évi szeptember hó 20-dikán. *Fialowski Béla* dr. s. k., kir. törvényszéki orvos N.-Becskereken. *Minich Károly* dr. s. k., kir. törvényszéki orvos Budapesten.

A jelzett memorandum-javaslat a következő kivánságokat tartalmazza.

A kérelem tárgya legyen, hogy a törvényszék első orvosa az egész törvényszék területére minden fontosabb bünvizsgálati esetnél, nevezetesen boncolás vezetése, az erőszakos nemi közösülés és a magzatelhajtás gyanúja miatt megindított bünvizsgálati eseteknél a szakértői vizsgálat megejtése végett kiküldessék, mint a melyeknél a bünnyomok gyors eltünése, megváltozása gyakorlott szakképzettséget igényel okvetlen a vizsgálatnál s a melyet a későbbi orvosi vizsgálat hiányos adatai ritkán pótolhatnak. Ellenben a törvényszék másodorvosa, ennek hiányában a fogházorvos mindazon esetekben vétessék igénybe, midőn a törvényszék székhelyén két szakértőre van szükség s vidéken akkor, midőn rendkivül fontos bünvizsgálatról van szó, mely két szakértő együttes működését igényli, vagy ha a vizsgálat székhelyén, a vidéken a községben, a második szakértőül alkalmazható orvos nincs és végül, ha az első szakértő hivatalosan akadályozva van, ennek helyetteséül minden alkalommal.

Terjesztessék be továbbá az igazságügyminister úrhoz jóváhagyás és életbeléptetés végett egy uj törvényszéki orvosi díjszabási tervezet, mint olyan, mely a közkivánalmaknak megfelelne és mely, daczára annak, hogy minden eshetőségre kiterjedne, a jelenleg érvényben levőnél egyszerübb volna.

‖ **A budapesti orvosok szövetsége** *Adler Zsigmond* dr. kir. tan. elnöklete alatt tartott évnegyedi közgyülésén *Müller Kálmán* dr. elnök és *Hochhalt Károly* dr. alelnök lemondását mély sajnálattal tudomásul véve és nekik a szövetség érdekében kifejtett buzgó és sikerdús munkálkodásukért egyhangúlag köszönetet szavazva, elnökké egyhangúlag babarczi *Schwartzer Ottó* dr.-t, alelnökké pedig *Elischer Gyula* dr. egyet. tanárt választotta. *Temesváry* dr. titkár felolvasta a polgármester leiratát, melyben ez a budapesti orvosok szövetségét arról értesiti, hogy a fogorvosi és doktori czimnek fogtechnikusok által való jogtalan használatát ezentúl a legszigorúbban ellenőriztetni fogja. 22 új tag megválasztásával ért véget az ülés.

— **Az országos orvosi congressus** október 2-dikán újra összeül, mely ülésnek tárgya az alapszabályok módosítása lesz. Ugyan e napra hivja össze *Pollák József* dr. helyettes elnök a *községi és körorvosok országos egyesületének* tagjait Budapestre *közgyülésre*, melynek feladata leend az egyesület feloszlását kimondani, miután annak fenmaradása az országos orvosi szövetség megalakulása után feleslegessé vált. Az egyesületnek 350 frtja van. Ezt valószinüleg az országos orvosszövetség nyugdíj és segítő-alapjának fogják felajánlani.

△ **A budapesti egyetem évmegnyitó ülését** f. hó 25-dikén tartják, melyen *Mihalkovics Géza* e. i. rektor magnificus tart székfoglaló értekezést és *Klug Nándor* orvoskari dékán mond tanévmegnyitó beszédet.

— **Az orvostanhallgatók segitő és önképző egyesülete** igy alakitotta meg tisztikarát a folyó tanévre: Elnök *Brugós Gyula*, alelnök *Entz Béla*, első titkár *Földi Ottó*, másodtitkár ifj. *Morelli Gusztáv*, pénztáros *Boleman Béla*, ellenőr *Rigler András*, háznagy *Mikser Miklós*, főjegyző *Hammer Dezső*, jegyzők ifj. *Babarczi Ottó* és *Ghillány József*, főkönyvtáros *Lutter Károly*, alkönyvtárosok *Szilassy Czézár* és *Szinnyey József*.

— **Kitüntetések.** *Löw Samunak* az országos balneologiai egyesület főtitkárának, továbbá *Czifrusz Dezső* dr.-nak ő Felsége a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Korányi Sándor** rk. tanárnak az I. belklinika mellett 1898. szeptember elsejétől három évre adjunctussá újolag történt megválasztását a közoktatásügyi minister jóváhagyta és őt ezen állásában megerősitette.

△ **Magántanári képviselőkül** a budapesti egyetem orvoskari tanártestületébe az 1898/99. tanév folyamára *Dirner Gusztáv* és *Terray Pál* dr. magántanárokat választották meg.

□ **Török Lajos** dr. egyetemi m.-tanárt a főpolgármester a Rókuskórház bujakóros osztályának rendelő orvosává nevezte ki.

○ **Meskó Miklós** dr. Gömörmegye, *Kozma Sándor* dr. Máramarosmegye tiszti főorvosává neveztettek ki.

— **Elitélt ezredorvos.** *Raáb Gyula* dr. ezredorvost katonaszabadítási üzelmei miatt a temesvári katonai törvényszék két évi börtönre, katonai rangjának és orvosi oklevelének elvesztésére itélte, mely itéletet felsőbb helyen is megerősitettek.

□ **Kelen Béla** dr.-nak **Istóczy Győző** elleni rágalmazás és becsületsértési perében az esküdtszék Istóczyt vétkesnek nyilatkoztatta ki és ennek alapján a sajtóbiróság Istóczyt a rágalmazásért 150, a becsületsértésért 70 frt pénzbüntetésre itélte. Istóczy, mint ismeretes, Kelen Béla dr. atyját, boldogult Kelen József dr.-t a „Jogi és Közgazdasági Útmutató"-ban azzal vádolta, hogy tüdővészben elhalt fia betegségét nem ismerte fel és azt rosszul gyógyította, továbbá fia halotti czédulájára kinyomatta, hogy az elhalt fiút Kelen József dr. kezelte, Kelen József dr. halála után pedig róla azt irta, hogy Kelent a zsidók megvesztegették, hogy Istóczy családját a családfővel együtt kiirtsa.

‖ **Kelen István** dr. újtátrafüredi fürdőorvosi gyakorlatából visszaérkezett és lakásán (V., Váczi-körút 16., I. em.) massage és testegyenészeti gyakorlatát újra megkezdette.

— **Gager Károly** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Gasteinből szokás szerint Arcóba tette át.

□ **Papp Samu** dr. országgyülési képviselő Alsó-Tátrafüredről visszaérkezett és lakását Baross-utcza 3. sz. alá tette át. — *Dieballa Géza* dr. lakása október 1-jétől kezdve Kecskeméti-utcza 11. sz. alatt leend.

† **Elhunytak.** *Schröder Gyula* dr. Sajó-Szt.-Péteren, *Nádas Lipót* dr. Ó-Besenyőn, *Hermann Manó* dr., Zólyomon, *Goldstücker Béla* dr. Liptó-Német-Lipcsén.

Üzletnagyobbitás. Keleti J orvos-sebészeti műszer- és kötőszergyáros Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17, üzletét tetemesen megnagyobbitotta és a modern kor legmesszebbmenő igényeinek megfelelőleg rendezte be. Állandó kiállitást tart: a legújabb orvosi műszerekben, vizsgáló-asztalok, műszer-szekrények, valamint villanygépekben. A t. cz. orvos uraknak becses figyelmébe ajánljuk ezen állandó kiállításnak megtekintését. Műszereknek javitását, angol működszörűlést pontosan és gyorsan eszközöl a fenti czég javitóműhelye.

Szt. Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő,** melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üditő-fürdők. *Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt (közepes ár).* Prospektust küld ingyen az igazgatóság **Budapesten.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet ½2—½4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1898. januári és februári szakülések.) 479—480. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 481. l.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1897. novemberi szakülés.)

(Folytatás.)

Előadás után *Kornstein Lajos* dr. azon véleményének ad kifejezést, hogy a calomel egyáltalában nem oly indifferens szer s részéről a túlnagy adagok iránt némi idegenkedéssel viselkedik. Sok beteg azonfelül idiosyncrasiával is bir a calomellel szemben. Mindenesetre megfontolandónak mondja előadó javalatait.

Előadó kijelenti, miszerint nem arra helyezi a súlypontot, hogy ki birja el a calomelt, hanem az adagolás módjára, főleg pedig arra, hogy az a szájűrrel szabadon semmiképen se érintkezhessék.

Révész Vilmos dr. a salivatiót nem származtatja abból, hogy a calomel a szájűr nyákhártyájával érintkezik. Hiszen bedörzsölésnél, befecskendéseknél is előállhat a nyálfolyás. Kórházi osztályán sokszor alkalmazta a calomelt, a szívizom megbetegedéseinél gyakran sikertelenül. Ő oly óriási adagokat nem merne alkalmazni s csak szerencsés véletlennek tulajdonítja, hogy előadó 18 esetéből csupán egynél állott be nyálazás.

Goldstein, *Bartha* és *Konrád* dr.-ok hozzászólásai után előadó még egyszer utal arra, hogy 18 esetében a véletlen bizonyára kizárható, s még egyszer ismételi, hogy az általa ajánlott adagolási mód semmi veszélylyel nem jár, s azért érdemes a kartársak figyelmére.

(1898. január 9-diki díszülés, a nagyváradi m. k. bábaképezde 25 éves fennállása alkalmából.)

1. *Kornstein Lajos* dr. mint a rendező bizottság elnöke a Nagyvárad város intelligentiáját vendégeként tisztelő díszülést megnyitván, ismerteti az ünnepély czélját s azokat az érdemeket, melyeket az intézetnek fennállása óta vezetője Konrád Márk dr. áldásos működése által méltán megszerzett, egyszersmind kiemeli a bábaképzők és szülődék áldásos voltát.

2. *Berkovits Miklós* dr. egyleti titkár az egylet nevében üdvözli Konrádot, mint elnököt, az intézet vezetőjét, az önzetlen orvost, a páratlan kartársat s a tagok tisztelete jeléül a tagok arczképeit magában foglaló albumot nyujt át.

3. *Bulyovszky József* dr. Nagyvárad város polgármestere a város közönsége nevében üdvözli a jubiláns intézetet s annak vezetőjét, mint a kinek tevékenysége oly nagymérvű szolgálatokat tett városunk közegészségügyének.

4. *Tóth Lajos* dr. ministeri osztálytanácsos Wlassics Gyula közoktatásügyi minister úr ő méltósága üdvözlő levelének felolvasása után, a felsőbb oktatásügyi osztály nevében fejezi ki jó kivánatait.

5. *Csatáry Lajos* dr. ministeri tanácsos a közegészségi tanács nevében, melynek képviseletében ő és *Tauffer Vilmos* dr. egyetemi tanár úr jelentek meg az ünnepélyen, a tanács legmelegebb üdvözletét tolmácsolja.

Ezek után *Konrád Márk* dr. mélyen megilletődve mond köszönetet az iránta megnyilvánulásra jutott jóindulatért s rövid vonásokban ismerteti az intézet 25 éves történetét. Magvas beszédjét a haza éltetésével végzi.

Grósz Menyhért dr. indítványára a díszülés Wlassics minister úrhoz azon érdeklődéséért, melylyel nemcsak a jubilánst, de egyidejűleg az ünnepélyt rendező egyletet is megtisztelte, sürgönyileg fejezi ki hódoló köszönetét.

Kornstein Lajos dr. köszönetét nyilvánítja a nagy számmal megjelenteknek s ezzel a díszülést bezárja.

(1898. februári szakülés.)

1. **Berkovits Miklós** dr. két betegét mutatja be.

I. 54 éves nő, kinél a sternum táján egy pulzáló dag található. A dag keletkezése két évi időre vihető vissza, ez idő alatt érte el jelenlegi nagyságát. Subjectiv panaszai a betegnek: fájdalmak a mellkasban és a karokban. Anamnestikus adat gyanánt megemlíthető, hogy beteg polyarthritist állott át. A szív vizsgálatánál a következők constatálhatók: a szív hypertrophiája és dilatatiója, a szívcsúcsnál systolikus és diastolikus zörej. A dag felett hallható hangok elég tiszták, systole alatt jelentkezik zörej. A szívcsúcs s arteria radialis közt időbeli különbség észlelhető, a két radialis közt nem. A pulsus durus és peczkelő. A kórkép tehát *aorta aneurysmának* felel meg, a mely az aorta truncusán képződött. A beteg nagy fájdalmainak enyhítésére morphint s tekintettel arra, hogy a betegség alapja arteriosclerosis, jodkalit kap.

II. Nőbeteg, kit 10—11 hó óta észlel. Betegnél a sárgaság, májintumescentia, lázas mozgalmak s fájdalmak arra vallottak, hogy betegnek colelithiatikus rohamai voltak. A jelzett idő óta a betegség állandó. Azóta állandó az icterus is. Status: a máj nagyobbodott, széle éles, tömöttebb, a nagyobbodás fel- és lefelé történt, a lép is jelentékenyen nagyobbodott, a has szabad, vízkór nincs, bizonyos fokú cachexia, puffadtság gyomor és belekben, néha láz, lesoványodás, vizeletben epefesteny. Igen erős icterus.

A betegség székhelye a májban van. A betegséget *májlobnak* (*hepatitis*) tartja, még pedig a *Charcot-féle alaknak*, a mely icterussal lép fel, vizenyő nélkül, mely előrement colelithiatikus rohamokból indult ki s melynek nyomában cholangitikus folyamat lépett fel. Cirrhosisnál ily intensiv icterus nem észlelhető és már korán jelentkezik vizenyő. Tumor a májban nem tapintható. Echinococcus sem vehető fel s különben sem kiséri ezt a léptompulat nagyobbodása, hacsak a lépben is nem található echinococcus. Zsirmáj is kizárható, mert az puha.

Grósz Albert dr. a therapiát illetőleg azt ajánlja, kisértse meg az oleum olivarum használatát, ha még meg nem kisértette volna meg. Ha belsőleg nem vehetné, csőrék alakjában. Az első betegnek nyomkötést ajánl a dagra.

Előadó előtte szólónak válaszképen elmondja, hogy II. betegénél a szokásos kezelés vétetett igénybe. A beteg hashajtókat, karlsbadi vizet, tinct. rhei-t vett, gyomorzsongtalanság ellen amarakat. A fájdalom és láz ellen symptomatice járt el. Olajat nem adott, mert az csak roham esetén volna megkisérthető és a betegnél a cholelithiatikus rohamok teljesen háttérbe szorultak.

Kornstein Lajos dr. az olajtól sohasem látott hasznot. Megemliti, hogy Kehr dr. újabban epeműtéteket meglepő sikerrel végzett s ezek alapján inkább az operativ eljárás ajánlható. A bemutatott eset operativ beavatkozásra sem alkalmas többé, mert már cholangitis s a máj elváltozása lépett fel s ily esetoket Kehr nem tart műtevésre alkalmasaknak.

Grósz Menyhért dr.-nak is hasonló véleménye van az olaj adagolásáról. Soha kézzelfogható hasznát nem látta, roham esetén sem. A betegek nem tűrték, kihányták. Annál kevésbbé várható tőle haszon csőre alakjában, mert igy el sem képzelhető, hogy az epeutakból a kőnek kisiklását elősegithetné.

Grósz Albert dr. kijelenti, hogy az olajat ő sem roham alkalmával használta, tudta, hogy ilyenkor a gyomor türelmetlen. Az eredménynyel meg volt elégedve. A hatás magyarázatát adni nem tudta.

Révész Vilmos dr.: A bemutatott esetben szerinte sem volt az olaj megkisérthető, mert cholangitis ment előre. Az olaj mechanikus úton hat, a midőn a ductus choledochus lumene szűkült. A bemutatott esetben nem érti, miért nem terjedt a máj lefelé is oly arányban, mint felfelé. Az általa észlelt hasonló esetekben a máj aláfelé nagyobbodott, mig előadó esetében inkább felfelé a IV-dik, sőt a relativ tompulat a III-dik bordáig. Nem-e utal ez valamely álképletre a májban? Észlelt egy 35 éves férfit, kinél pancreas carcinoma volt található, nagy icterussal, óriási fájdalmakkal, a máj tetemesen nagyobbodott lefelé, majd a köldökig ért. Az epekivezető tájon lob keletkezett, elzáródott a kivezető lumen s ily módon lépett fel chronikus lob a májban. Annál feltünőbb a bemutatott esetben a májnak felfelé való nagyobbodása, mert felfelé nagyobb az ellenállás a diaphragma és tüdő részéről.

