Negyvenharmadik évfolyam. 45. szám. *Budapest, 1899. november 5.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Konrád Jenő: A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis“. 548. l.

Abonyi József: A kaucsuk alkalmazása az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a fogászatra. 550. l.

Jutassy József: Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal. 551. l.

Déri J. Henrik: Szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzésről. 553. l.

Böke Gyula: Észrevétel Gedeon János dr. „Közlemények az orvosi gyakorlatból“ czimű czikkére. 555. l

Tárcza. *Váli Dezső*: Előítéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Szabadkán. 555. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Hajós Lajos:* Az idegesség férfiaknál és nőknél. 556. l. — *Összefoglaló szemle. Aujeszky Aladár*: A moszkito-malaria-kérdés jelen állásáról. 556. l. — *Lapszemle. tz.* Egger: A fájdalomnak a szívre való befolyása. — *Horváth Jenő:* Herzfeld: A gümös hashártyagyuladás sebészi kezelése. — *—r.* Gagliardi: Lycetol csúz ellen. — *Manninger Vilmos*: A. Tietze: A heveny peritonitis sebészi kezelése. 557. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Esztergom szab. kir. város közkórházának 1888. évi betegforgalma. — Az orvostanhallgatók successiv fogyása. — Civil orvosok a transvaali háborúban. — Megjelent. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Kuthy Dezső dr. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 558. l.

Tudományos tarsulatok és egyesületek.

Mellékletek: *Herczel Manó:* A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebészi kezelése. — *Bókay János*: Emlékbeszéd O'Dwyer József dr. felett.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis“.[1]

Konrád Jenő dr., a nagyszebeni állami elmegyógyintézet igazgató főorvosától.

A rendellenes koponyaalkatnak régóta fontosságot tulajdonitottak az elmeorvosok, s vezettetve a physiognomikus benyomás és azon tapasztalat által, hogy elmebetegeknél gyakran találkozunk abnormis fejformákkal, ezek a kórrajzokban feljegyeztettek, sőt fejmérések is történtek, meglehetősen rendszertelenül és homályos czélzattal. Mintegy megszokottá és természetessé vált a felvétel, hogy a koponyarendellenességnek az elmebetegségek oktanában causalis szerepe van.

Ezen oktani viszony megállapítására azonban vajmi kevés történt. Az ez irányban folyt munkásságot befolyásolták a divatos theoriák, az atavismus, a phrenologia, újabb időben a Lombroso-féle iskola. *Damerow* a cretineket a pápuákkal és majmokkal helyezi egy sorba, szerinte az elmebetegségek főformái is hasonló viszonyba hozhatók más embertypusokkal. A phrenologia által befolyásolva voltak *Spurzheim, Broussais, Georget. Carus* szerint a kis occiput erélytelenséget és hüdésekre való hajlamot jelent, minélfogva a paralytikusok fejének hátsó része kicsiny, ellenben az önfejü vesanusok nagy occiputtal birnak.

Griesinger már kifejezi a gondolatot, hogy: „a koponyarendellenességek disponáló momentumai az elmezavarban nyilvánuló agybántalmaknak és a *difformitások kiválóan az öröklékenység közvetitői lehetnének*“. *Dagonet* a koponyaformatio jelentőségét csak az idiotismusra nézve ismeri el. *Stahl* azt tartja, hogy a deformatiok, a mennyiben a koponyacapacitas fogyatkozását jelentik, elmekóros dispositiora engednek következtetni. *Meynert* tanulmányai folytán azon következtetésre jut, hogy a kóros formatiok az emberi organisationak rendellenes chemismusával függnek össze, itt tehát a psychopathikus dispositio szempontjából széles klinikai studiumra való exact tanulmányi anyag fekszik előttünk. *Rieger* az agynövekvés okozta asymmetriákkal nem tud mit kezdeni és a scoliosisokra fektet súlyt, megjegyezvén, hogy nem tagadható meg tőlük a semiotikus jelentőség; egyébként összehasonlító statistikai tanulmányokat tart szükségesnek különösen azon hydrocephal alakulásokra nézve, melyek kifejezett defectussal nem járnak.[1] *Krause* (anatomus) is a deformatiokat a praedispositio jeleinek tekinti, de a fejméréseket értékteleneknek nyilvánítja, mi ellen *L. Meyer* szólal fel, a ki különben behatóan foglalkozik a scoliotikus koponyával és egy elmebetegeknél gyakori difformitást „crania progenaea“ czimen ír le. Határozott jelentőséget tulajdonít a deformatioknak és bizonyos atypikus méreteknek *Benedikt*, mivel ilyenekkel elmebetegeknél, epilepsiásoknál és gonosztevőknél gyakran találkozik. Azon tétele, hogy az elmebetegek, epilepsiások és degenerált gonosztevők stb. *egyelőre* még egyetlen kraniometrikus családot képeznek, jellemzi azt a chaotikus anyagot, melyből a született gonosztevő kikelt.

A visszahatás, melyet *Lombroso* és követőinek iskolája különösen Németországban előidézett, a dispositio kérdésére azon haszonnal járt, hogy az ú. n. degeneratios jelek — melyek között a rendellenes koponyaalkat első helyen áll — az elmeorvosok részéről behatóbb vizsgálódás tárgyaivá váltak és azokról statistikák készültek. Igy mindjárt *Koch*[2] szemére veti Lombrosonak, hogy gonosztevő koponyáinak atavistikus és primatoid anatomiai characterein statistikát készített, a nélkül, hogy előbb tudomást szerzett volna arról, hogy ezen characterek a rendes lakosságnál mily arányokban fordulnak elő. Saját statistikája alapján kijelenti, hogy az, a mit Lombroso a gonosztevők koponyáira jellegzőnek állit, nem jellegző. Különben azon nézetben van, hogy a degeneratios jelek (prognathia, eurygnathia, dült homlok, fülformák, polydactylia stb.) ott, a hol egyénenkint több ily jel fordul elő, az idegrendszer habitualis bántalmát jelentik. Együttes előfordulásuk *mindig* kifejezi a pathologikust, de ép egyéneken is lehetnek dispositionak a jelei.

Näcke[3] legfontosabb stigmának a koponyát tartja; ezen végzett méréseket 43 elmebetegnél, 60 (elmebeteggé lett) criminalis és 100 ép egyénnél. Leletei a következők:

A legnagyobb *fejkerület* leggyakrabban fordul elő épeknél, de a *harántív* átlag legkisebb az épeknél. Ez utóbbiaknál átlag legnagyobb a 3 főátmérő, a hosszúság, szélesség és magasság (100 ép szemben 42 elmebeteggel). A fej mellső és hátsó részének méret különbözeteire nézve (100 ép, 42 elmebeteg) azt találta, hogy a normalisak nagyobb mellső részszel birnak, mert 80·9%

[1] Kivonatos közlemény szerzőnek a „Magyarországi népfajok koponyaalkati viszonyai, tekintettel az elmekórtani jelentőségre“ czimű, a magyar orvosok és természetvizsgálók áll. közp. választmánya megbizása folytán irt munkájából.

[1] Újabban a kapacitásra vonatkozó excessiv határok kutatását az agysúly és testsúly bevonásával tartja a legfontosabb psychiatrikus feladatnak a koponyatanulmányok terén. (Levélbeli közlés.)

[2] Die Frage nach dem geborenen Verbrecher. Ravensburg 1894.

[3] Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie. Wien u. Leipzig. 1894.

esik az elmebetegre, 98% az épekre. Az elmebetegeknél tehát a fej hátsó része szokott inkább nagyobb lenni. (Ezt a mérést végezte a tragus-glabella és tragus-occiput között lineárisan). A capacitásra nézve — a mennyire a fejmérésekből következtetni lehet — azt találta, hogy az épeknél átlag nagyobb és csodálkozik, hogy *Sommer* (Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel, Virchow's Archiv f. path. Anat. 89. u. 90. Bd. 1882.) elmebetegeknél találta nagyobbnak. Esetlegességnek, fajnak és kóralaknak tulajdonítja az ellentétet. De azért eseteiből levonja a következtetést, hogy épeknél valószinüleg az agy mellső része (Vorderhirn ebben az értelemben) fejlettebb, mint elmebeteg és kriminalis egyéneknél.

A deformatioknak jelentőséget nem tulajdonít, szerinte legfeljebb a nagyobbfokú difformis koponyaalakulás nyújthat bizonyos útmutatást. A gonosztevő-typust különben képtelenségnek jelenti ki és a degeneratios jeleket kis értékűeknek tartja, ezek csak kétes esetekben támogathatják a kórismét.

Meynert[1] 127 elmebeteg koponyáján tett tanulmányokat és összehasonlítva azokat a Welker-féle normalkoponyákkal, a capacitásra, a főátmérőkre és a szélességi indexre nézve a következő eredményekhez jutott.

A férfielmebetegek koponyacapacitása *nagyobb*, mint az épeké. Ugyanez áll valószinüleg a női koponyákra is. Az elmebetegeknél mutatkozó nagyobb capacitás azonban *fordított viszonyban áll az agysúlyhoz*. A férfielmebetegeknél kisebb capacitásokra több deformatio esik (hydrocephalus által), nőknél a hydrocephalus inkább nagyobb capacitásokra esik. (Elmebetegeken végzett 719 bonczolatnál — paralytikus betegeket kivéve — 306 esetben vagyis 42·5 százalékban találtatott hydrocephalus.)

A *főátmérőkre* nézve elmebetegeknél nagyobb a variatio vagyis a *szélső méretek gyakoriabbak*. A kicsiny és középszámú átmérők gyakoriabbak elmebetegeknél, a nagyobb capacitást tehát a nagyobb görbületek okozzák. A hosszátmérő és a capacitas között parallelismus van, a capacitás növekvésére nézve; a szélességi átmérőre ez nem áll. A magassági átmérő az elmebetegnél túlnyomólag kicsiny, a koponyák laposak.

A szélességi index szerint a férfielmebetegek koponyái nagyobb százalék dolychocephaliát és kisebb százalék brachycephaliát szolgáltatnak, mint az épek. A subbrachycephalia a férfielmebetegeknél ritkább, a hyperbrachycephalia egyenlő az épekkel. Női elmebetegeknél a subbrachycephalia 3-szor akkora, mint épeknél. Megjegyzi egyébiránt Meynert, hogy ezen különbségekre a kóros formatiok befolyást gyakorolnak.

Benedikt[2] szerint abnormis egyéneknél, különösen elmebetegeknél és degeneráltaknál, a magassági átmérő maradt vissza a fejlődésben és a dolicho- és brachycephaliák előszeretettel excessiv fokúak.

A koponya mellső és hátsó része közötti arányváltozás (a hátsó rész rövidülése) oly rendellenesség, melyet degenerált gonosztevőknél talált először; később meggyőződött arról, hogy az elmebetegeknél és epilepsiásoknál is előfordul, még pedig kiválólag a féloldalon.

Sommer[3] megállapítja a degeneratio fogalmát: az egy egészen a kórosig terjedő eltérés a genus normalis állapotától, mely a generatio componensei által implicite van feltételezve. Az alaki eltérések csak akkor jelentősek, ha általuk a szervek müködése meg van zavarva, a morphologikus szemlélődés és mérés tehát csak annyiban bir értékkel, a mennyiben a müködés vizsgálatával együtt jár.

A számok, méretek, formák és typusok ködéből csak egy menekvést lát: a visszatérést a physiologikus szemlélődéshez. Jobb, ha egészen eldobják a statistikát és az egyes eseteket gondosan analyzálják.

Felvetvén a kérdést, hogy a koponya alaki eltérései és az agydegeneratio között létezik-e valami szorosabb és biztos viszony, ennek illustrálására felhozza a következő esetet: 3 fitestvér veleszületett elmegyenge, a nagyapa egyik fitestvére „bolondos“ ember volt s állítólag megfigyelés alatt állott, ennek 4 gyermeke közül 2 korlátolt eszü, a nagyapa másik fitestvére erős potator, ennek 3 gyermeke közül egy korlátolt eszü. Az apa 5 testvére közül 1 korlátolt elméjü, maga potator, gutaütésben halt el. A 3 idiota fitestvér egyik növére „elmebelileg nem olyan, a milyennek lennie kellene“, a másik egészséges. Mind a három elmebeteg testvérnek klinocephal koponyaformatioja van, mely külső befolyások (szülési trauma) kizárásával endogen természetünek mutatkozik. Az ember azt gondolná, hogy itt a deformatio és az elmebaj causaliter összefügg, de ez nincsen igy, mert az ép, nem terhelt anyának van nyeregfejüsége. A psychikus degeneratio tehát az apától, az alaki rendellenesség az épelméjü, ascendentiájában nem terhelt anyától származik.

Ez esetre való hivatkozással megállapitja, hogy hamis dolog endogen elmegyengeségekkel együtt előforduló morphologikus abnormitásokat minden további kritika nélkül a psychikus degeneratio jelének tekinteni. A test egyes szerveinek az öröklési viszonyokra és az endogen variatiokra nézve saját törvényeik vannak.

Meglehetősen zavaros a kép, mely az irodalmi szemle után a koponyaalkati viszonyok jelentőségére nézve elénk tárul. A szerzők túlnyomó többsége elismeri ugyan, hogy a koponyarendellenességek az elmebetegségek oktanában bizonyos szerepet játszanak, de a részletekre nézve nagyok az eltérések és ellenmondások. Különösen feltünők azon ellentétes kephalometrikus leletek, melyek épek és elmebetegek között felmerülnek és a vizsgálókat más-más következtetések levonására indítják. A vizsgálati eredmények e különbségeit másban, mint a módszerek különféleségében, az anyag homogeneitásának hiányában és statistikai elégtelenségében keresni nem lehet. Igy Meynert és Sommer szerint a koponyacapacitás elmebetegeknél nagyobb, mint épeknél, Näcke szerint az épeknél nagyobb. Benedict szerint elmebetegeknél a két koponyafél közötti dysproportio kiválólag féloldali és hátsó rövidülésben áll, Näcke szerint ezen rövidülés mellső, a miből az illető koponyafél szükülésére (a nélkül, hogy a görbületeket figyelembe venné) és tovább az agy mellső részleteinek hiányosabb fejlődésére következtet. Meynert constatálja, hogy elmebetegeknél a dolichocephalia gyakoribb, mint épeknél, Benedict szerint a magassági átmérő elmebetegeknél kisebb és Näcke azt találja, hogy a haránt́v átlag legkisebb az épeknél.

Az ilyen adatokkal, mint a magassági átmérő elmebetegeknél kisebb, a haránt́v átlag legkisebb az épeknél, a dolichocephalia gyakoribb az elmebetegeknél stb., csakugyan nem lehet mit kezdeni. Legfeljebb egész általánosságban jelezhetik azt, hogy az épek és elmebetegek egyes koponya-, illetőleg fejméretei között különbségek léteznek, ha ugyan ezen adatok igazak, azaz általános érvényüek. Előbb ugyanis constatálni kell azt, hogy az egyes méretek differentiái épeknél és elmebetegeknél, az épeket és elmebetegeket fajilag külön csoportosítva, szabályként ismétlődnek-e és csak azután mondhatjuk ki pl. azt, hogy az elmebetegek általában véve lapos fejüek és a koponyaür nagyobb görbületek által törekszik az agynövésnek megfelelőleg nagyobbodni.

Az általam végzett fejmérésekből kiveszek egy kevertebb fajt, a magyart, és két tisztább fajt, a székelyt és szászt, megállapítva, hogy az egyes ürméretekre és főátlókra kis, közép és magas számok szerint hány ép és elmebeteg esik kerek százalékokban az illető fajból. A magyaroknál 180 ép és 104 elmebeteg, a szászoknál 140 ép és 108 elmebeteg, a székelyeknél 120 ép és 90 elmebeteg áll egymással szemben, valamennyien férfiak. Akkor kitűnik, hogy az egyes méretnemek és fajok szerint épek és betegek között nagy a variatio. A kerületnél a beteg székelyeknél jelentékenyen gyakoribb az alacsony szám. A hosszívre nézve kétszer oly gyakori székely betegeknél az alacsony, a szász betegeknél ellenben a magas szám. A haránt́vre nézve az alacsony szám magyar betegeknél kétszer annyi, ellenben székely és szász épnél háromszor annyi. A magasságra nézve magyar betegnél több az alacsony szám, a magas egyenlő; székely és szász betegnél 2—3-szor annyi a magas szám; székely épnél 4-szer annyi az alacsony szám stb.

Nem állhat meg tehát az, hogy a magassági átmérő elmebetegeknél *általában* kisebb, s hogy a haránt́v legkisebb az épek-

[1] Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung. Jahrbücher f. Psychiatrie etc. II. u. III. Heft. 1879. II. Bd. 1880.

[2] Kraniometrie und Kephalometrie. Wien u. Leipzig 1888.

[3] Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- u. Geisteskrankheiten. Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1894. Januar. (Befejezetlen közlemény.)

nél, vagyis hogy az elmebetegeknél általában magasabb. *A méret-eltérések épek és elmebetegek között nem követnek semmiféle szabályt*, hanem létrejönnek azok a szerint, a mint a koponyanövekvés különböző tényezői befolyásukat esetenként különféleképen érvényesitik.

(Folytatása következik.)

A kaucsuk és annak alkalmazása az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a fogászatra.

Abonyi József dr.-tól.

Azokkal a szép eredményekkel, melyekkel az orvostudomány minden ágában kivált az utolsó évtizedben találkozunk, a fogászat is lépést tart, nemcsak gyakorlati, de irodalmi tekintetben is. Azonban, mint az más téren is megtörténik, úgy itt is azt találjuk, hogy a fogászat körébe tartozó némely dolog, tárgy vagy anyag a megfelelő szakmunkákban vagy épenséggel nincs leirva, vagy csak felette röviden és hiányosan van érintve. Nem kritizálásként mondom, csupán konstatálom azt a tényt, hogy a fogászati gyakorlatban egyik mindennapos, sőt nélkülözhetetlen anyag, nevezetesen a kaucsuk a *Litsch*-féle „The American System of Dentistry“ czimü, Philadelphiában 1887-ben kiadott, több mint 3000 oldalra terjedő munkában csupán egy oldalon van tárgyalva. Már pedig úgy vélem, hogy ezen fontos anyagról való ismereteknek a tanulmányozása és terjesztése nemcsak fogorvosi, hanem orvos-természettudományi szempontból is kivánatos.

A kaucsuk felfedezésének idejét alig lehet pontosan megállapitani. Annyi azonban bizonyos, hogy a tropikus vidékek tanulmányozásából hazatért néhány utazó kuriozumként magával hozott volt egy-egy csekély mennyiséget, melyet a XVIII. század első harmadában egyesek állati terméknek, mások pedig növényi eredetünek mondtak, mígnem 1735-ben De la Condamine franczia akadémikus egész biztonsággal megállapitotta, hogy a kaucsuk egy Dél-Amerikában, főleg pedig Braziliában honos fának beszárított nedve, Fresnau pedig (szintén franczia) Cayenne-ben jártában 1751-ben magát a kaucsukot adó fát találta meg. Az ebből származó kaucsukot elkezdte vizsgálni, majd áthozta Európába, a hol többen szemügyre vették; botanikusok, chemikusok lassankint megállapították egyes sajátságait. Később az ipar felhasználta, átment a kereskedelembe s másfél század alatt oly szélesen kiterjedt alkalmazást nyert, hogy ma már alig van ember, a ki egyik vagy másik alakjában ne találkozott volna vele.

Az indián benszülöttek már régóta használták, különféle edényeket, fáklyákat s ruganyos papucsokat (sandalokat) készítve belőle; ez tünhetett fel Fresnaunak. Fresnau tudós volt, az ő szeme sok olyan dolgon akadt meg, a mi a laikus előtt semmi feltünést sem keltett. Lám a spanyol utazók és kalandorok már Amerika felfedezése, vagyis 1492 óta, tehát két évszázaddal azelőtt már ott forgolódtak az új világ benszülöttei között és még sem vették észre. Fresnau azután megtudta, hogy az imént említett tárgyakat egy növényi termékből készitik, a mit a benszülöttek kaucsuknak mondottak előtte.

Hogy mekkora lehetett az érdeklődés, a melyet az új növénynedv iránt Európában tanusitottak, kitünik abból, hogy nemsokára már széltében használták az irón nyomainak kitörlésére. Pristley, az oxygen felfedezője 1770-ben „Perspective“ czimü munkájának előszavában igy ir róla: „Since this work was printed off, I have seen a substance excellently adapted the purpose of wiping from paper the markes of a black-lead pencil.“ („Mialatt ezen munka sajtó alatt volt, láttam egy anyagot, a mely nagyon alkalmas arra, hogy az irón nyomait letöröljük vele a papirról.“)

A mult század végén ismét De la Condamine foglalkozott vele csupán növényföldrajzi szempontból. Természettani szempontból csak századunk első felében tanulmányozták behatóbban a kaucsukot különösen Faraday, majd Ure, Adriani, Wiesner és mások.

Valamint a mákszárnak a bemetszése által abból egy tejszerű nedv folyik ki, ép úgy a siphonia cahuca törzsének megmetszése után is egy tejnedvet nyerünk, a mely a levegőn sárgás vagy barnaszinü alaktalan tömeggé szárad meg. Ez a tejnedv gummi, czukor, nyákony és fehérjéből áll, mely bensőleg van egyesülve gyanta, zsir és kaucsukkal, valamint aetherikus olajok vízben olthatlan cseppjeivel.

A mi magának a kifolyó nedvnek százalékos összetételét illeti, arra nézve ide iktatjuk a következő két vegyelemzést:

Faraday		Adriani	
tiszta kaucsuk . .	31·70%	tiszta kaucsuk . .	9·57%
fehérje	1·90%	gyanták	1·58%
színes keserü anyag	7·00%	szerves savak . .	0·36%
vízben oldható rész, viasz	0·13%	vízben oldhatatlan anyag	2·18%
vízben oldott savak	56·37%	víz	82·30%

Látható ebből, hogy Adriani egészen más arányszámokat és alkatrészeket hoz ki, mint Faraday, a ki az 1·90% fehérjét is szépen kimutatja.

A tiszta kaucsuk vegyi képlete mindezideig pontosan nincs megállapitva s igy többféle formában van használatban, Faraday pl. $C_5 H_8$-czal jelöli, mások (Wundt) $C_8 H_7$ mellett nyilatkoznak. Ez idő szerint a $C_{10} H_{16}$-ot fogadja el a legtöbb szakférfiú. Azonban ez a képlet sem egészen pontos, mert ezen symbolum alá a szerves vegyületek egész sorozata tartozik terpenek elnevezése alatt. Mindegyik képletéből azonban kitünik, hogy a kaucsuk egyike azon kevés szilárd testeknek, melyek semmi oxygent sem tartalmaznak.

Physikai sajátságait illetőleg a tiszta kaucsuk színe a fehér és barna között váltakozik, vékony rétegekben áttetsző. Nagyon erősen tapad, az elmetszett felületek újra egymáshoz szorítva ép oly erős adhaesiot mutatnak, mint szétmetszés előtt. Más testekhez is ép oly erősen tapad, miért is kitünő ragasztószerül szolgál. Rendkivül rugalmas, e tulajdonsága azonban függ a hőmérséktől, a nagy melegben ép úgy elveszti azt, mint a nagy hidegben, előbbi esetben olvadás, utóbbiban pedig dermedés következtében. Sokáig a levegőn hagyva oxydálódik, miközben színe is elváltozik, nevezetesen sárgába megy át.

A kaucsuk nem oldódik vízben, hanem azt csupán felveszi, mitől azután felduzzad. Az aether, benzol, szénsulfid, chloroform, aetherikus-olajok, kaucsen (ez utóbbi a kaucsuk száraz destillatio terméke) stb. csak bizonyos százalékot oldanak ki belőle és pedig Hoffer szerint 100 rész kaucsukból kiold a

szénsulfid	60—70%-ot
benzol	48—52%-ot
terpentin-olaj	50—52%-ot
kaucsen	53—55%-ot
aether	60—68%-ot

Az oldás után jelentékeny rugalmasságú színtelen anyag marad vissza, ez nem tiszta kaucsuk, a mennyiben annak minden tulajdonságával nem bir s hevítéskor is egészen máskép viselkedik, mint a tiszta kaucsuk. Láng felé tartva meggyulad és élénk kormozó lánggal elég. Ha a hőmérsék nem elég nagy, fekete ragadós tömeggé olvad meg. Ez a megolvadt fekete tömeg homogen a kioldás után és a destillatioban ott maradt alapanyaggal.

Az egyes kaucsukfajok némileg eltérnek egymástól; a többek között a szerint is, hogy a természet melyik periodusában csapoljuk meg a fát, minő éghajlati fákat használunk előállítására, minő magasságban csapoljuk meg stb. Azonban mindezen eltérések jelentéktelenek. Kétségtelenül az égalj, a talaj, a fa egyedi természete és a környezet befolyásolják a nyert kaucsuk minőségét.

A kaucsukot, mint említettük, Dél-Amerika rengetegeiben fedezték fel. Jelenleg a legtöbb kaucsukot szolgáltató fák Dél-Amerikában és Ázsiában vannak. Azonban Afrikában és Ausztráliában is honosak.

A botanika három családba sorolja a kaucsukfákat és pedig:

euphorbiaceae,
apocyneae,
artocarpaceae.

E fák rokonai Európában is előfordulnak, ezek is tartalmaznak kaucsukot, de annyira csekély mennyiségben, hogy velük foglalkozni nem érdemes. Hogy a forró égöv alatt honos kaucsukfákat valaha Európában meghonosítanák, arra éppenséggel nincs

kilátás, mert, mint meggyőződtünk, egy és ugyanazon földrésznek a kaucsukfáit sem lehet egyik vidékről a másikra átplántálni.

A kaucsuknak a fákból való előállítása nem olyan egyszerü, mint a látszat sejteni engedné. Ez a munka nevezetesen számos emberi életet követel, a mennyiben a kaucsukfák leginkább a mocsaras vidékeket szeretik, a hol pedig tudvalevőleg a sárga láz, mérges kigyók s más fenevadak nagy pusztítást visznek végbe az ott dolgozó munkásokban. Mint azt teljesen competens forrásból tudom, egy évad alatt sokszor az ott foglalkozók közül több mint a fele pusztul el.

A kaucsuk feldolgozásával foglalkozó gyárak csak annyiban érzik ennek a felette sajnos körülménynek a súlyát, hogy ilyenkor a gyárak számára a bevásárlók nem képesek elég anyagot kapni a különbeni bő termés daczára s így egyidőre a gyári üzem megszünik.

Vegyük most szemügyre a kaucsuk-nedv keletkezését élettani szempontból.

Hogy erről helyes fogalmat alkothassunk, vissza kell idézni emlékezetünkbe némely physiologiai ismereteket, melyek úgy a a növényi, mint az állati szervezetre vonatkoznak. Így pl. tudjuk, hogy minden élő sejtnek közös tulajdonsága a táplálkozás és anyagcsere. Az anyagcsere alkalmával az emberi, illetőleg az állati szervezetben olyan származékvegyület is keletkezik, mint pl. a hugyany, mely a szervezet táplálására nem lévén alkalmas, onnan kiküszöböltetik. Ilyen származékvegyületet képez a fentebb említett családokba tartozó fák váladéktartókban meggyülemlő kaucsuk.

Hogy miért marad benn ez a termék mégis a növényben s nem szállíttatik el, mint az állatoknál, annak oka a növényeknek az állatokétól eltérő szervezeti viszonyaiban rejlik. Az analogiában azonban tovább menve látjuk, hogy a kaucsukkal rokon gyanta, sőt sokszor maga a kaucsuk is kifolyik a fából, tehát éppen úgy eltávozik a növény testéből, mint a húgy az állatokéból.

A kaucsuknedvet különben rendesen a fa kérgének mélyen történő bemetszése útján engedik kifolyni. A metszésnek a kéregbe hánesba s a váladéktartókba kell behatolnia.

Ez az eljárás hasonlít ahhoz, a melyet nálunk a gyanta nagybani nyerésére követnek. A kiömlő tejnedvet valami edénybe kell felfogni. Az indiánok egyszerüen vályú-alakú mélyedést készítenek a fa alá, ebbe engedik folyni a kiömlő tejnedvet; hogy ez nem czélszerü eljárás, azt könnyü belátni, a mennyiben a tejnedv közé sok homok vagy agyag keveredik. Ez az eljárás azonban mégis nagyon el van terjedve, mert az összegyüjtött anyag súly szerint lesz elárusítva, már pedig az eladónak nem áll érdekében a súlycsökkentés rovására minél tisztább anyagot szolgáltatni.

Ezek után rátérünk a kaucsuk feldolgozására.

Hogy a kaucsuk még nyers állapotban is többfélére alkalmas, azt kezdettől fogva felismerték. Mint említettük, már a régi indiánok is többféle edényt, fáklyát stb. készítettek belőle. Nyers állapotban még arra is alkalmas, hogy erős savakat és lúgokat tartsanak benne, ezt főleg azon kitünő tulajdonságának köszöni, hogy a huzamosabb ideig reá ható tömény salétromsavat kivéve, a legerősebb savaknak is ellenáll, így pl. a folysavat csak platina-, ezüst-, kaucsuk- vagy guttapercha palaczkokban lehet eltartani, minthogy azonban a platina és ezüst nagyon drága, rendesen kaucsuk-palaczkokban tartják.

Ipari nagy jelentőségét főleg *rugalmasságának* köszöni, még pedig az által, bogy különben csekély hőingadozásoknak alávetett rugalmasságát képesek vagyunk kénnek a hozzáadása által oly formán kiterjeszteni, hogy ezt a nagyobb hőbehatásokkal szemben is állandóan megtartja. A kén tehát mintegy állandó elasticitást biztosít számára. Azonkivül a kénnek a hozzáadása által az egész anyag keménységét tetszésünk szerint fokozhatjuk, sőt szabályozhatjuk.

Az eljárás röviden az, hogy először is a nyers kaucsuk apró darabkákra lesz szétosztva, a mely müveletet gyárakban az erre a czélra szolgáló gépek segélyével hajtanak végre. Ezután belőle vizzel való alapos kimosás által a nyers anyagban levő földes, piszkos és más idegen részeket eltávolítják. Az így megtisztított kaucsukot egyenletes állományúvá teszik. és a szerint a mint majd lágyabb vagy keményebb kaucsukra van szükség, többnyire a belsejükben melegített vízzel átjárt vashengerek segitségével 4—25, vagy több százalék kénport gyúrnak belé. Ezenkivül azonban, hogy az így összeállított kaucsuknak bizonyos színe legyen, festőanyagokat adnak hozzá. Kiváló szerepet játszanak itt a fémoxydok és ezeknek különböző arányú összetétele; mint pl. vasoxyd, zinkoxyd, ólomoxyd. Így kapja tehát a kénnel ellátott kaucsuk vörös, fehér, narancs és másféle színét.

(Folytatása következik.)

Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal.

Jutassy József dr.-tól.

(Folytatás.)

A mi a véletlen complicatiokat illeti, azok ma, midőn az x-sugarak cumulativ sajátosságával számolni tudunk s az adagolásban oly precise tudunk eljárni, hogy a várható reactiot előre jelezni hatalmunkban áll, úgyszólván ki vannak zárva. E kérdés különben is legfeljebb csak a szőrzet affectioinak kezelésén jöhet számba, komolyabb bajoknál a sikeres gyógyítás érdekében ugyis tetemes dermatitisek szándékos előidézése a feladatunk s a ki ezt a körülményt mérlegelni tudja, az nem fog conservativ módon a Röntgen-eljárás veszedelmes voltáról beszélni.

Tény az, hogy a Röntgen-fény hatása számtalan tényezőtől függ. Schemánk, normánk, mértékünk nincs. Arra a kérdésre, hogy valamely affectio gyógyítása czéljából mennyi ideig kell exponálni a beteget, szakember egyszerüen meg nem felelhet. A közlemények — bármilyen autentikusak — zsinórmértékül nem tekinthetők; a legtöbb szerző panaszkodik is, hogy a közzétett kóresetek megvilágítási körülményeit nem találják oly kimerítő pontossággal feljegyezve, a mely után indulhatnának. Azért legújabban *Gassman* és *Schenkel*[1] azt proponálják, hogy jövőre a szerzők a következő pontokra legyenek figyelemmel:

1. A lámpa minősége és a gyár, melyből származik.
2. A megvilágítás tartama.
3. A testfelület távolsága az antikathodtól.
4. A primaer áram intensitása (Volt).
5. A primaer áram mennyisége (Ampère).
6. Az inductorium maximalis szikratávolsága.
7. A szaggatások száma perczenkint.
8. A vacuumcső keménységi foka.

Ezekhez én csak a saját tapasztalataim alapján is számtalan kérdőpontot füzhetnék; pl.

1. Vajjon használt, avagy egészen új lámpával kezdődött-e a megvilágítás, mert az új lámpa fénye gyorsabban váltja ki a reactiot, mint a használt lámpa, de az utóbbinak nagyobb a penetratioja és erélyesebb a reactioja.

2. Milyen üveg a lámpa fala, mert különbség van a kis szikratávolságra készült natronüveg-lámpák és a nagy szikratávolságra gyártott, erős ólomoxydüveg-lámpák hatása között; az utóbbiak ugyanis a már soká használt lámpák tulajdonságaival birnak.

3. Az exponált felületre a Röntgen-fény centralis avagy peripherikus sugarai estek-e, mert az utóbbiak aránytalanul gyengébb hatásúak, mint a centralis tele sugarak.

Kérdezhetném a kezelt egyének individualitását, kérdezhetném — csak a hyperpigmentatio dolgában — azt is, vajjon szőke avagy barna volt-e az exponált köztakaró stb.

Láthatják uraim, hogy ennyi tényezőt pontosan megjelölni a lehetetlenséggel határos, annyival is inkább, mert a Röntgen-fény intensitása munka közben folyton változik. Szabályokat csak megközelítőleg lehet felállítani, a röntgenező orvos igazán csak a saját szemmértékére van utalva.

Óvatosságból a legtöbb szerző rövid ideig tartó exponálásokat ajánl, legalább kezdetben, míg az egyén individualitása ki

[1] Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. II. k. 4.

nem tünik. *Albers-Schönberg*[1] az első néhány napon 10 percznél tovább tartó exponálásoktól óv, *Levy-Dorn*[2] complicatiok elkerülése végett azt ajánlja, hogy perczenkint 400 szaggatásnál többet ne szenvedjen a primaer áram, mert minél szaporább a szaggatás, annál több fényhullám hatol a testbe s annál vehemensebb a reactio; ugyanő 25 cm. minimalis távolságot ajánl az exponált felület és az antikathod között.

Ma már valamennyi szerző megegyezik abban, hogy a hyperaemia fellépésekor várni kell a megvilágítással mindaddig, míg a reactio foka ki nem tünik, s csak akkor szabad azt folytatni, ha a mutatkozó dermatitis nem látszik elég erősnek a kitüzött czél elérésére. Albers-Schönberg ugyan azt állítja, hogy az x-sugarak hatása az egészséges és beteg bőrön ugyanaz, részemről mégsem mulasztom el a beteg bőrrészlet körül egy kis — legalább 3—5 mm. — ép szegélyt nyitva hagyni, mert a beteg — teszem luposus vagy ekzemás — bőrön a reactio nem ellenőrizhető, legalább nem oly híven, mint az ép bőrön. Ez a szegély azért is jó, mert belőle egészséges hámosodás indul ki, a mi a gyógyulás lefolyására nem közömbös.

Az ép bőr védelméről természetesen gondoskodni kell. Ez fémlemezekkel történik; közép intenzitású fénynek felfogására 1/2—1 mm. vastag ólom- vagy staniol-lemez elégséges, a milyeneket én is használok. A fémálarczoknak készítése azonban meglehetős fáradságot, nagy kézi ügyességet igényel, azért már más anyagokkal is tettek kisérletet, de egyik sem bizonyult practikusnak, még *Unna*[3] zinkenyve sem, melybe 10% zinnober és bismuthoxychlorid van keverve.

A röntgenezés technikájáról legyen elég ennyi. Most áttérek előadásom tulajdonképeni feladatára, a radiotherapeutikus munkálatok méltatására.

Az irodalomban eddig legjelentékenyebb számmal a *lupus vulgaris* radiotherapiája szerepel.

Mióta *Schiff E.* a bécsi dermatologiai egyesületben 1897. junius 2-dikán néhány Röntgen-fénynyel kezelt lupusbeteget mutatott be, sokan tettek kisérletet ez irányban. Vele együtt dolgozott *Freund L.*, majd *Kümmel*,[4] *Albers-Schönberg*,[5] *Gocht*,[6] *Ziemsen*,[7] *Holland*,[8] *Gassmann* és *Schenkel*,[9] *Neisser*,[10] *Mühsam*[11] és mások közel félszáz esetet közöltek és mutattak be. Nekem az utóbbi két év alatt csak három esetet volt szerencsém röntgenezni; ezek közül a legrégibbet azonnal leszek bátor bemutatni.

Fentebbi szerzőkkel együtt constatálhatom, hogy a lupus radiotherapiája technikailag a legkönnyebb, a mennyiben complicatioktól nem lévén mit tartani, a megvilágítás nem igényel annyi körültekintést, mint a mennyit a bőr felsőbb rétegeiben fekvő bajok igényelnek. Csak nagyobb felületü, pl. a fél arczra kiterjedő lupusnál kerülendő a túlsok megvilágítás, különben oly torpid fekély támad, mely — miként azt *Kümmel, Gassmann* és *Schenkel* esetei bizonyítják — transplantatiot tesz szükségessé. Az ilyen radiotherapiánál pedig sokkal egyszerübb az exstirpatio és utána a transplantatio.

A mi a gyógyeredményeket illeti, az eddigi esetek jelentékenyebb része oly friss, hogy felőlük definitiv itélet még nem mondható. A régibb eseteknek körülbelül fele recidivált, de ezeknek kórtörténetéből kiolvasható az a körülmény, hogy kezelésüknél a megvilágítás nem volt elegendő. Viszont *Schiffnek, Kümmelnek, Gochtnak* és *Albers-Schönbergnek* két évnél is idősebb recidivamentes esetei ismeretesek.

Másodsorban említésre méltónak találom a *lupus erythematodes* radiotherapiáját. Nem a lupus névrokonságánál fogva, mert hiszen ismeretes, hogy e két bántalom histologice mennyire különbözik egymástól, hanem azon körülménynél fogva, hogy ezen makacs bőrbaj gyógykezelésében az x-sugaraknak minden eddigi eljárásnál nagyobb és biztosabb hatást tulajdonítok. Igaz ugyan, hogy még csak két esetre hivatkozhatom; az egyik *E. Schiffé* Bécsben, a ki azt a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen“ II. kötetének 4. füzetében irja le, a másik — melyet azonnal lesz szerencsém bemutatni — csekélységemé. De már ezen két eset demonstrálja azt, hogy ezen, a bőr mélyében, a corium és a corpus papillare hajszálreczéi közé fészkelt, infiltrált sejthalmazt az x-sugarak segélyével onnan sikeresen és tartósan ki lehet pusztítani.

Bár kisérletemet Schiffnél valamivel később tettem meg, tőle függetlenül jártam el. Noha — a mint közleményéből utólagosan látom — ő sem törekedett a megvilágítással nagyobb mérvü reactiot előidézni, esete mégis egy év óta recidivamentes.

Harmadszor a bőr *tuberculotikus* bántalmairól kell megemlékeznem. Ez irányban először *Dollinger*[1] nyilatkozott, *Rieder*-hez hasonlóan specifikus befolyást tulajdonítván a Röntgen-fénynek a tuberculumokra; de ezt csak kétes diagnosisú lupus eseteinek kórtörténetében említi. *Kirmisson*[2] azonban a kéztőizület tuberculosisának egy esetét mutatta be, melyet 2 1/2 hónapon át — napjában 10 perczig — tartó megvilágítással (massageval combinálva) teljes gyógyulásra hozott.

A makacs bőrbajok radiotherapiájában nagy horderejü az *ekzema chronicum* gyógykezelése. E tekintetben kétségtelen a *Hahn*[3] prioritása, a ki első kisérleteit 1898. februárban tette meg s ugyanazon év julius 19-dikén két gyógyult esetet mutatott be. Azóta *Albers-Schönberg*[4], *Schiff*[5], *Ziemsen*[6] és *Holland*[7] egy-egy sikerrel kezelt esetéről van tudomásom; én tavaly juliusban vettem kezelésbe egy kifejezett esetet, melyet tanulságos voltánál fogva e helyen bemutatni magammal hoztam.

Megjegyzem, hogy azóta minden alkalmas idült ekzemát Röntgen-fénynyel kezelek, mert az eljárás egyszerüsége, kényelmessége és gyors hatása nem kevésbbé dicsérendő az eklatáns — úgyszólván biztos — siker mellett.

A mi ezen bántalom röntgenezését illeti, a tapasztalatok nagy óvatosságra intenek, mert gyakran már 1/2—1 órai megvilágítás dermatitis erythematosához, az esetleges nedvedzés beszáradásához, a lepedék leválásához s az egész ekzemás laesio gyógyulásához vezet. De ha ez nem történnék, be kell várni a dermatitis visszafejlődését, mielőtt az eljárást megismételnők, mert az ekzemás bőr könnyen szétesésre, kifekélyesedésre hajlamos, főkép akkor, ha a crusták alatt rhagadok vannak, a mint az a madidans alaknál elő szokott fordulni.

A bőr véredényeinek pathologikus viszonyaiból származó bőrbajok radiotherapiájára vonatkozólag nem találok adatokat az irodalomban. E tekintetben csak a saját tapasztalataimról nyilatkozhatom, a mennyiben még bold. Schwimmer tanár jóvoltából egy óriási *naevus vasculosus s. angioma teleangiectodes* esetet volt alkalmam Röntgen-fénynyel gyógykezelnem. Ezen meglepő eredménynyel kezelt esetet rögtön lesz szerencsém bemutatni.

Mi sem természetesebb, mint hogy ilyen mélyen fekvő bajnál egész nagyságában igénybe kell venni az x-sugarak penetráló erejét s a nagyfokú genyes dermatitistől sem szabad visszariadni, annál is kevésbbé, mert — a mint a betegen látni lehet — a hegképződés oly szép, hogy az ép bőrtől nem nagyon üt el. Kisebb terjedelmü naevusok — a mint azt másik két esetemből tudom — szinte nyomtalanul tünnek el, miért is a teleangiectasiák ilyetén kezelését nemcsak az eddigi scarifikáló vagy elektrokauterizáló eljárásoknál jobbnak, hanem az egyedül czélravezető enyhe methodusnak mondhatom.

A bőr adnexái közül a beteg avagy czéltalan szőrzet radiotherapiája a legfontosabb.

Azt a mozgalmat, mely a radiotherapiát az orvosi gyakorlatba bevezette, tulajdonképen az ezen irányban tett kisérletek

1 Albers-Schönberg (Hamburg): Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. II.
2 Levy-Dorn (Berlin): Aertzl. Sachverst. Zeit. 1898.
3 Monatsh. f. pract. Dermat. 1898. 10.
4 Kümmel (Hamburg): Centralbl. f. Chir. 1898. 26.
5 Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. I. k. 2. és 3.
6 Ibid. I. k. 1.
7 Ziemsen (München): Aerztl. Verein, München 1898. jun.
8 Holland (Liverpool): Brit. med. Journ. 1898. okt.
9 Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. II. k. 4.
10 Neisser (Breslau): Centralbl. f. Dermat. 1898. 18.
11 Mühsam (Berlin): D. Zeitschr. f. Chir. XLVII.

1 Dollinger (Paris): Monatsh. d. Soc. d. Sc. d. la Basse-Alsace XXXII. 5.
2 Kirmisson (Paris): Soc. d. Chir. 1898. febr. 2.
3 Hahn (Hamburg): Fortschr. a. d. Geb. d. R-Str. II. k. 1.
4 Ibid.
5 Ibid. és Wien. med. Wochenschr. 1897. 4.
6 Aerztl. Ver. München 1898. jun. 8.
7 Brit. med. Journ. 1899. ápr. 29.

indították meg, a mennyiben a diagnostikai Röntgen-photographálások első kellemetlen mellékkörülménye gyanánt a szőrök és hajak kihullása jelentkezett.

Az ép, de fölösleges szörnövésnek, a *hypertrichosisnak* radiotherapiáját egy naevus pilosus esetében *Freund L.*[1] kisérelte meg legelőször. Részemről — a ki az orvosi cosmeticával behatóan foglalkozom — repeső örömmel üdvözöltem ezen eljárást, mert a terhes és hátrányos elektrolysis nélkülözhetését reméltem tőle s azért a legelső hirre tettem kisérleteket; azokról az „Orvosi Hetilap"-ban[2] számoltam be, kiterjeszkedvén azon sajnálatos complicatiokra is, melyek a nem várt dermatitisek folytán fellépnek. Azóta kivülem csak *Schiff* és *Freund*[3] publikáltak cosmetikai szempontból sikeresen kezelt eseteket s *Gocht*[4] irt le egy üdvös Röntgen-epilatiot, melyet egy férfibeteg szakálának eltávolítása czéljából eszközölt, miután az egy lymphoma colli exstirpatioja után a sebszélek összenövését akadályozta, a szőrzet eltávolítása után azonban a seb gyorsan begyógyult.

Mások részéről csak sporadikus kisérletek ismeretesek az irodalomban, úgy hogy talán nem szerénytelenség tőlem, ha 44 esetemre hivatkozva azt merem hinni, hogy ezen a téren a legnagyobb recordot én értem el.

A mi a hypertrichosis radiotherapiájának elvét illeti, tudni kell, hogy a Röntgen-fény iránt a gyenge alkotású szörpapillák a legérzékenyebbek. Hajszáledényeiknek legkisebb alteratioja zavarja őket életmüködésükben s egy gyenge hyperaemiás dermatitis már kihullásra készteti a szőröket; azért a megvilágitással fölösleges is nagyobbfokú börlobot előidézni. Igaz ugyan, hogy ha ez a kis reactio elmúlik, *Kaposi* szerint a papillák hajszáledényeinek paresise is megszünik, a szemölcsök meggyógyulnak, s az új szörképződés megindul; ámde ha ezt a káros ingert többször megismételjük, a capillarisok paresise állandó lesz, ennek folytán a papilla sorvadásnak indul és új szörképletek produkálására képtelenné válik. Ugyanilyen atrophiához vezet egy nagyobbfokú Röntgen-dermatitis is, de ez — akár egy erysipelas — a bőr káros elváltozása nélkül nem képzelhető.

A szörpapillák teljes degeneratioját tehát egy heveny — de nagyfokú — vagy egy idült — de kismérvü — lobosodás előidézésével érhetjük el. Complicatiok elkerülése végett rationaliter az utóbbi van indicálva s mióta magam is ezt az elvet követem, complicatiomentes szép esetekkel rendelkezem. Egy ilyen tanulságos esetet bemutatásra idehoztam.

Az én eljárásom manapság a következő: A szőrrel borított bőrt $^1/_4$—$^1/_2$ órai ülésekben addig röntgenezem, a míg hyperaemiát veszek észre. Ekkor várok, vajjon fokozódik-e a vérbőség, avagy visszafejlődik-e. Ha 2—3 nap alatt visszafejlődik, avagy láthatólag halványodik, folytatom a rövid seanceokat; de ha állandó erythemává fokozódik, beszüntetem az exponálást, mert az erythema 8—12 nap alatt feltétlen defluvium capillitiit okoz. A defluvium után az erythema 8—10 nap alatt szintén elmulik s a deglabratio egy, sőt két hónapig is eltart, a mennyiben csak ily hosszú idő mulva mutatkozik a recidiva. Megjegyzem, hogy a recidiva mennyisége és minősége az erythema foka szerint változik. Ha az erythema csak gyenge, akkor majdnem valamennyi szőrszál a régi erősségében recidivál; de ha az erythema oly nagyfokú, hogy desquammatioval végződik, akkor nagyon kevés a visszanövő szőrök száma s ezek is úgy átmérőjükben, mint növekvő energiájukban rendkivül megfogyatkoznak, szinte lanugokká válnak, melyek nagyrészt pigmentjüket is nélkülözik, úgyszólván megőszülnek.

Az efluvium után, miután az erythema is visszafejlődik, a therapia folytatását a körülményekhez képest kétféleképen szoktam eszközölni. Vagy rögtön utána világitok tovább, vagy megvárom a recidivát. Ilyenkor még rövidebb ideig és még óvatosabban exponálok, mert az egyszer már röntgenezett bör még gyorsabban és még hevesebben reagál.

(Folytatása következik.)

[1] Wien. med. Wochenschr. 1897. 10. és 19.
[2] Jutassy: Orvosi Hetilap 1897. 24—25. és 1898. 21—23.
[3] Wien. med. Wochenschr. 1898. 22—24.
[4] Fortschr. a. d. Geb. d. R.-Str. I. k. 1.

Szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzésről.

Déri J. Henrik dr. járási orvostól Szarvason.

(Vége.)

A mult év folyamán gyakorlatomban észleltem szamárhuruthoz csatlakozott agyvérzést, mely eset részletei a következők:

Julius hó első napjainak egyikén a szomszéd B.-Szt.-András községbe hivattam egy beteg gyermekhez. Odaérkezve, a gyermeket a falu közelében levő mezőn eszméletlenül a földön fekve találtam. Anyja elmondja, hogy a gyermek már három hét óta köhög. Két hét előtt járt a gyermekkel nálam és én állitólag oda nyilatkoztam volna, hogy a gyermeknek szamárhurutja van. Kapott is gyógyszert, de nem sokat használt, mert azóta is csak úgy ugatósan köhögött, addig míg hányt. Aznap délelőttjén nagyon gyakran jött reá a köhögés és fejfájásról panaszkodott. Ebéd után kiment anyjával a mezőre; anyja egy ideig hallotta a gyermek köhögését, de azután feltünt neki, hogy a gyermek nagyon csendes; oda jöve látja, hogy a gyermek a földön fekszik, és bárhogy szólitgatja, nem válaszol.

A 8 éves fiúgyermek eszméletlenül fekszik a földön, szemei csukottak, szemhéjak duzzadtak, a szemhéjak környékén néhány tágult viszér, a szemek kötőhártyáján elszórtan gombostűfejmekkoraságú vérömlenyek. Láták rendesnél kissé tágabbak, fényre nagyon renyhén reagálnak, mindkét szemteke mereven balfelé tekint. Ajkak duzzadtak, arcz szederjes, légzése csendes. A szíven és tüdőn semmiféle eltérés nem észlelhető. Érlökés kicsiny, puha, szabályos. Székét maga alá bocsátotta. A végtagok hüvösek, a felemelt és elbocsátott végtagok élettelenül esnek le. Semmiféle ingerre nem reagál. Hőmérséke 37·4. Külsértési nyomok nincsenek. A hőmérsék egy óra lefolyása alatt 38·2-re emelkedett.

Az első pillanatban azon bántalmakra gondoltam, melyekre hirtelen beálló eszméletlenség jellemző.

Az agy és burkainak vérbősége avagy vérszegénysége, a pangási vérbőséggel együtt járó agyvizenyő, bizonyos mérgek, a napszúrás, a hirtelen megrepedő agytályog, agydaganat, epilepsia, uraemia, thrombus, embolia és agyvérzés egyaránt okozhatnak eszméletlenséget. Az agy és burkainak vérszegénysége által okozott eszméletlenség kizárható volt, mert az ilyen beteg arcza fehéres, fakóhalvány, míg betegem arcza erősen cyanotikus; az eszméletlenség nem tart ilyen hosszú ideig; betegem már három órája fekszik eszméletlenül.

Mérgezés résztüneteként is szokott eszméletlenség hirtelen beállani és pedig legtöbbször vagy alkohollal, vagy narkotikus szerekkel történő mérgezésnél. Részben a kórelőzményi adatok e tekintetbeni hiánya, részben az alkoholmérgezésre jellemző alkoholszag hiánya miatt volt az alkoholmérgezés kizárható. De ellene szólott az alkoholmérgezésnek még azon körülmény is, hogy betegem semmiféle ingerre nem reagált, míg ellenben az alkoholmérgezett külső ingerekre valamennyire mégis reagál. Ugyancsak az anamnestikus adatok hiánya, de még a rendesnél is tágabb pupilla ellene szóltak a narkotikus szerrel történt mérgezésnek, a melynél tudvalevőleg még a rendesnél is szükebb a pupilla.

Tekintve azt, hogy egy forró julius délután künn a mezőn lett hirtelen eszméletlen a gyermek, önkéntelenül is napszúrásra gondoltam. Ki kellett azonban zárnom ezt is, mert míg a napszúrást szenvedett beteg csak rövid ideig eszméletlen, arcza erősen kipirult, légzése zörejes, hörgő, bőre forró, száraz, hőmérséke 40—42° C., addig betegem már három órája fekszik eszméletlenül, arcza cyanotikus, légzése csendes, bőre nedves, hideg, végtagjai hüvösek, hőmérséke 37·4.

Az általános agyi tüneteknek — mint szédülés, hányás, gyér érlökés — a kórelőzményben való hiánya miatt úgy az agydaganat, mint az agytályog kizárható volt.

Maradt volna még az agy és burkainak vérbősége, a pangási vérbőséggel együtt járó agyvizenyő, az epilepsia, uraemia, thrombus, embolia és agyvérzés. Egyedül azon körülmény, hogy az eszméletlenséget görcsök nem előzték meg, nem jogositott fel az epilepsia kizárására, mert akárhányszor lehet látni azt, hogy formalis epileptikus rohamot egy rövidebb ideig tartó eszméletlenség helyettesit és csak a kórelőzmény, esetleg az öröklési viszonyok pontos ismerete az, a mi az eszméletlenség tulajdonképeni jellegéről felvilágosit.

Uraemiára annyival inkább kellett gondolnom, mert az alig négy kilometernyire fekvő szomszéd Sz. községben virágzó vörhenyjárvány folyamán nagyon sokszor megtörtént, hogy sem a kivirágzás, sem a hámlás időszakában nem vitték a beteget orvoshoz, csakhogy a vörös-keresztes czédulát és az ezzel járó hatósági intézkedéseket elkerüljék, hanem csak az uraemikus görcsökkel kínlódó gyermek került az orvos elé. A szemhéjak, az ajkak és az arcz duzzadt volta szintén az uraemia felvételére biztatott. Nem tudván ez alkalommal biztosan megállapítani, hogy az utóbb említett bántalmak közül melyik van jelen és mi által van feltételezve az eszméletlenség, oly eljárást foganatosítottam, mely nem irányulhatván a betegség oka ellen, legalább a „non nocere“ elvének felelt meg. A lakására vitetett gyermek magasra helyezett fejére jégzacskót tettem. Vérvételre nem gondoltam, mert az érlökés kicsiny és puha, hanem eczetes bélbeöntésekkel szándékoztam a bélhuzamot kiürítve, a bélnyákhártyáján vérbőséget előidézni és a vért az agyból így elvonni. Az alszár 1—2 helyére mustár-papirt tettem. Ez intézkedések megtétele után a betegtől katheterrel vett vizeletet magamhoz véve, elhagytam a beteget. Haza érkezve, a vizeletet megvizsgáltam, de benne sem fehérjét, sem más kóros alkatrészt nem találván, az uraemiát is ki kellett zárnom. Minthogy a gyermek anyja azt állította, hogy a gyermekkel két hét előtt nálam járt, betegnaplómban utána néztem és ott junius 14-dikéről a következőket találtam feljegyezve: „K. János, b.-szentandrási földmíves 9 éves gyermeke. Több egymást követő szaggatott kilégzés és megnyúlt sivító belégzés; köhögés alatt az arcz erősen piros, nyaki véredények megduzzadnak, szemek kidülllednek; a köhögési roham hányással végződik. Szemhéjak és ajkak duzzadtak, szemek kötőhártyáján gombostűfejnyi vérömlenyek. Kórisme: szamárhurut. Therapia: szabadban való tartózkodás és chinin.“

Harmadnap délutánján láttam újra a beteget. Anyja elmondja, hogy a gyermek csaknem 24 óráig volt eszméletlen, azután is csak hangosabb megszólításra reagált és többször sírt. Ha kérdeztek tőle valamit, felelt, de sokszor nem értették a beszédjét. Felszólításomra, hogy ismer-e, nem felel, de midőn anyját meglátja, sirni kezd. Sirásnál látszik, hogy a szájzug erősen bal felé húzódik, a jobb pofa ellenben elsimultan lóg le, kilégzésnél felfúvódik, belégzésnél beszívódik. Felszólításomnak, hogy fogait vicsorítsa, enged és ekkor még jobban látszik, hogy a szájrés erősen bal felé húzódik. Homlokát jól tudja ránczolni, szemeit jól tudja behunyni. A hozzáintézett kérdést megérti, de a kérdésekre elkésve, kissé vontatottan és néha akadozva válaszol. Nyelvét jól tudja mozgatni, a kinyújtott nyelv csúcsa jobb oldal felé tér ki. Ha a bal felső és alsó végtagot megcsíptem, összehúzta és a fájdalom jeleit külölte a beteg, míg ellenben a jobb felső és alsó végtag megcsípésekor azokat nem húzta össze és a fájdalmat is elkésve és kisebb mértékben jelezte. Passive úgy az alsó, mint a felső végtagok jól mozgathatók, felszólításra baloldali végtagokat jól tudja mozgatni, a jobboldaliakat azonban nem. Úgy a hő-, mint a fájdalomérzés mindkét oldalon jó, csak a jobb oldalon kissé elkésve jelentkezik. Hőmérséke 38·7.

Az imént leirt kórkép, mely a jobboldali arczideg, a jobb felső és alsó végtag hüdését mutatta, kizárhatóvá tette az epilepsiát és így agyvérbőségre, agyvizenyőre, thrombusra, emboliara és agyvérzésre kellett gondolni.

A legnagyobb valószinüség szerint kizárható volt az agyvérbőség és az agyvizenyő, mert ezeknél úgy az eszméletlenség, mint a hüdés csak átmeneti.

Thrombusra is kellett gondolnom, mert nem lehetetlen, hogy a szamárhurut által megviselt szervezetben a görcsös köhögési roham alatt a szív működése annyira gyengült vagy oly mértékben van működésében gátolva, hogy a szívben képződik a thrombus. Wintrich észlelte, hogy a görcsös kilégzés által a szív működésében annyira befolyásoltatik, hogy egy kis időre megáll. Biermer pedig szamárhurutban elhalt gyermekek bonczolatánál a tágult jobb szívben nagy mennyiségü véralvadékot talált. Betegemnél a valószinüség szerint kizárható volt a thrombus, részben azért, mert hiányoztak a thrombus-képződést jelző előző tünetek, mint: szédülés, hányás, lehangoltság; részben azért, mert hiányoztak azon kórelőzményi adatok, melyek a thrombus-képződésre feljogosítanak, mint az atheromatosus processus, a syphilis.

A gyermek kora, továbbá azon körülmény, hogy a hüdés a jobboldalon volt és így annak oka a bal agyféltekében székelt, inkább embolia mellett szóllott. De az embolia képződésére alkalmat adó bántalmak, mint a szívbelhártyalob, billentyübántalom hiánya, ellene szólott az embolia felvételének.

Gondolnom kellett végül arra is, hogy mint az esetek legnagyobb részében, úgy ez esetben is az arczideg és a féloldali hüdésnek agybeli vérzés az oka. Az agybeli vérzés létrejöttét két faktor együttes müködéséből szokás magyarázni, az egyik az edényekben való vérnyomás hirtelen fokozódása, a másik az edényfalak elváltozása. Betegemnél, kinél szamárhurut ment előre, a görcsös köhögési rohamok oly sürün követték egymást, hogy az egyik által létrehozott visszeres pangás még el sem mullott, mikor már a következő roham a visszeres pangást fokozta az agyban, míg végre a pangás oly nagymérvü lett, hogy az edényfalak nem voltak képesek a nyomásnak ellenállani, megrepedtek és agybeli vérömleny jött létre. Lehetséges, hogy ez az egyedüli faktor hozta létre az edényrepedést, hiszen akárhányszor észlelhető epilepsiánál is a görcsök következtében oly nagymérvü pangás az agy véredényeiben, hogy edényrepedés és vérömleny jön létre. De az is lehetséges, hogy a másik faktor is hozzájárult a vérömleny keletkezéséhez. Mert úgy a hogy más fertőző betegségek, mint pl. a typhus, himlő folytán szenvedett táplálkozási zavarok következtében a véredények falának ellenállási képessége csökken, épen úgy megtörténhetik, hogy a szamárhurut folyamán — mely bántalom az egész szervezetet annyira megviseli, hogy utána vérszegénység, scrophulosis, rachitis, tuberculosis fejlődik — a véredények táplálkozása is szenved oly mérvben, hogy faluk a fokozódott vérnyomásnak ellenállani nem képes és így az edényrepedés létrejöttét elősegítheti. Lehetséges, hogy azokon a helyeken, a hol a kor előrehaladtával a Charcot és Bouchard által leirt és az edényrepedés egyik alapfeltételét képező miliaris aneurysmák vannak, már a gyermekkorban csekélyebb a véredény falának ellenállási képessége és ha a vérnyomás fokozódása mellett az edényfalak táplálkozása is szenved, akkor e két faktor együttesen hozhatja létre e helyeken az edényrepedést és a vérömlenyt.

Minthogy a kórelőzményi adatok az agyvérzés létrejöttéhez alkalmas körülményeket tüntettek fel, és mivel a betegen észlelhető tünetek megfeleltek az agyvérzés tüneteinek, végül, minthogy a többi hasonló tüneteket okozó bántalmak több-kevesebb valószinüséggel kizárhatók voltak, a kórismét agyi vérömlenyre tettem.

A jobboldali felső és alsó végtag teljes hüdése arra mutatott, hogy a hüdés oka az agy balfelében foglal helyet, azon rostok lefutásában, a melyek az agykéreg bal motorikus központjából a baloldali belső tokon keresztül a nyúlt velő loborállományán kereszteződve, a jobboldali testrészhez jutnak és annak mozgatására szolgálnak.

Minthogy a hüdés teljes, a vérömleny a rostokat oly helyen érte, a hol azok nagyon közel fekszenek egymáshoz, tehát vagy a belső tok, vagy az agykocsány, vagy a Varol-híd tájékán. A bal agykocsányban nem lehet a vérömleny, mert akkor az oculomotorius részéről is volnának tünetek, ptosis, strabismus. De nem lehet a Varol-hídban sem, mert ha a vérömleny a végtagokhoz menő rostok kereszteződése fölött, de a facialis rostjainak magasabban fekvő kereszteződése alatt van, akkor a facialis a baloldalon, a végtagok a jobboldalon hüdöttek, míg ellenben betegemnél az arczideg és a végtagok azonos oldalon hüdöttek. A vérömlenynek tehát a baloldali belső tokban kellett lenni és pedig annak mellső harmadában, minthogy érzési zavarok csak igen kis mérvben voltak észlelhetők.

A kórjóslat kedvezőnek volt mondható részben azért, mert a hőmérsék a 39° fokot nem érte el és a gyermek fiatal; részben azért, mert már remélhető volt, hogy a szamárhurut görcsös köhögési időszaka is a vége felé közeledik.

A kezelés csak annyiban változott, hogy a gyermek laxanst kapott.

A hét végén láttam újra a beteget, a mikor a tünetek azonosak voltak a leirtakkal, csak a beszéd volt teljesen jó, úgy hogy az apoplectikus insultus utáni három napon észlelt vontatott nehézkes beszéd valószinüleg indirect agyi tünet volt, melyet a bal belső tokban levő vérömleny a beszéd központjára gyakorolt

hatás által idézett elő. A köhögési rohamok már sokkal ritkábban jelentkeztek és az erejükből is vesztettek.

A kezelés jodkali adagolásból állott. A második hét végétől kezdve passiv mozgási gyakorlatokat végeztettem a hűdött végtagokkal és egyúttal állandó árammal villanyoztam. Az izmok villanyos ingerre jól reagálnak, elfajulási reactio nincs. Négy hét mulva kezdte a jobb alsó végtagját mozgatni és két hónappal később kaszálva járt. A jobb felső végtag hajlító izmai zsugorodnak, a kar a törzshöz simult, az alkar borintó helyzetben van, az ujjak be vannak hajlítva. Az arczideghüdés nyomai három hónapig állottak fenn. Ma, csaknem egy évvel az apoplektikus insultus után, járás közben a kaszálás alig észlelhető, az arczideghüdésnek nyoma sincs, de a jobb felső végtag fent leirt helyzetben van és teljesen használhatatlan.

Észrevétel Gedeon János dr. „Közlemények az orvosi gyakorlatból" czimű czikkére.

Az Orvosi Hetilap 43-dik számában Gedeon János dr. Kassáról „Idegen test a fülben" czím alatt közölt egy esetet, melyben állitólag pamutdarab okozta volna a halálos kimenetelt; a beteget ő küldte Budapestre operatio végett, emliti, hogy a bonczolatnál *állitólag* az agyhártyán megtalálták a vattagomolyt; mondja továbbá czikkében „nagyon kár, hogy ezen esetet a rókuskórházi fülosztály eddigelé nem közölte, pedig ezen eset általános érdekkel és értékkel bir".

Ezen utóbbi megjegyzés indit arra, hogy röviden az esetről nyilatkozzakm. Gedeon dr. az eset leirásánál helyesen mondja, hogy midőn ő megvizsgálta a beteget, a jobb külső hallójáratot sarjtömeggel teljesen kitömve találta; ez való és ezt kellett volna akkor vagy még előbb eltávolitani, mert ezen sarjtömeg okozta a bántalom súlyosságát, nem pedig a vattagomoly, melyet ő sem látott a fülben.

A sarjtömeg hosszú idő óta genyretentiot okozott a dobüregben, melynek következtében a csecsnyújtványban üszkösödés jött létre, ez volt az operatio indicatioja, mely 1898. augusztus 30-dikán történt és melynél az üszkös csecsnyújtványon felül két subduralis tályogra akadtam. A beteg szeptember 6-dikán meningealis tünemények közt halt meg és szeptember 8-dikán bonczoltatott; a bonczolási 210. számú jegyzőkönyvben a következő diagnosis áll:

Otitis media chronica purulenta. Abscessus subduralis scalae post. et mediae. Meningitis incipiens lateris dextri circumscripta. Abscessus nuchae et dorsi consecutiva ex sinuphlebitide ichorosa. Abscessus metastat. pulmonum. Pleuritis ichorosa consecutiva.

Böke Gyula dr. egyetemi tanár.

TÁRCZA.

Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Szabadkán.

(Vége.)

A *térdepelve szülés* csak a legritkább esetekben fordul elő s mint hallottam, városunk czigánynőinél.

Hol rendes, okleveles bába vezeti a szülést, ez mindig *fekvő helyzetben* történik és pedig nagyrészt hanyattfekvő helyzetben. Oldalfekvésben való szülésre csak kevés erélyes bába kényszeriti a szülőnőt. A szülés mindig takaró alatt történik.

Az újszülött gyermeket úgy véresen konyharuhába kell csavarni, mert ez leghathatósabban védi a babona és megrontás ellen.

Ha a szülés esetleg csak nehezen történhetik, úgy erre különféle módszereket és orvosságokat használnak. Ilyenek a has kenése, vöröshagymahéjfüstölés, oltott mész fölött való gőzölés. A hasra forró tárgyakat helyeznek. Belsőleg cziczfarkkóró- és ökörfarkkórófözet.

Igen kedvelt eljárás az üres üvegbe való fuvatás, mely különben igen jó módja a széléshez igen szükséges erőltetésnek, ú. n. *erőadásnak*", a mint nálunk mondják.

Öreg szülésznőktől hallottam, hogy protrahált széléseknél régen legmegbizhatóbb és legkedveltebb szerük volt az ú. n. *„erőltető por"*, igen erős secale cornutum készitmény. Ma már természetesen ezen szernek orvosi rendelés nélkül való használata a szülőnők és régi bábák nagy bánatára el van tiltva, mert mértéktelen és helytelen adagolása által nem egyszer halálos kimenetelű mérgezés vagy más baj történt.

A mint hallottam, nálunk a terhes nők terhességük alatt *amuletteket* hordanak, hogy a szülés könnyebben folyjon le. Hordják azonkivül a nyakra akasztva amuletkép az ú. n. *„Hét menyei zár"* nevű s könnyű szülésért való könyörgést tartalmazó kis szentképes imádságot. Ilyet magam is láttam.

A szülés után okvetlen szükségesnek tartják a *lepény kenését*, a mi megfelel a szülészetben szokásos *„méhdörzsölésnek* és *méhtartásnak"*. Tehát igen rationalis szokás, bár nem az általánosan ismert okból teszik, hanem hogy a rossz vért belőle kinyomják. Ha a lepény sokáig, esetleg napokig marad a méhben, azt helyes dolognak tartják: hadd tisztuljon a méh, jöjjön ki a rossz vér!

Ha azonban túlhosszú ideig marad benn a lepény vagy nagyfokú vérzés van, úgy már iparkodnak a lepényt mihamarabb kihozni a méhből. Ezen czélból üres üvegbe fúvatnak, a méhet kenik, massálják (a mint nálunk mondják: *„törik a méhet"*). Igen veszélyes eljárás! A vérzés ellen belsőleg szarkalábvirág- vagy szerecsendiófőzetet vesznek be. Igen kedvelt ilyenkor a kakukfűfürdő.

Ha a gyermek a burokkal együtt születik, az szerencsét jelent. A megszárított burok poralakban a gyermeknek beadva, mentesiti sok betegség ellen,

Gyermekágy. A gyermekágyban a környezet legfontosabb kötelessége, hogy az anyát és gyermekét a megrontástól és a megcsodálástól védje. Erre szolgál első sorban a már előbb emlitett *„sátor"*, a mely bőven fel van szerelve a leghatásosabb boszorkányűző és babonarontó szerekkel. Különben ezen sátor nálunk inkább a szerb és bunyevácz lakosságnal található, a magyaroknál ritkán. Ezeknél van szokásban az ú. n. *„babina"* vagyis az újszülött őrzés. A szülőnő szobájában három egymásutáni éjjel összegyül a rokonság legény- és leánynépe és muzsika mellett mulatnak. Ekkor nem mernek a boszorkányok a szobába jönni, az anyához és gyermekéhez férni. Igen poetikus szokás, de a szülőnőnek kellemetlen. Három napig nem szabad a gyermeket a szobából kihozni, sem kémény alá vinni. A gyermek első ruhájába kenyeret, sót és fokhagymát kötnek. Azt mondják, az ördög sem szereti a fokhagyma szagát.

Igen érdekes szokások és eljárások használtatnak, ha a gyermeket ezen óvóintézkedések daczára mégis megrontották. A magyaroknál az ablakon *fordítva* kidugják a gyermeket, vizbe három darab szénparazsat dobnak, a vizzel a gyermeket megitatják s a maradékot az ajtó sarkára öntik. A hydrocephalusos gyermeket sütőlapátra ültetve félig bedugják az erősen befűtött sütőkemenczébe és hirtelen visszarántják, ekkor a boszorkány visszacseréli a gyermeket.

A szerbeknél a rokonok a gyermek lábához párnába pénzt dugnak, s keresztelőre menet a fürdővizet utána öntik.

A gyermekágy egész tartama alatt a szülőnő legkevésbbé sem vigyáz az *étrendre*. A rokonság a legkülönfélébb s a legnehezebb ételeket hozza ajándékul, a melyekből a szülőnő mértéktelenül eszik. Ehhez járul természetesen a nagymérvű pálinkaivás. Láttam esetet, hol a szülőnő a bábával együtt 2—2½ liter pálinkát megivott naponta. A nép gondolkodásmódjába ez annyira begyökerezett, hogy ezt rendes állapotnak tartják. Közmondás is tartja nálunk: „Jó dolga van, mint a gyermekágyas asszonynak". A szerbeknél a 8-ik napon van az *avatás* a templomban, az ú. n. *korosma*, mely után a család nőtagjai lakomára gyülnek.

A szülés után gyakran előforduló *anuria* esetében a nőt párolják, fürdetik petrezselyemlében, füstölik; de *katetherezni nem engedik*. A gyakran fellépő utófájások enyhitésére a régi bábák az ú. n. *„szülőport"* adták, egy morphiumkészitményt. Ma már természetesen ez sem lehet. A méhnek naponta való kenése a bába elengedhetetlen kötelessége.

Tejláz. A szülés utan bármely okból fellépő gyermekágyi lázat *tejláz*-nak tartják s rendesen valamely megbabonázást okolnak. Az akkor jelentkező lochiát természetes és szükséges dolognak tartják. Kezelés mastitis esetében az emlőre alkalmazott meleg borogatások és hihetetlennél-hihetetlenebb kenőcsök és gyógyszerek. Magam láttam mastitis esetében állati excrementumos borítást. Genyedés esetén feltárni nem engedik! Szintúgy óvakodnak a mastitis kezdeti szakában a hidegvizes borogatástól.

A gyermekágy tartama, fürdő és kimenő. A gyermekágyasok nálunk általában á 2., 4., 7-dik napon kelnek fel. Bár volt esetem, hol a fogóműtét után 12 órára a szülőnő felkelt. Hatodik nap megy az anya gyerkével az avatásra. Öt-hat órával a szülés után fürdenek. Az első coitus 5—6 hét mulva történik, néha a jobb módúaknál az avatás után a 7-dik nap. Hallottam esetet intelligensebb embereknél, hogy a 4-dik nap. De gustibus! . . .

Szoptatás. Városunkban a magyar nők emlője általában középnagy, duzzadt, kemény, mirigyes szövetű. A bimbók elég jól kifejlődöttek. A bunyevácz nőknél, kik zsenge leánykoruktól kezdve emlőiket mesterségesen leszorítják, az emlők kicsinyek, petyhüdtek, a bimbók kevésbbé kifejlődöttek. Mindketten megegyeznek azonban, hogy emlőiket sohasem mossák!

A szerb és bunyevácz nő a keresztelés előtt nem szoptatja gyermekét, mert az még tisztátalan. Ha az anyának kevés a teje, úgy a szomszédasszony, vagy az épen jelenlevő szoptatós rokonasszony szoptatja meg a gyermeket. Naponta 7—8-féle tejet is kap a gyermek!

Sokszor már egy hónap után más táplálékot is kap a gyermek, az ú. n. *„czuczlit"*, organtinba vagy vékony vászonba kötött, tejben áztatott s péppé gyúrt zsemlyét. A colostrumos első tejet is az újszülött szivja ki. *Pálinkát* nem adnak a gyermeknek, ezt örömmel konstatálhatom, de igen is *mákfőzetet*, ha nyőgös! A szoptatás nincs időhöz kötve, egész nap történik csekély szünetekkel, kivált, ha a gyermek nyőgős. A baj okát nem keresik. Ha az anya teje nehezen jő meg, vagy kevés, sok levest, diót s vöröshagymafőzetet adnak az anyának. Ha a tej elapad, úgy az anya mellére camphoros zsákocskát s állati excrementumot tesznek.

A tej elapadását rossz jelnek tartják. Meghal a gyermek. (Nincs reá szüksége, mondják. Ok helyett okozat).

A szoptatás rendes tartama 1—2 év, néha ritkán 3—4 év is. Ezen protrahált szoptatás oka ismeretes: befolyásolni akarják a fogamzást.

Elválasztás. Vagy a tejet elapasztani igyekeznek vagy a gyermeket elszoktatják a szopástól. Az elsőt erős lekötés, gyakori lassú kifejés, camphoros kezelés által igyekeznek elérni, az elszoktatást pedig az által, hogy a gyermeknek a szopást kellemetlenné és lehetetlenné teszik, az emlőt undoritó anyagokkal bekenik, vagy szúrós tárgyakat

kötnek reá. Az elválasztást tavasz elején és ősz végén leghelyesebb megtenni.

Köldökzsinórlekötés. A köldökzsinór lekötése normalis módon, de csak későn történik. Néha 12—24 óráig is együtt fekszik a gyermek a lepénnyel, hadd folyon ki a rossz vér! A széken való szülés gyakori eredménye, hogy a köldökzsinór leszakad, sokszor a hasfalnál.

Fürösztés. Fürösztés néha rögtön, néha azonban csak másnap. Esővizben nem szabad fürészteni, mert a gyermek füle folyni fog.

A gyermek betegségei. Sokféle gyermekbetegség csaknem mindegyikére kitalált a nép felfogása különösnél-különösebb okokat, de megtalálta ezen téves felfogásában a hozzávaló gyógyszereket is, olyanokat, min mi csak mosolygunk. Mindazokat felsorolni nehéz lenne, de a népfelfogás illusztrálására említek egy characterisztikus esetet, a gyermek ú. n. *„rágását"*. Ennek oka az, hogy *a gyermek pelenkáján nyugodott le a nap.* Orvossága a szőrrel való füstölés.

Ime elértem dolgozatom végére. Iparkodtam szerény tehetségem szerint lehetőleg hűen előadni azon előítéleteket, szokásokat és babonákat, melyek a szülészet körében Szabadkán előfordulnak.

Láthatjuk ebből, hogy míg egyrészt a modern orvosnak és szülésznőnek tág tere nyilik hivatásánál és kötelességeinél fogva ezen téves felfogások és kóros kinövések megszüntetésére, másrészt az orvosi hatóságnak első kötelessége lenne, hogy a vázolt visszaéléseknek szigorú vaskézzel elejét vegye. Úgy legyen!

Váli Dezső dr. Szabadkán.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az idegesség férfiaknál és nőknél. (Neurasthenia és hysteria.) Irta: **Hajós Lajos** dr. egyetemi tanársegéd. Budapest, 1899. Dobrowsky és Franke kiadása. Ára 60 kr.

A fejlődés törvénye szerint nincsen ugrás a természetben. A betegségek fejlődése is e törvény alá tartozik. Par excellence áll ez az idegrendszer működéses bántalmaira. Az ép és kóros idegrendszeri működés között számtalan az átmeneti alak. Hol kezdődik az idegesség, arra felelni nem tudunk. Mi csak annak kifejlett alakjait tudjuk körülirni és jellegző tulajdonait felismerni. Mint ilyenek szerepelnek a neurasthenia és hysteria. Szerző ezek tárgyalását tüzte ki czélul.

Igen helyesen és önállóan e két formának fejlődéses menetét igyekszik kipuhatolni és teszi ezt az által, hogy az idegességet keltő általános okokon kivül reátér a gyermekkor idegességének tanulmányozására és a már e korban mutatkozó kórtünetek közül utal azokra, melyek a felnőttek idegességének alapját teszik. Külön tárgyalja a serdülő fiúk és leányok idegességét és elmésen reámutat a nemi élet terén végbemenő változatok kórfejlesztő hatására.

Majd a neurasthenia és hysteria tüneteit veszi sorra és mindkettő lélektani magyarázatát adja.

A férfiak és nők idegességének különböző voltát akként magyarázza, hogy az előbbiek idegességét mint par excellence a közérzet betegségét, a nőkét mint a lélekét állítja oda. Mindezt elmésen és képekben gazdag nyelvezettel igyekszik bebizonyitani.

Jó megfigyelőre vall a szerző által kiemelt hasonlatosság, mely a hypnosis és egyes hysteriás állapotok között fellelhető.

Az utolsó fejezetben kissé röviden bánik el az idegesség megelőzésével és gyógyitásával.

Szerző stylusa külön említést érdemel; mint említettük, az képekben gazdag, gördülékeny, kellemes, mi által munkája nemcsak tanulságos, de szórakoztató is, és mint ilyent ajánlhatjuk kartársaink figyelmébe.

Sarbó.

Összefoglaló szemle.

A moszkito-malaria-kérdés jelen állásáról.

Ismerteti: **Aujeszky Aladár** dr., az egyet. ált. kór- és gyógyt. intézet tanársegéde.

(Vége.)

Jobban sikerült Grassinak *Bignami*-val végzett következő kisérlete. A Róma közelében levő hirhedt malariafészekből, *Maccarese*-ből szerzett moszkitókkal (anopheles claviger, culex penicillaris és culex malariae) megcsipettek egy, malariát még soha ki nem állott és évek óta már a kórházban tartózkodó idegbajos egyént (a ki kisérletre önként vállalkozott). Az illető megkapta a váltólázat. Megjegyzendő, hogy ugyanezen az egyénen 50 nappal azelőtt *culex pipiens*-szel hasonló kisérletet negativ eredménynyel végeztek. Egy másik esetben a kisérleti egyént három olyan anopheles claviger csipte meg, a mely 10 nappal azelőtt váltólázas beteg vérét szivta és nyálmirigyeiben a sporozoiták jelenléte megállapittatott. A kisérleti személy 12—13 napi incubatio után heves malariás rohamot kapott. *Grassi* kutatásai alapján arra figyelmeztet, hogy a malariás ember az egészségeseket illetőleg veszedelmes lehet, mert a vérét szivó moszkitók másokra is átvihetik baját, *Ross* pedig, a ki főleg a „dapple-winged" (pettyes szárnyú) moszkitókra gyanakodik, azt ajánlja, hogy a malariás embert moszkito-hálóval takarják be, hogy a rovarok hozzá se férhessenek.

Bastianelli, *Bignami* és *Grassi* további együttes kutatásaik alkalmával nemcsak a bagoly és galamb malariaparasitáinak fejlődését észlelték az anopheles clavigerben, hanem az ember plasmodiumának a moszkito bélfalán való fejlődését is sikerült követniök úgy e moszkitóra, mint az anopheles pictusra és bifurcatusra vonatkozólag. Ugyane szerzők tapasztalták azt is, hogy Olaszország malariás vidékein októbertől fogva a szabadban már alig találni anophelest, mert ekkor már lakásokban, istállókban, ólakban húzza meg magát, a hol áttelel. Grassi januárban csak nőstény példányokat talált, melyekben spermatozoák voltak, de sem hímekre, sem álczákra ez időben nem akadt. Érdekes, hogy a malariás betegek lakásaiban összefogdosott anophelesek 75%-ában meg lehetett találni a malariaparasitát, míg a kontrol-rovarokban ezeket hiába keresték. Megállapitották e búvárok azt is, hogy a malariaplasmodiumok legjobban fejlődnek a moszkitókban 30° C. körül levő hőmérsék mellett, lassabban 20—22°-nál, 14—15°-nál pedig fejlődésük megszünik, a mi összevág azzal az észlelettel, hogy a hidegebb időszakban alig fordul elő friss malaria-eset, hanem csak recidiva. Kitünt továbbá az olasz szerzők vizsgálataiból, hogy az anopheles-álczák és peték nem tartalmazzák a malariaparasitákat, még ha fertőzött anyáktól származnak is. Találtak ugyan némely petében 8—8 testecskével biró sporákat, a milyeneket *Ross* már előbb észlelt, de ezekről kiderült, hogy minden valószinűség szerint csak gregarinák.

Grassi és *Dionisi* szerint a *haemosporidák*, melyek közé a malaria plasmodiuma is tartozik, általában olyan parasiták, melyek mind *közbülső* (átmeneti) gazdával birnak és a melyek *alternáló generatiot* tüntetnek fel, a mennyiben ivari úton is, meg sporulatio útján is szaporodnak. Szerintök e parasiták közbülső gazdája melegvérű állat, a definitiv pedig, melyben második fejődési alakjukat veszik fel, gerincztelen állat (diptera, acarida). Melegvérű állatokban amöboidalakúak és sporulálnak, de néhány nap mulva nem sporulálók is vannak köztük: a *gameták* (steril tertiana, quartana alakok, melyek ostort képeznek; nagy, szabad, pigmentált tertiana és quartana alakok, stb.). E gameták az ivari szaporodás képviselői és kétfélék: makrogameták és mikrogametocyták. Ha gerinczes állatban maradnak, elpusztulnak; de ha definitiv gazda középső belébe jutnak, a mikrogameták kiszabadulnak (chromatintartalmú ostorok), kopulálnak a makrogametával s létrejön a mozgó zigota, mely a bélfalba furakodik, nagyobbodik, encystál és sporoblastokat termel, melyek azután sporozoitákká alakulnak. E tekintetben minden esetre még további kutatásokra van szükség.

Végül meg kell még említenünk *Koch*-nak a német malaria-expeditio tevékenységéről szóló legújabban megjelent, felette érdekes jelentését. Tudvalevőleg ezen expeditio, melynek tagjai Kochon kivül *Frosch* tr. és *Ollwig* törzsorvos voltak, a toskanai *Maremmák* hires malariás vidékén végezte tanulmányait ez év április 25-dikétől augusztus 1-jéig. A expeditio tudományos vizsgálataiban *Gosio* olasz professor is részt vett; a malariabetegeket (408) részint a grossetoi kórházban (281), részint lakásukon észlelték. Koch jelentése rövid kivonatban a következő: Az eddigi tapasztalatok azt bizonyitják, hogy az emberi malaria-parasiták az emberen kivül csak bizonyos moszkitókban képesek élni, de az utóbbiakban is csak forró nyári időben képesek kifejlődni és igy 8—9 olyan hónap marad, a melyben csupán az emberi testben való tartózkodásra vannak utalva. Más állatok vérében talált hasonló parasiták könnyen és biztosan megkülönböztethetők az ember parasitájától. Az expeditio megvizsgálta a friss malariával jelentkező betegek lakásait, kutatva, hogy azokban milyen moszkitófajok fordulnak elő.[1] Kevés kivétellel többnyire 4 fajt talált az expeditio. Ezek: culex nemorosus, culex pipiens, anopheles maculipennis és egy phlebotomus-faj. Az utóbbi fájdalmasan csip, bőrinfiltratiot okoz s a nyári meleggel egyidejűleg jelenik meg, de nem valószinű, hogy a malariát terjeszti, mert parasitát nem találtak benne; a culex nemorosust sem tartja Koch gyanúsnak, mert a melegség növekedtével száma fogyott. Azonban a culex pipiens és az anopheles nagy számban találtattak a fertőzött lakásokban és soknak testében (gyomor, méregmirigy) megvoltak a malaria-parasiták is. E két moszkito, kivált az anopheles, az egész éven át előfordul, hideg időben is csip, de ilyenkor nem fertőz, mert hidegben a parasita nem fejlődik benne. Koch azt tapasztalta, hogy ha a maximalis hőmérsék tartósan 27°-ra emelkedett vagy e fölé, akkor 3 hét mulva erősen szaporodott a malaria-esetek száma. Miért 3 hét mulva? Mert ilyen hőmérsék mellett a lakásokban a hűvösebb éjek daczára is van 24—25°, mely melegség mellett a moszkitókban kifejlődhetnek a parasiták; e kifejlődésre pedig 8—10 nap kell. Ha már most a fertőzött moszkito beleoltja valakibe a parasitát, ismét körülbelül 10 napos incubatio után jelentkezik az illetőn az első váltólázas roham: vagyis körülbelül 3 hét mulva a tartós 27°-os meleg bekövetkezte után. Ez magyarázza meg azt is, hogy Koch áprilistól junius végéig friss malaria-esetet alig észlelt, csak recidivákat; junius végén azután egyszerre hatalmas epidemia tört ki. Mikor a meleg idő beáll, a recidiva-esetek azok, a melyekből a moszkitók útján azután az új, friss infectiok keletkeznek. A recidiva-esetek tehát Koch szerint összekötő hidat alkotnak az egyik esztendőnek és a reá következőnek malaria-epidemiája között. Ennélfogva arra kellene törekedni, hogy a recidivák lehetőleg megakadályoztassanak. Ezt a malaria-betegek érdeke épen úgy megköveteli, mint a közegészségügy érdeke. És épen ezért a malaria terjedése ellen ajánlott egyéb hygieniai intézkedések pontos végrehajtásán kivül Koch még azt is ajánlja, hogy a malariás betegek a chinint, a malaria e pótolhatlan specifikus gyógyitószerét, a váltóláz látszólagos gyógyulása után is még jó ideig szedjék, hogy igy a későbbi recidiváktól — más egyének fertőzésének forrásától — meg legyenek védve.

[1] Koch szerint a nép azon a vidéken nem alszik a szabadban, mert fél a moszkitóktól; ezek különben is inkább csak éjjel csipnek, igy tehát valószinű, hogy a fertőzések is a *lakásokba* jutott moszkitók útján, éjjel történnek.

IV. A moszkitók elpusztítását czélzó eljárások és az ezekre vonatkozó kisérletes vizsgálatok.

A moszkitók elszaporodása és a malariajárványok keletkezése között kétségtelenül kimutatott okozatos összefüggés arra indította a búvárokat, hogy a moszkitók elszaporodását megakadályozó tényezőket kutassák és ezek alapján az ellenök követendő intézkedéseket megállapitsák.

E szempontból ismét első sorban számba veendő a mocsarak eltüntetése, a nedves talaj kiszáritása. Az a tapasztalat pedig, hogy mozgó viztükrön a moszkitók kibúvása a pupariumból és peterakásuk nagyon meg van nehezitve, arra a gondolatra vezetett, hogy malariás vidékek álló vizeit a moszkitóknak bábjukból való kiszabadulása és peterakásuk idején állandóan hullámzásban tartsák. Némelyek ismét arra hivták fel a figyelmet, hogy bizonyos állatok (halak, denevérek, bizonyos madarak, pókok stb.) nagy mértékben pusztitják a moszkitókat és azért ezeknek a malariás vidékeken való nagyobb mérvű tenyésztését ajánlották.

Bizonyos fáknak, különösen az eucalyptusoknak sajátságos szagát nem kedvelik a moszkitók és így a sok váltólázas vidéken elterjedt azon szokásnak, hogy nagyobb mennyiségű eucalyptusfát ültetnek, nemcsak annyiból van értéke, hogy e fák hatalmas vizszivó gyökereikkel a nedves talaj kiszáritásához tetemesen hozzájárulnak, hanem azért is, hogy a moszkitókat távoltartják a lakásoktól.

Úgy látszik, hatalmas ellenségei a moszkitóknak bizonyos vegyi anyagok is, mint pl. a petroleum, melynek e tulajdonsága már régen ismeretes. *Nuttall* erre vonatkozólag a következőket emliti: *Aaron* szerint egy csepp petroleum 10 négyszöghüvelyknyi felületű pocsolyán 15 percz alatt megöli a moszkito-álczákat és bábokat. *Howard* 60 □-lábnyi területű mocsarat petroleummal 10 nap alatt tisztitott meg a moszkitóktól és számitása szerint körülbelül 10 frt árú petroleum ilyen czélból elég volna 96,000 □-lábnyi kiterjedésű mocsárra. *Washington* közelében *Howard* (1897) egy 4000 □-lábnyi területű tavon, a hol mindig sok moszkito volt, 15 gallon (= 68 liter) petroleumot öntött szét. Ez junius 4-dikén történt és junius, valamint julius hónapban ott egy moszkito sem fejlödött. Más vidékeken is észlelték, hogy a petroleumot sikeresen lehet használni a moszkitók pusztitására. Atlantic Cityben a vasvitriolt alkalmazzák a petroleum helyett, másutt a kalium hypermanganicumot. Siamban pedig régen divatos, hogy a vizbe rozsdás szögeket raknak a moszkitók szaporodásának gátlása végett (*Kawn*).

Bizonyos gőzök is károsan hatnak a moszkitókra. A pyrethrumgőzöktől elkábulnak (*Campbell*); rosszul tűrik a mentha pulegium olajának gőzét is (*Veeder*), valamint a kátrány-gőzöket, az eucalyptus-olaj és a kén gőzét, a foghagyma és kamphor szagát stb.

A Centralblatt für Bakteriologie legutóbbi számában *Celli* és *Casagrandi*[1] autoreferatum alakjában közlik a római közegészségtani intézetben a moszkitóölő anyagokkal végzett legújabb kisérleteiket. Vizsgálataiknak főbb eredményei a következők: 1. A moszkitópeték elpusztitásához az erre alkalmas szerek nagyobb adagaira van szükség, mint az álczák tönkretételéhez. 2. Az álczákat és a teljesen kifejlödött moszkitókat könnyebben lehet elpusztitani. E czélra az olasz szerzők vizsgálatai alapján *sorrend szerint* a legmegfelelöbbek a következő anyagok: *a*) Ásványi anyagok: SO_2, kalium hypermanganicum sósavval, konyhasó, hamuzsir, ammoniak, calciumcarbid, sublimat, chlormész, bisulfitek, vasgálicz, rézgálicz, chromsavas kalium és natriumsulfit. *b*) Szerves anyagok: chrysanthemum virág (aranyvirág) pora, dohánylevél, petroleum, oleum olivarum, formalin, kresolvegyületek, néhány anilinfesték, mint a larycith III, gallol és a malachitzöld, végül a kátrány. Erősen hangsúlyozzák a szerzők, hogy praktikus szempontból kivált tekintetbe veendők és olcsóságuknál fogva is igen alkalmas moszkitópusztitó anyagok a chrysanthemumfélék virágának pora, a petroleum és az emlitett anilinfestékek. A petroleum 10 kcm.-je 100 □cm. vizfelszinre igen hatásosnak bizonyult (18°-os hőmérsékletnél); 0·20 kcm. kőolaj ugyanakkor a vizfelszinre öntve csak két napig volt hatásos. A chrysanthemum-virág pora némely halra kártékony hatású; a petroleumnak előnye, hogy az emlitett mennyiségben alkalmazva, a halakat nem bántja. Az emlitett anilinfestékeknek igen csekély concentratioja is megölte a moszkitólárvákat; igy a larycith III. már 0·0015‰-es, a gallol 0·0062‰-es és a malachitzöld 0·0125‰-es oldatban hatékonynak bizonyult. 3. A levegőben szálldogáló moszkitókat megölni képesek bizonyos szagos anyagok, füstök és gázok; és pedig a terpentin-olaj, jodoform, menthol, szerecsendió, camphor, foghagyma, dohányfüst, crysanthemum-virágpor, friss eucalyptuslevelek, quassiafa, pyrethrum-por és a gázok közül a kénsavas anhydrit. Hogy azonban a megfelelő moszkitoölő hatást létrehozzák, szükséges, hogy az illető helyiséget, a hol e szereket alkalmazzák, szagukkal erősen elárasszák, a levegőt telitsék. Különben csak elkábitják vagy elhajtják a moszkitókat. Fiatalabb moszkitók mind e szereknek kevésbbé ellenállók, mint az idősebbek. 4. Kiderült *Celli* és *Casagrandi* vizsgálataiból az is, hogy a napfény elősegiti a viztükörre juttatott moszkitoölő anyagok hatását, a mennyiben a vizben lefolyó rothadási folyamatokat lassitja. Rothadó vizekben a kalium hypermanganicum, a gallol, a malachitzöld, de egyéb moszkitoölő folyadékok is hamar bomlást szenvednek s igy moszkitopusztitó hatásuk is csökken, sőt teljesen meg is szünhetik. 5. A moszkitók pusztitására legalkalmasabb idő a tél, mikor erősen megfagytak a vizben s nem szaporodnak. Lakásokban, zárt helyeken, a hol áttelelés végett meghúzzák magukat, szintén legjobb őket télen pusztitani. 6. A további kisérletek és a moszkitók biologiai viszonyainak alaposabb kutatása és megismerése pontosabban meg fogják jelölni azokat a teendőket, melyek végrehajtása által a malaria e terjesztőinek elszaporodása ellen legsikeresebben működhetünk. Annyi azonban már most is bizonyos, hogy a moszkitók elpusztitása nem olyan könnyű és olcsó dolog, mint a hogy azt sokan hiszik.

A szerzők vizsgálataikat tovább folytatják.

[1] Über die Vernichtung der Mosquitos. Beitrag zu Untersuchungen mit mosquitotötenden Stoffen. Zusammenfassendes Referat aus den Atti della Società italiana per gli studi della Malaria, Roma, 1899. Juli. Centralbl. f. Bakter. XXVI. köt., 13. sz.

Lapszemle.

A fájdalomnak a szivre való befolyását vizsgálta *Egger*. Már *Mannkopf* észlelte, hogy hyperaesthesiás területekre gyakorolt nyomás az érlökések számát növeli és ezen jelenséget utána nevezték el. *Egger* ezen jelenségnek értékét vizsgálta baleset vagy egyéb okok folytán beállott betegségekben szenvedő egyéneken. Igen beható és terjedelmes vizsgálatainak az volt az eredménye, hogy hirtelen támadó fájdalmak vagy ezeknek gyors fokozása alkalmával a szivműködés lényegesen változik és ezen változás kimutatása igen fontos adatot szolgáltat adott esetben. De a szivműködésben beálló változást csupán sphygmograph segitségével lehet meghatározni. Hirtelen beható fájdalom az érlökések számát csaknem minden esetben fokozza és ezért a reactio nagyságából, azaz az érlökések számának nagyobbodásából a fájdalom nagyságára lehet következtetni. Persze nem szabad figyelmen kivül hagyni a vizsgált egyénben jelenlevő ingerlékenységi viszonyokat sem, mert ezek egyénileg igen eltérők és azért mindenkor számításba kell venni. Kedélyi befolyások szerző nézete szerint nem változtatják meg valami lényegesen a vizsgálat eredményét; mig ellenben aránylag csekély izommunka is már lényegesen képes befolyásolni az érlökések számát. Szerző nézete az, hogy a *Mannkopf*-féle jelenséget minden oly esetben meg kell figyelni, a mikor a beteg arról panaszkodik, hogy nyomás vagy pedig mozgás által okozott fájdalom csökkenti, sőt akadályozza a munkaképességét. (Ueber den Einfluss des Schmerzes auf die Herzthätigkeit. Arch. f. Psych. 31 köt. 1—2. füzet). —*tz.*

A gümős hashártyagyuladás sebészi kezeléséhez. *Herzfeld* dr. a tuberculosus hashártyalobokat három főcsoportba foglalja: 1. a miliaris, 2. a göbös zsugorodó, 3. az adhaesiv alak; mindezeknél az infectio vagy haematogen vagy lymphatikus. A klinikai tünetek és diagnosis rövid méltatása után áttér a kezelésre. Régibb időkben a belső szerelés volt egyike a leghasználatosabbaknak s épen a gyógyszerek sokasága és különfélesége mutatja, hogy e kezelés mily megbizhatatlan volt. Ha az exsudatum oly fokú volt, hogy szükségessé vált a sebészi beavatkozás, akkor végezték a hasüreg csapolását, egyedül a folyadék kibocsátására szoritkozva. 1884-ben König utalt először arra, hogy tuberculosis peritonei egyszerű laparotomia után gyógyul. Ez arra vezetett később, hogy némely sebészek a laparotomiát a hasüreg kiirrigálásával tartották meg, mig mások a hasüregbe gyógyszereket is vittek, különösen jodoformot, mint a tuberculosis specifikus gyógyszerét, ez által akarván a gyógyeredményt biztositani. Ismét König volt az, a ki 1890-ben s most már határozottan kimondta, hogy a tuberculosus peritonitis ilynemű sebészi kezelésénél az egyedüli gyógyitó tényező a hasüreg megnyitása. Különféle theoriák keletkeztek annak megmagyarázására, hogy a hasüreg megnyitásánál mely körülmény hat tulajdonképen gyógyitóan: a fény, a levegő, a peritoneum kiszáradása vagy pedig a laparotomia által lehetővé tett leukocyta kivándorlás? Szerző azokhoz csatlakozik, a kik a gyógyulás okát abban a reactioban keresik, melyet a peritoneum külső izgalmakra mutat. Osler, Warnek, Wegner, Buchner, Messauer és Hildebrandt felfogásait felemlitve, azt mondja, hogy az ugyan még talány, hogy mi az oka annak, hogy a peritonitis tuberculosát a laparotomia gyógyitja, de az bizonyos, hogy a sebészi beavatkozás után a gümők nem esnek szét sajtosan, hanem hyaline fajulnak el s igy a felszivódásra sokkal alkalmasabbakká lesznek. Az értekezéshez 29 eset kórtörténete van csatolva és kritikusan tárgyalva. A czikket a terjedelmes irodalom felsorolása követi. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.) *Holzwarth Jenő* dr.

Lycetol csúz ellen. Dr. *C. Gagliardi* feltünően kedvező gyógyeredményekről referál, melyeket *idült súlyos csúzos bántalmaknál* a lycetollal elért. Egy sok év óta tartó esetben, mely az izületek deformatiojával és elviselhetlen fájdalmakkal az alsó végtagokban volt kapcsolva, 2 grammos lycetol adagokra pro die már két hét mulva az izületi daganatok leapadtak, a fájdalmak csökkentek és feltünő általános javulás állott be, s egyidejűleg a diuresis fokozódott. Egy másik esetben, hol nemcsak az izületek, hanem az izmok és inak is szenvedők voltak, naponta 2 gm. lycetol használatára lassan ugyan, de teljes gyógyulás következett be. Végre megkisérlette a szert egy évek óta tartó s elhanyagolt köszvény-esetnél is, melyben a baloldali nagyujjban székelő fájdalmakat a köszvényes roham elején a lycetol lényegesen enyhitette és további kezelés alatt a rohamok is ritkábban jelentkeztek. Itt is fokozódott diuresist és a vizelet üledékének megapadását tapasztalta. Ezek alapján csúz és arthritikus diathesis ellen melegen ajánlja a *lycetolt*, melynek prompt hatása a lycetol összetételéből is magyarázható. Mint tudva van, a lycetol nem egyéb, mint a *dimethyl piperazin* összeköttetése *bórsavval*. E szerint a piperazin húgysavoldó tulajdonságaihoz a methylcsoport fájdalomcsillapító hatása csatlakozván, a bórsav elégése szénsavvá, mely az organismusban végbemegy, fokozza a többnyire megcsökkent véralkalescentiát. —*r.*

A heveny peritonitis sebészi kezelése. *A. Tietze* dr. kimerítő közleményben azon észleleteket ismerteti, melyeket újabban a hashártya-

gyuladás sebészi kezeléséről tettek, főleg a Mikulicz-klinika tapasztalataira támaszkodva. Kóroktanára vonatkozólag elfogadja a Grawitz-féle tételeket, a ki szerint csakis genyedést keltő bacteriumok okoznak, bizonyos szám és virulentia mellett hashártyagyuladást; elősegiti létrejöttét bomlásra képes folyadékok jelenléte a hasűrben, chemikus vagy mechanikus sérülése a hashártyának, az egyén általános elgyengülése s végre nagyobb anyaghiánynyal járó hasseb jelenvolta. A védekezés két eszköze a gyors resorptio és az összetapadás okozta gát, bár amaz septikus infectiora vezethet. A veszély főleg a septikus intoxicatioban rejlik, kevésbbé fontos a folyadékveszteség és főleg pelveoperitonitiseknél a pyaemia. Mint utóbántalom az összenövések és az általuk feltételezett ileus jő tekintetbe. A Mikulicz-féle beosztás körülirt, előrehaladó genyes és általános septikus alakot vesz fel; utóbbi kettő közé iktatta be szerző az eves alakot, mely a leggyakoribbak egyike. A progressiv alaknál észlelhető typikus elhelyezkedést praeformált terjedési utakra vezeti vissza. A sebészi kezelés eredményeit magyarázzák: a septikus exsudatum eltávolitása, az intraperitonealis nyomás lecsökkentése s ennek következtében a felszivódás lassúbb volta, végül összetapadások létesitése, mely utóbbi elérésére Mikulicz hathatós segédeszközt nyujtott a jodoformgaze drainezés által. Kivéve a diffus septikus és a ritka peritonitis sicca alakot, műtét minden esetben indicált. A körülirt alaknál főleg a nőgyógyászok tartózkodnak sebészi beavatkozásoktól, hivatkozva a spontan gyógyulásokra, melyek pelveoperitonitiseknél elég gyakoriak. Tapasztalati tény azonban, hogy minél magasabb helyen székel a gócz, annál nagyobb hajlandósága a lefelé terjedésre, azért az eltokolt alakoknál is szükségesnek tartja a sebészi beavatkozást. Az elért eredmények, százakra menő esetekből vonva következtetést, legrosszabbak gyomor- és féregnyújtványátfúródás okozta peritonitisnél; előbbinél 67·96%, utóbbinál 62·8% a halandóság. Vegyes esetekben Krecke 43%, Körte 35·2% gyógyulást ért el. A technika, melyet a Mikulicz-klinikán követtek, elég egyszerű: bemetszés a linea albában a köldöktől a symphysisig. Ha eltokolt tályogról van szó, ennek helye határoz; ha azonban felkeresésénél a szabad hasűrt megnyitottuk, legczélszerübb 24 óráig jodophormgaze drainezés által összetapadást létesiteni s két szakban végezni a műtétet. Nagy űrnél intoxicatio elkerülése végett ajánlja, hogy csak 1%-os jodoformmullt használjunk s az űrt nagyobbára steril mullal tömjük ki. A folyadékok alkalmazását a peritoneum mosására elveti; czéltalanságát összehasonlitja azzal, mintha erysipelast akarnánk irrigatioval gyógyitani. E technicától csak az esetben tér el, ha ismerjük a perforatio vagy infectio helyét. A féregnyújtvány átfúródásánál először a Sonnenburg-féle metszést ajánlja, párhuzamosan a Poupart-szalaggal, igy férhetvén hozzá legkiméletesebben. De ily esetekben is bevág a linea albában, mert a geny ez esetekben a bal csipőárok felé szokott sülyedni. Fontos tény, hogy a has magasabb helyeiből kiinduló izzadmány rendesen lesülyed a csipőtányérokig s hogy felül serosusnak látszó izzadmány a mélyebb pontokon genyes lehet; ezért fontos minél nagyobb metszés, mely minél mélyebbre terjedjen. A hassebet a fent leirt jodoformos mullal tömi ki. Utókezelésnél elveti az opiumadagolást, mert a jodoformgaze drainezés legjobban immobilizálja a beleket. Bajt az összenövések ritkán okoznak, mert Schnitzler kisérletei szerint később nagyobbrészt oldódnak. Ezután következik 27 kórtörténet nagyobbára Mikulicz klinikájáról, melyekre fenti tételeit alapitotta. Nagyobbrészt szerző operálta esetekre vonatkoznak, csak néhány való Mikulicz magánkórodájáról. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1899. V. Band Heft. 1.). *Manninger Vilmos* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. november 3.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. október hó 15-dikétől 1899. október hó 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 458 gyermek, elhalt 243 személy, a születések tehát 215 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2375 beteg, szaporodás 789, csökkenés 716 maradt e héten végén ápolás alatt 2448. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, roncsoló toroklob —, hökhurut —, kanyaró 3, vörheny 14, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 5, agyvérömleny 4, rángások 4, szervi szivbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 27, tüdőgümő és sorvadás 44, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 14, méhrák 2, Bright-kór és veselob 6, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 13, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. október 22-dikétől október 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 4), himlőben 2, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 40 (meghalt —), vörhenyben 68 (meghalt 9), kanyaróban 43 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyikban 23 (meghalt 3) trachomában 7, vérhasban — (meghalt 1), hökhurutban 26 (meghalt —), orbánczban 17 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

ⓘ **Esztergom szab. kir. város közkórházának 1898. évi betegforgalma.** A most megjelent évkönyv adatai szerint a *Gönczy Béla* dr. vezetése alatt álló kórházban a mult évben 795 beteg ápoltatott, köztük 562 férfi és 233 nő.

A betegségek igy oszlottak meg: belgyógyászati 472, sebészeti 257, szemészeti 44, nőgyógyászati 24 és szülészeti 1 eset. Az ápolási napok száma 15,676 volt. A 795 beteg közül gyógyultan 472, javultan 199, gyógyulatlan 32 egyén távozott; 49 meghalt s 1899. évre ápolás alatt maradt 43 beteg. A gyógyultan távozottak aránya a javultakéhoz képest azért nem mutat elég kedvező képet, mert csekély ágyszám és a növekedő betegforgalom mellett a betegeket már teljes felgyógyulásuk előtt is el kell bocsátani, a mi kitünik a következő statistikai adatokból: 1896. évben 492 beteg 21 napi átlaggal 14,200 napon át; 1897. évben 700 beteg 21·4 napi átlaggal 15,076 napon át; 1898. évben pedig 795 beteg 19·7 napi átlaggal 15,676 napon át ápoltatott.

Az év folyamán 194 nagyobb műtét végeztetett.

Most már elkerülhetlen egy új kórház épitésének szüksége, mely képes lesz a jelenlegi betegforgalomnak megfelelni, s Esztergom szab. kir. város képviselőtestülete az új kórház felépitését tényleg elhatározta, s a terveket ifj. *Bobula János* által elkészittette. A kórház pavillonrendszerben van tervezve, s következő pavillonokból állana: egy 25 ágyra berendezett sebészi- és gyermek-pavillonból, egy 45 ágyra berendezett pavillonból belgyógyászati és bujakóros betegek számára, továbbá 1—1 elkülönitő kisebb pavillonból fertőző és elmebetegek részére, végre az igazgatói lakásból, a kápolnával egybekötött apáczalakból, konyha és gazdasági épületből, s egy kis hulla-házból. A tervezésnél azért kellett a kórházat ily kisméretű pavillonokra osztani, mert egyes nagyobb adományok csak oly feltétellel tétettek, ha azokból önálló osztályok épittetnek. Az épitkezés 120,000 — 130,000 forintba fog kerülni, s nagyrészt adományok által lesz fedezve, melyek között első helyen a *herczegprimás* és az *esztergomi takarékpénztárei* vannak; nagyobb adományokkal járulnak a költségek fedezéséhez továbbá az esztergomi *főkáptalan* s a *törvényhatóság*; jelentékeny eredménynyel járt egy társadalmi úton eszközölt gyüjtés is; a még hiányzó összeget kölcsönnel fogják fedezni, melynek amortisatiojára a *herczegprimás ő Eminentiája* adományán felül évente 1000 forinttal fog hozzájárulni, ugyancsak ő bocsátja a primási vízvezetéket is a kórház rendelkezésére.

— **Az orvostanhallgatók successiv fogyását** tünteti fel a következő összeállitás. A budapesti egyetem orvosi karán első éves orvostanhallgatónak iratkozott be 1890/1-ben 219, 1891/2-ben 166, 1892/3-ban 177, 1893/4-ben 187, 1894/5-ben 170, 1895/6-ban 150, 1896/7-ben 111, 1897/8-ban 131, 1898/9-ben 126, 1899/1900-ban 117.

± **Civil orvosok a transváli háborúban** az angol hadsereg részéről naponta 1 font napidíjat, lovat és kapitányi ellátást kapnak; szolgálatuk befejeztével pedig két hónapra fizetik ki a napidíjat végkielégités gyanánt.

♀ **Megjelent.** *Preisz Hugó* dr. állatorvosi főiskolai tanártól, a m. kir. állami bakteriologiai intézet igazgatójától: *Bakteriologia* 123 szövegábrával és 22 hatábras tablóval. Budapest. 1899. Kiadja a Magyar országos állatorvos-egyesület. Ismertetni fogjuk. — Contribution a l'étude de l'origine des anticorps typhiques par le Dr. *Ladislas Deutsch.* Klny. az „Annales de l'Institut Pasteur" 1899-dik évfolyamából. — *Nagy Képes Világtörténet* 43. füzete, melyben Róma történetének leirása kezdődik. Ára 30 kr.

A Lőrinczy Ferencz dr. szerkesztése alatt megjelent és immár 21 év óta fennálló „*Közegészségügyi Kalauz*" szerkesztői és kiadói joga családi körülmények miatt örökáron, szerény feltételek mellett szabad kézből eladó. Tudakozódhatni Üllői-út 53/b. I. 16. alatt bármikor.

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

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály" Szt. Lukács-fürdő savanyúviz, mint kellemes üditő ital ajánltatik

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XXIV. rendes ülés 1899 október 26.) 559. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1899. október 11-dikén.) 560. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIV. rendes ülés 1899. október 26.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József.**

A processus mastoideus műtétekhez.

Tomka Samu: Vannak ugyan még nézeteltérések a fülorvosok közt a csecsnyújtvány-műtétek indicatioit, a beavatkozás idejét illetőleg, általánosságban azonban tisztában vagyunk e kérdésekkel. A mint nem volna helyes minden idült genyes középfüllobnál a csecsnyújtványt felvésni a nélkül, hogy hosszabb ideig conservativ kezelést ne kíséreltünk volna meg, épen úgy nem volna helyes a műtétet halogatni akkor, a midön a tünetek és az objectiv vizsgálat a műtét minél előbbi végzése mellett szólnak. Habár olykor műtéti beavatkozás nélkül is előfordul gyógyulás, ezen kivételes esetek nem szolgálhatnak okul arra nézve, hogy a műtét végrehajtását minél későbbre halaszszuk.

Ha vagy 10 napig fennállanak a műtétet indikáló tünetek, akkor nyugodtan végezhetjük azt, mert minél később operálunk, annál kiterjedtebb a bántalom, annál nagyobb részt kell a csecsnyújtványból eltávolítani, annál tovább tart a gyógyulás; sőt akárhányszor bizony a késői műtét nem használ már a betegnek, hanem a geny áttörése folytán meningitis, agytályog, pyaemia stb. következtében beáll a halál. Sajnos, ezen műtétektől nálunk még nagyon idegenkedik a közönség és az orvosok egy részénél sem részesül még a kellő figyelemben.

Az acut genyes középfüllobok kapcsán rendes viszonyok közt nem képződnek a csecsnyújtványban tályogok a szakszerű kezelés mellet, jóllehet minden esetben van a csecsnyújtványsejtekben geny, mert hanyattfekvésnél az antrumból könnyen oda hatolhat. Csak ha a csecsnyújtványsejtek kibélelése és a csont is belevonatik a bántalomba, fordulnak elő a komolyabb csecsnyújtványmegbetegedések. Ez leginkább akkor történhetik meg, ha a dobüregből a halljáraton át a genynek nincs szabad lefolyása, ha a dobhártya perforatioja nagyon kicsiny, ha nem gondoskodunk elegendő paracentesisről. Idült esetekben a geny a nyákhártyát megtámadja, innen a csontra terjedhet a bántalom és caries következhetik be. Vagy, mint egy másik esetünknél, a dobüregben a lob szépen, nyom nélkül lefolyt, a csecsnyújtványban azonban a lobnak, a bakteriumoknak tovafejlödésére alkalmasabbak lehettek a viszonyok, és igy a lob ott továbbra is fennállott. Ismét egy másik esetnél a bárányhimlő, a diphtheritis kapcsán a csecsnyújtvány nagyobbfokú cariese következett be.

Megemlíti szóló, hogy e hó 17-dikén egy heveny genyes dobüreg és csecsnyújtványlobban szenvedő gyermeknél és 24-dikén egy idült genyes középfül- és csecsnyújtványlobban és fistulában szenvedő felnőttnél *Schleich*-féle eljárás mellett végezte a csecsnyújtvány-műtétet. Az első esetben a gyermek vidáman beszélgetett a műtét alatt és nem érzett semmi fájdalmat, a másodikban az anaesthesia nem volt olyan szép és a beteg némi fájdalmat érzett.

Előadó ezután bemutatja operált és teljesen gyógyult betegeit.

Schwarcz Ede: Az elsőnek bemutatott eset hasonlónak látszik azon két operált és gyógyult esethez, melyeket hozzászóló ez év elején az orvosegyesületben bemutatott, s a melyeknél kimutathatólag genyes dobüreglob és a dobhártya átfúródása nélkül fejlödött a mastoidealis folyamat. A bemutatott esetnél a kalapács markolata mentén jelenlevő jelentékenyebb injectio és a többi hurutos tünet, bár lefolyt átfúródásnak nyoma nem látható, azt a benyomást teszik, mintha azok egy előrement, nagyobbszerű lobos folyamat maradványai volnának.

A második esetet illetőleg, bemutató leírva a heveny genyes dobüreglob tüneteit, jelzi, hogy a paracenthesis végzése előtt — mely alkalommal geny jelentkezett — katheter alkalmazására szörcszörejeket kapott. Kérdi, miután ezt már más alkalommal is hallotta bemutatótól, hogy a paracenthesist megelőző katheterizálást, mely tudvalevőleg képes a lobos fertőzést a csecsnyújtvány sejtjeibe átvinni, bemutató mivel indokolja?

Tomka Sámuel: Az első esetben szóló is azt hitte, hogy a dobüregből indult ki a folyamat; a mi a dobhártya és kalapács belöveltségét illeti, ennek oka, hogy a beteg munkás, és ma jött be Borosjenöről; létrejöhet különben ez a belöveltség akkor is, ha a tölcsért bevezetjük a hallójáratba, tehát ebből semmi következtetést vonni nem lehet.

A második esetet illetőleg, hogy perforationak nyoma nem látszik, ez sok esetben előfordul, mert a perforatio úgy összenő, hogy nyomokban sem látható; paracenthesis előtt azért végzett katheterizálást, hogy a szörtyzörejekből a tuba állására és viszonyaira következtethessen,

Discussio Herczel M. f. hó 21-dikén az „epityphlitisről" tartott előadása felett.

Kende Mór: Szólónak is volt egy epityphlitis esete, mely egy psychopathikus férfiúra vonatkozott, ki 1892 óta szenved appendicitisben: intermittens magas lázak, léptumor volt constatálható és csak a 7. napon léptek fel ilecoccalis fájdalmak, majd tyúktojásnyi daganata támadt a processus vermiformis tájékán, mely férfiökölnyi lett s később újra tyúktojásnyira fejlödött vissza, ma is akkora. Azóta a beteg 60 recidiván ment keresztül; a recidivát mindig megelőzi diarrhoea s középmagas lázak kiséretében megjelennek a fájdalmak a vakbél táján s neuralgikus fájdalmak a nervus cutaneus ext. femoris mentén, úgy hogy a beteg sem ülni, sem állni, sem járni nem képes.

Ha szóló az első megbetegedés alkalmával tudta volna, hogy az epityphlitis műtétének olyan jó a prognosisa, akkor megoperáltatta volna, de akkor még nem tudta s palliative járt el, arra törekedvén, hogy a tumor ne vongáltassék; a beteg tartózkodott minden hevesebb mozgástól, szoros haskötőt hord, mindig a jobb oldalán fekszik s igy az illetőnek, daczára, hogy ideges ember, daczára, hogy ilyen súlyos betegségben szenved, nem kellett feküdnie.

Kérdés, hogy meg kellene-e most operálni s ha igen, milyen volna a prognosisa; szóló, tekintettel arra, hogy a beteg ideges és a sok recidiva folytán ellentállási képessége csökkent s a műtétnek a technikája, mivel sok összenövés lehet, nehezebb volna s mert sok kellemetlenséget nem okoz e baja, most nem ajánlja az operatiot.

Kétségtelen, hogy a mióta a sebészet ilyen nagy haladást tett, a mióta az appendicitis therapiájában olyan szép eredmények éretnek el, azóta e betegség veszitett félelmetességéből; azonban tekintettel arra, hogy a legsúlyosabb appendicitis esetek is sokszor spontan gyógyulnak s előfordul, hogy az operált esetekben is 30% mortalitás van, minek nem mindig az eset súlyossága az oka, hanem hogy nem minden operateur keze olyan biztos, azt hiszi szóló, hogy a conservativ kezelésnek tágabb tér volna engedendő, mint a hogy a sebészek teszik.

Szóló, daczára, hogy kedvezőnek látja a műtétek eredményét, említett betegénél csak vitalis indicatio alapján, ha a beteget foglalkozásában gátolná e baja, végeztetné a műtétet, a mint azt *Kovács* tanár is tette.

Korányi Sándor: Hogy egész röviden hozzá akar szólni az előadáshoz, az tulajdonkép azon érzésből történik, melyet mindnyájan osztunk, ha olyan kérdésről van szó, hol a belgyógyásznak és sebésznek együttesen kell eljárnia. Nálunk ezen egyetértés nem nehéz, miután a sebészek eddigi kezeléséből látjuk, hogy ők is olyan conservativ álláspontot foglalnak el, mely ellen belgyógyászati szempontból kifogás nem lehet.

Ha az appendicitis therapiájáról van szó, akkor úgy a tiszta belgyógyászati, mint a sebészeti kezelés eredményeit tekintetbe kell venni s mivel a mult alkalommal a sebészeti kezelésről eleget hallottunk, a belgyógyászati kezelés eredményeiről is halljunk valamit, bár annak megvilágitása ma nehezebb a sebészek fényes eredményei mellett, annál is inkább, mert egyes sebészek az opium therapia hatása ellen kikeltek, melynek hatásosságát pedig *Herczel* is hangoztatta.

A régibb és újabb statistikák szerint 1853-ban *Bamberger* az appendicitisnek tisztán belgyógyászati kezelése mellett 33%, 1880-ban *Mattersdorf* 30% mortalitást mutatott ki. Újabb vegyes statistikák a belgyógyászati kezelés igen nagyfokú javulását mutatják; a statistikai összeállításnál azonban úgy kell eljárni, hogy az elhalt esetekhez hozzáadandók a megoperált esetek is, mert fel kell venni, hogy csak azon eseteket operálták, melyek tisztán belgyógyászati kezelésre meghaltak volna s ha ilyen módon számitjuk a *Fakli*-féle statistikát, akkor a tisztán belgyógyászati esetek 8·8% mortalitásához hozzáadva azon eseteket, melyek a belgyógyászatra nézve elvesztek, akkor a mortalitás 17·7% volna. *Fürbringer* szerint az előbb említett számitás szerint a belgyógyász az esetek 17—18%-át nem tudja meggyógyitani, ebben bennfoglaltatnak a meghaltak és a megoperáltak, akár meggyógyulnak, akár meghalnak; a belgyógyászok vesztesége tehát a körülbelül 30% mortalitásról lement 17%-ra s ezen statistika javulásának okát ki lehet venni abból, ha a belgyógyászati therapiát tekintetbe veszszük; a statistika javulása azon időtől kezdödik, mióta a typhlitisnek patholog-anatomiai felfogása megváltozott; eleinte hashajtót kapott a beteg s mióta kiderült, hogy a typhlitis tulajdonképen appendicitis, háttérbe szorultak a hashajtók s azóta az opiumkezelés lépett előtérbe; mióta a hashajtók adagolását megszoritottuk, azóta javul a belgyógyászati statistika, melyet javít még a nagy beöntések mellőzése s igy várható, hogy a megoperálandó esetek száma is kisebb lesz ezen kezelés mellett.

Az operatio indicatioit illetőleg, *Herczel* indicatioi egyeznek a *Nothnageléivel* s ez összecsik azzal, a mit az utolsó 10—15 év alatt a mérsékeltebbek mondanak; ezek szerint a közönséges lefolyású appendicitis a belgyógyászhoz tartozik, ezt kizárja az acut diffus peritonitis és ha az 5—6. napon még mindig láz van jelen. Ezen conservativ álláspont eredményét *Rotter* összeállításából látjuk, a ki 1895-ben közölte 3 évi eredményét s ki csak *Nothnagel* indicatioi alapján operálva, 195 esetből csak 2·5% veszteséget szenvedett; természetesen ez a 2·5% veszteség csak a könnyű esetekre vonatkozik, ki vannak belőle zárva azon esetek, melyek diffus peritonitissel kerültek a kórházba. Ez a 2·5% mortalitás mutatja, hogy a belgyógyász és sebész együttes működése mily rendkivül kedvező eredményekkel jár, s ezen 2·5% is lejebb szállitható.

Dieulafoy minden appendicitist megoperálandónak tart; szerencsére ezen nézetével egyedül maradt, mert ha mind a hatvan operált esete meggyógyult is, nem következik, hogy mind meg fognak gyógyulni; miután maga a beavatkozás nem közönbös: sérv, bélsársipoly maradhat vissza, csak a szükséges esetekben kell operálni.

Ha a *Herczel* előadásában felsorolt eseteket áttekintjük, azt találjuk, hogy egy részük tulajdonképen későn került a sebész kése alá s talán ez az oka, hogy 26%-ot ért el a mortalitás s ha az indicatiokat praecisebben veszszük, nem lehet kétség az iránt, hogy mint Németországban, a mortalitás nálunk is csökkenni fog; azért *Herczel* előadásának legfőbb tanulsága, hogy a belgyógyász korábban adja át a beteget a sebésznek, természetesen a pontos, a *Nothnagel* indicatioi alapján.

Gyorsan kell beavatkozni diffus peritonitisnél; a legtöbb beteg ugyan elhal, de egy pár megmenekül. Ha nincs acut diffus peritonitis s javulás nem állana be, akkor csak a 4—5. napon kell operálni, hogy ilyenkor lesznek veszteségek, az kétségtelen.

A klinikára egy izben egy beteg colica appendicularissal jött, másnap perforatio állott be, a beteg elhalt, a bonczolás kiderítette, hogy appendixe nektrotizált, a perforatiot bélsárkő okozta.

Egy tonsillitis parenchymatosában a klinikán fekvő betegnél appendicitis lépett fel, mit peritonitis követett s a beteg meghalt.

Ezen eseteket azért említette fel, mert könnyű appendicitiseknek tartották, s mire az ilyen beteg műtétre kerül, elhal, s éppen mivel nem tudjuk, hogy az ilyen betegeknél milyen fordulat áll be, hangsúlyozza szóló, hogy a szoros *Nothnagel*-indicatiok alapján operáltassuk a beteget.

Dollinger Gyula: Az appendicitisre vonatkozó tapasztalatait nem régen közölte az „Orvosi Hetilap"-ban s ahhoz igen kevés hozzátenni valója van; mégis a *Herczel* előadása kapcsán egy megjegyzést kiván tenni a műtét technikai részére vonatkozólag.

A behatolás helyét illetőleg, a mint szóló az előadásból kivette, *Herczel* ugyanazon álláspónton van mint szóló.

Kérdés, mikor és hol hatoljunk be, hogy a processus vermiformist eltávolitsuk. Tegyük fel, hogy két rohama volt a betegnek, tályogra utaló tünetek nincsenek; de a két roham elegendő ahhoz, hogy a műtétet a roham után végezzük s a processus vermiformist eltávolítsuk. Ha tályogtünetek nincsenek, akkor a Mac Burney-féle ponton hatolunk be s ez kétféleképen lehetséges; angol szerzők hangsúlyozzák, hogy ha el akarjuk kerülni a sérvképződést, akkor az izomzatot ne vágjuk át, hanem toljuk szét, tompán fejtsük szét. Ezen eljárás szerint dolgozott szóló is a processus vermiformis kikereséséné, anus praeternaturalis készitésénél s ezen methodus jól bevált; újabban azonban a tapasztalatok azt mutatják, hogy nem az izomrostok tompa szétfejtése a fő, hanem a legfontosabb a nagyon pontos varrat; ha az izmokat át is vágjuk, de külön egyesítjük a periteneumot, külön az izomréteget, külön a fasciát, a széles hasi polyát, akkor sérv nem képződik. A sérvképződés meggátlására való a *Sonnenburg*-féle metszés, szóló akkor alkalmazza ezt, ha számit reá, hogy a sebet a műtét után nyitva hagyja — míg a Mac Burney-félénél a sebet a műtét után zárja —: ha lázak vannak jelen, mik arra engednek következtetni, hogy egy kis tályog van jelen, akkor a *Sonnenburg* eljárását követi, melynél feleslegesnek tartja szóló azt, hogy a bőrmetszés után a bőrt félrehuzza és a második metszést eltolja, illetőleg máshova ejti; ezzel a sérvképződést nem gátoljuk meg, legfeljebb azt érjük el, hogy a sérv nem a heg, hanem az ép bőr alatt lesz.

Kérdés most már az, mikor kezeljük a processus vermiformis eltávolítása után nyiltan a sebet s mikor varrjuk be?! Ha behatoltunk a hasüregbe s ott kisebb tályogot találunk: babszemnyit, lapos-forintnyit, szóval, ha geny van, akkor a hasfalat nem zárjuk be, hanem *Sonnenburg* szerint nyiltan kezeljük: ú. n. köténykötést alkalmazunk; ellenben ott, hol a processus vermiformis körül kevés volt az összenövés, kevéssé volt a hashártya megsértve, ott felesleges a *Sonnenburg*-féle óvatos eljárás, ott szóló azonnal bevarrja a sebet; kivételt csak azon eset képez, ha nincs ugyan genyedés, hanem a processus vermiformis s főleg a vakbél körül olyan erősebb összenövések vannak, hogy azok szétválasztása után a vakbél a savóshártyától lemeztelenittetik, vagyis ha egyesités után nem érintkezik savóshártya savóshártyával, ilyenkor, daczára, hogy tályog nem volt, prima egyesülés nem várható s ekkor a sebet nyiltan kezeli s erre a czélra a *Sonnenburg*-féle metszést szóló kitünőnek tartja, mert az által, hogy ferdén hatolunk be a processus vermiformis alá, ezen hosszabb csatornaszerű út által elkerüljük a sérvképződést.

Müller Kálmán: Hozzászól az előadáshoz, mert egyrészt ismeri *Herczel* eseteinek egy részét, másrészt szükség van reá, hogy ezen kérdésben is a belgyógyász és sebész felfogása közeledjenek egymáshoz. Szükség van erre annyival is inkább, mert ha az irodalmat végignézzük, hamar meggyőződhetünk, hogy a belgyógyászok és sebészek nem ugyanazon anyag alapján beszélnek.

Igaz, hogy a belgyógyász ismeri a sebész anyagát, mert rendszerint a beteg előbb a belgyógyászhoz kerül, de másrészt a sebész nem ismeri a belgyógyász azon anyagát, mely a sebészt nem keresi fel; akárhányszor megtörténik tehát, hogy a sebész ismeri ugyanazon beteget, de nem ugyanazon beteganyagot: ebből támadnak azután a véleménykülönbségek, a sebész azon anyag alapján következtet, mely hozzákerül s így jön létre a túlzott álláspont, így reclamálják némelyek az appendicitist tisztán a sebészet számára, pedig a betegek egy része meggyógyul a belgyógyászati kezelésre is s ezek azon esetek, melyek a sebészt elkerülik.

Dieulafoy nagyon szűken fogalmazta meg álláspontját, midőn azt mondja, hogy: appendicitisben czentúl senkinek sem volna szabad meghalnia; *Dieulafoy* tulajdonképen talán azt akarta mondani, hogy „operálatlanul" nem volna szabad meghalnia a betegnek, mert a mulasztás vádja nem ott van, ha meghalt a beteg, daczára annak, hogy operálták, hanem meghalt, mert nem lett megoperálva.

Hogy mennyire eltér néha a legilletékesebb emberek felfogása, biztositja az idei sebészeti congressus. *Ewald* az appendicitisek egy külön csoportját állitotta fel: az „appendicitis larvata"-t. *Gussenbauer* ennek létezését tagadta, mondván, hogy vagy larvata s nem appendicitis vagy appendicitis és nem larvata; tehát *Ewald* ismer olyan eseteket, milyeneket *Gussenbauer* nem ismer, de azért ezek léteznek.

Korányi felemlitett egy statistikát a Herczel statistikájának kiegészitéseül, melynek számszerinti felsorolásához nincs megjegyezni valója, de van az értelmezéséhez: mi beszélünk ennyi és ennyi gyógyulásról; szóló csak akkor ismeri el gyógyultnak, ha a sebésztől kerül ki gyógyultan, a többi esetekben csak „gyógyult rohamokról" lehet szó. Az appendicitis aknamunka, a roham gyógyulásában megbizni nem lehet, tudja szóló, hogy az intermediaer javulás soká tarthat, *Ewald* larvataesetei olyanok voltak, melyekben éveken át egyetlen egy roham sem lépett fel. A ki látja, hogy 6—8—10 évi intermediaer stadium után jön a II. roham, az nagyon skeptikus lesz az iránt, hogy meggyógyulván a roham, a beteg is meggyógyult; hogy hasonlattal éljen, a meggyógyult cholelithiatikus rohamból következik-e, hogy maga a cholelithiasis is meggyógyult? Ha az appenditikus rohamot leküzdöttük, nem tarthatjuk a beteget egészségesnek, szükséges számolnunk azzal, hogy a beteg milyen állapotban van a roham után. Éppen azon kérdésekben, melyek a legnehezebb döntést provocálják, a schematikus csoportositással nem sokra megyünk; *Dollinger* esetei pl. az intermediaer stadiumban lettek operálva, ezek az indicatiót maguk adták meg s a belgyógyászok is indicáltnak tartották a műtétet; azon kényes esetek, melyekben ellenkező felfogások uralkodnak, nem ezen kategóriába tartoznak; vajjon a heveny roham eseteiben, hol nincs fluctuáló daganat, lehet-e várni vagy nem, kell-e operálni és mikor? az első roham-e az, melyben a beteget látjuk vagy a második? Súlyt helyez erre szóló azért, mert ezzel kapcsolatban egy itt még eddig fel nem merült kérdést vet fel. A betegnek megvan az első rohama, egy simplex appendicitis, bizonyos idő mulva jön a második roham, kérdés, hogy vajjon a simplex appendicitis recidivált-e, mint ilyen, vagy hogy a második roham szintén ilyen simplex appendicitis-e; a recidivával a viszonyok kedvezőtlenebbé válnak s közelebb hozzák a beteget a műtéti beavatkozáshoz; különbséget kell tenni az első roham és recidiva között.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1899. október hó 11-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

Operált féregnyújtványlob (epityphlitis) öt esete.

Herczel Manó dr. egyetemi m.-tanár ez előadását a budapesti kir. orvosegyesületben október 21-dikén ugyanezen tárgyról tartott előadásával együtt egész terjedelmében külön mellékletben közöljük.

Májdaganat egy esete.

Ángyán Béla: A májdaganat esete, melyet ma bemutat, orvosgyakorlati szempontból különös figyelmet érdemel, a mennyiben a daganat úgy kifejlődési, mint tünettani tekintetben oly diagnostikus nehézség elé állítja az észlelőt, mely éppen a máj daganatainál ritkábban fordul elő és a mely könnyen tévedések forrása lehet.

Az eset egy 42 éves napszámos férfit illet, a ki f. év szeptember hó 15-dikéig, eltekintve a több izben előforduló izomrheumától, mindig egészséges volt. Szeptember 15-dikén, midőn este lefeküdt, kinzó fájdalmak jelentkeznek a jobb hypochondriumában. Ezen fájdalmak napról napra fokozódva igen kinos jelleget öltöttek; daganat jelent meg a jobb hypochondriuma alatt, mely fokozatosan és gyorsan nőtt; 5 nap mulva, szeptember 20-dikán, borzongás kiséretében láz jelentkezett, mely azóta naponta többször is ismétlődik. Ezen tünetek mellett a beteg fenjár ugyan, de dolgozni képtelen, étvágyát elveszitette, mindinkább gyengült s végre f. hó 22-dikén kénytelen volt a kórházba jönni.

Felvételkor a beteg főpanaszát a jobb hypochondriumban jelenlevő s a mellre és hátra kisugárzó igen éles fájdalmak, étvágytalanság, forróság és nagy gyengeség képezik. Csontrendszere jól fejlett, izomzata petyhüdt, a bőr alatti zsirszövet jelentékenyen megfogyott, bőr szine, úgyszintén a látható nyakhártyáké is halvány. Külérzéki működései épek. Nyelv tiszta, nedves, szájiz jó, szomj fokozott, nyelés szabad. Tüdők és szív felett semmi rendellenesség. A jobb hypochondrium és epigastrium egészben tágult. A jobb borda ív alatt és az epigastriumban egy majdnem a köldökig leérő daganat tapintható, mely a középvonaltól jobb felé a mellső hónaljvonalig terjedő területen gömbszerűleg dudorodik elő s elmosódó határokkal megy át a daganatba. Maga a daganat általában sima felületű; az epigastrium baloldalán, valamint a hónaljvonalban a bordaív alatt működésben levő izomtapintatú, ellenben a gömbszerűleg elődudorodó részen annyira puha ruganyos tapintatú, hogy

majdnem a fluctuatio érzését kelti. A daganat szélei legömbölyítettek, a légzési mozgásokat követi. Nyomásra általában, de különösen az epigastrium jobb oldalán fájdalmas.

A daganat felett a kopogtatási hang tompa; a tompulat átmegy a máj tompulatába, melynek felső határa a közép-, jobb parasternál- és emlővonalban az 5-dik, a hónaljvonalban a 6-dik bordánál kezdődik.

A has többi része puha ruganyos, seholsem érzékeny. Szék rendes, vizeletben semmi rendellenesség.

Szabálytalan, a legtöbbször subcontinua s csak igen ritkán intermittáló láz, melynél a testhőmérsék legfeljebb 38·5-ig s csak az első napon emelkedett 39·2-ig. A hőemelkedés többnyire a délutáni órákra esik.

Tekintve a daganat topographikus elhelyeződését, alakját, tompulatának összefolyását a máj tompulatával, együtt mozgását a légzéssel: semmi kétség nem foroghat fenn az iránt, hogy az a máj, mely minden irányban tetemesen megnagyobbodott.

Ha a máj megnagyobbodásának okát keresve, a megnagyobbodás mellett a többi klinikai tünetet is megfigyeljük, a midőn látjuk, hogy a májból jobb lebenyének egy része félgömbszerűen elődudorodik, hogy e helyen a máj puha, ruganyos, mondhatni hullámzó, hogy az egész máj felülete sima, önkéntesen és nyomásra egyaránt fájdalmas, hogy szélei letompítottak, hogy a megnagyobbodás láz kíséretében rendkivül rohamosan, mondhatni 4 hét alatt érte el a jelenlegi tetemes nagyságot: akkor mondhatjuk, hogy ezen kórkép nem alkothatja egy meghatározott kórfolyamat tünetösszegét, hanem ennek alapját különféle kórfolyamatok képezik.

Eltekintve a máj megnagyobbodásának egyéb okaitól, melyek már első tekintetre is kizárhatók, jelen esetben tekintetbe jöhetnek: echinococcus és abscessus hepatis, továbbá a lymphangioma és végül az álképletek.

A mi az echinococcust illeti, ez, ha mint echinococcus hydatidosa van jelen, de regula csak a máj egyik lebenyében ül s ennélfogva nem az egész májat, hanem annak csak egy részét nagyobbitja meg; lázt csak akkor okoz, ha elgenyed, fejlődése nem oly rohamas s a vele járó fájdalmak sem olyan intensivek, mint a hogy azt esetünkben látjuk. Az echinococcus multilocularis ugyan gyorsan fejlődik, az egész máj megnagyobbodására vezet, lázas mozgalmakat idéz elő, de egyszersmind ikterussal is jár, a mi esetünkben teljesen hiányzik.

Még legközelebb áll a kórkép az abscessus hepatishoz. Ez azonban tudvalevőleg nálunk spontan nem fordul elő, hanem de regula más természetű előrement bántalmakhoz csatlakozik. Traumák, emboliák, peripherikus genyedések, idegen testek a májban idéznek elő genyedő lobokat. Sokszor éppen ezen elsődleges bántalmak nagyrészt fedik is a májabscessus tüneteit, mint a hogy pl. dysenterianál, pyaemianál és septihaemiánál gyakran észlelhető. Esetünkben semmi olyan kórfolyamat nem ment előre, melyből májabscessus fejlődésére következtethetnénk.

A mi a lymphangiomát illeti, ennek fejlődése lassúbb, lázzal nem jár és ily heves fájdalmakat nem okoz.

A felhozottak daczára is a physikalis tünetek: a máj felületének körülírt előredomborodása, ezen helynek puha ruganyos, mondhatni hullámzó consistentiája még mindig valószinűvé teszik a felsorolt kórfolyamatok fennállását. Ennélfogva a positiv felvilágositást csakis a próbapunctio szolgáltatja.

Esetünkben a megejtett próbapunctio a felsorolt kórfolyamatokra nézve teljesen negativ eredményű volt, a mennyiben a próbapunctiónál csak tisztán vért nyertek. Azt hiszi a bemutató, a próbapunctiónak negativ eredménye mellett ezen esetben úgy az echinococcus, mint az abscessus és a lymphangioma hepatis biztosan kizárhatók. Azon esetleges ellenvetés, hogy a Pravaz tüje nem érte el a bántalom székhelyét, azt hiszi elesik, ha felemlíti, hogy a punctio a daganat legkiállóbb pontján történt, hogy a tű 3 centimeter mélyen hatolt be és hogy a szivattyúzásnál a fecskendő könnyen telt meg tiszta vérrel.

Ezek után nem marad más hátra, mint fölvenni, hogy esetünkben álképlettel van dolgunk és pedig olyan malignus természetű álképlettel, mely igen gyors fejlődésű és a melynek összeállása puha, ruganyos, gyakran hullámzó tapintatú. Ilyen jellegű daganatokat leginkább a medullaris sarcomák képeznek.

A sarcoma elsődlegesen a májban tudvalevőleg a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Klinice általában az által jellegeztetik, a mi egyúttal a carcinomától is megkülönbözteti, hogy fejlődésében de regula előre megy Virchow szerint egy jóindulati periodus, melyben sarcomatosus daganatok hosszú ideig látszólag stationaerek maradnak. Vannak azonban egyes esetek, melyekben a növekedés igen rohamos, annyira, hogy a fejlődés heveny lobos folyamatra emlékeztet. Ebben a tekintetben különösen a sarcoma szöveti jellege a határozó. Minél kisebb sejtű és minél sejtdúsabb a sarcoma, annál gyorsabb annak növekedése is. Ezért de regula a medullaris sarcomák igen gyorsan tetemes nagyságra nőnek. Az ilyen sejtdús sarcomák, a melyekben egyszersmind az edények valóságos teleangiektatikus fejlődése észlelhető, sokszor annyira puhák, ruganyosak, hogy a tapintás alatt úgy viselkednek, mint a cystosus daganatok vagy mint az abscessus s ezektől klinice csakis a próbapunctio által különíthetők el.

Hasonló esetet a mult évben egy fiatal nőnél volt alkalma szólónak észlelni, melynél hasonló physikalis viszonyok állottak fenn a májra nézve, mint a jelen esetben, de a hol a próbapunctióval semmit, még vért sem lehetett a daganatból kiszivattyúzni. Azon feltevésben, hogy nem jutott be szóló a Pravaz-tűvel a daganatba, a physikalis tünetek alapján valószinűséggel felvette, hogy a betegnél cystosus májdaganat van jelen s tekintettel arra, hogy cachexia nem mutatkozott, valószinűséggel echinococcusra gondolt s mint ilyet tette át *Réczey* klinikájára. Itt csakis laparatomia után tünt ki, hogy a májban sarcoma van jelen.

Réczey Imre: Az *Ángyán* által emlitett eset kórboncztani készítményét bemutatja, az egész máj a jobb lebeny egy kis részének kivételével átalakult velős sarcomává.

Dextrocardia cum insufficientia valvulae bicuspidalis.

Ángyán Béla: A szív helyzetváltozása, a mennyiben az eltolatásról szó nem lehet, tudvalevőleg, mint veleszületett rendellenesség fordul elő. A legtöbb esetben (Gruber szerint 78-ból 70-ben) nemcsak a szív áthelyeződése áll fenn egyedül, hanem ezzel együttesen a hasi szerveken is kimutatható a helyzetváltozás.

Esetünkben a situs inversus viscerum csakis a mellkasi szervekre vonatkozik.