Előadó szerint a bemutatott esetben nem vehető fel a choledochus teljes elzáródása, mert teljesen színtelen ürülék színessel váltakozik. A májtumornak főkép felfelé való növekedése szerinte nem szól tumor mellett és cirrhosis ellen. Különben esetében a bal lebeny is jelentékenyen nagyobb, tehát nem localis nagyobbodással van dolgunk s az anamnesis határozottan colelithiatikus rohamok előremenetelére utal.

2. **Fisch Áron** dr.: **Hyperaciditas** egy esetéről tart előadást.

A gyomor *secretorikus* rendellességeinek, mint önálló kórfolyamatnak tanulmányozása újabb keletű. Alig van gyomorbántalom, a hol a gyomorsecretio egyik vagy másik irányban megzavarva nem volna. *Reichmann*, *Rossbach*, majd *Penzold*, *Boas* hívták fel a figyelmet oly gyomorbajok létezésére, melyeknél tisztán secretorikus zavarok forognak fenn. Azóta óriási módban szaporodott az észlelők és észlelt kóresetek száma, egész chaosa az elnevezéseknek és kórformáknak lett megállapítva; a higgadt észlelők azonban egyetértenek arra nézve, hogy az önálló secretio-megbetegedésekként leirt esetek igen nagy részénél a szervnek organikus elváltozásai is forogtak fenn s hogy a kóros gyomornedvelválasztás úgynevezett tiszta esetei meglehetős ritkák. Ez adott jogczímet esetemnek, a hol minden egyéb gyomorbántalmat kizárni tudtam, ismertetésére.

Mielőtt erre rátérnék, rövid vázlatban óhajtom a kóros gyomornedvelválasztásról szóló tan mai álláspontját ismertetni.

Két főfogalommal kell itt megismerkednünk: a *peraciditas* és *persecretio* forgalmával. *Peraciditasnál* a rendes mennyiségű gyomornedv sósav-tartalma kórosan fokozódott; persecretiónál a fokozott sósavtartalmú gyomornedv fokozott mennyiségben is választatik el,

állandón, avagy időszakosan, a szerint, a mint a persecretio állandó avagy időszakos. Élesen különválasztani ezen eseteket, egész határozott jól körülirt kóralakokat megállapitani csak az észleletek nagyobb szaporodásával lesz módunkban, átmenetek egyikből a másikba igen gyakoriak s az én esetemben is mindkét kóralakra valló tüneteket fogunk látni.

Sz. J., 51 éves, műlakatos. Állitása szerint apja is szenvedett hasonló jellegű gyomorbántalomban. 1885-ben mellhártyagyuladást állott ki. Szeszes italokkal mérsékelten élt; mindig mértéktelenül sokat dohányzott. Jelen baja kezdetét 12 év előttre viszi vissza. *Gyomornyomással, égető gyomorfájdalmakkal, savanyú felböfögéssel* kezdődött, melyhez azután *savanyú hányás* csatlakozott. Hányás után mindig jobban érezte magát. Nehány heti fennállás után e tünetek csökkentek és hónapokig tartó aránylagos jólét következett be. S igy ment ez 12 éven át, hogy hónapokig tartó jólét fenti kóros tünetek rohamos fellépése és napokig tartása által szakittatott meg. Étvágya mindig jó, időnként fokozott volt, a hányadékban vér soha, ételmaradékok ritkán voltak. Széke azon időközökben, midőn jól érezte magát, rendes, rohamok alatt makacs székrekedésben szenved. November elején egy ily roham alatt volt alkalmam a beteget először látni. Óriási fájdalmaktól összekuporodva feküdt pamlagán, folytonos gyomorégésről panaszkodott, ide-oda vetette magát, egy idő mulva bő hányás állott be, mire a fájdalmak kissé alábbhagytak. A hányadéktól a beteg állitása szerint fogai vástak. Az akkor felvett status következő volt: a meglehetősen lesoványodott, halaványbeteg mellkasi szervei semmi eltérést nem mutatnak, gyomor nyomásra kissé érzékeny; gyomor felett a dobos kopogtatási hang kissé lejebb terjed, körülirt fájdalmas pontok, úgyszintén dorsal fájdalompont teljesen hiányzott. Resistentiát a hasban kimutatni nem lehetett. Has felett váltakozó dobos a kopogtatási hang. Egyéb szervekben semmi eltérés. Beteg álmatlan, panaszát óriási gyomorfájdalmai képezik, melyek csak akkor enyhülnek kissé, ha jól kihányta magát. *Hányadék* kissé zavaros, higan folyó, ételmaradékok, epealkatrészek benne nincsenek; szúrós, savanyú szagú. Igen erősen savi hatású. Összaciditas 80, sósavreactio igen erős, tejsav- és zsirsavreactio negativ, nyákot minimalis mennyiségben tartalmaz. A rendelt morphin és cocain semmiféle csillapító hatást nem mutatott, mire a gyomor kimosására határoztam magam. Mintegy $1^1/_2$ liter natr. bicarbon. oldattal történt a kimosás, melyre a hányás feltünő módon megszünt, a fájdalmak pedig jelentékenyen csökkentek. A naponkint ismételt gyomormosásokra a fájdalmak is teljesen megszüntek. Megjegyzem, hogy a reggel éhgyomorra végzett gyomormosás előtt nyert gyomorváladék teljesen ételmentes volt, ugyanazon chemiai jelleggel birt, mint a hányadék.

Az étrend megállapításánál azon elvből indulva ki, hogy a fokozottan termelt sósavat fehérjékkel lekötöm, fehérjedús ételeket gyakori időközökben rendeltem neki; támogatott ebben betegnek azon kijelentése, hogy a húst mindig jól tűrte, a szénhydratos táplálékok pedig fokozták bántalmát. Beteg ezen étrend mellett hamarosan összeszedte magát, mignem fenti rohamot követőleg 4 hétre az bár kisebb fokban és rövidebb időre ismétlődött. Utolsó rohama január 12-dikén volt, azóta teljesen jól érzi magát, csak arról panaszkodik, hogy ha hosszabb ideig nem vesz táplálékot, gyomorégése van. Húst, fehérjéket kitünően emészt, az amylaceákat nem tűri.

A rohammentes időben felvett status következő: a szervekben semmi eltérés; gyomor és has nyomásra nem érzékeny, resistentia a hasban sehol; gyomor dobos kopogtatási hangja a rendes határokig terjed, dorsal fájdalompont hiányzik.

Gyomornedv vizsgálata: próbareggeli után egy órával nyert kevés gyomornedv erős savi, igen erős sósavtartalommal, tejsav- és zsirsavreactio negativ.

Gyomorfunctiók vizsgálata: gyomorfelszivódás Penzoldt szerint megvizsgálva, a bevett jodkalium 10 perez után a köpetben ki volt mutatható.

Gyomor motorikus functiója Ewald szerint vizsgálva, a bevett salol egy óra multán a vizeletben ki volt mutatható.

Betegnél tehát a rohammentes időben a gyomornedv fokozott sósavtartalmán kivül semmiféle kóros tünetet nem voltam képes észlelni; a rohamok alatt physicalisan csak igen csekély ectasia volt kimutatható, mely azonban könnyen magyarázható olykép, hogy a rendkivül savanyú gyomornedv a pylorus görcsös összehúzódását váltotta ki.

Betegünknél tehát a gyomornedv elválasztás kóros beidegzése van jelen. Peraciditással van dolgunk, mely időnként persecretióva fokozódik. Ez rendesen, de nem mindig, a szervezet egyéb beidegzési rendellenességeivel együtt szokott előfordulni. Betegünk idegrendszere teljesen ép; az anamnestikus adatok közül a mértéktelen dohányzás volna olyan, mely kórokozólag szerepelhetett.

A differentialdiagnosisnál eleinte különösen ulcus ventriculira kellett tekintettel lennem.

Nem találtam azonban soha fájdalmas pontokat, vérhányás sohasem ment előre s a mi igen lényeges, ulcusnál a fájdalmak a bevett ételek mennyi- és minősége szerint fokozottak, jelen esetben üres gyomor mellett legnagyobbak és fehérjedús consistens hústáplálékra megszünnek. A gyomorfekély keletkezési momentumait szem előt tartva, könnyen belátható, hogy peraciditasban szenvedő betegek folyton ki vannak téve azon veszélynek, miszerint nálunk másodlagos úton fejlődnek ki gyomorfekélyek.

A peraciditas gyógykezelése első sorban diaetetikus. Kerülendő mindaz, a mi a gyomorsavelválasztást fokozhatja; kerülendők tehát a fűszerek, erős szeszek, túlhideg, túlmeleg ételek. Kerülendők a kemnyedús tápanyagok, mert hisz az erős gyomorsav jelenlétében a kemnye úgy sem alakul át czukorrá. Kerülendő a sok ital, mert az erős gyomorsav által irritált gyomor igen hajlamos atoniára. Főtáplálék legyen a fehérje, első sorban hús, tej, tojás alakjában. Ez egyrészt kitünően emésztődik az erősen savanyú gyomornedvben, másrészt acidalbuminná válván, közömbösiti a savat. Kitünő hatású, kivált a persecretio rohamainál a gyomormosás alkalikus oldatokkal. De eredményesen használhatjuk e czélra a bór- vagy gyenge argentum-oldatot is.

Alkaliák belső adagolása rendszerint megszünteti a fájdalmat, de csak igen rövid időre. Legjobbak e czélra az alkalikus ásványvizek.

A hol végül a hyperaciditas mellett az idegrendszer általános debilitása van jelen, ott annak zsongítása első feladatunkat kell hogy képezze.

Grósz Menyhért dr. az előadás kapcsán megemliti, hogy ugyanazon egyént kezelte 6—7 év előtt s a midőn idegrendszerét vizsgálta, a mellkas körül teljes analgesiát talált. A crise gastrique, a mely a betegnél fellépett, kezdődő tabes lehet, tabesnek initial-stadiuma. (Rumpfanaesthesie). Tudvalevő az is, hogy ily tabetikus crise gastriquenál jelentékeny hyperaciditas észlelhető. Tabes egyéb tüneteit akkor nem találta. Az is megemlitendő, hogy a tabesnek ez initialis stadiuma eltarthat 5—10—20 éven át is.

Előadó felszólalóval szemben megjegyzi, hogy a beteget roham közben látta először s akkor ő is gondolt tabesre. De a betegség 12 éve áll fenn, s azóta nem súlyosbodott, az idegrendszer ép, a pupillák jól reagálnak, analgesia nincs, patellar-reflex van, és ezek alapján a tabest kizárhatni vélte. Az észlelt analgesiát még inkább lehetne hysteriás analgesiának tartani.

Fráter Imre dr. is észlelte a szóban lévő beteget, és akkor impotentia volt panasza, a mi szintén tabesnek lehet symptomája.

Fisch Áron dr. az impotentiát a rohamok által lefokozott táplálkozási zavarokból eredő erőhanyatlásra vezeti vissza.

Berkovits Miklós dr.-nak is volt alkalma a beteget kezelni. Akkor pneumoniát állott át. A beteg baját nervosus alapon létrejött secretorius anomaliának tartja. A nervosus alap vagy neurasthenia vagy tabes. Az egyént nagy fokban neurastheniásnak tartja. Anatomiai elváltozás a gyomorban nem vehető fel. Esetleg az állapot hysteriás is lehet. Ily sok idő óta tabesnek egyéb jelenségei is kifejlődtek volna.

Révész Vilmos dr. szerint az ismertetett jelenségek alapján tabes gondolata nem háritható el.

Mayer László dr. a beteget vizsgálta és tabesnek semmi nyomát nem találta.

3. **Baróthy Ákos** dr. Nagyvárad városnak 1897-dik évi közegészségügyi viszonyairól szóló jelentését olvassa fel.

A jelentés adataiból álljanak a következők.

Nagyvárad város 1897-dik évi közegészségügyi állapota kedvezőbb volt, mint a mult évi. A születések és halálozások közti viszony, a szaporodási arány jobb volt.

1896-ban született 1556, meghalt az idegenekkel együtt 1313 egyén; 1897-ben született 1496, meghalt 1108 egyén. A születések száma ugyan kevesebb volt 60-nal, de 250 egyénnel kevesebb halt meg. 1896-ban 243, 1897-ben 338 volt a szaporodás.

1897-ben a születések évi százaléka 33·2%, a halálozások évi százaléka 24·5. Az 1108 halálozási főösszegből levonva 505 idegen illetőségüt, marad 803 helybeli halálozás, a mi 17·8%-nak felel meg. Az 1897. évi szaporodás 693.

1896-ban 0—20 évig elhalt 659 egyén, 1897-ben 491.

1896-ban 20 éven felül elhalt 654 egyén, 1897-ben 617.

A fertőző betegségek tekintetében is kedvezőbb volt ez év, mint az előző.

1896-ban fertőző bántalmakban elhaltak összesen 60-an,
1897-ben „ „ „ „ 28-an.

Járványnyá 1897-ben csak egy heveny fertőző betegség fejlődött, a kanyaró, a mely az év második felében lépett fel Olaszi kerületben, s rövid idő alatt oly nagy elterjedést vett, hogy a többi városrészekre is átterjedt. Az év utolsó napjáig megbetegedtek 337-en. A járvány lefolyása igen enyhe volt, egyetlen haláleset sem volt.

Ellene a legszigorúbb óvintézkedés is megtörtént, az óvodák és elemi iskolák hosszabb időn át zárva voltak, a ragályos beteg családjából, sőt az egész házból a tanulók az iskolába járástól el voltak tiltva.

Előjött még vörheny 32 esetben 9 halálozással, 1896-ban 149 betegülés 32 halálozással.

Hasi hagymázban megbetegedett			24	egyén,	meghalt	8
1895-ben	„	„	93	„	„	18
1896-ban	„	„	24	„	„	9.

Hólyagos himlő	4	esetben	fordult elő	halálozás	nélkül.
Hökhurut	13	„	„	„	„
Fültőmirigylob	2	„	„	„	„
Vérhas	3	„	„	„	„

A roncsoló toroklob évről évre csökkent:

1892-ben	313	betegülés volt	154	halálozással (49%)
1893-ban	337	„ „	113	„ (33%)
1894-ben	146	„ „	64	„ (43%)
1895-ben	99	„ „	28	„ (38%)
1896-ban	54	„ „	11	„ (20%)
1897-ben	30	„ „	9	„ (30%).

A betegek ez évben kivétel nélkül Behring-féle serummal kezeltettek.

Gyermekágyi láz a biharmegyei kórházban szerepelt két halálozással, a város területén egy eset sem jött elő.

Trachoma 46 esetben lett bejelentve.

1894-ben heveny fertőző betegségben megb. 617 egyén, 128 halálozással
1895-ben „ „ „ „ 548 „ 112 „
1896-ban „ „ „ „ 226 „ 60 „
1897-ben „ „ „ „ 451 „ 28 „

A járványkórház betegforgalma:

vörheny	19 esetben	3 halálozással	(15%)
roncsoló toroklob	14 „	3 „	(21%)
hólyagos himlő	4 „	0 „	(0%)
kanyaró	9 „	0 „	(0%)

összesen 46 megbetegedés 6 halálozással.

Egészségügyi személyzet:
43 gyakorló orvos (4 fogász, 1 sebészmester),
71 okleveles szülésznő,
gyógyszertárak száma 8.

1897-ben elhalt összesen 1108 egyén, közte 305 idegen.

A halálozási arányszám (45,045 lakos a 2204 katonával) 24·5%, csupán a helybeliekre 17·8%.

Kornstein Lajos dr. az évi jelentéshez óhajt megjegyzéseket fűzni.

Nagy örömmel veszi tudomásul, hogy a jelentés szerint a halálozási arányszám 17·8‰. E kedvező adat idealis közegészségügyi viszonyokra enged következtetni és sok tekintetben hatósági orvosainkat dicséri. Példa gyanánt felhozza, hogy az utolsó időkben négy izben lépett fel hólyagos himlő a városban, de elterjedni nem tudott. Azelőtt minden 5. évben volt himlőjárványunk. Ugyanígy történt egyéb járványokkal is. Egy adatot sajnosan nélkülöz a jelentésből, a 0—5 évig elhaltak számát, mert tudvalevőleg a gyermekhalandóság nálunk is nagy.

Tudomásunk van róla, hogy a mostani járványkórház le lesz rombolva, kérdi, történt-e már intézkedés arra nézve, hogy kellő időre az új járványkórház felépüljön. Mindenesetre felhivja e kérdésre a főorvos figyelmét.

Baróthy Ákos dr. az utóbbi kérdésre megnyugtató választ ad.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pneumonia elleni serumról tartott előadást *Pane* a VIII. olasz belgyógyászati congressuson. Előadó már régen foglalkozik a pneumonia serumtherapiájával, de mindig csak kicsiny állatokkal kisérletezvén, nem volt elég seruma, hogy annak hatásosságát embereken is kipróbálhassa. Ujabban azonban nagyobb állatok immunizálása útján nagyobb mennyiségű serum birtokába jutott, melyet de Renzi tanár nápolyi klinikáján próbáltak ki. 30 súlyos pneumonia-esetet vetettek serumkezelés alá; az esetek közül csak 3 végződött halálosan, vagyis 10%, a mi elég jó eredmény, tekintetbe véve, hogy nevezett klinika pneumoniahalálozása 24% volt, továbbá, hogy a halállal végződött 3 eset közül 2-ben már 2 órával a felvétel után állott be a halál, egyben pedig complicatiók voltak a vese részéről. Súlyos esetekben a serumot a visszerekbe fecskendezték.

Hemicrania egy sajátságos esetét mutatta be *Brasch* a „Berliner medicinische Gesellschaft“ julius 20-diki ülésén. Az előzőleg mindig egészséges 23 éves férfiú 1896. augusztus 21-dikén éjjel betegedett meg erős fájdalmakkal a megdagadt bal szem felett és hányással. Másnap délután már semmi baja sem volt. 3 hónap mulva ismétlődött a roham és ekkor a bal alsó szemhéjban vérömleny is képződött. Rohamok jelentkeztek még mult év április havában és 6 nap előtt, ez alkalmakkor mindkét szemhéjban erős vérzések voltak; sőt az utolsó roham alkalmával a bal szem múlóan meg is vakult; ezen szem pupillája tágult és renyhén reagáló volt és a szemtükri vizsgálat retinalis vérzést mutatott ki.

PÁLYÁZATOK.

1067/898. sz.

A **nagykárolyi kerületi betegsegélyző-pénztárnál** az orvosi állás megüresedvén, annak választás útján való betöltésére ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állás javadalmazása évi 800 frt.

A hivatalos órák a pénztár igazgatósága által fognak megállapittatni. Hivatalos órán kivül a magángyakorlat is üzhető.

Az orvos munkakörét a pénztár egészségügyi utasitása irja elő.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 10-dik napjáig** alulirott igazgatósághoz nyujtsák be.

A megválasztott orvosnak állását f. évi november hó 1. napján kell elfoglalnia.

Nagy-Károly, 1898. évi szeptember hó 14-dikén.

2—1 *A nagykárolyi kerületi betegsegélyző-pénztár igazgatósága.*

9574/898. kig. sz.

A Baranya vármegye mohácsi járásába bekebelezett Maiss községben rendszeresitett és lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel újra pályázatot hirdetek.

A javadalmazás évi 500 frt fizetés, az orvos lakásán adott tanácsért és segélyért vénynyel együtt 30 krnyi, a község határában nappali látogatásért vénynyel együtt 50 krnyi, éjjeli látogatásért vénynyel együtt 80 krnyi, halottkémlésért 30 krnyi dij szedhető; 7 éven aluli gyermekek után e dijaknak fele jár, mégis az orvos lakásán csakis 30 kr., nagyobb sebészeti műtétekért a felekkel való egyezség szerint dijaztatik.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy erkölcsi bizonyitványnyal, az 1883: I. t.-cz. 9. §-ában megszabott orvostudori oklevéllel felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi szeptember hó 28-dikáig bezárólag, a mennyiben szolgálatban vannak fölöttes hatóságaik útján, különben közvetetlenül adják be.

A választást f. évi október hó 5-dik napjának d. e. 10 órakor fogom Maiss községben a községházában megejtetni.

Mohács, 1898. évi szeptember hó 12-dikén.

1—1 *Szinkovits*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemű **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak
dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Gyermek-sanatorium Abbaziában.
Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.
Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus.

A Kassa-Oderbergi vasút állomása. **DARKAUI JODFÜRDŐ**
(Osztrák-Sziléziában). 5 órányira Bécstől, 7 óra Berlin, Budapesttől.
Évad május 15-től október 15-ig.
Legerősebb jodbromforrások a continensen
az egyetlen fürdő, melyben tiszta **jodlúgban** fürödni lehet.
Legnagyobb kényelem, jelentékeny újitásokkal, mérsékelt árak, árnyas ültetvények, ivókúra stb.
Kiséret nélküli gyermekek az igazgató-főorvos felügyelete alatt az új „Gyermekotthon“-ban, mely a Sz. Boromaeus-rend testvérei felügyelete alatt áll, gondos kezelésbe és ápolásba vétetnek.
Bővebb felvilágositással szolgál, s elörajzokat ingyen küld
Dr. Degré Vilmos, ig. fürdőorvos.

Vegyi, górcsővészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.
Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

„Margit“
gyógyvíz.
Margitforrás-telep. (Bereg megye.)
Kitünően használ a **torok, gége, légcső, gyomor s bélhuzam hurutos bántalmainál** s a húgyutak hurutjainál, mert míg egyrészt a szivós köpetet könnyen oldja, más-részt még ott is alkatmazható, a hol vérzések lehetőségétől kell tartani. Miut kiváló antacidum, könnyen javitja a hyperaciditásból származó rossz emésztést, lithium tartalma pedig az előbbivel kapcsolatban előnyösen akadályozza a húgysavas diathesist s az ebből származható **kő- és homokképződést.**
Járványos betegségek idején főleg typhus ellen kitünő praeservativum.
Borral használva általánosan kedvelt.
Főraktár Édeskuty L. Budapest
V., Erzsébet-tér 8. cs. és kir. udvari szállító. V., Erzsébet-tér 8.
Kapható minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben és vendéglőben.

ANESON „ROCHE“

Név védve.

Egyetlen

teljesen méregtelen

helyi anaesthetikum.

Legjobb pótszer 2–2½% cocain-oldatnak

Organo-therapeutikus készítmények „Roche“

Szárazon és tablettek alakjában.

Specialis czikk.

Aiodin, Linadin, Ovadin, Supradin.

N. B. Sz. Név védve.

SIROLIN Név védve.

az egyetlen készítmény, mely még a **legérzékenyebb betegeknél,** s kivált **gyermekeknél** is a tüdőgümőkór és idült hörglobok hathatós gyógykezelését kellemes szagú és jóízű orvosszerrel lehetővé teszi. Egy teakanál **SIROLIN** mintegy 0·40 Guajacolt tartalmaz **teljesen oldott és könnyen felszívódható kellemes alakban.**

Kapható a gyógyszertárakban.

Ára **3.20 márka = 2 frt = 4 frank** palaczkonként.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., Fabrik chem.-pharmaceut. Producte, BASEL (Schweiz) und GRENZACH (Baden).

Abbazia

Dr. Szigeti Márton

október—április

Abbazia (Bazár Mandria)

nyáron Gleichenbergben.

Vízgyógyintézet „Pozsony“ Pozsonyban.

Massage, elektrotherapia, gyógytestgyakorlat stb.

Egész éven át nyitva.

Tulajdonos: a pozsonyi iparbank.

Igazgató-orvos: dr. Schlesinger Miksa.

Előrajzokat ingyen és bérmentve küld **az igazgatóság.**

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete

Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitűnő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola	3 egyénre	— frt 30 kr.	1 phiola	20 egyénre	1 frt 20 kr.
1 „	5 „	— „ 40 „	1 „	50 „	2 „ — „
1 „	10 „	— „ 80 „	1 „	100 „	4 „ — „

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket posta fordultával expediálunk.

Sürgönyczim: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

BUDAPESTI

GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.

Testegyenészet, svéd gymnastika, massage.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: **Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.**

Telefon: 54—20.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fővőcső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánltatik.

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévvízű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább egyénysav SAVANYÚKÚT

Legjobb étrendi és üditő ital

Mattoni és Wille Budapest, Mattoni Henrik Bécs

giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 39. számához. 4. SZ. Budapest, 1898. szeptember 25.

A MAGYAR KIR. ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEMI II. SZÉKÉSZETI INTÉZET KÖNYVTÁRA

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Eredeti közlemények: *Bókay János* dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházból. Adatok a veleszületett külső fejvízkór ismeretéhez. — *Hül Hümér* dr.: Gyermekek lágyékservének radicalis műtételéről. — *Faludy Géza* dr.: Kisebb közlések a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházból. I. Pénzdarab a bársingban. — *Loewy Leó* dr.: II. Écouvillonnage tanulságos esete. — Irodalomszemle: I. *Könyvismertetés.* — II. *Lapszemle.* — *Vegyesek.*

Közlmény a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházból.

Adatok a veleszületett külső fejvízkór ismeretéhez.

Köz: *Bókay János* dr. egyet. rk. tanár, igazgató.

Ha a ydrocephalus chron. externusra vonatkozó, mellesleg legyen ondva eléggé gyér irodalmi adatokat végigtanulmányozzuk, t látjuk, hogy ismereteink a gyermekkori külső fejvízkórról ng ma is eléggé hézagosak. Ennek magyarázata kétségtelenül on körülményben rejlik, hogy az idült külső hydrocephalus órképével a paediatrikus gyakorlatban csak igen ritkán, igazán ak elvétve találkozunk. Ismereteink mai állása mellett tehát n mindig jogosultsággal bir, ha csak egy-egy ily esetnek is idalmi feldolgozása, mert ily esetközlések által lassanként teljes tisztázhatni fogjuk e kórfolyamatról alkotott, sok tekintetben varos fogalmainkat.

Ha a hydrcphalus extern. chronicus irodalmán végigtekintünk, *Lègend* és *Barthez* és *Rilliet* munkájától[1] (1846. és 1855.) a mai nig, vagyis *Huguenin* 1878-ban, a *Ziemssen*-féle gyüjtőmunkáb[2] megjelent, jeles és *Leon d' Astros* csak nemrég napvilágot tott nagyszabású munkájáig[3] a hydrocephalusokról, kétsc len előttünk az, a mit pedig egyesek ma sem hajlandók elisn ni, hogy a hydrocephalus chron. extern. acquis. seu pachyn ingitikus mellett, mely mint a név is mutatja, Pachymenin is interna haemorrhagicából ered, létezik a külső fejvízkórnak gy *önálló, veleszületett* alakja is, mely kétségtelenül még ri bb jelenség, mint a szerzett, vagyis haemorrhagiás eredetű drocephalus externus.[4]

Esetünk, melyet fájdalom, csak gyér feljegyzések alapján — a következ en vagyunk bátrak vázolni, nézetünk szerint a congenitalis e etű külső fejvízkór csoportjába tartozik.

Esetünk egy 9 hónap szegénysorsú napszámos szülőktől származott, satnyán fejlett, kifej en angolkóros gyermek volt. A kórelőzményből, mint fontos ad kiemeljük, hogy a szülők *határozottan a születés óta* vették észre a nyaboltozat fokozatos nagyobbodását.

A boltozat feltünően tá s csaknem egyenletesen, tehát minden irányban kiboltosodott. A hon udorok kissé kiállók, a nagy kutacs tallérnyi, mérsékelten feszült, a utacs fillérnyi, a varratok nem tátongnak, nagy kutacs feszült, ki nem sult, nem pulzál. A koponya körfogata a tuberák niveaujában *60 cm.*, s a normalis fejkörfogatot *mintegy 14 cm.-rel* haladja meg. A fron cipitalis átmérő 17 cm., a bitemporalis 12 cm., a biparietalis pedig 2 cm. A koponyaboltozatot fedő fejbőrön tágult visszerek nem láthat szemtekék mérsékelten protrudáltak, a szemtengelyek állása norm Láták középtágak, egyenlők, jól reagálnak; látás látszólag normali

A nyakon s különösen a t helyenként infiltrált mirigyek tapinthatók. Mellkas angolkóros elv sokat mutat. A mellkasi szervek kopogtatási viszonyai rendesek. Mi tüdő alsó lebenye felett gyéren apróhólyagú száraz szörtyzörejek h k; légzés kissé nehezített s a rendesnél szaporább. A has meteo us. Székletei gyakoriak, nem profusok, nyálkásak, kissé büzösek.

Az alsó végtagok erős spastik ntracturát mutatnak: a térdben flectált alsó végtagok csak nehezen egyenesithetők ki. A patellar- és Achilles-inreflex mindkét oldalt fokozódott. Sirásnál olykor hangrésgörcs észlelhető. A gyermek magától üini nem képes; felültetésnél fejét egyenesen megtartani nem tudja. Szellemi fejlődésben visszamaradt, a nélkül azonban, hogy idiotiásnak volna mondható.

A felvétel napján nagyfokú nyugtalanság van jelen, melynek megszüntetése czéljából urethánt adagolunk, melyre a gyermek már másnapra megnyugszik. A beteg többnapi kórházban tartózkodás után hurutos tüdőlob és tűszős béllob tünetei között mortuál.

Az élőben felállított kórisménk: *Hydrocephalus internus congenitus* volt.

A boncjegyzőkönyvnek (*Preisz* tur. kórházi prosector) reánk érdekkel biró része a következő:

A koponyaboltozat falzata vékony, kevés csontbélt tartalmaz. *Az erősen feszülő kemény agykér alatt egyenletesen elosztódva körülbelül* 1/2 *liter víztiszta, színtelen folyadék.* A kemény agykér egyenletesen *megvastagodott*, vérszegény, fehér; a lágy agyburkok többé-kevésbbé mindenütt *megvastagodottak*, úgy hogy helyenként a véredények át sem tetszenek. Az agy jelentékenyen *megkisebbedett*, alakja körtéhez hasonló, melynek csúcsát a homloklebeny felső-mellső része, széles alakú részét pedig a fali lebenyek hátsó része, a nyakszirti lebenyek s agyacs képezik. A megkisebbedett agy a koponya alapjának csak egy részével és pedig azon területével függ össze, mely az ikcsont középső-mellső részének, továbbá a scala posticának s a nyakszirtpikkelynek felel meg; jobboldalt inkább megközelíti a koponya oldalfalát, mint a bal oldalon. Az agy s a koponyaboltozat belfelülete, illet. dura mater között tág hézag van (kitöltve az emlitett folyadékgyülem által), mely a kemény agykér erősen megvastagodott sarló nyujtványa által, — mely egész szélességében szabadon látható — két félre osztatik s a hol a sarló megszünik, tehát ennek szabad szélénél, ezen két térség egymással tág nyilással lép összeköttetésbe. Az agy s boltozat, ill. dura mater közti hézag a dudornak megfelelőleg majdnem 4 cm., a homlokdudor táján 5 cm., a nyakszirtdudor táján pedig 3 cm.

Úgy a sarlónyujtvány szomszédságából, mint a fali lebenyek hátsó részének lágy agyburkaiból a kemény agykérhez hosszú, vékony húrszerűleg, megfeszült, edényeket tartalmazó kötegek haladnak. Az összenyomott agy *oldalsó gyomrocsai, valamint a középső agygyomrocs is kissé tágult*, valamint kifejezetten tágultnak találtatott a *Monro-nyilás* is. Az agynak minden része látszólag ki van fejlődve.

Kórbonczi diagnosis: *Hydrocephalus externus chronicus cum compressione cerebri et c. incrassatione meningum. Hydrocephalus chron. internus minoris gradus.* Bronchopneumonia loborum inferiorum et Enteritis follicularis.

Esetünkben, mint az elmondottakból látjuk, a külső fejvízkórt alkotó folyadékgyülem a dura mater és arachnoidea között székelt, vagyis ha a régi *Breschet*-féle felosztást tekintjük,[1] észleletünk a *Breschet*-féle schéma második csoportjába tartozik. E tekintetben esetünk tehát teljesen typikusnak mondható s ha *Heubner* tanár a Hydrocephalus externus leirásánál az *Eulenburg*-féle „*Realencyklopädie*“ újabb kiadásában, a külső fejvízkór folyadékgyüleméről azt mondja, hogy az rendszerint subarachnoidealis fekvésű, tehát a pókhálókér és a pia mater között székel, úgy ezen megjegyzése alig vonatkozhatik a gyermekkori esetekre, mint az *Huguenin*, *Francis T. Miles*,[2] valamint *d' Astros* fent idézett monographiájából eléggé kitetszik.