Az eset 21 éves szobaleányra vonatkozik, a ki előadja, hogy bárha egyébként mindig egészséges volt, de már 3 éves kora óta vannak időnkint szivfájdalmai, melyeket jobb mellkasában érez és a melyek főkép gyorsabb járásnál vagy erősebb testmozgások mellett jelentkeznek. Ilyenkor légzése is nehezített. Egy év előtt bokái megdagadtak, mi miatt egy hétig feküdt, mire a daganatok teljesen elmúltak. Két hét előtt sokat kefélt, mely után szivfájdalmai hevesebben jelentkeztek s azóta mondhatni állandóak. Járásnál erősebbek, fekvésnél csak akkor érzi, ha hanyatt, vagy jobb oldalán fekszik. A szivfájdalmak most szivdobogásokkal járnak. Október 4-dikén vétette fel magát a kórházba.

A beteg kisebb termetű, jól fejlett csont- és izomrendszerrel bir, bőre barnás, a látható nyákhártyák pirosak, a bőr alatti zsirpárna jól fejlődött. Közérzetét a jobb mellkasában érzett szivdobogás és szivfájdalmak hangolják le. A mellkas felett a kopogtatási viszonyok annyiban mutatnak a rendestől eltérést, hogy a szív rendes tompulatát nem a bal mellfélben, hanem a jobbban találjuk. Maga a szivtompulat a jobb mellkasfélben hosszirányban a 3—5, s haránt irányban a szegycsont bal szélétől a szivcsúcslökés helyéig kopogtatható ki. Szivcsúcslökés a 4—5. borda közt a bimbóvonalban gyengén tapintható. A 2—3. borda közt a szegycsont jobb széle és a jobb parasternalis vonal közti területen élénk pulsatio tapintható s látható. Ugyanezen területen a kopogtatási hang is erősen tompult. A szivhangok gyengék, az első szivhang tompa. A pulmonalis hangjai ékeltek.

A máj a jobb hypochondriumban, a lép a bal hypochondriumban a rendes területen kopogtatható. A gyomor fundusa szénsavval történt felfúvás után a bal hypochondriumban található.

A has egyébként mérsékelten feszes, ruganyos tapintatú, sehol sem érzékeny, kopogtatási hangja váltakozó dobos.

A leirás szerint látjuk, hogy ez esetben dextrocardia van jelen, melyet egyébként a Röntgen-sugarakkal felvett phothographián is jól láthatunk. A sötét árnyék, mely a jobb mellkasfélben észlelhető, jelzi e képeken a szív helyzetét.

Esetünkben azonban nemcsak dextrocardiáról van szó, hanem az áthelyezett szív egyúttal meg is nagyobbodott és pedig a jobb szív. Ezen megnagyobbodás okát minden valószinűség szerint insuff. bicuspidalisban kereshetjük. Kifejezett systolikus zörej ugyan nem hallható a szivcsúcson, de a jobb szív megnagyobbodását és a pulmonalis ékeltségét más alapon értelmezni nem lehet.

Tekintettel arra, hogy a jobb 2—3 borda közt élénk pulsatio érezhető s részben látható, felvethető azon kérdés, vajjon nem tágult-e a pulmonalis s a jobb szív megnagyobbodás ezzel függene össze.

Eltekintve attól, hogy az art. pulmon. aneurysmája igen ritkán észlelhető, *Crisp* állitása szerint 591 aneurysma esetben kétszer találtatott, lüktetésen kivül semmi olyan tünetet nem találunk, melyből az aneurysma jelenlétére következtethetnénk. Az art. pulm. lüktetése magyarázatát találhatja egyszerűen az insufficientia bicuspidalis következtében létrejött jobb szív túltengésben is.

Az insuff. bicuspidalis valószinűleg a mult évben kiállott polyarthritis következménye s ez idő szerint teljesen compenzált ugyan, de nagyobb testmozgások mellett szivdobogás és nehezített légzés által az orvos figyelmét már is felhivja.

Genersich Antal: Az egyszerű dextrocardiánál az aorta és arteria pulmonalis közötti viszony nem szokott megváltozni, hanem úgy marad, mint rendesen, a mint ezt sok esetben látta; azért persze nincsen kizárva, hogy az is előforduljon, hogy a két edény közötti viszony is megváltozik dextrocardiánál, azonban ilyenkor többnyire a belső zsigerek: a máj, lép stb. helyzete is megváltozott.

Ángyán Béla: Az olyan esetekben, melyekben a dextrocardia nem veleszületett, hanem a későbbi életkorban fejlődött ki bármi oknál fogva, ott természetes, hogy a nagy edények helyzetüket nem változtatják; de a hol a dextrocardia veleszületett, legalább az irodalomban közölt esetekben az áthelyeződés nemcsak a szivre, hanem a tüdőkre és a nagy erekre is vonatkozik: ilyenkor a bal tüdő 3, a jobb 2 lebenyű.

Tényleg, ritkán fordul elő veleszületett dextrocardia a nélkül, hogy a hasűri szervek áthelyeződése ne volna jelen; *Gruber* 78 esetéből 70 esetben a veleszületett dextrocardia mellett a hasűri szervek áthelyeződése is megvolt.

Hogy a bemutatott esetben a tüdőviszonyok milyenek, azt klinice kimutatni nem lehet, de mivel itt valószinűleg veleszületett a dextrocardia, felvehető, hogy az edények is áthelyeződtek.

Uterus et vagina duplex két esete.

Havas Adolf: Az egyik esetben egy 19 éves (K. Anna) prostituáltnál két tökéletesen különvált uterus található és a két cervix egy ligamentum intercervicale által kapcsoltatik össze. A két portio vaginalis egy rudimentaer hüvely-septum által választatik el egymástól. A mensesek a betegnél havonkint kétszer, a hó elején és közepén léptek fel. A medencze harántirányban tágabb. Ennél az esetnél terhesség lépett fel a jobb méhben, míg a baloldali méh rendesen menstruált. Majd midőn a terhes méh abortált, a nem terhes méh csatornája is tágult és az ujj számára átjárható volt. Ez esetet *Ferenczi Sándor dr.* már ismertette.

A másik eset egy 21 éves prostituált, a kinél nemcsak két külön méh észlelhető, hanem két tökéletesen kifejlődött vagina is. Mindegyik vaginában a portio látható, sőt ez esetben mindegyik blennorrhoikusan megbetegedett — és mindegyik külön-külön kezeltetik. A cohabitatióra rendesen a jobboldali tágabb vaginat használja a beteg, a baloldalit — a szükebbet — csak ritkábban. Ennél a betegnél a menstruatio havonta egyszer lép fel, a két uterus test egymással összekötött (uterus duplex concretus). A medencze haránt-átmérője a normalisnál kisebb.

Ángyán Béla: Évek előtt egy fiatal menyecske azzal a panaszszal jött az ambulantiára, hogy valahányszor coitust végez, férjét levizeli.

Ujjvizsgálatnál vizsgáló ujja belejutott a hólyagba — és tényleg a nő levizelte; a vizsgálat kiderítette, hogy a nagymértékben kitágult húgycső két oldalán van a szűk vagina; mindkét vagina csak sondának volt átjárható, az egyik vagina mégis valamivel tágabb volt a másiknál, a mennyiben a külső nyilás a kisujj hegyét befogadta; ezt a vaginát tágították s figyelmeztették, nehogy azután is a hólyagba történjék a coitus, egyszersmind kioktatták, hogy ha teherbe jön, jöjjön fel szülni a klinikára; a nő tényleg gravida lett, a klinikán rendesen szült, szülés után *Dirner* mutatta be az orvosegyesületben.

Genersich Antal: Kérdi bemutatótól, vajjon vizsgálta-e a bemutatott betegek húgycsövét, húgyhólyagját?!

A Müller-féle vezeték kétfelé válásának a maximuma az, mikor úgy az uterus, mint a vagina teljesen külön marad. Kolozsvártt észlelt egy beteget, kinél a hólyag is ketté volt osztva; a méhet egészen külön ki lehetett tapintani, a méh másik fele is ki volt fejlődve, mint egyszarvú méh.

Egy kis prolapsusa is volt a betegnek, mert a kloaka is erősebben volt kifejlődve s ezen prolapsus jelezte, hogy uterus et vagina separata duplex forog fenn s hogy a hólyag itt is kettős.

Havas Adolf: A hólyagot is vizsgáltuk s csak az idő rövidsége miatt nem említette, hogy abban eltérés nincs.

PÁLYÁZATOK.

6724/99. sz.

Nyitravármegye vágsellyei járásához tartozó **Farkasd** és **Negyed** községekből álló közegészségi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A javadalmazás a vármegyei pénztárból havi előleges részletekben kiszolgáltatandó évi 800 frt készpénzfizetésből s a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból áll.

Körorvosi teendőin kivül köteles a megválasztott körorvos székhelyén, Farkasdon a halottkémlést és húsvizsgáló biztosi teendőket szinte megállapított díjak ellenében végezni.

Tájékoztatásul megjegyeztetik, hogy a két község egymástól 2 kilometer távolságra fekszik, lakosságuk összesen a 10,000 lelket meghaladja, s Farkasdon nyilvános gyógyszertár van.

A kellő okmányokkal fölszerelt pályázati kérvények **1899. évi november hó 25-dik napjának d. u. 5 óráig** nyújtandók be alulirt főszolgabirói hivatalhoz.

A választás határnapja később lesz kitüzve és a pályázókkal közölve.

T o r n ó c z, 1899. évi október hó 31-dikén.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

A **szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság** Krassó-Szörény megyében fekvő bányaüzeihez tartozó „**Dognácska**“ községben egy **bányaorvosi állás** üresedett meg, melyre ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állás javadalmazása évi 1200 frt fizetés és fűtési átalány.

Okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok bezárólag **f. évi november hó 15-dikéig** az alulirott vezérigazgatósághoz (VI., Teréz-körút 24/a) küldendők be.

B u d a p e s t, 1899. évi október havában.

2—1 *Szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság magyar bányái, hutái és uradalmainak vezérigazgatósága.*

4239/99. sz.

Biharvármegye központi járásába kebelezett **Kőrös-Tarján** községben **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

Fizetés, az 1900. évi január hó 1-jétől a vármegyei pénztár által 3 havi részletekben fizetendő évi 650 frt, hivatalos látogatási napokon látogatási díj nappal 20 kr., éjjel 40 kr.

Az orvosi kört Szt.-András, Ujpalota, Gyires, Kőrösszeg, Vizes-Gyán és a székhely község Körös-Tarján alkotják. Ezen közegészségi körben lakó számos nagybirtokostól a körorvos biztos jövedelemre számithat.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesitésüket, életkorukat igazoló okmányokkal fölszerelt kérvényüket alulirt főszolgabirói hivatalhoz **f. évi november hó 30-dikáig** nyujtsák be.

A választás idejéről és helyéről a pályázók külön fognak értesittetni.

N a g y v á r a d, 1899. évi október hó 26-dikán.

3—1 *A főszolgabirói hivatal.*

874/1899. f. i. sz.

A kormányzatomra bizott Nyitravármegye tulajdonát képező „**Nyitrai közkórház**“-nál lemondás folytán üresedésbe jutott, évi 700 frt fizetés, természetbeni lakás és teljes ellátással s nyugdijjogosultsággal egybekötött **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

Felhivom azon orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. része értelmében megkivánt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi november hó 15-dikéig**, még pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Elmegyógyászatban jártasok előnyben részesülnek.

A kinevezett csupán a kórház területére szorítkozó magángyakorlatot üzhet

N y i t r a, 1899. évi október hó 24-dikén.

2—2 *Thuróczy Vilmos*, cs. és kir. kamarás, főispán.

10,466/99. kig. sz.

Temesvármegye, fehértemplomi járásába bekebelezett, lemondás folytán megüresedett, 600 frt fizetéssel ellátott **vracsevgáji körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Fehértemplom. A körhöz tartoznak: Vracsevgáj, Vöröstemplom, Krusicza, Rebenberg, Palánk és Kusics községek.

A körorvos látogatási díjai az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a értelmében a községekkel kötött egyezség értelmében lesznek megállapitva, a körorvos a szegényeket ingyen tartozik gyógykezelni.

Pályázati határidő: **1899. évi november hó 2-dika.**

A választás határnapja, ideje és helye 1899. évi november hó 3-dikán d. e. 10 óra Vracsevgáj községházán.

Felhivom a pályázókat, hogy orvosi minősitettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket az adott határidőig hozzám beadják.

F e h é r t e m p l o m, 1899. évi október hó 22-dikén.

2—2 *Somogyi Gyula*, főszolgabiró.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Vajasd** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamint magángyakorlatért a képviselőtestületekkel megállapitandó díjak.

2. A magyarigeni kör áll a sárdi, boros-bocsárdi, krakkói, benedeki és vajasdi körjegyzőségek községeiből, valamint Magyar-Igen nagyközségből (19 község 15,980 lakóssal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876 évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló hizonylataikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 16-án d. e. 10 órakor Magyar-Igen községházánál fog megtartatni.

M a g y a r - I g e n, 1899. október hó 16-dikán.

3—2 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Zalathna** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. A körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamint magángyakorlatokért a képviselőtestületekkel megállapitandó díjak.

2. A zalathnai kör áll a metesdi, fenesi és zalathnai körjegyzőségek kör községeiből (11 község 10,820 lakossal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 18-dikán d. e. 10 órakor Zalathna községházánál fog megtartatni.

M a g y a r - I g e n, 1899. október hó 16-dikán.

3—2 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Dr. Grünwald Sanatoriuma

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő **magángyógyintézet.** Felvétetnek **férfi-, és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége-** és **szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeses betegek gyógyítása** (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint **bármely tanár vagy specziálista által.** Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

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.

Med. univ. **Dr. PERL JÁNOS**

már évek óta praktizál mint fürdőorvos

GRIES bei Bozenben, Déltirol.

Legmelegebb klimatikus tartózkodási hely.

Intézetszerű kezelés. **Intézetszerű kezelés.**

CIRKVENICA **klimatikus gyógyhely.**

A téli idény megnyitása

November hó 1-én.

Az igazgatóság az éttermek számára új bérlővel szerződött és gondoskodott, hogy az **mérsékelt árakat** számítson. **Teljes ellátás naponta 3 forinttól feljebb.**

Bővebb felvilágositást nyujt **Dr. COLTELLY,** József főherczeg Ő cs. és kir. fensége udvari és házi orvosa, valamint ugyanott

az igazgatóság.

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.

Ichthyol

Az Ichthyol-készítményeket klinikusok és számos orvos a legmelegebben ajánlják, s azok egyetemi és városi kórházakban állandóan alkalmaztatnak.

sikerrel alkalmaztatik:

női bajok és **sápkórnál, húgycső-takárnál, bőrbetegségeknél,** az **emésztő-** és **vérkeringési szervek bajainál, tüdővésznél, torok-** és **orrbántalmaknál,** valamint mindennemű **lobos** és **csúzos bántalmak** ellen, egyrészt **kisérletek** és **klinikai tapasztalatok** által bebizonyult **összehúzó, fájdalom-csillapító** és **antiparasitaer** tulajdonságai, másrészt a **felszívódást elősegítő** és az **anyagcserét fokozó** hatásánál fogva.

Az **Ichthyolt** illető tudományos czikkeket vénymintákkal ingyen és bérmentve küldik szét az egyedüli gyártók

Ichthyol-társaság, Cordes Hermanni és társa,

Hamburgban.

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

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes izű! **Könnyen emészthető!**

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszertárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

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
„ fúvócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltógerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslati vízvezeték. — Az összes vízgyógyászati módozatok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kisérők nélkül is felvétetnek.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

LARGIN

Név védve. — Szabadalom.

Kiváló Antigonorrhoicum.

Nagyfokú bakteriumölő hatás.

Izgató hatás nélkül.

Lásd a munkálatokat Weichselbaum tanár bacteriol. intézetéből és Finger tanár klinikájából. Wiener klinische Wochenschrift 1898. 11—12. sz.

GLOBON

Név védve. — Szabadalom.

Fehérnyét tartó táplálószer.

A Globon tápláló értéke minden hasonló készítményt felülmúl.

Kiváló haszonnal alkalmaztatik a Globon a *sápkóros, szükvérű, gyomorbajos, czukorbetegségben* s *köszvényben* szenvedő betegeknél, *gyermekeknél* és *üdülőknél.*

Wiener chem. Werke von **Dr. Lilienfeld & Co.** Wien, XVII/1.

Fizikai és diétetikai gyógymódok alkalmazása Dr. Palócz Ignácz intézetében

BUDAPEST, VII., Kerepesi-út 10. sz. (félemelet).

Villamos fényfürdők (egészek és részlegesek), vízkúrák minden neme, masszázs, svéd gyógygimnasztika, testegyenesités, inhaláció, villamozások minden neme stb. A modern higiénia minden követelményeinek megfelelő tágas és kényelmes gyógytermek. Külön férfi- és női osztályok.

Emlékbeszéd O'Dwyer József dr. felett.[1]

Bókay János dr. egyet. tanártól.

Tisztelt Uraim!

O'Dwyer József dr. newyorki orvos 1898. január hó 7-dikén halt meg s január hó 9-dikén kisérték öt örök nyugalomra nagyszámú ismerősei, barátai s tisztelői. Ötvenhét évet élt, tehát alig haladta túl az orvosoknak, fájdalom, a természet által oly rövidre szabott élet-átlagát s mégis úgy halt meg, hogy elhunytát nemcsak New-York, nemcsak az „*Egyesült-Államok*“, hanem velök együtt az öreg Európa egész orvosvilága siratta, mert *O'Dwyer* nemcsak az Új-világ, hanem a közös tulajdonunkat képező „*tudomány*“ halottja volt. Keveset irt, de annál többet dolgozott s alapos tanulmányaival egy műtéti eljárást alkotott, melyet még életében orvostársai „*O'Dwyer-eljárás*“-nak neveztek el, mely operativ beavatkozás a fuladással küzdő gyermekeknek máris ezreit mentette meg a biztos haláltól.

Amerikai ügyfeleink az elhunytra méltán büszkék lehettek, s ha már 1887-ben, az intubatio-időszak kezdetén, a newyorki „*Academy of Medicine*“ historikus jelentőségü gyülésén (junius 2.), hol *O'Dwyer, — Francis Huber, Dillon Brown, W. P. Northrup, I. H. Hance* és *A. Caillé* barátaival az intubatio egész tanát részletesen kifejtette, O'Dwyer mütétéről úgy szólottak orvostársai, hogy az „*one of the great advences in this age of medical discoveries*“,[2] úgy ma, midőn több mint tíz éves intubatio-tapasztalat áll mögöttünk, joggal mondhatjuk, hogy *O'Dwyer*, az orvos, tudománya által századunk legnagyobb jótevői között foglal helyet.

Uraim!

Ha valaki, ki az O'Dwyer-eljárást még nem ismeri, a ma használatos müszereket megtekinti s végignéz egy intubatiót fuladozó betegen, bár a legnagyobb bámulatba ejti azon körülmény, hogy nehány másodpercz alatt bevezetjük a tubust a gégébe s a legsúlyosabb fuladási tünetek úgyszólván egyszerre eltünnek, alig gondolja, hogy évtizedekre, sőt majdnem egy kerek évszázadra volt szükség, míg az intubatio-eljárás mai formájában létrejött. Pedig ily sokáig forrott az eszme!

Desault 1803-ban egy betegénél, kinek nyakán harántul futó mély sebzés volt, s kinél mesterséges táplálás czéljából oesophagus-sondát kivánt a gyomorba vezetni, csodálattal tapasztalta, hogy a véletlenségből a gégébe került csövet a felső légutak órákig jól türték. Tíz évvel később *Desault* ezen tapasztalatát már therapeutic értékesitette s *Thullier*-vel együtt egy oedema glottidist kezelt ily módon, és pedig teljes sikerrel. A gége catheterisatio lehetősége ezen tapasztalatokkal tehát meg lett állapítva s tudományunk története mutatja, hogy ezen tapasztalatból kifolyólag csakhamar kisérleteket tettek egyesek oly irányban, hogy nem volna-e lehetséges gégebajokat, így különösen a gége-croupot oly módon kezelni, hogy bizonyos gyógyanyagokat viszünk direkte a gégébe, catheter segélyével. Ily elmélkedés alapján született meg a *Horace Green, Charles Bell, Dieffenbach* s *Loiseau*-féle eljárás s ezen speculatio hozta létre a *Chaussier, Depaul* és *Loiseau*-féle sondákat s *Reybard* „*sonde à demeure*“-jét.

Bouchut-t, kinek elméjéből pattant ki először az intubatio ideája, a fenti tapasztalatok inspirálták, hisz maga mondja: „*Depaul*-nak s *Loiseau*-nak tubusai s *Reybard*-nak „*sonde à demeure*“-je, mint egy eszme a másikat, szülték az én kis csövecskéimet.“

Bouchut „*D'une nouvelle méthode de traitement de Croup par le tubage*“ czím alatt ismertette eljárását s az általa leirt új kezelési módot 1858-ban elbirálás (*„appréciation“*) czéljából beterjesztette a párisi „*Académie de Médecine*“-nek.

A „*tubage*“ tehát megszületett, de fájdalom, csakhamar ki is mult s mint haszontalannak látszó törekvést, rövid idő mulva

[1] Elöadatott a budapesti kir. orvosegyesületnek LXII. évforduló nagygyülésén, 1899. október 14-dikén.

[2] „Az orvosi felfedezések jelen korában egyike a legnagyobb vivmányoknak.“

elborította a feledés homálya. Halála azonban csak tetszhalál volt s harmincz év mulva a „*tubage*“ újból életre ébredt, és pedig oly alakban, hogy többé fölötte napirendre térni nem lehetett.

A *Bouchut*-féle „*tubage*“ abból állott, hogy egy gége-sonda alakjára hajlított fémcatheterrel, fonállal rögzíthető, mintegy két centimeter hosszú ezüst csövecske vezettetett a szájon át a gégébe. A csövecskék kerekalakkal s kissé konikus véggel birtak, s különböző korú gyermekek számára különböző nagyságú tubusok vétettek alkalmazásba. *Bouchut*, ki felfedezésének már kisérletei kezdetén, 1857-ben, nagy jelentőséget tulajdonított, hét „tubage“-al kezelt croup-esetről számolt be az akadémiának, mely esetek közül azonban csupán egy gyógyult, s ez sem kizárólag a „tubage“-nak, hanem az utólag végzett légcsőmetszésnek köszönte felgyógyulását. Az érdemes franczia gyermekorvosnak ezen bár csekély eredményt felmutató kisérletei kétségtelenül mutatták, hogy a gyermeki gége a konstruált ezüst csövecskéket órákig jól eltüri. (Egyik esetben 36 óra hosszat, egy másik esetben pedig 40 órán át; ezen utóbbi gyógyult, utólagos légcsőmetszéssel.)

Bouchut előleges akadémiai közlése, azon nagy tekintély folytán, melynek ő Franczia országban már akkor részese volt, párisi orvoskörökben nagy feltünést keltett s az akadémia ezen sajátságos eljárást, mely a tracheotomia riválisának látszott lenni, birálat tárgyává tette. „*Le tubage de la glotte accompli par la bouche sans peril ni effusion de sang,* — mondja *Bouchut*, összehasonlítva eljárását a gégemetszéssel — *est destiné a remplir la même indication contre les mêmes dangers.*“ Az akadémiának tehát feladata az volt, megvizsgálni, hogy a fenti állításnak a *Bouchut*-féle új eljárás valóban megfelel-e?

Az akadémia jelentés tétele czéljából kebeléből *Blache*, *Nélaton* és *Trousseau*-t, e három kiváló tagját jelölte ki s az eszmecsere a *Bouchut*-féle tubage felett a kiküldött bizottság részletes jelentése alapján indult meg. A discussióban résztvettek Páris legkiválóbb orvosai, így: *Piorry*, *Malgaigne*, *Nélaton*, *Trousseau*, *Londe*, *Barth* és *Velpeau* s az akadémia beható és hosszas tárgyalás után a következő két pontban foglalta össze véleményét a *Bouchut*-féle „*tubage*“ felett:

1. A *Bouchut*-féle „*tubage*“ a croup kezelésénél haszonnal egyáltalában nem jár és nem kár nélküli. 2. Ha a belső kezelés laryngitis crouposánál hatástalan marad, segélyt egyedül a légcsőmetszés nyujthat.

Az akadémia, ezen kétségtelenül túlszigorú itéletének kimondásánál *Trousseau*-nak a befolyása alatt állott, ki, mint a bizottság ékesen szóló előadója, különösen a *Faure*-ral s *Boulay*-vel végezett állatkisérleteire hivatkozott, hangsúlyozván, hogy élő állatoknál a *Bouchut*-féle csövecske nyomása alatt a gégenyákhártya rövid idő alatt kifekélyesedik. A vita heves volt s szokatlanul szenvedélyes; — *Bouillaud* „*tempêtes scientifiques*“, tudományos zivatarnak nevezte el az akadémia ezen emlékezetes discussióját, s valljuk meg őszintén, *Bouillaud* ezen kifejezése találóan adja vissza a tárgyalás nagy szenvedélyességét. *Trousseau* a légcsőmetszés „*kereszt-apja*“, mint öt honfitársai nevezték, az új eljárás által veszélyeztetve látta kedvencz műtétét, mely még csak alig vert gyökeret a tudomány földjébe s csupa féltékenységből a legkiméletlenebb módon támadta az új eljárást Hiába való volt *Londe*, *Barth*, *Velpeau* felszólalása s *Malgaigne* hatalmas védbeszéde, az akadémia meghajolt *Trousseau* auctoritása előtt és döntött. Pedig *Malgaigne* meg akarta óvni az akadémia tekintélyét, mondván: „Óvatosságra intem Önöket! Visszautasítok minden megtámadható határozatot, melynek meghozatalához nincs joguk; az eljárást gyakorlatilag nem ismerik, s így nem állíthatják, hogy a légcsőmetszés lesz mindenkor az egyetlen eljárás, melyhez fordulni kell, ha croup esetén az összes gyógyforrások kiapadtak. Csak feltevésekből kiindulva, nem szabad sem helyeselniök, sem elvetniök a tubaget“. S mintegy jóslatszerüleg mondja: „*Qui sait, si le tubage ne sera pas un jour pour le croup, ce que la lithotritie est pour les pierres de la vessie*“.[1]

A tubage az akadémia véleményével tehát el lett temetve; „*le tubage fut enseveli*“, mondja egy franczia iró, s hogy még a hatvanas évek közepén is mily kicsinylőleg nyilatkoztak *Bouchut* úttörő kisérleteiről, ennek illustrálására idézem egy német autornak (*Pauli Fr.* 1865) egy mondatát, melyben az a croupról irott terjedelmes és jeles munkájában a *Bouchut*-féle eljárás tudományos elbirálását a következőkép jelzi: „*Die Akademie, respektive eine Commission . . . hat jedoch dieses Neoplasm, kaum ins Leben getreten, am 22. Januar 1859 exstirpirt*“. S szerző csodálkozásának ad kifejezést, hogy a párisi akadémia hogyan foglalkozhatott heteken át ezen barok és ártalmas dologgal.

A *Bouchut*-féle „*tubage*“ így lassanként feledésbe ment s bár *Störk*, *Möller*, *Weinlechner*, *Monti*, *Schrötter* és *Macewen* újból és újból megpróbálkoztak e téren, ajánlatuk visszhangra nem talált s *Bouchut* eszméje, úgy látszott, hogy végkép elejtetett.

1885-ben ismertette először *O'Dwyer* az általa „*intubatio*“-nak elnevezett új eljárást s *Bouchut* még megérhette eszméjének diadalra jutását, s 1887-ben örömmel konstatálhatta, hogy „*a gége-tubage, melyet ellenségei halottnak véltek, lerázta magáról az akadémia ékesszólásának porát*“, mely addig elfedte; az eszme győzött s ő harmincz év után tanúja lehetett a feltámadásnak. Sőt még többet megért az annak idején meg nem értett érdemes franczia gyermekorvos, megérte azt, hogy az Oceánon innen is lassanként hódítani kezdett az eljárás s eljutott a franczia földre is „*és lám*“, — mondja némi keserűséggel az agg *Bouchut* — *a franczia lapok szerencséseknek érzik magukat, hogy olvasóik okulására az új műtétről irhatnak*“.

S ez megfelelő elégtétel volt neki azon igazságtalan bánásmódért, melyben hazájában részesült. Szemtanuktól hallottam, hogy könyekig megható volt azon jelenet, midőn 1890-ben, a X-dik nemzetközi orvos-congressuson Berlinben a hetven éves *Bouchut*, az elfelejtett „*tubage*“ felfedezője s a 49 éves *O'Dwyer*, a modern s teljes diadalra juttatott „*intubatio*“ szerencsés megalkotója

[1]) „Ki tudja, nem lesz-e egyszer a tubage-nak, a croup kezelésénél ép az a jelentősége, mint a hólyagköveknél a kömorzsolásnak.“

kezet fogtak egymással. E jelenetnél két orvostörténeti szempontból nevezetes évszám találkozott, t. i. 1858 és 1885. 1858-ban *Bouchut* terjesztette az akadémia itélőszéke elé eljárását, 1885-ben pedig *O'Dwyer* tette közzé először hosszas munkálatainak végleges eredményét.

* * *

Mi vezette *O'Dwyer*-t az első intubatio kisérletek megtételéhez? Teljes balsiker a légcsőmetszés terén. A new-yorki lelenczházban ugyanis, alapítása óta, tehát 1869-től 1880-ig a légcsőmetszéses croup-esetek között egyetlen egy gyógyulást sem voltak képesek felmutatni. *Dante* felirata a pokol kapujára „*Lasciate ogni speranza voi ch'entrate*“[1] joggal a lelenczkórház bejárata fölé is lett volna irható, mondja *O'Dwyer* egy beszédében, melyet az amerikai gyermekorvosok montreali évi gyülésén tartott 1896-ban. Az egész, mit a mütét előnyére mondhattak, az volt, hogy elérték, hogy a szenvedők könnyebben haltak meg. A mütét végül a folytonos balsiker folytán az intézetben oly rossz hirbe került, hogy egyáltalán nem lett igénybe véve.

O'Dwyer első kisérletei catheternek a szájon, vagy orron át történő bevezetéséből állottak. A bevezetés nehézségén s az okozott nagy izgalmon kivül azonban azt látta, hogy ily hosszú csőnek tisztántartása lehetetlen, s igy ezen kisérletekkel, mint czélszerütlenekkel csakhamar felhagyott, de meg volt ezen próbálkozásának azon eredménye, hogy belátta, miszerint a csövet a levegő s a váladék átbocsátására rövidre kell készitenie, vagyis oly tubust kell konstruálnia, melynek proximális vége is csak a gégében feküdjék és igy megengedje, hogy az epiglottis fölötte záródjék, a nyelési müvelet alatt. Mily alakú csövet lehetne készitni, mely a gégében megmaradna, a köhögés kihajtó ereje daczára s egyidejüleg nem veszélyeztetné a lobosodott és duzzadt szövetek sértetlen voltát, a nagy nyomás által? A trachealis canulet gondosan a nyak köré kötött szalag tartja helyben, miféle fortélyt alkalmazzon, hogy ezen szalag szerepét kellőkép betölthesse? Ezek voltak az első kérdések, melyekre a további kisérletezésnél meg kellett felelnie.

Sok gondolkodás után más módot nem talált, mint egy kettős lemezü fémtubus szerkesztését, melynek lapjai a bevezetés alatt zárva volnának, de egy rugó által szétnyittatnának, ha a bevezető eszközről leválasztattak. Az első nehézség, mely a tubus ily alakú szerkesztésénél előállott, a rugó erejének megválasztásában rejlett. Ha ez gyenge volt, úgy a leszabadított lemezek nem távoztak egymástól és apnoë állott be, ha pedig túlerős volt, úgy distalis vége körül a tartós nyomás folytán fekélyződés lépett fel. De a legnagyobb nehézség, a mely legyőzhetlennek bizonyult, az volt, hogy megszabaduljon a lemezek közt levő szabad hézagtól, midőn a tubus in situ volt. Ezen közökbe a duzzadt nyákhártya ugyanis lassankint benyomult s megszüntette a kezdetben rendelkezésre állott kielégitő légzési ürteret. Ezen tubusok mindenkor helyben maradtak, s dyspnoenél rendesen gyors könyebbülést, javulást eredményeztek, másodlagos légcsőmetszés azonban valamennyi, legalább némi reményt nyujtó esetben szükséges volt, a beállott decubitus folytán. Ily alakú tubussal egy esete végre mégis gyógyult, miután a másodlagos légcsőmetszéssel behelyezett canulet a gyermek hat teljes hónapon át hordotta. A gégét két izben kellett megnyitni, mielőtt a canulet végre véglegesen eltávolithatta, de a kis beteg állandóan hangtalan maradt. Ez 1882. november havában történt, s ez volt az első operált croup-eset, mely a lelenczházban annak 1869-ben történt alapitása óta, tehát több mint tizenhárom év lefolyása alatt, gyógyult. Ezen két lemezü tubus vállát *O'Dwyer* guttaperchának chloroformos-oldatával épitette fel, réteget réteg fölé rakván, míg a válli rész kellő vastagságot ért el. Körülbelöl három évig kisérletezett ezen tubusalakkal, míg végre, mint használhatatlant, félretette.

Egy idő mulva lapos, ovális tubusokat kisértett meg, melyek hossza körülbelöl egy hüvelyk volt, s keskeny hasadékkal voltak ellátva felső végüknek hátsó felében, az extractor beillesztése számára.

1883. augusztus havától 1884. áprilisig kisérletei szüneteltek. Az első eset, melyet ezen idő letelte után az új tubusokkal kezelt, két hónapos és 24 napos csecsemő volt. A legkisebb számú tubus szemmellátható enyhülést adott a fuladozó betegnek s örömmel tapasztalta, hogy a csövecske helyben maradt. A kis beteg, fájdalom, tizenhat óra mulva meghalt, de a dyspnoe újabb jelentkezése nélkül. A második eset egy négy éves leányka volt, kit 1884. május 21-dikén intubált. A tubus itt is helyben maradt, — 67 óra mulva próbaképen eltávolittatott, de öt óra mulva vissza kellett helyezni. A reintubatio kisérlete közben a leányka oly erősen zárta össze fogait az ujjvédő-lemez körül, hogy *O'Dwyer* ujját sem kihúzni, sem betolni nem volt képes s kénytelen volt chloroform-bódításhoz folyamodni, hogy a mütétet befejezhesse. A tubust a beteg három nap mulva kiköhögte s újabb intubatio nem volt szükséges. *Ez volt az első teljes gyógyulás az intubatio történetében, s ennélfogva igen nagy jelentőségü esemény volt.* *O'Dwyer* nagy aggodalmak között várta a hang visszatérését, de miután a köhögés megtartotta hangos jellegét, meg volt nyugodva, mert hogyha a hangszalagok csak részben is roncsolva lettek volna, a köhögés hangtalan maradt. Ezen eset is bizonyította egy szájterpesztő szükségességét, a mit nemsokára el is készített.

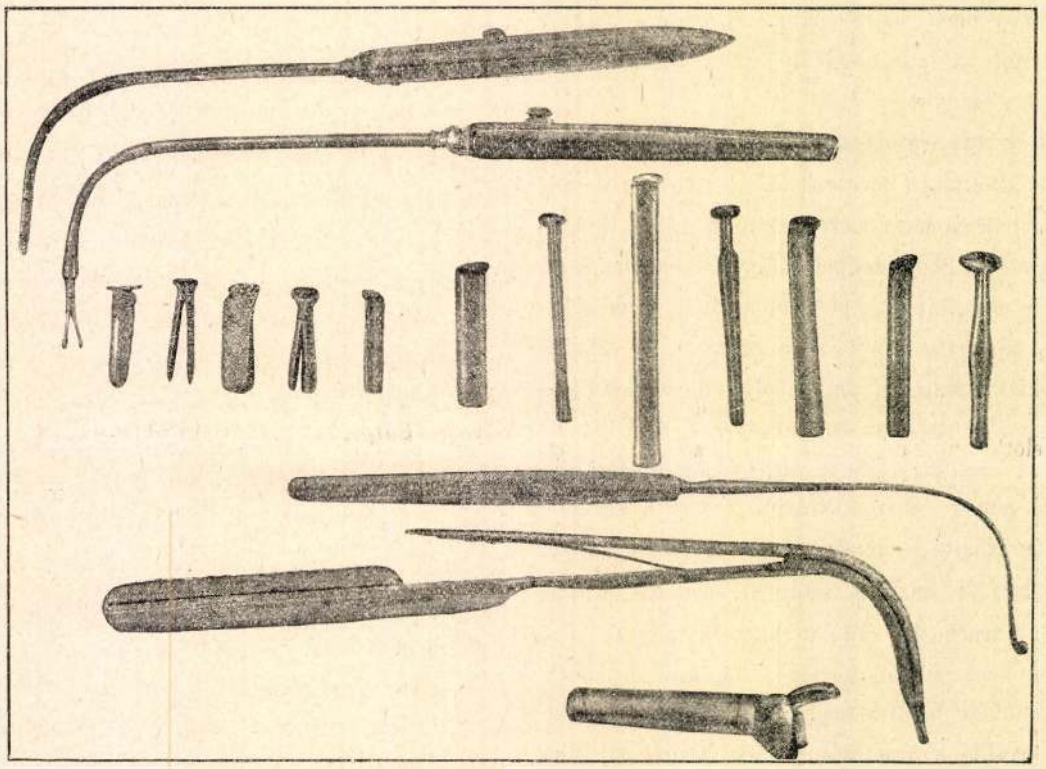
Még hét esetet kezelt ezen alakú tubusokkal, de ezek mind meghaltak. A nyálkahártya behatolt a tubus kis nyilásába, s ez alkalmat szolgáltatott a váladékok felhalmozódására. De ugyanezen alakú tubusok, e nyilás nélkül, melyek más alakú extractort is igényeltek, semmiképen sem maradtak meg a gégében, mindaddig, míg igen nagy tubust nem használt, mi ismét azt bizonyította, hogy az előbbi csövecskéket azon nyálkahártya redő tartotta vissza, mely az ectractor számára szolgáló nyilásba behatolt. Ez utóbbi nagy tubusokat csak öt esetben alkalmazta, melyek közül egy, miután a tubus tiz napig feküdt, 1884. deczember havában felgyógyult. A tubust ez esetben a gyermek többször kiköhögte, s a fatalis asphyxia nem egyszer csak az utolsó perczben lett elhárítva. Az intubatio hitele most már emelkedni kezdett a lelencz-

[1] Hagyjatok kinn minden reménységet, ha itt beléptek.“

kórházban, — öt év alatt két gyógyulás szólt az új eljárás mellett, s az ellenszenv a műtéti beavatkozások iránt fokozatosan csökkent.

A tubusok erre még nagyobb hosszt nyertek, úgy, hogy a bifurcatióig értek, majd újból rövidíttettek s középrészükön hasas kidomborodást nyertek, míg végre, öt évi szakadatlan tanulmány után megnyerték végre azon alakot, melyhez *O'Dwyer* később is hüen megmaradt.

A végleges tubusok, mint tudjuk, bronzmassából készült, oldalt lelapított, aránylag eléggé súlyos csövecskék, melyek középrészükön hasas kidomborodást mutatnak, a felső részletükön fémcravatte-al vannak ellátva, s ovalisan megnyúlt tág fúrási csatornával birnak. A cravatte egyik oldala átfúrt, s e lyuk vastagabb selyemfonál átvezetésére szolgál. A hasas kiöblösödés s a cravatte meggátolja a tubus lesülyedését a légcső mélyebb részébe, a cravatte ugyanis az álhangszalagokra fekszik rá, míg a hasas kidomborodás a cartilago cricoidea, vagyis cricoidealis gyürü alatt szerez támaszt a tubusnak, illetőleg gátolja a tubus felköhögését. Később *O'Dwyer* még ledomborította a tubus alsó szélét, a légcső mellső falán fellépő decubitusok elkerülése végett; utolsó, nézetem szerint nagy horderejü újítása az intubatio terén a könnyü ebonit tubusok létesítése volt, a nehéz bronztubusok helyett, mely ebonit-tubusok kétségtelenül nemsokára mindentől kiszorítják a fémtubusokat.



Midőn 1896-ban, az ezredéves kiállításon bemutatni szándékozván az intubatiós műszerek történeti fejlődését, *O'Dwyer*-t levélben felkértem, hogy mutatványul küldje el tanulmány-tubus sorozatát, *O'Dwyer* a legnagyobb készséggel tett eleget óhajomnak, s levelében, melyet a nagy értékü küldeményhez mellékelt, a következőket irja: „*Mielőtt ön mosolyogna a kezdeti kisérletekre használt első tubusok durvasága, esetlensége felett, arra kérem önt, képzelje el, mily jelentékeny nehézséget kellett leküzdenem, míg a gége számára megfelelő tubust konstruálhattam*“. Én, uraim, látva ezen sorozatot, nem mosolyogtam, hanem igaz bámulattal voltam eltelve *O'Dwyer* iránt, mert ezen tubussorozat a legszemmellátható bban demonstrálja, hogy mily szorgalommal, alapossággal és genialitással dolgozott ő, míg a legkezdetlegesebb alakból a mai tubusformát megalkotta.

A kérdéses tubussorozatra, melyet *O'Dwyer* oly kedves volt kórházamnak ajándékozni, méltán büszke lehetek, mert tudtommal csak három complet példány van belőle az egész világon, — az én példányomon kivül egy van *O'Dwyer* hagyatékában, egy pedig *Massei*, a nápolyi hirneves laryngolog birtokában.

* * *

Az intubatio 1885 óta Észak-Amerikában New-York-ból kiindulva rohamosan hódított, úgy annyira, hogy 1887-ben, midőn *O'Dwyer*, társaival első nagyszabású beszámolóját tartotta, *Dillon Brown* már 806 amerikai intubált croup-eset sorsáról referálhatott. Ezen esetek közül 81 volt *O'Dwyer* saját észlelése, a többi *Dillon Brown* (87), *M. Bleyer* (42), *Northrup* (32), *Fr. Huber* (47), *O'Shea* (37), *A. B. Strong* (31), *C. E. Denhard* (24) stb. gyakorlatából került ki. Ezek voltak az intubatio első és hivatott apostolai az ujvilágban. Hogy mennyire terjedt az intubatio itt, leginkább mutatja, hogy *Dillon Brown* 1889-ben már 2361 amerikai intubált esetről tehetett jelentést, mely materialist ő 166 intubáló orvos gyakorlatából, — és pedig jórészt magángyakorlatából gyüjtötte össze.

Európában az *O'Dwyer* - eljárásról 1888-ban kezdtek tudomást venni; csak igen kis körben karolták fel s általában bizalmatlanul fogadták. Németországban a kiváló sebész *Thiersch* tanár Lipcsében tette az első kisérleteket s 1888-ban a berlini sebészkongresszuson 31 észleletéről referált. Ezen 31 eset közül összesen csak három croup-beteg gyógyult fel s *Thiersch* később sem intubálhatott nagyobb szerencsével, mert az 1888-dik év végén az intubatio végzésétől klinikáján teljesen elállott. Németországban *Ranke* tanár Münchenben, Ausztriában *Widerhofer* tanár és *Galatti* dr. Bécsben és *Ganghofner* tanár Prágában az *O'Dwyer*-eljárás úttörője. Ők már nagyobb anyagon tették kisérletezés tárgyává az intubatiót. Svájczban *Guyer* és *Muralt* (Zürich), Franciahonban *Chabanet, Jacques, Ferroud, Bonain* s *Bayeux*, Angliában *J. B. Ball*, Olaszhonban pedig *Egidi* és *Massei* voltak az előharczosok.

Azonban daczára az imént felsorolt észlelők kedvező eredményének, Európában az intubatio hivei csak igen lassan szaporodtak, igy *Ranke* 1890-ben, a gyermekorvosok brémai gyülésén összesen még csak 413 összegyüjtött esetről adhatott számot, holott ugyanez ideig az amerikai orvosok már sok ezer esetben vették alkalmazásba az eljárást. Hogy Németországban mily lassan vert

gyökeret az intubatio, bizonyítja, hogy *I. Schwalbe* a berlini orvosegylet 1891. áprilisi gyülésén *O'Dwyer* eljárását még kedvezőtlenül itéli meg, s azon kijelentést teszi, hogy 13 észlelt eset alapján a friedrichshaini kórházban, *Hahn* osztályán, a további intubatio-kisérletek beszüntettettek. Ez azon évben történt Berlinben, a mely évben én Budapesten ugyanezen helyről, s Halleben a gyermekorvosok évi összejövetelén 60 esetem alapján az intubatióról véleményemet a következő szavakban nyilváníthattam: „*Az O'Dwyer-féle eljárás a laryngitis crouposa kezelésénél egy oly operativ eljárás, mely a kórházi gyakorlatban a légcsőmetszést az esetek túlnyomó számában teljesen nélkülözhetővé teszi, sőt előnyösebb a tracheotomiánál, a mennyiben a légutak folytonossága a mütét után is fentartatik s a mütét végzése sebzéssel nem jár*".

Hogy későbbi következtetéseimben még sokkal messzebb mentem, azt czikkeimből méltóztatnak tudni.

Én az *O'Dwyer*-eljárást 1890. augusztus havában végeztem először kórházamban (ez volt az első intubatio honunkban), s 1891. január hónapja óta rendszeresen gyakorlom croup-anyagomon, úgy hogy 1893. julius haváig eseteim száma már 431-re emelkedett. Ezen számra vonatkozik *O'Dwyer* egyik levelének következő paszusa: „*Diphtheria must be very prevalent in your city, to enable you to accumulate such a large number of intubation in so short a time. I have had only four hundred cases myself and I regret to say that my results are not as good as yours*".[1]

Mai napig eseteim száma 1200-ra tehető s míg gyógyulási százalékunk a serum előtti időszakban 33 volt, addig ma az az 50%-ot is meghaladja, s intubatiós praxisunk óta 500-nál több croup-eset köszöni kórházunkban *O'Dwyer* geniális eljárásának megmentett életét.

Az intubatio azonban nemcsak a gégediphtheritis kezelésénél vált be, hanem kiváló gyakorlati eredményeket mutatott fel már kezdettől fogva az idült gégeszükületek kezelésénél is.

O'Dwyer 1885. deczember havában kezelte az első idült larynx-stenosist intubatióval. A beteg 40 éves, tertiaer luesben szenvedő nő volt, kinél a szükület lassan, két év alatt fejlődött ki. Ekkor szerkesztette *O'Dwyer, Lefferts*-el együtt a felnőttek számára szolgáló tubus-sorozatot. Szerző ezen esetben először csak a legnagyobb gyermekkori tubust vezethette keresztül a szükületen, néhány nap után azonban már fokozatosan nagyobb és nagyobb tubust alkalmazhatott s 15 havi következetes kezelés után a heg végre elvesztette szükületre való hajlamát s a beteg felgyógyult.

O'Dwyer ily módon kezdettől fogva maga kiterjesztette az intubatiót az idült stenosisok kezelésére is s oly eredményeket látott intubatióval idült keletkezésü szükületeknél, hogy már 1887-ben az alábbi önérzetes nyilatkozatot tehette:

„*Had intubation of the larynx proved a complete failure in the treatment of croup, I should still feel amply repaid for the time and expense consumed in developing it, for I believe it offers the most practical and rational method yet devised for the dilatation of chronic stricture of the glottis.*"[1]

George M. Lefferts 1890-ben aránylag nagyobbszámú esetei alapján már részletesen kifejti az intubatio hasznát a syphilis okozta különböző természetü szükületeknél s szerző ezen nagy értékü közlése óta mind nagyobbszámú esetközlés *(Simpson, Valdo, Cheatham, John O'Roe, Massei, Rosenberg)* demonstrálja az *O'Dwyer*-eljárás alkalmazhatóságát a luëtikus stricturáknál.

A nem luëtikus heges szükületeknek intubatióval való kezelésével *O'Dwyer*-en kivül *Dillon Brown, Metzeroff, Cholmeley, Ranke, Rosenberg, Schmiegeloff, Guyer, Hartwig, Chiari* foglalkoztak s az általuk elért eredmények csak megerősitik *O'Dwyer* fent idézett kijelentését.

Hogy mi hazánkban e téren is lépést törekedtünk tartani amerikai ügyfeleinkkel, azt e tárgyról Moszkvában tartott előadásom bizonyítja.

* * *

O'Dwyer József 1841. október 12-dikén született Clevelandban, Ohio-államban. Gyermekkorát Canadában töltötte s itt látogatta iskoláit. Ugyanitt készitette őt elő az orvosi tanulmányokra, amerikai szokás szerint egy orvos, *Andersen* dr. 1864-ben került New-Yorkba, hol 1866-ban orvostudori oklevelet nyert a „*College of Physician and Surgeons*" nevü főiskolában. Első alkalmaztatását a „*Charity Hospital*"-ban nyerte s megbizatást kapott, hogy a „*Blackwell*"-szigeten létesített fertőző kórházat vezesse, teljesen önállóan, legjobb belátása szerint. Itt cholera, majd hagymáz-járványt élt át, rövidegymás-utánban s maga is typhusba esett. Gyógyulása teljes volt s testi erejét csakhamar egészen visszanyerte. 1868-tól 1869-ig a „*Bellevue*"- és „*Charity*"-kórházak vizsgáló orvosa lett s megnyerte azon jogot, hogy előadásokat tarthasson bizonyos kórfolyamatokról. Ugyanezen évben *Warren Schonnover* dr.-ral rendelő intézetet nyitott a Second Avenue-n.

1872. tavaszán a „sixty-fifth-street" közelében levő „Lexington Avenue"-ban telepedett le s e helyen ismerték meg kartársai közül legtöbben. 1873-ban szomszédságában épült fel a „*New-York Foundling Asylum*" új kórháza s *O'Dwyer, — Lewis Smith* és *Reynold* dr.-ral együtt ezen intézet élére állittattak. 1880-ban itt kezdett a rendelkezésére álló anyagon az intubatio gondolatával foglalkozni. Önállóan, kölcsönzött inspiratio nélkül („*without borrowed inspiration*"), a nélkül, hogy *Bouchut* tubage-át ismerte volna, fogott tanulmányához s óriási kitartással dolgozott, nem rettenve meg a balsikerektől. A módot, mely szerint munkál-

[1] „A diphtheriának igen gyakorinak kell lennie az önök városában, mert lehetővé tette, hogy ön oly rövid idő alatt oly nagy számú esetet gyüjthetett. Nekem magamnak csak 400 esetem volt s sajnálatomra be kell vallanom, hogy az én eredményeim nem oly jók, mint az önéi."

[1] „Ha a gége intubatiója a croup kezelésénél teljes kudarczot vallott volna is, még akkor is kárpótolva érezném magam azon időért és költségekért, melyeket annak kimüvelésére fordítottam, mert azt hiszem, hogy ez képezi a leghasználhatóbb s legczélszerűbb eljárást, melyet valaha a hang chronicus szükületének tágitására ajánlottak."

kodott, leginkább jellemezhetjük saját szavaival, melyeket egy előadásából veszek át: „Tapasztalataim alapján megerősíthetem — mondja *O'Dwyer* — egy bölcs azon mondásának igazságát, hogy kitartó elmélkedésnél egy tárgy felett, azt a világosság árja borítja, — a világosság kezdetben csak dereng, de a folytonos gyakorlattal mindinkább növekszik, míg végre teljes fényben munkálkodunk.“ Öt évvel később, tehát 1885-ben, tette először közzé fáradságos tanulmányai eredményét. Első nyilvános elismerése művének, mely felért egy ovatióval, 1887-ben az állami orvosegylet *(State Medical Society)* február havi gyülésén volt. Mint hallottuk, már ekkor meggyőződésévé vált, hogy idővel a chronikus stenosisok gyógyítására is ép oly alkalmas leend eljárása, mint a heveny szűkületek kezelésére.

Minden problema, a mely a légzési szűkületekkel rokon volt, felette érdekelte. Életének vége felé a „*Presbyterian Hospital*“-ban alkalmazott egy tüdőlobos betegnél egy a légzést megkönnyítő készüléket, melynek czélja volt a levegőt oxygennel bősásan ellátni. Mesterséges légzésre szolgáló intubatiós készülékét, melyet az európai sajtóban kórházunk ismertetett először, meghitt barátja *Northrup* irta le a „*British Medical Journal*“ 1894-diki évfolyamában. *Northrup* ezen eljárással egy felnőtt egyénnél huszonöt órán át végezett mesterséges légzést s *O'Dwyer* hozzám intézett levelében, melyben az eljárásra és az eszközre figyelmessé tesz, különösen nagy fontosságot tulajdonít neki bizonyos mérgezéseknél, így chloroform-asphyxiánál s morphium-intoxicationál. Mi ezen intubatiós eszközt szájüri műtéteknél a gége tamponálására is használjuk, mi által elkerülhetővé tehetjük az előkészítő légcsőmetszést.

O'Dwyer kitünő tanár volt s nehány évig a „*Post graduate medical-school and hospital*“-ban s a „*Bellevue hospital medical college*“-ben tartott frequentált intubatiós kurzusokat. Élete utolsó éveit a „*St. Vincent hospital*“-nek szentelte; utóbbi helyen szülészetet és intubatiót tanított az orvostan-hallgatóknak s az ápolónők kiképzője volt. *Northrup*-nek *O'Dwyer* felett tartott emlékbeszédéből tudjuk meg, hogy magángyakorlatában, beleszámítva az abortusokat, több mint háromezer szülésnél segédkezett.

O'Dwyer rövid álmúvá lett azon időtől kezdve, midőn az intubatióval kezdett foglalkozni. A nappali gondolatok éjjel tovább foglalkoztatták s megzavarták álmát. Mióta az intubatio népszerüvé vált New-Yorkban, éjjel sokat háborgatták s ha nem is ment a betegágyhoz, nem tudott újból elaludni. Mihelyt egy gyermek gégéjébe a tubust behelyezte, megkezdődött nyugtalansága. A műtét új volt s a balsikerek, melyek itt-ott természetszerüleg előfordultak, a legnagyobb fokban bántották felette érzékeny lelkületét. Az intubatio tönkretette alvását, megrontotta egészségét s idő előtt öreggé tette. Felesége, ki hü támogatója s a szó legszorosabb értelmében igazán munkatársa volt, fél évvel a washingtoni congressus után, mely helyen *O 'Dwyert* már egész Észak-Amerika orvosvilága ünnepelte, meghalt s ez a csapás mélyen megrendítette öt s ez okozta, hogy az utolsó tíz évben a közélet zajától majdnem teljesen visszavonult.

O'Dwyer kevés szavú, magába zárkózott, folyton gondolkozó férfiú volt, ki csak bizalmas baráti körben vált közlékenynyé. Azon kör azonban, a melyben forgott, nemcsak szerette s tisztelte, hanem imádta is öt. A newyorki lelenczkórháznak, mely intézettel huszonöt éven át állott a legszorosabb kapcsolatban, ő volt mindene. A szülészeti osztályon ő volt a tapaszlalt s tanácsot adó szülész, intubatio terén ő volt a nagymester, a belgyógyászati gyakorlatban ő volt a kórház consiliariusa s az ápolást végező apáczáknak ő volt tanítója, tanácsadója s orvosa. S mindnyájan imádták! Családi s polgári élete, hivatásbeli viszonya kartársaihoz s betegeivel szemben — mondja *Northrup* — nagy jellemü férfiúra vallottak.

1896-ban az „*American Pediatric Society*“ elnökévé választatott meg, mi kétségtelenül a legnagyobb kitüntetés, mely amerikai gyermekorvost érhet.

O'Dwyer kora ifjúságában tüdővérzésben szenvedett s e miatt három éven át lakott a Michigan-tó körül elterülő erdőkben mint tagja egy földmérési bizottságnak. Itt vérzései megszüntek s bajából kigyógyult. Mindig gyengébb szervezetü volt. Az utolsó tizenöt év megszakítás és üdülés nélküli munkája 1897-ben már szemmel láthatólag aláásták egészségét, úgy hogy november havában hozzá közelálló barátai már aggódtak állapota felett. Deczember első hetében az egyik agyacsütér thrombosisa állott be s öt hétre rá másodlagos agyhártyalob folytán beállott a halál, mely megváltotta öt szenvedéseitől.

Hattyúdala egy rövidke kis közlés volt, „*Congenital stenosis of the larynx*“ czímmel, mely az amerikai „*Archive of Pediatrics*“ 1898. januári számában jelent meg, tehát akkor látott napvilágot, midőn szerzője már kilehelte lelkét. Ezen czikkecskében egy öt hetes csecsemő esetét közlötte, melyben veleszületett gége szükületet, rendszeres bougie-bevezetéssel, négy ülésben végleg eltüntetett. Az intubatio-eljárást ismertető alapvető munkáin kivül különösen értékes azon czikke, melyben a nevéről elnevezett műtét fejlődési phasisait tárgyalja (1896.) s továbbá a Washingtoni gyülésen előadott tanulmánya a huzamos időt igénylő intubatio okairól és kezeléséről. (1847.)

* * * .

O'Dwyer-nek, ki büszke önérzettel mondhatta volna el magáról a latin költő azon szavait, hogy „*exegi monumentum aere perennius*“, amerikai kartársai hozzá méltó emléket állítanak. Emlékének megörökítésére ugyanis New-York 16 orvosegyesülete elhatározta, hogy 30,000 dollár tőkét tesznek le alapítvány gyanánt, melynek kamataiból két, az elhunyt nevét viselő gyermekgyógyászati ösztöndíjat alapítanak. Az ösztöndíjat odaitélő bizottságban képviselve lesz a *Harvard*-egyetem, a *John Hopkins* orvosi iskola, a chicagói egyetem s a newyorki orvosakadémia. A newyorki „*College of Physician and Surgeons*“ pedig határozattá

emelte, hogy orvosi iskolát állít fel, mely örök időkre az elhunyt nevét viselendi.

* * *

Én, Uraim, az elhunytban egy igaz, jó barátot veszítettem és szomorú kötelességet teljesítettem ma, midőn felette, ki egyesületünknek levelező tagja volt, emlékbeszédet tartottam.

Jacobi, Amerika gyermekorvosainak nestora, már 1887-ben, egy elnöki beszédében azon kijelentést tehette, hogy „*O'Dwyer éveken keresztül tervezve és tökéletesítve az intubatiót, méltán nyerte el mindnyájunk elismerését, mert hozzájárult azon felfedezésekhez, melyek az amerikai orvosi munkálkodás dicsőségére válnak*“ s 1898-ban ugyanezen érdemes és kimagasló szaktársunk teljes büszkeséggel constatálhatta, hogy „*az intubatio tana megállapodott s nem azon sok eljárás közé való, melyeket nagy zajjal szőnyegre hoznak, de nemsokára elfelejtenek*“.

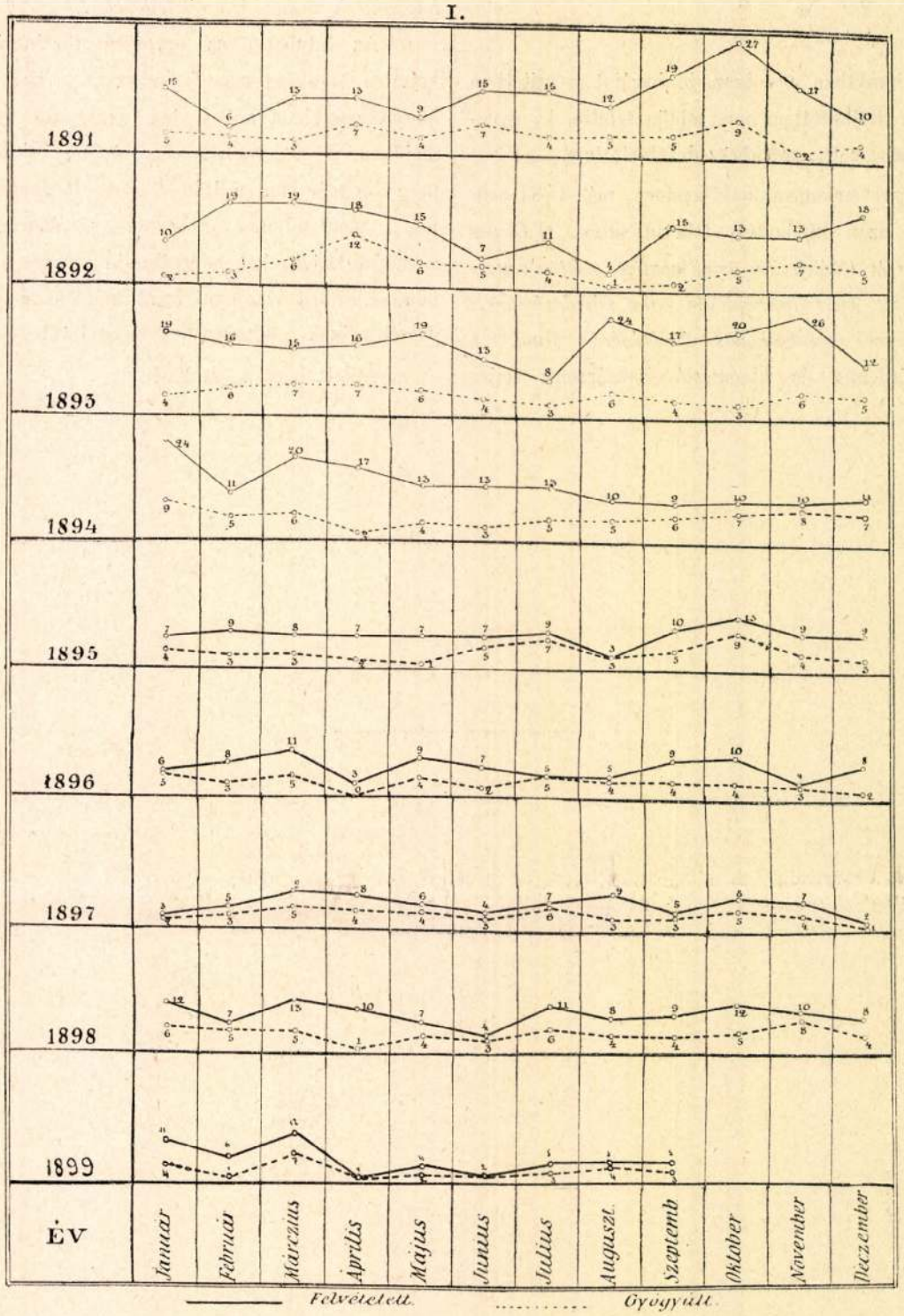
Az intubatio az orvostan történetének lapjaira kitörülhetetlen betükkel van feljegyezve s úgy vagyok meggyőződve, hogy hazánkban, hol e tan az összes európai államok között majdnem először foglalt nagyobb tért s kezdettől fogva a legnagyobb mérvben méltányoltatott, *O'Dwyer* emléke örökké élni fog, — mert mi magyar orvosok az amerikai kartársban nemcsak a tudóst látjuk, hanem gyászoljuk benne a jóakaró barátot is, ki honunk orvosi viszonyai iránt mindenkor a legmelegebb érdeklődéssel s igaz rokonszenvvel viseltetett!

Áldott legyen emléke!

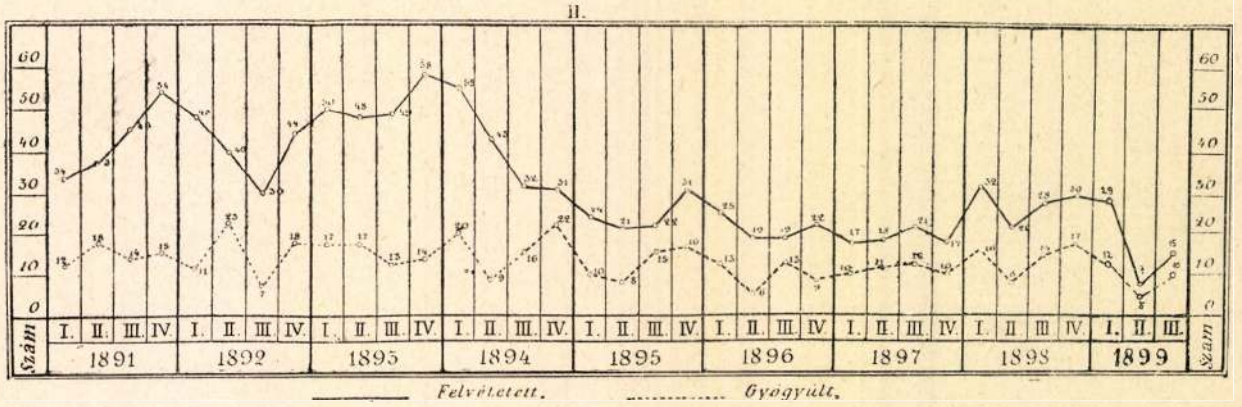
A budapesti „Stefánia"-gyermekkórház intubatio-statistikája. (1891. jan. 1.—1899. okt. 1.)

(Összesen 1117 eset.)

I.



II.



Az egyenes vonal (I. tábla) az intubatióra került diphtheriás esetek számát jelzi hónapok szerint, a tört vonal pedig az intubált esetek gyógyulását mutatja hónapok szerint.

A fenti adatok a II. táblán negyedévi összegezésben vannak feltüntetve.

A vastagon aláhúzott vonalak a serum-időszakot jelzik (1894. okt.—1899. okt. 1.).

Budapest. 1899. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája (felelős vezető Müller Ágoston), Dorottya-utcza 14. sz.

gyöngült, nyolcz hét alatt 27 kg.-ot fogyott. Ilyen állapotban vétetett fel 1899. évi február hó közepén Hochhalt főorvos osztályára, honnét bélstenosis gyanúja miatt osztályomra tétetett át.

Felvételkor[1] a magas termetű, ép csontrendszerrel biró, igen elgyengült férfibeteg nyákhártyái halványak, szemei beesettek, mellkasi szervei épek. Májtompulat megkisebbedett, a hónaljvonalban három ujjal, a bimbóvonalban két ujjal végződik a bordaszél fölött, felső határai rendesek. Has puffadt, főleg a gyomor tájéka, mely rázásra élénk locscsanást hallat, jobboldalon a spinatól befelé érzékenyebb mint másutt. A gyomor felfújva a köldökig ér, bélpuffasztásnál a vastagbél teljesen megtelik. Beteg kétnaponként hány, rendesen éjjel. Hányadéka fűzöld színű, csak kevés ételmaradékot tartalmaz, szabad sósav benne soha kimutatható nem volt, de a próbareggeli után nyert váladék bőven tartalmazott sósavat. Tejsavat sohasem találtunk. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, pulsus 80, gyenge. A tünetek általában olyanok voltak, milyenek pylorusszükületnél szoktak előfordulni, a hányás, a hányadék nagy mennyisége, a gyomornedv bő sósavtartalma pylorusstenosis mellett szólottak, de tekintettel arra, hogy a gyomortágulatot nem mutatott és hogy a hányadék mindig élénk zöld volt, vagyis epét tartalmazott, fel kellett tennünk, hogy a szűkület a choledochus beszájadzási helye alatt van és pedig attól nem messze, mert a hányadék bélsárszagú soha nem volt és a még meg nem bomlott epe élénkzöld színével birt. Az anamnesisből világosan kitünt, hogy a beteg többszöri epityphlitis rohamon ment keresztül és így valószinűnek tartottuk, hogy az ebből eredő összenövések okozzák a bélstenosist.

Műtét 1899. évi márczius hó 24-én.

A hasüreg megnyitása után azonnal előtolul a felkarvastagságnyira tágult, erősen hypertrophizált, első pillanatra gyomornak imponáló jejunum. Ezen tágult bélkacsot lefelé követve a coecum táján egy ökölnyi, csepleszből, összenőtt bélkacsokból álló tömegre jutunk, mely a has jobb falához és a medenczéhez szélesen és kérgesen oda van tapadva. Ezen conglomeratumban elvész a fent leirt, kitágult bélkacs, illetve innen túl nem követhető. Hogy a szűkület helyét megtalálhassuk, az összenövéseket fel kellett oldanunk, a bélkacsokat egymástól elválasztanunk, a mi az álhártyák rendkivüli szivóssága miatt igen nehéz munka volt. Miután a bélgomolyag, melyben a szűkült bélkacsnak lennie kellett, a psoashoz és vakbélhez szorosan oda volt nőve, hogy hozzáférhessünk, a hasfalakat jobboldalon harántul be kellett metszenünk. Csak azután sikerült megtalálnunk az igen elvékonyodott és szűkült, álhártyákba beágyazott, a vastagbélhez és medenczefalhoz rögzített elvezető bélkacsot, de ez lepraeparálás közben két helyen beszakadt. A vékonyfalú beszakadt bélrészletet 14 cm.-nyi hosszban resecáltuk. Hogy a felső igen tág bélkacsot az alsó vékony bélrészlettel egyesíthessük, hogy a sebfelületeket congruenssé tegyük, az elvezető vékonybélbe egy 2 cm. hosszú oldalmetszést ejtettünk, miáltal a két összevarrandó sebfelületet egyenlő hosszúvá tettük. A bél egyesítése 32 első soros és 40 másodsoros vékony selyemvarrattal történt. Hátra volt még a voltaképeni kórokozónak, a processus vermiformisnak eltávolítása. A féregnyúlvány kisujjnyira megvastagodva és megnyúlva, a kis medencze falához volt rögzítve, elülről a már előbb megoldott belek és álhártyák födték.

Resectio a szokott módon, manchette-készitéssel. A resecált féregnyúlvány hossza 13 cm., fala megvastagodott (2 mm.), három czitrommagnagyságú és alakú bélsárkövet tartalmazott, nyákhártyája bolyhos, belövelt, ulcerationak nyoma nincs. A féregnyúlvány eltávolítása után hasfalvarrat 1 etageban.

A hosszú műtét után a beteg magához tért, konyhasóinfusiók után a sziv működése erősbödött, az első órákat elég jól töltötte. De másnap hirtelen collabált, eszméletét elveszitette, légzése ritkult (perczenként 10), de a szívműködés elég jó volt. Azonnal mesterséges légzést alkalmaztunk, erős villamos árammal a légzési centrumot és légzési izmokat működésre serkenteni igyekeztünk, de eredménytelenül, mert a beteg műtét után 24 órával légzési hüdés tünetei között meghalt.

A bonczjegyzőkönyvből (Genersich tanár) a következőket emeljük ki: peritonitisnek semmi nyoma, 30 cm.-nyire a duodenum kibúvási helye alatt circularis bélvarrat, mely jól zár, varratok körül semmi reactio. A varrat fölött a bél kerülete 22; alatta 9 cm. Mindkét tüdőben kezdődő, kis terjedésű pneumonia hypostatica. *A vena cavaban egészen a popliteákig régi thrombusból eredő szálagos összenövések úgy, hogy a vér keringése csak vékony csatornákban történhetett.* A bal carotis internában, elágazódása előtt egy fakószürke, a véredény falához nem tapadó vérrög.

A vena cava thrombosisa minden valószinűség szerint egy epityphlitis roham alatt keletkezett, életben felismerni nem lehetett, mert venás pangásjelei: tágult bőrvenák, oedemák nem voltak jelen. Vena thrombosist a betegség hevenystadiumában elég gyakran volt alkalmunk észlelni, genyedéshez soha nem vezetett ugyan, de a reconvalestentiát hetekkel elnyújtotta.