A dura mater a sarlóval együtt a sectiónál vastagodottnak találtatott, a nélkül azonban, hogy Pachymeningitis interna haemorrh. előmenetére utaló elváltozásokat találtunk volna a kemény agykér belfelületén. A dura mater mellett megvastagodottnak találtuk a lágy agyburkokat is, mely jelenségekről *Steffen* sen.[3] is tesz említést. *Gowers*[4] szerint veleszületett külső fejvízkórnál az agyhártyák változatlanak.

[1] *Lègendre.* Recherches anatomo ol. et clin. sur quelques maladies de l' enfance 1846.
Barthez-Rilliet. (E. R. *Hagen*). H d. Kinderkr. 1855.
[2] *Huguenin, Ziemssen's* Handb. d. . Path. u. Therap. Supplementb. 1878.
[3] *Leon d'Astros.* Les Hydrocephali ris. 1898.
[4] *Huguenin* ide vonatkozólag a ezőket mondja: „*Sobald man von der Gesammtzahl der Fälle sämmti achymeningitische Formen abzieht, so stellt sich für die in Rede stehe rm eine grosse Seltenheit heraus; nimmt man noch alle Fälle weg, durchgebrochene Hydrocephali waren, so bleiben in der That nur enige Fäle übrig.*“

[1] *E. Bouchut.* (*B. Bischoff*) Handb. d. Kinderkr. 1854.
[2] *Fr. T. Miles. Keating.* Cyclopaedia of the diseases of children. Vol. IV. Philadelphia 1890.
[3] *Steffen. Gerhardt's* Handb. d. Kinderkrankh. Bd. V. 1880.
[4] *W. R. Gowers.* (*K. Grube*) Handb. d. Nervenkrankh. 1892.

A subduralis űrben felhalmozódott folyadék mennyisége esetünkben körülbelül féllitert tett ki s a folyadék látszatra miben sem különbözött a veleszületett belső fejvízkórnál észlelhető folyadéktól. Vegyi vizsgálat esetünkben, sajnos, de nem végeztetett s így a folyadéknak fajsúlyáról s vegyi összetételéről, nevezetesen fehérjetartalmáról számot nem adhatunk. Csodálatos, hogy e tekintetben az irodalomban közzétett esetek legtöbbje hézagos s máig csak annyit tudunk biztosan, hogy a hydrocephalus externus acquirált, tehát ú. n. pachymeningitikus alakjánál talált folyadék, ellentétben a veleszületett belső agyvízkór folyadékával, aránylag nagy fehérjetartalommal bir s fajsúlya ezzel arányosan emelkedettebb; hogy azonban a külső hydrocephalus veleszületett alakjánál a subduralis folyadék mily viszonyokat mutat, az eddig tisztázva nincsen, pedig ennek ismerete nemcsak tisztán tudományos szempontból, hanem, mint alant látni fogjuk, a dolog gyakorlati oldalát tekintve is fontossággal birna. „*Wir wiederholen nochmals,* — mondja *Huguenin* — *dass bei der Unbekanntschaft mit den chemischen Qualitäten der Flüssigkeit, über die Angaben von Verdickung, Vascularisation der Dura, analoge Zustände der Arachnoidea nicht ins Klare zu kommen ist, und wir wissen also in jenen Fällen, wo ein leidlich erhaltenes Hirn vorliegt, nicht, ob wir entzündliche Zustände vor uns haben.*“

A folyadék mennyiségét illetőleg a mi esetünk nem tartozik a legnagyobb fokú Hydrocephalus ext. chron.-ok közé. Tudjuk ugyanis az irodalomból, hogy olykor a koponya colossalis nagyságot érhet el, *Gowers*, *Sachs*[1] és *Fr. T. Miles* szerint oly terjedelmű lehet a fej, hogy szülési akadályt képez s a gyermek halva jön a világra. Colossalis hydrocephalus externust mutatott *Giraldés* „*Cabochon*“ nevű esete,[2] melyet az érdemes franczia sebész a párisi Hôpital des Enfants Malades-ban észlelt hosszabb időn át s mely gyermek 4 éves korában halt el. *Steffen* sen. látott egy oly esetet, hol a boltozat kitágulása annyira tetemes volt, hogy nagyfokú belső fejvízkórnak imponált.

A koponyaboltozat észlelt eseteinkben körülbelül minden irányban egyenletesen kiboltosultnak találtatott; a homlokdudorok erősen kiállók voltak, a fontanella quadrangularis tallérnyi (lásd „Melléklet“), a triangularis kutacs pedig fillérnyi nagyságot mutatott. A szemgolyók mint láttuk, tengelyeltérést nem mutattak s a tekék kissé protrudáltak voltak. *Smith*[3]-nek a mellékelt ábrában bemutatott esetében (nehány hónapos bujakóros csecsemő), mint látjuk, a feltünőleg tágult koponyaboltozat szintén egyenletesen kiboltosult, *Smith* szerint főleg erős kidomborodást mutatott a koponya a fülkagylók feletti, tehát a temporalis tájon. Esetében a szemtengelyek állása szintén normalis volt. *Sachs*[4] newyorki ideggyógyász a hydrocephalus externusra hasonlóképen jellegzetesnek tartja a boltozatnak minden irányban történő egyenletes tágulását, míg hydrocephalus int.-nál szerinte s ezt tapasztalataink alapján mi is csak megerősíthetjük, különösen feltünő a homlok- és nyakszirtcsont erős kiboltosodása.

Az agy esetünkben, mint a mellékelt ábrán („Melléklet“) jól látjuk, összenyomottan s megkisebbedett állapotban találtatott a koponya basisán s oldalgyomrocsai, valamint a foramen *Monroi*, nemkülönben a középső agygyomrocs is tágult volt, tehát a nagyfokú hydrocephalus externus mérsékelt belső fejvízkórral volt szövődve. Az agynak összenyomottsága a veleszületett hydrocephalus ext. nagyobb fokánál az észlelők állítása szerint, rendszerint többé-kevésbbé jelen van s jelentékeny megkisebbedését az agynak, s concentrikus retractióját a scala media felé a legtöbb casuistikus közlés említi (miként *Barthez* és *Rilliet* már megirták, az agy hasonlit ilyenkor a mellűri exsudatum által a gerinczoszlop felé nyomott tüdőhöz), más kérdés azonban az, hogy az agy volumenének megkisebbedése egyszerű összenyomatása, avagy sorvadása-e az agynak.

Barthez és *Rilliet* szerint az agy csak látszat szerint kicsiny s valódi atrophiát nem hajlandók felvenni, megjegyzendő azonban, hogy eme megjegyzésük kizárólag a pachymeningitikus, tehát haematogen eredetü hydrocephalus externusra vonatkozik. *Miles* szerint vannak a veleszületett külső fejvízkórnak oly esetei, hol az agy csak alig atrphizált s ilyen volna a mi észlelésünk is, s ezen esetekben amerikai ügyfelünk ép úgy, mint *Huguenin* is hajlandónk látszik intrauterin gyuladás előremenetét felvenni. Természetesen e helyen nem reflectálhatunk a hydrocephalus externus azon kivételes eseteire, hol a külső fejvizkór hydrocephalus cong. internus megrepedése folytán jött létre (*Bednar* eset[1] a *Charles West*[2] által említett s 29 évet élt Thomas Carinal esete), hol az agy jelentékeny atrophiája hiányozni sohasem fog (*Syme* esetében[3] egy zsugorodott, tömött massa a sella turcica-ban jelezte az agyat).[4]

A belső hydrocephalus jelenlétének lehetőségét veleszületett külső fejvízkór mellett *Huguenin* és *Miles* különösen felemlitik; *Huguenin* szerint a kettő különböző módon combinálódva lehet jelen, *Miles* szerint a külső fejvízkór belső hydrocephalussal combinálva, különösen akkor található, ha az agy hiányosan fejlődött. *Heubner* szerint a hydrocephalus externus congenitus mindenkor szövődve van kisebb vagy nagyobbfokú belső fejvízkórral. *Smith* esetében, melyet már ábrából ismerünk, az agygyomrocsokban a folyadéktalom fokozódva nem találtatott.

Hogy esetünkben a kórbonczi lelet alapján a hydrocephalus externusnak azon congenitalis alakját veszszük fel, mely nem az agy hiányos fejlődése (veleszületett agenesia), [*Cruvelhier*, „hydrocephalie anencéphalique“-ja] hanem valószinűleg az agyhártyák intrauterin lob folytán jött létre, erre késztet bennünket azon körülmény, hogy, bár az agy térfogatában kisebbedve s kis fokban sorvadva találtatott, az agy minden egyes részében — makroskopice legalább — fejlett állapotban volt, s hogy az agyhártyák különösen a kemény agykér feltünően vastagodottnak találtattak. Hogy az élőben felállított kórisménél tévedésbe estünk a hydrocephalus externus jelenlétére nem is reflektáltunk, ez a mondottak alapján, melyekből eléggé kitetszik a congenitalis fejvízkór ezen két alakjának nehéz megkülönböztethetése az élőben, könnyen magyarázható. Részünkről esetünkben utólag csak egy oly momentumot látunk, a mely a diagnostikus tévedéstől esetleg menten tarthatott volna, s ez a koponyaboltozatnak minden irányban egyenletes kiboltosulása, a melyre mint differentialis diagnostikus jelre, mint hallottuk, *Sachs* gyermekek idegbántalmairól irott munkájában különös súlyt helyez. A diagnostikus nehézségeket *Legendre* óta a legtöbb korig valamennyi iró hangsúlyozza, *Barthez* és *Rilliet* pedig az ötvenes években ajánlották, hogy mindazon esetekben, hol a legtávolabbról is gyanúnk van külső fejvízkór jelenlétére, explorativ punctiót végezzünk, midőn is azon körülmény, hogy a beszúrt troicarton keresztül mily niveauból szivárog a folyadék, a fejvízkór minőségét tisztázhatja. „*La profondeur, laquelle il serait nécessaire de faire pénétrer l'instrument, la quantité de liquide auquel il donnerait issue*“, mondják a szerzők „*devraient d'une manière presque certaine le siège de la maladie.*“ Természetes, hogy mindazon esetekben, hol veleszületett belső fejvízkórnál igen nagy a folyadékgyülem s ennek következtében az oldalgyomrocsok falzata úgy-

[1] *B. Sachs* (*Onufrowicz*). Lehrb. d. Nervenkrankheit des Kinderalters. 1897.

[2] *M. J. Giraldés.* Leçons cliniques sur les maladies chirurg. des enfants. 1869.

[3] *L. Smith.* A treatise on the medic. ord surgic. diseases of infancy and.

[4] Childhood. 1896. N. Y. l. c.

[1] *A. Bednar.* Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. 1850.

[2] *Ch. West.* (*E. Henoch*) Krankheiten. u. Therapie der Kinderkrankheiten. 1865.

[3] Lásd *Huguein* munkáját.

[4] *Vautrin* (Nancy) kiindulva azon téves felfogásból, hogy a külső fejvizkór minden esetben hydrocephalusból ered, ajánlatba hozta, hogy gyógyitás czéljából hydrocephalus-szá változott okú belső fejvízkórt sebészi úton külső át. (E. *Kirmisson.* Traité des maladies chirurgicales d'origine co ale. Paris, 1898.)

szólván tökéletesen hártyás lett, a *Barthez és Rilliet* által ajánlott explorativ punctio sem fogja a kérdést tisztázni. Esetünkben ily punctio által kétségtelenül felismerhettük volna a folyadékgyülem extracerebralis fekvését; ez esetben a műtéti beavatkozás elől kitérnünk nem lett volna szabad, mert ha az idült fejvízkórnál műtéti beavatkozástól egyáltalán várható eredmény, úgy a siker kétségtelenül legbizhatóbb a külső fejvízkórnál és pedig úgy a veleszületett mint a szerzett, vagyis pachymeningitikus alaknál. Az operativ beavatkozás ilyenkor aseptikus cautelák mellett végezett punctiót követő drainageból fog állani, melyet esetleg még craniectomiával kötünk össze. (*Gowers* egy esetet említ, hol a boltozati csontok szúvasodása eredményezte a folyadék kiürülését.) Hogy a *Quincke*-féle lumbalpunctio, — melyet veleszületett belső fejvízkórnál magam is néhány esetben megkisérlettem, rendszeresen gyakorolva, gyógyitási czélból, bár sajnos, csekély eredménynyel —„a hydrocephalus ext. cong.-nál eredménynyel végezhető-e, erre a jövő bizonyára megadja a feleletet. Hogy hydrocephalus ext. pachymeningiticusnál a lumbalpunctio eredményre nem vezethet, az, tekintetbe véve a kórboncztani képet, ma is már kétségtelennek mondható.

Gyermekek lágyéksérvének radicalis műtételéről.

Irta: *Hültl Hümér* dr., műtőorvos.

A gyermekeknél előforduló lágyéksérvek legnagyobb része a processus vaginalis nyitvamaradásából származik, tehát veleszületett. Ezen sérvek az esetek többségében maguktól meggyógyulnak, legalább azt látszik bizonyitani azon körülmény, hogy sérveket a járóbeteg-rendelésen leggyakrabban látunk egészen kis (0—2 éves) gyermekeknél, a fejlettebbeknél pedig a sérvelőfordulás gyérebbé válik.*

A sérvek egy másik része sérvkötő viselése következtében gyógyul meg. A sérvtömlőt v. processus vaginalist kibélelő serosa semmiben sem tér el tulajdonságaira nézve a peritoneumtól, melyből származott: tartósan egymáshoz nyomott két felszine összetapad. Ily értelemben magyarázhatók a sérvkötő alkalmazása következtében a gyermekkorban létrejött meggyógyulások, t. i. a sérvnyak peritoneuma a pelotta nyomása következtében összetapad, az üressé vált lágyékcsatorna szűkebbé lesz és az egyén növekedése által ferdébb lefutást vesz fel. Ha tehát észszerűen akarunk sérvkötőt alkalmazni, akkor a gyógyulás folyamatának figyelembe vétele azt követeli, hogy a kötő állandóan viseltessék, mert ha pl. $^1/_2$ éves viselés után a belek a sérvbe csak pár perczre megint bejutnak, elválasztatnak a keletkezett finom összenövések és megint ottan vagyunk, a hol a kezelés első napján. Van még egy másik mozzanat is, mely a sérvkötők állandó viselését szükségessé teszi, ez azon tapasztalat, hogy ha a sérvkötőt elhagyjuk és belek előtolulnak, akkor újabb visszahelyezésük nehéz, gyakran pedig valóságos incarceratio következik be.

Természetesen feltétel, hogy jó legyen a sérvkötő. Ehhez az szükséges, hogy a pelotta a sérvkaput egészen fedje (tehát nagyobb legyen mint a kapu, nehogy abba dugószerűleg behatolva, azt még jobban tágítsa) és hogy elég erősen rá legyen nyomva a lágyékcsatorna külső nyilására. A nyomás, mely szükséges, hogy a beleket visszatartsuk, nem minden esetben egyenlő, néha nagyobb, néha kisebb nagyságáról meggyőződhetünk, ha reponált sérvtartalom mellett ujjunkat a kapura illesztjük s a kis beteget megrikatjuk vagy ha már nagyobb, köhögtetjük és ekkor próbáljuk a zsigereket visszatartani. Azt fogjuk tapasztalni, hogy jókora erővel kell ujjunkat felilleszteni, tehát a pelottának is elég erősen kell a kapura rányomódni. Ezért ne legyen az túlságosan kemény, mint a milyen az elefántcsont, kemény kaucsuk, ebonitból készült, hanem párnázott legyen. Még így is a kis gyermekek finom bőrén nem egyszer decubitusokat látunk a pelotta nyomása következtében. Ehhez járul még, hogy a pelotta, mely rendesen szarvasbőrrel van bevonva, rendesen nedves kis gyermekeknél a vizelettől, tehát eczemák keletkeznek. Nem tanácsos a pelottát vízhatlan anyaggal bevonni, mert akkor az excoriatiok még hamarább bekövetkeznek. Hogy a gyermek állandóan viselhesse a sérvkötőt, legalább kettőt kell csináltatni, mig az egyik szárad, fel kell tenni a másikat. A kötők azonban még ilyen változtatás és leggondosabb velebánás mellett sem tartanak tovább $^1/_4$—$^1/_2$ évnél, ekkor teljesen hasznavehetetlenekké válnak, mert rugójuk a vizelettől elrozsdásodik. A sérvkötők tehát tekintélyes pénzösszegbe kerülnek, úgy hogy csak tehetősebbek szerezhetik meg gyermekeiknek. A tisztántartás sok utánnajárást és fáradságot kiván, a kötők helyes alkalmazása pedig annyi értelmességet tételez fel, a mennyi szükséges, hogy a szülők a kötő feltételénél az orvostól használt fogásokat elleshessék.

Mindezek szerint a helyes sérvkötő-kezelésnek sok esetben első sorban a szülők szegénysége és műveletlensége áll útjában. Ezenfelül lehetetlen a sérvkötővel való kezelés túlnagy kapu esetén, a midőn semmiféle pelotta nem tartja vissza a sérvet, odanőtt sérveknél, hol nem lehet alkalmas kötőt találni, a midőn decubitusok és eczemák miatt nem lehet a kötőt használnunk. (A pelotta alá tett, finom gyolcsra felkent kenőcsök sokszor cserben hagynak.) Ezen esetekre nézve, valamint akkor is, ha a sérvkötő-kezelés hosszabb időn át folytatva, eredménytelennek mutatkozott, vagy egy sérv kizáródott és herniotomiát kellett végeznünk, kérdés, szabad-e a sérvet valamely mostan divó radikális műtéti eljárással zárnunk. A választ első sorban arra tekintve kell adnunk, hogy a műtét lehetséges-e, hogy a gyermek életét nem veszélyezteti-e és másodsorban arra nézve, vajjon a sérv recidiva tekintetében ad-e kielégitő eredményt.

A Rókus-kórház Navratil-féle osztályán és a Stefánia-gyermekkórházban* műtett esetek alapján mondhatom, hogy a gyermekek lágyéksérvének radikális műtevése semmi esetre sem nehezebb, mint a felnőtteknél végzett hasonló műtétel. Ellenkezőleg azon változatos összenövések, melyek felnőtteknél a sérvtömlő leválasztását fárasztóvá tehetik, rendesen hiányzanak.** A műtét ezen szakasza aránylag legnehezebbé válik olyan gyermekeknél, kik hosszabb időn át sérvkötőt viseltek.

A műtét veszélyeit az infectio, a narcosis és a vérzés képezhetnék, de alábbi eljárást követve, úgy látszik ezen veszélyek csakis akkorák, mint a mekkorákkal mai tudásunknak megfelelőleg minden műtétel jár.

A műtét előtt pár napon át a kis beteg beleit valamely hashajtó adagolása által kiüresítjük, a műtét előtt való naptól kezdve pedig Bismuth. subnitr. és Pulv. Doweri-ből álló porokat rendelünk két óránként. Mindkét szer adagolásának czélja, hogy székürülés elkerültessék, nehogy a sebgyógyulás első napjaiban a kötés vaskosan szennyeztessék. A Bismuthnak még előnye, hogy a gázokat megkötve, a beleket lehető kis térfogatra reducálja, a mi a hasfalak feszülését szünteti meg. Az előkészítés egyéb mozzanatai (fürdők, mosások, szappan, aether, sublimattal), melyekkel sebészi tisztaságot kivánunk elérni, miben sem térnek el a felnőtteknél követett eljárástól, az infectio veszélyeit itt is ép oly nagy valószinűséggel elkerülhetjük. A mi a narcosis veszélyét illeti, csak utalni kivánok azon körülményre, melyet minden gyermekekkel foglalkozó sebész ismer, hogy t. i. ezek igen jól tűrik a chloroformot és már néhány csepp adagolása után, többnyire minden

* *Wernher*, Geschichte und Theorie des Mechanismus der Bruchbildung. *Langenbeck*, Archiv XIV. k. 161 l.

37,873 lágyéksérv közül 0—1 éves fiúnál 4818, leánynál 252, 1—5 éves fiúnál 1568, leánynál 253 eset volt.

* A kórházban a nyár folyamán két hóig Verebély magántanár, kórházi főorvos helyetteseként működtem.

** Tapasztalataim itt több szerzőével éles ellentétben állanak. *Lokwood*[1] szerint a sérvtömlő leválasztása igen nehéz. *Bossowszki*[2] 10 esetben operált, a legfiatalabb fiú 1, a legidősebb 7 éves volt. A vékony sérvtömlő mindig erősen össze volt nőve a funiculus spermaticussal. Egyszer egyáltalán nem tudta leválasztani, úgy hogy kénytelen volt a herét is kivenni. *Richelot*[3] szerint a veleszületett lágyéksérvek radicalis kezelésének legnagyobb akadálya az, hogy a sérvtömlő nagyon bensőleg össze van nőve az ondózsinór képleteivel. *Lucas Championnière*[4] a *Richelot* előadása kapcsán kifejtett vitában azt válaszolta azoknak, kik a radicalis zárás nehézségeit és veszélyességét hánytorgatták, hogy ez a műtét nem operatio gyakorló orvosok számára, mert az ügyeskezű és az antisepsisben jól iskolázott specialistát kiván.

izgalmi szak nélkül nyugodtan alusznak. Zavarok a narcosis közben az általános szabályoknak megfelelőleg kezelendők, a mesterséges légzést szükség esetén kitünően fenn lehet tartani az *O'Dwyer*-féle készülékkel, melyet a Stefánia-gyermekkórházban *Bókay* igazgató és tanár rendezett be. (Hogy miként alkalmazandó a készülék, megtudható az Orvosi Hetilap 1896. évfolyam. Újabb gyógyszerek és gyógymódok 1. sz. *dr. Loewy Leó* czikkéből.)

Az utóbbi években közzétett tömérdek radicalis sérvzárásmódok * közül el kell vetni mindazokat, melyeknél az összenövéseiből kiszabadított sérvtömlő használtatik fel a kapu eltömésére. A *Mac-Ewen*-féle műtétet és a hozzá hasonlító számos módosítást értem. A kikészített sérvtömlő többszörösen redőzve, összetűzve, felcsavarva, invaginálva, dohányzacskó-varrattal csomózva stb. lesz ezeknél a lágyékcsatorna belső nyilása elé pelottaszerűleg helyezve. Az edényszegény tömlő nem lévén kellőleg táplálva, sokszor elhal, a mi a műtétet meghiúsitja. Még a régebbi *Kocher*-féle módnál is előfordult ezen kellemetlen szövődmény.

A közlemények *Wölfler*,[5] *Kocher*[6] (laterale Verlagerungs-Methode), *Bassini*,[7] *Halstead* stb. stb. módjainál egyenlő jó eredményekről tudósítanak. Úgy látszik *Kocher*-nek igaza van: mindezen módszerek csak ügyes műtő kezén adnak kifogástalan eredményeket. Magam *Bassini* typikus műtételét végzem, mert ebben vagyok leginkább járatos, *Navratil* tanártól, a ki magánál *Bassini*-nál látta az operatiót, tanulva el a technikát. Biztosságán, egyszerűségén és exact voltán kivül előnyeül tudom be *Bassini* műtételének, hogy kis és nagy kapújú és tömlőjű, külső vagy belső, szabad vagy kizárt, szerzett vagy veleszületett lágyéksérveknél egyaránt jól használható. Az a nézetem, hogy legfontosabb jól kikésziteni a sérvnyakat és azt erősen lehúzva, magasan feltenni a ligaturát; csakis ily módon kerülhető el, hogy egy fossa hernialis maradjon vissza, melybe erőlködésnél, köhögésnél a belek belejutva, a csatornát lazítják.

A műtét mindenben úgy folyik le mint felnőtteknél, itt is kiméletesen kell bánni a szövetekkel. Ha prima intentiót akarunk elérni, nem szabad az aponeurosist nagy lebenyekben leválasztani, mert ekkor az edényszegény fascia könnyen elhalhat. A hátsó fal képzésénél általában silkworm-öltéseket szoktam használni, talán felesleges külön felemliteni, hogy kis gyermekeknél 3–4 öltés és finom fonal is megteszi a szolgálatot. Kerek (nem köszörült élű) tű a czélszerű, mert a szokásos éles sebészi tű a gyermekeknél gyengébben fejlett Poupart-szalag hátsó ajkán hasadékot és nem lyukat csinál. A csomós öltéseket csak annyira kell összehúzni, hogy az izmok és a szalag összefeküdjenek. Két év óta erre igen ügyelek és határozottan jobb eredményeket érek el, mint annakelőtte, midőn jó erősen megcsomóztam a fonalakat. Miután a silkworm mindenkorra benn marad és nem szivódik fel, az egyesitést még akkor is biztositja, ha nem is számitunk merev összenövésre a Poupart és izmok között. Az erős meghúzás következtében a varrt szövet egy része vérszegény, sőt necroticussá lesz. *Poppert*[8] egyenesen ezen körülményből származtat egy aseptikus genyedést *Bassini* szerint műtetteknél. Erre nézve azt tartom, hogy mint általában minden műtétnél bejutnak csirok,** a *Bassini*-féle operatiónál is belekerülnek, ha azonban a szövetek nincsenek roncsolva és táplálkozásuk jó, akkor ezen mérsékelt számú microorganismussal megbirkózik a szervezet, ha pedig egyes részek a fonal szorítása miatt rosszul tápláltak, akkor ott alkalmas talajra találva élénken tenyésznek és genyedést idéznek elő.

Nagyon pontosan kell csillapitani a vérzést. Legújabban *Navratil* tanár osztályán és a Stefánia-kórházban való működésem alatt angiotriptorokat használtunk, miáltal az edények lekötése feleslegessé válik és igy nem vagyunk kénytelenek egy csomó selymet a sebben hagyni.

Ha a műtét alatt nem inficiáltuk a sebet, a későbbi fertőzésnek legfőkép azzal vesszük elejét, hogy a legpontosabban mindenütt egyesitjük.* Vigyázni kell nehogy beforduljon a sebszél. Igen finom fonallal, piczike tűvel, nagyon felületesen czélszerű ölteni azért, hogy a fonallal ne vigyünk és ne alagcsövezzünk be csirokat a sebbe és hogy elkerüljük az aponeurosis és a bőrvarrat fonalainak érintkezését.

A műtét ilyen menetétől több esetben el kell térnünk. Igy a vaginalis testicularis sérveknél: itt a sérvtömlőt képező processus vaginalist nem kell és nem is szabad kiirtanunk. A sérvet megnyitjuk, tartalmát a hasba visszahelyezzük. Azután egy felületes, az ondózsinórra haránt eső metszéssel egy alsó és felső részre vágjuk a sérvtömlőt. Alsó részéből néhány varrattal hüvelyt képezünk a szabadon fekvő herének, felső részét pedig úgy szabadítjuk ki, hogy a metszés helyén a peritoneum széleit pince-kbe fogjuk s distalról proximal-féle választjuk le a sérvnyakat, oly magasan a mint lehet. A műtét többi része a vázolt eljárástól nem tér el.

Kizárt sérveknél a herniotomia után javalt a sérv zárása, de kevésszer lesz alkalmunk végezhetni, mert gyermekeknél a sérvkizáródás igen ritka (*Henoch*, *Vogel*). *Stern*[9] az irodalomból 1404 herniotomiát szedett össze, ezek közül csak 13 volt 1—4 éves gyermekeknél incarceratio miatt végezve. *Stern* azt tartja, hogy a herniotomia jobb kilátást ad, mint felnőtteknél, mert az egész irodalom felhasználásával 13·6% mortalitást számol ki, szemben a felnőttek 21·4%-ával. Magam nem végeztem kis gyermekeknél herniotomiát, de a *Navratil*-féle osztályon láttam egy 4 éves fiú megoperálását. Különbség a felnőtteknél végzett műtéttől nincs, azért erre nézve a következőkben jellemezném álláspontomat. A radicalis zárás szempontjából 3 csoportba osztom a kizárt sérveket.

1. csoport. Oly sérvek, melyek a kizáródás következtében még nem lobosak, a hol tehát még lehet elsődleges tapadásra számolnunk. Ezeknél csak úgy, mint a szabad sérveknél a *Bassini*-féle eljárás javalt, de a *Cooper*-féle debridement felesleges, mert a lágyékcsatorna felhasitása következtében kivülről vágható át a szorítógyűrű.

2. csoportba sorolom azon sérveket, melyeknél már lobos tünetek vannak. Még ha nincs is a bélen gangraena vagy perforatio, hanem csak nagyobb stasist mutat, máris a sérvvízben bacteriumok lehetnek. A környező képletek ekkor nem alkalmasak elsődleges tapadásra, tehát itt *Basini* operatiója nincs helyén. Ha ezen műtétnél nem volt p. p. az egyesülés, akkor a lágyékcsatorna felhasitása által rosszabbul járt a beteg, mint ha nem kiséreltetett volna meg a radicalis zárás. Részemről ilyen sérveknél a *Kocher*-féle laterale Verlagerungs-Methode t tartom javultnak, mert ezen műtétnél a seb gyógyulása nem befolyásolja az eredményt.

3. csoport. Oly kizárt sérveknél, hol a beteg állapota és kora viszonyitva a tömlő nehéz kifejthetőségéhez, tiltja a műtét meghosszabbitását, — oly sérveknél, melyeknél a környező képletek gangraenásak — nem végezhető a radicalis műtevés.

A sebet több rétegben fejtett jodoformgaze, vatta és pólyából álló mérsékelten szorítókötéssel fedjük be. A betegnek penisét sparadrap csikokkal erősitjük meg, nehogy visszacsúszszék a kötésbe. Egy darabka kilyukasztott *Billroth* batist- vagy gummipapirossal védjük a kötést a vizelettől való szenyezéstől, ez azonban csak részben sikerül. Azért gyermekeknél sokkal több jodoformos gazet teszünk fel a sebre, mint felnőtteknél, az antisepticumra bízva a vizelet bomlásának meggátlását. *Boros* dr. kartársamtól két kisebb gyermek lágyéksérvzárásánál jó sikerrel láttam a *Küster*-féle jodoformcollodium-kötést, a légmentes zárás nem befolyásolta a prima intentiót. Nem tudok ezen kötésmóddal megbarátkozni, annyira befolyásol azon gondolat, hogy csak száraz, levegőnek permeablis kötés lehet csiramentes. A könnyebb kiszáradást czélozva nem engedtem meg, hogy a betegek, különösen gyermekek a kötés-

* Mind fel vannak sorolva: *Simon*: Über Radicaloperationen bei Inguinal- und Femoralhernien. Beitr. zur klin. Chir. XVII. k. 2. füz.

** *Schloffer*: Über Wundsekret und Bakterien bei der Heilung per primam. Ach. f. klin. Chir. 57. kötet. „Das Wundsekret enthält fast stets Bakterien."

* Pontos vérzéscsillapitásnál nincs sebváladék, tehát drainnek e műtétnél nincs helye. Az alagcső nyilásán keresztül a vizelettől nedves kötésből biztosan bevándorolnának csirok. *Poppert* gyermekeknél mindig p. p. gyógyulást látott, ha nem kellett draineznl, *Karewski* ellenkezőleg, a seb egy részét nyitva hagyja.

sel ellátott testrészt paplannal betakarják. Nagyon sok ok szól még ezenkivül a mellett, hogy a kötés szabadon legyen.

Fárasztó utánjárást kiván a további kezelés. A kicsiny betegek a narcosisból felébredve sírnak, ordítanak, a mi varratainkat azonnal erős próbára teszi. Néhányan az ezzel járó vongálásnak hajlandók betudni, ha nem következik be p. p. i. tapadás, én azonban nem tulajdonítok a sirásnak valami különös befolyást, részint, mert azon gyermekeknél, kiket műtettem, minden kiabálás daczára elsődleges volt a gyógyulás, részint azért, mert a felnőttek sérvzárásánál gyakran észlelt bronchitisek (a köhögésnél szintén erősen vongáltatnak a varratok), sem alterálták a lefolyást. A legkellemetlenebb, hogy a gyermek kötése állandóan nedves a vizelettől úgy, hogy naponta egyszer esetleg még többször át kell őket kötni, de többnyire elégséges a felületes pólyát és vattát változtatni, a sebbel érintkező jodoformos gaze helyén maradhat. Ily módon minden esetben sikerült fonaltályog nélkül primat kapnom. A sebgyógyulás gyermekeknél igen jó, úgy hogy a fonalak 4—5-öd nap eltávolíthatók, ekkor már aggodalom nélkül védhetjük a finom tapadást egy collodium-réteg által. Nagyobb gyermekeket a műtét után 12—14-ed nap engedünk felkelni. Sérvkötő további viselése egyenesen káros, mert állandó nyomása vérszegénynyé és így rosszul táplálttá teszi a szövetet, a mi a recidiva képződését elősegíti.