Visszatérve a coecalis tumorok körüli genyedésre, érthető, hogy csupán a radicalis műtét alkalmával tárulnak fel a viszonyok a maguk valódiságában; igy a mi két esetünkben is, melyeket alább részletesen közölni fogok, az operatio alatt tünt ki, hogy egyikben széteső carcinoma gelatiniforme, másikban adeno-carcinoma alapján fellépett periappendicitis purulenta van jelen.

Már *Langheld* emlit fel *Sonnenburg* szerint három ily esetet. *Follert* szintén közöl egy ilyen esetet, melyben carcinoma medullare szétesése folytán retroperitonealis tályog képződött. *Beger* a mienkhez egészen hasonló esetet ir le melyben a jobb inguinalis táj duzzanatából bemetszés után bőmennyiségű geny ürült s csak később mutatkozott egy széteső újképlet, mely adenocarcinomának bizonyult.

Nagyon érdekes és tanulságos az az észlelet is, hogy chronikus epityphlitis alapján viszont újképlet fejlődhetik; *Hastings Gilford* közöl egy ilyen esetet, a midőn egy 13 éven át fennálló lobos folyamatnál bélsárkő körül sarcoma fejlődött.

Fent jelzett idevágó két esetem részleteiben a következő:

H. Pálné, 41 éves, földbirtokos neje, Aradról. Egészséges családból származik, nagyobb betegségei, gyomorrontástól eltekintve, jelen bajáig nem voltak. 1893. tavaszán alhasának jobb oldalán fájdalmakat kezdett érezni, étvágytalan lett, székletét renyhe volt. Ekkor már az alhasban jobboldalt jól kitapintható daganatot vett észre, mely fekvésre, borogatásokra kisebbedett, de soha el nem mult. Igy az 1893-diki nyarat kisebb-nagyobb nehézségek közepette jóformán állandóan ágyban töltötte. A renyhe székletét miatt irrigatiokat kellett használnia. Október óta erősebb, kólikaszerű fájdalmak kinozták és különösen ha evett, mindig hányt. Csekély lázai voltak, székletétben vér nem mutatkozott. Karácsonykor a daganat hirtelen erősebben nőtt, fájdalma óriási volt és a lázak emelkedtek. 1894. január 2-dikán az emlitett daganaton, a Poupart-szálag fölött, Schuster dr. Aradon bemetszést ejtett és ez alkalommal mintegy 1½ liter bűzös geny ürült ki.

A nyitva hagyott seben pár nap mulva bélsárra jellegzetes kinézésű tartalom szivárgott ki. Hat hétig feküdt ekkor ágyban és ez idő óta folyton erősebben soványodott, még viszonylagos felgyógyulása után is. Márczius havában erősebb gyomortáji fájdalmak, többszöri hányás, epés, sőt bélsárszagú tartalommal. Ekkor ismét ágyban feküdt és három hétig kizárólag tejjel táplálkozott. Május derekán diaetahiba után, erős epés hányás, nagy fájdalmakkal, követve stenotikus tünetek által, melyek öt napon át sem beöntésekre, sem hashajtókra nem engedtek.

Végre senna infusum, ricinus és karlsbadi sóból összetett beöntésre megindult a székürülés.

Azóta állandóan szabálytalan időközökben, éjjel és nappal kólikaszerű fájdalmak lépnek fel, melyek alatt a hason a belek élénk peristaltikája látható. 20 kilóval lesoványodott.

Statusból (1894. jun. 14-dikén) kiemelendő, hogy a has erősen puffadt, jobboldalt a mesogastriumban a nagyobbodás kifejezettebb. Az egész has falzatán szembetünően látható a belek rendkivül fokozott peristaltikus mozgása. A jobb Poupart-szálag fölött másfél tenyérnyi tompa kopogtatási zóna, mely folyadékkal telt vékonybélkacsoknak felel meg és configuratioját változtatja. Állandóan absolut tompa a jobb lumbalis táj a bimbóvonaltól oldalfelé és a jobb Poupart-szálag fölötti régió 4—5 cm. szélességben. A jobb Poupart-szálag fölött egy ujjnyira, a spina ant. sup.-tól mellfelé két ujjnyira egy 8½ cm. hosszú, majdnem a has közepéig terjedő vörös hegvonal, melynek külső negyedében köldökszerű mélyedés van. Utóbbiból nyomásra 2—3 csepp sűrű geny ürül. E köldökszerű mélyedéstől egy a hasfallal összefüggő 2—3 ujjnyi, alig érzékeny hegköteg vonul a mélybe, hol felülről egy kisalmamekkoraságú diffus, el nem tolható, kemény resistentia érezhető. Bal oldalfekvésnél a jobb lumbaltáj kevéssé, de nem egészen, feltisztul, baloldalt azonban a kopogtatási hang ekkor nem lesz tompa (a mi szabad hasüri folyadék ellen szól). Mindezek után a diagnosisra nézve *Müller*, *Réczey* és *Tauffer* tanárokkal és *Kéry* dr.-ral egybehangzóan olykép egyeztünk meg, hogy minden valószinűség szerint vakbélkörüli genyes lob (epityphlitis suppurativa) állt fenn eredetileg, melynél a geny műtét útján kiürittetvén, a tályogfalak zsugorodása, esetleg összenövése folytán másodlagosan az ileum megtöretése vagy compressioja következett be.

Műtét 1894. julius 18 án. Chloroform-aethernarcosis. A sipolynyílás ovalair körülmetszése és hogy — a tartalom belőle ki ne folyjék — két varrattal való zárása után 15 cm. hosszú függélyes metszés a rectus külső szélén. A hasür megnyitásakor almanagyságú daganat tolul előre, mely az emlitett sipolynyíláshoz vastag hegköteg által van rögzítve. A mint a hasfalnak a sipolylyal szomszédos része, mely a daganattal összefüggésben maradt, kimetszetett, kitünt, hogy a daganat a Bauhin-billentyű táján fekszik, a coecumot magába öleli és a szűkület okozója. E miatt 19 cm. hosszban resectioja a coecumnak és ileumnak, a collabált colon ascendens rézsútos átmetszése és a tágult ileum-kacscsal való körkörös egyesítése *Czerny*-féle bélvarratok útján Már a macroscopikus vizsgálat is carcinoma gelatiniforme diagnosist mutatott, a mit a górcsövi lelet is megerősített. A rákos beszűremkedés közepén egy kráterszerű exulceratio a tumorral együtt resecált sipolyjárathoz vezet, a melyről szorgos vizsgálatnál kitünik, hogy a részben tönkrement és rákosan degenerált proc. vermiformis. Zavartalan gyógyulás három hét lefolyása alatt.

Nem kevésbbé érdekes és tanulságos a második eset is, a mely hólyagkörüli és medenczetályog képével, időközönkint kiújuló lázas rohamokkal járt és ekként teljesen azon epityphlitisek kórképét adta, melyeknél a meghosszabbodott, perforált féregnyúlvány a medenczébe nyúlik le. A helyes diagnosis itt is csak a műtét alkalmával derült ki.

Az eset a következő:

Z. A. 56 éves magánzó, Budapestről, kinek baja műtét előtt ¾ évvel kezdődött. Gyomorgörcsök, székrekedés majd hasmenés váltják

fel egymást; két izben lázzal, rázóhideggel, elesettséggel kólikaszerű fájdalmakkal a vakbél táján, makacs székrekedéssel, ökölnyi elhatárolt el nem tólható duzzanat a Poupart-szálag fölött a rectus-izom külső szélén. Ez év májusában ismétlődnek a rohamok 8 napig tartó esténkénti borzongás, hidegrázás, erős fájdalmakkal. Juliusban látszólagos javulás után Karlsbadba megy, hol újra lázrohamokat kap, visszatér Budapestre, ismét 40°-nyi esti hőemelkedések. E hó elején vizelésnél rendkivüli fájdalmak, tenesmus lépnek fel; a hólyag jobboldalán a Poupart-szálag fölött ökölnyi daganat constatálható; közben tályogátfúródás jelei a hólyagba; ugyanis hirtelen az eddig tiszta vizeletben nagy mennyiségű sűrű sárgás-fehér geny mutatkozik. *Müller*, *Stern* tanárokkal és *Sipos* drral tartott consiliumok alapján pericystitikus, minden valószinűség szerint appendicularis, a hólyagba tört izzadmányt vettünk fel. Két nappal később azonban a műtét kideritette, hogy a hólyag és vakbél között a proc. vermiformis körül, talán ebből kiindulólag egy adenocarcinoma foglal helyet, a melyet mindenek szerint szétesés folytán periappendicularis genyedés complicált, mely a hólyagba tört át.

Térjünk most át az epityphlitis legactualisabb fejezetére: a **therapiára.**

Az első kérdés itt természetesen az, van-e helye egyáltalában a műtéti beavatkozásnak? Ha igen, mik azon körülmények, melyek azt szükségessé tehetik és végre, melyik azon időpont, a mikor a műtét javalva van?

Hogy erre megfelelhessünk, nézzük meg legelsőbben azt, *gyógyul-e* és miként, az *epityphlitis spontan*, megfelelő *belső kezelésre?*

A tapasztalat azt mutatja, hogy gyakran maga a természet segít a bajon az epityphlitikus tályog spontan felszivódása útján. Nem szükséges ehhez az, hogy az izzadmány, mint ezt *Sahli* feltételezi, autodrainage alapján a féregnyúlványon át vissza a vakbélbe ürüljön vagy hogy a vékonybélbe, vastagbélbe vagy hólyagba törve át ezen az úton ürüljön ki, a mi különben is csak huzamosabb ideig fenálló genygyülemekkel történhetik meg. Maga a peritoneum bir azzal a képességgel, — a mint ezt *Grawitz* és *Wieland* kisérletileg kimutatták — hogy úgy a genyt, mint a bacteriumokat resorbálja; kisebb, lefokozott virulentiával biró, eltokolt tályogok ilyen módon akárhányszor spontan gyógyulnak.

Leyden és *Renvers* emlitenek ilyen spontan gyógyult eseteket, melyeknél előzőleg Pravaz-fecskendővel exquisit geny lett kimutatva.

Én magam is láttam két ilyen enyhe esetet, melyeknél próbapunctióra geny mutatkozott (egyszer savós-genyes, egyszer kifejezetten genyes izzadmány); az egyik esetben a műtétbe nem egyeztek, a másikban az enyhe lefolyásra való tekintettel várakozási álláspontra helyezkedtünk és mindkettő önként gyógyult.

Természetesen közel feküdt most már a gondolat, hogy megtudjuk azt, vajjon ez a spontan gyógyulás szélesebb körben mily számarányban fordul elő. Sajnos, erre nézve a székesfővárosi, valamint a vidéki kórházak évi kimutatásai nem adnak megbizható felvilágositást, mert a megbetegedés úgy a gyógyulások rovatában, mint a bonczolati jegyzőkönyvekben a legkülönbözőbb nevek alatt (bélgyuladás, hashártyagyuladás, genyes és septikus hashártyalob stb.) van vezetve. Kénytelen vagyok tehát külföldi szerzőkre támaszkodni és itt első sorban *Sahli* gyüjtőmunkáját kell tekintetbe vennem, a ki Svájczban 466 orvost kérdezve meg ez iránt, 7213 esetről kapott hirt, a melyek együttvéve 90·5% spontan gyógyulást tüntetnek fel.

Sahli statistikája azonban csak kevéssé megbizható. Az adatok az orvosok magángyakorlatából származnak és kétségtelenül főleg könnyű esetekre vonatkoznak; másrészt az is bizonyos, hogy egy csomó epityphlitis, a mely diffus peritonitis vagy más következményes szövődmény folytán halálosan végződve, nem került bonczolás alá, mint olyan felismeretlenül maradt és nem vétetett fel a jegyzékekbe.

Más szerzők közül pl. *Fowler* 85%, *Rotter* 82%, tehát már sokkal kisebb számarányú spontan gyógyulásról beszélnek.

Ámde ez a gyógyulás nem végleges, mert *csak a rohamra és nem egyúttal a betegségre is vonatkozik.* A betegek a kórházi bárczákon mint „gyógyult-“ak vannak ugyan kivezetve, de fenyegető rémként mindig mögöttük áll a *recidiva* lehetősége. És tényleg azt látjuk, hogy *Sahli* szerint az esetek 20·8%-a, *Rotter* szerint 20%, Sennenburg szerint 35%, kiújulásokat mutat fel. Az én operált eseteim közül plane 58%-ban constatálhatók előzetes rohamok 4, 5, 6, sőt több izben is, a mi egyébként csak arra vall, hogy igen súlyos, itt-ott elhanyagolt anyag állott rendelkezésemre.

Arra nézve, hogy *mikor lépnek fel a recidivák* leggyakrabban, az egyöntetű tapasztalat az, hogy a legtöbb kiújulás 1—2 évvel az első roham után szokott jelentkezni. Igy van ez nálam is. A 22 recidiváló eset közül 13 vagyis 59% az első évben, 3 = 13·6% a második évben, 6 pedig későbbi években újult ki.

Azt hiszem, hogy ilyen körülmények között igazat adhatunk *Czerny*-nek, ki Rotterrel ellentétben hangsúlyozza, hogy a gyógyulás csak akkor tekinthető befejezettnek, ha a beteg legalább *három* éven át ment marad minden nehézségtől.

Ezek szerint tehát a spontan gyógyulás korántsem oly gyakori, mint ezt a belgyógyászok magukkal elhitetni szeretnék. De még akkor is, ha az ő álláspontjukra helyezkedünk és *Gerhardt*-tal elfogadjuk, hogy az eseteknek csak 10%-ában fejlődik tályog, mely nem gyógyul spontan és sebészi beavatkozást igényel, objectiv vizsgálatnál a sebészi beavatkozás szükségességét illetve sokkal nagyobb percentuatióhoz jutunk. Mert ehhez a 10%-hoz mindenekelőtt hozzászámitandók a diffus peritonitissel társuló esetek, melyek *Rotter* szerint szintén 6—7%-ot tesznek ki, azután pedig azok a chronikus esetek, melyek folyton recidiválnak, nem gyógyulnak ki teljesen és végre mégis csak műtét alá kerülnek. Úgy hogy ismét *Rotter* szerint, a ki pedig a *legconservativabb irányt képviseli*, összesen még mindig 26% kerül sebészi kezelés alá, a mi azt teszi, hogy a legtartózkodóbb álláspont mellett is még mindig *minden negyedik epityphlitist meg kell operálni.*

A kérdés már most csak az, hogy *melyik ez a negyedik eset?*

Ha volnának tüneteink, a melyek a roham kitörésekor útbaigazitanának bennünket arra nézve, hogy milyen lesz a betegség lefolyása, akkor könnyű volna erre megfelelni. De mivel, mint láttuk, számtalanszor megtörténik, hogy a súlyos tünetekkel kitörő megbetegedés spontan kigyógyul, máskor pedig a könnyű lefolyásúnak igérkező eset fatalis kimenetelű diffus peritonitissel társul, ennélfogva általános directiváról a műtéti beavatkozást illetőleg alig lehet beszélni, hanem napról napra, óráról órára a tünetekhez kell tartani magunkat. Szóval *résen kell lennünk, mindig készen arra, hogy valamely riasztó tünet szükségessé teheti a sürgős műtétet.*

Nézzük most már azt, hogy milyenek a viszonyok az epityphlitis sebészi kezelése körül.

E tekintetben az eredményt illetőleg rendkivül nagyok az ellentétek. Mig az amerikaiak (Morris, Murphy, Bernays, Dunn) és a francziák (Tuffier, Roux) 1—2—5% mortalitást mutatnak fel, addig *Czerny* 14·3%, *Sonnenburg* 18·7%, *Sahli* 21%, *Rotter* 26·2%, én magam pedig 24% halálozással operáltam.

Ezen nagy különbségek azonban absolute nem képezhetnek criteriumot az egyes sebészek technikájára vonatkozólag. A műtéti beavatkozás átlagos végeredménye természetszerűleg változik az anyaggal, a mely operatióra kerül. Hogy tehát helyes fogalmat szerezzünk magunknak a halálozási százalék jelentőségéről, szorgosan át kell vizsgálnunk az egyes statistikákat arra nézve, hány eset tartozik az egyszerű, szövődmény nélküli epityphlitis és mennyi a körülirt tályogképződéssel vagy általános hashártyagyuladással társult féregnyúlványlob rovatába. Természetes, hogy azután azok a szerzők, kiknek például csak a súlyos és legsúlyosabb esetek jutnak műtevés végett, lényegesen rosszabb átlagot fognak felmutatni, mint azok a sebészek, nevezetesen francziák és amerikaiak, kik minden epityphlitist már a betegség első stadiumában rögtön operálnak, és ez által elejét veszik annak, hogy súlyos, elhanyagolt, szövődményes esetekben legyenek kénytelenek beavatkozni.

Nem szemrehányásként mondom, csak hangsúlyozni kivánom, hogy nálunk az általános tendentia ebben a tekintetben talán *túlconservativ*, a mi abból is kitünik, hogy pl. 38 esetem közül, melynél a beavatkozás átlag 24% mortalitással járt,

nem kevesebb, mint 9, tehát az összegnek majdnem $^1/_4$-e diffus septikus peritonitissel került hozzám és pedig 8 a megbetegedés 6—21-dik napján és csak egy a 3-dik napon, úgy hogy már csak kettőt sikerült a haláltól megmentenem.

Ezen *diffus peritonitisek műtéti eredménye* természetszerüleg lényegesen rosszabbítja a különben kitünő eredményt, a melyet az általában súlyos esetekben sikerült elérnem. Így a körülirt tályogképződéssel szövődött 18 eset közül kettő kivételével, melyek mindegyike igen súlyos metastatisokkal complicálva és a megbetegedés 13-dik és 38-dik napján került hozzám, valamennyi gyógyult. A 3-dik csoportba tartozó 11 chronikus, recidiváló, tályogképződés nélküli epityphlitis-eset pedig kivétel nélkül mind gyógyult.

Mindezekből pedig két dolog világlik ki. Egy az, hogy a mint az amerikai statistikák bizonyítják, a foudroyans, septikus peritonitisektől eltekintve, a korai műtéti beavatkozás jóformán biztos gyógyulást igér; másodszor pedig az, hogy mi, legalább eddig, nem élünk azzal az előnynyel, melyet a következetes korai beavatkozás nyújt, mert szem előtt tartjuk, hogy az adott eset azon 62—70%-hoz tartozhatik, a mely az első roham lezajlásával recidiva-mentesen gyógyul és mert tudatában vagyunk annak, hogy kiújulás esetén sem állunk fegyvertelenül a vészszel szemben.

Mi tehát nem osztjuk az amerikai sebészek álláspontját, a kik eseteik túlnyomó részében (62—70%) fölöslegesen operálnak, kitévén betegeiket a narcosis és műtét habár csekély veszélyeinek is. Mi arra szorítkozunk, hogy azon százalékhányadot (30—38%) operáljuk meg, a mely tapasztalat szerint műtét nélkül nem gyógyul és a melyre nézve a várakozás bizonyos időponton túl veszélylyel jár.

Melyek hát ezen esetek és *melyik az az időpont, midőn be kell avatkoznunk?*

Azon epityphlitis-eseteket, a melyeknél a rázó hideggel, magas hőfokkal való beköszöntés után 3—4 nappal a hőmérsék critikus vagy lytikus leszállása és a többi tünetek párhuzamos enyhülése arra vall, hogy a folyamat normalis lefutású, véleményem szerint leghelyesebb exspectative, belsőleg kezelni. Ez a kezelés a *Korányi, Kétly* és *Müller* tanárok által is hangoztatott expectativ módon: ágynyugalommal, jéggel és kevés opiummal történik, megjegyezve, hogy minden a betegség *kezdeti stadiumában a belek kiürítését czélzó laxans adagolása veszedelmes, annyival is inkább, mert az orvos feladatát a hashártya lobjának localisatiója, a diffus peritonitis esetleges kifejlődésének megakadályozása képezi. A belek nyugalombantartása pedig legjobban opium suppositoriummal vagy morphinnal érhető el.* A dolog természetéből folyik viszont, hogy túlságban opiumot rendelnünk nem szabad, mert ha pl. 3 - 4 napon át nagy dosisban adagolunk opiumot, a fájdalmak teljesen megszünnek ugyan, de a gyakran fellépő euphoria zavarja a kórképet, csalja az orvost, mert elmossa szeme előtt a fájdalmasság fontos symptomáját, sőt a belek hűdését is előmozdithatja; mindezért a 3-dik és 4-dik napon, a mikor a folyamat kritikus pontra jutott, a mikor az orvosnak az exsudatum viselkedésével kell tisztába jönni, az opium adagolását *be kell szüntetni.* A gyakorló orvosnak, illetve sebésznek ugyanis *ezen tályogok keletkezésének, ki- és visszafejlődésének megfigyelése képezi a főfeladatát*, a miért is minden a kórképet zavaró momentumnak elkerülése nagy fontossággal bir, mivel, mint láttuk, itt-ott egyedül a physikalis vizsgálati módokkal úgy sem lehet mindig a kórismét felállitani *Főleg a 4-dik és 5-dik napon túl kell az orvosnak qui vive-en lenni: közbelépni avagy sebészt consultálni, ha a jelek arra engednek következtetni, hogy a tályog visszafejlődése nem a kivánt és várt módon következik be.*

Kérdés tárgyát képezi már most, hogy eme veszélyek közeledtét, mely objectiv és subjectiv jelekből tudjuk meg? melyek ama tünetek, melyekből a lefolyásra következtetni lehet?

A tünetek vázolásánál eme jeleket már bőven ismertettem:

Ha a 4—5 napon túl valamennyi viharos jel nem enyhül egyenlő mértékben, hányás, csuklás változatlanul fennáll, vagy a meteorismus nem enged, ha a *hőfok* magas marad vagy subfebrilis lesz s e mellett a pulsus frequentiája nem csökken, vagy a már normalissá vált hőmérsék újból emelkedik, esetleg a daganat növekszik, akkor a *lobosodás progressiv jellegű* s operálni kell. Ép így sürgősen kell műtétileg beavatkozni akkor, ha az apathia, étvágytalanság, elesettség tartós, midőn a többi tünetek javultak, láz, fájdalom engedett. Hasonkép be kell avatkozni láztalan lefolyás és normalis pulsus mellett is akkor, ha a közérzet rossz, a meteorismus nő, szél és székrekedés változatlan.

Egyszóval apodiktikus jelentősége önmagában egy tünetnek sincs. De a kórkép részleteinek alapos egybevetése majd mindig biztositja a helyes diagnosist.

Szóval az összes jeleket külön-külön *és együttvéve kell* mérlegelni, mielőtt műtétre szánjuk el magunkat. A dolog természetéből folyik, hogy az öreg praktikus gyakorlott szeme, vagy az operatio közben in vivo sok esetet látott sebész tapasztalata hozzávetőleg mindig megadják a helyes prognosist.

A második igen fontos indicatiót a sebészi beavatkozásra szolgáltatják a *diffus peritonitisek.*

Bár a *perforatiós peritonitissel* complikált esetek is a fertőzés súlyossága szerint különböző jelentőségűek, mégis tekintettel arra, hogy önként sohasem gyógyulnak és így előbb-utóbb okvetlen vészt hozókká válnak, *mindig műtéti beavatkozást igényelnek.* Mert mig a körülirt tályogképződéssel járó eseteknél az infectio kevésbbé virulens anyaggal történik és ha diffus peritonitikus izgatottság van is jelen, azért a folyamat localizálódik, addig ezen esetekben az egész hashártya afficiáltatik úgy, hogy a műtéti boavatkozásnak csak akkor lehet eredménye, ha idejekorán, kevéssel a perforatio létre jötte után sikerül a káros anyagokat és ezeknek képződményeit a hasüregből eliminálni.

Ha az *acut septikus*, vagy *diffus, genyes peritonitist*, — midőn a hasüregnek nagy kiterjedésű, virulens infectiója hirtelen lép fel — diagnostizálni tudjuk, nem marad más hátra, mint rögtöni műtétel. A kórisme azonban, mint *Körte* is kiemeli, nem mindig könnyű. Egyszerű, ha teljes elesettség, collapsus, facies abdominalis, nagy érzékenység stb. van jelen. De ha csak meteorismus, hányás, csuklás kisért, láztalanság, jó pulsus mellett, úgy a differential-diagnosis purulens peritonitis és ileus közt nagyon nehéz. Mivel azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy az ily hirtelen és súlyos symptomákkal fellépő esetek túlnyomó számában az appendix átfúródása van jelen egyrészt, másrészt pedig, mivel akár ileus, akár belső bélelzáródás, akár perforatiós peritonitissel állunk szemben, úgyis hirtelen kell operálnunk: nem szabad sokáig haboznunk a műtéttel, azt lehetőleg az átfúródás történte után 24 órán belül végezzük, annál is inkább, mert mennél tovább várunk, annál nagyobb a hasűri genygyülem, annál kimerültebb a beteg s igy annál rosszabb a prognosis. Nagyon helyesen mondja azért *Krogius:* Perforativ appendicitisnél a műtéttel épp oly kevéssé szabad bevárni a nap lenyugtát, mint kizárt sérv esetében.

Hogy a műtéti beavatkozás daczára mennyire vészthozó a diffus genyes peritonitis, mutatja *Herzog* közleménye, ki a berlini Bethania anyagát állitotta össze: 47 hason esete közül valamennyi meghalt. *Reynier* és *De Lorme* összes hasonló eseteiket elvesztették, úgy hogy a bajt feltétlen halálosnak mondják. *Lauensteinnek* mind a 4 diffus peritonitises operált esete meghalt. *Jalaguier* 22-őt operált 4-nek gyógyulásával. *Halidey* 10 operált esete mind meghalt. *Sonnenburg* 21 esete közül *18 halt el.* Lényegesen jobbak az amerikaiak eredményei, kik közül pl. *Mac Burneynél* 24 eset közül 14 gyógyult. Tény annyi, hogy eddigelé Európában legjobb esetben a diffus genyes peritonitisek csak $^1/_3$-a marad meg, a mint azt *Körte* állitja, kinek jól megfigyelt nagy kórházi anyaga mellett, gyors beavatkozásra van alkalma.

En — megjegyezvén, hogy ilyen eseteket a belső kezelés úgy sem gyógyit meg — nem habozok a 3-ik, sőt 6-ik napon is műtétileg beavatkozni, annyival is inkább, mert itt-ott főként, ha nem jutott túlságos mennyiségben a virulens anyag a hasűrbe, még mindig sikerül egy-egy életet megmenteni. Általában ered-

ményeink éppen nem megvetendők, ha meggondoljuk, hogy műtét nélkül minden beteg elvész. Részemről 22·2%-ben láttam gyógyulást kilencz eset közül[1]; egy 11 éves gyermeknél 13 órával a proc. vermiformis teljes gangraenája és perforatiója után, más esetben 37 éves férfiúnál, ki 29 órával az átfúródás után került a műtőasztalra; a többiek később kerültek műtétre, megmenthetők már nem voltak.

A kórtörténetek áttanulmányozása után nekem egyébiránt úgy tünik, hogy műtéti sikert azon általános hashártyalob-esetek igérnek, a melyeknél a genyedési folyamat — hogy úgy mondjam — *étapeszerűen gyengül*, vagyis a hol a sűrű, bűzös genygóczot — mint centrumot — az appendix körül, a szabad hasüregben — mint második zónában — inkább purulens, a medenczében, de főkép az ellenoldali lumbalis tájékon pedig — mint harmadik lépcsőzetben — áttetszőbb, sero-purulens izzadmányra bukkanunk, eltekintve a medencze mélyétől, hova a sűrűbb geny gyakran lesülyed. Ilyen esetem a 9 diffus peritonitissel társult esetek között kettő (20. sz. és 26. sz.) volt. Műtéti beavatkozásra mindkettő gyógyult.

A harmadik nemkevésbbé fontos *indicatiót* a műtéti beavatkozásra képezik az *idült recidiváló epityphlitisek.*

Tudjuk az eddigiekből, hogy az a beteg, a ki az első rohamot kiállta, még korántsem gyógyult; egy kórosan elváltozott szervet hord magában, mely életét folyton veszélyezteti s a mellett örökösen feszélyezi, a mennyiben egy kis diaetetikus hiba, diarrhoea, meghülés stb. mindig kiteszi a baj kiújulásának. Az ettől való állandó félelem a beteget folytonos izgatottságban tartja és megfosztja életkedvétől, míg a megmegjelenő kólikák és a húzó fájdalmak az alhasban teljesen munkaképtelenné teszik. Nem csoda, ha az ilyen betegek azután még veszélyes műtétnek is szivesen kiteszik magukat, csakhogy bajuktól szabaduljanak. És ez az óhajuk annál inkább jogosult, mivel statistikailag ki van mutatva, hogy a második rohamnak minden 7—8. beteg áldozatul esik s hogy a további rohamok mind súlyosabb jelleget öltenek.

Ha ezzel szembeállitjuk a *rohammentes időben megejtett műtétet*, *a mely teljesen veszélytelen*, a mennyiben a legtöbb szerző az idült epityphlitist elenyésző mortalitás hányaddal operálja,[2] s hogy saját 11 esetem is zavartalanul gyógyult, úgy az elhatározáshoz igazán nem kell sok bátorság.

Ezen beavatkozás jogosultságát és czélszerűségét ma már belgyógyászok és sebészek összhangzólag elismerik, mert rohammentes időben a beteg erőbeli állapota sokkal kedvezőbb, mint a lázas stadiumban, azonkivül pedig a féregnyúlvány felkutatása is sokkal bátrabban történhetik, mintha tályog van jelen a proc. vermiformis körül.

A kérdés már most az, hogy *hányadik roham után kell beavatkozni?*

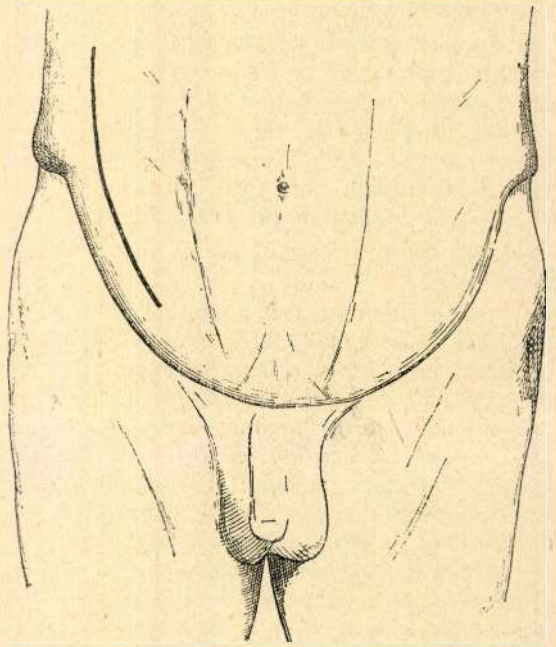
Általános, minden esetre érvényes igazságokat itt sem lehet felállitani. Mert ha pl. az első roham után időnként nagyobb fájdalmak jelentkeznek a jobb alhasban, a melyek nyomásra fokozódnak, e mellett a fájdalmas pont fölött többékevésbbé kifejezett resistentiát, nevezetesen hengerded képletfélét tapintunk, a betegek jobb alsó végtagjukat időnként kissé vonszolják és belső rendszeres kezelésre a nehézségek nem engednek, akkor már ebben az időpontban fogunk joggal beavatkozni; különben pedig csak akkor avatkozunk be, midőn a roham már egy izben ismétlődött, vagy ha a későbbi rohamok intensitása mind fokozottabb (Kümmel és Lennander).

Általában véve én *be szoktam várni idült eseteknél a második rohamot*, mielőtt beavatkozásra határozom el magam, hogy a spontan gyógyulás chanceai a betegre nézve ne veszszenek kárba. Ha a fájdalmak állandóak és tapintásnál a féregnyúlványt megnagyobbodottnak találom, úgy a második roham után operálok. Vezérel itt az a tudat, hogy a gyakrabban recidiváló epityphlitisnél a féregnyúlvány körül összenövés útján könnyen jön létre a bél megtörése, a mi relativ stenosisra ad alkalmat. Mennél régibbek ezen összenövések, annál szivósabbak is, annál nehezebb őket a műtétnél szétválasztani és az újbóli összenövéseket meggátolni. Ezért legajánlatosabb az amerikaiak mintájára 3 héttel a roham után operálni, mert ekkor az álhártyás összenövések még nincsenek kérgesen zsugorodva.

Gyermekeknél a műtétet *Barling* már az első roham lezajlása után ajánlja, mert az átfúródás és gangraena folytán diffus septikus peritonitis veszélye itt nagyobb. *Karewsky* szintén osztja ezt az álláspontot és azt mondja, hogy gyermekeknél sokkal sűrűbben kellene rohammentes időben operálni.

Rátérek most a **műtét technikájára.**

Próbapunctióra ritkán lesz szükség. A hasfalon át való próbapunctiókat én magam perhorreskálom, de műtét közben az izomzat átszelése és a peritoneum szabaddá tétele után megengedhetőnek tartom. Túlnyomó részében a genyes eseteknek a *metszés iránya* typikus lesz: 1 ujjal a Poupart szálag külső fele fölött, párhuzamosan véle, 8—10 cm. hosszúságban. (1. ábra.)[1] Ha a tumort inkább mell felé, a hólyag felé érezzük, kissé meghosszabbitható a metszés, vigyázattal,



1. ábra. Typikus rézsútos metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan.

nehogy az art. vagy az egyik vena epigastrica inferiort megsértsük. Ha a geny hátrafelé a lumbalis táj felé, esetleg retrocoecalisan fekszik, úgy ezen metszést inkább kifelé a Poupart-szálag lefutásának meghosszabbitott vonalában végezzük. De ha a tumor, az exsudatum magasabban fekszik a hasűrben, úgy vagy a Poupart-szálaggal párhuzamos metszést végezünk szükség szerint feljebb vagy Mac Burney módszere szerint egy inkább horizontális metszés után tompán hatolunk át az izomrétegek között.

Most már átszelve a m. obliquus ext. bőnyéjét (2. ábra) a m. obl. int. és transversust, részben már ennek az izomzatnak, de legtöbbször a properitonealis zsírszövetnek savós vagy genyes beivódásával fogunk találkozni, a mely egy reactiv lob folyománya és a közelben geny jelenlétére mutat. Keressük fel most azt a helyet, a hol a peritoneum sárgásan, genyesen van átivódva, a mi gyakran csak úgy sikerül, hogy a hashártyát hátrafelé a fascia iliacáról bőven lehámozzuk és nyissuk meg a peritoneumot óvatosan (3. ábra). Erre rendszerint többé-kevésbbé erős sugárban a tályog ki fog ürülni.

Meg kell azonban jegyeznem, hogy az eljárás *nem minden esetben olyan egyszerű*, mint azt itt néhány szóval ecseteltem. Lehetséges, hogy a tályognak több lefelé, a kis me-

[1] 1899. október 24-én operáltam tizedik esetemet, egy 26 éves orvost, kinél az átfuródó féregnyúlványlob diffus peritonitissel társult. A beteg nov. 1-én annyira jól van, hogy gyógyulása biztossággal várható. Ezáltal a gyógyulási arány javul a mennyiben 22·2%-ról 30%-ra emelkedik.

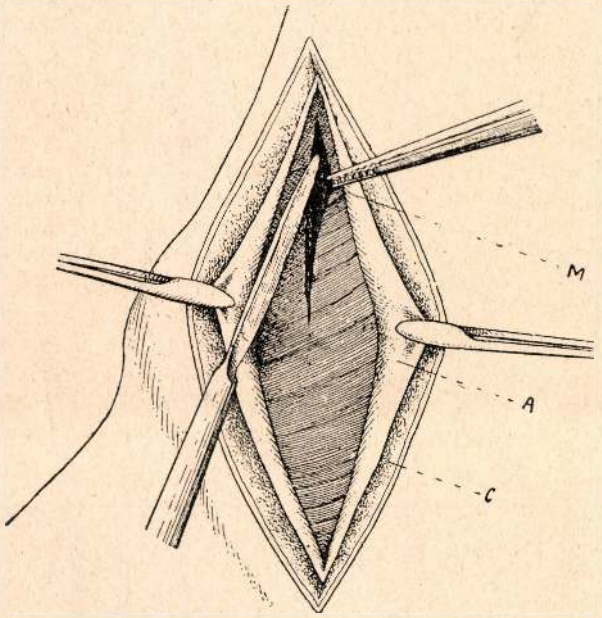
[2] *Barling* 23 esete, *Czerny* 27 esete, *Brun* 53 esete 1 kivétellel, *Kümmel* 103 esete, *Körte* 52 esete, saját 11 esetem mind gyógyult.

[1] Az ábrák Lejars és Kelly nyomán készültek.

dencze felé, vagy fel-, a máj felé vagy végre hátra, a retrocoecalis kötszövet felé nyuló tasakja van, a melyek csak igen finom nyilással kommunikálnak az eredeti genygyülemmel; ezeket akkor okvetlen meg kell nyitni, mert különben a műtéti beavatkozás értelme illusoriussá válik. A műtőnek tehát inspectióval és *gyengéd* tapintással meg kell győződnie arról, hogy a tályogból nem nyilnak-e szerte ilyen tasakok és adott esetben ezeket külön-külön gaze-csikokkal kell drainálnia.

Még nehezebb az eljárás és tájékozódás, ha a peritoneum megnyitásakor *ép hasüregbe* jutunk, hol tehát a tályog nem érintkezik a hasfallal. Már emlitettem, hogy azon körülmény, hogy a csipőtaraj fölött tompulat, resistentia ki nem mutatható, még korántsem zárja ki egy esetleges nagyobb tályogűr létezését. Éppen ezek azon esetek, a hol a genygyülem vékonybélkacsok között vagy vastagbél mögött fekszik, hol tehát a geny vagy retrocoecal, vagy a hasüregben eltokolva vagy a medenczében foglal helyett.

Ilyenkor mindenek előtt ujjal kell utána nézni, vajjon nem a mesocolon vagy *mesocoecum a megbetegedés eredeti helye e?* Ha a tapintás vagy a próbapunctio e mellett szól, akkor czélszerűnek mutatkozik a metszést hátrafelé helyezni, elől a hasüreget elzárni és a genyt retroperitoneal, a lumbalis táj felé



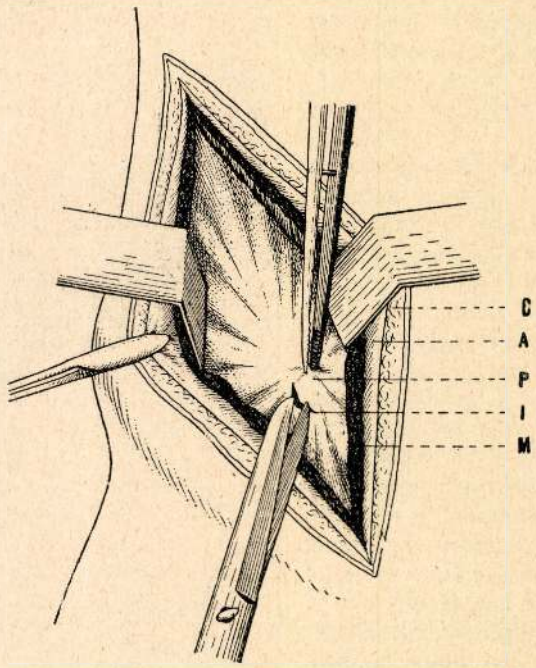
2. ábra. Az obliquus externus aponevrosisának átvágása és széthúzása után láthatóvá lesz az obl. int. izomzata, mely felül már be van metszve. *M* = musculatura (obl. int. és transv.); *A* = aponevrosis; *C* = cutis.

kibocsátani. *Duret* úgy jár el, hogy a hasüreg infectióját kikerülendő, a coecumot a hasfal peritoneumával összevarrja és azután nyitja csak meg a tályogot.

Ha a tályog *vékonybélkacsok között* fekszik, akkor megnyitása előtt a környéket körüskörül sterilgaze-tamponokkal kell védeni a kiömlő geny ellenében. A műtétnek ezután igen gyorsan kell véghezmennie, hogy a szabad hasüreg ne fertőztessék. Végezetül a gaze-csikok újakkal lesznek felcserélve és az egész sebcsatorna a tályogűrrel együtt *Mikulicz*-tamponnal ellátva. Nyilt kezelés mellett ilyen módon legjobban veszszük elejét a diffus septikus peritonitis keletkezésének.

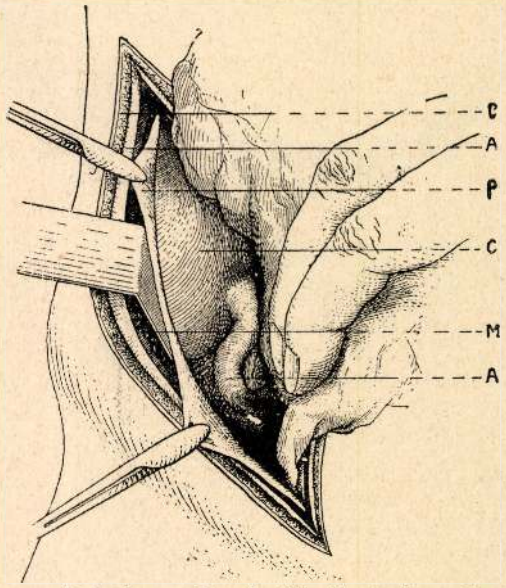
A vékonybélkacsoknak a hasfalhoz való odavarrását, mint ezt ilyen esetekben *Battle* teszi, nem tartom sem szükségesnek, sem czélszerűnek.

Hasonlóképen nehéz és kényes lehet az eljárás azon esetekben, midőn a *féregnyúlvány lenyúlik a medenczébe,* itt perforálódik és medenczetályog képződésére vezet. Ezen esetekre felhivja figyelmünket az a körülmény, hogy ilyenkor a vaginán vagy rectumon át jól kitapintjuk a daganatot, mig elől csak a hólyag jobb szélén van egy kis resistentia, tompulat pedig nincs. Nekem négy ilyen esetem van. Az egyikben (11. sz.) a metszést a hólyag fölött a rectus külső szélén vezetve, a szabad hasüregre bukkantunk. A féregnyúlvány szabadon futott 8—9 cm. hosszúságban és végével a hólyag mögött eltünt. Jónak láttam azt előbb resecálni és csak azután fogni a csúcs kiszabadításához, mely alkalommal bűzös genynyel telt tályog nyilt meg. Tamponádra és kifelé való drainezésre az eset gyógyult. Egy második esetben (25. sz.) analog viszonyokra találtam azon különbséggel, hogy a medenczetályog mellett diffus peritonitis állott fenn. Ki- és



3. ábra. A fascia transversa és peritoneum bemetszése.
C = cutis; *A* = aponevrosis; *P* = peritoneum; *I* = incisio; *M* = musculatura.

lefelé, úgy a hasüregen, mint a vaginán keresztül alagcsövéztem, de a beteget nem sikerült megmentenem. A harmadik esetben (13. sz.) a nagy medenczetályogot szintén felfelé és a vaginán át is draineztem, mire a beteg gyógyult, mig a negyedik rendkivül elhanyagolt esetben (9. sz.), a mely a megbetegedés 5-ik hetében már septikus állapotban került csak



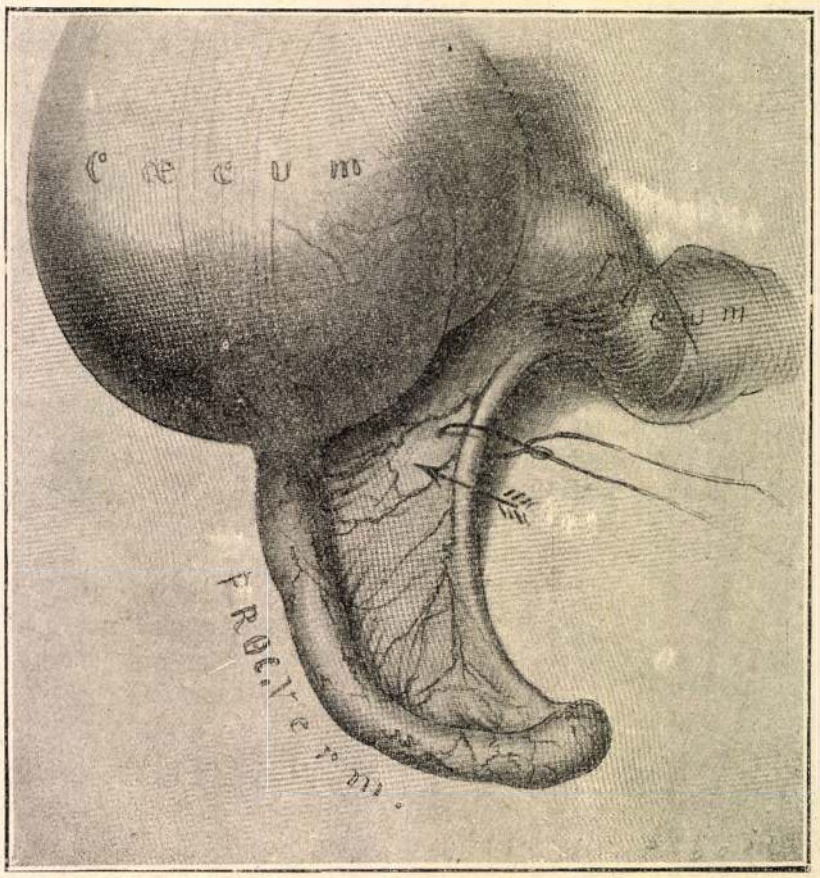
4. ábra. Topographiai viszonyok a hasfal átmetszése után. Törlő behelyezése a hasüreg védelmezésére.
C = cutis; *A* = aponevrosis; *P* = peritoneum; *C'* = coecum; *M* = musculatura; *A'* = appendix.

műtétre és a hol a hasüreg megnyitásánál kis genygyülemet találtam, mely egy hatalmas, gyermekfejnyi medenczetályogba vezetett, a fel- és lefelé drainezés eredményre nem vezetett, a mennyiben a beteg sepsisben elpusztult.

Látható ezekből, hogy a medenczetályogok kezelése különös gondot, szakavatottságot igényel s nehéz feladatot

képez. Én ilyenkor, ha a geny pontos localisatiójáról próbapunctióval meggyőződést szereztünk és a hasüreg különben genymentes, és ha a tályog kiürítése nem képez sürgős vitalis indicatiót, azt ajánlanám, hogy a vékonybélkacsokat az omentummal leboritva, a műtő a tályogűrhöz vezető nyilt jodoform-gaze-tamponadeot alkalmazzon; 24 óra lefolyása alatt az összenövések elegendők lesznek arra, hogy a tályogűr megnyitása után is a hasüreg fertőzése be ne következzék.

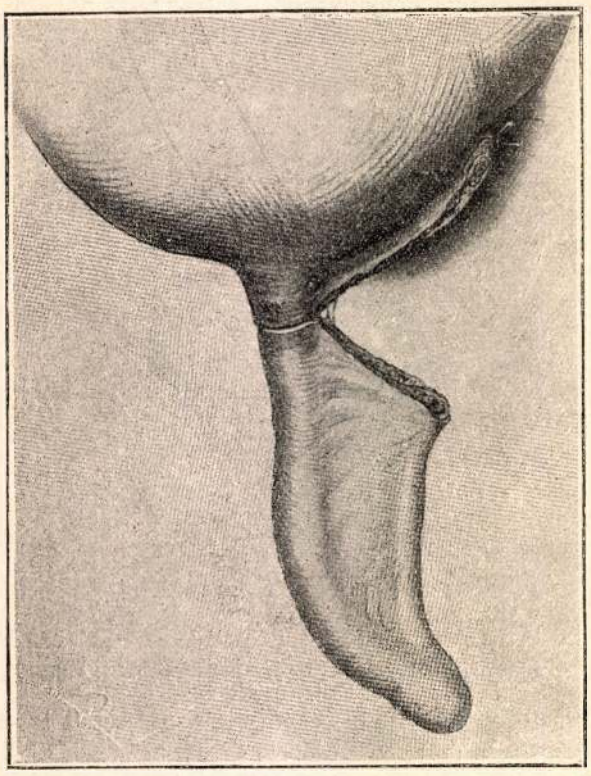
Kérdés tárgyát képezheti még a tályogűr feltárása a vagina vagy rectum felől, esetleg *ellennyilások alkalmazása*, mint ezt én a négy eset közül háromban végeztem. Kétségtelennek tartom, hogy a vaginán át vezető ellennyilás a gyógyulás siettetésére csak jó hatással lehet, miként ezt a 13. számú eset is bizonyitja, mivel természetszerűleg a váladék a mélyebb pontokon draincső segélyével sokkal könnyebben vezethető el, mint a magasabb úton a gaze kapillaritásának közvetitésével; de hogy a hasüregen át a medenczébe vezetett gaze-csikok magukban is elégségesek a gyógyulás elérésére, mutatják 11., 20. és 26. számú eseteink is. Nem haboznám esetleg ilyen tályogokat egyes-egyedül a



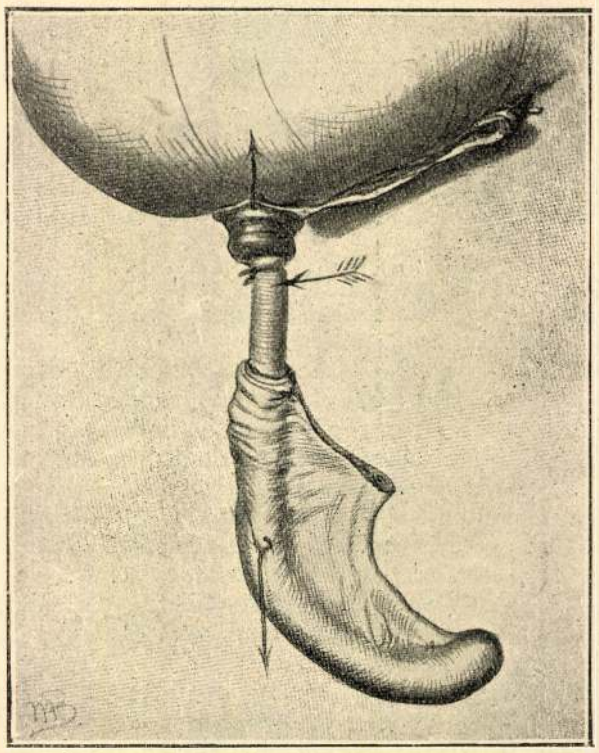
5. ábra. A proc. vermiformis mesentoriolumával együtt. Ez utóbbi véredényeinek alákötése a féregnyúlvány gyökéhez futó ág kivételével. A nyil az átmetszés irányát jelzi.

esetről esetre módunkban lesz a proc. vermiformist gyökeresen kiirtani.

Gallrichen 1894-ben nyitott meg a végbélen át epityphlitikus tályogot, később 1896-ban *Allis* a philadelphiai orvosegyesületben referált három esetről, a hol a megnyitást olykép végezte, hogy troiquart beszúrása után az ejtett sebet gombos késsel tágitotta. A felmerült discussióban jóformán valamennyi sebész elitélte ezt az eljárást, mivel szerintük bélsárinfectio veszélyével van összekötve. *Monod* és *Vanverts* 1898-ban kiemelik, hogy a megnyitást a rectumon át meg lehet kisérelni, de nem ajánlják, mert a beavatkozás sötétben történik, drainage kivihetetlen és infectio a bél részéről lehetséges. Ezért vagy vaginalis vagy az ischio-rectalis űrben végzett ellennyitás mellett foglalnak állást. Én a magam részéről azonban, különösen férfiaknál, a hol a vagina nem áll rendelkezésre, a végbélen át való megnyitást nagyon megszivlelendőnek tartom, mert egyrészt mellette szólnak a gyógyult esetek, másrészt azon körülmény, hogy hiszen a spontan gyógyulások egy nagy részénél szintén a rectumba történik az áttörés, mint azt egyik saját esetem is bizonyitja.



6. ábra. A mesenteriolum átszelése után a féregnyúlvány peritoneuma és külső izomrétege körülmetszetik.



7. ábra. Manchette készités; a csonkolásnak a nyil helyén, lehetőleg közel a féregnyúlvány gyökéhez kell történnie.

vaginán vagy végbélen át megnyitni, különösen akkor, ha a betegek nagyon elesettek és a radicalis beavatkozásra időt akarunk nyerni. Később, a genyedés megszüntével azután

Legnehezebb feladat végre azon esetek megoldása, a hol *sokszoros peritonealis tályogokkal* van dolgunk vagy a melyeknél subphrenikus tályogok, májtályogok fejlődnek. Míg az eddig

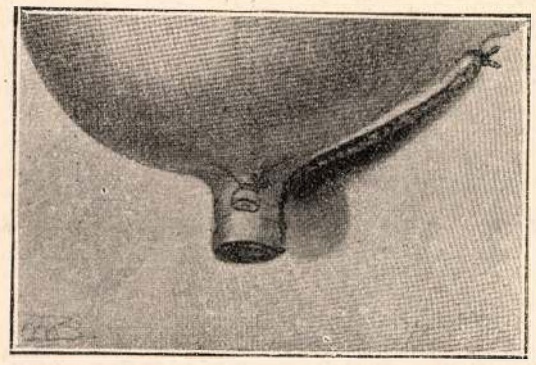
vázolt kóralakoknál tulajdonkép magának a kezelő orvosnak is be kellene szükség esetén avatkoznia, addig az ilyen esetek feltétlenül gyakorlott sebész kezébe valók, mert úgy a műtét, mint az utókezelés nagy technikai nehézségekkel jár, a melyeknek csak jól berendezett intézetben lehet megfelelni.

Következnek most már a **beteg féregnyúlvány kiirtása.**

Erre nézve a sebészek véleményei eltérők. *Körte* a proc. vermiformist acut esetekben csak ritkán távolítja el; hozzá csatlakoznak *Lloyd, Fergusson, Cousins, Reclus, Kümmel, Mikulicz*, kik az appendix keresgélését a tályogűrben veszélyesnek tartják. *Sonnenburg* ellenben és iskolája, valamint *Armstrong* s valamennyi amerikai s a legtöbb angol és franczia autor, a hol csak lehet, mindig végzik a resectiót.

Tény az, hogy a féregnyúlvány kiirtása egyes esetekben rendkivül súlyos beavatkozás lehet, mert az a veszély áll fenn, hogy az összenőtt álhártyák szétválasztásakor könnyen átszakítjuk a tályognak ad hoc képződött gyenge falzatát és ezzel utat nyitunk a hasűr újabb infectiójának, egy septikus peritonitisnek. (4. ábra.) *Sonnenburg* halálos eseteinek kimutatásában is nem egy ilyen eset szerepel. Másrészt gyakran előfordul az is, hogy a féregnyúlvány annyira be van ágyazva már organizált álszállagok közé, hogy csak felismerése is még a leggyakorlottabb sebész képességeit is próbára teszi.

Ezekkel szem előtt én a *gyakorló orvosnak* azt ajánlanám, hogy mivel rendszerint sem a kellő instrumentarium, sem a megfelelő segédlet nem áll rendelkezésére, *csupán a tályog megnyitására és bő tamponálására szorítkozzék.* Nyilt kezelés



8. ábra. Resectio után a centralis csonk visszahúzódik a manchette alá.

mellett a csikok rendszeres változtatásával néhány hét alatt sarjadzás utján be fog gyógyulni a sebüreg és a beteg ismét lábra áll. Ha ez az első roham volt, úgy várni lehet; ha második vagy harmadik roham volt, úgy minden esetre ajánlatos lesz a beteget sebészhez utasitani és a kórosan elváltozott féregnyúlványt eltávolittatni. Hogy ez azután a lehető legkedvezőbb chance-ok mellett és jóformán veszélytelenül történik, azt már jeleztem.

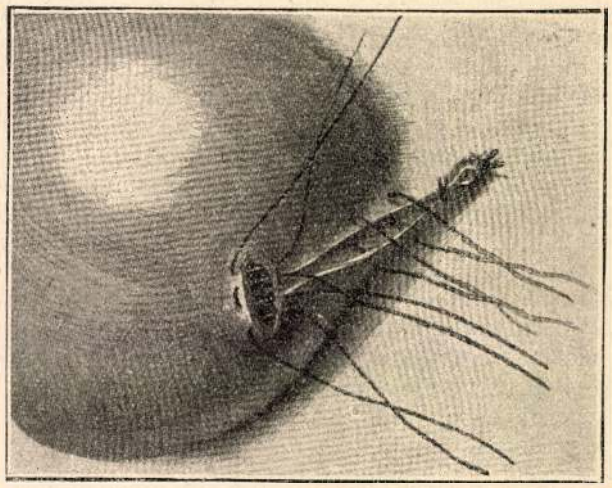
Másként áll a dolog, ha *kórházban* vagy berendezett sanatoriumban kerül a beteg szakszerű kezelés alá. Ha az esetleges kis időveszteség, a mely a proc. vermiformis *kiirtásával* jár, a betegre nézve nem bir jelentőséggel és akár perforatiót látunk, akár perforatio nélkül is kórosan elváltozottnak találjuk az appendixet, és azt *könnyen* eltávolithatjuk, úgy ilyen helyeken a kiirtást indicáltnak vélem. *Ezzel a beteg gyökeresen ki van gyógyítva.* De ismétlem, hogy ha a kiirtás nem egyszerű és könnyű feladat, úgy nem keresgélem és nem bántom a féregnyúlványt, mert nem osztom *Sonnenburg* ama nézetét, hogy az intakt hashártya feltárása tályog jelenléténél annyira teljesen veszélytelen.

Mint a kimutatásból kitünik, *18 körülirt tályogeset* közül *10* esetben végeztem a *féregnyúlváng kiirtását.* Ilyenkor rendszerint úgy járok el, hogy előbb catguttel lekötöm a mesenteriolumot (5. ábra) és véredényét, azután a proc. vermiformis serosáját 1 cm.-re a coecumtól körülmetszem (6. ábra), peritonealis lebenyt, manchette-t készitek (7. ábra), átszelem az izomréteget és egy finom catgutfonállal lekötöm a nyákhártyát. 3 sero-muscularis és 3 vagy 4 sero-serosus varratot alkalmazok végül abból a czélból, hogy a csonk betüremkedjék (8. és 9. ábra). Csak ha nagyon gyorsan kell a műtétet bevégezni, vagy nem lehetséges a rendszeres varrás, akkor selyemfonállal lekötöm a proc. vermiformis gyökét, vagy szoritó horgas csipővel leszoritom és ezt 1—2 napig fekve hagyom.

Ha a tályog nem volt túlságos nagy és az izomzat nyilása kevéssé kisebbithető, úgy vagy a nyilás mellső vagy hátsó részén, minden rétegen áthatoló néhány *silkworm-varratot* alkalmazok; nem azért, mivel ezzel a gyógyulási időt rövidítenők, hanem inkább azért, mert hassérv keletkezésének akarom elejét venni.

A **hassérvek** *és fenmaradó* **sipolyok** a legkellemetlenebb utókövetkezményei a műtétnek.

Wolkovits iparkodott kipuhatolni azt, hogy miért oly gyakoriak a hassérvek laparotomia után. Nézete szerint ennek főoka a hasmetszésben keresendő. Oldalmetszéseknél ugyanis rendszerint csakis *egy izomréteget vágunk át a rostok lefutási irányában*, a többi pedig harántul lesz átszelve, a mi maga nagyon kedvezőtlen dolog. Ezért oldalmetszéseknél legjobb az incisiót a m. obl. ext. rostjaival párhuzamosan ejteni, azután a többi izomréteget lehetőleg tompán, ugyancsak lefutásuk irányában, tehát a transversust a rectushoz függélyesen szétfejteni. Szerinte a hashártyát is legjobb harántul bemetszeni.



9. ábra. A féregnyúlvány csonkjának és mesenteriolumának ellátása matrácz és csomós varratokkal.

Ha pedig a metszés nem elég tág, akkor a rectus aponeurosisát is bevágja, hogy megfelelő tért nyerjen.

Egy másik fontos körülmény a hassérvek létrejöttében az, hogy az oldalmetszéseknél, ha az incisio magasan hátrafelé kezdődik, a m. obl. internust és transversust tápláló nerv. ileo-hypogastrikus átmetszetik, minek következtében a nevezett izmok sorvadásnak indulnak és a heg a hasűri nyomásnak nem fog ellentállhatni. Hogy ez tényleg úgy van, mutatják *Assmy* kisérletei, a ki állatokon a rectus közepén valamennyi izomrétegén áthatoló metszést ejtett, ezt bevarrta és azután az 1—6 hónap mulva végzett bonczolásnál a medialis rectusfél atrophiáját találta. Különben műtét után fenmaradt hassérv egy esetében is azt találta, hogy a hegtől medialisan fekvő izomrészek teljesen atrophizálva voltak.

A hassérvek elkerülése czéljából számos eljárást ajánlottak. Igy *Kammerer* és *Jalaguier* a metszést a rectus külső szélén ejtik, *Sonnenburg* a hasbőrnek mellfelé húzását ajánlja, hogy a bőr és izomzat átszelési hegvonalai ne essenek közvetlenül egymás fölé. *Stimson* és *Mac Burney* inkább horizontalis metszéssel a has izomrétegeinek az átvágása nélkül operálnak olyképen, hogy átszelik az obliquus externus aponeurosisát, azután tompán széttolják az izomzatot és végül harántul bemetszik a fasciát és peritoneumot. Állitólag még genyes esetek is, a melyek gazezel körülcsavart drainnel lesznek kezelve, *hassérv nélkül* gyógyulnak minden varrás hijján. *Briddon* 14 esetben operált Mac Burney szerint intermuskularisan és meg volt lepetve, hogy kampókkal mennyire szét lehet húzni az

izomrostokat a nélkül, hogy magát az izomzatot harántul bemetszette volna.

Strattmann 11 recidiváló epityphlitis esetről referálva, műtéti eljárását úgy irja le, hogy a hasmetszésnél az egyes izomrétegeket lefutásuk irányában szeli át s azután a hashártyát, mély izomzatot, obl. ext.-t és aponeurosisát, valamint a kötőszövetet és bőrt külön-külön egyesiti, mint ez másutt is szokásos.

Én magam *öt esetben* operáltam ekként. A műtétek sokkal rövidebb ideje lettek végrehajtva, semhogy végleges itéletet alkothatnék magamnak. Különösen szép és tiszta a műtét a „száraz" tályognélküli eseteknél. De ezeknél a Sonnenburg-féle metszés is kielégitő eredményeket ad, mert az izmokat el lehet varrni. *Tályogos eseteknél* nagy előny lenne, ha jól beválnék a Mac-Burney-methodus, mert az izomátszelés itt kis metszésnél is elég nagy sérvet ad.

Sonnenburg módszerét illetőleg mondhatom, hogy elég jól sikerül egyszerű áthatoló varratokkal az egyes összetartozó rétegeket egybetapadásra birni. Az etageszerű külön varratot egyáltalában nem tartom szükségesnek; én azt laparotomiáknál már régen elhagytam. Időt is nyerünk ez által, másrészt pedig a silkwormnak, melyet genyes processusoknál mindig alkalmazok, meg van az az előnye, hogy nem lévén kapillaris, a mélyben szúrcsatornagenyedések ritkán fordulnak elő. Általában a varrat különben csak akkor biztosithat hassérv ellen, midőn a hasüreget teljesen elzárhatjuk, vagy csak igen vékony gazecsikot vezetünk be, s azt is néhány nap mulva eltávolitjuk. Ellenkezőleg genyedő esetben a hasséry keletkezése lényegesen függ a metszés nagyságától, a tályogűr kiterjedésétől és alakjától, valamint azon körülménytől is, hogy milyen hosszban lehetett az izomzatot solidan elvarrni és mennyi ideig kell a sebet nyitva tartani. A tompa szétválasztásnál a nyilás picziny és állitólag nyilt kezelés után (tályogok) se maradnak vissza hassérvek.

Még meg akarom emliteni, hogy *Battle* a hassérv kikerülése czéljából a medialis metszést ajánlja. Az eljárásnak azonban a mellett, hogy csak epityphlitis sicca esetében alkalmazható, még az a nagy hátránya is van, hogy igen szűk láttért engedve a műtőnek, csak némileg complikált esetben is meg nem felelő.

Egy másik kellemetlen maradványa lehet a műtétnek a közönséges **sipoly** és a **bélsársipoly**. Szerencsére ezek a sipolyokelég ritkák és az esetek túlnyomó részében önként gyógyulnak. Igy *Mühsam* közlése szerint *Sonnenburg* eseteiben 25 közönséges, nem bélsárt ürítő sipoly közül 15 a. a. 60%, 49 bélsársipoly közül 31 a. a. 62% spontán gyógyult.

A közönséges sipolyok egy része *fonálgenyedés* következtében képződik; a nagyobb rész keletkezésének a módja pedig azon különleges körülmények által van feltételezve, melyekkel epityphlitis műtéteknél elég gyakran találkozunk. Hiszen akárhányszor megtörténik, hagy a féregnyúlvány kisebb-nagyobb tályogok, szomszédos bélrészletek összetapadása által képezett tasakok közepette fekszik, s hogy ezeknek a bélrészleteknek a savós hártyája az előrement lobosodás folytán mállékonyvá, törékenyvé lett. Az ilyen lobosodott serosa azután persze a féregnyúlvány-csonk fedésére teljesen alkalmatlan, mert a varratok folyvást kiszakadnak, másrészt ezeknél a varrási kisérteteknél félnünk kell attól, hogy a savóshártya még nagyobb lerületeken válik le. Máskor az appendix oly mélyen fekszik, hogy az elvarrást csak a bél előhúzása mellett lehetne eszközölni; de mivel ezzel a szabad hasüreg megnyitását koczkáztatjuk, kényszerűségből elállunk a csonk tüzetesebb ellátásától. Ilyenkor a féregnyúlvány egyszerű lekötésével kell beérnünk vagy csiptetővel időlegesen lefogjuk az amputált csonkot. Egy része a betegeknek ugyan igy is sipolyképződés nélkül gyógyul, egy másik részénél azonban a serosa összetapad a környezettel, a csonk nem záródik és fistula jön létre.

Vannak azután esetek, a hol a proc. vermiformis a műtétig annyira elüszkösödött, hogy még a lekötés előtt vagy a közben leszakad; és végre előfordul és pedig elég gyakran az is, hogy a műtét alkalmával egyáltalában nem is találunk féregnyúlványt, a mennyiben ez a hosszantartó genyedési folyamat következtében teljesen elmállott vagy más egyéb oknál fogva nem ismerhető fel.

Hasonló viszonyokról győződött meg *Demoulin* is, a ki az utolsó franczia sebészcongressuson mindezen eshetőségek felemlitése mellett olyan esetekben is látott sipolyképződést, a hol az appendix a vakbéltől nagyon távol eső ponton resecáltatott.

Természetes, hogy ugyanezen viszonyok ép oly könnyen vezethetnek *bélsársipolyok* keletkezéséhez is, mint a hogy közönséges sipolyok létrejöttét okozzák; azt kell mondanunk, hogy gyakran csak a féregnyúlvány-csonk lumene és a vakbélen való elhelyeződése mérvadók arra nézve, vajjon a fistula csak nyálkát vagy pedig bélsárt is fog-e üriteni. Könnyen érthető, hogy ha az appendix a vakbél elülső falán ered, a bélsárürülés, különösen hanyattfekvésnél kevésbbé valószinűen fog bekövetkezni, mint ha a féregnyúlvány a coecum oldalfalain eredne.

Bélsársipolyok rendszeresen azonban csak perforatiós és gangraenosus epityphlitis esetén maradnak vissza és pedig gyakran oly módon, hogy műtét alkalmával az összenőtt, egymáshoz tapadt bélkacsok szétválasztásánál a serosa kisebb-nagyobb kiterjedésben be lesz szakitva és a bél muscularisa le lesz csupaszitva. Természetszerű következménye ennek az, hogy a bél falzatában e helyeken circulationalis és táplálkozási zavarok állanak be, melyek *másodlagosan* perforatióra vezetnek.

Aetiologiájuk szerint *Mühsam* a bélsársipolyokat következőleg csoportositja:

A) Tályogmegnyitás után fenmaradó sipolyok:

B) A féregnyúlvány-csonk hiányos ellátása folytán keletkező sipolyok;

C) A bélfalzat átmaródása folytán (genyedés vagy tuberculosis következtében) és

D) 1. a bélfalzatnak műtét közben történő megsértése vagy 2. serosa-leválasztás folytán képződő sipolyok.

Az *A*) és *B*) csoporthoz tartozó esetekre *Sonnenburg* 30 példát hoz fel; ezeknél a sipoly rendesen úgy származott, hogy a tályog megnyitása alkalmával a gangraenosus féregnyúlvány a genynyel együtt észrevétlenül távozott.

Az én eseteim közül az *A*) csoportba sorozható két esetem. Egynél (10. sz.) a gangraenosus proc. vermiformis distalis része mindenek szerint a genynyel spontan kilökődött, mire bélsársipoly keletkezett, mely azonban néhány nap mulva önként záródott. Egy második esetnél (5. szám) tályognyitás után bélsársipoly keletkezett, de a beteg meghalt. Ide tartozik továbbá a 10. sz. eset is, hol a perforált féregnyúlvány állandó bűzös genyedést tartott fenn. A féregnyúlvány resectiója teljes gyógyulást eredményezett ép úgy mint a 30. sz. esetben, a melynél szintén sipolyképződés miatt másodlagosan kellett a féregnyúlványt eltávolitani. Ez utóbbi sipoly azonban csak egyszerű fistula volt bélsaras secretio nélkül.

A *B*) csoportba tartozik a 26, számú eset, mely egy 10 éves fiúra vonatkozik. Diffus peritonitissel párosult féregnyúlvány-gangraena miatt végeztem itt az eredeti műtétet. Az egész, hosszú proc. vermiformis el volt halva, 2 perforatiót és 1 bélsárkövet tartalmazott. Az amputatio látszólag egészséges részben, közel a vakbélhez történt, a csonk pedig typikus módon lett átvarrva. Nyilt kezelés. Lefolyás közben — mindenek szerint a genyedés folytán — a varratok átvágtak, kilökődtek és bélsársipoly jött létre, mely, mivel a vakbél lassan a bőr felszine felé húzódott, lapissal, perubalzsammal való kezelésre ugyan időnként begyógyult, de mindig újra meg újra kifakadt. A sipoly, bár keveset secernált, a fiut mégis igen zaklatta és ezért 10 hónappal később újabb műtétre került, mely alkalommal a sipoly bő feltárása után a két oldalt a hasfalhoz odanőtt, ectropiumszerűen kifordult vakbélcsonkot óvatosan lepraeparáltam, typikusan elvarrtam és invertáltam, mire a sipoly véglegesen gyógyult.

A *C*) csoportba *Sonnenburgnak* három genyedéses és három tuberculosus, tehát összesen 6 esete tartozik, melyeknél a műtét alkalmával a tályog megnyitása után bélperforatio konstatáltatott, vagy pedig az átfúródás gyenge érintésre rögtön

Negyvenharmadik évfolyam. 46. szám. *Budapest, 1899. november 12.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGY. II. SEBÉSZETI KLINIKA

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kovács József: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról. Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál s chlorosisnál, különös tekintettel azok osmosis-viszonyaira. 563. l.

Konrád Jenő: A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis". 565. l.

Abonyi József: A kaucsuk alkalmazása az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a fogászatra. 566. l.

Jutassy József: Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal. 568. l.

Gedeon János: Válasz Böke Gyula dr. egyetemi tanár úr „Észrevétel"-eire 570 l.

Tárcza. *Krompecher*: Párisi levél. 570. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Eduard Albert:* Der Mechanismus der skoliotischen Wirbelsäule. 571. l. — *Összefoglaló szemle. Kaczvinszky János*: A localis anaesthesia jelen állása. 571. l. — *Lapszemle. Freudenthal*: A „dynamogen" (—*r.*). — *Pluyette*: Mindkét kulcscsont törése (Picker Rezső). — *Ewald*: Appendicitis larvata (Pfaun). — *Levison*: Adat a pneumothorax casuistikájához egészségeseknél (Lengyel Loránd). 572. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetsége. — Tisztiorvosi vizsgák. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — Duka Tivadar. — Hartmann József. — Mattoni Henrik ösztöndíj-alapítványa. — A Munkács városi közkórház kimutatása. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Lakásváltoztatás. — Megjelent. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Falta dr. 572—573. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: *Herczel Manó:* A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebész kezelése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról.

Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál s chlorosisnál, különös tekintettel azok osmosis-viszonyaira.

Kovács József dr.-tól.

A Dreser, Winter, Hamburger, valamint az első belklinikán Korányi Sándor vezetése alatt eszközölt vérvizsgálatok egybehangzólag 0·56°-ra teszik az ép emberi vér fagypontsülyedését, illetőleg osmotikus nyomásának mértékét. Ezen vizsgálatok azt mutatják, hogy a határ a vér normalis viszonyai között feltünően állandó és már 0·01°-kal fel- vagy lefelé való ingadozása jelentőséggel bir. Ugy látszik, hogy ezen fontos szerv ilyen physicalis és chemiai beállítása mellett felel meg legjobban feladatának; erre vallanak legalább ép, chlorotikus és más betegektől nyert vér serumával szembeni viselkedésének a változása az ép vér vörös vértekecseinek, a miről különben később részletesebben lesz szó.

Korányi a fagypontsülyedés ezen állandóságát és ennek lényegét más helyütt részletesen és behatóan tárgyalja és így czélom lesz ez alkalommal a különböző lázas betegeknél és chlorosisoknál eszközölt vérvizsgálatokról beszámolni.

A vérvizsgálatokat következőképen vittem végbe:

Egy-egy vérvizsgálathoz felhasználtam 25—30 cm^3 vért, minthogy a vér fagypontjának meghatározásán kivül kiterjeszkedtem a vér serumának a chloridjaira és a vérnek in toto a nitrogentartalmára is. Ezen vérmennyiséget a betegeknél köpölyözéssel nyertem, a mely behatásnak a betegek magukat szivesen vetik alá és minden esetben könnyen vihető keresztül. A köpölyök vegyileg tisztán és aseptikusan alkalmaztattak. Mindjárt itt helyén valónak találom megemlíteni, hogy Grawitznak amaz aggályát, mintha köpöly segélyével nem tiszta, hanem szövetnedvekkel kevert vért nyernénk, nem találtam indokoltnak. Ez ellen szólnak az ép embereknél nyert más vizsgálókéval teljesen megegyező adataink, valamint néhány esetben a köpölyvér és a lege artis vett vér vérsejtszámlálásának egybevetése, mely esetekben hasonlóképen egyenlő értékeket nyertem. De még ellenkező esetben sem vonatkozhatnék ez a fagypontra, a *A*-ra vagy a N-ra.

A mint fentebb említettem, vizsgálataim tárgyát képezték a különböző lázas betegségek és chlorosisok. Vizsgálataimat minden egyes esetben kiterjesztettem a vér fagypontsülyedésének és a vérserum chloridjainak meghatározására és nem hagytam figyelmen kivül a vér N tartalmát sem. A vér fagypontsülyedésének meghatározása a már ismételten ismertetett Beckmann-féle készülékkel történt. A Cl-meghatározás végett a vért centrifugáltam és minden esetben oly tisztán nyertem a serumot, hogy az azzal végzett vérsejtszámláláskor a Thoma-Zeiss-féle készülék 64 koczkájában 8—16 vértekecsnél többet nem találtam. Ezen serumból a chlort a Korányi Sándor által módosított Volhardt-féle eljárással határoztam meg, mely abban áll, hogy adott mennyiségű serumhoz fölös mennyiségű $AgNO_3$-t és körülbelül háromszor annyi tömény légenysavat adtam, majd az egészet kalium hyperm. hozzáadása mellett forralva, a szerves anyagok, legelső sorban pedig a különböző fehérjék elégtek s a hozzájuk kötött Cl emigy kiszabadulva, a fölös ezüst által köttettek meg. A szerves anyagok elégése után az egészet Volhardt szerint titráltam meg. Néhány control-kisérletem alapján mondhatom, hogy ezen, igy elég könnyen és gyorsan kivihető Cl-meghatározás a sokkal körülményesebb hamvasztás által nyerhető értékkel teljesen egybevág. A N-meghatározás a vérből in toto történt az ismert Kjeldahl-Argutinsky-féle eljárás szerint.

Ezek után áttérhetek vizsgált eseteim lehetőleg rövid ismertetésére, melyek közt volt 3 egészséges egyén, 4 chlorosisban, 3 typhus abdominalisban, 3 genuin pneumoniában, 1 tuberculosis pulmonumban, 1 bronchitis diffusában, 2 malariában, 1 polyarthritis rheumatica acutában, 1 exsudatum pleuriticumban szenvedett beteg. Tehát összesen 16 vizsgált eset kapcsán vonhatom le következtetéseimet; 3 egészséges egyént csak azért vettem be a táblázatba, hogy a kóros viszonyok közt beállott eltérések annál jobban feltünjenek. (L. tábla.)

Lássuk először az infectiosus lázas betegek vérvizsgálatát. A lázas betegségekre általában az eddigi vizsgálatok alapján bizonyos közös sajátságok vannak megállapítva. Igy Leyden 1872-ben végzett vizsgálataival bebizonyította, hogy láznál általában vízretentio van a szervezetben. A szervezetben visszatartott víz első sorban a vér concentratiojára fog hatni, felhigítván azt. Ennek megfelelőleg Devoto, Hammerschlag typhusnál s lázzal járó tuberculosis pulmonumnál tényleg kisebbnek találták a vér fajsúlyát.

Az összes lázas betegeknél, főleg typhusnál és pneumoniánál végzett anyagcserevizsgálatok szerint a lázas szak után olyan bomlási termékek ürülnek ki nagyobb mennyiségben, melyek csakis a lázas szakból maradhattak vissza a szervezetben; ezek képezik ugyanis az úgynevezett epicritikus kiválasztást.

Kovács és Móricz vizsgálatai által ezen felvétel megerősítést nyert. Ezek a bomlási anyagok a láz tartama alatt részben a szövetekben vannak lerakva, részben pedig a vérben keringhetnek.

Kórisme	Vér molecul. concentratioja	Vér %-os Na Cl-tartalma	Összes vér %-os N-tartalma	Megjegyzések
Sine morbo	0·56	0·58	2·75	
Sine morbo	0·56	0·56	2·70	
Sine morbo	0·56	0·58	2·75	
Typhus abdom.	0·52	0·60	2·09	A megbetegedés 3. hetében
Typhus abdom.	0·53	0·58	2·20	A megbetegedés 2. hetében
Typhus abdom.	0·55	0·55	2·49	A megbetegedés 1. hetében
Pneum. crouposa	0·60	0·50	2·50	
Pneum. crouposa	0·59	0·52	2·40	
Pneum. crouposa	0·58	0·50	2·35	
Bronchitis diffusa	0·58	0·54	—	Láztalan; légzés dyspnoikus; ütérlökés sz. p. 122
Exsudat. pleurit.	0·58	0·54	2·34	Láztalan; a jobb lapoczközti táj középső harmadától tompulat, ugyanitt légzés nem hallható
Polyarthritis rheum. acuta	0·52	0·56	—	Állandó hőemelkedések 38° és 39° közti ingadozásokkal
Malaria	0·59	0·60	2·50	Roham alatt
Malaria	0·57	0·56	2·65	Roham után
Tubercul. pulm.	0·53	0·56	2·6	Állandó hőemelkedések 38·2° és 39·5° közti ingadozásokkal
Chlorosis	0·55	0·61	2·20	Vörös vérsejtek sz. 4.400,000. Hb = 55%
Chlorosis	0·53	0·60	2·15	Vörös vérsejtek sz. 4.500,000 Hb = 40%
Chlorosis	0·50	0·60	2·18	Vörös vérsejtek sz. 3.800,000 Hb = 45%
Chlorosis	0·65	0·61	1·90	Vörös vérsejtek sz. 3.500,000 Hb = 35%. Albuminuria s cylindruria

Az említett két tényező a lázas betegségek állandó kisérője és hatásuk a vér physikai és chemiai sajátságainak megváltozására előre látható. Az egyértelmü hatás természetesen csak akkor várható joggal, ha a különböző lázas betegségeknél a vér physikai és chemiai sajátságai csupán a lázzal járó anyagcsere által befolyásoltatnának. A dolog azonban nem úgy történik. A vér alkata úgy látszik különböző lázas betegségeknél nemcsak a közös lázas anyagcserétől függ, hanem az illető megbetegedések másnemü elváltozásainak a behatása alatt is áll.

Igy ha a fenti táblázatot szemügyre veszszük láthatjuk, hogy a vér a különböző lázas betegségeknél physikailag és részben vegyi összetételére nézve is kétféleképen viselkedik. Egyik csoportba tartozik a pneumonia és malaria a roham tetőpontján; ezeknek fagypontsülyedése, azaz osmotikus nyomásváltozása a normalisnál nagyobb, egyúttal ezeknél a Na Cl-tartalom csökkent. Másik csoportba tartozik a typhus, a polyarthritis s a lázzal járó tuberculosis pulmonum, ezek mindegyikénél a fagypontsülyedés kisebb, a konyhasó-tartalom a normalis határok között ingadozik.

A fentemlített tényekben különösen egy körülmény hivja fel figyelmünket: a pneumonia és typhus ellentétes magatartása.

A lázas bántalmaknál eddig végzett anyagcsere-vizsgálatok, s ezek közt különösen Terraynak igen beható és körültekintő Cl-anyagcsere vizsgálatai minden kétségen kivül helyezték, hogy a typhus és a pneumonia anyagcseréjében sok hasonlatosságot mutat; mindkettőnél víz- és Na Cl-retentio van s mindkettőnél elmaradhatatlan az epicritikus kiválasztás. Vagyis ezeket a tényeket a mi esetünkre alkalmazva, azt kell várnunk, hogy a vér fagypontja a szerint változik meg, hogy mikép dől el a vérben a víz és a szilárd alkatrész többlete közti viszonyszám; ha több lesz a szilárd alkatrész és kevesebb a víz, akkor magasabb lesz a fagypont és fordítva. A vízretentiot a két megbetegedésnél egyenlőnek feltételezve — mert hisz okunk van olyannak tekinteni —, a Δ-ra befolyást gyakorló szilárd alkatrészeket pedig felosztva achloridokra és chloridokra, következő lehetőségekre kell gondolnunk: hogy pneumoniánál a vér Na Cl-tartalma csökkent, azt úgy lehetne magyarázni, hogy a visszatartott és a vérből relative hiányzó Na Cl egy része a visszatartott vízre esik, a másik hiányzó része pedig a tüdőbe való exsudationál köttetik meg; typhusnál, hol valamelyik szervre eső nagyobbfokú Na Cl-exsudatio elesik, a Na Cl is alig változik.

A chloridok eltérő viselkedése az eltérő tényezőkkel meg volna tehát fejtve; nem így az achloridok: typhusnál több Na Cl van a vérben és mégis kisebb a Δ, a miből azt kell következtetnünk, hogy egy térfogategységre kevesebb achlorid-molecul esik; pneumoniánál épen fordítva: itt kevesebb a Na Cl és mégis nagyobb a δ, tehát egy térfogategységre több achlorid esik. Sőt e tekintetben a typhus annyival is hátrányban van a pneumonia mögött — a mint azt Kovács és Móricz vizsgálatai mutatják —, hogy a typhusnál a gyakrabban előforduló vesemüködés gyengesége folytán is lehetne több achlorid. Nyilvánvaló tehát, hogy az említett eltérések okát nem a közös lázanyagcserében, hanem másutt kell keresnünk. A pneumoniás vérnek a Na Cl és a fagypont összehasonlítása által kimutatható nagyobb százalékos achloridja sem a kisebb vízretentioban, sem a pneumoniánál rendszerint hiányozni szokott vesemüködés elégtelenségben nem leli magyarázatát, hanem magának a vérnek megváltozni szokott chemismusából ered, a mint azt számos bizonyíték támogatja.

Hamburger és Limbecké az érdem, hogy figyelmünk a vérnek a vörös vérsejtekből kiinduló belső anyagcseréjére lett irányítva. Ők friss emberi és állati véren CO_2-t vezettek keresztül s azt találták, hogy az O-hiány a vörös vérsejtekre akként hat, hogy a vörös vérsejtek a serumból Na Cl-t vesznek fel és helyébe más szilárd alkatrészeket adnak a serumnak; az eredmény pedig az, hogy a serum Na Cl-ban szegényebb lesz, de más szilárd alkatrészekben mégis nyer.

Én Hamburger és Limbeck kisérleteit kiegészítve meggyőződtem róla, hogy az O-szegény vér fagypontja a normalisnál jóval nagyobb.

Korányi Sándor vizsgálatai azt mutatják, hogy hasonló viszonyok, mint pneumoniánál, szivbajoknál is előfordulnak, mihelyt a hiányos légcsere első nyomai megjelennek.

A fenti táblázatban láthatók egy régi, jelenleg már láztalan exsudatum pleuriticumban szenvedő beteg adatai, kinél az oxydatio hiányosságát a jelentékenyen megszaporodott vörös vérsejtek is mutatják, és a kinél hasonló adatokat nyertem.

Magánál ezen esetnél is meggyőzőbb erejü adatokat nyujt a bronchitis diffusában szenvedő betegnél végzett vizsgálat, a mely esetben a vérben talált eltérés kizárólag a gázcsere megváltozásában találhatja magyarázatát. És ha most még hozzáteszem, hogy ennek a bronchitis diffusában és egy pneumoniában szenvedő betegnek O-szegény vérét O-átáramoltatás által úgy sikerült megváltoztatnom, hogy az elsőnél a vér fagypontja 0·58-ról 0·54-re, a másiknál pedig 0·59°-ról 0·55°-ra szállt le, a konyhasó pedig az elsőnél 0·54-ről 0·57%-ra, a másodiknál pedig 0·52%-ról 0·55%-ra emelkedett, továbbá hogy normalis vérnél egy 0·01-nyi változást sem sikerült elérnem az O-átáramoltatás által, akkor elegendő bizonyítékot szolgáltatok, hogy a pneumoniás vérnél talált elváltozások magyarázatára nézve helyes úton járok.

Hamburger, Limbeck és az én vizsgálataimból az tünik ki, hogy a vér ezen jelzett elváltozásai a rendes gázcsere megzavarásának fokával meglehetősen lépést tartanak. Ennek megfelelőleg tényleg azt találtam, hogy a vérnek ezen elváltozása azon pneumoniás betegnél volt legnagyobb, kinél az exsudatio leggyorsabban haladt előre, illetőleg kinél legnagyobb volt a dyspnoë.

A fenti számadatokból tehát a pneumoniára nézve az tünik ki, hogy a vér δ-ja csakúgy kisebb volna pneumoniánál, mint más lázas betegségnél, a vér Na Cl-tartalma azonban kisebb volna, mint más lázas betegnél, de nem annyival, a mennyivel azt tényleg kevesebbnek találjuk. Azaz annak, hogy a pneumoniás vérplasma Na Cl-tartalmát mások is és én is kisebbnek találtuk, annak csak felerészben oka az exsudationál lekötött Na Cl, a többi a vörös vérsejtekben van.

De Hamburger és Limbeck vizsgálatai alapján nemcsak több Na Cl-t, hanem több vizet is tartalmaznak az O-szegény vér vörös vérsejtjei; a pneumoniánál annyira egymáshoz kötött víz és Na Cl tehát egyhelyütt van felismerve.

(Folytatása következik.)

A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis“.

Konrád Jenő dr., a nagyszebeni állami elmegyógyintézet igazgató főorvosától.

(Folytatás.)

A szélességi mutatóra nézve sincsen valamely következetes eltérés épek és betegek között s a százalékos arányok különbözetei általában véve jelentéktelenek. A magyaroknál a túlnyomó többség a brachycephaliara és ennek felsőbb fokaira esik, a románoknál és zsidóknál a brachycephalia és inkább enyhébb fokai szerepelnek, a székelyeknél és szászoknál a többség a subdolichocephaliától bezárólag a subbrachycephaliáig terjed, míg a tótoknál első sorban áll a hyperbrachycephalia leterjedve a subbrachycephaliáig. Egészen hasonló magatartást követ az index a betegeknél is. A szélességi mutató tájékoztathat bennünket a faji összetartozóságra nézve a *tömegeknél*; de az egyénnél előforduló atypikus index csak általánosságban jelezheti azt, hogy a faji jellegből való kiütésnek esetleg kóros befolyások *is* lehetnek az okai.

A kérdés most az: elvessük-e egészen a statistikai módszert és szorítkozzunk csupán az egyes esetek gondos analyzálására, a mint ezt *Sommer* ajánlja? Lássuk előbb az általa gondosan analyzált esetet. Apai részről kétségtelen a terheltség és mégis a nem terhelt anyának difformis koponyaalkata öröklődik át három fiára, a kik veleszületett elmegyengék. Mit bizonyít ez az eset? Azt mindenekelőtt, hogy deformatiok átöröklődhetnek, illetőleg átöröklődhetik a koponyanövekvés tényezőiben rejlő azon hajlam, mely a nemzőknél vagy azok egyikénél bizonyos koponyaformatio keletkezése iránt létezett. Bizonyítja, hogy elmebeteg utódok az ép nemző koponyaalkatával birhatnak. Nem bizonyítja, hogy az anya deformatioja nem jelent-e endogen, a generatio kimutatható befolyása nélkül tisztán evolutionalis úton támadt egyszerű praedispositiot. Nem bizonyítja, hogy az esetben, ha apai részről terheltség nem állott volna fenn, az utódokban nem lett volna-e praedispositio egyszerű psychosisok iránt jelen és nem lépett volna-e fel az utódoknál vagy azok egyikénél idiotismus helyett egy közönséges functionalis elmebántalom vagy adott feltételek mellett alkoholos elmezavar. Nem bizonyítja azt sem, hogy a koponyanövekvés és az agyfejlődés tényezői között összefüggés nincsen, mert a hasonló eseteknek legalább is túlnyomó számára lenne szükség, hogy más esetekben az összefüggés látszatát elenyésztessük.

És itt megint a statistikánál vagyunk. Igenis van szükség az egyes esetek gondos elemzésére és kiterjedt vizsgálatokra ez irányban. De nélkülözhetetlen a helyes statistikai módszer, mely egyöntetűleg jár el, egyenlő méreteket alkalmaz, az összehasonlításra lehetőleg homogen anyagot használ fel. Nem kell mindig és mindenütt degeneratiokat keresni a koponyarendellenességeknél, hanem kutatni kell ezeket elöfordulási viszonyukban a terheltséggel és a kóros anyagnál a kórformával kapcsolatban, hogy először általánosságban állapíthassuk meg a különbségeket épek és betegek között s ha tényleg léteznek ily különbségek, azokat a lehetséges okokra és összefüggésükre az elmekórral tovább vizsgáljuk. *És okvetlenül szükséges, hogy az összehasonlítást ne egyes méretek sorozataival, hanem az összes méretekkel végezzük.*

Ezen szempontok figyelembe vételével véltem munkásságomat megindítandónak, midőn a magyar orvosok és természetvizsgálók áll. központi bizottságának benyújtott tervezetben a jelen dolgozatra nézve következőleg nyilatkozom.

„Ezekben megjelölvén általánosságban a munka irányát, mielőtt a részletekre térnék, megjegyzendőnek tartom, hogy a koponyaalkat elmekórtani jelentőségének kérdését ez idő szerint véglegesen megoldani azért nem lehet, mert a feldolgozandó anyag halmaza, időbeli és térbeli nagy kiterjedése egy egész — talán generatiokra kiterjedő — munkássereget kiván, melynek feladatát képezné az, hogy a koponyafejlődést egy élő nemzedéken át figyelemmel kisérje és annak viszonyait a családi és életkörülményekkel, a testi és szellemi fejlődéssel oktanilag összhangzásba hozza. A tervezett munka tehát *csak előmunkálat, csak kisérlet lehet*, különösen az irányban, ha vajjon a középméretek túlnyomó száma által képviselt typustól eltérő excentrikus méretü „atypikus“ koponyák elmekórtani tekintetben birnak-e jelentőséggel vagy sem. Részint a munka kisérleti természeténél fogva, részint pedig azért, mivel valószinűnek látszik, hogy csak nagyobbfokú koponyarendellenességek mellett várható oktani összefüggés koponyaalkat és elmekór között: a koponyaalkat meghatározásánál kraniologikus subtilitásokba bocsátkozni helyén valónak nem tartom. A *klinikai czél* elérésére egyelőre elégségesnek mutatkozik az, ha a koponyaalakulás inspectio, palpatio és főbb méretek vétele által határoztatik meg.“

Eljárásom lényege abban állott, hogy a fajilag együvé tartozó ép egyéneket (csupán férfiakat) származásukra kikérdeztem s a fajilag gyanúsakat mellőzve, a mi a terheltségi viszonyokra megtudható volt, azt feljegyeztem. A fejméretek közül vettem: a kerületet, mellső, hátsó, haránt és hosszívet; a hosszúsági, szélességi, magassági (trigonometrikus) átlókat; a homlokszélességet, a járomgyökérpontok, fülmögötti gödröcskék, járomcsont és faldombtávolokat linearis méretben. Ezen méreteket sorozatokba állítva, meghatároztam a kis, közép és magas számokat a typuson belül, az excentrikus számokat le- és felfelé a typuson kivül. Hogy az egy koponyáról vett összes méréseket könnyen áttekinthetővé tegyem, ezen typikus és excentrikus számokat csoportjelekkel láttam el. Benedikt már egy atypikus főmérettel biró koponyát is rendellenesnek tart, én (a kerület kivételével, melynek atypikus mérete egymaga is elégséges) csak két atypikus csoportjellel biró koponyát vettem fel atypiának, még pedig a jelnek megfelelőleg alsó — typuson aluli —, felső vagy vegyes atypiának. A betegek fejméreteiről külön sorozatokat nem készítettem, hanem azokat a méret szerint a fajnak megfelelő csoportjelekkel láttam el. Így tehát lehetőleg homogen anyag került összehasonlításra, s a mi méretbeosztási hiba előfordult, az a kölcsönösség folytán a vizsgálat végeredményét nem befolyásolhatta.

A 180 ép és 104 beteg *magyar*, 120 ép és 90 beteg *székely*, 140 ép és 108 beteg *szász*, 132 ép és 137 beteg *román*, 100 ép és 50 beteg *tót*, 100—100 ép és beteg zsidó, elég tekintélyes számú vizsgálati anyagot szolgáltat (772 + 589 = 1361 fej), hogy az abból levont statistikai eredményeket — legalább előleges tájékozásul — bizonyos megnyugvással fogadhassuk.

A nyert százalékok összehasonlításánál azonnal szembeötlik, hogy a deformatiok *minden fajnál* nagyobb számokkal szerepelnek az elmebetegeknél, mint az épeknél.

Deformatio	Épek %	Betegek %
magyarok	7·7	18·2
székelyek	5·8	8·8
szászok	6·4	22·2
románok	9·8	12·4
tótok	11·0	14·0
zsidók	10·0	13·0

A végösszegben a deformatiok épeknél 8·2, betegeknél 15%-ot szolgáltatnak. Az atypiák a magyaroknál és zsidóknál épek és betegek között százalékos különbséget nem mutatnak, az összes anyagra nézve azonban a betegek terhére jelentékeny emelkedés mutatkozik, a mennyiben 25·2% éppel 42·4% beteg áll szemben.

Az alsó atypiákra nézve épek és betegek között különbség nincsen (12·6% ép, 13% beteg). A felső atypiánál már a kétszeres arány kezd mutatkozni (11% ép, 19·8% beteg), míg a *vegyes atypiánál* igen nagy a különbözet: 1·9% ép, 9·5% beteg.

Ha fejalkatok szerint keressük az öröklési terheltséget, úgy a következő viszonyok mutatkoznak.

	Terheltségi százalék. Épek	Betegek
typikus méretek	3·1	12·7
alsó atypia	6·1	15·5
felső atypia	5·9	23·0
vegyes atypia	26·6	39·2
deformatio	32·8	27·2
összes atypiák	7·1	24·4

Hogy az öröklési terheltség elmebetegeknél általában nagyobb százalékot szolgáltat, mint az épeknél, az természetes; de feltünő, hogy atypikus méretek mellett mintegy kétszerannyi a terheltségi eset, mint typikus méretek mellett, még pedig *épeknél*

*

épúgy mint betegeknél. Itt elutasíthatatlanul nyomul előtérbe a feltevés, hogy az atypikus fejméretű egyének az elmebetegség iránt bizonyos dispositioval birnak, mely az öröklési terheltséggel összefüggésben áll. Más szavakkal: az öröklési terheltség valószinüleg hajlamosít arra, hogy a koponyafejlődésnél atypikus méretek keletkezzenek. A deformatioknál ezen százalék igen magas, véletlenül az épeknél magasabb; az öröklési terheltséggel való összefüggést a magas százalék még inkább kiemeli.

Tanulságos, ha — a kóralakok számszerü elforgácsolását meggátolandó — az 589 elmebeteget genetikus csoportokba osztjuk be s e csoportok szerint vizsgáljuk a koponyaalkat és öröklési terheltség viszonyait. Az I. csoportba soroljuk a főképen szerzett elmebántalmakat, a terjedő hüdéses és alkoholos elmezavart; a II-dikba a „functionalis" bántalmakat: a búkórt, dühösséget, heveny zavarodottságot, heveny butaságot és ezek kimenetelét, a másodlagos elmezavart; a III-dikba a tébolyodottságot; a IV-dikbe az eskóros és periodikus elmezavart és az idiotismust.

Kitünik, hogy az I. és II. csoportba tartozó betegeknek — kerek mennyiségekben kifejezve — a fele bir csak typikus mérettel, a III. és IV. csoportba tartozóknak pedig csak egy harmadrésze; a többi atypia vagy deformatio. Az atypiák az összes csoportokban közel egyenlő százalékokkal vannak képviselve. A deformatiok az I. csoporttól a IV. felé 8—24%-ig fokozatosan emelkednek.

Az öröklési terheltség általában az I. csoporttól a IV. felé a genetikus beosztásnak megfelelőleg 12%-tól 28%-ig fokozatosan növekszik és a növekvés ezen progressioja úgy a typikus méreteknél, valamint a deformatioknál is kifejezésre jut. Az atypiánál is emelkedik ugyan, de nem szabályos előhaladásban.

(Folytatása következik.)

A kaucsuk és annak alkalmazása az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a fogászatra.

Abonyi József dr.-tól.

(Vége.)

A Litch-féle „The American System of Dentistry" czimü 1887-ben Philadelphiában megjelent gyüjtőmunkában találjuk a fogászati praxisban leggyakrabban használt kaucsukfélékre vonatkozó Wildmann-féle összetételt, mely a következő:

Dark brown (sötétbarna)		Grayisch white (szürkésfehér)	
caoutchouc . . .	48 rész	caoutchouc . . .	48 rész
sulphur	24 „	sulphur	24 „
		white oxyde of zinc	96 „
Red (vörös)		Black (fekete)	
caoutchouc . . .	48 rész	caoutchouc . . .	48 rész
sulphur	24 „	sulphur	24 „
vermilion	36 „	ivory black or drop black	24 „
Dark pink (sötétrózsaszín)		Jet black (szénfekete)	
caoutchouc . . .	48 rész	caoutchouc . . .	48 rész
sulphur	24 „	sulphur	23 „
white oxyde of zinc	30 „	ivory black or drop blak	48 „
vermilion	10 „		

A kaucsuknak a kénnel való ilyen szerencsés combinatiojára Lüdersdorf figyelmeztet először bennünket 1832-ben. Utána Goodyear is előáll ezekkel az adatokkal, azt állítván, hogy ezekre az eredményekre már előbb végzett teljesen önálló kisérletei alapján jutott. Mai napig sincs eldöntve, hogy e tekintetben a prioritas érdeme e két búvár közül tulajdonképen kit illet.

A fogalmak tisztázása czéljából ajánlom, hogy az így megtisztított és összeállított különben még nyers kaucsukot praeparált kaucsuknak nevezzük. Hangsúlyozom ezt különösen azokkal szemben, a kik az így végbenő müveletekről tiszta fogalommal nem birnak, az imént leirt massáról mint vulkanizált kaucsukról beszélnek. A vulkanizálás pedig, mint majd látni fogjuk, egy későbbi stadiumban következik be.

Már a kaucsuknak a praeparálása is nagy figyelmet érdemlő momentum, mert hiszen a kénnel való kezelés által jut a különben még mindig képlékeny massa olyan állapotba, a mely kellő eljárás mellett alacsonyabb vagy magasabb hőbehatás daczára kellő rugalmasságot és több becses tulajdonságot biztosít részére. De még nagyobb szerepet játszik feldolgozásában az a művelet, mely szerint a praeparált kaucsuknak a belőle készítendő tárgyak formáját megadják. Ez a művelet egyszerüen abból áll, hogy a különben még képlékeny massát olyan aczél vagy más megfelelő fémből készült minták vagy lemezek közé helyezik, a melyek a készítendő tárgyak negativumát foglalják magukban és a két lemezt azután összepréselik.

Miután röviden még kiemelem azt, hogy a kaucsukból készítendő tárgyak alakját csak préselés — és nem mint némelyek hiszik öntés — által adják meg, rátérek a kaucsuk vulkanizálására.

Vulkanizálás alatt a kaucsuknak a beléje helyezett anyagokkal megfelelő hőfoknál történő vegyi egyesitését értjük. Ezt az egyesitést pedig általában úgy érik el, hogy a kellőleg praeparált és formába helyezett kaucsukot 30—60 perczig 160—165° C. hő hatásának teszik ki. A szerint azután a mint lágyabb vagy keményebb vulkanizált kaucsukot állítanak elő, valamivel kisebb vagy nagyobb hő hatásának teszik ki.

Magától értetődik, hogy mint mindenütt, a hol gőzt fejlesztenek, úgy itt is egészségi illetve biztonsági szempontból nagy körültekintésre van szükség.

A kaucsuktárgyak feldolgozását és megkeményitését az iparban nemcsak a leirt módon szokták végezni, hanem erre a czélra többféle eljárás szolgál. Egyike ezen eljárásoknak abban áll, hogy az idegen alkatrészektől megtisztított kaucsukot, a készítendő ipari czikkekhez képest megfelelő formába hozzák s a helyett, hogy kénnel vegyítenék és vulkanizálnák, higított chlorkéneget adnak hozzá, a mi által közönséges hőmérsék mellett kellő módon megkeményedik.

Ennek az eljárásnak az volna az előnye a másikkal szemben, hogy általa megtakarítást lehet elérni két irányban, nevezetesen nélkülözni lehet a vulkanizálásra szolgáló költséges gőzkazánt és a fütést. Azonban ez az eljárás már a képződő chlorgázok nagyfokú mérgező volta miatt, egészségi okokból sem czélszerü, de azonfelül csak igen vékony falú tárgyaknál lehet vele czélt érni, mivel a kénchlorür a kaucsuknak csak vékony rétegein képes áthatolni és így ez az eljárás aránylag véve csekélyebb szerepet játszik.

Hogy a kaucsukból készült tárgyaknak minő nagy szerepe van az orvosi gyakorlatban, elég csupán arra a körülményre utalni, hogy úgy a legkisebb, mint a legnagyobb orvosi müszertárban mindenütt ott vannak, még pedig azok között, melyek a mindennapi használatra vannak szánva. Mert eltekintve attól, hogy a felette sok müszernek nyelét, fogantyúját vagy más alkotó részét stb. képezi, melyik szakférfiú nem ismerné a vulkanizált kaucsukból készült spatulát, méhtükröt, genycsészét stb. De ha számba jövő szerepe jut a kaucsuknak az általános orvosi instrumentariumban, összehasonlíthatatlanul nagyobb szükség van reá a fogászatban a müdarabok készítésénél, a hol egyenesen nélkülözhetetlen anyagnak bizonyult.

A müfogak készitésével, mint az 1888-ban megjelent kézikönyvemben részletesen le van irva, már a görögöknél és rómaiaknál is találkozunk. Akkor ugyanis az emberi szájban hiányzó fogakat marhacsontból, az elefántcsont és viziló agyarából, valamint ugyanezen állatoknak és a szarvasmarháknak a czombcsontjából faragták ki, magukat a fogakat, valamint az azokat összetartó anyagot aranyfonalak segélyével rögzitették a szájban még meglevő fogakhoz. Majd ezen fogak összetartására aranylemezeket hoztak használatba. A fogpótlásnak ez a módja felette tökéletlen volt, de némi csekély változtatással hosszú századokon át tartotta magát, míg nem Duchateau gyógyszerész 1774-ben az addig használt csontmüfogak helyett porczellánból készült fogakat talált fel. Fonzi pedig századunk elején (1808) a müdaraboknak (pièce) illetve fogsoroknak egyes fogakból való összetételét hozta javaslatba olyformán, hogy ezeknek összetartására még csak valamely alkalmas anyagra volt szükség. Ez az életrevaló eszme csakhamar eljutott az angolokhoz és ameri-

kaiakhoz is s ezeknél a műfogak gyártása sok javításon ment keresztül.

Nem szenved kétséget, hogy a tökéletesbítés egyik legnagyobb fokát akkor érte el, midőn a kaucsuknak kiváló sajátságait és becsét felismerve, a készítendő müdaraboknál az egyes fogaknak az összetartására a kaucsukot kezdték használatba venni.

Mint az eddigiekből láthattuk, 1830 és 1840 körül már elég jól ismerték a kaucsuknak főbb sajátságait. A fogászat terén az 50-es években (1853) Mr. Bevan, Putnam dr. és Mallett dr. kisérleteztek vele először, s csakhamar reájöttek, hogy az egyes műfogak összefoglalására, illetőleg mesterséges fogazat vagy fogsor összetartására kitünő anyagnak bizonyult. Ezen tapasztalatukat nevezett szakférfiak közzé is bocsátották, mindezek daczára, mint a legtöbb újítás, csak lassan tudott eleinte ez a fenomenalis találmány terjedni, úgy hogy öt év mulva, vagyis 1858-ban még csak 300, 1863-ban pedig Franklin dr. szerint már 3000 fogász alkalmazta. 1870-ben pedig már kétségessé válik, hogy az egész föld kerekségén levő fogászok közt van-e 300, a ki a praxisában ne alkalmazta volna.

Mint az eddigiekből kivehetni, fogpótlás alatt a fogazatnak vagy egyes fogaknak mesterséges úton előállított fogakkal gyógyczélból való müszabályos helyettesítését értjük. Ezen helyettesítést megelőzőleg a szájat a müdarab befogadására és elviselhetésére a szakembernek elő kell készíteni. Az előkészítés pedig abban áll, hogy a szájüregből minden beteg részt, legyen az kemény vagy lágyképlet, el kell távolítanunk, illetőleg annak épségét helyre kell állítanunk. Miután a szájat a müdarab befogadására alkalmassá tettük, a lenyomat és a mintakészítés a legelső teendőnk.

A lenyomat előállításához valami gyúrható anyagra van szükségünk, mely az úgynevezett szájkanál segélyével a szájba vitetik. A lenyomatra használt anyagként említendő a gypszpép melylyel a legtökéletesebb és leghivebb lenyomat nyerhető. Minthogy azonban ennek használata több gyakorlatot igényel, egy könnyebben kezelhető ú. n. Stent-féle anyagot hoztak használatba, mely ez idő szerint a fogászati praxisban leginkább van elterjedve. Az eljárás itt mindössze csak abban áll, hogy ezt az anyagot meleg vízben megpuhítva a szájkanál segélyével a szájba viszszük, a honnan 1—1½ percz mulva a megkeményedett lenyomat nehézség nélkül kivehető. A lenyomat az állkapcsok és szomszéd részeinek negativ alakját adja, a melybe gypsz pépet öntve, a positiv mintát kapjuk. Ezen a positiv mintán lesznek azután a műfogkészletből a hiányzó fogak kiválogatva és összeállítva, a melyeknek ideiglenes összeállítására és összetartására viaszlemez van használatban. A tulajdonképeni, vagyis az állandó müdarabnál azután a viaszt ellenállóbb anyaggal váltják fel. Itt kezdődik tulajdonkép a kaucsuk szerepe.

A műfogak készítésénél használatban levő kaucsuk már kénnel praeparálva van, minden megfelelő színben, mintegy 7 cm. széles, 17 cm. hosszú, s 2—3 mm. vékony lemezekben jön forgalomba. Ebből a lemezből egy, az imént viaszból formált darabnak megfelelő rész lesz kiszabva. Azután a viasznak meleg vízzel történő eltávolítása után annak helyébe lesz téve. Hogy ez az összeállítás helyét és alapját ne változtassa, fölibe ismét gypszpépet öntünk, s az egészet egy kis megfelelő vasedénykébe zárjuk és vulkanizálás czéljából egy erre való gőzkazánba teszszük.

Eljutottunk tehát a vulkanizáláshoz. Ez a müvelet bizonyos körülmények között az azt végrehajtóra nézve, mint ezt több példa igazolja, veszélylyel járhat, mely a kazán robbanásából keletkezhetik. Legyen szabad tehát ezt a pontot egy kissé részletesebben megvilágítanom.

Már évtizedekkel ezelőtt technikusok, mérnökök és orvosok egyaránt kutatták, hogy a kazán robbanása minő okokból származik és mikép lehetne ennek biztonsággal elejét venni.

Az angoloknál és francziáknál már 1840 és 1850 körül megjelent több jeles munka tárgyalja ezen kérdéseket. A németeknél más szakférfiakon kivül Julius Weisbach freiburgi tanár 1851-ben „Ingenieur- und Maschienen-Mechanik“ czímü müvében behatóbban foglalkozik a gőzgépeknél általában előfordulni szokott robbanásokkal. Midőn pedig a gőzkazánoknak alkalmazását a kaucsuk vulkanizálása czéljából a fogászatba is bevezették, a kazánrobbanások itt is többször megbeszélések tárgyát képezték. A többek között Schneider kartárs a német fogorvosok 1877-ben megtartott nagygyülésén foglalkozik ezzel a kérdéssel. És ha az előtte és utána történt tapasztalatokhoz az általam történt megfigyeléseket is hozzáadjuk, akkor ezekre nézve a következőket kell elmondanunk.

A kazánrobbanást előidézik 1. a gőznek túlnagy feszítő ereje, 2. a kazán sérülései, 3. a vízhiány, 4. a kazánkő lerakódás, 5. a kazánban levő víz spheroidalis állapota.

Az első esetet, vagyis a gőznek túlnagy feszítését kikerülhetni az által, ha a gőzkazánon levő hőmérőt pontosan megfigyelik, a kazánt egy biztonsági szeleppel valamint manometerrel ellátják és azonkivül a kazánt készítésénél a rendes használatnál alkamazni szokott feszerő kétszeresére kipróbálják.

Megjegyzendő azonban, hogy nem czélszerü ezt a kipróbálást a gőznek túlmagas nyomása mellett eszközölni, mert ez által a kazán megsérülhet vagy egészen tönkre mehet.

A tapasztalat azt mutatta, hogy a hőnek nem kellő megfigyelése a vulkanizálásoknál többször adott okot sajnos körülményekre. A kazánba helyezett hőmérő rosszul vagy éppenséggel nem functionál, mire rendesen csak későn szoktak rájönni.

A mi különben a második pontot, a kazán sérülését illeti, természetesnek fogjuk találni, hogy a kazán falai a rendes használat mellett is idővel gyengülni fognak, mert a falnak egyes részletei a folytonos hő behatása alatt megégnek, olykor pedig rozsda, kopás vagy más külső behatások is hozzájárulhatnak a falak gyengítéséhez, melynek folytán azután robbanás jöhet létre. Ennek pedig ismét a kazán időnkinti kipróbálásával, a mire egyébiránt még visszatérünk, lehet elejét venni.

A vízhiányt illetőleg nem kellene félnünk, mert hiszen teljesen módunkban áll a kazánt az előirt mennyiségü vízzel ellátni.

A budapesti fogászati laboratoriumokban az olcsóbb árnál fogva tudtommal mintegy 90%-ban használnak olyan kazánokat, a melyeknél manometer nincs jelen és csak hőmérővel vannak ellátva. Minthogy pedig a hőmérő a mellett, hogy a kazán belsejében levő hőmérséket kivülről néhány fokkal különben is alacsonyabban jelzi, azonkivül pedig aránylag véve elég gyakran felmondja a szolgálatot, felette ajánlatos volna biztonsági szempontból csupán olyan kazán használatát engedélyezni, a melyen hőmérő és manometer is van jelen. A mely két eszköz mégis sokkal biztosabb jelzőül szolgál, mint csupán az egyik, mint ezt saját észleleteimmel is igazolhatom.

A kazánkő lerakódásából származható bajok eddig tudtommal még alig lett constatálva. A kazán belső felületének és a használt vízmennyiségnek csekély volta ezt alig engedi meg és különben is könnyen elkerülhető, ha a kazán belsejét koronkint megvizsgáljuk s kellőleg kitisztítjuk.

A kazánban levő víznek spheroidalis állapotba való jutása szintén elkerülhető a túlmagas hőnek a kikerülése és a kazánnak a kőtől való megtisztítása által.

A túlhevítésből származó bajok könnyü kikerülése czéljából a kazánokat biztonsági szelepekkel is szokták ellátni, a mely arra szolgál, hogy bizonyos hőfoknál a kazánban keletkező gőzfelesleg önként a szabad levegőbe juthasson. Majd pedig a meleget adó borszesz vagy gázláng egy önszabályozó segítségével tetszésünk szerint kivánt időben önmagától elalszik. A tapasztalat azonban azt bizonyítja, hogy a legjobban szerkesztett, complikáltabb vagy egyszerü regulátorokkal ellátott, legjobb anyagból készült és többszörösen kipróbált kazánnál is csak a legszigorúbb óvatosság és legpontosabb ellenőrzés azok a módok, melyek által vulkanizálás közben a kazánrobbanás, repedés vagy minden más baj kikerülhető.

Mint már említettük, a kaucsuknak legbecsesebb tulajdonságát annak rugalmassága képezi. Igen természetes ennélfogva, hogy ezen rugalmasság egységértékének tudományos meghatározása nemcsak elméleti szempontból, de a gyakorlati életre nézve is igen fontos. Minthogy pedig az irodalmat átkutatva arról kellett meggyőződnem, hogy fogászati szempontból ezzel a hálás feladattal eddigelé senkisem foglalkozott, szerény tehetségemmel magam vállalkoztam ezen kérdés megfejtésére. Kisérleti anyagul a fogorvosi gyakorlatban egyik leghasználtabb Ash-féle „Dark-brown“ névvel jelzett kaucsuk szolgált.

Mielőtt a kisérletre reátérnék, legyen szabad Rejtő Sándor műegyetemi tanár úrnak hálás köszönetet mondanom azon szívességéért, melylyel a vulkanizált összes anyagot intézetében megvizsgáltatni, a kiszámításokat áttekinteni, szóval engemet kisérleteimben támogatni szíves volt.

Eljárásom röviden abban állott, hogy 1·5 mm. vastagságú Dark-brown kaucsukból 4 egész 5 mm. széles és 60 mm. hosszú csíkokat vágtam és ezeknek a daraboknak egy részét 7·5 atmosphaerikus nyomás mellett 30 perczig vulkanizáltam, a többi darabot valamennyit ugyancsak 7·5 atmosphaerikus nyomás mellett, de különböző ideig, nevezetesen 35, 40, 45, 65 és 75 perczig vulkanizáltam. Az így nyert vulkanizált darabok a rugalmasság megállapítása czéljából egyenkint a Hartig-Reisch-féle szakítógépbe lettek helyezve s ilyenformán lettek az értékek megállapítva.

Hőmérséklet	Nyomás athmosphaera	A készüléken levő thermom. mutat*	Felmelegítés ideje	Magas hőmérsékleten maradt	Rugalmassági határ kg. mm²	Rugalmas nyúlás %	Rugalmas munka mkg/dm³
168°	7·5	160	30 p.	30 p.	3·17	11·2	177
„	„	„	„	35 „	3·52	10·5	177
„	„	„	„	40 „	3·92	9·4	187
„	„	„	„	45 „	4·54	9·1	206
„	„	„	„	65 „	4·72	9·0	212
„	„	„	„	75 „	6·14	8·25	252

Számos kisérlet után, mint az a táblázatból kitünik, azt találtuk, hogy míg egy és ugyanazon anyagon 30 percznyi idő alatt történt vulkanizálás után a rugalmassági határ 3·17 kg. mm², addig a 75 perczig tartó vulkanizálásnál ez a határ 6·14-ra növekedett. A mi a rugalmas nyúlást illeti, az első esetben, vagyis a 30 percznyi vulkanizálási időnél 11·2 százalékot képvisel, a tovább történt melegítésnél ez lassankint fogy, úgy hogy 75 percznyi időnél ennek értéke 8·25 százalékra esik. Ha ezen statistikára egy pillantást vetünk, úgy azt találjuk, hogy minél inkább közeledünk a 75 percznyi idő felé, annál nagyobb munkaértéket nyerünk. A gyakorlatban azonban a mellékkörülmények is számba jönnek. Ugyanis a nagy rugalmassági határral biró anyagnak a szájban való viselése alkalmatlan és csak azokkal a darabokkal leszünk megelégedve, a melyek egy jókora mennyiségü rugalmas nyúlással birnak.

Hosszú évtizedes tapasztalat és beható megfigyelés után végeredményként constatálhatjuk azt a tényt, hogy a gyakorlatban legjobban beváltak azok a műdarabok, a melyek 7·5 atmosphaera mellett 40—45 perczig lettek vulkanizálva és a melyeknek *számbeli értéke az itt összeállított statistikában ki vannak tüntetve.*

Befejezésképen felemlítem még, hogy a kaucsukot próbálták kiszorítani celluloiddal. A fémek közül pedig az aranyat, sőt olykor az aluminiumot is alkalmazzák. Ez utóbbiak azonban csak csekély térre vannak szorítva s csakhamar kitünt, hogy a fogászati czélra a könnyü feldolgozás, az olcsóság, főleg pedig a tetszésünk szerint szabályozható rugalmasság azon becses tulajdonságai a kaucsuknak, a melyek fogászati műdaraboknál beláthatatlan hosszú időre úgyszólván az egyeduralmat biztosítják számára.

Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, hypertrichosis és naevus vasculosus Röntgen-fénynyel kezelt esetei, betegbemutatásokkal.

Jutassy József dr.-tól.

(Vége.)

Két, legfeljebb három megismétlése a figyelmes megvilágításnak rendszerint elég szokott lenni a teljes sikerhez; nálam négyszeri megismétlés csak egy, s ötszöri megismétlés ugyancsak egy esetben volt szükséges.

* A thermometer a valódi hőmérsékletnél kevesebbet mutat, minthogy csak hőt elvezető nagy tömegü vassal érintkezik.

Ezen methodusommal kapcsolatosan még egy elővigyázati intézkedést szoktam tenni; azt t. i., hogy az álarcz üregét minden megismétléskor kissé megnagyobbítom, hogy a sugarak mindenkor nagyobb szegélyt érintsenek az ép bőrből. Tapasztalatom szerint ugyanis így lehet elejét venni a pigment feltorlódásának s ekkép azon kellemetlenségnek, hogy az álarcz széleinek megfelelőleg a gyógykezelés örökös nyoma gyanánt barna határszegély maradjon.

A mint méltóztatnak látni, a hypertrichosis radiotherapiája sokoldalú körültekintést igényel, mondhatnám: valamennyi között a legnehezebb. A betegek ennél legkönnyebben vannak kitéve complicatioknak, melyek — legyenek bár jelentéktelenek — ezen cosmeticai hibánál sokkal komolyabban mérlegelendők, mint egyéb — különben is torzító — bajoknál. Mégis a túlnyomóan sikeres esetek, melyek a fölösleges szőrnövés definitiv kipusztulásával végződtek, összehasonlíthatatlanul fölébe emelik a másik egyedül sikeres eljárásnak, az electrolysisnek. Radiotherapiával egy tökéletes hypertrichosis, mely az egész arczot és nyakat elborítja, 2—3 hónap alatt kiirtható, míg a galvanolysis *Giovannini* és *Brocq*,[1] valamint a magam tapasztalatai szerint körülbelül ugyanannyi évet venne igénybe, eltekintve attól, hogy az utána maradó sürü fehér hegecskék a teintnek nem válnak nagy díszére. Azért részemről a galvanolysist ma már csak olyan esetekben alkalmazom, melyeknél csak jelentéktelen mennyiségü szőrszál eltávolítása a feladat.

A beteg szőrzet radiotherapiáját illetőleg eddig csak kevés adat található az irodalomban. *Ziemsen*[2] tavaly egy *favust*, *Schiff* és *Freund*[3] az idén favuson kivül *sycosis parasitaria*-eseteket mutattak be, melyeknél gyógyítás czéljából epiláltak x-sugarakkal; két hó mulva a hajak, illetve szőrök visszanőttek, a bántalom azonban megszünt, talán azért, mert a deglabrált stadiumban antiparasita-szereket is alkalmaztak. *Gassmann* és *Schenkel*[4] viszont egy *sycosis non parasitaria* barbaet már 1897 novemberben mai napig tartó sikerrel gyógykezeltek. Részemről — ha szabad nyilatkoznom — ilyen esetekben a Röntgen-epilatiot azért nem helyezem más eljárások fölé, mert — eltekintve a még kétséges sikertől — jelentékeny hajveszteséggel járhat.

A bőr egyéb adnexáinak: a verejték- és fagygyúmirigyeknek megbetegedéseire vonatkozólag direct kisérletek — tudtommal — még nem történtek, jóllehet a *Kibbe* által jelzett sorvadása ezen mirigyeknek érthetővé teszi azon tapasztalatomat, hogy a gyengén röntgenezett bőrön az *acne vulgaris* megszünik. Ezt a tényt különben *Schiff* és *Freund*[5] is megerősítik; ők makacs acne-bántalom esetén a radiotherapiát indikáltnak is mondják.

Albers-Schönberg[6] a Röntgen-fénynek a *psoriasis vulgarissal* szemben tanusított gyógyító hatásáról is említést tesz. Ez irányú kisérleteimről más alkalommal óhajtok beszámolni, most még azt méltóztassék megengedni, hogy prioritásomat hangoztassam az *acne rosacea* radiotherapiájára vonatkozólag, melynek egy esete most van kezelésemben.

Ennyiben elkerülhetetlennek tartottam a radiotherapia haladásáról beszámolni. De mielőtt betegeim bemutatásához fognék, szükségesnek tartom — már csak ismétlések elkerülése végett is — szabatosan körülirni azt a Röntgen-fényt, melyet ezen betegeim kezelésénél alkalmaztam.

Az én laboratoriumom 40 cm. szikratávolságú Rhumkorff-induktorral van felszerelve.[7] A primaer áramot hozzá a városi villamos egyenáram szolgáltatja, melyet ellentállásokkal úgy szabályozok, hogy 25—30 cm.-nyire kisülő secundaer szikrákat kapjak. Ilyenkor a primaer áram 20—24 Voltot és 5—6 Ampèret mutat. Ezeket a villamszikrákat olyan natronüveg-lámpákba vezetem, melyek különböző gyárakban 25—30 cm. szikratávolságra készülnek s melyektől megkövetelem, hogy a baryumplatincyanür-ernyőn elég intensiv csontképet adjanak. Mértékül — jobb skála hiányában — a kezemet használom, mely ennek következtében már egy chronikus dermatitist szenvedett; de mióta a lámpa felé többé

[1] Brocq (Paris): Ann. de Dermat. et de Syph. 1897. VIII. 8—9.
[2] Aerztl. Ver. München, 1898. aug.
[3] Ver. d. Aerzte in Wien, 1899. jun.
[4] Fortschr. auf d. Geb. d. R.-Str. II. 4.
[6] Ibid. II. 1.
[5] Wien. med. Wochenschr. 1898. 24.
[7] Max Kohl gyárából, Chemnitz.

nem a kézhátat, hanem a tenyeremet fordítom, a dermatitis meggyógyult, viszont azt tapasztalom, hogy a rendszerint használt bal tenyerem kevésbbé izzad, mint a jobb.

A beteget rendesen 20—25 cm. távolságra helyezem a lámpától, de ha a fény nagyon intensiv (a mit kézcsontjaim éles képén látok meg), 40—50 cm. távolságra viszem az exponálandó testfelületet. Ha a lámpa már nagyon használt és csak homályos csontképet vet az ernyőre, akkor vagy erősítem a primaer áramot, vagy gyorsítom a szaggatást, hogy a gyengébb fényből több hullámot nyerjek.

Ekkép mindenkor körülbelül egyenlő intensitású fénynyel dolgozom, miért is a reactiot emberi számítással előrelátni tudom. Nagy figyelmet fordítok még arra, hogy a centralis sugarak ne essenek mindig egy helyre, s ha a beteget több oldalról kell exponálnom, a peripherialis sugarak gyengébb hatását nem tévesztem szem elől. Ezzel azt érem el, hogy a reactio az egész exponált felületen egyenletes lesz.

Bemutatásra szánt betegeim a következők.

1. Lupus vulgaris faciei.

A. G., 24 éves nő.

Szülei és egy fitestvére élnek és egészségesek; két testvére előtte ismeretlen bajban elhalt. Szervi baja nincs. Bőrbaja ezelőtt 2½ évvel állítólag kis pörsenésből keletkezett s azóta lassan, de folytonosan terjedt. Ezelőtt egy évvel paquelinezték.

A bal arczon, a külső szemzug és fülnyilás keresztvonalában körülbelül koronanagyságú pirosas folt látható, melynek felső kétharmadában szabad szemmel kivehetők a sürü göbök; alsó harmada egy kissé bemélyedt, sima, fényes heg, melynek szélei élesen határolvák; ugyanott vitropressio alatt elszórtan lupusgöbök tünnek elő; a baloldali cervicalis mirigyek babnyiak.

A radiotherapia kezdete 1897 október 6-dikán. Bezárólag 10-dikéig, naponkint félórai, tehát 2½ órai intensiv megvilágítás után gyenge erythema látszik a control-szegélyen, a luposus bőr még vörösebb és kissé duzzadtnak látszik; pat. subjectiv érzeteket nem jelez.

Október 20-dikára a reactiv tünetek kissé visszafejlődtek, mire e napon egy fél és a következő napon egy teljes órai megvilágítás következett. Október 22-dikén az erythema újra megjelent, pat. kis égésről, viszketésről panaszkodik, mire az expositiot beszüntetem.

Október 25-dikén elszórtan diphtheriaszerü lepedék mutatkozik, mely két nap alatt az egész megvilágított részt belepi, a felhám kezd felemelkedni s vele együtt november 1-jére az egész lepedék leválik. Ekkor a szabadon fekvő skarlátvörös corium czafatosnak látszik, erősen vérzik, tamponálás alatt igen fáj. Lupusgöbök nem láthatók, azok valószinüleg a lobos lepedékkel együtt eliminálódtak.

Eleinte Burow-oldatos, majd — a lobtünetek alábbhagyásával — nedves 1‰ sublimat-kötések mellett a gyógyulás centripetaliter aránylag gyorsan halad, november végére a — controlszegélylyel együtt — körülbelül ezüstforintnagyságú laesio teljesen behámosodik. A heg alapjában véve sima és fehér, csak a legutoljára gyógyult közepe piros, kissé emelkedett és hámlik, a mely tünet majdnem félévig mutatkozott.

Ma a luposus bőr helyén csinos, síma és kevéssé fénylő heg van jelen, mely csak a köröskörül húzódó hyperpigmentált szegély folytán szembeötlő. A nyaki mirigyek visszafejlődtek.

Lupusgöböket a mai napig sem a heg alatt, sem annak környékén még a Liebreich-féle phaneroskopiával sem lehet felfedezni.

2. Lupus erythematodes nasi et faciei.

Gy. Zs., 28 éves katonatiszt.

Szülei és két testvére élnek és egészségesek. Öröklött vagy szervi baja nincs, lueson és inunctio-kúrán átment, de bőrbaja már azelőtt, összesen 8 éve hogy keletkezett. Sokfélekép kezeltetett, közben két izben Hg.-kúrát is végzett eredménytelenül, úgy hogy a lues mint aetiologikus momentum kizárható. 1895-ben Schwimmer, 1896 végén Kaposi paquelinezte, a mely eljárásoknak ideiglenes gyógyeredménye a bántalom disseminatiojával boszulta meg magát.

Status praesens 1898 október elsején. Az orrhátat, valamint a két infraorbitalis tájékot az orrtól az orczák közepéig s az alsó szemhéjaktól az orrczimpa magasságáig egy-egy symmetrikus ovalis területen egyenetlen felületü tarka folt boritja, a mennyiben lencse egész fillérnagyságú, lapos, hámló, nehezen lekaparható sárgásszürke kemény lepedékek kisebb kemény, vörös göcsökkel és apró, kölesnyi egész lencsényi fehér fénylő bemélyedésekkel váltakoznak rajta.

Az egész laesio lepkealakja eminenter mutatja a lupus erythematosus képét; a göcsök és ragyaszerü bemélyedések pedig az égetés nyomai gyanánt maradt hegek.

A megvilágítás kezdete 1898 október 4-dikén. Tartama minden másodnap félóra, felváltva a jobb és baloldal, úgy hogy az orrhátat jobbára parallel-sugarak érték. Ép szegélyt nem hagytam, controlra néhány közbeeső borsónyi ép bőrrészlet szolgált. Minden oldalra 2, az orra 1½ órai, összesen 5½ órai megvilágítás után spontan erősbödő erythema lépett fel, mely az ép bőrrészleteknek desquammatiojával s a lepedékeknek lamellaris leválásával végződött.

Október végére a leválás megszünt és egy, az álarcz széleinek megfelelőleg élesen határolt, rézvörös, egyenetlen felület volt látható, mely csak az orrháton és a szemhéjak alatt néhány mm.-nyi szegélyben birt luposus lepedékkel; az utóbbit nyilván a lecsúszott álarcz takarta el az x-sugarak elől, melyek az orrhátat is kevésbbé alterálták.

Róna tanár úr tanácsára — kinek véleményét akkor kikértük — november 14-dikén megismételtem a röntgenezést, de ebből a gyógyultnak vélt arczi részleteket kizártam. November 29-dikéig 6 ülésben összesen 3 órai megvilágítás után megismétlődött az előbbi reactio a még luposus részeken, mire az infiltratum egy száraz lemezben volt lehúzható s alatta az egész felület kissé duzzadtnak, de simának látszott.

Pat. az egész kúra alatt jelentéktelen viszketésnél egyebet nem érzett. Azóta — tehát közel 10 hónapja — csak most van alkalmam őt viszontlátni s a mint — uraim — most velem együtt constatálhatják, a gyógyeredmény nem tökéletes, a mennyiben a bal arczon néhány kölesnyi s az orrháton majdnem fillérnyi recidiva mutatkozik. Ez a recidiva azonban az eredeti bántalomnak alig tizedrésze s — pat. állítása szerint — már a megvilágítás után 5—6 hétre megjelent, azóta azonban nem terjedt.

Az elszórtan látható fehér hegecskék a régi paquelinisatio nyomai, a gyógyult részek, főleg a jobb arczfél, simák, a göcsös hegek is eltüntek.

Ezt az eredményt látva, az a meggyőződésem, hogy ez esetben a radiotherapia nem volt hiábavaló s remélem, hogy — ha a megvilágítást még egyszer alaposan megismétlem — a resultatum teljesen kielégítő lesz.

3. Ekzema chronicum manus.

Cs. T. 29 éves füszerkereskedő.

Baja a jobb kézháton ezelőtt 7 esztendővel kezdődött, majd a bal kézháton is kiütött s minthogy hivatásában gátolta, folyton gyógykezeltette magát. Használt zinket és kátrányt minden alakjában, eredménytelenül.

Status praesens 1898 julius 25-dikén. A jobb kézhát, valamint az ujjak első perczeinek háti felülete, továbbá a bal kézhát a metacarpophalangealis izületek mentén kölesnyi egész tallérnyi fehérszürke crustákkal borított, melyek között részint ép, részint fehér fénylő heges bőrrészletek láthatók. Legnagyobbak és legvastagabbak a crusták a jobb kézháton; itt a 2—5. metacarpophal. izület fölött nedvedző, könnyen vérző rhagadokkal vegyes a laesio. Mindkét kéztő tájon frissebb, elszórt lepedékek.

Radiotherapia kezdete 1898 julius 25. Naponkint félórai, összesen 2½ órai megvilágítás után az óhajtott erythema meglehetős erélyesen mutatkozott, minek eredményekép az ekzemalepedékek nagy lemezekben leváltak; helyükön halványpiros foltok maradtak, melyeket kissé élénkebben pigmentált udvarok vettek körül.

Augusztus 8-dikára a kisebb laesio mind levált, csak a jobb kézhát nagy crustája és a bal kézhát hüvelyk és első metacarpalis tájékának disseminált lepedékei állottak erősen.

Ekkor még egy félórai megvilágításra már másodnapra energikus reactio mutatkozott; pat. égésről és szúró fájdalomról panaszkodott s augusztus 15-dikén a bal kézen erosiok, a jobb kézen — a nagy crusta leválása után — genyes dermatitis mutatkozott. Ennek tökéletes gyógyulása dermatol- és xeroform-kötések alatt majdnem egy hónapot vett igénybe és kissé hypertrophizált hegképződéssel végződött. Ez azonban aránylag még mindig előnyösebb, mint az ekzema, mely azóta megszünt s recidivát nem mutat.

4. Hypertrichosis totalis faciei et colli.

Ezen kifejezett hypertrichosis esetet azért választottam e helyen való bemutatásra, mert rajta legjobban demonstrálhatom ezen cosmeticai bántalomnak radiotherapiáját, illetve azt a módszert, melyet ezen baj kezelésében követni tanácsos.

F. K. 25 éves nőt 1898 november 3-dikán vettem kezelésembe. Arczát és nyakát 17 éves kora óta szőr nőtte be, mely legerősebb volt az előarczon, ritkább az oldalarczokon és leggyengébb, pehelyszerű a felső ajkon.

A radiotherapia először csak az előarczon és nyakon vétetett igénybe, a hol a szőrzet sürüsége négyszögcentimeterenkint 80—150 közt váltakozott s az egyes szőrszálak jól fejlettek, vastagok és feketék voltak.

Fentebb leirt módszerem szerint (jobbról és balról felváltva exponálván) november 3—14-dikéig 8 ülésben összesen $3^1/_2$ órai megvilágításra kaptam azt a reactiot, mely barnavörös erythemává fokozódván, megindította az effluviumot. Deczember 2-dikára — a felső ajk satnya lanugoinak kivételével — teljes volt az effluvium, mikor is patienst azon utasítással bocsátottam vidékre, hogy az erythema eltünése, vagy a recidiva megjelenése után azonnal jelentkezzék a kúra folytatására. Ez 1899 februárban történt, mikor is a recidiva az eredeti mennyiségnek körülbelül ötödrészében főleg a szájzugok körül mutatkozott.

Ekkor az eljárás negyedórai seanccokban megismételtetvén, $1^1/_4$ órai exponálásra desquammativ erythemában végződő reactiot nyertem, melynek eredménye a mai napig tartó defluvium lett.

A mint méltóztatnak látni, a megvilágított, deglabrált bőr abnormitást nem mutat. Recidiva félév elteltével csak a bal szájzug körül néhány szál fekete szőrben constatálható, melyeknek eltávolítására a radiotherapia harmadszori megismétlése fölösleges, mert azok galvanolysissel 1—2 óra alatt kiirthatók.

5. Angioma telcangiectodes seu naevus vasculosus s. flammeus.

Ehhez hasonló eset még nincs a radiotherapia irodalmában s tudomásom szerint egyáltalában nincs a literaturában feljegyezve eset, mely hasonló bántalomnak ilyen eredménynyel való gyógyulásával végződött volna. Hiszen méltóztatnak tudni, hogy a bőr mélyében fekvő ezen edény-conglomeratum szétroncsolására mily kevés sikerrel és mily nagy hátránynyal kiséreltettek meg különböző edző szerek, scarificatio, cauterisatio, sőt himlő beoltása is, míg radiotherapiával — főleg kis naevusoknál — enyhe módon phenomenalis eredmények érhetők el.

Jelen betegem 1897 végén kezeltetett. A veleszületett naevus a 22 éves férfi jobb arczfelét majdnem egészen beborította. Kezdődött a fül előtt $2^1/_2$ cm.-nyire, a homlokon, orron és felső ajkon 1—3 cm.-rel átlépte az arcz középvonalát s a szemtájat a szemhéjakkal együtt affektálta. A bőr niveaujából általában véve nem emelkedett ki, ámde kölesnyi egész borsónyi puha angiomák elég sürüen tarkították. Színe az arcz közepén és az orron kiváltkép livid volt, a szélek felé zinnobervörös, s a halántékon csak piros volt.

Az első kisérletet a naevus alsó sarkán kis helyen tettem meg vele 1897 októberben, s minthogy ez egy excoriativ dermatitis folytán elhalványodott, 1897 nov. 20—30-dikáig 11 ülésben a felső ajk és orbitalis táj kizárásával az egész naevust akként világítottam meg, hogy az x-sugarak centralis kévéje az arczot és homlokot 5—5, az orrot csak 4 órán át érte.

Deczember 10-dikére az egész felületen genyes dermatitis lépett fel, mely jelentékeny duzzanat mellett fájdalommal alig járt, csak a borító kötések változtatásakor a megnyilt angiomákból származó profus vérzés volt kellemetlen.

Pat. 1897 decz. 25-dikétől 1898 január 21-dikéig a Rókusban Navratil tanár úr osztályán bórkenőcscsel egy II. fokú combustio módjára kezeltetett; a behámosodás gyorsan végbement s az itt megszemlélhető resultatumot adta: A naevus helyét egy heg foglalja el, mely simaságával és szépségével meglepő. A livid szín rózsapirossá változott, az eredetileg piros szín pedig elfehéredett annyira, hogy alig különböznék a normalis börtől, ha a heg hyperpigmentált udvara patiens ép arczbőrével szemben a kontrastot nem emelné.[1]

Válasz Böke Gyula dr. egyetemi tanár úr „Észrevételei“-re.

Orvosi jó hirnevem megvédése czimén megengedi Böke Gyula dr. egyetemi tanár úr, hogy az „Orvosi Hetilap“ 1899. évi 45-dik számában megjelent „Észrevételei“-re következőket válaszolhassam:

Az egyén, a kire az én közleményem és a tanár úr „Észrevétel“-e vonatkozik, Alsó-Meczenzéfről származik, a hol az ottani körorvos észlelte és kezelte. A kartárs úr ezen betegét — nem tudom észlelése és kezelése hányadik hónapjában, hetében vagy napján — 1898. augusztus hó 15-dike körül a kassai közkórházba küldte, a hol egészen augusztus 24-dikéig maradt. Ezen napon t. i. magához kéretett engem a kórházba mint consiliariust. Itt és ekkor, és *csak* ekkor volt alkalmam és módom az illetőt látni és megvizsgálni. Tárgyilagos vizsgálatom eredménye: „*A jobb külső hallójáratot sarjtömeggel teljesen kitöltve találtam.*“ Ezen tárgyilagos vizsgálati eredményem nemcsak leirás, de *kórisme* is akar lenni, a mint tényleg az is, mert az otitis media chronica purulenta ezen esetben és vizsgálatom időpontjában a maga legszörnyübb durvaságában jelentkezett. A mi közleményemben ez után következik: „Előadja“ stb. stb., ez nem az én nézetem és felfogásom, az az illető egyén előadása és szóbeli leirása, egészen hiven adva azt vissza. „*A beteget felvilágosítottam állapota komolysága felől*“ — a mint közleményemben olvasható — tárgyilagos vizsgálati eredményem alapján személyes beavatkozásomat jelzi, a mely a jelen esetben abból állott — ha már elő kell adnom —, hogy a közkórházi főorvos úrral érintkezésbe léptem s az egyén sürgős műtételét ajánlottam és kivántam. Miután pedig erre hajlandóságot nem tapasztaltam, a beteget azon módon kivettem a kórházból, azonnal magammal vittem és „*sürgős műtét czéljából Budapestre utasítottam*“. Az egyén 24-dikén Alsó-Meczenzéfre utazott feleségéhez, a kivel 26-dikán megjelent Kassán, a hol végrendeletet csinált. Ezen alkalommal láttam őt utoljára, a midőn délután $^1/_2$4 órakor rázóhidege és 39° C. láza volt s ajkai körül rostos rángások voltak észlelhetők, a mely tüneteket vésztjósló meningitis-szerűeknek magyaráztam magamnak.

A hirt, hogy bonczolatnál az agyhártyán megtalálták a wattagomolyt, a bonczolat, illetőleg közvetlenül a temetés után újságolta nekem az özvegy és ennek testvére, s miután nem fejezte ki az én felfogásomat, használtam is az „állitólag“ kifejezést.

De azért egy esetleges wattagomolynak lehetett volna ezen esetben mechanikai és fertőzést közvetitő szerepe és értéke, s mint ilyen birhatott volna általános orvosi érdekkel is. A legközvetlenebb hozzátartozók szavahihetőségében pedig nem volt okom kételkedni.

Ezen eset kapcsán senki részéről sem szemrehányást, sem gúnyt el nem fogadhatok, mert a betegséget és az egyén momentán állapotát a valósággnak megfelelőleg méltattam s az egyénnel szemben úgy is mint orvos, úgy is mint ember, a leglelkiismeretesebben jártam el.

Kassa, 1899. november hó 7-dikén.

Gedeon János dr.

TÁRCZA.

Párisi levél.

(Pestis-cursus a párisi Pasteur-intézetben. — Calmette tapasztalatai a pestis elleni serum hatására vonatkozólog Oportoban. — A pestis-serum készítésének különböző módjai. — A serumból nagy adagokat kell adni rövid időközökben. — Kaphatna-e pestis-járvány esetén Magyarország kellő időben pestis-serumot? — A pestis-serum termelésének szükségessége Magyarországon.)

Páris, 1899. október 26.

Külföldi tanulmányutam legnagyobb részét Párisban a Pasteur-intézetben töltve, alkalmam volt egyrészt azon pestis-cursust végighallgatni, melyet a Pasteur-intézet megbizásából október 16—21-dikéig *Metschnikoff* és *Calmette* tanárok a Francziaország és gyarmatainak kikötőiben alkalmazott tengerészeti orvosok számára tartottak, másrészt a „Société de médecine publique et d'hygiène rofessionelle de Paris“ f. h. 25-dikén tartott ülésén résztvenni, melyen *Calmette* tanár, a lillei Pasteur-intézet igazgatója, mint a pestis tanulmányozására Oportoba kiküldött franczia expeditio vezetője, az Oportoban elért eredményekről beszámolt.