A műtét után az ondózsinór többször tömött vastag köteget képez, ez azonban néhány hét — félévnyi idő alatt eltünik, túl aggodalmas anyákat mégis jó eleve figyelmeztetni ezen eshetőségre. Okát néhány esetben a lágyékcsatorna belső nyilásának túlságos megszükitésében kellett feltételeznem. Scrotalis sérveknél a műtét után a herezacskó hamar visszafejlődik. Egy esetben (4 éves fiú) láttam, hogy a műtét előtt térdig lelógó herezacskó normalisnak mutatkozott már néhány nap mulva a műtét után.

A radikális zárás javallatára nézve a sebészek különböző álláspontot foglalnak el. A régebbiek elvetik a műtétet. *Heidenthaler*[10] azt tartja: „Kinder sind im allgemeinen von der Operation auszuschliesen", *Leisrink*[11] pedig: „Alle decrepiden Individuen und Kinder in den ersten Lebensjahren sollen von der Operation verschont bleiben". *Anderegg*[12] szerint a műtét csak kivételesen jogosult első életévekben levő gyermekeknél, várakozás által többet nyerünk mint veszitünk, nyerünk az által, hogy minden évvel gyarapodik a gyermek ellentállási képessége a műtéttel szemben, veszitünk az által, hogy a baj öregebb és így nehezebben gyógyithatóvá lesz. Hasonló értelemben nyilatkoznak *Wolter*,[13] és *Graser*[14] is. Ezekkel ellentétben *Karewski*[15] *Bayer*[15], *Bittner*[16], és *Slajmer*[5] a műtét hivei. A franczia sebészek közül *Lucas Championniere*[3] a zárás mellett van, *Berger*[3] ellenben csak a 15-ik életéven túl engedi meg a műtétet. Ez a nézete *Le-Fort*-nak[3] is. *Felizet*[3] javalja a zárást kis gyermekeknél, ha 1. sérvkizáródás van, 2. ha igen nagy sérvről van szó, melyet más módon nem lehet visszatartani. Műtét után ajánlja a sérvkötő viselését. *Trélat*[3] álláspontját így jellemzi: minden sérv, melyet nem lehet teljesen, tartósan és könnyen kötővel visszatartani, feljogosit a radikális mütevésre. Az angol sebészek 1895-ben nyilatkoztak ezen tárgyról. *Parker*[18] 40 fiúgyermeken műtett szabad lágyéksérvet, ezek közül 7 volt egy évnél fiatalabb (2—9 hónapos, 3, 4—7 hónapos, egy-egy 7 és 4 hetes), azonban 6 hónapos koron alul a műtétet csak sürgős esetben tartja javaltnak. Két esetben élt meg recidivát. Felemliti, hogy *Eddowes* 45 műtett eset közül csak egyet veszitett tüdőlob miatt, kiújulást pedig nem látott, *Parker* ezért a radikális műtevés hive és *Mac Ewen*[18] operatióját ajánlja, de kiköti, hogy a műtét után 1—6 hétig hátán feküdjön a gyermek. *Mac Ewen* a sérvkötővel való kezelést csak magánbetegeknél tartja lehetőnek. 30 műtett eseténél fényes eredményeket ért el. *Cousin*[18] egy éven aluli gyermekeknél ritkán műtett, 87 esetben jó sikert látott. *Harrison*[18] 20 eset kapcsán szintén a radikális kezelés mellett van. *O'Hara*[19] azt tartja, hogy az első év végén már eszközölhető a műtét, mert ekkor már elkülöníthető az ondózsinórtól a sérvtömlő.

Azokból, a miket elmondottunk látható, hogy véleményünk szerint gyermekek lágyéksérvénél első sorban a kötővel való kezelésnek van helye. A radicalis zárást csak akkor javaljuk:

1. ha az egy éven át folytatott sérvkötő kezelés eredménytelen marad;

2. olyan gyermekeknél, kiknek szülői nem elég értelmesek arra, hogy a sérvkötőt helyesen alkalmazzák vagy ezen drága és hosszadalmas gyógymóddal gyermekeiket nem kezeltethetik;

3. olyan sérvesetekben, *a*) melyeknél nem alkalmazható a kötő decubitusok és eczemák miatt, *b*) melyekre nem lehet alkalmas kötőt készíteni, mert a kapú nagy, a here ektopikus vagy mert a sérvbennéket nem lehet visszahelyezni;

4. kizárt sérveknél a sérvmetszés után.

Ezen négy ponthoz, tekintve, hogy eredményeink szerint az asepsist ép úgy meg lehet csinálni, mint felnőtteknél, hogy a műtétnél a vérveszteség jóformán semmi, hogy a narcosis veszélyei minimalisak, még egy 5-dik pontot kivánok csatolni, melynek alapján a Stefánia-kórházban szintén volt alkalmam műtehetni t. i.

5. Ha a gyermek szülői egyenesen kivánják a sérv radicalis zárását.

Minden betegség tiltja a műtételt; egészségeseknél ellenjavallat gyanánt csakis az egyén túlságos fiatal volta vagy gyengesége szerepel. A műtétet jól fejlett gyermekeknél az első életévtől felfelé tartanám indicáltnak, kivételt tehet a sérvkizáródás esete. Gyengébb és satnyábbaknál várni kell, a mig fejlettebbek lesznek és megerősödnek.

A műtét tartós eredményei kifogástalanok, recidiva csak igen kis százalékban mutatkozik. *Anderegg* elismeri, hogy: „bei Individuen, die noch im Wachsthum begriffen sind, ist cet. par. die bleibende Heilung wahrscheinlicher, als bei Erwachsenen", *Kocher* szerint kézenfekvő, miszerint a radicalis műtétnek gyermekeknél hasonlíthatatlanul jobb eredményűnek kell lenni, mint felnőtteknél vagy különösen öregeknél. Ez természetes, mert ha gyermekeknél nem is alkalmazunk valamely kapuzárást, akkor a tömlő magas lekötése egymagában is elégséges lehet arra, hogy radikális gyógyulást eredményezzen, mint azt *Karewski* esetei bizonyítják. A *Bassini*-féle zárás tehát még biztosabbá teszi a sikert.

Irodalom. [1] Ref. Cblt f. Chir. 1895, 17. sz. [2] Ref. Cblt für Chir. 1896, 3. sz. [3], [4] Richelot: Sur la cure des hernies inguinales congenitales. Discussion. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XIII. 641 oldal. Felizet: La cure radicale des hernies, particuliérment chez les enfants. Paris, G. Masson, 1891. [5] Arch. für klin. Chir. 56. k. 893. oldal. [6] Operationslehre, III. kiadás és Resultate der Hernien-Radicaloperation, Cblt f. Chir. 1897, 19. sz. [7] Arch. f. klin. Chir., XL. kötet. [8] Deutsche med. Wochenschrift 1897, 49. sz. [9] Stern: Beitrag zur Statistik und Prognose der Herniotomie bei incarcerirten Hernien im ersten Kindesalter, Cblt f. Chir. 1894, 19. sz. [10] Arch. f. klin. Chir. XL. k. [11] Leisrink: Die modernen Radikaloperationen der Unterleibsbrüche, 1883. [12] Deutsche Zeitschrift für Chir. XXIV. k. 207. lap. [13] Volksmann's Sammlung klin. Vorträge 360. sz. [14] Graser: Die Unterleibsbrüche, Wiesbaden 1891. [15] Deutsche med. Wochenschrift 1892, 95. oldal. [16] Prager med. Wochenschrift 1891. 35. sz. [17] Arch. f. klin. Chir. 49. k. 853. oldal. [18] Ref. Cblt. für Chir. 1896, 17. sz. [19] Ref. Cblt für Chir. 1893, 28. sz.

Kisebb közlések a budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból.

I.

Pénzdarab a bárzsingban.

Közli *Faludy Géza* dr. kórházi gyakornok.

Gyakori eset gyermekeknél, hogy idegen testeket (csontot, pénzdarabot stb.) nyelnek le, melyek a nyelőcsőben megakadva, komoly nyelési s így táplálkozási zavarokat idéznek elő.

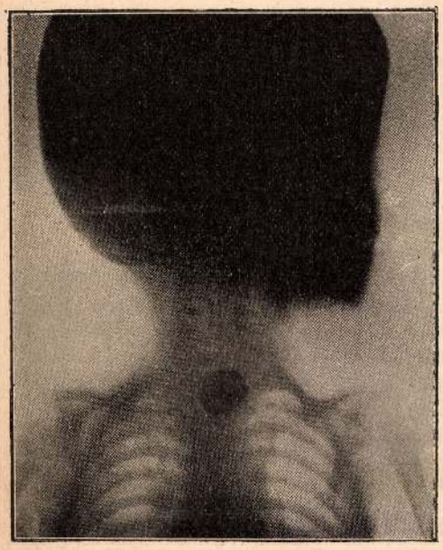
A közlendő két eset egyikében a *Röntgen*-fény, mint diagnostikai segédeszköz vétetett igénybe, sikerrel, — a másik eset érdekes diagnostikai tévedésre szolgáltatott alkalmat; tudniillik a kórelőzményre s a tünetekre támaszkodva lúgmérgezés által előidézett oesophagus stricturát vettünk fel s csupán később, a kezelés alatt tünt ki, hogy a táplálkozási

zavarokat egy lenyelt s a nyelőcsőben fennakadt pénzdarab idézte elő.

1. eset. *Sch. Gy.* két éves fiucska anyja állítása szerint öt nap előtt egy régi pénzt nyelt le s azóta csupán folyékony tápanyagokat képes megtartani, a szilárd és félszilárdakat kihányja. A jól fejlett fiúbeteg semmiféle szervi eltérést nem mutatott, száj- és garatüreg szabad. A bárzsingba bevezetett kutató a manubrium sterni magasságában egy beékelt, ki nem mozdítható, resistens képletben megakad. Ujjal, valamint terdalakúlag meghajlított fogókkal a pénzdarabot megmozdítani s fölszinre hozni nem sikerül.

A pénzdarab pontos helyzetének megállapítása czéljából *Kiss Károly* műegyetemi magántanár röntgenezte a fiucskát, s ekkor kiderült, hogy a pénzdarab a clavicula szegyi végének magasságában lapjával mell- s kissé jobbfelé fordulva foglal helyet a nyelőcsőben. (L. ábra.)

Ezen adatok alapján a Graefe-pénzfogót élével mellfelé állítva vezettük a bárzsingba (*Bókay* tanár) s csekély ellentállás legyőzése után sikerült végrészét á pénzdarabon túl vinni, mire 90°-al forgatva a pénzfogót, úgy hogy végrésze lapjával mellfelé álljon, óvatos húzással kihúztuk a pénzdarabot. A pénz egy 22 mm. átmérőjü 3 mm. széles 1763. évből való rézpénz.



Az extractio után a gyermek táplálkozási zavarai megszüntek, hányás többé nem lépett föl, nyelés zavartalan.

2. eset. *T. J.* 3 éves fiút anyja azon panasszal mutatja be, hogy a gyermek két hónappal azelőtt lúgkövet vett szájába, azóta csupán folyékony tápanyagokat képes lenyelni, a szilárdakat kihányja, soványodik. Sondavizsgálat az oesophagus alsó harmadának felső határán székelő mérsékelt fokú (10. angol bougie) szűkületet mutatott ki, miért is valószínűnek tartottuk, hogy a lúgkőből a gyermek valamit le is nyelt s igy fejlődött ki nála a stricture oesophagi, a mely a táplálkozási nehézségeket magyarázza. Ezen okból a gyermeket rendszeres tágitás czéljából a betenként kétszer történő sondázásra berendeltük. Következő alkalommal a bevezetett 10. sonda az oesophagus alsó harmadának felső határán mérsékelt ellenállásra talál, melyet azonban elég könnyen győz le. A sonda kihúzásakor úgy érezzük, hogy a szűkület a sondát erősen fogja s mily nagy volt meglepetésünk, midőn a sonda vége mögött egy kétfillérest láttunk megjelenni a garatüregben, mely annak bizonyságául, hogy hosszú ideig tartózkodott a bárzsingban, egészen megfeketedett.

A folytatólagosan megejtett rögtöni sondázás kideritette, hogy szűkület nincsen s a pénz eltávolitása után a nyelési zavarok is megszüntek. A fennállt táplálkozási zavarok oka ez esetben tehát a lenyelt megakadt pénzdarab volt, melyet a gyermek valószinűleg nem sokkal a lúgmérgezés után nyelt le.

II.

Écouvillonnage tanulságos esete.

Közli: *Loewy Leó* dr. segédorvos.

Két év előtt *Variot* és *Bayeux* az álhártyás gégelob súlyos eseteinek műtéti kezelésére a gége écouvillonnage[1]-ját hozták javaslatba. Ezen új módszer az intubatiónak azon neme, melynél a tubus bevezetése által a gége és légcső falán tapadó kiterjedt vaskos álhártyás izzadmány leválasztását veszik czélba, hogy a csakhamar eszközölt extubatio után a leválasztott s igy mozgékonynyá tett álhártya kiköhögése következzék be. Ha az écouvillonnage által a kitűzött czélt elérték, vagyis a beteg a légutaiban lazán tapadó s az intubatio közben teljesen leválasztott izzadmányt kiköhögte, a légvét rendszerint teljesen felszabadul s a légzési nehézség ismét csak azon esetben s akkor áll elő, ha az álhártyák újból kiképződtek, a mi rövidebb vagy hosszabb ideig tarthat; mindaddig a gyermek fuladás veszélye nélkül tubus nélkül maradhat. Ezen új módszer a tubus fekvési tartamát minimumára szállitja alá.

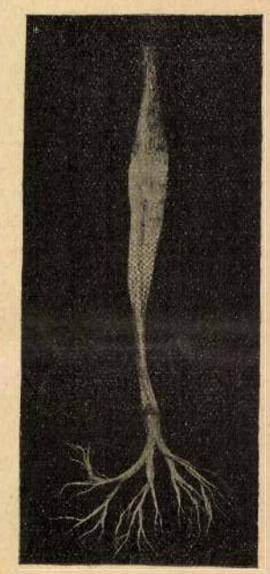
[1] *Variot* et *Bayeux*. Écouvillonnage du larynx dans le croup à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié. Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux. 3. juillet 1896.

Míg a légutakban székelő álhártyák czélzatos leválasztása a *módszeres écouvillonnage*, addig az écouvillonnage azon neme, melynél a tubus bevezetését véletlen folytán követi az álhártya letolása s mikor a tubus gyors eltávolítása szükségkép merül fel, nehogy a beálló asphyxia végzetessé váljék, az *écouvillonnage de nécessité*.[2] Utóbbi eshetőségnek igen tanulságos példáját szolgáltatja következő eset:

Sch. Magdolna 7½ éves leányka 1898. augusztus 11-én délután 7 órakor vétetett fel kórházunk diphtheria-osztályára. A gyermek szülei állitása szerint hat nap óta lázas s torokfájásban szenved, négy nap óta rekedt, köhögése száraz, ugató s az elmult éjjel óta nehezen légzik. A nehéz légzés mindinkább sűrűbben jelentkező rohamokban lép fel, miért is a gyermek esetleges műtéti beavatkozás czéljából hozatott be a kórházba.

Kórtörténete rövid kivonatban következő: Az elég jól táplált, kissé gracilis testalkatú leánygyermek nyákhártyái kissé halványak, vérszegények. Orr szabad, átjárható; az orrszárnyak légzésnél erősebben kitérnek. Ajkak halványak, nehéz légzési rohamoknál cyanotikusok. Nyelv erősen bevont. Torokképletek belöveltek; a mérsékelten duzzadt bal tonsilla belfelületén lencsényi tiszta fehér, kártyapapir vastagságú erősen tapadó álhártyás felrakódás. Jobb tonsilla, uvula, szájpad, garativek s garat szabadok. Állalatti mirigyek alig duzzadtak, nem fájdalmasak. Mellkas felett kopogtatási eltérés nincs, hallgatózásnál a bal tüdő felett a légzés kissé gyengült, s stenotikus zörejek hallhatók. Hang erősen rekedt, köhögés száraz, ugató, légvét hangos, izgatottságnál stridorosus s időnként rohamokban jelentkező dyspnoë által nehezített. Hőfoka felvételkor 38·8° C., közérzete befolyásolt.