Mivel a Pasteur-intéet által készitett *pestis-serummal Oportoban* már az eddig elért *eredmények is úgy prophylactikus, mint therapeutikus*

[1] Ezen eset azóta a „Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgen-Strahlen“ (Hamburg) II. köt. 6 füz. kimeritően közöltetett.

tekintetben minden várakozást felülmulnak és ezek alapján a jövőben úgy a pestis-betegek, mint az azokkal érintkezésben álló egyéneknek pestis-serummal való kezelése, mondhatnám kötelességgé válik: sietek *Calmette* tanár igen érdekes előadásaiból elmondani azt, a mi a pestis-serum gyártása és az azzal való kezelés körül újnak, fontosnak bizonyul és ezek alapján a magyar közegészségügy érdekében az irányadó körök figyelmét némely fontosabb körülményre felhívni.

A serum, melylyel *Calmette* és *Salimbeni* Oportoban kisérleteztek, *Yersin, Borell* és *Calmette* eljárása szerint oly módon készül, hogy agar-agaron tenyésztett pestis-bacillusok 65⁰-nal *elölt* culturáját lovakba fecskendezik, az így immunizált állatokon időnként eret vágnak s a nyert vérnek hideg helyen való megalvadásánál a vérlepényből kiömlő tiszta sárga vérsavót összegyüjtik.

Az Oportoban összegyült orvosoknak a serumkezeléssel szemben felmerült kételyeinek eloszlatása czéljából *Calmette* és *Salimbeni* ajánlatára egy nemzetközi bizottság alakult, mely a *serum hatékonyságát mindenekelőtt állatokon tanulmányozta*. Miután kiderült, hogy az egér $^1/_{20}$ cm^3 serum praeventiv módon való subcutan befecskendezése után sokszorosan halálos pestis-dosissal szemben is biztosan megmenthető, a majom pedig 2 cm^3 serum subcutan adagolása után ugyancsak többszörösen halálos pestis-dosisnak biztosan ellentáll: a bizottság határozata értelmében a kórházakba került összes pestis-betegek therapeutikus czélból, a betegekkel érintkező egyének pedig praeventiv módon beoltattak.

Míg a serumkezelés előtt az Oportoban registrált 62 pestisbeteg *43½%*-a pusztult el, addig a serummal kezelt 104 beteg közül 14 halt el, vagyis a mortalitás *13%*-ra szállt alá. Figyelmen kívül hagyva azt, hogy a 14 elhalt egyén közül 4 csak 24 órával a halál előtt került a kórházba s hogy az elhaltaknál az autopsia igen gyakran meningitis, peritonitis pestosa-t, vagyis igen súlyos eseteket constatált; a serumkezeléssel elért *30% halálozási csökkenés* valóban fényes eredménynek mondható.

Kiderült, hogy a pestis-serum *teljesen ártalmatlan*. Súlyos septicaemiás eseteknél 40—80 kcm.-es adagoknak 24 órai időközökben subcutan módon való befecskendezése után a vérben foglalt nagy menyiségű pestis-bacillus phagocytosis útján teljesen eltünik. (Egy betegnél pl., kinél a serumkezelés előtt 1 csepp vérből agaron 32 colonia fejlődött, 40 kcm. serummal való kezelés után 2 csepp vérben már csak 4 coloniát, újabb 40 kcm. serumadagolás után pedig harmadnap egyetlen coloniát sem találtak, míg a polynuclearis leukocyták 24 órával az első kezelés után tömve voltak pestis-bacillusokkal.) Az *igen súlyos pestis-pneumoniáknál* is, melyek eddig jóformán feltétlenül halálosak voltak, kedvező eredményeket értek el. Az egyszeri adag általában 40—80 kcm. között változik, de 300 kcm. egyszerre való subcutan adagolása sem ártott. *Septicaemiás eseteknél* ajánlatos a naponkinti, *lymphatikus* eseteknél a néhány napi időközökben való adagolás. A kezelés addig tart, míg a temperatura normalis, de ajánlatos azt még 3—4 napig tovább folytatni. Mivel a serum praeventiv adagolásával kifejlődő immunitás csak néhány hétig tart, ajánlatos a praeventiv oltást, melynek a bizottság tagjai is alávetették magukat, minden 2 hétben megismételni. A serum jól elzárt üvegekben, hűvös, sötét helyen 1 évig eltartható.

A lónak 65 fokos hő által megölt bacillusokkal való ezen immunizálása sokkal jobbnak bizonyult, mint a bacillusok termelte mérgekkel, toxinokkal való immunizálás. Az ily savó előnyösebb *Haffkin* eljárásánál, a ki a hő által elölt bacillusok bouillon culturáit fecskendi az emberi testbe.

Azon kisérletek, melyeket *Salimbeni* Oportoban a fent vázolt *Yersin, Borrel* és *Calmette*-féle és a *Haffkin*-féle eljárás combinatiojával (hő által megölt pestis-bacillus immunizált ló seruma) folytat, még befejezetlenek s nincsenek ismertetve.

* * *

Mindebből látható, hogy *az Oportoban végzett újabb pestistanulmányok nem csekély haladást jelentenek a pestis gyógyítása terén. Azonban az is kitünik, hogy a pestisnek serumkezelése nagy adagoknak rövid időközökben való alkalmazását követeli s egyetlen pestis-beteg több 100 kcm. serumot igényel.*

Ezt szem előtt tartva, tudakozódtam a Pasteur-intézetben, vajjon a pestis netaláni továbbterjedése esetén, mennyiben képes a Pasteur-intézet az esetleg fellépő igényeket kielégiteni és nem épen biztató választ kaptam. Daczára annak, hogy Párison kívül Pétervárott és talán már egyebütt is késziteneк pestis-serumot: *kérdés*, vajjon a pestis rohamosabb terjedése esetén — s ez még mindig nincsen kizárva — nem apadnak-e ki a serumot szolgáltató források s *kaphatna-e Magyarország pestis-járvány esetén a szükségletnek megfelelő pestis-serumot?*

Számolva e tényezőkkel s a serum hiánya folytán esetlegesen beálló hátrányokat szem előtt tartva, *fontos dolognak tartom az irányadó körök figyelmét idejekorán a pestis-serum Magyarországon való gyártásának nagyfontosságú kérdésére felhívni*, annyival is inkább, mert 1. a pestis-bacillus szakember kezében [ki maga végzi az oltásokat, maga gondozza a kisérleti állatokat, melyek mindig magas hengerüvegben tartandók, mert ez lehetségessé teszi a sublimattal való gyors, egyszerű és biztos desinfectiot, maga tisztitja a czélnak megfelelően berendezett pestis-laboratoriumot s maga gondoskodik a pestisben elhalt kisérleti állatok ártalmatlanná való tételéről] kellő elővigyázat mellett nem is oly veszedelmes, mint azt általában gondolják; mert 2. az immunizálás művelete lovaknál *hő által elölt pestis-bacillusokkal* történik s így járvány keletkezése ez úton kizárható s mert 3. a felmerülő költségek elenyészők azon veszteségekkel szemben, melyek esetleges járvány idejében serum hiányában fenyegetnek.

Krompecher dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. **Eduard Albert: Der Mechanismus der skoliotischen Wirbelsäule.** Wien, 1899.

Szerző művében a skoliosis theoriájáról szól és a skoliosis egyik fontos tünetét, a gerinczoszlop csavarodásának a mechanismusát magyarázza a csigolyákon észlelhető kórboncztani elváltozások alapján. Engel, Nicoladoni és Lorenz nézetét, a kik a gerinczoszlop csavarodását az egyes csigolyák torsioja összegének tartják és a csigolyák tengelykörüli fordulását látszólagosnak mondják, nem fogadja el, hanem csatlakozik Meyer és Rokitansky nézetéhez, kik a csigolyák egymásközti mozgását és helyzetváltoztatását vették fel az egész csigolyarendszer csavarodása okául. Szerző a csigolyák egymásközti mozgását rotationak, az egyes csigolyák alakelváltozását torsionak nevezi.

Az egyes csigolyákon észlelt elváltozásokat felsorolja és ismerteti, mint a rotatio eredményeit; így a csigolyaközti izületek elváltozásait, melyek nagyfokban kibővülnek a convex oldalon, míg megkisebbednek a concav oldalon. A Lorenz által ismertetett elváltozását a csigolya ívek gyökeinek is a rotatio eredményének mondja. A csigolya ívek gyökei ugyanis, miután a csigolyatest a convex oldal felé fordul, a concav oldal felé kitérnek; ha a torsio okozná az elváltozást, úgy a convex oldal felé kellene megtöretést szenvedniök. Pontos kórboncztani leirását adja a skoliotikus gerinczoszlop egyes csigolyáinak, az ékcsigolyának és az átmeneti hely ferde csigolyáinak.

Végül Meyer művéből idéz, emliti az újszülöttek, valamint gyermekek gerinczoszlopain végzett kisérleteit és magyarázza az okot, a mi a gerinczoszlop oldalhajlása mellett a csigolyák rotatioját szükségessé teszi. A gerinczoszlop ugyanis két részletre osztható: a csigolyatestek sorozatából és az ívek sorozatából álló rendszerre. Az utóbbiak állandóan bizonyos elastikus feszülés alatt állanak, ha leválasztatnak lényeges megrövidülést szenvednek a csigolya testek oszlopának magasságával szemben.

Ha most egy felülről ható erő állandó oldalkitérésre kényanyszeriti a gerinczoszlopot, úgy érvényre jut az ívek sorozatának fent emlitett tulajdonsága, a miért is a csigolyatesteknek nagyobb ívet kell képezniök s így a csigolyatestek a görbület convex oldala felé nyomatnak. A normalis kyphosis természetesen már az oldalhajlás kezdeti stadiumában ugyanezen oknál fogva eltünik.

Kopits.

Összefoglaló szemle.

A localis anaesthesia jelen állása. Kaczvinszky János dr. **tanársegédtől.**

A narcosis-statistica adatai, melyeket csak legújabb időkben kezdtek figyelemre méltatni, megdöbbentő képét nyújtották azon áldozat nagyságának, melyet az általános narcosis emberéletben követel magának.

Általános lett az az óhaj olyan eljárások után, melyek a narcosisokat kisérő és követő káros mellékhatásokat elkerülhetővé teszik, a nélkül, hogy annak előnyeiről le kellene mondanunk. A localis anaesthesia azon alakja, melynek technikáját Reclus emelte a tökély magas fokára, t. i. a tiszta cocain-anaesthesia után is észleltek néhány halálesetet, a mi elég volt, hogy a belévetett reményt alapjában megrenditse.

A localis anaesthesia tökéletesitésére irányuló törekvés nagy lendületet vett, a mi új eljárások keresésében, azoknak fejlesztésében rövid néhány év alatt fényes eredményekre vezetett.

Schleich német gyakorló orvos, ki az 1892. sebész-congressuson lépett fel először, volt az, a ki a localis anaesthesia tanát óriási lépéssel vitte előre az ő genialis eljárásával, mely ha kezdetben nem is keltette fel a közfigyelmet, de a midőn egyik közlemény a másikat érte, melyek az infiltratios anaesthesia kiváló használhatóságát hangoztatták, felkarolták azt érdeme szerint.

Schleich új eljárásában az az eredeti és értékes, hogy reámutatott, hogy a cocain szerfelett híg oldataiban is használható a helybeli érzéstelenités czéljaira, ha lemondunk az anaesthesia térbeli kiterjedéséről, a mi a szerrel direct érintkezésbe nem jött területen nyilvánul, melynek idegágaihoz a só a szövetnedvek által való felhigitása közben juthat el. Schleich módszere szerint csupán az infiltrált területen jelentkezik s csak arra szoritkozik az érzéstelenség. Az eljárás lényegét teljes művi oedema létrehozatala képezi s az oedema létrejötte egyszersmind az érzéstelenség azonnal való beálltát jelzi.

Schleich kisérletei közben azt találta, hogy a 0·02%-os cocainoldat is képes a vele infiltrált területet érzésteleniteni. Ez inditotta őt a destillált vizzel való kisérletezésre, a miről azt tapasztalta, hogy előzetes fájdalom után szintén érzésteleníteni képes. A physiologikus (0·6%-os) konyhasó-oldatnak nem volt semmiféle érzéstelenitő hatása. Ezen két véglet között találta ő meg a 0·2%-os konyhasó-oldatot, mely alig észrevehető paraesthesia után érzéstelenitett s ezt választotta oldatai vivőjének.

I. számú oldata 0·2 gm. cocaint és 0·02 gm. morphint, II. oldata 0·1 gm. cocaint és 0·02 gm. morphint, III. oldata pedig 0·01 gm. cocaint és 0·005 gm. morphint tartalmaz 0·2%-os konyhasó vizes-oldat 100 köbcentimeterében, oly mennyiségeket, hogy még a legnagyobb műtéteknél sem vagyunk kénytelenek a cocainnak 0·05 gm.-ban megállapitott maximalis dosisát átlépni.

A művi oedema létrehozatalának technikáját maga Schleich oly pontosan kidolgozta, hogy azon követői, néhány lényegtelen módosítástól eltekintve, mit sem változtathattak. Nem lehet czélom e helyen a részletekbe bocsátkozni, csak a lényegesebbekre akarom felhivni a figyelmet. Az infiltratio intracutan (subpapillarisan) kell hogy megkezdődjék, mert a bőrnek, a legérzékenyebb résznek érzéstelenítése csak így sikerül; ezután következik a subcutan kötőszövet és a mélyebb részek infiltratioja. Azon esetben, hol az érzéstelenítés nem volt sikeres, meg lehetünk róla győződve, hogy az infiltratio sem volt tökéletes.

A bőr infiltratioja helyesen csak úgy történik, hogy a felülettel párhuzamosan tartott Pravaz tűjét addig toljuk csak a bőrben előre, mig a tű végén a hasadék el nem tünik. A dugó nyomására a bőrön egy lencseszerű, halavány duzzanat támad, melynek kerületén alkalmazott új beszúrás által immár érzéstelen területen folytatjuk a bőr infiltratioját.

Testtájék és műtétek szerint szükséges módositását az eljárásnak Schleich könyvében részletesen leirja. Ha a technikán már nem is változtathattak Schleichnek követői, de egyrészt kimutatták annak kiváló alkalmazhatóságát a legkülönfélébb műtéteknél, másrészt pedig megvonták az eljárás alkalmazhatóságának határait, melyeket a megalkotó érthető lelkesedésében nem minden tekintetben vont meg helyesen.

Abban megegyeznek a nézetek, hogy sok esetben a beteg kedélyállapotára való tekintet teszi szükségessé a narcosist, rázkódtatásokkal járó csontműtéteknél, ileus laparotomiáknál az infiltratios anaesthesia nem megfelelő, utóbbi esetben a hasfalak okvetlenül szükséges ellazítását csupán narcosisban érhetjük el. Hátránya a Schleich-féle érzéstelenítésnek, hogy a szövetek megkülönböztetését, az ép és kóros között való határok megvonását nehezíti, a sebet mélyíti. Thermocauterrel, galvanocauterrel végzendő műtéteknél nem alkalmazható, mert a cocaint a hő felbontja. Lobos területen alkalmazása fájdalmas s azon veszedelemmel jár, hogy a lobokozó csirokat a szövetekbe préselheti. Diabetikusoknál Braatz kerülendőnek tartja a szövetek csökkent ellenállására való tekintettel az infiltratiot; ezzel szemben Trzebicky épen ily esetekben tartja helyénvalónak a localis anaesthesia ezen formáját, mert számos esetei egyikében sem látott semmi kellemetlen következményt.

Kritikai vizsgálatnak Braun és Heinze vetették alá önmagukon az infiltratios anaesthesiát s arra az értékes eredményre jutottak, hogy az osmotikus viszonyok tekintetbe vételével sikerült a vizes oldatok physikai hatását elkülöníteni az oldatban lévő só chemiai hatásától s megalkották az alapot, melyen az anaestheticumok értékének összehasonlító vizsgálata lehetséges.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

A „dynamogen" nevű új vaskészitményről *Freudenthal* dr. (Berlin) következőleg ir: A vegytan haladásával újabb időben sok organikus vaskészitmény albuminatok és peptonatok alakjában hozatott forgalomba, melyek összetétele az emberi organismus részeihez közel rokonságban áll. Ezek sorába tartozik a *dynamogen* is, mely *vashaemoglobin készítmény* és vasat, fehérnyét, szénhydratokat, sókat stb. tiszta alakban olyképen tartalmaz, mint azokat a tápszerekben és a vérben mint haemoglobin, serum-albumin stb. ismerjük. Szerző a nevezett készitményt számos kóresetnél alkalmazta mint tonicumot. Első sorban véranomaliaknál, mint chlorosisnál és anaemiánál, és mindig kedvező eredménynyel. A szer igen kellemes és e miatt azt hosszabb időn át lehet adagolni. Az emésztésre soha káros hatást nem gyakorolt, sőt ellenkezőleg fokozta az étvágyat. Cachexiák és gyengeség oly eseteiben, melyek tüdő- és gégegümőkór folytán támadnak, továbbá fertőző s más kimerítő betegségek utáni reconvalescentiánál, menstruationalis zavaroknál, leucorrhoea, scrophulosis, neurasthenia eseteiben is rendkivül jól bevált. A dynamogen aránylagos olcsósága miatt (250 gm.-os palaczk ára 1·50 márka) a szegény-praxisban is használható. (Allg. Med. Cent.-Ztg. 1899. 27. sz.)

—*r.*

Mindkét kulcscsont együttes törésének egy esetéről számol be *Pluyette*, mely minden tekintetben lényegesen különböző az egyoldali töréstől. Guinard ezen közleményre hivatkozva, nem tartja ritkaságnak az esetet, 40 hiteles ily törést gyüjtött, biztosan van sok közletlen is; gyakran férfiaknál, ritkán nőknél és gyermekeknél létesül indirect trauma útján, mely bal-jobb irányban comprimálja a vállövet. Erős dislocatio, a törvégek egymáson lovagolnak, vállak leesnek, scapula előresülyed, a felső végtagok teljesen hasznavehetlenek, nagyon gyakran erős dispnoë egyrészt a thorax felső részének megterheltetése, másrészt a felső lélegzőizmok kizárása miatt. Prognosis jó, csak egy haláleset fordult elő. Pluyette e miatt csontvarrást hoz javaslatba, melyet esetében az egyik oldalon 1 hét, a másik oldalon 4 hét mulva jó sikerrel végzett. Guinard nem tartja a csontvarrást szükségesnek, mert a törvégek egyesülési hajlama jobb, mint Pluyette felveszi. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1899. 22. sz.) *Picker Rezső* dr.

Appendicitis larvata elnevezés alatt csoportositja *Ewald* tanár a chronikus appendicitisek azon eseteit, melyek a betegségnek nem a megszokott és ismert tüneteivel járnak, hanem egy vegyes kórkép alakjában jelennek meg. E betegek legtöbbször a gyomort és bélhuzamot illető panaszokkal fordulnak orvosokhoz, emésztési, székletéti zavarokon kivül diffus hasi fájdalmakról panaszkodnak; vagy ha körülirtak a fájdalmak, épen nem esnek az appendix helyére. Gyakran évekig gyógykezeltetnek chronikus gyomor- vagy bélhurut ellen, természetesen eredmény nélkül, máskor meg neurastheniára vagy hysteriára teszi náluk az orvos a kórismét. Ha ilyenkor tapintás és a belek felfúvása segedelmével ki tudjuk deriteni azt, hogy az appendix beteg, mindenek előtt pedig ki tudjuk zárni a hasi szervek más szóba jöhető betegségeit: műtéti beavatkozással egy csapásra véget vetünk a beteg sokféle panaszának. Négy év alatt 7 ilyen esete volt, a melyek a Sonnenburg tanár által végzett műtétekre egytől egyig teljesen gyógyultak. A kórismét nem szabad elhamarkodva felállítani, csak hosszas megfigyelés és a betegnek alapos, minden irányban való megvizsgálása után. Hogy az eredmény nem suggestiv, hanem a műtét érdeme, következik abból, 1. hogy a műtettek közül egy sem volt terhelt, 2. hogy az eredmény állandó és 3. hogy olyan esetekben, melyekben a beteg appendix a maga helyén tüneteket nem okozott, de a gyomor és béltractus hurutos megbetegedése is már eleve meg volt állapitható, a panaszok az appendicitis műtevése után is fenmaradtak. (Archiv für klinische Chirurgie 60. kötet. 1. füzet.) *Pfaun* dr.

Adat a pneumothorax casuistikájához egészségeseknél. *Levison* egy esetet közöl, hol látszólagos egészség mellett erős nevetés után hirtelen pneumothorax lépett fel. Felemliti, hogy a különben erősen fejlett és egészséges egyénnek 2 év óta strumája van, melynek következtében gyors járásnál, hegymászásnál légzési nehézségek mutatkoztak. A pneumothorax 8 órával egy megerőltető toura után lépett fel. A szerző a pneumothorax előállásának magyarázására felveszi, hogy a struma, vagy talán egyedül a megerőltető járás következtében kis emphysema-hólyagocska fejlődött, mely a nevetésnél létrejött erős expiratiokor megrepedt. Exact bizonyiték emphysema-hólyagcsa jelenlétére nem volt, sőt ezt klinikailag sem lehetett constatálni, azonban felvétele mégis indokolt, mert egészséges tüdő hasonló heves expirationál nem repedhetett volna meg. *S. West* is ilyen esetekben mindig a tüdőnek bármely laesioját tételezi fel. Szerző is erre az álláspontra látszik helyezkedni. Minthogy pedig itt a tüdőnek másnemű laesioja kizárhatónak látszott (tuberculotikus természetű is), azért volt kénytelen a szerző a fenti magyarázatot felvenni, annyival is inkább, mert mint *Leser* is hangsúlyozza, emphysema strumához gyakran csatlakozik. Az irodalomban a szerző csak *Dowel*-nek hasonló esetét találta, hol a nevetés után lépett fel a pneumothorax, szintén látszólag egészséges egyénnél. A gyógyulás minden reactio nélkül a mellhártyát illetőleg simán folyt le. (Münch. med. Wochenschrift 1899. 41. sz.) *Lengyel Loránd.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. november 10.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. október hó 22-dikétől 1899. október hó 28-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 428 gyermek, elhalt 244 személy, a születések tehát 184 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2448 beteg, szaporodás 788, csökkenés 777 maradt e héten végén ápolás alatt 2459. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 4, vörheny 8, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 7, agyvérömleny 2, rángások 6, szervi szívbaj 20, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 29, tüdőgümő és sorvadás 31, bélhurut és béllob 7, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák —, Bright-kór és veselob 6, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 15, erőszakos haláleset 6. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. október 29-dikétől november 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 3), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 22 (meghalt —), vörhenyben 65 (meghalt 13), kanyaróban 47 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyikban 27 (meghalt 3) trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 17 (meghalt —), orbánczban 23 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

* * *

⊱ **A budapesti orvosok szövetségének** e havi ülésén az *orvosi díjszabás* tárgyában, tekintettel különösen a budapesti orvosokra *Jurkiny Emil* dr. a következő szabályjavaslatot nyujtotta be tárgyalásra:

1. A szövetség minden tagja a magángyakorlatban önmaga előzetesen szabja meg orvosi gondozásának látogatási, évi és tanácskozási díját.

2. *A díjazás minimuma*: látogatásonkint *négy korona*, tette légyen azt akár az orvos a betegnél, akár a beteg az orvosnál. Utóbbi esetben a nem specialis, vagy hosszabb kezelést igénylő felek *két koronát* fizetnek.

3. *Éjjeli látogatásért*, ha az a beteg kivánságára történt, a nappali látogatás díjának kétszerese számitandó. Éjjeli látogatásnak tekintetik oly látogatás, mely abban az időben történik, a mikor a *gyógyszertárak zárva vannak*. Ha kezelés közben az orvos elhatározására történik éjjeli látogatás, közönséges nappali látogatási díj számitható fel.

4. *Orvosi tanácskozás díja*, a félnek vagyoni állapota szerint a rendes látogatás díjának legalább *háromszorosa*. A nappali díj háromszorosa minden esetben illeti a kezelő orvost, ha a tanácskozás a *fél kivánságára* tartatott meg.

Az orvosi tanácskozás díja:

a) a tanácskozásra hivott orvos részére minden esetben a látogatási díj három—ötödszöröse;

b) a kezelő orvos részére a látogatási díj háromszorosa, ha a tanácskozás a *fél kivánságára* történt.

5. Sürgős esetekben távolabb (az orvos lakásától több mint két kilometernyire) fekvő helyeken, valamint éjjel az orvos megfelelő kocsidíjat számít.

6. Nem állandó és ismeretlen felektől az orvos azonnal a rendelés vagy látogatás után követelheti díját.

7. A gyógykezelés végeztével az orvos 8 napon belül költségjegyzéket küld a félnek.

8. Betegpénztáraknál alkalmazott orvosoknak a pénztár tagdíj jövedelmének legalább 15 százaléka jár ez idő szerint, vagy tagonkint 3 korona.

9. Betegsegélyző egyleteknél alkalmazott orvosok illetménye az egyletek évi jövedelmének 25 százaléka vagy tagonkint 5 korona, ha az egyleti tagokon kivül a családtagokat is kell kezelni. Ha csupán csak az egyleti tagok kezelendők, akkor az egyletek évi jövedelmének 15 százaléka vagy tagonkint 3 korona jár.

10. Szabad orvosválasztás rendszere esetében a pénztári orvosok látogatásonkint 1 koronát, az egyleti orvosok látogatásonkint 2 koronát követelhetnek. Házi rendeléseknél ezen összegek fele követelendő.

11. Szükség esetében a szövetség esetről esetre határozza meg a pénztár vagy egylet által fizetendő díjazást.

E javaslatot a szövetség szabályszerű tárgyalás alapjául elfogadta.

△ **Tisztiorvosi vizsgák.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Budapesten 1899. évi október hó 2—13-dikáig, Kolozsvárott október hó 16, 17 és 18-dikán tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesitettek: *Budapesten* kitünően képesíttetett: *Lengyel Endre* dr. magánorvos, Budapest. Képesíttetett: *Dsida Sándor* dr. körorvos, Károlyfalva; *Gerber Károly* dr. magánorvos, Székesfejérvár; *Goldman Béla* dr. kórházi alorvos, Budapest; *Jellvusheg Arthur* dr. kerületi orvos, Fiume; *Keczely Béla* dr. körorvos, Vizsoly; *Keller Vilmos* dr. magánorvos, Orosháza; *Kuszing János* dr. magánorvos, Nagy-Becskerek; *Lőte Lajos* dr. kórházi segédorvos, Nagyvárad; *Löw Mihály* dr. körorvos, Berzova; *Molnár István* dr. körorvos, Élesd; *Muraközy Kálmán* dr. kórházi alorvos, Budapest; *Quitner Sándor* dr. kórházi orvos, Pozsony; *Rosenfeld Miksa* dr. kórházi segédorvos, Budapest; *Rudán Ruffo* dr. klinikai gyakornok, Budapest; *Schäffer Károly* dr. községi orvos, Orkény; *Scheffer Oszkár* dr. kórházi alorvos, Budapest; *Schwarz Mihály* dr. körorvos, Berzencze; *Szabó Zsigmond* dr. kórházi orvos, Nagy-Kanizsa; *Szilvásy Kálmán* dr. kórházi gyakornok, Budapest; *Ullrich Gyula* dr. klinikai gyakornok, Budapest; *Viszneky Béla* dr. klinikai gyakornok, Budapest; *Weltmann Sándor* dr. járásorvos, Mező-Kászony; *Zettel Károly* dr. körorvos, Karácsond. Kolozsvárott kitünően képesíttettek: *Filep Gyula* dr. műtőnövendék, Kolozsvár; *Szobl Lipót* dr. helyettes járásorvos, Mindszent. Képesíttettek: *Budacker Vilmos* dr. körorvos, Besztercze; *Deutsch Mór* dr. vasúti orvos, Gyulafehérvár; *Hay Lajos* dr. körorvos, Kőtelek; *Klein Sámuel* dr. körorvos, Torna; *Hollár Lajos* dr. körorvos, Felső-Bánya; *Moldován Nerva* dr. körorvos, Torda-Szt.-László; *Póka Dezső* dr. járásorvos, Hosszúfalú; *Reinkopf Izidor* dr. körorvos, Zsáka; *Schuszter Erhard* dr. ideiglenes járásorvos, Koncza; *Schütze József* dr. körorvos, Gávosdia; *Sziklássi Béla* dr. helyettes körorvos, Mándok; *Feleki Kálmán* kórházi másodorvos, Kolozsvár.

△ **A budapesti orvosi kör országos segélyegyleténél** évenkint kiosztásra kerülő segélyek iránti kérvények alólirotthoz nyújtandók be f. é. deczember 15-dikéig. A kérvényekhez szegénységi bizonyitvány és egy hatósági főorvos ajánlata melléklendők. Segélyre igényt tarthatnak életben levő tagok, vagy elhalt tagok özvegyei és árvái. A folyamodók közül a három legérdemesebb a néhai Mészáros Károly dr. alapitványának kamataiból egyenkint 160 frt segélyben fog részesülni. *Papp Sámuel* dr. országos képviselő, elnök, VIII. ker., Baross-utcza 3. sz.

☒ **Duka Tivadar** hazánkfia, kinek, mint emlitettük, a budapesti egyetem orvosi kara díszoklevelet küldött, a következő levelet küldötte az orvoskari dékánhoz.

„Nagyságos Dékán, mélyen tisztelt ügyfél úr! Kezemhez érkezett a művészi fénynyel kiállitott orvosdoktori díszoklevél, Nagyságodnak engemet megtisztelő igen becses átiratával.

Nem tudok eléggé méltó szavakat találni hálám kifejezésére az egyetemi orvoskari tanártestület előtt egyhangú határozatáért és annak folytán az Ő cs. és kir. Felségtől nyert jóváhagyásért az engemet érdemem felett ért kitüntetésért. A nagybecsű okmány családomban drága ereklye gyanánt fog megmaradni.

Életem viszontagságos pályáján elért számtalan áldásáért elég hálát adni a jóságos gondviselésnek képes nem vagyok, nem szinte azért sem, hogy életem végalkonyának küszöbén szülőhazám fiainak — szeretett kartársaimnak — egy ifjabb nemzedéke engemet ritka rokonszenvével annyira kitüntetni kegyeskedett.

Őszinte tiszteletem kifejezése mellett az egyetemi orvoskari tanártestület minden tagja számára, magamat Nagyságod becses jó indulatába a jövőre is ajánlva maradtam lekötelezett szolgája *Duka Tivadar* dr. London. 55. Nevern square S. W.

┼ **Hartmann József** dr. kartársunkat Temesvárott kerületi orvosi szolgálatának 25-dik és orvosdoktorrá avatásának 50-dik évfordulója alkalmával f. hó 4-dikén ünnepélyes ovatiokban részesitették ismerősei és kartársai, kiknek élén *Tauffer Jenő* dr. városi főorvos üdvözölte a jubilanst, átnyujtva neki a temesvári orvosok nevében egy ezüst babérkoszorút. A Délmagyarországi Természettudományi Társulat orvosgyógyszerészi szakosztálya nevében *Breuer Ármin* dr. megyei főorvos, a helybeli gyógyszerészek nevében *Jahner Rezső*, majd a városi tisztikar nevében *Telbisz Károly* dr. kir. tanácsos és polgármester intéztek üdvözlő beszédeket az ünnepelthez, kit a főispán ez alkalommal városi tiszteletbeli főorvossá nevezett ki. Érdemes kollegánk ez ünnepelyéhez üdvözletünket küldjük mi is.

—r. **Mattoni Henrik ösztöndíj-alapítványa.** A Mattoni Henrik czég alapitója és tulajdonosa Ő Felsége uralkodásának 50 éves jubileuma alkalmából 20,000 koronát adott át a bécsi orvosi fakultásnak *ösztöndíj* gyanánt, melynek 700 korona kamatjai minden évben a gyógyviztudomány terén legjobbnak itélt munkának adandók ki. Az alapítvány örök időkre *Mattoni Henrik-féle ösztöndíj-alapítvány* nevet viseli és minden őszszel október előtt birálandó. Pályázhatnak mindazok, kik valamely osztrák egyetemen a balneologiát hallgatták, abból sikeresen colloquáltak és a promotio után legfeljebb 12 hónappal egy a gyógyvíztudományt illető eredeti munkát nyomtatásban kiadtak. A beérkezett munkákat a tanártestületből alakulandó bizottság birálja meg, melynek ajánlatára az ösztöndíj a tanártestület által kiosztatik.

☒ **A Munkács városi közkórházban** — mint azt *Nuszer Lajos* dr. igazgató jelentéséből olvassuk — az 1898-dik évben 922 (491 férfi, 392 nő) egyén nyert ápolást. Ezek közül gyógyult 64·75%, javult 15·08%, gyógyulatlanul távozott 1·95%, meghalt 7·59%, 1899-re visszamaradt 10·63%. Sebészeti és szülészeti műtét 236 esetben végeztetett. Járólag pedig 1022 beteg kezeltetett. A jelentésben bevezetésül le van irva a kórház 25 éves története.

✳ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét október hóban 68 esetben vették igénybe 38 műtéttel. Évi folyó szám 605.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** október hóban 992 esetben, az egész évben 9212 esetben működött.

┼ **Lakásváltoztatás.** *Turcsányi Imre* dr. november hó 1-jétől kezdve VIII. ker., Baross-utcza 81. sz. alatt, *Roszner Aladár* dr. Izabella-utcza 65. sz. alatt lakik. — *Reách Dezső* dr. műtőorvos lakását Terézkörút 44. sz. alá tette át.

⊕ **Megjelent.** Az *Általános Munkás-Betegsegélyző pénztár jelentése a pénztár forgalmáról és működéséről.* 1870—1898. Táblázatos kimutatásokkal és statistikai adatokkal. Budapest. 1899. Wendt és társa könyvnyomdája. — *Hutyra Ferencz* dr. az állatorvosi főiskola rektora és egyetemi tanár: Állategészségügyi évkönyv az 1898-dik évre. 12-dik évfolyam. A földmivelésügyi ministerium kiadványa. Budapest, 1899. Franklin-társulat. — *Prof. Wilhelm Schulek:* Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde II. Band. 45 szövegképpel és táblával. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1900.

A Lőrinczy Ferencz dr. szerkesztése alatt megjelent és immár 21 év óta fennálló „*Közegészségügyi Kalauz*“ szerkesztői és kiadói joga családi körülmények miatt örökáron, szerény feltételek mellett szabad kézből eladó. Tudakozódhatni Üllői-út 53/b. I. 16. alatt bármikor.

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

NÉLKÜLÖZHETLEN
minden orvosra nézve
AZ ORVOSI ÉVKÖNYV.
○ ○ ○ (X. évfolyama karácsonyra jelenik meg.)

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest
Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.
A „Kristály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánltatik

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., Eötvös-utcza 23. szám.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt dijszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXIV. rendes ülés 1899. október 26.) 574. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1899. október 11-dikén.) 575. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIV. rendes ülés 1899. október 26.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József.**

(Vége.)

A *Nothnagel* schemájának jó hasznát lehet venni általában, de azért ez nem olyan mérce, melyre minden esetet rá lehet húzni; még a *Herczel* esetei között is van egy, mely meghazudtolja s eltérünk attól, ha figyelembe veszszük, hogy milyen a beteg pulsusa, hőemelkedése; vannak esetek, hol a beteg szivműködése hőemelkedés nélkül megváltozik, nehéz légzés lép fel s ominosus tünet a meteorismus, melyet kellőképen nem méltányolnak; ezeken kivül természetesen a helybeli tünetek is döntők, melyek azonban nem mindig olyan vaskosak; ilyen a fluctuatio, az érzékenység, mely néha nincs meg, máskor a másik oldalon van. A helybeli tünetek között a legfontosabb kérdés, van-e geny jelen; ha fluctuatio van jelen, ez maga indicatio a műtétre, de a hol igen kevés geny van, ott nehéz e helybeli tünet mérlegelése. *Roux* úgy irja le, hogy e kevés geny olyan benyomást tesz a tapintó ujjra, mint a vízbe áztatott pappendeckli; szóló vartyogásnak nevezné el, mert más megfelelőbb kifejezést nem talál: olyan érzést kelt, mint a sűrű nedves szivacs; a hol ez a vartyogás kimutatható, ott geny van, a mint ezt vagy a műtét vagy a bonczolás kimutatta; *a hol vartyogás és recidiva van, ott a műtéttel ne várakozzunk!* Ha azonban a második rohamot is sikerül belgyógyászati kezeléssel — opiumadagolással — meggyógyítani, akkor sem gyógyult még meg a beteg és nem szünt meg az operatio candidatusa lenni, mert lehet, hogy hosszabb idő mulva kapja meg a harmadik rohamot, melyet, ha ki is áll, de közelebb jut ahhoz az ominosus negyedik rohamhoz, melynek — be sem várva a műtéti beavatkozást — első huszonnégy órája létrehozza az exitust.

A ki ezen egyszer-kétszer 24 óra alatt halállal végződő eseteket taglalja, meggyőződik róla, hogy milyen nagyfontosságú a betegség, a roham, a status praesens elbirálására az anamnesis; akárhányszor az anamnesis igazolja az embert, eltekintve attól, hogy a beteg szándékosan hamis adatokat mond be, hogy a műtétet elkerülje s vagy hasmenésről, gyomorgörcsökről, epekőcolikákról számol be; ne tévesszszük szem elől, hogy vannak valószinű periappenditikus folyamatok.

A mi az appendicitis larvatát illeti, hány beteg járkál közöttünk, a nélkül, hogy az illetőnek ideája volna bajáról, s mégis létrejön az első roham, mely az appendicitisre utal; pl. az erősebb mozgásokat, hegymászást, völgybe járást megsinyli; szóló esetei között hány roham van, mely a hurczolkodás idejére esik; egy idevaló ügyvéd betege éveken keresztül panaszkodott mindenféle tünetekről, melyek béldyspepsiára utaltak, s ezen ideges tünetek ellen Gasteinba ment, ott jól érezte magát, mikor egyszerre csak egy nagyobb kirándulás után megkapta az első rohamot s két ökölnyi nagyságú izzadmánynyal jött haza; operatioról hallani sem akart, az izzadmány felszivódott, semmi nem volt kimutatható, nyomásra nem érzett fájdalmakat, székelése rendes volt; ezen esetet feljegyezhette volna szóló mint gyógyult appendicitist s mint ilyent venné bele a statistikába, ha egy esztendőn belül meg nem kapta volna a második, fulminans tünetekkel járó rohamot, úgy hogy 24 órán belül operálni kellett; az appendix el lévén távolítva, meri mondani szóló, hogy az az ember meggyógyult.

6—8—10 évi intermediaer stadium nem garantia arra, hogy a beteg meggyógyult; van egy betege, kinek 8 év előtt volt egy rohama; az illető azóta jól érezte magát, lovagolt, vivott — s tegnap az appendicitis kiújuló stadiuma állott be nála; ne ámítsuk magunkat az appendicitis tüneteinek hiányával, hanem a roham lezajlása után, az intermediaer stadiumban, vagy ha ez nem lehet, akkor a roham alatt operáltassuk a beteget.

Van egy másik patiense szólónak, annak fiatal korában volt appendicitise, melyet szóló akkor stenocardiának fogott fel, az illető a mult évben, 80 éves korában kapott egy rohamot, s bár jól érzi magát, szóló nem tartja gyógyultnak; nem azóta beteg, mióta a rohama fejlődött, hanem régebben beteg s az aknamunka vezetett a rohamhoz, s az újabb rohamok mindig gyanusabb szemmel tekintendők; minél több a roham, annál sürgetőbb a beavatkozás; a roham elbirálására a momentán tünetek: meteorismus, vartyogás, helyi symptomák a mérvadók; a roham közti időt a belgyógyásznak kell nagyobb figyelemmel kisérnie, ha gyógyult esetnek akarja beállitani; ha a beteget figyelemmel kisérjük és kellően tartjuk, akkor elérjük, hogy a recidiváktól, a gyakori és egyre súlyosbbodó rohamoktól megszabadítjuk s nagy hasznot teszünk azoknak, kik jövőben ebbe a bajba esnek.

A műtét eddig bizonyos idegenszerűséggel birt; minél inkább szaporodik a kedvező esetek száma, minél több lesz azon betegek száma, kikre apodiktikusan rámondhatjuk, hogy meggyógyultak, annál könnyebben megértjük egymást s annál könnyebben lesz a beteg a műtétre rávehető.

Dirner Gusztáv: A nőorvosnak gyakran van alkalma ilyen esettel találkoznia, a nélkül, hogy az appendixet resecálnia kellene; most is fekszik egy betege a klinikán és a mult évben is volt egy betege, a kinél resecálnia kellett; adnex tumor volt jelen s a medenczébe is lenyúlt az appendix, melyet resecált, mert gyuladt, ujjnyira megvastagodott, genynyel telt volt és a tubával össze volt nőve. Az ilyen esetekben nem lehet mindig eldönteni, melyik az elsődleges, lehet, hogy tán a tuba genyes folyamata a primaer s onnét terjedt át a processus vermiformisra.

Koszłka Emil 1893-ban Amerikában járt, New-Yorkban 4 hónapig hospitált *Mac Burney, Gerster, Kammerer* s mások sebészeti osztályán; leginkább érdekelte szólót az éppen akkor divatba jött appendicitis-operatio, melyet, bár két évig volt *Korács* professornál is, itthon nem látott végezni s igy ismeretlen volt előtte, *Gerster* 1890-ben 24 esetet operált, *Mac Burney* 1891-ben 30 esetről referált, *Pick* már 1886-ban végezte ezen műtétet. Ezen sebészek minden esetben végzik az appendicitis-operatiót, mindjárt, mihelyt a tünetek mutatkoznak, igy látott szóló 3 hónap alatt 24 esetet operálni a betegség különböző stadiumában: az appendix vagy csak duzzadva volt, vagy perforálva, bélsárkő volt jelen, de az appendix mindig meg volt támadva. Már 10 éve, hogy Amerikában ezen műtét divatban van, ott a házi orvosok csak egészségügyi tanácsadók, s ha megbetegszik valaki, rögtön specialistához küldik; a gyakorló orvosok elismerték az appendicitis műtét kitünő eredményeit s most ott ezt annyira űzik, hogy *Mac Burney* azt tartja, hogy már az első 36 órában kell a műtétet végezni; Langer conservativebb, ő bevárja a recidivát s akkor operál, mert ő is azt tartja, hogy ha van is kevés geny, azt a hashártya felszivja, azonban a legtöbb sebész abban állapodik meg, hogy minél előbb kell operálni; Gerster 158 ilyen műtétet végzett 2 év alatt.

Szóló nem tarthatja helyesnek *Herczel* azon kijelentését, hogy minden esetben operál, hol diffus peritonitis van jelen, *Mac Burney* és *Langer* is azt mondják, hogy diffus peritonitis esetén olyan összeesett a beteg, hogy a műtét után rögtön meghal s azt tartják, hogy kell, hogy a beteg a toxikus hatások alól kissé összeszedje magát s csak pár nap mulva végzendő a műtét; ha a pulsus szapora, nagyon gyenge, a szivműködés hanyatlott, a láz magas, a vizelet kevés, akkor a beteg mindjárt a műtét után elpusztul, ezzel az operatio discreditáltatik s a vidéki orvosok elvesztik belé helyezett bizalmukat, valamint akkor is, ha az ilyen műtétekben nem jártas sebész végzi azt.

Imrédy Béla: Előadó azt mondja, hogy nőnél azért nem fordul elő olyan gyakran az appendicitis, mert a ligamentum appendiculo-ovaricumban levő véredényen át kap vért; ezt olyan apodictikusan odaállítani nem lehet, mert nem mindig van meg a lig. appendiculo-ovaricum, másrészt meg az appendicitis nagyon gyakran mint oophoritis kezeltetik, vagy maga után vonja ezt és később beválik a diagnosis.

Appendix-megbetegedést, mint *Dirner* is állítja, gyakran találunk oophoritis mellett, s nem lehet eldönteni, hogy melyik a primaer; a férfiaknál és nőknél előforduló appendicitisek közti nagy aránytalanság tehát ebben leli magyarázatát.

Gerber Béla: Ha a megbizható statistikát a jól megfigyelt egyes esetek összesége képezi, akkor ő is hozzájárul egy ilyen esettel a kérdés tisztázásához. Szóló előtt teljesen tiszta *Müller* felfogása, hogy t. i. a nem operált esetekben csak gyógyult appendicularis rohamról s nem gyógyult appendicitisről beszélhetünk.

Tizenegy évvel ezelőtt egy nőbetege endometritis puerperalist, majd parametritist acquirált, nagy exsudatuma támadt, mely elgenyedt; a tályogot megnyitották; a geny erősen bélsárszagú volt s még azt hitték, hogy a tályog üre communicál a béllel, 3 évig egészséges volt az asszony, akkor kapott egy appenditikus rohamot, minek okául azt vették fel, hogy a parametritikus tályog folytán nagyobb összenövések támadtak; a beteg 3—4 hét alatt teljesen rendbe jött és 5 évig absolute nem érezte, hogy neki valaha baja lett volna; egyszerre, minden előzmény nélkül fellépett az appendicitis, mely az utolsó két év alatt hatszor ismétlődvén, végre rászánta magát a beteg a műtétre, a mikor kiderült, hogy tényleg nagy összenövések voltak a vakbél, a peritoneum és a szomszédos vékonybélkacsok között, az appendix pedig a coecum alsó falán erős álhártyákkal odanőtt, átfúródott és 4—5 csepp geny beleürült az összenövések képezte tasakba, két bélsárkő volt jelen, melyek homokóra alakot mutattak; az eset zavartalanul gyógyult; érdekes, hogy a teljesen el nem zárt hasüregbe kis jodoform-csikot vezettek be, a mi jodoform-intoxicatiót okozott, általános urticaria lépett fel a betegnél.

Szólónak magának is volt appendicitise három évvel ezelőtt, melyet catarrhalisnak tartott, t. i. súlyos gastroenteritis előzte meg s ennek tudta be; eljárt vele Karlsbadba, ma jól érzi magát s óhajtja is, hogy igy maradjon, azonban a műtét iránt oly nagy bizalommal viseltetik, hogy szükség esetén nem habozna megoperáltatni magát.

Chudovszky Móricz: Az appendicitis technikáját illetőleg: akár *Mac Burney*, akár *Sonnenburg* szerint végezzük a műtétet, a sérvképződés oka nem a műtét technikája, hanem a gyógyulás lefolyása, mint ezt a Réczey tanár klinikáján sok száz esetben tapasztalták; narcosis nélkül végzett sérvműtéteknél nem lép fel hányás, súlyos bronchitis épp igy elmaradnak ezen tünetek az appendicitis operálásánál, ha csak

helybeli anaesthesiát végzünk, s ha még gondoskodunk arról, hogy a betegnek puha széke legyen, akkor a sérvképződést meggátolhatjuk.

Pákozdy Károly: Volt egy betege, a ki akkor került kezelés alá, mikor a heveny tünetek lefolytak; nagy exsudatum maradt; a beteg azonban annyira legyengült volt, hogy nem merték operálni, minek következménye az volt, hogy csakhamar bekövetkezett a második roham oly fulminans tünetekkel, hogy az illető meghalt. Kérdi szóló, hogy ha exsudatum marad vissza, mikor indicált a műtét: akkor-e, midőn az első rohamot kiállotta, vagy bevárjuk-e az izzadmány felszívódását és mig erőt merit a beteg.

Herczel Manó: Köszönetet mond hozzászólóknak, hogy tapasztalataikkal hozzájárultak a kérdés tisztázásához, s örömmel constatálja, hogy a műtét indicatióit illetőleg lényegesebb eltérés nincsen. Kisebb eltérések ugyan vannak, a mi nem csoda egy olyan betegségnél, melynél a tünetek súlyossága, a complicatiók képe óráról órára változik, s az egyéni tapasztalatok szerint más benyomása lesz a gyakorló orvosnak, más a belgyógyásznak, és ismét más a sebésznek.

A consiliarius épp a legsúlyosabb eseteket látja s figyelmeztetve van az orvos, hogy állandóan résen legyen, ezek azon körülmények, melyek a nézeteltéréseket indokolják. A *Korányi* statisztikáját illetőleg itt sincs sem jobb, sem rosszabb eredmény kimutatva, a mi különben is attól függ, hogyan állitjuk össze az eseteket.

Rotter 2·5% halálozása nem felel meg a valóságnak, mert kétségtelenül beleveszi a belgyógyászatilag gyógyult eseteket .s, a mit szóló nem tett. *Rotter* a sebészeti esetek 26·5 mortalitásából kihagyja a diffus peritonitis-eseteket, szóló 9 diffus peritonitis-esetének $^2/_3$-a exitussal végződött.

Szóló 3 csoportot vett fel: tályoggal complikált heveny eseteket, ezek mind meggyógyultak, diffus peritonitis-esetek, ezeknél rövid idő alatt, operatio esetén is, nagy a mortalitás és a chronikus recidiva eseteit, melyek mindig meggyógyultak.

A mi a betegség aetiologiáját illeti, csatlakozik *Müller* nézetéhez, hogy a hegymászás, erős testmozgások, forcirozott munka lényegesen előmozdítják a rohamok kiújulását; vannak esetek, hol a trauma directe kiváltja a rohamot: egy 14 éves epilepsiás fiúnál, ki egy izben állott ki appendicitist, azután hosszabb ideig egészséges volt, egy epileptikus rohamában kapott acut appendicitist, hashajtókat szedett, diffus peritonitisben elhalt; a bonczolás kideritette, hogy a bunkószerűen megvastagodott féregnyúlvány megpukkadt.

A mi *Imrédy* megjegyzését illeti, szóló a tankönyvekből tudja, hogy a ligamentum appendiculo-ovaricumou át kap vért az appendix, de különben is van elegendő nyirkedény, melyek az anyagcserét közvetitik; különben is az ovarium jobban van táplálva, s a statistikából kiderül, hogy 28 férfibetegre 11 nőbeteg esik.

Kétségtelen, hogy az adnexák lobos folyamatai tovább húzódván, ráterjedhetnek az appendixre; szivesen concedálja szóló, hogy nőknél sok appendicitist oophoritisnek diagnostizálnak.

A mi a heveny eseteknél bekövetkező tüneteket illeti — s ez a punctum saliens, — az esetek bizonyos nagy %-ában a művi beavatkozásra szükség van már a negyedik nap előtt s ez természetes is, a hol éppen diffus peritonitissel complicált appendicitis van jelen; hogy mikor van még szükség erre, azt előre megmondani ugyan nehéz; az esetek nagy része cyclikusan folyik le, lytice végződik: 3—4 nap alatt a hő leesik, a geny felszivódik, a közérzet javul: de vannak a tályogos esetek között is olyanok, melyekben sürgősen be kell avatkozni már a második-harmadik napon.

Egy ilyen esete volt pár nap előtt: egy 26 éves collega szombaton reggel hirtelen megbetegedett a nélkül, hogy előbb baja lett volna, a mit azonban csak azért mondott, hogy a műtétet kikerülje; kiderült azonban, hogy 6 hónappal ezelőtt volt egy epityphlitikus rohama; súlyos tünetek voltak nála jelen, meteorismus már az első napon, teljes szél- és székrekedés, hányás; az illetőnél a vidéken nem tehették másra, mint ileusra a diagnosist, láz nem volt jelen, pulsusa rendes: 84, tompulat sem volt kimutatható, az ú. n. vartyogás sem; *Kétly*-vel észlelték az esetet, appendicitist és periappendicitist vettek fel — a műtét ezt igazolta. Az ilyen esetek elbirálása azért fontos, mert ha a középvonalban metszünk be, mint az ileusnál is teszszük, a prognosis sokkal rosszabb.

Műtétnél kiderült, hogy a bimbószerűen megvastagodott féregnyúlvány meg volt törve, benne barna bélsárkő, rajta lencsényi exulceratio, gombostűhegynyi átfúródással; ökölnyi tályog, a peritoneumban savós izzadmány.

A beteg ma jól van, de csakis a gyors beavatkozás mentette meg, kétségtelen, hogy még 24 órai késés és a beteg elpusztul.

Kosztka szemére veti szólónak, hogy diffus peritonitis esetén operál; igen is operál szóló, ha reménye van, hogy a beteget megmenti, diffus peritonitisnél még pár nap mulva is; természetes, hogy ha a beteg collapsusban van, vagy meteorismusban, pulsusa nincs — akkor szóló sem operál; de ha 10 eset közül hármat megment: indokolt a műtét; az ilyen eseteket minél korábban kell operálni s a gyakorló orvosok figyelmét kell erre felhívni; *Körte* az ilyen esetek 33%-ában ért el gyógyulást, az amerikaiak 17 eset közül tizet tudnak megmenteni, mert gyorsan hivják őket.

Collapsusban szóló egyáltalán nem operál, mert a beteg nem birja ki a narkosist, szükséges, hogy a collapsusból összeszedje magát s utána 6—8 órával operáljunk.

A technikai kérdésekre szóló nem tér ki, csak megemliti, hogy az amerikaiak a diffus peritonitises esetekben talán azért érnek el jobb eredményt, mert a hasűrt konyhasós vízzel kimossák — ezt esetleg mi is megpróbálhatjuk.

A mi a chronikus és recidiváló eseteket illeti, osztja szóló *Müller* nézetét, hogy a rohamból kilábaló betegek nincsenek meggyógyulva — csak a rohamból gyógyultak meg, de nem a betegségből — s ha tekintjük a recidiva veszedelmeit — a recidivált esetekben a második roham után már 7—8% a mortalitás — tekintve a műtét veszélytelenségét, ajánlatos, hogy ne várja be *Kende* dr. a 61-dik rohamot, ha már a beteg 60 rohamot kiállott, s ez a válasza *Pákozdy* dr.-nak is: a beteget meg kellett volna operáltatni.

A sérvek keletkezésére vonatkozólag mindegy, akár *Sonnenburg*, akár más szerint operálunk: a sérv létrejöttét nem gátolja meg az, hogy a bőrt rézsútosan félrehúzzuk, nem is a narkosis után fellépő hányás és köhögési inger az oka a sérvek keletkezésének, hanem az, hogy az esetek nagy része genyes; itt bőven kell drainezni *Mikulicz* szerint, de nem jodoformos, hanem csak steril gaze-zel, a minek következménye, hogy át lévén metszve a hasfalak, egy nyilást tartunk fenn, ezen nyilás szélein összenőnek az izmok, a hasfalak s csak vékony heg — mely enged a hasprésnek — tartja vissza a beleket; a fődolog tehát: akár *Mac Burney*, akár *Sonnenburg* szerint operáljunk, hogy kicsiny legyen a sebnyilás .

A *Mac Burney*-műtétnek nagy előnye van, mert *Sonnenburg* haránt metszi át az izmokat s igy átvágja a nervus ileo-hypogastricust s az izmok centralis része sorvad; *Mac Burney* tompán szétválasztja az izmokat, melyek azután teljesen összefekszenek s igy nem kell varrni, a mi az izomlapok között genyedést okozhat.

Hogy mikor kezeljük nyiltan a sebet: ha nincsenek nagyobb összenövések, nincs genyedés, a hasűrt el lehet zárni s ekkor nem is jön létre sérv, a beteg meggyógyulása biztosabb.

Örömmel constatálja s hiszi szóló, hogy a mai eszmecsere jelentékenyen hozzájárul ahhoz, hogy a következendő esetekben gyakrabban és mielőbb fogunk operálni, nem leszünk túlságosan conservativek és igy a gyógyulási arány is javulni fog.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1899. október hó 11-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

(Folytatás.)

a) **Koprolith által okozott bélsársipoly csete.** *b*) **Belső bélelzáródás esete.**

Kuzmik Pal: A II. számú sebészeti klinikumon észlelt és gyógykezelt két gyógyult esetről kiván ma beszámolni. Mindkét eset klinikai lefolyása nagyon érdekes.

I. A 22 éves férfibeteg 1898 junius 14-dikén hirtelen fellépett magas lázaktól kisért fájdalmas polyarthritis rheumaticában megbetegedve, junius 18-dikán vétette fel magát a Rókus-kórház belgyógyászati osztályára, midőn is mindkét bokaizület s az ujjperczek izületei duzzadtak voltak s a bokaizületek körül vörös-pettyes kiütések — peliosis rheumatica — voltak láthatók. 19-dikén a hasban erős göresös fájdalmak léptek fel, 20-dikán a fájdalmakhoz hányás is csatlakozott s székrekedés állott be. Beteg junius 22-dikén következő jelen állapottal tétetett át osztályukra: hőmérsék 38°, pulsus 120, elnyomható; nyelv száraz, arczkifejezés fájdalmas, légzés felületes. Has puffadt, úgy spontan, mint érintésre rendkivül fájdalmas, különösen ennek ileocoecalis tájéka, mely fölött a kopogtatási hang is — eltérőleg a has általános dobos kopogtatási hangjától — tompa, tapintata resistens. A tompa kopogtatási hang körülbelül 8 harántujjnyi sávban a Poupart-szalaggal párhuzamosan húzódik a symphysis felé. Bőr rendes színezetű, kissé feszes. Fluctuatio nem mutatható ki.

A leirt tünetek alapján a kórismét appendicitisre tették s tekintettel arra, hogy 3 nap óta teljes obstructio állott fenn, a beteg 24 órája hányt, hányadéka bélsárszagú volt: az operatio cocain-anaesthesia mellett azonnal végre is lett hajtva.

A 12 cm. hosszú metszés a Poupart-szalag fölött $2^1/_2$ cm.-nyire ezzel párhúzamosan lett vezetve. A metszés egy a colon ascendens, processus vermiformis és ileum kacsoknak a perit. parietaleval történt összenövése által képezett gyermekökölnyi tasakba vezetett, melyből bélsárszagú sűrű geny ürült. A tasak alján feküdt a kisujjnyi vastagságú processus vermiformis, melyen két krajczárnyi gangraenosus, de még nem perforált terület volt látható.

Tekintettel a beteg súlyos jelen állapotára, a processus vermiformis resectiójától el lett tekintve s az üreg kiöblítése s a peritoneum parietale kiszegése után csakis az üreg tamponálása lett eszközölve, Mikulitz szerint jodoform-gazezel. A beteg állapota az operatio idejétől kezdve a perityphlitist illetőleg örvendetesen javult, ellenkezőleg alakultak azonban a viszonyok a polyarthritissel, mert ahhoz — mondhatnók — naponta újabb és újabb szövődmények társultak. Igy az operatio után másodnap jobboldali pleuritis lépett fel, ahhoz nemsokára csatlakozott profus hasmenéssel járó enteritis. A peliosis kiterjedt majdnem az egész testre s alig hogy ezen complicatiók szerencsésen lezajlottak, julius 20-dikán haemoptoë jelentkezett szivtáji fájdalmakkal s myocarditikus tünetekkel, mely tünetek azonban julius hó végére — hasonlóan az előbbeniekhez — szerencsésen elmultak.

Mindezen kellemetlen mellékkörülmények, szövődmények daczára az operatio helye szépen sarjadzott, úgy hogy a beteg — ki a javasolt radicalis operatiót akkor nem engedte meg — sebéből meggyógyulva mint reconvalescens 1898. augusztus 6-dikán elhagyhatta a klinikumot — a fejlődhető diastasis kikerülése czéljából — nadrágszerű hasövvel.

A beteget egy ideig nem látták, midőn azonban 1898. november havában jelentkezett járóbeteg-rendelésükön: az operatio helyén már egy négy haránt ujjnyi diastasis volt jelen, melyen a kitágult heg alatt a belek előrenyomultak. A beteg az ajánlott radicalis operatióba ekkor sem egyezett bele, s kérelmük ellenére távozott. Újabban ez év január havában jelentkezett ismét, csakhogy ekkor már a még inkább tágult heg közepén egy lencsényi, genyes bélsarat ürítő anyaghiány volt jelen, melybe a kutasz le- és befelé haladó irányban körülbelül 5—6 cm.-nyire volt előre tolható. A radicalis operatióra vonatkozó ajánlatukat ez alkalommal elfogadta ugyan, fel is vétette magát a klinikumra, de pár nap mulva ismét gyógyulatlanul távozott. Julius havában újra jelentkezett, midőn is kellő előkészítés után az operatio folyó évi augusztus 1-én végre is lett hajtva rajta.

A sipolynyilást s a heg legnagyobb részét befoglaló két ovalis metszéssel meg lett nyitva a hasüreg. Az ileo-coecalis tájon úgy a vastagbél, mint az ileum egy részlete egymással s a peritoneum parietalával férfiökölnyi tömegben összenőtt. A hasfali sipolynyilás ezen tömeg közepébe vezetett. A belek óvatos elkülönítése után kiderült, hogy a sipolynyilás a processus vermiformis distalis végéhez vezet, mely perforálva volt s melyben egy mandulanagyságú, elég kemény tapintatú koprolith-enterolith volt beékelődve. Az enterolith összetömörült bélsárnak bizonyult. A processus vermiformis, mely a belekkel szorosan össze volt tapadva, peritonealis burkának felhasítása után a vakbél szájadékánál resecálva lett. Az ekként származott bélnyilás Czerny-Lambert-varatokkal lett ellátva, mely fölött még a folytonosságában megszakított peritoneum catgut-szűcsvarrattal ismét egyesitve lett. A belek szétválasztása alkalmával létrejött kisebb, serosus lemez által nem borított helyek catgut-varrat segedelmével a peritoneummal ismét be lettek födve.

A belek most leirt ellátása után egyesitették először is a peritoneumot, melyet követett az izomvarrat, majd végül a bőrvarrat.

Láztalan lefolyás után a beteg gyógyultan hagyhatta el a klinikumot.

A beteg rövid idő óta ismét gyógykezelésük alatt áll: egy a hasöv által előidézett excoriatio miatt, mely azonban természetesen az eredményre nézve semmi befolyást sem gyakorol.

Az appendicitis okairól, annak kórlefolyásáról s a vele járó veszedelmekről e helyen szólani természetesen nem akar szóló, ez a bemutatás keretén kivül esvén s ha mindennek daczára mégis kikéri még pár pillanatra az ülés figyelmét, azt teszi azért, hogy kiemelje, miszerint az appendicitis gyógykezelése rendkivüli éberséget igényel s hogy fellépése első pillanatában is már az operativ beavatkozásra készen kell állanunk, nehogy az annyira gyorsan felléphető szétesés a hasüreg felé áttörve általános genyes hashártyalobot idézzen elő, midőn azután betegünk életét csak a legritkább esetben volnánk képesek megmenteni.

A másik pont, melyre figyelmeztet, azon körülmény, mely itt a bélsársipolyt előidézte, mert enterolith, koprolith — a mint tudjuk — a legritkább esetekben szokott csak sipolyképződéshez vezetni.

II. Második esetük egy incarceratio interna. A beteget ma, az operatio utáni 17-dik napon van szerencséje bemutatni. Kórrajza röviden a következő: f. évi szeptember 17-dikén hirtelen fellépett hastáji fájdalmakkal betegedett meg, melyek orvosi gyógykezelésre sem mulva, arra késztették, hogy a Rókus-kórház belgyógyászati osztályára vétesse fel magát, honnan — mivel az alkalmazott belső gyógykezelésre állapota mindinkább rosszabbodott — f. hó 24-dikén este osztályukra lett áttéve következő jelen állapottal: az abdominalis faciessel biró beteg csuklik, erősen bélsárszagú váladékot köp és hány s nagy hasfájdalmakról panaszkodik. Öt nap óta nem volt széke s szelek sem mentek tőle. Has puffadt, rekesz két bordaközzel feltolt, köldök alatt haránt behúzódás látható. Kopogtatás az egész has felett egyaránt dobos. Tapintásra az egész has, de különösen a jobb Poupart-szalag feletti részlet fájdalmas. Jobboldalt lágyéksérv, bennék diónyi, puha, reponibilis. Ampulla recti üres. Pulsus 84, hőmérsék 37° C. Magas beöntés folyadéka tisztán jön vissza.

Tekintve a kis sérv puha fájdalmatlan voltát és könnyű visszahelyezhetőségét, belső elzáródásra tették a kórismét s azonnal hozzáfogtak az operatiohoz.

A körülbelül 12 cm.-nyi metszést a köldök és fancsont között a a linea albában ejtették. A peritoneum megnyitása után az erősen puffadt vékonybelek nyomultak elő. Belső vizsgálatnál kitünt, hogy az elzáródást egy a jobb belső lágyékgyűrűben rögzitett vékonybélkacs okozza, mely enyhébb húzásra nem igen enged. Tekintve, hogy amúgy is jobb lágyéksérv állott fenn, a rögzitett helyhez a lágyékcsatorna felől igyekeztek hozzáférni. A sérvtömlő megnyitása után kitünt, hogy a belső lágyékcsatorna helyén a sérvtömlőhöz a teljesen rendes küllemű bélkacs egy segmentuma oda van növe, körülbelül oly elhelyeződésben, mint azt a Littre-féle sérveknél szoktuk látni. A bélkacs leválasztása — noha elég erősen volt odatapadva — nagyobb nehézségekbe nem ütközött, s a linea albában készített nyilásba könnyen volt előhúzható. A bélkacs felszabaditása után a strangulatio természetesen azonnal megszünt s a communicatio szemlátomást ismét helyre is állott. Az odanőtt bélkacs sérült serosájának kellő ellátása után egyesitették először is a hasfali sebet — a klinikumon szokásos eljárással — 3 étageben, ú. m. peritoneum, izom és bőr, s ezután végezték a radicalis herniotomiát Bassini szerint.

Beteg operatio után többé nem hányt, szelek megindultak s az operatio utáni 15-dik órában széke is volt már.

A gyógyulás teljesen zavartalanul folyt, hőemelkedése nem volt. Bőrvarratok nyolczadnap lettek eltávolitva, seb per primam meg volt gyógyulva.

Jelen eset is feltünően a mellett bizonyit, hogy a kórisme idejében való helyes megállapitása után, idején történő beavatkozással ezen súlyos tünetekkel járó életveszélyes megbetegedés is mily szép eredménynyel gyógyitható, s hogy a belgyógyászok és sebészek együttműködése az emberiségre mily üdvös hatással lehet!

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság Krassó-Szörény megyében fekvő bányaműveihez tartozó „Dognácska“ községben egy **bányaorvosi állás** üresedett meg, melyre ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állás javadalmazása évi 1200 frt fizetés és fűtési átalány.

Okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok bezárólag **f. évi november hó 15-dikéig** az alulirott vezérigazgatósághoz (VI., Teréz-körút 24/a) küldendők be.

Budapest, 1899. évi október havában.

2—2 *Szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság magyar bányái, hutái és uradalmainak vezérigazgatósága.*

4239/99. sz.

Biharvármegye központi járásába kebelezett **Kőrös-Tarján** községben **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

Fizetés, az 1900. évi január hó 1-jétől a vármegyei pénztár által 3 havi részletekben fizetendő évi 650 frt, hivatalos látogatási napokon látogatási díj nappal 20 kr., éjjel 40 kr.

Az orvosi kört Szt.-András, Ujpalota, Gyires, Körössze, Vizes-Gyán és a székhely község Körös-Tarján alkotják. Ezen közegészségi körben lakó számos nagybirtokostól a körorvos biztos jövedelemre számithat.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesitésüket, életkorukat igazoló okmányokkal fölszerelt kérvényüket alulirt főszolgabirói hivatalhoz **f. évi november hó 30-dikáig** nyujtsák be.

A választás idejéről és helyéről a pályázók külön fognak értesittetni.

Nagyvárad, 1899. évi október hó 26-dikán.

3—2 *A főszolgabirói hivatal.*

10,213/899. kig. sz.

Somogy vármegye igali járás főszolgabirája által a **nágócsi körorvosi állomás** betöltésére az 1886. évi XXII. t.-cz. 82. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ára való hivatkozással pályázat hirdettetik.

Csoportosult községek által, beleértve az úti átalányt is, 741 frt 27 kr. fizettetik, azonkivül az uradalom, illetve méltóságos Zichy István kamarás úr által 200 frt uradalmi orvosi díjazás biztosittatik.

Látogatási díjak nappal helyben 40 kr., vidéken 80 kr., éjjel ennek kétszerese.

Pályázni kivánók felhivatnak, hogy a törvényben előirt szabályszerű okmányokkal felszerelt folyamodványukat **1899. évi november hó 29-dikéig** Igalba, a főszolgabirósághoz annyival inkább küldjék be, mert a később érkezettek figyelmen kivül hagyatnak.

Választási határnapul 1899. évi november hó 30-dik napjának d. e. 10 órája Andocsra, az iskola-épületbe tüzetik ki.

Csoportosult községek: Andocs, Nágócs, Acsa, Kisbár, Bonya, Fiad, T.-Koppány, Szorosad, Kára és Miklósi.

Igal, 1899. évi november hó 4-dikén.

2—1 *Trombitás*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

San Remoban gyakorlatot folytat mint évek óta a bécsi **Univ. Dr. STEINBERG RIKÁRD**
Nyáron **Reichenhall és Grossgmain.**

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

Med. univ. Dr. PERL JÁNOS
már évek óta praktizál mint fürdőorvos
GRIES bei Bozenben, Déltirol.
Legmelegebb klimatikus tartózkodási hely.
Intézetszerű kezelés. **Intézetszerű kezelés.**

beállott. Ide tartoznak azon másodlagos perforatiók is, melyeknél a stagnáló geny a gyógyulás folyamán arrodálja a bélfalzatot, a mint ez eseteim közül néhányban (5. és 9. sz.) történt. Ezekhez sorolnám részemről a typhus-fekély perforatiója után fellépő sipolyokat is.

A *D*) csoportba tartozik *Sonnenburg* 10 esete, ezek közül 4 a bél direct sértése által jött létre. Megjegyzendő erre nézve, hogy *Sonnenburg* ezelőtt rendesen paquelin-nel nyitotta meg a tályogot, de ettől azután eltért.

A sipolyok nem mindig okoznak egyforma nehézségeket; néha a kivezetett bélsár olyan kevés, hogy alig bántja a beteget, máskor pedig az egész bélsár a sipolyon át ürül. Érthető, hogy a követendő eljárásnak ezzel is kell számolnia.

Kevés váladéknál rendszerint tisztán tartjuk a környéket, a sipolyt tamponáljuk, 2%-os alum. acet. borogatásokat, meleg fürdőket alkalmazunk, melyek hathatósan előmozditják a sarjadzást. Részemről ezek mellett előszeretettel használok gyenge lapis-, de különösen 30%-os perubalzsam-kenőcsöt.

Még azon esetekben is, a hol csaknem az egész béltartalom a sipolyon át ürül, *Sonnenburg* nagy sikerrel használta az állandó vagy protrahált fürdőket. A betegeket reggel 9 órától este 6-ig a vízben hagyja s azok itt esznek, isznak és alusznak is. Elgyengült, gyorsan kifáradó betegek reggel és este 2—3 óra hosszat maradnak a fürdőben.

Bámulatos, mint ő állitja, hogy ilyen módon igen nagy sipolyok is mily gyorsan gyógyulnak; néhány hét mulva rendesen csak egy kis sipolyjárat marad vissza, mely sondára égetett lapissal kezelve, kellő kitartás mellett néha hónapok mulva, de mégis zárul.

Ha azonban ez nem vezet czélhoz, újabb műtét van javalva; mozgékonynyá kell tenni a bélfalat és a bélhiányt elvarrni, mint az egyszerű sipolyoknál. A mennyiben ez sem használ, esetleges bélresectio jön szóba, a mi *Sonnenburg* és *Porter* által lett ajánlva és végső esetekben egyes bélrészletek kikapcsolását, működésen kivül való helyezését kell megkisérleni. *Eiselsberg* ezt három esetben végezte két gyógyulással.