Rendeltetett gőzsátorba való helyezés s egy üveg III. *Behring*-serum (1500 egység).



Augusztus 12. Az éjjelt nyugtalanul töltötte, időnként nehéz légzési rohamok léptek fel, ezek után a légzés újból tűrhetővé vált; reggel felé a suffocatiós rohamok gyakrabban ismétlődnek s intensivebbek. Délelőtt 8 órakor súlyos fuladási roham, közben erősebb cyanosis lép fel, miért is a korának megfelelő *O'Dwyer*-tubus bevezetése sürgősen vált szükségessé. Az intubatióra a légzés nem szabadult fel, ezért nehány másodpercz mulva fonalas extubatiót végeztünk, a melyet közvetlenül egy 11 cm. hosszú fehér vaskos csőalakú űrteres álhártya expectoratiója követett. Az álhártya a gége s légcsőnek s a bifurcatiótól lefelé az egyik nagy hörgnek és hörgőcs ágainak hű lenyomatát tünteti fel s faszerű elágazódást mutat egészen a legkisebb hörgőcsökig. (Lásd ábra).

Az álhártya expectoratiója után az ajkak kipirosodtak, a scrobicularis és jugularis behúzódás megszünt s a légzés csakhamar annyira felszabadult, hogy tubusnak újbóli behelyezése felesleges lett volna. Újból III. *Behring*-seruminjectiót kap (3000 egység). Hőfok délután 39° C.; délután 5 órakor erős köhögési roham közben két darab vaskosabb csőalakú, a trachea átmérőjének megfelelő szélességű 3, illetve 4 cm. hosszú álhártyarészletet üritett ki. A légvét elég nyugodt, hang s köhögés erősen rekedt, torok tisztul.

Augusztus 13. Beteg délelőtt újból két darabka 1—1 cm. hosszú, a tracheából származó, de nem hengeres álhártyát köhög fel.

Augusztus 14. Láztalan. Torok tiszta.

Ezen időtől kezdve a légzés nyugodt s szabad marad, a hang még egy héten át rekedt, majd lassanként tisztul, légzési nehézség többé nem lép fel. Vizelet állandóan fehérnyementes. Küteg vagy hűdés nem fejlődött. Augusztus 23-án gyógyultan bocsáttatik haza.

A tubus összefekvési tartama a légcsőben *csak néhány másodperczet* tett ki.

A közölt esetben feltünő, hogy oly kiterjedt, a gége s légcső lenyomatát mutató, a harmadrendű hörgágakig leterjedő fibrinosus izzadmány mellett, a légszomj nem volt állandóan nagyobb fokban nehezítve, úgy hogy a műtéti beavatkozással, a gyermek fuladás általi veszélyeztetése nélkül, oly soká várhattunk, a mit folytonos szorgos kórházi felügyelet mellett keresztül vihettünk. Előbbi körülmény magyarázatát abban találjuk, hogy az álhártyák kifejlődése kétségtelenül lassan történt, úgy hogy a leányka a légcsere akadályozott voltának lassú fokozódásához hozzászokhatott, különösen pedig abban, hogy izzadmány a bifurcatiótól kezdve az egyik nagy hörgben (valószinűleg a jobb-ban) nem képződött, miáltal az egyik tüdő ventilatiója az álhártya lumenén át, a már idősebb

[2] Lásd: *Loewy* dr.. Újabb mozzanatok az intubatio terén. Orvosi Hetilap. Gyermekgyógyászat. 1898. 2.

gyermeknél, a légcsőnek aránylag tágabb volta mellett, csak mérsékelt fokban volt akadályozva. Műtéti beavatkozásunk *szükségszerűleg* csak écouvillonnage lehetett, bár nem ezt, hanem rendes intubatiót vettünk tervbe, mert midőn a légzés a tubus bevezetése után nem szabadult fel, a tubust okvetlenül el kellett távolítanunk, erre pedig a már lazán tapadt álhártya teljes leválasztása és expectoratiója állott be. Miután a légzés ekkor szabaddá vált s nyugodt maradt, teljesen felesleges lett volna a légutakba tubust behelyezni. A légutakban még két izben reprodukált kisebb terjedelmű álhártyák a légcserét már alig akadályozhatták s 9, illetve 24 óra mulva spontán lettek expectorálva. Esetünk nemcsak az écouvillonnage de nécessité eredményes voltának, de egyszersmind a serumgyógymód hatásának is *fényes* bizonyítékát szolgáltatja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Dr. A. Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Vorträge, gehalten an der allg. Poliklinik. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. 1898. 1—5. füzet.

A gyermekgyógyászati irodalom nem szűkölködik kitünő tankönyvekben. Eltekintve a Gerhardt-féle és a most megjelenő Comby, Grancher és Marfan-féle nagy gyüjtőmunkáktól, a gyermekgyógyászat számos kitünő művelőjétől birunk tankönyveket, a melyek némelyike, mint pl. a klasszikus Henoch-féle egy egész élet bő tapasztalatai alapján irva, minden lapján a szerző individualitásának viseli bélyegét, mi által a szakférfiak előtt különösen becsessé vált.

Monti tanár most meginduló gyermekgyógyászati tankönyvének első öt füzete fekszik előttünk. Előadások alakjában a gyermekkori hasbántalmak kór- és gyógytanát tárgyalják az anatomiai, élettani és vegyi viszonyok különös tekintetbevételével. A munkában lépten-nyomon a nagy praxisú gyermekorvos saját önálló nézeteit és tapasztalatait emeli ki, gyakran elismert szaktekintélyek ellen irányult polémikus hangon.

Az első két füzet tüzetesen foglalkozik a csecsemőkori táplálkozás élettanával, a természetes és mesterséges táplálás, valamint az elválasztás diaetetikájával. Az anatomiai és élettani viszonyok ismertetése után áttér szerző a természetes táplálás tárgyalására s a női tej vegyi vizsgálatának, mely úgy látszik kedvelt themája, egész fejezetet szentel. *Heubner* állítását, miszerint a női tej összetétele a szülés utáni 14 naptól kezdve egyenletes (Dauermilch), szerző vizsgálatai alapján megtámadja és ebből kifolyólag nem ért egyet a gyermekorvosok nagy számával, kik a dajkaválasztásnál ellenzik ugyan a *lényegesebb* különbséget a dajka gyermekének kora és a táplálandó csecsemő kora között, kisebb korkülönbségeket azonban lényegesnek nem tartanak.

A dentitióról szólva, szerző is, mint a legtöbb gyermekorvos, tagadja a dentitio difficilisnek tulajdonitott zavarokat. A csecsemő elválasztása külön fejezetben tárgyaltatik. Szerző diaetetikai szabályai sok tekintetben eltérők más gyermekorvosokéitól. Igy pl. főzelék a harmadik életév előtt egyáltalán nem adandó; tojást az elválasztás előtt egyáltalán nem engedélyez a szerző, sőt később sem barátja a tojás nyujtásának, mert szerinte gyakran emésztési zavarokat idéz elő. Érdekes és meglehetős egyedül álló szerző álláspontja az alkohol nyujtásának kérdésében. Míg különösen *Demme* óta a gyermekorvosok csaknem kivétel nélkül az alkohol nyujtását csakis gyógyászati czélokból engedélyezik, addig szerző az alkohol mérsékelt adagolásában, ha az mint élvezeti szer nyujtatik, veszélyt nem lát, sőt azt gyakran előnyösnek találja. A mesterséges táplálásról szóló fejezetben rátér a Gaertner-féle „kövér tej"-re, mely szerző várakozásának nem felelt meg. A Loeflund-féle peptonizált tejet, valamint a Rieth-féle „Albumose tejet" a csecsemők állandó táplálására alkalmatlanoknak tartja. A Soxhlet-féle eljárásról szólva, szerző kiemeli, hogy a tej minősége a sterilisatio által lényegesen szenved, és hogy a csecsemő szervezete rosszabbul használja azt ki, mint az egyszerű forralt tejet. Szerző szerint a tej minősége különösen a háromnegyedórai 100°-ra való forralás által szenved, s ezért 10 percznyi 80°-ra való melegitést ajánl.

A harmadik és negyedik füzet az emésztési szervek bántalmaival foglalkozik. A *Soor* kezelésénél 5—10%-os natr. borac. oldattal szerző kielégitő eredményeket ért el, míg a kalium chloricum itt szerinte teljesen hatástalan. *Stomatitis gonorrhoica* név alatt szájbetegséget ir le, mely 3—4 nappal a születés után lép fel, és szülés alatti gonococcus-infectio következménye. A *stomatitis aphthosánál* szemben Baginskyval kiemeli a betegség contagiositását. A betegséget, mint újabban *Fraenkel* és Monti tanitványa *Levi* kimutatták, különböző staphylococcus fajták idézik elő. Az „*Angina follicularis*" elnevezést elejti a szerző, s helyette „Angina tonsillaris streptococcica"-t használ, mert az exsudatio itt nem csak a tüszőkre, de az egész nyálkahártyára vonatkozik. Ezen baj kezelésénél 2%-os bórsav-oldattal való fecskendezést és utána tannin-befúvást ajánl, az ecsetelést helyteleniti s a toroköblitést sem tartja kielégitőnek. A *retropharyngealis tályog* tárgyalásánál kiemeli idősb *Bókai* elévülhetlen érdemeit eme fontos bántalom felismerése körül. A többi szerzőtől eltérőleg Monti az abscessus megnyitásánál a Leiter-féle „tűtartó"-t ajánlja.

A gyermekkori gyomor-bélbántalmakat szerző igen részletesen tárgyalja. Ki akarjuk itt emelni, hogy Monti, a Heubner által dyspepsiánál ajánlott tejleves-diaetát (Milchsuppendiät) teljesen perhorreskálja. A gyógyszeres kezelésnél elitéli a calomel használatát, mely szerző szerint a bél nyálkahártyáját izgatja s helyébe mint desinficiensst a natr. benzoicumot ajánlja. Ezek után a gyermekkorban leggyakrabban előforduló mérgezések tárgyalása következik.

A negyedik füzetben szerző a bélhurutokról értekezik behatóan. Érdekes, hogy szerző óva int a „fehérjés viz" használatától, s helyébe lehűtött orosz theát ajánl. A gyógyszeres kezelésnél felemliti a tannigen és tannalbinnal elért kielégitő eredményeket. E füzetben még az obstipatio, invaginatio és a bélélősdiekről találunk külön fejezeteket.

Az ötödik füzetet a hashártya, lép és pancreas bántalmainak részletes leirása tölti be.

Fájdalom, a nagy anyag kezelése nem mindenütt egyenletes, gyakran rovására a munka áttekinthetőségének. Szakférfiak e füzeteket mindamellett érdekkel fogják olvasni, melyek némely része szerző ellentétes álláspontja miatt bizonyára még irodalmi controversiákra fog alkalmat szolgáltatni.

A kiállitás az ismert kiadóczéghez méltó. *Politzer Alfréd.*

II. Lapszemle.

Fertőző kórban megbetegedett gyermekek elkülönítési ideje Oroszországban.

Az orosz császári orvosi tanács fertőző kórok eseteiben az iskolás gyermekek elkülönitését következőképen rendelte el:

Az elkülönítés tartama fertőző kórban megbetegedettel érintkezésbe jött vagy együtt lakott iskolás gyermeknél:		Az iskola látogatása megengedett:
Vörheny	12—14 nap.	A küteg fellépte után 6 héttel, ha a hámlásnak nyoma nincs.
Kanyaró	15 nap.	A küteg jelentkezését 4 héttel követőleg, ha a hámlás teljesen megszünt.
Rubeola	16 nap.	2 héttel a küteg fejlődésének megindulta után.
Bárányhimlő	17 nap.	A pörkök leszáradtával.
Hökhurut	15—20 nap.	6 héttel a köhögés kezdete után, ha az már nem izgatott s ha már nincs expectoratio.
Járványos fültömirigy lob	22 nap.	A mirigyek megduzzadását követő 3 hét elteltével.
Diphtheria	17 nap.	A gyógyulás után 3 héttel, ha a torok-, gége- és orrnyákhártyájának belöveltsége visszafejlődött; ott hol bacteriologikus vizsgálat eszközölhető a Löffler-bacillus eltüntével.
Himlő	14 nap.	A varak leestével.

A tanács megkivánja, hogy a lábadozó gyermekek az iskolalátogatást megelőzőleg 2—3 izben 35° C. vizben megfürödjenek. (Gazette hebdomaire 1898.) *Torday.*

Escherich: A Röntgen-eljárás kórismészeti alkalmazása a gyermekek megvizsgálásánál. (Különlenyomat a „Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark" 1898. év 2. számából.)

Escherich gyermekkórházában, Gráczban, már egy év óta alkalmazzák a Röntgen-eljárást a legszebb sikerrel, főleg sebészi bántalmak, törések és ficzamok diagnosisánál, valamint idegen testek felkeresésénél stb.

Tudományos érdeklődésük azonban főleg oda irányult, vajjon lehetséges-e átvilágitás által belső betegségeket kórismézni? Azt hitték, hogy gyermekeknél a rétegek csekélyebb vastagsága miatt ez igen könnyen fog menni, de csalódtak, mert csecsemők átvilágitásánál a kép egészen elmosódott volt, míg idősebb 8—12 éves gyermekek átvilágitása igen tiszta képet adott.

Az ok, hogy a csecsemő csontváza elmosódott képet ad az, hogy a csontok még nem meszesedtek el, és igy a contrast a csontok és lágyrészek közt még nincs meg, ellenben 8—12 éves gyermekeknél, kiknél a csontosodás már befejeződött, a képek igen világosak lesznek.

Első sorban a rachitikus csontelváltozásokat vizsgálták, főleg azon czélból, hogy a Kassovitz által ajánlott phosphortherapia értékéről meggyőződjenek. Egy angolkóros gyermek 1897. márczius 1-jétől junius 7-dikéig kapott phosphort a Kassovitz által ajánlott adagban, de a kezelés megkezdése előtt és befejezése után, a beteg bal kezéről felvett Röntgenkép, alig különbözött egymástól. Az egyedüli elváltozás a junius 10-dikén felvett photogrammon abból áll, hogy az alkarcsontok csontosodási hatása nem oly rendetlen, hanem éles, különben sem újabb csontosodási magvak, nem léptek fel, sem a csontok nem nagyobbodtak. Ezen leletből Escherich azt a következtetést vonja, hogy 2—3 hónap alatt, mely időt Kassowitz elegendőnek tartott a rachitis gyógyitására phosphor által, nem várhatunk nagyobb, a Röntgen-kép által is felismerhető elváltozásokat! Az igaz, hogy a gyermek a kezelési idő alatt megtanult egyedül járni, ez a rachitis tüneteinek javulására mutat, de ép úgy oka lehet ennek a phosphortherapia, mint a folyamatnak természetes lefolyása.

A tüdők átvilágitásánál a pleuritikus izzadmányokat, empyemát infiltratumokat igen jól lehetett megismerni, mert míg az egészséges tüdő egészen világos képet ad, addig ezek mint jól megismerhető árnyékok jelentkeznek a képen; ezen elváltozások különben a rendes

physicalis vizsgálati módszerekkel is ki voltak mutathatók. A diaphragma boltozata a Röntgen-képen igen szépen látható, valamint mozgása is a légzésnél; egy esetben a diaphragma hűdését, mely diphtheria után lépett volt fel, igen szépen lehetett látni.

Legérdekesebb a szív vizsgálata, melynek sötét árnyéka igen éles contrastot képez a világos tüdőkhöz. A szív határait a physicalis vizsgálati módszerekkel nem lehet pontosan meghatározni, kitünt, hogy a Röntgen-képen a szivárnyék contourjai sokkal nagyobbak, mint a relativ szívtompulat. Kutatták, hogy mi az oka annak, hogy a szív oly sötét árnyékot ad a képen, sötetebbet, mint a lágyrészek, izmok vagy csontok. És rájöttek arra, hogy ennek oka nem az izomzat, sem a vér sötét színe, hanem a vér viztartalma, ez képes az X-sugarakat visszatartani. A szövetek és szervek viztartalma oka annak, hogy pl. szív- és vesebetegek, kiknek bőre erősen oedematosus, igen homályos képet adnak, míg sovány kiszáradt egyének, pl. tüdővészesek a legjobb vizsgálati objectumok. Chronikus tüdőoedemás embertől nyert Röntgen-képen a tüdő nem volt oly világos mint rendesen. Igy lehetne Röntgen-eljárással a szervezet viztartalmának csökkenését meghatározni, de ehhez oly photometrikus eljárás kellene, melylyel e finom elváltozásokat mérni lehetne. *Szelényi.*

Löwenstein: A körülmetélés a mai orvosi tudomány megvilágításában. (Archiv für klinische Chirurgie 1897.)