Úgy látszik, hogy a bélsipolyok keletkezésénél a legnagyobb szerep a műtét *miként*i keresztülvitelének jut. Jó, kifejlett technika és gyöngéd eljárás mellett sok esetben fogjuk azokat elkerülhetni. A fő az, hogy minden serosa-leválasztást rögtön el kell varrni, magát a féregnyúlványt pedig közvetlenül a vakbél alatt manchette-képzéssel kell resecálni, a csonkot gondosan elvarrni és a vakbélbe betüremleni, invertálni.

De ha egyszer a sipoly megvan s az oly sokáig áll már fenn, hogy önkéntes zárulására kilátás nincs, másrészt pedig lényeges mennyiségű bélsárt ürit, akkor operálni kell. Azon sipolyoknál, a melyek közvetlenül a proc. vermiformisba vezetnek, az utólagos resectio van javalva. Az utókezelésnél bővebb tamponade-ot kell alkalmazni. Ha a bélfal szakadékony, akkor a körülvevő álhártyákat vagy csepleszrészletet kell odavonni és a nyilást igy elzárni.

Csak egy szót még *a diffus peritonitissel műtétre kerülő betegek* **narkosizálásáról és kezeléséről**. Az előbbit kimerült betegnél perhorreskálom, s ha csak lehetséges, Schleich-féle anaesthesia mellett végzem a bemetszést. Könnyű ez különösen akkor, ha a beteg elesett, sensoriuma nem egészen tiszta; ha azonban bő nyilást, esetleges ellennyilást is akarunk alkalmazni, úgy szükséges a narkosis, melynek tartama azonban lehetőleg *rövid* legyen, annyival is inkább, mert a diffus peritonitisek, a mint az ismeretes, nagy követelményekkel lépnek fel a szivműködést illetőleg. Megtörtént több izben velem, hogy a narkosist megelőzőleg elég jó szivműködésű betegek, a műtétet követő 24 órában, különben tűrhető állapot mellett, hirtelen szivcollapsusban haltak el. Nem zárkózhatom el ezért azon benyomás elől, hogy a bódításnak része volt a szivgyöngeség előidézésében. Nagyon helyes ezért *Lange* azon ajánlata, hogy a műtétet direkte collapsusban ne végezzük, hanem várjunk 3—4 órát, mig a beteg kissé magához tér; különösen áll ez gyermekekre nézve. Az ilyen esetekben én rendesen, főleg ha a hasűrben nagy a genygyülem, vagy a bal lumbalis oldalon, vagy a középvonalban még egy ellennyilást készitek, ezt nyitva tartom, steril gazzel tamponálom; ha a medenczében is van nagyobb genygyülem és a Douglast kidomboritja, akkor — nőknél — a hátsó hüvelyboltozatot perforálom és ezen át egy gummicsövet vezetek a medenczébe.

Nem tapasztaltam azonban, hogy eme bő nyilások valami nagyban befolyásolták volna a lefolyást. A hasüreget eddigelé ily esetekben nem öblitettem ki sem physiologikus konyhasóoldattal, sem bórsavval, sem valami más antisepticummal. Tekintve azonban főleg az angol és amerikai autorok: *Cosh* és *Hawker* (9 diffus peritonitis közül 3 gyógyulás), *Brown*, de főleg *Mac Burneynek* már jelzett eredményeit és *Mayo Robsont* (6 diffus peritonitis közül 5 gyógyult meg), a jövőben megkisérlem a kimosást. Megjegyzem, hogy *Moyncham* és mások a hasűr kimosását perhorreskálják, ezzel szemben *Carlston* legalább 10 liter, *Dahlgren* 40 liter physiolog. konyhasó-oldattal öblit. Az angolok ezenkivül 30—40 gramm magnes,-sulf.-oldatot fecskendeznek a bélbe, azután 0·6 calomellel magas beöntéseket adnak, hogy lehető gyorsan ürülést idézzenek elő. A belek kiürítését én is *nagyon fontosnak* tartom. Különösen már napokig tartó folyamatnál, hol a belek renyhék, kimerültek, peristaltikájuk alig van, ép úgy acut bélelzáródásnál, mint itt bőven alkalmazom a vékonybélkacs bemetszését és szelek és bélsár bő kibocsátását, eddigelé ugyan nem nagy eredménynyel. Műtét után rögtön *csőréket* adatok *sennainfusummal* (25—40: 300-ra); felülről ricinusolajat, ha a betegek nem hánynak.

Ezenkivül *hypodermoklysiseket* kapnak a betegek naponta 2-szer 4—600 gramm meleg physiol. konyhasó-oldattal, melyek kitünően hatnak és nagyban emelik a szivműködést és a közérzetet.

Közleményem végére értem. Reménylem, sikerült kimutatnom, hogy a modern sebészet nagy és fényes eredményeket ér el a legsúlyosabb féregnyúlványlobok kezelésében, különösen akkor, ha résen állva, karöltve halad a belgyógyászattal. Bizonyitja ezt ama körülmény is, hogy daczára annak, miszerint műtett eseteim általánosságban rendkivül súlyosak voltak, mint kimutattam, mind meggyógyultak, kivételével azoknak, a melyek elhanyagolt állapotban kerültek a műtőasztalra és amúgy is veszve voltak.

* * *

Véleményem szerint ugyan bármily korán operáljunk is, és operáljunk akár minden esetet, mindig fogunk találni olyan foudroyans megbetegedésekre, a hol a legagilisabb sebész is későn jő és a magam részéről pium desideriumnak tartom *Dieulafoynak* azt az ismert mondását, mely szerint: „*On ne doit jamais mourir d'appendicite*“ vagyis „Senkinek sem szabadna vakbél körüli gyuladásban meghalnia“.

Miután másrészt kétségtelen, hogy concret esetben időelőtti beavatkozással határozottan árthatunk a betegnek, sőt azt veszélybe is sodorhatjuk, azt kell mondanunk, hogy csak az összes körülmények higgadt mérlegelése, a kórboncztani tünetek lehetőleg biztos diagnostizálása, a közérzet, pulsus, hőmérsék összevetése, a megbetegedés fellépésének és további alakulásának elbirálása képesitenek bennünket annak eldöntésére, hogy esetről esetre, óráról órára az egyes esetekben miként járjunk el legczélszerübben.

Az indikált és gyorsan véghezvitt műtét mindig áldásos beavatkozás, maradandó vivmánya a sebészetnek, mely bizonyára sok ezer emberéletet fog még a halál torkából kiragadni.

II. RÉSZ. CASUISTICA.

A) Heveny féregnyúlványlob körülirt tályogképződéssel. (Epityphlitis suppurativa circumscripta.)

(1—18.)

Körülirt tályoggal complikált féregnyúlványlobot heveny esetben kétszer, subacut állapotban 16-szor, összesen tehát 18 esetben operáltam. Ha a megbetegedési stadiumot vesszük tekintetbe, a melyben ezen tályoggal complicált acut esetek kezelésem alá jutottak, úgy azt találjuk, hogy a betegek rendszerint igen súlyos állapotban kerültek a sebészi osztályra,

olyankor, a midőn vagy már huzamosabban a magángyakorlatban házilag kezeltettek, vagy hosszabb-rövidebb időn át a szent István-kórház valamelyik belosztályán álltak megfigyelés alatt. Hiszen a kórtörténetek futólagos áttekintése is mutatja, hogy kivétel nélkül súlyos esetekkel volt dolgunk; kitünik ez abból is, hogy a 18 eset közül csak 1—1 lett a megbetegedés 5., illetőleg 6. napján operálva, mig a többi közül

1 a 10. napon
1 a 11. „
3 a 12. „
1 a 13. „
1 a 14. „
1 a 16. „
1 a 17. „
1 a 23. „
1 a 24. „
1 a 25. „
1 a 27. „
1 a 28. „
1 a 38. „

1 a 10. héten került műtétre.

A mint tehát ezekből látszik, tályoggal complikált acutabb eset a 10. nap előtt alig jutott hozzám. A tályog mindig typikus metszéssel lett megnyitva és a féregnyúlvány ott, a hol ez könnyen ment, egyúttal kiirtva. Történt ez pedig 9 esetben (2., 3., 4.. 9., 11., 15., 16., 17., 18. sz.). A 18 eset közül meghalt kettő (5. és 9. sz.). A gyógyulási arány tehát igen kedvező, a mennyiben daczára az esetek túlnyomóan súlyos voltának, mégis 89%-ot tesz ki, a mi nem megvetendő eredmény, ha tekintetbe vesszük, hogy pl. *Halliday* a Prince Albert Hospitalból 100 esetről referálván, a tályogos esetekben a mi 11%-unkkal szemben 23% halandóságot mutat ki. Elhalt esetünk egyikénél a féregnyúlvány kiirtatott, a másiknál nem. Az első (5. sz.) egy 20 éves férfit illet, a ki a megbetegedés 13-dik napján került osztályomra. Az epityphlitis itt rendkivül súlyos alakban lépett fel, a mennyiben ez az első roham mindjárt a féregnyúlvány gangraenájával köszöntött be; a folyamat azután gyorsan elharapódzott, rázóhidegek, magas lázak, súlyos peritonealis izgatottság jelei álltak előtérben és utaltak a műtéti beavatkozás sürgősségére. Ekkor hirtelen javulás áll be, mire a környezet megnyugszik. A hetedik napon azonban újból ileusszerű tünetek lépnek fel, az állapot mind súlyosabbra válik és midőn végre a 12. napon a kórházba hozzák, a folyamat oly előreterjedt, a metastasisok oly sokszorosak (máj-, subphrenikus-, agytályog), hogy a beteg a műtétet követő 17. napon elpusztult.

Ez esetet kétségtelenül előbb kellett volna operálni.

A másik (9. sz.) eset egy 20 éves nőt illet, a kinél szintén mindjárt az első roham adott okot a beavatkozásra. A beteg rendkivül elhanyagolt állapotban, a megbetegedés 38. (!) napján került hozzám, midőn már előzőleg néhány napon át septikus tünetek (magas, 40·2°-ig terjedő hőemelkedések, rázóhideg, makacs hányás stb.) uralták a kórképet. Helybelileg a kérdést sikerült ugyan megoldanom, a menynyiben a meglehetősen localizált hasűrbeli folyamatnak a vaginán és hasfalon át történt drainezése, mint a 13. sz. esetben, mindenek szerint itt is elegendőnek bizonyult volna; de az általános sepsis nagyon előrehaladt már és a beteg negyednapra meghalt.

1. *Epityphlitis perforativa medenczetályoggal.*

K. Hanna, 26 éves hajadon, Galicziából. Szülei élnek és egészségesek. Ő maga állitólag soha sem volt beteg. Havi baját 16 éves korában kapta meg, mely két napig tartott s azóta sohasem jelentkezett. 1895. május havában szült, szülés és gyermekágy rendes lefolyású. Ugyanezen időbe esik jelen bajának kezdete, a mikor is szél- és székrekedései, nemkülönben csikaró hasfájdalmak kinozták. Ezen fájdalmak mindjobban fokozódtak, étvágya teljesen megszünt, hetek óta állandóan lázas, úgy hogy igen súlyos állapotban a szt. István-kórház egyik belosztályára vétette fel magát, honnan másnap 1895. szeptember 5-dikén, műtét czéljából, osztályunkra tétetett át a következő jelenállapottal:

A teljesen elesett nőbeteg mellkasi szervei épek. Nyelv erősen bevont, étvágy semmi, többszörösen csuklás, hányás, szél- és székrekedés. A has erősen puffadt, fájdalmas; a jobb hypogastrium és inguinalis tájékon egy körülbelül gyermekfejnyi, resistens, igen érzékeny, homályosan fluctuáló, tompa kopogtatási hangot adó tumor tapintható, mely már érintésre is igen fájdalmas. Per vaginam et rectum egy a jobb parametriumot elődomboritó, határozottan fluctuáló resistentiát lehet tapintani. Mindezen tüneteknél fogva a diagnosist abscessus epityphliticusra tettük és 1895. szeptember 6-dikán aethernarcosisban betegen a műtétet végre is hajtottam.

Ez alkalommal — a körülbelül 17 cm.-nyi normalis metszés után — több mint 1½ liternyi geny ürült. A genytasakok egyrészt le a kis medenczébe, másrészt pedig a köldök felé terjedtek. A betegnek decrepid voltánál fogva radicalisabb műtétet (proc. vermiformis resectio) nem voltunk képesek végezni, csakis a genyűröknek gaze-zel való kitamponálására szoritkoztunk.

Beteg láztalanná lett. A tályogűrök sarjadzás útján kitelődtek, szél- és székrekedések megszüntek és 1895. deczember közepén beteg gyógyultan hagyta el a kórodát.

2. *Epityphlitis perforativa, egy nagy retrocoealis, a veséig hatoló és két intraperitonealis tályoggal.*

G. Géza, 21 éves festő. Már kétszer szenvedett a jelen megbetegedéshez hasonló bajban, mikor is magas lázak és fájdalmak közben a vakbél táján szél- és székrekedés lepte meg. Jelen baja a felvételt megelőzőleg 14 nappal kezdődött székrekedéssel és csikaró fájdalmakkal. Később a kólikák a jobb inguinalis tájon hevesebbek lettek, magas lázak, rázóhidegek léptek föl, mire *Stiller* tanár és *Körmöczy* dr. daganatot és hashártyagyuladást constatáltak. Az állapot rosszabbodásával beteg mindinkább elesett, sokat hányt és csuklott, úgy hogy végre műtét czéljából osztályunkra került.

Felvételkor nyelv száraz, vastag lepedékkel bevont, végtagok hidegek, vitium cordis (a mitralis fölött erős fúvó zörej, szivtompulat lényegesen nagyobbodott), has puffadt, nevezetesen jobboldalt, már felületes nyomásra is rendkivül érzékeny, mely érzékenység kissé túlterjed a középvonalon. A jobb inguinalis tájon másfél ökölnyi igen fájdalmas, a légzési mozgásokat nem követő, mozgathatlan, homályos fluctuatiót mutató terimenagyobbodás tapintható, melynek határai befelé a középvonal, fölfelé a köldököt a 10-ik bordával összekötő vonal, kifelé a csiptaraj, lefelé a Poupart-szálag. Legintensivebb kopogtatás mellett tompulat a spina anterior superior fölött. Hőmérsék 39·6, pulsus 120, légzés 36. Végbélvizsgálatnál a kis medencze magasabb regióiban jobboldalt resistentia. Kétségtelen lévén, hogy nagyobb genygyülem van jelen — ha egyelőre eltokolt állapotban is —, a hasüregben, rögtöni beavatkozás szüksége forgott fenn.

Műtét 1896. márczius 15-én. Typikus metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. A properitonealis szakadékony zsirszövet savóval erősen át van ivódva. Próbapunctióra az ágyéktáj felé irányzott tű 2—3 cm. mélységből néhány csepp genyt aspirál. Mindenekelőtt a *retroperitonealis colon ascendens mögött* fekvő nagy *tályog nyittatott* meg, melyből közel 1 l. igen bűzös geny ürült. A tapintó ujj fölfelé laza, genynyel beivódott kötőszövetben egész a veséig hatol. A vakbél alsó sarkán a peritoneum áthajlási redője mell felé a hólyag irányában öt ujjnyira megnyittatván, ezen helyről, mely a *Bauhin-billentyű alatt* és előtt fekszik, körülbelül ¼ *l. bűzös geny* ürült. E tályogűr kibővítése után a seb közepének felső zugában egy kis szilvanagyságú kerekded, kemény, genyes, fibrosus czafatokkal borított test alakjában előbukkan a féregnyúlvány distalis részlete. Az appendix szabaddátétele alkalmával, annak gyökétől fölfelé egy *harmadik* közel almanagyságú *tályog* nyittatik meg, mely természetesen intraperitoneal fekve bélkacsok által volt határolva. Közelebbi vizsgálatnál kitünik, hogy az appendix 2 cm.-re a csúcstól perforált, hogy a distalis csonk megvastagodott, duzzadt, szövetében is infiltrált, de szabad lumennel bir, mig a centralis vékonyabb részlet lumenében a nyákhártya begöngyölödött és összeforradni készül. A distalis csonk eltávolitása után a centralisból mintegy 2 cm. resecóltatott és az amputatiás csonk négy finom selyemvarrattal elzáratott. Az üregnek steril gazezel való laza tamponálása után a seb mellső része öt isolált, elsülyesztett silkworm-izomvarrat és külön bőrvarratokkal elzáratott, mig annak hátsó része 4—5 cm.-nyi szélességben nyitva hagyatván, jodoform-csikokkal tömöszöltetett.

Lefolyás teljesen zavartalan. Közvetlen a műtét után a hőmérsék leesik, beteg harmadnap teljesen láztalan és azontúl ilyen is marad. A steril gaze-csikok rendszeres időközökben váltva lettek és a beteg négy héttel később teljesen gyógyultan, sipoly hátramaradása nélkül hagyta el a kórházat.

1899. julius havában egészségesen bemutatkozik, műtét óta a vakbél részéről nehézségei nem voltak. Hassérve nincs.

Ezen eset classikus példája azon tályogos féregnyúlványloboknak, melyek műtét hiján okvetlenül elpusztulnak. A vakbél és felhágó remese mögötti tályog már a veséig kúszott, mig az átfúródott féregnyúlvány körül két intraperitonealis tályog képződött. Mivel a beteg féregnyúlványt könnyen lehetett elérni, az rögtön kiirtatott, mire beteg teljesen gyógyult.

3. *Epityphlitis perforativa recidivans. Két bélsárkő.*

H. Ilona, 16 éves hajadon, Brassóból. 1895. október havában erős gyomor- és hasgörcsei voltak, rázóhidegek gyakran lepték meg, hasa puffadt, érzékeny lett, jobb végtagját mozgatni nem tudta, 4 hétig lázban feküdt. Azóta hasának jobb oldala mindig érzékeny. 1896. már-

czius havában újabb rohamok, melyek májusban éppen oly vehemensen ismétlődnek. Azóta folyton ágyban fekvő beteg, járni nem tud, állandóan lázas és folyton fájdalma van a has jobb oldalán, erősen lesoványodott. Állapota az utóbbi időben igen súlyosbodott.

Status. Has puffadt, jobboldalt nyomásra érzékeny, ugyanitt a hypochondriumot és mesogastriumot resistens, fájdalmas, a légzési mozgásokat nem követő, mozgathatlan, göröngyös felületű daganat foglalja el, mely fluctuatiót nem mutat. A daganat határai percutorice és palpatorice rendetlen körvonalakban mutatkoznak: befelé a Poupart-szálag közepétől a köldökig terjed, felfelé a bordaív alatt elvész, hátrafelé kitölti az ágyék és gerinczoszlop táját, mely táj a bal oldalihoz képest erősebb boltosodást mutat. A jobb lumbalis tájon homályos fluctuatio. A resistentia fölött a kopogtatási hang tompult dobos. Beteg járásnál jobboldal felé hajlott medenczével lép; a jobb végtag teljes kinyujtásánál a medencze körülbelül 45°-nyi szögben emelkedik.

Műtét 1896. október 12-én chloroformnarkosisban. Eredetileg 12 cm. hosszú metszés 3 ujjnyira a spina ant. sup. fölött, párhuzamosan a Poupart-szálaggal, mely metszés később hátrafelé egyenes irányban tovafutó 8 cm.-nyi incisióval lett megtoldva. Az izomzat átmetszése után körülbelül 40 selyemligaturát kellett alkalmazni a nagy vérzés miatt, a mi a dolog erős chronikus lobos természetére mutatott. Megnyittatván a hasűr körülbelül 8 cm. szélességben, kitünt, hogy az mellfelé és a kis medencze felé szabad, míg a coecumnak külső oldalán a cseplesz szélesen odanőtt, hátsó oldalán pedig fel- és visszafelé kunkorodva és teljesen megtörve fekszik a minden irányban megnagyobbodott és álszálagos adhaesiókba beágyazott féregnyúlvány, a mely centralis felében ampullaszerűen tágult, kőkemény tapintatú. A rectrocoecalis, azaz a mesocoecum 2 lapja közötti zsíros kötszövet mellfelé majdnem a gerinczoszlopig, felfelé egész a mélyen álló, fixált veséig, lefelé az os ileum egész tányérját kitöltve kőkeményen, dudorzatosan, mindenfelé átlag 10—15 cm. átmérőben infiltrált; az infiltratumokban még bimanualis tapintásnál sem lehet genyet kimutatni. A metszés fentemlített tágitása és az adhaesiók megoldása után a féregnyúlvány mesenterioluma kettősen alákötteteett, a distalis vég felszabadittatott, a kiegyenesített appendix basisán csipővel leszoríttatott és körülbelül 2 cm.-nyire az eredési helytől resecáltatott. A praeparálásnál kitünik, hogy a féregnyúlványból a megtörés helyén finom fistulosus űrmenet vezet ki a retrocoecalis, tehát a retroperitonealis üregbe, a melyben a bevezetett sonda 6 cm.-re halad fölfelé a vese irányában. A resecált appendix 8 cm. hosszú, ampullaszerűen tágult középrészében átmérője 2½ cm., míg a fal vastagsága 4—5 mm. A distalis vég átmérője 1½ cm. A centralis ampullában egy nagy körtealakú, szürkés-barna 2 cm. hosszú, ugyanilyen széles, felszinén fekete tüskékkel bevont kő foglal helyet, míg a distalis tágulatban egy tetraederszerű kisebb, 1 cm. hosszú és széles fekete kő találtatik; a kettő között szürkés-fehér, régi vakolatszerű törmelék. A proc. vermiformis átmetszetéről kitünik, hogy ott a hol a kövek feküdtek, a nyákhártya erősen belövelt, sekélyen exulcerált, a falak vastagodottak, a megtörés helyén a vékonyodott falzatban fistulosus perforatio. A üregek nagysága miatt nyilt tamponade steril gaze-csikokkal.

Lefolyás. Rögtön műtét után a hőmérsék leesik és az első hat napon át nem is emelkedik a rendesen felül. 7-dik nap az esti hőmérsék 38·4°, 8-dik nap 38·2°, a 9-dik napon láztalan, 10-dik nap 39·1°, 11. és 12. nap 38·6—38·8°. — Ekkor a jobb lumbál tájékon, prominens, érzékeny helyen próbabeszúrást ejtünk, a melyre almanagyságú genygócz nyilik meg. Ezentúl akadálytalan gyógyulás, műtét után 6 héttel nyilt kezelés mellett a sebek behegedtek, beteg teljesen ki tudja nyujtani a lábát, úgy hogy fenjárva hagyja el a kórházat.

Ez alkalommal igen elhanyagolt esettel volt dolgunk, melynél az átfúródás kétségtelenül már az előbbi rohamok valamelyikénél állott be. Erre vall az átfúródás és két bélsárkő jelenléte mellett, melyek egyike stalaktitszerű, másika tetraederformájú és csiszoltlapú volt, azon hatalmas kérges kötszöveti túltengés, mely minden bizonynyal az eredetileg is retrocoecalis tályog eltokolása közben képződött. Ilynemű vastag kérges tokkal biró tályogok, melyeknél későbbi időben operálva sipolyos űrjáratú, kevés genyet tartalmazó góczokra bukkanunk, rendkivül rossz gyógyulási hajlammal birnak, mert a kemény fal miatt a tályogűr nem esik össze, renyhén sarjadzik és nehezen alagcsövezhető. E körülménynek tudható be, hogy az utókezelés alkalmával a jobb lumbal-tájon újból egy almamekkoraságú tályogot kellett megnyitnunk.

E helyen ki akarom még emelni, hogy, mint ez eset is bizonyitja, a jobb czomb flexiója epityphlitiseknél retroperitonealis lobosodásra utal.

4. *Epityphlitis perforativa hasűrbeli tályoggal.*

B. Anna, 24 éves cseléd Szempiczről. Jelen bajáig mindig egészséges volt. Felvétele előtt 16 nappal étvágytalan lett és hirtelen magas lázzal, nagy fájdalmak lepték meg a hasban, melyek különösen a vakbél tájékára concentrálódtak. Ugyanekkor szél- és székrekedés, valamint erős csuklás négy napon át. Ezért Korányi tanár klinikájára vétette fel magát, hol azonban jégborogatások és belső szerelés daczára állapota folyton rosszabbodott, fájdalmai nagyobbodtak és a csukláshoz gyakori hányás is társult, hasa puffadt lett, a miért is műtét czéljából osztályunkra tétetett át.

Felvételkor a mesogastrium és hypogastrium jobboldalt kissé erősebben elődomborodó, ugyanitt a köldök magasságától lefelé egészen a Poupart-szálagig az abdomen feszesebb, nyomásra igen érzékeny. A feszes resistentia, mely fölött a kopogtatási hang tompult dobos, a jobboldali lumbalis régióba követhető, a köldök táján gömbszerű, felfelé convex vonallal határolható, míg a hólyag táján kissé élesebb szegélyyel bir. Fluctuatio ki nem mutatható. Vaginalis vizsgálatnál a jobb parametrium előrenyomul, letolja a hüvelyboltozatot, pastosusan infiltrált, nyomásra érzékeny. Az uterus mozgatási kisérleteknél igen érzékeny. Végbélen át a Douglas kissé elődomborodik, jobboldalt nyomásra nagyon fájdalmas. Pulsus 120, légzés 28.

Műtét: 1897. márczius 21-dikén chloroform-narcosisban. 20 cm. hosszú typikus rézsutos metszés. Fascia transversa alatt a zsirszövet erősen infiltrált. Próbapunctio genyet mutat. A peritoneum a seb hosszúságában megnyittatván, erős sugárban igen büzös rothadt szagú geny, szökik elő. Kiderül most, hogy egy a hasfal és a belek összetapadása által képezett, vastag régi fibrosus álhártyákkal bélelt, almanagyságú üreget nyitottunk meg, a melynek külső falát fali hashártya, belső falát összetapadt ileum-kacsok képezik, míg hátul az elődomborodó vakbél határolja. A féregnyúlvány felkeresése czéljából a hashártya sebét felfelé kissé tágitani kellett. Az appendix közvetlenül a fali hashártya alatt vastag fibrosus álhártyák közé ágyazva feküdt, melyekből kihámozva megtaláltuk a kölesnyi perforatiót, körülbelül 6 cm.-re a féregnyúlvány vak végétől. Ezen hely alatt 2 cm.-re Kocher-csipővel leszorítottuk és amputáltuk a processus vermiformist. A szoritó csipőt helybenhagytuk, mert a mély fekvésű csonk varrásánál okvetlenül hártyás összenövést kellett volna fellazitanunk, a mitől, tekintettel az esetleges infectio veszélyre, tartózkodni akartunk. A sebet ezután bórvizzel kiirrigáltuk, alsó harmadát három silkworm-varrattal egyesitettük és az üreget jodoform-gaze-zel tamponáltuk. Műtét tartama ¾ óra.

Lefolyás Közvetlen a műtét után apyrexia, beteg állandóan láztalan is maradt. Közérzet rögtön a műtét után kitünő, műtét előtti heves fájdalmak nagy mértékben csökkentek, ép úgy a meteorismus. Nyomásra csak a műtét környéke fájdalmas. Pulsus 100, légzés 24. Másodnap spontan, bő hig szék szelekkel, nem hány, nem csuklik, has puha, nyelv még kissé bevont. Ezentúl állapota lassankint javul, pulsus és légzés normalissá, lesz negyednap a helybenhagyott pince eltávolittatik. Ötödnap kétszer hány, kötésváltoztatásnál bő genyedés, kitünő közérzet. Ezentúl zavartalan gyógyulás, úgy hogy május 9-dikén teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

Daczára tehát, hogy a csonk mély fekvése és álhártyás összenövések miatt nem lett typikus módon elvarrva, hanem csak csiptetővel három napon át leszoritva, akadálytalan gyógyulás sipoly visszamaradása nélkül.

5. *Epityphlitis perforativa gangraenosa subphrenikus, máj- és agytályoggal. Halál.*

F. Sándor, 20 éves, kömives, Kecskemétről. Négy éves korában hólyagos himlő. Jelen baja 13 nap előtt kezdődött lázzal, *rázó hidegekkel* és hasmenéssel, hasa felpuffadt, fájdalmas lett, csuklott, hányt, szelek időnként megrekedtek. Csekély javulás után 6 nap előtt ismét súlyosbodott az állapot, teljes szél- és székrekedés, lázak, úgy hogy a Szt.-István-kórházba vétette fel magát.

Felvételkor nagyfokú elesettség; a különben jól táplált beteg alhasa, különösen jobboldalt elődomborodó, puffadt, feszes, érintésre főleg a vakbél tájékán igen érzékeny, bőr nem oedemás. A crista és a Poupart-szálag külső része fölött befelé convex szélekkel határolt, tömött, ökölnyi resistentia érezhető, mely a hólyag felé élesebb határ nélkül elmosódik. A jobb hypogastriumban a Poupart-szálag középső és belső harmadának találkozásánál kezdődő, fölötte körülbelül öt ujjnyi szélességben a hólyag felé húzódó, a középvonalt két ujjal túlhaladó tompult zóna, mely a beteg helyzetváltoztatásakor is megmarad. A baloldali lumbális tájon érzékenység és tompulat, a mely helyzetváltoztatásnál szintén megmarad.

A rectalis vizsgálatnál a Douglas-üreg jobb felében fájdalmasság és resistentia mutatkozik. Vizeletben mérsékelt mennyiségű indican, kevés fehérnye.

Műtét 1897. április 8-án. 18 cm. hosszú, rézsutos metszés a Poupart-szálag fölött, miközben a praeperitonealis szövetek serosus imbibitiót mutatnak. A megvastagodott és szintén lobos fascia transversán keresztül a typhlon tájéka felé irányzott Pravaz-tűvel sárga genyet kaptunk. Midőn ezt kibocsátjuk, körülbelül ½ l. sárgás-zöld, bélsárszagú geny ürül egy nagy férfiökölnyi, főleg lefelé, a hólyag felé terjedő tályogűrből, melynek felső része a vakbél, illetve a felhágó vastagbél alatt és attól mellfelé fekszik, aláfelé pedig kiszélesedve a kis medenczébe követhető, hol balfelé a flexura sigm. képezi határát. A tályogűr fala vastag rostonyás álhártyákkal borított. A proc. vermiformist nem találtuk meg, annak keresése pedig a műtét lehetőleg gyors befejezése miatt nem forciroztatik. Ezután a tályogűr alsó, a hólyag felé eső részébe ujjnyi vastag drain vezettetett, a melyet körös-körül steril gaze-csikokkal tamponálunk, a seb felső harmadát pedig három silkworm-varrattal egyesitjük.

Lefolyás. Műtétet követő nap beteg elég jól érzi magát, de láztalan nem lett, esti hőmérsék 38·6°. Hányás és csuklás teljesen elmaradtak, nyelv száraz, szelek glycerin klysmára több izben távoznak, alhas még mindig feszes, vizeletet katheterrel kell kibocsátani. Harmadnap

spontan vizel, has lelohadt, fájdalmak csökkentek, gaze-csíkok lazittatnak, pulsus 92, légzés 16, esti hőmérsék 38·3°. Negyednap euphoria, drain eltávolíttatik, friss tamponade, has fájdalmatlan, esti hőmérsék 38·1. Ötödnap teljes euphoria, nyelv tiszta, pulsus 64, légzés 16, kötésváltoztatásnál a sebüreg fenekén a proc. vermiformis látható, melynek peripherikus 2/3-a nekrotizált *elhalt czafatokban lóg le*, felfelé demarcationalis gyűrű által elhatárolt. *A következő hét napon át teljes jólét és jó táplálkozás*, beteg gyarapszik; *feltünő csak az, hogy nem teljesen láztalan*, a mennyiben az esti hőmérsék mindig 37·8—37·9°-ig emelkedik.

Tizennegyedik napon az alhasi táj jobb- és baloldalt, valamint a symphysis fölött igen érzékeny — tompulat e helyeken nincs —, a seb tiszta, egy helyen csekély retentio. Tizenötödik napon hirtelen hőemelkedés 39·5°-ig, nyelv száraz, has puffadt, a bal hypogastrium körülirt helyen igen érzékeny, feszes, tompulat, resistentia nem mutatható ki. 23-án rázó hideg, 40·6° hő, baloldalt a scapula csúcsáig terjedő *exsudatum pleuriticum*. 24-én nagy elesettség, hő állandóan 39° fölött. Punctiónál baloldalt tiszta, sárga savó ürül a mellüregből. A mellső sebajk közepén finom sonda számára átjárható fistula, melyből bélsár ürül. A hasseb környezete reactionélküli, a genyedés minimalis, naponta többször spontan szék. Exitus.

Boncz lelet. (Genersich tanár.) Has kissé puffadt. Cseplesz alsó része az inguinalis tájhoz odanőtt. Belek egyes helyeken összenőttek. Hashártyán helyenként palaszürke foltok. A *bal* csipővájulatban, a symphysis mellett, a középvonalon túl kissé jobbra terjedőleg tyúktojásnyi, genyet és nyákos bélsárt tartalmazó tályog, melynek falát elöl a húgyhólyag, hátul baloldalt a flexura sygmoidea, jobboldalt a symphysishez odatapadt és egymással is összenőtt vékonybélkacsok képezik. A tályog falát czafatos, szennyes-szürke, kérges szövet képezi. Belek lefejtés közben könnyen szakadnak. A proc. vermiformis 10 cm. hosszú; 2 cm.-nyi részlete derékszögben megtört; ez a szöglet az inguinalis heg felé van húzva, oda vékony, palaszürke szálaggal rögzítve és e helyen leginkább vékonyodott. Felmetszésénél kitünik, hogy szabad vége fölött 4 cm.-re két, kölesnyi gödröcs van jelen, melyek közül a felső egy a nyákhártya alatt centralis irányban futó, 2 cm. hosszú perforatiós sipolyba vezet, míg a másik a féregnyúlvány falán keresztül ama kötőszöveti szálagban vakon végződik, mely a proc. vermiformist a heghez rögzítette. A két gödröcs között 3—4 mm.-nyi híd van. Jobb tüdő felfujt; bal *tüdő* alsó részlete izomtapintatú, majdnem teljesen légtelen s alapja egy nagy üreg falát képezi, mely a rekesz elpusztulása után a lép, gyomor és máj bal lebenye között létre jött. Az űr falzata czafatos, a lépen a savós burok szétmállott, úgy hogy a parenchyma mezitelenül fekszik elő. A *máj* bal lebenyében egy ama nagy űrrel összefüggő ökölnyi és egy másik tyúktojásnyi bűzös evvel telt tályog. A gyomor hátsó falán 4 cm.-re a cordia alatt egymás mellett 3 lencsényi, továbbá jobb falán rajzszögfej nagyságú lyuk a nyákhártyán. Azon helyen, hol a gyomor az eves űr falát képezte, savós hártyája és izomzata nagy kiterjedésben fel van marva. Flexura sygmoidea alsó részében borsónyi, sima, kifelé fordított szélű lyuk, mellette két másik nagyobb nyilás, melyek a leirt tályogűrbe vezetnek. Az *agy* bal homloklebenyében tyúktojásnyi, 35 gr. genyt tartalmazó üreg, szomszédságában az agyállomány ellágyult, mellette egy diónyi lágy fallal biró abscessus, mely a bal oldalgyomrocs lehágó szarvába betört. *Diagnosis.* Abscessus subphrenicus sinister et abscessus hepatis tres cum perforatione ad ventriculum. Peritonitis saccata cum perforatione flexurae sygmoideae tuplice in sequentem appendicitidis perforativae gangraenosae duo menses ante obitum operatae. Abscessus cerebri.

Ezen esetben egy elhanyagolt és elharapódzott genyes folyamattal volt dolgunk, mely, a mint látható már kezdettől fogva a legsúlyosabb tünetekkel, ú. m. magas lázzal, rázó hideggel, súlyos peritonitikus izgatottsággal indult meg. Már maguknak ezen jelek összességének fel kellett volna kelteni a szorgos megfigyelőben az átfúródó féregnyúlványlob gyanuját. A rövid csalóka javulás után a megbetegedés hetedik napján beállott ileusszerű tünetekkel való súlyosbodás pedig épenséggel vészthozó lett a betegre nézve, mert csupán az ezen időtájt végrehajtott gyors műtéti beavatkozás adhatta volna meg a betegnek a gyógyulás lehetőségét, a mennyiben a metastatikus góczok lerakodása valószinűleg ez időtájt következett be.

Ezen még aránylag kedvező időpont elmulasztásával a hat nappal később végrehajtott műtét (beteg a műtétet megelőző estén lett osztályunkra szállítva) már csak rövid időleges javulást eredményezett. Műtétet követő 14-ed napig a beteg aránylag jól érezte magát, mert az operatio alkalmával egy nagy bűzös tályogűr lett feltárva és kitisztítva. Feltünő volt azonban, hogy a defervescentia nem volt teljes és állandóan kisebb esti hőemelkedések mutatkoztak. Ezen időn túl súlyos pyaemia tünetei praevaleáltak, melyek szorgos összegezéséből a halált megelőző napon lehetett volna ugyan subphrenikus tályogra következtetnünk; de tekintetbe véve a bonczolásnál lelt hatalmas elváltozásokat, a májtályogot és a minden symptoma nélkül fejlődött agytályogot, több mint bizonyos, hogy a beavatkozás eredménynyel nem járt volna.

A diagnosis lehetőségére nézve ki akarom még emelni, hogy a lefolyásnál a rázó hidegek, a magas lázak, a has érzéketlensége, a pleuritis fellépése a műtét utáni 15-ik napon, de különösen azon körülmény, hogy a punctio *savós* izzadmányt eredményezett, arra kellett volna hogy tereljék a gondolatmenet irányát, hogy a rekesz alatt genyes folyamat propagálódik, a mely legnagyobb valószinűség szerint a véredények útján és a nyirkpályákon át kúszott fölfelé és subdiaphragmális tályog alakjában jelentkezett, esetleg a máj parenchymájában fellépett abscessusra adott okot.

Akkoriban még nem voltak azonban olyan bő tapasztalataim az epityphlitis complicatiói tekintetében, nem voltam annyira beavatva a serosus pleuralis izzadmány diagnostikus jelentőségébe éppen olyan esetekben, a hol magas lázak és rázó hidegek forognak fenn, a melyek esetleg az eredeti abdominalis megbetegedéssel lehetnek összefüggésben. Ma már meg vagyok győződve, hogy az ilyen serosus exsudatumok nem egyebek, mint lobos reactiv folyamatok, melyekkel a pleura, épp úgy, mint a peritoneum, visszahat akkor, ha közelében genyes szétesö processusok fejlődnek acut módon. Ezen tünet számbavételével utóbbi időben több izben volt alkalmam máj- és subphrenikus tályogokat diagnostizálni ott, a hol más tünetek jóformán teljesen hiányoztak, úgy hogy meggyőződésem, hogy hasonló tünetcsoport létezésénél a sebésznek szigorú kötelessége több, esetleg 4—5—6 neki alkalmasnak látszó helyen hosszú tűvel mély próbabeszúrásokat ejteni a genygóczok kideritésének elősegitésére.

6. *Epityphlitis suppurativa retrocoecalis tályoggal.*

T. Tibor 3 éves fiú Budapestről. Családjában tuberculosis nem fordult elő. Kanyarót és torokgyuladást állott ki, 2 éves kora óta székrekedésben szenved, melyet hasmenések váltanak fel. 1897. julius 24-én székrekedés, 25-én soporosus, 26-án *Szontágh* tanár magas lázat constatál és laxanst rendel. Azóta folytonos lázak, hol intermittáló, hol remittáló jelleggel, gyakori borzongás, egyszer nagyobb rázó hideg, has nagyon fájdalmas, jobboldalt, különösen a vakbél táján, nyomásra rendkivül érzékeny. Az utóbbi napokban a jobb alsó végtagot behajlítva tartja, a láb nyujtása fájdalmas, ágyban jobb oldalra fekszik.

A sanatoriumba való *felvételkor* az egészen lesoványodott fiúgyermek étvágytalan. Has erősen puffadt, feszes, fájdalmas, különösen a jobb hypochondrium és a jobb csípő tövis körüli rész, mely helyek elő-domborodnak és tészta tapintatúak. A jobb láb 120° alatt behajlított, kinyujtásakor a gyermek sikolt, gerinczoszlop és csípőizület épek. Augusztus 6-án *Bókay* és *Szontágh* tanárokkal együtt narcosisban vizsgálva a beteget, úgy találtuk, hogy az infiltratio a jobb hypochondriumban a Poupart-szálag közepéig terjed. Csípőtaraj fölött kis helyen fluctuatio, hol a beszúrt Pravaz-tű bűzös genyt hoz ki.

Műtét: augusztus 6-án. Normalis metszés a Poupart-szálag külső harmadától a csipőtaraj fölött hátrafelé. Az izomzat átszelése után egy a coecum aljából kiinduló nagy tályogűr nyittatik meg, a melyből körülbelül 3/4 liter geny ürül.

A tályogűr egyrészt a kis medencze felé, másrészt a mesocoecum és mesocolon lapjai között a máj alá és a vese felé vezet, sok tasakkal bir, különösen intraperitoneal mellső elhelyeződésében, hol vastag álhártyák által határoltatik, melyek között egy kis ujjnyi képlet a coecum belső oldalán a processus vermiformisnak imponál. E képlet azonban az erős összenövések miatt nem resecáltatik. Kiöblítés steril vízzel, a seb részleges elvarrása, steril gaze tamponade.

Lefolyás, teljesen normalis, beteg a műtét után rögtön láztalan lesz, és az is marad. 4 hét alatt teljes gyógyulás.

7. *Epityphlitis suppurativa traumatica.*

T. Antal, 11 éves tanuló Budapestről. Jelen bajáig mindig egészséges volt. 12 nappal azelőtt tanítója megverte és a dobogó felé lökte. Következő éjjelre erős hasfájdalmak léptek föl, melyek később annyira fokozódtak, hogy a szülők orvost hivattak. A megbetegedés 3-ik napjától kezdve a fájdalmak a jobb alhas, különösen a vakbél táján jelentkeztek. Gyakran hányt, szél- és székrekedés, lázak, az alhas érintésre igen érzékeny. Hashajtóra széke volt. Egy héttel ezelőtt a vakbél táján daganat kezdődött, melynek érzékenysége és terjedelme azóta naponta nőtt. Utóbbi napokban rendetlen lázak.

Felvételkor, *1897. október 22-én* reggel, a jobb Poupart-szálag fölött a spina anterior superiortól mellfelé férfiökölnyi elődomborodó daganat, mely mellfelé 3 ujjnyira haladja túl a középvonalat, fölfelé pedig 2 ujjal a köldök magassága felé ér és fluctuatiót mutat. A daganat fölött a kopogtatási hang tompa. Analis vizsgálatnál a Douglas erősen ledomborodott, puha tapintatú katheterrel kevés tiszta normalis jellegű vizelet. Hőmérsék 40·3, pulsus 124.

Műtét ugyanaz nap. 10 cm. hosszú typikus rézsútos metszéssel hatalmas tályagűr nyittatik meg, mely a vakbél által határoltatik, mellfelé vékonybél-kacsok között foglal helyet, lefelé pedig mélyen a *kis medenczébe beterjed.* 3/4 liter bűzös geny. A féregnyúlvány nem lelhető fel biztosan, valószinűleg egy ujjnyi vastag képlet a seb felső zugában felel

meg neki. Minthogy azonban ennek kihámozása az organizált álhártyák közül könnyen a szabad hasűr megnyitásával járhatott volna, resecálásától elállottunk. Tanponade steril gazzel, vastag csík a kis medenczébe.

Lefolyás teljesen zavartalan. Közvetlen a műtét után a hőmérsék leesik 36·2—35·5 és a beteg ezentúl is állandóan láztalan marad. Másnap közérzet már igen jó, has nem érzékeny, fájdalmak nincsenek, szelek mennek. Harmadnap a csikok rövidíttetnek, nyolczadik nap a seb tisztán sarjadzik és november 22-én beteg kis granuláló felülettel a kórházból elbocsáttatik.

Érdekes ez esetben a baj traumatikus eredete, a mi annál szembeötlőbb, mert a gyermek jelen megbetegedéseig állitólag mindig egészséges volt.

8. *Epityphlitis suppurativa recidivans.*

A. Salamon, 46 éves ügynök, Vág-Újhelyről. 1897. juniusig egészséges volt. Ekkor jobb alhasában hirtelen heves fájdalmak léptek fel, hashajtók daczára 12 napon át szél- és székrekedés, hasa felpuffadt, étvágytalanság, hányinger. Ezután teljesen jól érezte magát ugyanezen év deczember 3-dikáig, a midőn hirtelen ismét nagyon rosszul lett, heves szúró fájdalmak a vakbél táján, szél- és székrekedés, úgy hogy 8 napig ágyban feküdt. Nem hányt, nem csuklott. Kilencz napi relativ jólét után deczember 20-án rázó hideg, mely 2 órán át tartott, heves fájdalmak a typhlon táján lázzal, böfögéssel, csuklással. A vakbél táján folyton növekvő fájdalmas duzzanat. Állapota rosszabbodván, deczember 30-án a kórházba vétette fel magát.

Felvételkor tüdő-emphysema, nyelv száraz, has kevéssé puffadt, vakbéltáj jobban elődomborodó, ugyanitt nyomásra érzékenység. A Poupart-szálag fölött kis tenyérnyi körülirt, felfelé domborúan elhatárolt resistentia tapintható, melynek közepe fölött a bőr kissé oedemás, nem feszes, nincs elszinesedve. Ugyanitt 2½ ujjnyi tompulati zóna. Anális vizsgálatnál kevés érzékenység a jobb linea innominata táján. Vizelet normalis.

Műtét 1897. deczember 31-én. 15 cm. hosszú typikus metszés a Poupart-szálag fölött. Próbapunctióra sárgás geny. A hashártya megnyitásakor körülbelül 150 gramm sűrű, sárga, bűzös geny ürül egy a vakbél fölött levő kis ökölnyi tályogűrből, melyet a szabad hasűr felé vastag álhártyákkal összenőtt belek határolnak el. Alsó zúgában körülbelül diónyi recessus húzódik a vakbél felé. Hasonló recessusa van a tályognak a vakbél fölött a lumbális tájon is, egy harmadik pedig befelé, a vékonybelek összetapadt kacsai között. A féregnyúlványt keresendő egy a vakbél és hasfal között húzódó göröngyös képletet irtottunk ki, mely azonban közelebbi vizsgálatnál nem bizonyult appendixnek. Miután hosszabb óvatos keresés daczára sem találtuk meg a proc. vermiformist, a sebüreget jodoformgazezal kitamponálva, a hasseb alsó két harmadát silkwrom-varratakkal egyesítettük.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. Harmadnap a jodoformcsikok steril gazezal pótoltatnak, 6-dik nap a sarjadzás megindult, genyedés csak a felső sebzúgból történik, 10-ed napra a secretio minimális, a seb sparadrap csikokkal összehúzatik, 14-dik napon saját kívánságára 2 cm. mély granuláló sebfelülettel idő előtt elbocsáttatik.

További 17 nap lefolyása alatt a sipolynyilás teljesen begyógyult.

9. *Epityphlitis suppurativa medenczetályoggal. Septhaemia. Halál.*

F. Mari, 20 éves cseléd, Indiából (Bács-Bodrogmegye). Két évvel ezelőtt szült. Jelen baja 1897. deczember vége felé kezdődött, midőn jobb alhasából kiinduló fájdalmak léptek fel, melyek azóta igen gyakran ismétlődnek. Ugyanakkor lázak; széke rendetlen lett, de nem hányt, nem csuklott. Állapota nem javulván, 1898. január elején a szt. István-kórház belosztályára került, hol fájdalmaihoz és a lázhoz vizelési zavarok is társultak. A műtétet megelőző utolsó napon az esti hőmérsék 39·6—40·2° között ingadozott, beteg rázóhidegek közben többször hányt, hasa puffadtabb és fájdalmas lett, folytonosan csuklott.

Felvételkor a sebészi osztályra diffus bronchitis, alhas elődomborodó, jobboldalt erősebben. Ugyanezen táj egész terjedelmében feszes, nyomásra fájdalmas, vizsgálatkor egészen a középvonalig terjedő 3 tenyérnyi resistentia tapintható ki, a mely fölött a bőr normalis színű, nem oedemás. Kopogtatási hang tompa. A tompulati zóna felső határa a csipő tövis fölött 3 harántujjnyira kezdődik a csipő tarajon, innen felfelé domború vonalban fut a köldök magasságáig, honnan hirtelen meredeken leszáll és a középvonalat alig haladva túl jut a symphysisig. A mélyben homályos fluctuatio érezhető. — Vagina középtág, portio süllyedt, méh retroflectált, fundusa a Douglast és a jobboldali fornixot teljesen kitöltő, ledomborító, kemény tapintatú, nem fluctuáló resistentiába ágyazott, oda fixált, nem mozgatható. A méh kissé balfelé helyeződött, a bal parametrium is erősen infiltrált. Anális és vaginalis combinált vizsgálatnál a Kohlrausch-féle redő tájékán a vagina és rectum közötti tér *tésztatapintatú*, az ujjbenyomatokat megtartó exsudatummal kitöltött, a mely a rectumot e helyütt boltozatszerűleg áthidalja s úgy jobb-, mint balfelől széles alapon odatámaszkodik a medencze falához. Felfelé közvetlenül folytatódik a méh jobb oldalán lévő terimenagyobbodásba.

Műtét 1898. január 28-dikán. 15 cm. hosszú rézsutos metszés egy ujjnyira a Poupart-szálag fölött. A hasfal képleteinek átmetszése után a megvastagodott és beszűrődött fascia transversa a vele lobosan összenőtt hashártyáról tompán leválasztatott. Daczára annak, hogy az előttünk fekvő hashártya és a mögötte lévő képletek lobos beszűrődése és tömöttsége határozottan genygócz jelenlétére mutattak, próbapunctióval genyet e helyütt nem nyertünk, bármily mélyre szúrtunk is; csak midőn le- és aláfelé, a csipőtányérról iparkodtunk a hashártyát tompán leválasztani, akkor nyilt meg egy hosszúkás, lefelé a csipőtányér közepéig, felfelé a felső csipőtövis fölé két ujjnyira terjedő, de itt vakon végződő, igen vastag, szalonnás külemű, fehéres pyogen membránával kibélelt tályogüreg, melyből körülbelül 200 gr. sűrű, sárga, de nem nagyon bűzös geny ürült. A tályogűrt felülről a lobosan megvastagodott, igen compact fibrinosus álhártyákba beágyazott appendices epiploicae borította, fenekét pedig a vakbél ampullája, a szomszédságból odatapadt bélkacsok képezték. Ezen képletek között hosszas keresés és praeparálás után a vastag fibrinosus álhártyákba beágyazva felülről, kivülről le- és befelé húzódó hengeres képletet: a féregnyúlványt hámoztuk ki, a melynek hegyes vége a Douglas felé fixálódott; ennek felszabadításakor *a Douglas-üregét kitöltő, gyermekfejnél is nagyobb tályogűr nyilt meg*, mely az első izben előbukkant tályoggal a féregnyúlvány csúcsának leválasztási helyén kis ujj számára átjárható, az összetapadt belek által képezett csatornán át közlekedik. A féregnyúlvány maga meglehetősen épnek látszott, nem volt megvastagodva, perforatiós nyilást nem mutatott; mindazonáltal az álhártyákból 6 cm. hosszúságban kihámoztuk és itt Kocher-csipővel leszorítva resecáltuk, alákötöttük, a csonkot pedig két sero-serosus finom selyemvarrattal bezártuk. Most az említett közlekedő csatornán át a Douglas tályogürébe hosszú görbe makkfogót vezettünk, ezt a hátsó fornixon át közvetlenül az uterus mögött kiböktük és az így képezett nyiláson át a vaginából kisujjvastagságú draincsövet húztunk a vakbél mögött fekvő tályogűrbe. A műtét alatt a belek gondosan védve lettek, sehol bélösszetapadás erőszakosan megoldva nem lett.

Lefolyás. Közvetlenül a műtét után a hőmérsék nem esik le a remélt módon, a mennyiben a hőfok 39·1 és 38·6° között ingadozik. Betegnek időnként a műtett helyen nagy fájdalmai vannak, többször hány, szék- és szélrekedése van. A műtétet követő napon állapota elég tűrhető, jóformán állandóan láztalan, legmagasabb hőmérsék 37·5°, pulsus 120, respiratio 20, kevesebbet csuklik, has csupán a műtett helyen érzékeny, puha, resistentia csökkent, gaze-csikok lazittatnak, miközben kevés váladék ürül. Az egész bal tüdő fölött azonban diffuse nedves szörtyzörejek hallhatók, tompulat ugyanitt nincs.

Priessnitz a mellkasra és belsőleg Ipecac.-főzet. Harmadnapra beteg sokat hány, csuklik, állapota lényegesen rosszabbodott, has puffadtabb, szelek alig mennek, sklerák sárgák. A hőmérsék subnormalis: 35·1°, pulsus 120, resp. 28. Negyednap állandóan subnormalis temperatura mellett az ütérlökések száma rendkivül gyarapszik, sklerák intensiv sárgák, sensorium teljesen zavart és mindennemű szerelés daczára csakhamar beáll a halál.

Genersich tanár boncz leletéből a következőket emelem ki:

Bal tüdő odanőtt, az *odanövesztő szövet barna genyes savóval beszűrődött.* Máj nagyobb, erősen fakó reczézettel, jobb lebeny domborulatán 3 krajczárnyi behúzódás, a melyek felett a serosa megvastagodott; a függesztő szalag mellett egy gumma. Az összetapadt csepleszt gyenge húzással lefejtve, a hasűr felől a sebüregbe jutunk, a hol a cseplesz és a vakbél, másfelől az összetapadt vékonybelek és a szivósan összenőtt nemzőrészek körülhatárolják azt az üreget, a melyen át a draincső a medenczeűr felé vezet; ezen üregnek a vakbél felé eső részében a féregnyúlvány 1 cm. hosszú csonkja fekszik, a vakbél fala kivül sarjakkal bevont, belül a nyákhártya halvány. Az üreg maga a méh, az összenőtt és alig szétválasztható ovarium és tuba között egészen a hüvelyboltozatig hatol, az űrnek legmélyebb tasakja mintegy 3 cm.-nyire a szeméremhasadék fölött vakon végződik, az üreg mindenütt vastag, genyes sarjakkal van bélelve. *A végbél mellső felületén* 16 cm.-nyire az anus fölött a középvonaltól kissé balra *lencsényi perforatio.* Petefészkek diónyiak. Kürtök abdominalis nyilása elzáródott.

Diagnosis: Septicaemia. Degeneratio adiposa cordis, hepatis renumque et icterus. Resectio proc. vermiformis et canalisatio abscessus periuterini ad vaginam. Perforatio abscessus ad rectum. Hepatitis interstitialis circumscripta. Gummata syphilitica ibidem.

Ismét egy rendkivül elhanyagolt eset, mely a megbetegedés 38. napján (!) került műtétre, midőn már előzőleg súlyos hashártyalob és sepsis tünetei (magas lázak, rázó hideg, hányás, csuklás, meteorismus) mutatkoztak. Idejekorán véghezvitt műtéttel e beteget mindenesetre meg lehetett volna menteni, mert a folyamat eléggé lokalizálva volt. Később iparkodott a természet segiteni, a mennyiben a medenczetályog a végbélbe 16 cm.-nyire az anus nyilása fölött áttört. E perforatio nem nyujtott azonban elegendő lefolyást, a pyogen bacteriumok a hatalmas tályogűrből felszivódtak, a bal tüdőt odanövesztő szövetben genyes beszűrődést és általános genyvérűséget okoztak. Könnyen érthető, hogy az ilyen körülmények között végrehajtott műtét, daczára az alapos, a vaginán át vezetett drainagenak nem lehetett sikeres. Kiemelem még, hogy ily súlyos elváltozásokat a féregnyúlvány aránylag csekély makroskopikus elváltozása idézett elő, a mennyiben medenczefekvésben fixálva át sem volt fúródva.

10. *Epityhlitis, retrocoecalis genygyülemnélküli kötszöveti lobbal.*

Sch. Pál, 13 éves gymnasiumi tanuló Budapestről. Családjában gümőkór nem forog fenn. 4 éves korában kanyarót, 8 éves korában

parotitist állott ki. Jelen baja 1897. deczember 30-dikán kezdődött erős hasgörcsökkel. Azóta étvágytalan és némi intermissiókkal *lázas*. 5 nap óta fájdalmak a jobb lumbalis tájon, azóta a jobb végtag kinyujtása csipőben és térdben fájdalmas. Állandó székrekedés, széke csak naponkénti beöntésre volt.

A sanatoriumba való *felvételkor* 1898. január 28 dikán, has puffadt, vakbéltáj érzékeny és resistentiát mutat a mélyben, mely nagyon homályosan fluctuál. A jobb lumbaltáj erősebben kitöltött, a jobb alsóvégtag a czombizületben flectált. Csipőizület szabad. E tünetek alapján Mátray és Gersuny kartársakkal egyetemben epityphlitist kórisméztünk és operatiót javasoltunk.

Műtét: másnap 1898. január 25-dikén. Chloroform-narcosisban typikus metszés. A peritoneum megvastagodott, a *mesocoecum* és *mesocolon kocsonyásan beivódott, deszkaszerűen infiltrált,* a *zsírszövet között genyceppekkel*. A mesocoecumban egy irónvastagságú kemény köteg, valószinűleg a részben retroperitoneal elhelyezett féregnyúlvány. Miután többszörös próbapunctióra genyt nem kapunk, az egész üreget tamponáljuk és nyitott kezelést indítunk meg.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. A *2-dik héten erősebb genyedés,* a hét végén a lábát szabadon mozgatni tudja és február 17-dikén az intézetet gyógyultan hagyja el.

Különösen kiemelendő emez eset lelete: *a mesocoecum és mesocolon kocsonyás infiltratiója*, melynek megfelelőleg a klinikai képben is az enyhén lefutó diffus kötszöveti phlegmone jelei léptek előtérbe. A lob kiterjedt a m. psoas, a m. iliacus és a vesetáj kötszövetére, behatolt a mélyebb izomrétegekbe, minek eredményekép a jobb alsó végtag erős hajlitása következett be. A zsírszövet között csupán picziny cseppekben mutatkozott geny, sehol tályog, épp oly kevéssé, mint Sonnenburg ehhez hasonló (50-ik) halálosan végződő esetében, melynél a féregnyulvány nem volt átfúródva. Az ilyen kórképek igen ritkák. Harbitz például 30 epityphlitis autopsiánál csak egy hasonló esetet talált, a hol az appendix szinte normális volt. Ezen esetekben a bakteriumok mindenek szerint a mesenteriolum kötszövetén át kúsznak tova a retrocoecalis kötszövetbe és innen az izmok és fasciák hasadékaiba jutnak, mindenfelé miliaris góczokat képezve, a nélkül, hogy nagyobb genygyülemre vezetnének. Pirogoff purulens oedemájának e képével szem előtt nem találtam a hasüreg megnyitását esetemben javaltnak. A fiú gyógyult és 1899. augusztus haváig — következmény igazat adott, a midőn utóljára kaptam felőle hirt — egészséges.

11. *Epityplitis perforativa kizárólag medenczetályoggal.*

Cs. Sándor, 25 éves nyomdász. Hat év előtt hastyphust állott ki. 1897. november óta széke rendetlen, sokszor kimaradt, olykor pedig hasmenései voltak. Deczember vége óta gyakori hasgörcsökben szenved. Január elején több napi székrekedés után, hirtelen hasgörcsök lepték meg rázóhideg és forróság kiséretében. Azóta folyton lázai vannak, széke csupán hashajtókra jelentkezik, alhasti tájéka mindinkább fájdalmasabb lett, hasa puffadt, szelek elakadtak, s az utóbbi napokban gyakran hányt és csuklott. Vizelés alkalmával égető fájdalmakat érzett. Január 29-dikén került Háry kartárs szivessége folytán osztályomra, hol antiphlogistikus kezelésre a tünetek javultak, a lázak azonban persistáltak, s az alhasi tájékban mindinkább növekedő fájdalmas daganata fejlődik.

Az elég jól táplált férfibeteg mellkasi szervei épek. Has puffadt, a jobb hypogastrium elődomborodó, ugyanott az inguinalis táj medialis fele része és a hólyag táj fölött elterülő, tenyérnyi terjedelmű, felfelé jól kitapintható, convex határokkal biró elég tömött, nagy férfiökölnyi resistentia észlelhető, mely felett a jelzett terjedelemben, kissé a baloldalra is átterjedő félköralakú tompulat kopogtatható ki. Ezen táj érintésre igen fájdalmas, fölötte a bőr normalis, nem oedematosus. Máj- és léptompulat rendesek; a lumbalis tájék mindkét oldalt szabad. Analis vizsgálatkor a Douglas előre ledomborodott, bimanualis tapintáskor jól érezhető az ökölnyi resistentia, mely a Douglasba terjed és fluctuál. Vizelet normalis.

Tekintve a resistentia atypikus, jobban a hólyagtájon fekvő helyzetét, a szokásos, a Poupart-szálaggal párhuzamos metszéstől eltérőleg, 1898. február 3-dikán a jobb rectus külső szélén keresztül 11 cm. hosszú függélyes metszést ejtettem. A rectus rostjainak szétválasztása után a lobosan infiltrált fascia transversán keresztül a resistentiát több irányban pungáltam, azonban eredménytelenül, mert genyt nem kaptunk; valószinűleg azért, mivel a tályogűr mélyen alul, a hólyag mögött a Douglasban foglalt helyet. Nem maradt más hátra, a hasüregbeli viszonyok közvetlen kitapinthatása czéljából, mint a szabad hasüreget a resistentia felett megnyitni, a mi egy 10 cm. hosszú, a Poupart-szálaggal párhuzamos metszéssel megtörténvén, jól kitapintható volt a Douglasból kiemelkedő s felfelé vastag, álhártyákkal határolt tályog felső fala, melynek jobb felső zugához a majdnem kisujjnyi vastag, 8—9 cm. hosszú féregnyúlvány húzódott. A féregnyúlvány egész szabadon feküdt, csupán annak legdistalisabb csúcsa volt a tályog falához tapadva. Mielőtt a tályogot megnyitottam volna, a féregnyúlványt közvetlen a vakbélbe való szájadzása előtt resecáltam s annak proximalis csonkját három első és három másodlagos varrattal bezártam, majd a mesenteriolumot kettős alákötések után átvágván, ekkép a féregnyúlványt teljesen mobilizáltam, úgy hogy az csupán a tályog falával függött össze. Most a szabad hasüreget minden irányban steril gaze-tamponokkal a lehetőségig elzárva, a féregnyúlvány odatapadt csúcsát igyekeztem óvatosan a tályog falától leválasztani, midőn az hirtelen leszakadt, a tályog megnyilt s körülbelül 5 deciliter igen bűzös, zöldessárgás geny ömlött elő, majd vele együtt egy körülbelül babnyi, feketés barnaszínű, kemény tapintatú bélsárkő került elő, mely egészen szabadon feküdt volt a tályogűrben. A Douglas fenekéig érő tályogűrt gaze-csikokkal jól kitörülve, végül tamponálva, a sebet nyitva hagytam. Fedő kötés.

Lefolyás váratlanul kedvező. A magas lázak a műtét után rögtön teljesen megszüntek. Egy-kétszer még hányt, egy-két napig még ritkán csuklott, de csakhamar ezen tünetek is visszafejlődtek. Széke, szclekkel glycerinklismára még a műtét napján volt, azóta naponként hol spontan, hol beöntésre. A tamponáló gaze-csikok harmadnap lazittattak, ötödnap újakkal cseréltettek fel. Nyolczadnapon a váladék már kevesebb, a sarjadzás megindult. Azóta a gyógyulás fokozatosan halad előre, az üreg lassankint kisebbedett, úgy hogy 1899. évi márczius 19-dikén gyógyultan hagyta el a kórházat.

Daczára, hogy itt kizárólag nagy medenczetályoggal volt férfinál dolgunk, kinél a különben csúcsáig ép és hosszú féregnyúlvány a szabad hasürön át vonult le míg az eltokolt genygyülembe merült, teljes eredményt értünk el. Ez pedig oly módon sikerült, hogy az epityphlont először gyökén resekáltuk és a csonkot typikusan elláttuk; ezután a hasüreget steril tamponokkal védve, a féregnyúlványt fixált csúcsával kifejtettük és a genyt kibocsátottuk. E szerencsés megoldással sikerült a beteget megtartani és egészségét visszaadni.

12. *Epityphlitis suppurativ a medenczetályoggal és önként zárult bélsársipolylyal.*

M. Sándor 36 éves, szinigazgató. Másfél éves korában tályogja volt a hasán. 15 éves kora óta gyomorbajos; sokszor böfög, puffadt hassal szél- és székrekedésben szenved. 7 évvel ezelőtt erős kólikái voltak, klysmákra a szelek megindultak, úgy hogy néhány napi fekvés után jobban lett (colica appendicularis). 1897. junius havában hatalmas görcsök hasa jobb felében kisugározva a lábakra, hólyagra; jégadagolásra 2 hét mulva jobban lett (II. nagyobb roham). Azóta állandóan székrekedés. 1897. deczember elején újból súlyos attaque, ekkor már hányingerrel, gyomorfájással. Mérsékelten munkaképessé válván, ismét vehemensebb roham 1898. jan. 8-dikán. Azóta a görcsök nem engednek, székrekedés makacs és jobb alhasában fájdalmas daganat képződik, mely a legkisebb mozgásnál is hányingerre ösztönzi, úgy hogy azóta ágyban feküdt. Ezen utolsó megbetegedésének 11-dik napján *Müller* tanárt consultálta, ki genyes vakbélkörüli exsudatumot constatálván nála, rögtöni művi beavatkozás czéljából a sanatoriumba utasította.

Felvételkor az erős férfibeteg elesett, nyelve száraz, hasa puffadt, legérzékenyebb a vakbél tájékán, a hol a Poupart-szálag fölött kb. $1^1/_2$ tenyérnyi területen fájdalmas, kerekded *fluctuáló* daganat tapintható, a mely fölött a kopogtatási hang tompa. A végbélen át vizsgálva, a Douglas-űrben szintén egy fluctuáló tumor segmentuma domborul előre. Hőmérsék 39·6° C; vizelet normalis.

Műtét chloroformnarkozisban jan. 20-dikán; typikus metszéssel, a hasűrbe hatolva kb. $^3/_4$ liternyi bűzös geny ürül; a tályogűr a vakbéltől mellfelé főleg a kis medenczébe vezet. A genyűr kitisztitása után a proc. vermiformist megtalálni nem lehet. Steril tamponade. Részleges elvarrás és kötés.

Lefolyás. Közvetlen a műtét után apyrexia, mely állandó maradt. A steril gaze csíkok naponta váltva lettek. Műtét utáni 5-ik nap a kihúzott gaze bélsárszagú; teljesen eltávolittatván, meglehetős mennyiségű híg bélsár ürül. A seb átvizsgáltatván, kitünik, hogy a minden valószinűség szerint tág proc. vermiformisnak centralis harmadában ül a sipolynyilás, melyből ezentúl is különösen a ricinussal való bő laxálás napjain bőven ömlik híg bélsár. Mivel a perforatio elhelyeződése a sebűr mellső zugában esetleges művi beavatkozást nagyon megnehezitett volna, tekintettel a beteg elesett voltára, megpróbáltuk expectativo kezelés mellett a spontan gyógyulást kivárni. Tényleg az űr nemsokára granulált, lassan-lassan kisebbedett, úgy hogy műtét után 3 héttel már alig szivárgott bélsártartalom a sebűrből és egy további hét lefolyása alatt csupán finom granuláló sipolymenet maradt vissza. Ezen csekély sipolylyal 1898. febr. 20-dikán beteg a sanatoriumból elbocsáttatott; rövid időre rá a hegesedés és gyógyulás teljes volt; beteg 1899. jul. havában teljesen gyógyult állapotban hassérv nélkül mutatta be magát. Operatio óta azonban nehézségei még vannak, a mennyiben minden külső ok vagy diaetahiba hijján 2—3 hónaponkint hirtelen csikaró fájdalomroham lép fel, úgy hogy ágyba kell feküdnie. A roham rendszerint 2—3 nap alatt múlik, lázzal és hányással azonban nem jár. A Mac Burney-pont nyomásra nagyon érzékeny, ugyane helyen ujjnyi vastag, kissé egyenetlen felületű resistentia tapintható. Ezek után kétségtelen, hogy recidiváló appendicularis rohamokkal van dolgunk, a melyek a beteget hivatásában gátolják és életét elkeserítik. Ajánlottam e miatt a féregnyúlvány rohammentes időben való eltávolítását, a mibe a beteg eddigelé nem egyezett.

13. *Epityphlitis suppurativa, medenczetályoggal és a vakbél másodlagos átfúródásával.*

W. Sarolta, 16 éves kisasszony Tisza-Abádról. Egészséges családból származik, melyben gümőkór állítólag nem fordult elő. 14 éves korában hasa hirtelen felpuffadt, annak jobb felében izzadmány lett constatálva, mely belső szerelésre eloszlott. Egy évvel később 1897. október havában étvágytalanság közben lázak, hányinger léptek fel, hasa jobb felében nagy fájdalmak mutatkoznak, havibaja kimaradt. Lassanként állandó lázak mellett a has daganata növekedett, míg deczember elején a végbélen át hirtelen geny ürült, mire a has megapadt. A lázak intermissiókkal egész deczember havában fenállanak, éppen úgy mint a szél- és székrekedés, absolut étvágytalanság, gyakori vizelési inger. Január elején a hasdaganat ismét nagyobbodott.

A *sanatoriumba való felvételkor* a gracilis, halvány leány nyelve száraz, has erősen puffadt, nyomásra rendkivül érzékeny; a symphysis és a jobboldali Poupart-szálag fölött egy közel gyermekfejnyi keményebb resistencia tapintható, mely fölfelé nincs élesen határolva, főkép a jobb hypogastriumban foglal helyet, homályosan fluctuál. Fölötte tompult dobos a kopogtatási hang. Vaginalis és analis vizsgálatkor a Douglasban fluctuáló daganat, mely a rectumot elödomboritja. Utóbbiból kevés bűzös zöldessárga geny ürül, absolut szél- és székrekedés. E tünetek alapján *Korányi Sándor* tanárral, *Kövesy* és *Glasz* dr.-okkal egyetemben a *diagnosist*: epityphlitis perforativában (nagy tályoggal a hasűrben, mely a vastagbélbe áttört) állapitottuk meg.

Műtét: 1898. január 12-dikén chloroformaether-narcosisban. Mivel a tályog a kismedenczébe hatol és mellfelé a hólyag körül és e fölé helyezkedik, czélszerűbbnek látszik a hasüreget először a középvonalban megnyitni. A properitonealis szövetek szalonnaszerű infiltratiót mutatnak. A hasűr megnyitására, rendkivül sok bűzös geny ürül, mely az űrben eltokoltan foglalt helyet. Ettől jobbra összenövések között a vakbél körül egy második eltokolt, erős férfiökölnyi fluctuáló daganat, mely az első tályoghoz hasonlóan bűzös genyet tartalmaz. Ilyen módon egyrészt a vakbél mögötti, másrészt a Douglasban helyet foglaló tályog meg van nyitva, úgy hogy a kismedenczében tapintó ujjal a fornix vaginae-ig lehet hatolni. A féregnyúlvány csúcsával felfelé csapódva, vékonybélkacsok között fekszik, gyökéhez közel a coecumon egy kis perforatiós nyilás látható, a melyből bélsárszagú tartalom ürül. Tekintettel a beteg kimerült állapotára, valamint azon veszélyre, mely a kérgesen összenőtt appendix teljes kiválasztásával járt volna, a midőn is a szabad hasüreget könnyen meg lehetett volna nyitni, a féregnyúlvány teljes kiirtásától elállottunk, a sipolynyilást egyszerűen körülmetszettük és 3 selyemfonállal átvarrtuk. Koprolitha nem találtatott. A legtermészetesebb lefolyási viszonyok megteremtésére a hátsó hüvelyboltozatot szivacstartóval tompán átlyukasztva, a hasüreget a vagina és hasfalon át ujjnyi vastag draincsővel alagcsöveztem. A drain mellé felülről *Mikulicz*-tampon alkalmazása mellett egy jodoformcsik a coecumig, egy másik a Douglasba lett vezetve.