Tárgyalásában, történelmi források alapján igyekszik kimutatni, hogy e műtét már jóval Ábrahám előtt az egyptomiaknál is szokásban volt, s hogy a zsidók épúgy tőlük vették át ezt, mint a mohamedánok. Nem tartja tehát a körülmetélést a zsidók kizárólagos szokásának. Élesen kikel ellene, s hivatkozik Maimonidesre, ki a műtétnek számos contraindicatióját felállította, majd Bar Arnithai 1843-ban megjelent munkájára, ki eme ősöktől átvett szokást megszüntetni s egy modern műtéttel helyettesíteni akarja. Nem tartja egyenértékűnek a circumcisio által elérendő hasznot, az eme korban végzett műtétnek veszélyeivel. Finom, de élesen beható bírálat tárgyává teszi a körülmetélés mai methodusát; s hogy ez a különben egyszerű műtét, oly sokszor balul üt ki, annak magyarázatát ő az úgynevezett ritualis metszők úgy praktikus, mint theoretikus kiképeztetésének hiányában leli. Ajánlja ezért, hogy e műtét végzésére csupán oly becsületes, erkölcsös életű emberek alkalmaztassanak, kik orvosi bizonyitványnyal igazolják, hogy semmiféle oly betegségben, mely őket a körülmetélés jól végzésében gátolná, nem szenvednek. Kivánja, hogy minden metsző, egy orvosokból vagy orvosok és rabbinusokból álló bizottság előtt, egy theoretikus és praktikus vizsgát tegyen. Ezen vizsgálatra, orvosi személyzet készitse elő a jelölteket. A tanitás anyaga pedig, a férfi-ivarszervek fejlődését, anatomiáját, physiologiáját és pathologiáját foglalja magában. A már gyakorlataikat végző metszők, időnkint utóvizsgálatnak vetessenek alá, a mikor is a vizsgálónak kötelessége legyen meggyőződést szerezni, vajjon a műszerek és kötözőanyagok kifogástalan állapotban vannak-e? A metszők, jegyzéket vezessenek műtéteikről, s eseteik pontos eredményéről be kell számolniok. A műtét maga, valamint az utókezelés is, az asepsis, illetőleg az antisepsis szigorú elvei szerint történjék. Ha pedig ezen elővigyázati rendszabályok daczára is, műtétközben bármely rendellenesség fordulna is elő, a metsző azonnal orvosi segélyt vegyen igénybe.

Reméli, hogy fent elsorolt követelményeinek életbe lépése után meg fognak szünni ama szomorú eredmények, a melyeket a körülmetélések alkalmával oly sokszor tapasztalt. *Egressi.*

O. Heubner. Az idült veselob s fehérjevizelés a gyermekkorban. (Berlin, 1897.) A vesék idült megbetegedése a gyermekkorban sokkal gyakrabban található, mint azt eddig gondolták. Szerzőnek, mint általános gyakorlatot folytató orvosnak 251 ilynemü betege közül 37 tartozott a gyermekkorban lévőkhöz, tisztán gyermekgyógyászi gyakorlatában 28 esete volt. Megfigyelt eseteit következőképen osztályozza: 3 a morbus Brightii második stadiumában, 4 zsugorvese, 5 chronikus haemorrhagikus nephritis, 2 tiszta amyloid-vese, 5 pyelonephritis, 35 kétes, 11 cyklikus albuminuria. (*Pavy*-féle megbetegedés.)

A morbus Brightii második stadiumában lévő három esete közül csak egy került sectióra s ennél nagy fehér vesét találtak. Az irodalomban alig néhány ilynemü eset van felemlitve. Sokkal gyakoribb a gyermekkorban a zsugorvese. Ezen esetekben a jellegző tünetek alapján — vizelet nagy napi mennyisége, világos szine, alacsony fajsúlya, fehérje kis mennyisége, gyér alakelemek — állapittatott meg a kórisme. Még csak igen rövid ideje annak, hogy a zsugorvese lehetőségét a gyermekkorban felvették s máris 30 esetet közöltek, melyekben a bonczjegyzőkönyv zsugorvese jelenlétéről tanuskodik. A betegség rendszerint éveken át tart. A chronikus haemorrhagikus nephritis (*Wagner*) rendszerint oedemák nélkül folyik le. A vizelet vért, fehérjét s alakelemeket változó mennyiségben mindig tartalmaz. A vérmennyiség azonban időközönként erősen fokozódik, ugyanezen időben viszont a vizelet napimennyisége erősen megfogy. *Wagner* 6 ilynemü esete közül 4 gyógyult. Ezen jóindulatúsága képezi a válaszfalat a zsugorvesétől. A rendes therapeutikus eljárással ezen esetekben igen jó eredményt érhetünk el. Amyloid vesét *Wagner* 265 sectio által megállapitott esetben 136-szor tüdő- s béltuberculosissal kapcsolatban talált. A chronikus nephritisnek a gyermekkorban legtöbbször oly alakjaival találkozunk, melyek a nephritisnek egy bizonyos meghatározott időszakába sem sorolhatók be. Ezen megbetegedés éveken át tart s a beteg gyermekkorát jóval túlhaladja. Legnagyobb része ezen hosszú tartamú, kétes alakoknak scarlatinából indul ki s ez fontos, a mennyiben azt állitották eddig a vörhenynephritisről, hogy csak legritkább esetben válik chronikussá. Ilyenkor minden therapeutikus beavatkozásunk hiábavaló. Gyakran és pedig sokkal gyakrabban, semmint azt eddig vélték, már a csecsemőkor képezi ily chronikus nephritisek kiinduló pontját. Természetesen nem a súlyos bélbántalmakkal, hanem inkább a tüdőgyuladásokkal, genyedési folyamatokkal kapcsolatban fellépő acut veselobokra kell első sorban gondolnunk. Legritkábban tereli valamely functionalis zavar figyelmünket eme bántalomra, hanem rendszerint időnként fellépő általános tünetek, melyeket egyideig magyarázni nem tudunk, mig a vizeletvizsgálat mindent fel nem derit. A prognosisa ily a gyermekkorból a férfikorra átterjedő idült veseloboknak minden esetben aggasztó. Therapeutice ily esetekkel szemben teljesen tehetetlenek vagyunk. Szerző a hosszú időn át való ágyban fekvést ellenzi, mert a haszna kétes, mert ha el is tünik rövid időre a fehérje a vizeletből, felkeléskor újból megjelenik, mig a hosszú fekvés gyakran okozója az onaniának, masturbatiónak. A szigorú tejdiaetának, gyógyszereknek, izzasztásnak sem látjuk hasznát. Az ily esetekben az általános diaetetikus szabályoknak szigorú alkalmazása mellett várhatunk csak javulást. A gyermeket óvjuk a meghüléstől meleg alsóruhákkal, de egyszersmind sokat mozogjon a tiszta szabad levegőben. Vegyes táplálékot adjunk, természetesen izgató anyagokat (kávé, alkohol, fűszer) feltétlen mellőznünk kell.

Figyelemmel kell lennünk különösen arra, hogy a fehérje a vizeletben némely esetben intermittálva, gyakrabban cyklikusan jelenik meg. Ugyanis néha azt tapasztaljuk, hogy ágyban fekvés, tejdiaeta, néha pedig minden külső ok nélkül is a vizelet rövid időn át fehérjementes marad, azután ismét visszatér a fehérjevizelés. Még sajátosabb alak a cyklikus vagy orthotikus albuminuria (*Pavy* f. betegség), mikor az éjjeli vizelet fehérjementes, mig felkelve a nappali vizelet fehérjetartalmu, a fehérjemennyiség a nap bizonyos szakáig növekedőben van, majd ismét csökken, úgy hogy éjjelre újból eltünik. 11 ily pontosan vizsgált esete volt. Feltehető-e, hogy ily esetben functionalis albuminuria van jelen veselob nélkül? Szerző igennel válaszol annál is inkább, mert ily cyklikus albuminuriáknál alakelemeket a vizeletben nem talált, bár némely esetben éveken át végzett beható vizsgálatokat. Ma már különben legtöbben ama álláspontra helyezkednek, hogy fehérjevizelés s cylinderképződés két egymástól teljesen független folyamat s csak az utóbbi képezi a veseállomány kóros elváltozásának bizonyos jelét. A mi a megbetegedés lefolyását illeti, az is a szerző nézete mellett szól, a mennyiben ismertetett esetei mind gyógyultak. A kezelésre nézve ugyanaz áll, a mit a chronikus nephritisnél elmondott. *Klein.*

Vegyesek.

Steffen A. dr., a „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ érdemdús elnöke s a német gyermekorvosok seniora augusztus hó 7-dikén ülte meg ötven éves doctorjubileumát, mely alkalommal a budapesti „Stefánia“-gyermekkórház táviratilag fejezte ki szerencsekivánatait.

Svehla dr., a prágai cseh egyetemen e szakmából docenssé neveztetett ki.

Az 1900-ban Párisban tartandó nemzetközi orvosi congressus gyermekgyógyászati szakosztálya a következőkép alakult meg: Tiszteletbeli elnök: Bergeron, elnök: Grancher, alelnökök: Cadet de Gassicourt és J. Simon, titkár: Marfan. A szakosztály végrehajtó bizottságának tagjai: Comby, Haushalter, Hutinel, Moizard, Moussous, Sevestre, Variot.

A gyermeksebészi szakosztály elnöke: Lannelongue, alelnökei Kirmisson és Piéchaud. A végrehajtó bizottság tagjai: Brown, Félizet, Jalaguier és Phocas.

Az angol orvosi társulat 66-dik nagygyülése Edinburghban 1898. julius 26—29-dikéig tartatott meg. A gyermekgyógyászati szakosztályban következő kérdések kerültek napirendre: 1. *Lues congenita* (Baginsky, Berlin; Comby, Paris; Telford Smith, Lancaster). 2. *Pott-kór kezelése* (Jones-Liverpool; Kirk, Belfast; Murray, Liverpool; Noble Smith, London; Tubby, London). 3. *Gyermekkori szivbántalmak* (Ashby, Manchester; Baginsky, Berlin; Finlayson, Glasgow). 4. *Diphtheriás hűdések* (Batten, London). 5. *A gyermekkori pneumonia alakjai* (Carmichael, Edinburgh). 6. *A veleszületett csipőizületi ficzam* (Clarke J. Jackson, London; Collier H. Standsford, London). 7. *A vándorvese gyermekeknél* (Comby). 8. *A rövidülés coxitisnél és kezelése* (Jones Robert-Liverpool). 9. *A nyúlajk és farkastorokról; a dongaláb kezeléséről* (Murray, Liverpool). 10. *A spina bifida radicalis kezelése, felnyitás* (Nicoll, Glasgow). 11. *A gyermekek meningitis basilaris posterior simplexének microbája* (Still, London). 12. *A hydrocephalus kezelése intracranialis drainage*-val (Sutherland, London). 13. *Lábháti duzzanat fejlődése rhachitikusoknál* (Tubby, London).

Az amerikai orvosi társulat 51-dik évi nagygyülését juniusban tartotta Denverben. A gyermekgyógyászati szakosztály elnöke Crozer Griffith volt. A tárgysorozat számos pontjából a következőket emlitjük fel: *A tej mérges anyagai* (Vaughan). *A tuberculotikus arthritisek* (Ridlon). *A lues congenitával összetévesztett eruptiók* (Allen). *A tuberculosis prophylaxisa gyermekeknél* (Robinson). *A hypothermia fertőző kóroknál* (Freund). *A gyermekkori tetania* (Lovett Morse). *A tuberculin diagnostikus értéke* (Dillon Brown). *A fogzásról* (Clements). *A lumbalpunctio értékéről* (Taylor). *A typhoid-láz gyermekeknél* (Wilson).

Az *olasz* gyermekorvosok congressusa idén Turinban tartatik.

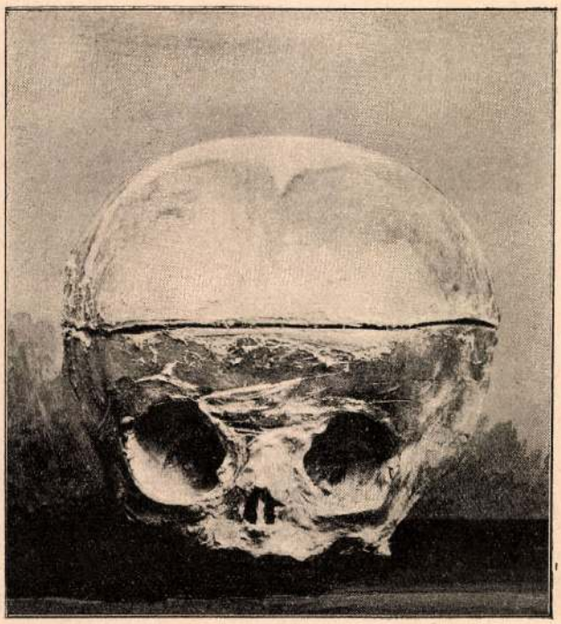
*

Uj könyvek a gyermekgyógyászati irodalomban: 1. *A. Jacobi*: Therapie des Säuglings und Kindesalters. (Az angol kiadás fordítása.) Berlin. 2. *E. Ausset:* Leçons cliniques sur les maladies des enfants. (Deuxiéme série.) Paris. 3. *J. Thompson:* Guide to the clinical examination and treatment of sick children. Edinbourgh.

Uj „*Thése*“-k. *E. Audat:* De la rhino-pharyngite chez les enfants. *H. Dezirot:* Etude sur la maladie d'Addison chez l'enfant. *A. Marquez:* Contribution à l'étude du sarcome du rein chez l'enfant. *J. Martirené:* Reflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës des enfants. *Ch. Guyotte:* Des hemorrhagies dans la diphthérie.

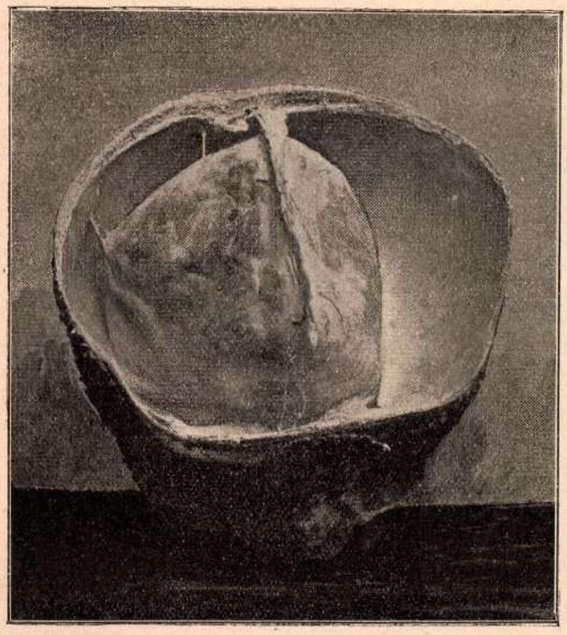
Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA Bp. VIII., Baross-u. 23-25

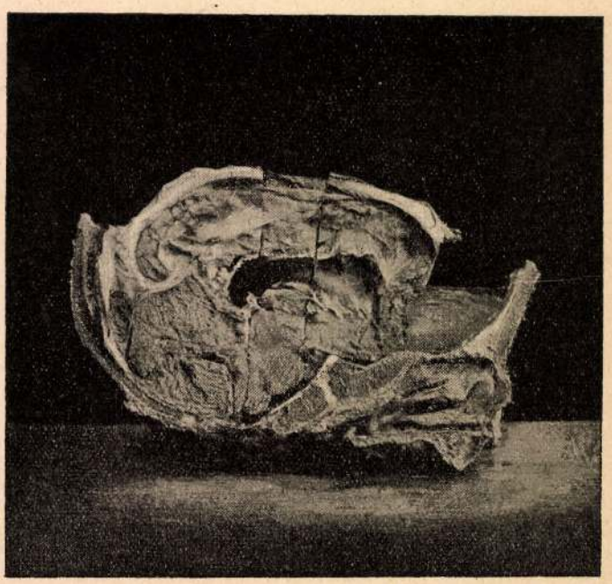


1.

2.



3.



4.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-600.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25