Lefolyás. A beteg a műtét után rögtön teljesen láztalan lett és ilyen is maradt. Rendkivül elgyengült állapotára való tekintettel 3 izben 3—500 ccm. konyhasó-transfusiót kapott. Harmadnaptól kezdve a jodoform-tampon lassanként eltávolittatott és steril gaze-csikokkal pótoltatott. A genyedés az első három hét alatt rendkivül bő volt, a vaginán kitolt drain kitünően vezetett és ezen át az üreg naponta ki is irrigáltatott. Negyedik héttől kezdve a secretio mind kevesebb lett, az üreg a coecum felől lassanként teljesen elzáródott, hatodik héten már csak a drain functionált, 7-ik héten vékonyabbal lett felcserélve, úgy hogy a 9-ik hét lefolyásával a beteg gyógyultan távozott. Azóta viruló szinben van, semmiféle nehézsége nincs.

Mindenek szerint ezen esetben a spontan gyógyulás egy bizonyos nemével állunk szemben, a mennyiben az egymással közlekedő két nagy hasüregbeli tályog *másodlagosan a vakbélbe áttört*. Hogy e perforatio a tályognak következménye és nem annak előidéző oka, e mellett szól azon körülmény, hogy az átfúródás az appendix gyökén a coecumba való átmeneti helyen történt, a mi különben csak gümőkór esetében szokott előfordulni. Ezen sipolynyiláson át ürült is időnkint bőven geny, a mi annál könnyebben történhetett, mivel ezen localisatio mellett a váladéknak nem az appendix űrterén át kell utat törnie magának. Erre a hőmérsék alászállt és a súlyos tünetek mérséklődtek. A mint azonban a genylefolyás megakadt, a daganat ismét növekedett, újból láz és rosszabbodás állott be. A bő feltárás és a tályogűr kitünő alagcsövezése a vaginán át egy csapásra véget vetettek a nehézségeknek. A féregnyúlvány a súlyos összenövésekre való tekintettel a bűzös tályog megnyitása alkalmával eltávolítva nem lett.

Ellenben a lyuk a coecumon a sipoly széleinek felfrissítése után be lett varrva. Akadálytalan gyógyulás, melynek folyományaként beteg (1899. aug. végeig megfigyelve) rohammentes maradt és fényesen gyarapodott.

14. *Epityphlitis suppurativa.*

K. Lajos 18 éves kereskedősegéd Vág-Sellyéről. 6 nap előtt a jobb inguinalis tájon fájdalmak léptek fel, ugyanaznap estéjén hányás, csuklás, rázóhidegek. Harmadnap az állandó magas lázak következtében eszméletét veszti, úgy hogy julius 5-dikén a szt. István-kórház belosztályára kerül, a hol a jobb inguinalis tájon daganatot constatáltak. Mivel a láz és hányás további három nap lefolyása alatt nem engedett, az arczkifejezés abdominalis lett, a nyelv száraz maradt, a hőmérsék 40·3 ig emelkedett, a vakbél táján levő resistentia határai mindinkább elmosódtak, a has diffus-érzékenysége növekedett és a bőr a Poupart-szálag fölött kissé oedemás lett, 1898. julius 8-dikán a sebészeti osztályra tétetett át.

Felvételkor hőmérsék 39·4, nyelv száraz, arczkifejezés abdominalis, hány, nem csuklik. Jobb inguinalis hajlat igen fájdalmas, ugyanitt elmosódott határú resistentia tapintható, mely fölött a kopogtatási hang tompult.

Műtét ugyanaznap (Lipscher segédorvos). 15 cm. hosszú typikus metszés a Poupart-szálag fölött. A peritoneum erősen infiltrált, élénk piros, vastag álhártyákkal belekhez tapadt. Próbapunctióra geny. A spina anterior superior fölötti tályogot megnyitva, abból 60—80 gramm igen bűzös geny ürül. A féregnyúlványt megtalálni nem tudtuk és ezért a tályog üregét kitamponáltuk.

Lefolyás. A hőmérsék még a műtét estéjén azonnal leesett. Másnap elég jól van, hőmérsék normalis, nem hány, szelek mennek, has nem fájdalmas, clysmára szék. Negyednap icterus, nem hány, keveset csuklik, a seb mélyében genypont látszik, a kis nyilást tompán tágítjuk. Hőmérsék 36·5, pulsus 80, beteg delirál. Ötödik nap hőmérsék lassankint 38·3-ig emelkedik, beteg comatosus, itt-ott felriad, pulsus 100, légzés szapora, vizeletet maga alá bocsátja. Hatodnap állapot változatlan. Pulsus feltünően jó és kemény, úgy hogy meningitisre gondoltunk. Hetednap azonban ismét láztalan és ezután ilyen is marad, eszmélet lassankint visszatér, a seb tisztán sarjadzik, úgy hogy augusztus 10-dikén kis sarjadzó sebfölülettel pelottával gyógyultan távozik.

15. *Epityphlitis suppurativa recidivans (a szögletben megtört féregnyúlványban két szűkülettel).*

W. Jakab, 38 éves pinczér. Jelen bajáig mindig egészséges volt. 1898. április havában megbetegedett és ekkor vakbél- és hashártyagyuladással 5 hétig feküdt. Azóta gyakran szél- és székrekedés. Augusztus 1-jén hirtelen heves kólikák a vakbél táján, rázóhideg, sokat csuklik és hány, magas lázak. Jobb inguinalis táj megduzzadt. A 39·5°-ig emelkedő lázak 4 napig tartottak, azután lassankint csökkent a hőfok és a duzzanat is visszafejlődött. Mivel azonban azóta is 2—3 naponkint hány, étvágytalan, székrekedésben szenved és a fájdalomtól járni nem tud, a szt. István-kórházba vétette fel magát.

Felvételkor has mérsékelten puffadt, coecum táján nyomásra érzékeny, a mélyben ujjnyi vastag, a kéz alatt elsikló resistentia tapintható, mely a spinától a köldök irányában fut és nyomásra igen fájdalmas.

Műtét 1898. aug. 23-dikán chloroform-narcosisban. 11 cm. hosszú typikus rézsutos metszés a Poupart-szálag fölött. A hasűr megnyitására előtolul a vakbél, melynek mellső és belső falán álhártyákba ágyazva fekszik a 7 cm. hosszú, megvastagodott, szögben megtört proc. vermiformis. Ennek distalis része visszacsapódott és az ileum és coecum átmeneti helyén, a mellső falon rögzitve van, hol a leválasztás alkalmával *két, mogyorónyi nagyságú tályog találtatik.* Ezeknek felső boltozatát az odatapadt omentum majus képezi. A mesenteriolum két fonállal leköttetett és a proc. vermiformis tapadási helyén levágatott oly módon, hogy előbb a serosa a vakbéltől ½ cm.-re bemetszetett és azután a megfeszitett nyákhártya catguttal lett alákötve, fölötte pedig a serosa 7 finom selyemvarrattal egyesittetett. A kiirtott *processus vermiformis* 6 cm hosszú, *lumene rendkivül szűkült,* különösen felső és alsó harmadában, ugyanitt egy-egy passage, mely csak a legfinomabb sonda számára átjárható. A csúcs ampullaszerűen tágult, benne hig, nyákos geny. Koprolitha nincs, falzata erősen megvastagadott. Hasfalvarrat.

Lefolyás teljesen láztalan, pulsus és légzés állandóan normalis. Varratok 7 ed nap eltávolittatnak. Kellemetlen jelenség volt a betegnél az, hogy 6 napon át csaknem szünetlenül csuklott, a mit a legintensivebb belső szereléssel (jég, cocain, morphium, aqua laurocerasi, valeriana) sem tudtunk leküzdeni. Szeptember 9-dikén kitünő közérzettel teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

16. *Epityphlitis perforans suppurativa (retroperitonealis tályoggal és bélsárkővel).*

K. Róza, 27 éves tanítónő Budapestről. Anyja méhrákban, atyja elmebajban halt el. Első izben 1892-ben volt rohama, mely alkalommal 7 hétig feküdt. Belső kezelésre állapota javult ugyan, de azóta jobboldalt a vakbélkörüli tájon időnként fájdalmai voltak, melyek rohamszerűen léptek fel, 5—6 napig tartottak és obstipatióval jártak. Ezen baja ellen, melyet oophoritisnek néztek, több izben használt sósfürdőket. Baja erősen kiújult 1898. szept. 31-dikén, midőn hirtelen magas lázzal és csekély rázóhideggel a jobb csipő tájékán fájdalmak és daganat lépett föl. Egyidőben szél- és székrekedés. 3 hét mulva állapota javult, a lázak megszüntek, a tompulat kisebbedett, a subjectiv tünetek enyhültek, de állandóan kisugárzó fájdalmakról panaszkodott a jobb czombban. Daczára *Hochhalt* tanár és *Körmöczi* kartárs szakszerű belső kezelésének (opium, jégborogatások, nyugalom, itt-ott beöntések) beteg nem tudta magát összeszedni, állandóan étvágytalan maradt és noha a kopogtatással kimutatható daganat a jobb alhasban kisebbedett, mégis már a legkisebb mozgásnál nagy kisugárzó fájdalmakat érzett az egész jobb hasfélben. 1 hét előtt az elesettség újból növekedett, ismét kisebb lázak léptek fel 38·2-ig és mivel csuklás és hányás is jelentkezett, műtét végett osztályomra vétette fel magát.

Felvételkor nyelv erősen bevont, has alsó részében jobboldalt előmborodó, palpatióra a meso-hypogastrium mindkét oldalt érzékeny, de különösen a vakbéltáj két tenyérnyi terjedelemben már gyengébb érintésre is. Legfájdalmasabb a crista ilei és a 12-dik borda közötti vonal. Palpatiónál a vakbél tájon a mélyben kis tenyérnyi diffus resistentia tapintható. Pulsus 112, légzés 24, hőmérsék 38·6.

Műtét 1898. november 18-dikán. Typikus metszés. A hasűr megnyitásakor laza vékonybél és cseplesz összenövésekre bukkanunk. Ezeknek óvatos szétválasztására előtünik a coecum a processus vermiformissal, mely utóbbi friss álszálagok közé van ágyazva, a kis medencze felé nyúlik és fixálva van, úgy hogy kipraeparálása közben egy tojásnyi genyet tartalmazó tályogot nyitunk meg, mely vékonybelek között fekszik és azonnal tamponáltatik. A féregnyúlvány igen mállékony, át van fúródva, előhúzása közben proximalis és középső harmada határán elszakad, mire tövét csipővel lefogva, darabokban eltávolitjuk. A csonkot rendes módon, manchette lefejtése után, sero-serosus-varratokkal elzárjuk. Tályog retroperitoneal a vakbél mögött nem érezhető. *Mikulicz*-tamponade, seb szűkitése, nyilt kezelés.

Lefolyás a műtétet követő nyolcz napon át kielégitő, bár a beteg az első három napon még gyakran hány. A pulsus 120-ról lassankint 96-ra, a légzés 26-ról 20-ra ment le, kisebb hőemelkedések 38°-ig azonban gyakran kisértettek. Egy izben a hőemelkedés kolikaszerű fájdalmakkal esett össze. Műtét után harmadnap a kötésváltoztatásnál igen bő, bűzös váladék ömlik a sebüreg mélyéből, a mely a következő napon még profusabb lett. Varratok hatodnap eltávolittattak. Nyolczadnap a kötésváltoztatásnál úgy tünik, mintha a seb felső zúgából a vakbél tájékáról geny ömlenék, de a közérzet jó, szelek, szék mennek. Kilenczedik és tizedik napon hőemelkedés 38·7° ig. Kötésváltoztatásnál bő váladék a féregnyúlvány tályogüréből, a gaze eltávolitásakor egy nagy borsónyi bélsárkő ürült. A fájdalmak enyhébbek és a hólyag felé sugároznak ki. 2%-os liquor alum. acet. kötések az egész hasra. 11., 12. és 13-dik napon beteg aránylag jól van, csak a hólyag felé kisugárzó fájdalmakról panaszkodik, has nem érzékeny. 15-dik nap hőmérsék 38·6°, kevés köhögés, nehéz expectoratióval (könnyű bronchitis). Erős fejfájás. 16., 17. és 18-dik nap esti hőemelkedések 39·2°-ig, pulsus 120, légzés 28, a has nem fájdalmas. Fájdalmak a végtagokban, csekély orrvérzés, beteg étvágytalan, nem hány, nem csuklik. 19-dik nap a jobb *lumbalis táj nyomásra igen fájdalmas, de kopogtatásnál rendellenesség nem mutatkozik.* 20. és 21-dik nap a kötésben kevesebb váladék, lumbaltáj kevésbbé fájdalmas, has egyáltalában nem érzékeny. A következő tiz napon át az állapot keveset változik. Mindig vannak hol kisebb, hol nagyobb hőemelkedések 38·8° maximummal. A beteg alig panaszkodik fájdalmakról és ha igen, mindig a lumbaltájon, sohasem a hasban. Éjjel kezd álmatlanná lenni, nagyon kevés táplálékot vesz magához, lankad, decubitus mutatkozik, de a hasűrben a legszorgosabb kutatás daczára tompulat vagy resistentia sehol sem mutatható ki. Műtét után 31-dik nap, azaz deczember 19-dikén, elég jó közérzet mellett hirtelen hányinger és hidegrázás, kötésváltoztatásnál az alsó csik erősen genyes, ellenben a felső zúgban fekvő, teljesen száraz. A mint az utóbbi helyen a sebet sondázni akarjuk, a vájt sonda homorulatján kevés geny szivárog elő. E miatt a beteg rögtön a műtéti asztalra kerül, a hol vizsgálatnál kiderül, hogy *retroperitoneal a mesocolon lapjai között egy hatalmas tályogür foglal helyet, mely mellfelé a gerinczoszlopig terjed.* Schleich-féle anaesthesiában az eredeti bemetszés hátra- és felfelé, a lumbaltájra kiterjedőleg, 8 cm.-re nyitva lesz. Az izomzatátszelés után körülbelül egy liter rendkivül bűzös, sajtos czafatokkal kevert geny ürül. A hőmérsék ezután rögtön leesett és állandóan normalis is maradt. A műtétet követő nap a bal alsó végtag erősen oedemás (tömöszölő gaze nyomása folytán!), a mi azonban másnapra a gaze-csikok lazitása után enged. Innen kezdve a közérzet állandóan jó, étvágy javul. Érverés frequentiája csökken, légzés normalis lesz és nyilt kezelés mellett a seb szépen granulál, úgy hogy 1899. január 18-dikán már a beteg elbocsátására gondolunk, midőn hirtelen magas 40·4°-ig emelkedő lázakkal erysipelas lépett fel, mely 8 napig tartott. Ennek lezajlása után zavartalan gyógyulás, úgy hogy február végén sipolynyilás nélkül vidékre bocsáttatott.

Igen súlyos recidiváló átfúródott féregnyúlványlob, melynek műtéte subacut stadiumban azért volt nagyon nehéz, mert a proc. verm. és az azt körülvevő tályog igen mélyen vékonybélkacsok közé ágyazva feküdt.

Mindenek szerint a retroperitonealis kötőszövet fertőzöttsége az operatio alkalmával már megvolt, sőt valószinűleg részben ez okozta, hogy a beteg utolsó rohamát nem tudta kiheverni. A műtét alkalmával a coecum mögött nagyobb genygyülem azonban még nem volt jelen, mert ilyent keresés daczára sem lehetett kitapintani, csak a reconvalescentia folyamán lett az addig lappangó genygócz virulensebb és manifestálta magát láz, rázóhideg és elesettség által. A fájdalom állandó jelenléte a lumbalis tájon, e helyre terelte ugyan a figyelmet, de tekintettel arra, hogy physikalis jellel daganatot kimutatni nem lehetett, még 10 napig tartott, mig a tályog felszinre vergődve sondázás alkalmával constatálható lett. Annál meglepőbb volt reánk nézve ezután, midőn a feltárás alkalmával *1 liternél több* geny ürült, mi bizonyitja, hogy nagy mennyiségű folyadékgyülem torlódhatik a *hasüregben* retroperitoneál a nélkül, hogy akár tapintható, akár kikopogtatható lenne.

17. *Epityphlitis recidivans (seropurulens izzadmánynyal acut stadiumban operálva).*

L. Tibor, 8 éves fiúcska Visegrádról. Már évek óta székrekedésben, felváltva hasmenésben szenved. Hetedik évben két izben volt vakbélkörüli lobja, mindig erős fájdalmakkal és magas lázzal, másodizben hét hónap előtt meglehetős nagy exsudatummal, mely azonban belső kezelésre felszivódott. 1898. április 7-dikén erős hidegrázással, nagy fájdalmak, többszöri hányással, hasa igen érzékeny lett, 40·5°-ig terjedő lázak léptek fel; a vakbél tája nyomásra rendkivül fájdalmas, nagyobb exsudatum nem tapintható, de jól kiérezhető az ujjnyi vastag haránttul futó féregnyúlvány a Mac Burney-féle pont rendkivüli nyomásérzékenységével. A beteg állapota daczára a belső kezelésnek és jég energikus alkalmazásának a következő 3 nap lefolyása alatt nem javul, sőt rosszabbodik; nyelv bevont, lepedékes, has mindig fájdalmasabb és puffadtabb, typhlon táj kemény, beszűrödött. resistentia *erősebbnek* mutatkozik, teljes szél- és székrekedés, hőmérsék pedig alig csökkent 40° alá, úgy hogy *Korányi Sándor* tanárral való consultatio alapján 6-od nap műtétre határoztuk el magunkat, félvén, hogy esetleg perforatio alapján diffus peritonitis fog beállani.

A műtétet április 12-dikén chloroform-narcosisban hajtottam végre, 8 cm. hosszú metszéssel megnyitván a hasűrt. A coecum táján behatolván, zavaros serosus váladék ürült, mérsékelt mennyiségben. A proc. vermiformis térdalakban *teljesen* megtört, distalis vége felfelé kunkorodott, az erősen odanőtt cseplesszhez van rögzitve. Az álhártyák közül kiszabadittatván, többen elmetszetik és két sor musculo-serosus és sero-serosus varrattal a csonknyilás elzáratik. A bélseb varrása után egy vékony jodoformgaze-csik vezettetik a vakbélig. Kötés.

A kiirtott proc. vermiformis 8 cm. hosszú, falában *erősen* meg van vastagodva, felmetszvén, telve van fövenyszerű, keményebb koprolythákkal; a centralis és középső harmad átmenetén nagyfokú strictura mutat.

Lefolyás. Műtét után közvetlen a hőmérsék normalisra száll, a fájdalmasság megszünik, szelek mennek, pulsus és közérzés teljesen kielégitő, még a műtétet követő este és 2-dik nap még esti hőemelkedések 39·2 C.°-ig. Csak harmadnap, midőn ricinus-adagolásra bő székletét következik be, lett a hőmérsék subnormalis és azután állandóan 36·5° és 37·2° között mozgott. A seb akadálytalanul gyógyult; 7-ed nap a gaze-csik teljesen el lett távolitva; műtét után 3 héttel kis granuláló sebfelülettel távozott, mely nehány nappal később teljesen begyógyult. Azóta 1899. augusztus hóig ment minden zavartól. Nehogy hassérve keletkezzék, pelottát visel.

Ez az egyetlen circumscript-eset, a melyet tekintettel arra is, hogy már többször recidivált, relativ acut stadiumban operáltam. A tünetek oly súlyosak voltak, hogy tekintettel a már előrement nehéz rohamokra a féregnyúlvány átfúródásától és diffus peritonitistől tartottunk. Műtét alkalmával tényleg olyan súlyos elváltozásokat találtunk a féregnyúlványban és körülötte (összenövések, szögletbetörés, stenosis, bélsárkövek, vastagodás), hogy bebizonyult, miszerint ezek állandóan veszélyeztetvén az életet okvetlenül eltávolitandók voltak.

18. *Epityphlitis suppurativa retrocoecalis tályoggal.*

Th. Berta, 20 éves bonne Boroszlóból. Jelen baja 16 nap előtt kezdődött csekély fájdalommal mindkét lágyéktájékban, de fenjárt. Éjjel a fájdalmak a jobb oldalon rendkivül fokozódtak, többször hányt. Másnap ricinust adtak neki, mire bő széke volt; harmadnap orvost hivattak, ki a has jobb oldalára jégzacskót rendelt. Ugyanitt a beteg határozott keménységet érzett, mely nyomásra igen fájdalmas volt. Állapota nem javulván, a kórházban *Hochhalt* tanár osztályára került. Itt a has jobb oldalán nyomásra nagy érzékenységet és nagy meteorismust találnak, a hasfalak erős feszülése miatt resistentiát kitapintani nem lehetett; *beteg állandóan lázas esti 38·5°—39° hőemelkedésekkel,* nem hányt, nem csuklott, glycerin-kúpok alkalmazása után kétszer volt széke 10 nap lefolyása alatt. Lassankint azonban a fájdalmasság annyira enyhült, hogy csak nyomásra lehetett azt kiváltani. 4 nappal ezelőtt a fájdalmak a jobb hátsó lumbaltáj felé húzódtak, itt némi resistentia volt kitapintható és 1—2 napon át az utolsó borda alatt a scapularis vonalban nyomásra igen élénk fájdalom mutatkozik. Utóbb nem hányt, nem csuklott, a fájdalmaktól eltekintve elég jól érzi magát, csak teljesen étvágytalan, csupán kevés tejjel táplálkozik, arcza beesett és láza nem szünik Mindezekért áttétetik a sebészeti osztályra.

Felvételkor 1899. szeptember 19-dikén has feszes. Csekély meteorismus. A jobb oldalon a has nyomásra mérsékelten fájdalmas. A jobb spinától lefelé 3 ujjnyira elmosódott határú, hosszúkás, nyomásra érzékeny resistentia tapintható. Nem hány, nem csuklik, állandóan lázas. P. 100, r. 24.

Műtét másnap, choroform-narcosisban. Bőrmetszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan; izmok tompán szétfejtetnek. Izomközötti kötőszövet és subperitonealis zsirszövet oedemás. A peritoneum megnyitásakor felülről ½ l. bűzös, barnás geny ürül. A seb tágitása után üregbe jutunk, mely a colon mögött a lumbaltáj felé húzódik. A coecum igen magasan fekszik, proc. vermiformis nem látható, de a genynyel nagyobb, mállékony fekete szövetczafat ürül, mely valószinűleg a gangraenescált féregnyúlványnak felel meg. A lumbaltájon a spina sup. posterior fölött ellennyilást ejtünk, az üregbe vastag drain kerül, melynek végei a két nyiláson kivezetnek. Tamponade után a seb elől néhány a bőrt és fascia externát felölelő silkworm-varrattal szűkittetik.

Negyvenharmadik évfolyam. 47. szám. *Budapest, 1899. november 19.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Doktor Sándor: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar tanár). Méhrepedés a hasüregbe kilépett magzattal. Császármetszés. Gyógyulás. 577. l.

Kiss Gyula: A férfigonorrhoea kezelése. 579. l.

Kovács József: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról. Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál s chlorosisnál, különös tekintettel azok osmosis-viszonyaira. 581. l.

Konrád Jenő: A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis". 582. l.

Tárcza. *Torday Ferencz*: A scrophulosis — tengeri és gyógyfürdők. 583. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Frisch:* Die Krankheiten der Prostata. 544. — *Összefoglaló szemle. Kaczvinszky János*: A localis anaesthesia jelen állása. 584. l. — *Lapszemle. S. Bernheim*: A tuberculosis gyógykezelése Landerer módszere szerint. — Az airol Roche-ról. — Sulfosot-syrup Roche. 585. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Pestis-hirek. — A XIII. nemzetközi párisi orvosi congressus. — Ápolónői tanfolyam. — Székely Ágoston. — Dirner Gusztáv. — Az Édeskuty L.-féle ásványviz-nagykereskedés. — A gyógyszerész-diplomák. — Hőgyes tanár Pasteur-intézetének kimutatása. — Elhunyt. — Megjelent. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Kuthy Dezső dr. — Falta dr. 585. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: *Herczel Manó:* A féregnyúlványlob (epityphlitis) és annak sebészi kezelése.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar tanár).

Méhrepedés a hasüregbe kilépett magzattal. Császármetszés. Gyógyulás.[1]

Közli: *Doktor Sándor* dr. I. tanársegéd.

E ritka szerencsés eset története a következő: Pintér Istvánné szül. Kajli Anna, 30 éves, r. k., férjes, temető-örné, III. P. Első szülése ezelőtt 9 évvel volt; fiúmagzat, halva született; a szülés alatt halt el ismeretlen okból. Második szülése 6 évvel ezelőtt volt, leánymagzattal, mely ma is él. *Mind a kétszer orvosi segítség nélkül szült.* Gyermekágyai rendesek voltak. 1898 junius 19-dikén volt utoljára havibaja. Ekkor viselős lett s terhességének épen normalis végén, márczius 27-dikén kezdett vajudozni. Reggel 6 órakor jöttek fájásai s nemsokára elfolyt a magzatvíz. Délután erős toló fájások jelentkeztek, de a szülés nem haladt; ezért orvoshoz folyamodott, a ki két izben is megkisérlette a fogót alkalmazni, de eredmény nélkül s erre porokat rendelt. Éjfél után 2 óra tájban fájásai egyszerre megszüntek. De nemsokára nagyon rosszul érezte magát, fuladozni kezdett s egyre gyengült. Ezért orvosa klinikánkra küldte, hová egy vagy másfél órai távolságról kocsin hozták be folyó évi márczius 28-dikán délelőtt $8^1/_2$ órakor.

Felvételekor a nő rendkivül gyenge, magával teljesen tehetetlen; arczán kifejezett facies hippokratica. Lélegzése szapora, rövid, szúró fájdalmaktól kisérve a gyomor táján. Hanyatt feküdni nem tud, mert fulad; csak félig ülő helyzetben marad meg. Bőre száraz, tagjai kissé hüvösek. Pulsusa igen szapora, kicsi, gyenge, *nem is számlálható*, hőmérséke $36{\cdot}8^0$.

A has hordószerűen erősen puffadt, de csak mérsékesen feszül, *élénken fluctuáló*, különösen felső felében, minden tapintásra élénken érzékeny; a jobb alhastájon kis területen serczegő érzés nyerhető (bőr alatti emphysema). A méh contourjai nem tapinthatók benne, ellenben igen tisztán kivehetők a magzatnak mind apró, mind nagy részei; a hátán még a gerinczoszlop egyenetlenségeit is érezni: *a magzat direct a hasfal mögött fekszik*, egyenes fekvésben, háta bal-, apró részei jobboldalt. Szivhangok nincsenek.

Belső vizsgálatnál: a hüvely tág, a méhszáj teljesen kitágulva, összeesett, petyhüdt, duzzadt szélekkel. A medenczebemenetet födi a koponya, melyet jókora petyhüdt fejdaganat takar; varrat nem tapintható rajta. *A vizsgáló ujj előtt a fej könnyen kitér s fölemelésekor sötétvörös, híg vér ürül elég bő mennyiségben.* A keresztcsont függélyes vájulata erősebb; a promontorium beszökellő, egy ujjal is jól elérhető; conjugata diagonalis 9 cm., a vera értékét tehát 7—7·5 cm.-re becsülhettük.

Az elmondott jelek alapján nem volt nehéz a diagnosis megállapítása. Az anamnesisben erős szülőtevékenység után a fájásoknak hirteleni megszünése, vizsgálatnál a vérvesztés tünetei, vér ürülése a nemi részekből, a könnyen kimozdítható fej s a hasfalak mögött tisztán tapintható magzat, párosulva a medenczének nagyobbfokú szükületével kétségtelenné tették a *méhrepedés* diagnosisát. Ugy hogy rendkivül tanulságos, egészen iskolai példának való volt az eset.

De tanulságos nemcsak diagnostikus tekintetben, hanem számos egyéb oldalról is. Igy a mi a ruptura aetiologiáját illeti, támadt e méhrepedés harmadszor szülő, szükmedenczés nőnél, a ki már kétszer magától, szerencsésen szült, egyszer a szülés alatt elhalt, máskor élő magzatot.

Igy szokott, tudjuk, szük medenczéknél. A szükület nagyobb akadályt gördit a szülés elé. Ezt eleinte a még ép, munkabiró méh legyőzi. De szenved. Alsó passiv szakasza erősebben nyúlik meg a szülés alatt s petyhüdtebb, gyengébb marad utána, mint rendes szülés után. A következő szülésnél már könnyebben és még nagyobb mértékben nyúlik meg s még inkább veszti ellenálló képességét. A szükület nyujtotta akadály ellenben növekszik, mert a következő gyermekek, az ötödik-hatodikig egyre erősebbek lesznek, nagyobb és keményebb fejjel.

Igy készül elő a méhrepedés. Néhány nehéz szülés folyamán kifejlődik a praedispositio. Majd egy újabb szülésnél olyfokú lesz az aránytalanság fej és medencze között, oly nagy lesz az akadály a szülés előtt, hogy ezt a méh már nem győzheti le, hanem megreped.

Esetünkben a medencze megszükülése úgyis jelentékeny, közel áll az absolut szükületek határához, melyeken már érett magzat élve, ép fejjel nem is fér keresztül. Az előbbi magzatok is bizonyára gyengén fejlettek, vagy épen koraszülöttek voltak; igy volt lehetséges ezen a medenczén keresztül két spontan szülés. Ellenben a mostani, harmadik magzat, mint látni fogjuk, erősen fejlett s kivételesen nagy és kemény fejü magzat volt. Igy támadt a méhrepedés.

Történt e szülés folyamán fogókisérlet is. Ezért felmerülhet a kérdés, nem volt-e annak része a ruptura előidézésében? Nem violens rupturával van-e dolgunk? De nem. Erre a felvételre nincs is szükség; s az anamnesisből is az volt kivehető, hogy az

[1] Bemutatva a gynaekologikus szakosztály 1899. márcziushavi ülésén.

utolsó fogókisérlet után pár óra mulva szüntek meg a fájások. Vád az orvost ez esetben csak azért illethetné, mert nem ébredt tudatára annak, mily vészes jelentőségü volt itt az a nagy fokú aránytalanság fej és medencze között, mely fel sem tehető, hogy a figyelmét kikerülte. Ugy látszik, egészen schematizálva járt el, mikor a fogót megkisérlette. Teljes tájékozatlanságban a fenforgó viszonyok felől, a fogót csupán azért alkalmazta, mert a fej nem haladt. S mikor fogóval sem tudta kihúzni, nem jött rá, hogy miért nem tudja. Talán azt gondolta, hogy a siker csak ő rajta mulik.

Ha csak theoriából ismeri is a szük medenczés szülés veszedelmeit, eszébe jut a méhrepedés lehetősége s vagy maga előzi meg a bajt perforatióval, vagy idejekorán teszi azt, a mit később tett, t. i. hogy másfelé utasítja segitségért a vajudozót.

Mentségére szolgál az orvosnak egy körülmény, mely ez esetben szintén nagyon figyelemre méltó. T. i. az, hogy a repedés aránylag rövid idő alatt következett be: a mennyire megállapítható volt, körülbelül 20 órai vajudozás után. A kevésbbé tájékozott talán nem várja a bajt ilyen hamar, hanem mikor olyan nagy elhatározásra kell szánnia magát, hogy éjnek idején vitesse a vajudozót kocsin, hosszabb útra, könnyen hitegeti magát azzal a reménynyel, hogy nem lesz még késő, ha reggelig vár.

A dolog azonban úgy áll, hogy a ruptura előidézésére, a méhfal elszakitására a legtöbb esetben jelentékeny erő szükséges s ezt az erőt a méhtevékenység szolgáltatja. Ezért erőteljes méhmüködés az első feltétele a méhrepedésnek, elannyira, hogy renyhe méh mellett a legnagyobb fokú szükületnél sem támad méhrepedés, hanem a szülés elhúzódása s ez alatt bomlás, láz hoz veszedelmet az anyára. A miből világos, hogy a repedés ideje is a méhmüködés intensitásától függ. Szük medenczés szüléseknél pedig néha óriási erős fájásokat észlelhetni s ilyenkor rupturát is láttunk már pár óra mulva a burokrepedés után.

Nem szabad tehát feledni, hogy nagyobb fokú medenczeszükület, mely épen mert nagyobbfokú, mindig nehézség nélkül felismerhető, mindig halálos veszedelemmel fenyeget s ez a veszedelem néha váratlanul korán következhetik be. A ruptura ugyanis, különösen ha complet, penetráló volt, csaknem mindig halálos.

Esetünk kellő megvilágításához nem lesz felesleges, ha pár szóval kitérünk még arra is, hogy a halált két körülmény szokta előidézni: elvérzés mindjárt az első órákban, vagy sepsis, illetőleg peritonitis később.

Sok esetben elvérzik a nő rövid idővel a repedés megtörténte után. Ez aránylag ritka, különösen míg a magzat benn van. A természet maga segít a bajon. A nagy vérvesztés folytán t. i. a vérnyomás egyre alább száll, annyira, hogy végül a radialishoz hasonló kaliberü erek sem lüktetnek s a szakadás egyenetlen szélein annyi véralvadék képződik, hogy ez végül elzárja, thrombotizálja a vérző érnyilásokat is. Elősegíti ezt a magzat elülfekvő részének nyomása, tamponáló hatása. A momentan veszedelem igy elhárul, mint esetünkben is.

De fenyeget azután a peritonitis, mely többféleképen állhat elő. Lehetséges, hogy a penetráló repedésen keresztül a méhből kijutó magzat és magzatvíz directe inficiálja a hashártyát. Ez, úgy látszik, ritkább. Épen az erős méhmüködés folytán oly korán áll be a ruptura, hogy nincs idő bomlás megindulására s igy a méh tartalma még aseptikus, ha peritonitist támaszt is, ez egyelőre inkább csak traumatikus, „aseptikus peritonitis“. Gyakoribb az, hogy a szülés befejezte után a gyermekágy első, második napján a lochiák fertőzik a repedésen keresztül a peritoneumot. De még lochiák bejutása nélkül is beáll az infectio a repedési seb kedvezőtlen viszonyai folytán. Ez a seb t. i. mindig terjedelmes és rendetlen s a méh kiürítése után összeesve, recessusokat alkot, melyek folyton változnak a szomszéd szervek, hólyag, belek teltsége, mozgásai szerint. Másfelől mindig czafatos, zúzott, elhalásra szánt részletektől piszkos a repedési seb, a mely ezért sok váladékot producál, különösen míg az elhaló részletek lelökődése tart. Ez a váladék, mely a recessusokban könnyen stagnál, indítja meg a peritonitist.

Esetünkben a ruptura egyik veszedelme már körülbelül elhárult. Ha 6—7 óra alatt nem vérzett el a nő, ettől már nem kellett későbben féltenünk. Annál rosszabb volt a prognosis a várható peritonitis miatt, minthogy a magzat csaknem egészen kilépett a has üregébe. A régibb és újabb irodalomban (Schröder, Frommel Jahresbericht) vannak ugyan közlések a legcsodásabb gyógyulásokról; ezek azonban ritka kivételek. Egy esetben pl. felgyógyult a beteg tisztán a természet erőinek segitségével olyan módon, hogy a hasüregbe kilépett magzat „aseptikus peritonitis“ után eltokolódott, majd abscedált s mint méhenkivüli terhesség után az abscessus áttört a hüvely felé és a köldök táján kifelé s igy kezdtek kiürülni csontdarabok. Más hasonló esetben az orvos kihúzta a magzatot a repedésen keresztül s utána az előesett bélkacsot reponálva, a repedést drainezte gaze-zel s a beteg felgyógyult. A legtöbb eset azonban nem végződik ilyen szerencsésen s azért nem is kerül közlésre.

A therapiában ily példák után indulni nem volna észszerő. Esetünkben mi a laparotomiára határoztuk magunkat. Ma, mikor mind általánosabb lesz a törekvés, hogy a rupturát még a szülés befejezte után is laparotomia útján gyógyitsák, ily esetekben, mikor a magzat egészen, vagy legnagyobb részben kilépett a hasüregbe, a laparotomia egyedül jogosult eljárás.

Mindenekelőtt izgatókkal, öt perczenként ismételt camphor-injectiókkal igyekeztünk a beteg erejét fentartani már vizsgálás és előkészités közben is. Majd óvatosan kezdve a narcosist chloroformmal, egyuttal sós víz-infusiót (hypodermoklysis) kezdtünk a kulcscsontalatti tájék böre alá. Az operáló asztalra kissé emelt medenczével fektettük fel a beteget, úgy hogy a magzat feje súlyánál fogva kissé visszahúzódott a medenczebemenetről s ekkor a hüvelyből csurogva, böven ömlött az a sötétvörös, híg, alvadék nélküli vér, a milyen a szabad has üregébe ömlött vér szokott lenni.

Az operatio menete azután a következő volt: a has és hüvely kellő desinfectiója után hasmetszés az igen vékony hasfalakon keresztül. Gyorsan készitünk jó nagy hassebet, mely a köldököt is meghaladja. Jobb lábánál fogva gyorsan emeljük ki a magzatot s köldökzsinórját két pince között átvágjuk. A lepény szintén szabadon fekszik előttünk, eltávolitjuk. Most emeljük ki a méhet, mely teljesen retrahálódva, oly nagy, mint a frissen szült méh. Alsó szakasza elül teljesen átkoptatva, harántul átszakadt; a szakadás két oldalt szétfejtette a széles szalagokat; baloldalt almányi haematoma van a két lemez között; a hólyag hátulsó fala peritoneumtól nagy területen le van csupaszitva. A szakadás szélei zúzottak, czafatosak; összevarrására gondolni sem lehet. Ezért a méhet eltávolitjuk. Előbb baloldalt ideiglenesen pincebe fogjuk a széles szalag megmaradt részét a spermaticákkal s külön kötjük le gyorsan a lig. rotundumot s igy a széles szalagot átvágva, az uterinákra jutunk, melyeket egy körülöltéssel szintén biztositunk; s hasonlóan járunk el jobboldalt. Azután a cervix megmaradt hátsó falát átvágva, a méhet eltávolitjuk.

Erre tisztába hozzuk az operatio terrenumát s a hasból igen sok híg vért takarítunk ki. A csonkból alig van szivárgó vérzés, melyet a rögzitő Museux-fogókkal csillapitunk ideiglenesen; biztositjuk végleges ligaturákkal (catgut) a spermaticákat s megvizsgáljuk a csonkot. A kinyult cervixből 2—3 cm.-nyi részlet maradt meg, melyen elül még egy longitudinalis szakadás is van. Nem akarva időt vesztegetni a csonk kipraeparálásával, elvarrjuk azt, úgy hogy a hosszanti szakadást szücsvarrattal, elülső és hátulsó falát pedig néhány csomós catgut-varrattal varrjuk össze. Végül serosus varrattal végig varrjuk harántvonalban az egész csonkot, befödve az elül készen talált peritonealis lebenynyel a cervix csonkját is.

A beteg e közben mintegy 30 camphor-injectiót s közel 2 liternyi sós vizet kapott a böre alá. Ennek daczára a pulsusa alig tapintható, most sem számlálható, de a narcosist jól türi; a lélegzése még jobb, mélyebb. Már ezt eredménynek kellett tekintenünk, hogy a beteg a súlyos operatiót eddig kibirta. Ez eredmény biztositása végett még két dolgot próbáltunk meg, melyről tapasztalásunk nem volt. Megpróbáltuk t. i. *kiöblíteni a has üregét* jó meleg steril vízzel, úgy hogy a hassebbe vive az irrigator csövét, kezeink között sorra mosogattuk a bélkacsokat. Ekkor vettük észre, hogy a has felső részében már néhány bélkacs a *kezdődő peritonitis* jeleit mutatja: élénk piros, fényevesztett, egyszersmind öblités közben a bal vesetájékról még jókora tömeg véralvadékot távolitottunk el. Majd szárazra kitapintva a hashártyát, a belekre helyezett kendő fölött végeztük a hasvarratot, de

csomózás előtt a kendőt kihúzva, *mintegy másfél liternyi meleg sós vizet öntöttünk a has üregébe* s e fölött zártuk a hasat.

A beteg még innumerabilis pulsussal kerül az ágyba, melynek lábvégét mindjárt felemeljük (autotransfusio); még három camphor-olaj-injectiót adunk s meleg lepedőkkel takargatjuk be a beteget.

Az eredmény meglepő jó volt. Fél órával később a pulsus teltebb, erősebb, száma 108; az arcz kezd kipirulni; a beteg izzadni kezd. További egy óra mulva a pulsus 100; az ágyat leeresztjük s a pulsus erre sem változik. A beteg nyugodt, mély lélegzéssel alszik s bőven izzad.

Tehát nagyon hamar javult az acut anaemia, hamarább, mint máskor enyhébb operatiók után. Ezt kétségkivül a hasba öntött sós víznek kell tulajdonítanunk. Még a hypodermoklysisnek, a subcutan infusiónak sem tapasztaltuk ily gyors hatását. A hashártya, mint e példából is látható, rendkivül gyors felszívó képességgel bir.

Ha betegünk az egyik veszedelmen ilyenformán szerencsésen túl volt, annál inkább félthettük őt a másiktól, a peritonitistől. Várakozásunk ellenére ismét, ennek nyoma sem mutatkozott. De egy pár nap eltelt, míg e felől teljesen meg lehettünk nyugodva.

Ide iktatom az első tíz nap hőmérsékét:

1.	nap	délelőtt	—	délután	36·2—100
2.	„	„	36·1— 92	„	37·3—116
3.	„	„	37·2—100	„	38·3—112
4.	„	„	37·5— 92	„	36·5— 96
5.	„	„	36·4— 84	„	37·1— 92
6.	„	„	36·7— 96	„	38·5—124
7.	„	„	37·5—104	„	38·5—116
8.	„	„	37·2—112	„	38·3—104
9.	„	„	37·6—104	„	38·6—108
10.	„	„	37·5—100	„	38·5—104.

Ekkor szedtük ki a hasvarratokat, mely alkalommal megtaláltuk az esteli lázak okát is. A seb t. i. közepe táján felszinesen szétfeslett s itt a hasfalban diónyi csomót találtunk, melyből nyomásra kevés geny ürült. Tehát hasfali tályog okozta a lázakat, melyek ettől fogva el is maradtak. Egyszersmind azonban a hüvelyből is bűzös folyás mutatkozott s öblítés közben a megmaradt nyaki csatornát még tágnak találtuk s belőle az öblítéssel néhány mogyorónyi elhalt szövetczafatot távolítottunk el egy catgutcsomóval együtt. Ez a jelenség még ismétlődött. Tizennegyedik napon az egyik selyemöltés ürült ki, melyet az uterinák lekötésére alkalmaztunk; erre élénk vérzés indult meg, mely azonban csakhamar magától megszünt. Azonban már ekkortájt vizeletszivárgás kezdődött s a húgycsövön keresztül a beteg mind kevesebbet vizelt. Három hét multán (22-dik nap) felkelt s ezentúl fentjárás közben vizeletét jól tartja, csak éjjel, fektében lesz nedves. Ezért egyelőre nem is volt hajlandó magát újabb operatiónak alávetni, hanem haza ment. Mintegy két hónappal az operatio után jelentkezett újra, hogy éjjel a vizelete még szivárog, de kisebb mértékben. A vizsgálat ekkor azt mutatta, hogy portio nincs, hanem a hüvelyboltozat mélyében ujjhegynyi fistulanyilás, mint keskeny haránt rés vezet a hólyagba. Ennek a széleit lapisszal érintettük s nem tartjuk kizártnak, hogy még magától, zsugorodás útján bezáródik. Ha nem záródnék, nem lesz nehéz operatióval elzárni.

Figyelemre méltó e fistula keletkezése azért is, mert arra mutat, hogy a méhrepedést usuratio okozta. A cervix-fal a hólyaggal együtt hosszas erős nyomásnak volt kitéve a fej és symphysis között s szétmorzsolódott részben mindjárt a szülés alatt s ekkor állott be a ruptura; részben pedig később halt el és lökődött le, ekkor támadt a fistula.

Hogy a peritonitistől ez a beteg ily szerencsésen megszabadult, ezt utólag könnyű megmagyarázni azzal, hogy aseptikus volt a méh tartalma, mely a hasüregbe kilépett; nem voltak még jelen bakteriumok. Ez a magyarázat megfelel a mai tudományos felfogásnak, mely minden gyuladást a bakteriumokkal s azok virulentiájával hoz oki kapcsolatba. Ám a dolog még sem ilyen egyszerű. Mint láttuk, itt a szülés folyamán ismételten történt fogókisérlet (láthatók is voltak a fogókanalak nyomai a fejen, mely pedig magasan állott a medencze felett), és történt fogókisérlet olyan orvos részéről, a ki mint egész eljárásából megitélhető, feladatának magaslatán nem állott. Feltehető-e vajjon, hogy kétszeri fogókisérlet alatt sem jutott be a méhbe egyetlen bakterium sem? Ez alig valószinű. De továbbá, magunk sem voltunk operatiónk közben teljesen aseptikusak, ezt mutatja a hasfali tályog. Csak az annyira maltretált hashártya maradt volna aseptikus? . . Ilyen esetekben azt veszi föl a mai felfogás, hogy hiányzott a bakteriumok virulentiája. Ez a kiegészítő feltevés azonban már első tekintetre látszik, csak arra való, hogy tudásunk hiányát takarja.

De nem is kielégítő a fentebbi értelmezés azért sem, mert a bakteriumok jelenléte vagy virulentiája nem levén előre megállapítható, nem vonhatunk le e felfogásból praktikus consequentiát cselekvésünkben sem. Az egyetlen, a mit ez értelmezésből folyólag tehetünk, az, hogy törekedjünk a bakteriumokat eltávolítani, tehát példánkban a hashártya üregét kimosni. Ezt tettük is, a nélkül azonban, hogy nagy súlyt vetettünk volna rá; tettük ez esetben először. Rendesen pedig nem gyakoroljuk, mert az oly kiterjedt és recessusokat alkotó hashártyaüreg kimosását praktice kivihetőnek nem tartjuk. Mást azután e felfogás alapján nem tehetünk.

Helyesebbnek véljük azért, ha nem nyugszik meg az orvos ilyen fogyatékos feltevésben, hanem azt csak annak tekinti, a mi valójában: feltevésnek, mely ephemer életü. Olyan esetekben pedig, midőn az ily feltevés nem illik teljesen az észlelt viszonyokra, szabadon és elfogulatlanul kutat az igazság után.

És így ez eset kapcsán csak rá akarok röviden mutatni arra a számos újabb tapasztalásra, mely azt mutatja, hogy postoperativ peritonitis s általában postoperativ infectio keletkezésénél a bakteriumokon kivül egyéb, fontosabb tényezők is szerepelnek. Igy különösen a jó szivműködés úgy látszik sokszor hárítja el a fenyegető sepsist; localisan pedig az operált terrenumnak kellő rendben hagyásával (és ez számos aprólékos körülménytől függ) alkalmas tenyésztő talajtól fosztjuk meg a bakteriumokat, melyeknek odajutását ritkán sikerül teljesen megakadályozni. Esetünkben is kérdés, nem többet használt-e a peritonitis ellen is a sós víz beöntése a hasba, mely már nem föltevés, hanem tény, hogy a vérnyomás emelésével hathatósan támogatja a szivműködést; nem többet használt-e, mint a hashártyának problematikus értékü kiöblítése. E kérdésre jövendő tapasztalások vannak hivatva választ adni.

Esetünkhöz még felemlítem, hogy a magzat fiú volt, 52 cm., 4240 gm. méretekkel és *40 cm.-es fejkerülettel (!)*. Tehát erősen fejlett magzat, szokatlanul nagy fejjel, melynek koponyacsontjai keményck, varratai, kutacskái szükek voltak. A fej szembetünő configuratiót mutatott: bal fele le volt lapitva, s a bal falcsont a jobb alá volt tolódva; az utóbbin széles, lapos fejdaganat ült; a jobb homlokdudoron s a bal fül mögött, lenyúlva a nyakra, világos nyomai voltak láthatók a fogó kanalainak.

Végül nem mulaszthatom el hálás köszönetemet nyilvánitani mélyen tisztelt főnökömnek, Kézmárszky tanár úrnak, hogy ez esetnek mind operatiójával, mind közlésével megbizni kegyes volt

A férfigonorrhoea kezelése.[1]

Közli: *Kiss Gyula* dr.

A gonorrhoea egy örökké tartó endemia. A gonococcus elterjedése tekintetében a tuberculosis bacillusával hasonlítható össze és bár nem közelíti meg azt pathogen hatásának eredményei tekintetében, mégis azon kisebb és nagyobb károk összege által, melyeket általa egyesek és a társadalom elszenvednek, az emberre nézve pathogen mikrobák között a legfontosabbak egyikévé válik.

Noeggerath — bár a rendszeres gonococcus vizsgálatok korszaka előtt — azt állította, hogy a nők 80%-a gonorrhoeában szenved. Ma ez állítás kevésbbé látszik túlzottnak, mint akkor látszott. Terhes nőknél végzett újabbi vizsgálatoknál (*Oppenheimer, Lomer*) az eseteknek közel 30%-ában a gonococcus ki volt mutatható.

Ujabban *Benzler* koczkáztatta az állítást, hogy a nagy városokban a férfiaknak 80%-a legalább egyszer átesik a gonorrhoeán. Ezen állítást sem lehet túlzottnak tekinteni.

E nagy elterjedés miatt a gonorrhoea prophylaxisa a közegészségügy fontos feladatát képezi. Az állami intézkedések által

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi április 29-diki ülésén.

*

első sorban a prostitutio assanálása czéloztatik. Utóbbi kérdés congressusokon és orvosegyletek ülésein számtalanszor lett vitatva. Ezen egyesületben legutóbb az 1895. évi márczius 16 és 23-diki üléseken. Az elmult évben a német dermatologusok és urologusok congressusán folyt hosszabb vita a prostituáltak gonorrhoeájának gyógyítása felett. Ezt megelőzte *Behrendt*-nek a „Berliner med. Gesellschaft"-ban hasonló tárgyról szóló előadása. Ha a nézetek, melyek ezen alkalmakkor kifejezésre jutottak, ellentmondók is, tény az, hogy a gonorrhoea gyógyulására a viszonyok prostituáltaknál túlságosan kedvezőtlenek.

A rendezett társadalmi viszonyok között élő nőnél a gyógyulásra nézve már sokkal jobbak a kilátások. De mindenek között legbiztosabban a férfiak gonorrhoeája gyógyítható. És a míg a prostituáltak gonorrhoeájának rossz gyógyulási viszonyai miatt a rendőri ellenőrzés hiányait lehet kifogásolni — bár ezt sem mindig jogosan —, addig a férfiak gonorrhoeájánál az orvos egyedül áll a feladattal szemben és egyedül van hivatva arra, hogy a prostitutio betegségét a házas életből prophylactice kizárja.

A férfigonorrhoea gyógyítása azonban szintén csak az újabb időben nyert hatalmasabb lendületet. A gyógyítás sikertelensége ezelőtt nem volt meglepő. *Ricord* mondotta: „Une chandepisse commence, quand elle finira, qui peut le dire!" a kankónak csak kezdete van, hogy van-e vége, azt nem lehet tudni.

Ezzel szemben tudjuk, hogy az acut gonorrhoeáról napról napra fényes gyógyulási statistikákat közölnek. A mai áramlat oda hat, hogy a viszonyok még talán kedvezőbb színben lesznek feltüntetve, mint a hogyan azok valóban vannak. De ha kétkedve fogadjuk is az eredményekről való beszámolást, a midőn azok túlságosan kedvezőek: újabban tért hódított az a meggyőződés is, hogy a gonorrhoea akkor is gyógyítható, ha chronikussá vált. *Neisser* úgy nyilatkozik, hogy a chronikus esetekben is többnyire „felületes folyamatok" vannak jelen. *Oberlaender* szerint az esetek túlnyomó számában könnyen, de még nehezebb esetekben is több-kevesebb fáradsággal gyógyítható a gonorrhoea és csak kivételesek az esetek, a hol különös egyéni anomáliák miatt sikert elérni nem lehet.

Ezek szerint úgy látszik a férfigonorrhoea gyógyítása hálás feladat. Csakhogy mégsem könnyű feladat. Az első nehézség mindjárt ott kezdődik, hogy a ki tanulmányozni akarja e tárgyat, szétágazó irányok közt találja magát.

A szakembereknek egy kevésbbé ismert csoportja *(Bloch, Kaufmann)* a gonorrhoeánál az általános és a belső kezelést fontosabbnak tartja a helyi kezelésnél. Ezen álláspont jut kifejezésre pl. *Jürgensen* belgyógyászati könyvében is.

A szaktekintélyek túlnyomó része a helyi kezelés hive. De a kivitel módozataiban lényegesek az eltérések. *Oberlaender* szerint a heveny időszakban a kezelés eredménye legalább is bizonytalan. A kezelésre alkalmas idő szerinte tulajdonképen akkor kezdődik, mikor a gonorrhoea chronikussá válik.

Míg így az *Oberlaender* hívei figyelmüket az idült gonorrhoeára fordítják, addig a *Neisser* iskolája is ellenkező úton esik egyoldalúságba. *Neisser* bárhol szóljon a gonorrhoeáról, főképen a gonococcuselpusztításra, főképen a gonococcusokban bővelkedő időszak gyógyítására gondol. A kik *Neisser* elveit elfogadják, a gyógykezelésben sokszor eltérnek tőle. Az ajánlott módszerek és gyógyszerek száma végtelen nagyra nő.

Megszoktuk azt, hogy az egyes gyógyeljárások értékét statistikák alapján határozzuk meg. Ezen az úton a gonorrhoeánál eligazodni lehetetlen. Idült gonorrhoeáról nincsenek gyógyulási statistikák; mihelyt egy betegség hosszadalmas, nem is alkalmas statistikai feldolgozásra. A statistikák a heveny esetekre vonatkoznak, de nem elég, hogy az eset heveny, hanem szükséges, hogy a gonorrhoeás beteg rendszeresen végig kezeltessék, különben kimarad a statistikából. Ily módon az eseteknek egy kicsiny, önkényesen kiválasztott töredéke kerül statistikába. Így keletkeznek a túlságosan kedvező statistikák, mint a milyenek a *Neisser*-féle elveknek támogatására használtatnak fel és a melyeknél aránylag igen rövid idő alatt 90—100% gyógyulás lesz kimutatva.

Nagyobbak a különbségek a százalékos kimutatásban a *Janet* eljárása szerint kezelt betegeknél; 50%-tól *(Fürst, Wossidlo)* 90%-ig *(Eckelund)*, sőt 95%-ig *(Andry)* váltakozik a gyógyultak számaránya.

De mert ily módon „nem gyógyult" esetekről is nyerünk kimutatást, nem kell hinnünk, hogy e statistikák megbizhatóbbak.

Közös hibájuk mindezen statistikáknak, hogy a beteg ellenőrzése sokkal rövidebb időre terjed ki, mint az egy oly bajnál, mint a gonorrhoea, szükséges volna. *Krösing* például már annyira megy, hogy a gyógyulási idő helyett azt az időt tünteti fel, amely alatt a gonococcus a váladékból eltünt. A gyógyulást valóban mindenki legjobb lelkiismerete szerint constatálja. De a criterium, a mit használ, nem mindig megbizható.

De még ha tökéletesek is volnának a statistikák, ezek első sorban a heveny szakra vonatkoznak. A gyakorlatban pedig az elhanyagolt esetek hasonlíthatatlanul több gondot és fáradságot okoznak, mint a friss esetek. Szétválasztani az eseteket „heveny" és „idült" esetekre a gyógyítás szempontjából mégis felesleges.

Mindenki tudja, hogy a gonorrhoea egy infectiosus betegség, a melynél az urethrába gonococcusok jutnak és szaporodnak. Ezzel egyidejüleg azonban szöveti elváltozások indulnak meg, melyek csak a gonococcus eltünése után és akkor néha rövidebb, de máskor hosszú idő mulva, vagy helyes kezelés nélkül egyáltalán nem szünnek meg.

Neisser a gonococcust akarja kiküszöbölni, *Oberlaender* a szöveti elváltozást meggyógyítani. *Neisser*-nél minden eljárás annyiban hasznos, a mennyiben a gonococcus kiküszöbölését elősegíti. *Oberlaender*-nél a gonococcus kiküszöbölés is legfeljebb csak eszköz lehet a szövetelváltozások gyógyításához.

Ha a gonorrhoea gyorsan gyógyul, úgy az infectiositas megszüntetésével a szöveti elváltozások gyógyításával nem lesz dolgunk. Csakhogy az eseteknek *Oberlaender* és mások becslése szerint 40—50%-a idültté válik. Az orvos, a kinek ezen utóbbi esetek sokkal több gondot okoznak, szükséges, hogy tudja, miszerint a gonococcus eltünése után esetleg új feladattal áll szemben: *a szöveti elváltozások kezelésével.* Ez pedig lényegesen különbözik az addigi kezelésmódtól, a mely a *gonococcus kiküszöbölését* egyenesen czélozta. Nem az acut és chronikus időszaknak vannak különböző módszerei, hanem a *gonococcus kiküszöbölésnek és a szöveti elváltozások kezelésének*, és e kétféle kezelésmódban egyenlően járatosnak kell lenni.

Az első feladat természetesen a *gonococcus kiküszöbölése.*

Mint ismeretes, *Neisser* az, kinek tételei e téren legáltalánosabban követtetnek.

Neisser szerint a gonorrhoeánál csak oly szerek alkalmazása engedhető meg, melyek

1. a gonococcust megölik;
2. a lobot csak kevéssé fokozzák;
3. a nyákhártyát nem károsítják.

Alkalmasak e czélra az ezüstkészítmények; nem czélszerűek — mert nem gonococcusölők — az adstringens szerek; veszélyesek, mert stricturához vezethetnek, az edző szerek.

A kezelést *Neisser* szerint lehetőleg korán kell megkezdeni, hogy így esetleges complicatioknak a legbiztosabban eleje vétessék.

A *Neisser*-féle elvek nagy elterjedtsége mellett ezekről kell beszélnünk, mielőtt bármit állítanánk. Azt kell okadatolnunk, hogy *Neisser* előirásaitól miért és mennyiben térünk el.

Felmerül mindjárt az a kérdés, kedvezők-e a viszonyok az urethrában arra, hogy egy benne szaporodó mikroorganismus chemiai úton elpusztíttassék. Ha ez így volna, az urethra a szervezetben különleges helyzetben volna. Torokdiphtheriánál a localis kezelés sikertelen. A sebészetben a bőr desinfectiojánál a mechanikai tisztogatásra van nagy súly fektetve. Sebüregek kezelésénél legfontosabb az, hogy a váladák lefolyása mechanice ne gátoltassék, az antisepsis helyett pedig megelégszünk az asepsissel. Bélben, gyomorban chemiai úton antiseptikus hatást kifejteni, mint legtöbben állítják, nem lehetséges. Épen az urethrában volna a chemiai hatás a legfontosabb tényező az antisepsisben? A húgycsőirrigatiokkal elért gyógyeredmények által azon meggyőződésre jutottam, hogy *mindaddig, a míg csakis gonococcus kiküszöbölésről van szó, a mechanikai antisepsis fontosabb, mint a chemiai antisepsis.*

A gonorrhoea minden kezelés nélkül is gyógyulhat. Ez ismert tény.

Mi bizonyítsa, hogy a gonococcusölő szerekre szükség van? Hogy a statistikákra miért nem lehet súlyt fektetni, azt már felemlítettem és nemrég is *Feleki* magántanár az általános poliklinika február havi ülésén e tárgyról szólván, rámutatott a hibák számos forrására, melyek e statistikák értékét kétségessé teszik. Két évtized óta a kutatásoknál a gonococcusölő szerek szükséges voltát megdönthetetlen alapnak tekintik és a kutatásokkal csak azt keresik, hogy a gonococcusölő szerek közt melyik a legjobb. Pedig ezen alap nem biztos.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. belgyógyászati klinikáról.

Vérvizsgálatok lázas bántalmaknál s chlorosisnál, különös tekintettel azok osmosis-viszonyaira.

Kovács József dr.-tól.

(Vége.)

A vörös vérsejtek befolyása a szervezet anyagcseréjére általában igen nagy és a szervezet nem egy kóros elváltozása és egyik-másik szerv kóros functiojának homályos eredete a vörös vérsejtek eddig még kellőkép nem tanulmányozott szerepléséhez lehet kötve. Igy pl. egy betegnél végzett vizsgálatokból sikerült meggyőződnöm, hogy cyanotikus egyénnél tisztán a vörös vérsejtekre való hatás által diuresis idézhető elő.

Kovács és Móricz vizsgálataiban pedig a pneumoniánál és typhusnál megindúló diuresis minőségét mérlegelve, nincs kizárva a lehetőség, hogy pneumoniánál a víz és a Na Cl egyszerre megindúló kiömlése az azokkal együttesen megterhelt vörös vérsejtekben találja magyarázatát. Ezek után pedig feljogosítva érzem magam annak a kimondására, hogy a pneumoniánál előforduló vérelváltozások az ezen megbetegedést kisérő O-hiány által vannak feltételezve.

Hogy különben a pneumoniások vére más lázas betegekével nem egyformán változik el, annak nyomára más régibb vizsgálatokban is jutottak. Tulajdonképen a fajsúlymérésekre akarok itt hivatkozni. Sietek azonban kijelenteni, hogy a fajsúlymérésnek semmi köze a δ-meghatározáshoz, csupán azért említem, mert mindkettő physikai tünemény, mely a concentratiora vonatkozik. Igy Hammerschlag pneumoniánál a vér fajsúlyát nagyobbnak találta, typhusnál s más lázas bántalmaknál kisebbnek, Stein hasonlóképen a pneumoniánál találta legnagyobbnak a vér concentratioját a lázas betegségek közt.

Monti pedig még azt is észlelte, hogy a pneumoniás vér sürüsége annál nagyobb, mennél gyorsabban terjed a folyamat.

Még ezeknél is inkább támogatják felvételem helyességét Strancznak Gerhardt klinikáján végzett vérvizsgálatai phthisikus betegeknél. Ő ugyanis azt találta, hogy a phthisikus vére normalis fajsúlylyal bir, ellenben olyan phthisikusoknál, kiknél gégestenosisok miatt dyspnoë áll fenn, a vér concentratioja jóval nagyobb.

Vagyis ezek a vizsgálatok oda terelik figyelmünket, hogy a pneumoniánál talált vérváltozások nem maga a lázas bántalom által vannak feltételezve, hanem olyanok, a melyek a légzőutak által előidézett más légzési nehézségeknél hasonlóképen előfordulhatnak. Említettem már, hogy az imént említett vizsgálatok nem azonosak az én vizsgálataimmal, jelentőségük is más, bár eredetük ugyanaz és én csupán azért hoztam azokat szóba, hogy rámutassak, miszerint más vizsgálók is azt találták, hogy a pneumoniás beteg vére eltér más lázas betegétől; és igy az én vizsgálati eredményeim az eddig ismert tényekkel egyáltalában nincsenek ellentétben, sőt teljes összhangzásban vannak.

A mint az én vizsgálataim valószinüvé teszik, hogy a pneumoniás vér elváltozásai a betegséget kisérő O-hiányon alapulnak, de ezen hiány kiegyenlítése után a pneumoniás beteg vére is ugyanolyan módon látszik befolyásolva lenni, mint más lázas betegeké.

A többi lázas bántalmaknál a fagypontsülyedés egyértelmüleg alászáll. Az osmotikus nyomás ezen csökkenését két okból gondolom bekövetkezni. Először is a vízretentio által a vér bizonyos mérvben felhigittatik és inanitios állapotában nincs módjában az eredeti osmotikus nyomást helyreállítani. E mellett szólnak Devotonak és Hammerschlagnak lázas betegeken végzett vér fajsúlymeghatározásai, melyek értelmében a lázas beteg vérének a fajsúlya kisebb, mint a normalis emberé.

Másrészt pedig gondolni kell a hiányos táplálkozás folytán beállott anaemikus állapotára a betegnek. Ennek a felvételére késztetnek legalább a három typhus-esetemben talált eredmények, melyek egyike egy typhus-beteg első, másika a második és harmadika a harmadik hétből való s melyek értelmében a vér osmotikus nyomása a betegség tartamával arányosan csökken.

A malariára vonatkozó vizsgálataim közül az egyik a roham tetőpontján, a másik egy malarikus beteg rohamának visszafejlődési stadiumában lett eszközölve. A mint az adatokból kitetszik, a malarikus beteg vérének fagypontsülyedésére nézve úgy viselkedik, mint a pneumoniás; de, hogy itt a magas fagypont nem ugyanazon eredetü, mint amott, azt megmutatja mindjárt a mellette levő nagy Na Cl-tartalom. Eddigelé még nincs meggyőző bizonyíték kezemben, melylyel biztosan állíthatnám, hogy malariánál a vér magas fagypontja nem úgy jön létre, mint pneumoniánál; de egyrészt az a körülmény, hogy ezen felvételt a magas Na Cl-tartalom sem támogatja, másrészt, hogy malariánál semmi különb ok nincs, mely a vér gázcseréjét jobban megzavarná, mint akár typhusnál, egyáltalában nem szól ugyanazon eredet mellett. Sokkal valószinübb, hogy a malariás vér magasabb fagypontja a roham alatt tönkremenő vörös vérsejtek roncsaiból eredő molekülök által hozatik létre, csak úgy mint a magas Na Cl-tartalom; a mint pedig a vesék által a roham lefolyása alatt ezen bomlási termékek lassankint kiüríttetnek, a vérnek úgy fagypontja, mint Na Cl-tartalma a normalishoz kezd visszatérni. A vér Na Cl-tartalma malariánál a roham lefejlődési stadiumában kezd kisebbedni, de nem kisebb, mint rendesen; és ebben egy újabb bizonyítékát látom annak, hogy a megszaporodott Na Cl-kiválasztás malariánál, melyet úgy Terray, mint pedig Kovács és Móricz észleltek, nem a vérplasmából, hanem csakugyan a tönkrement vörös vérsejtekből ered.

Chlorosisokra vonatkozó vérvizsgálatok. Devoto és Hammerschlag chlorotikák vérével végeztek fajsúlyméréseket és szerintük sok esetben a vér fajsúlya csökkenést mutat, a mit ők hydraemiának neveznek, más esetben meg változást nem mutat. A vér chloridjaira vonatkozó vizsgálatokat végeztek Jarisch, Obermayer és Freund; szerintök, nemkülönben az olasz szerzők szerint chlorosisnál a Na Cl csökkent, a miből a chlorotikus serumnak vérsejtoldó hatását is magyarázzák. Ezekkel ellentétben Moraczevszky, ki Eichhorst laboratoriumában számos vizsgálatot végzett, a Cl állandó megszaporodását találta anaemiáknál és chlorosisnál.

Az én chlorotikákra vonatkozó vérvizsgálataim öt esetre szorítkoznak. Ezek három esetében a vér fagypontsülyedésének jelentékeny csökkenését, a 4-dik esetben az előbbiekkel ellentétben a vér osmotikus nyomásának jelentékeny emelkedését találtam. S tapasztalva, hogy a vér fagypontsülyedése mily érzékeny és állandó mutatója a különböző kóroknál beálló vérelváltozásoknak, kutattam ezen anomalia okát és további vizsgálataim igen érdekes eredményre vezettek. A vér fagypontjának növekedése egyidejü felszaporodásával a chloridoknak Korányi Sándor vizsgálatai szerint csakis nephritiseknél fordul elő. Egy tüzetes vizeletvizsgálat meglepő felvilágosítást adott. A chemiai vizeletvizsgálat fehérjét nyomokban mutatott; a górcső azonban legnagyobb meglepetésemre néhány vércylindert, számos elzsírosodott vesehámot és több szemcsés cylindert mutatott. A betegnél scarlatina vagy más infectiosus lázas bántalom kizárható; egy primaer nephritis felvétele nem látszott jogosultnak. Sokkal valószinübb az a felvétel, hogy a betegnél, kinél súlyos chlorosis áll fenn, a vesehám degenerált és egy úgynevezett degeneratios nephritis lépett fel, melynek következtében tartattak azután vissza a vérben ama kóros anyagok, melyek a vér osmotikus nyomását növelték és okozták az uraemiához hasonló zavarokat betegnél. Ezen lelet még csak inkább megerősített abban, a mire anaemiáknál végzett vizeletvizsgálataim utaltak, hogy a francziák és ezek közt első sorban Dieulafoy ama felvétele jogosult, mely szerint a fejfájás, szédülés stb. tulajdonkép részben uraemikus tünetek. Azonban még más szempontból is érdekes az eredmény, melyet ezen chlorotikának a vérvizsgálata mutatott. Ismert dolog, hogy a chloroticák vérseruma oldja más ember vér piros vértekecseit; ezt

Maragliano egyszerűen úgy magyarázza, hogy chlorosisnál a vér Na Cl-tartalma csökkent és ezen híg physiologikus Na Cl-oldat okozná az ilyen serum vérsejtoldó hatását. Moraczevszky és saját vizsgálataim alapján állíthatom, hogy a chlorosisnál a Na Cl nem csak nem csökkent, hanem következetes szaporodást mutat. Azt tényleg én is úgy találtam, hogy a chlorotikus serum oldja más ember vértekecseit; de viszont azt is találtam, hogy ezen chlorotikának seruma, melynek Na Cl-tartalma az előbbiekével egyenlő, nem oldotta a piros vértekecseket. Úgy látszik tehát, a chlorotikák vérserumának vérsejtoldó hatása inkább az osmotikus nyomás csökkenésével van összefüggésben. Erre vall azon körülmény is, hogy anaemiáknál és chlorosisoknál egyedül a Na Cl van felszaporodva a vér többi szilárd alkatrészeinek csökkenése mellett, mintha a Na Cl-többlet chlorosisnál a lehetőségig emelni akarná a vér osmotikus nyomását. A mely felvétel nem is látszik olyan merésznek, ha meggondoljuk, hogy Moraczevszky vizsgálatai hasonlóképen azt mutatják, hogy a vérplasmában a legnagyobb szereppel biró kétféle só, t. i. a chloridok s phosphatok bizonyos fokú quantitativ csereviszonyban állnak egymással: azaz, ha fogynak a chloridok, szaporodást mutatnak a phosphatok és fordítva.

S így most már csak a vér percentualis N-tartalmáról megemlékezni legalább néhány szóval volna soron. Csak sajnálni tudom, hogy a vérnek már normalis viszonyok közt és meglehetős tág határok közt nyilvánuló N ingadozásai miatt csekélynek kell vizsgált eseteim számát tartanom ahhoz, hogy azokból messzebb menő következtetésekre feljogosítva érezhetném magam. Két dolog azonban így is megállapíthatónak látszik: 1. hogy hasi hagymáznál a vér percentualis N-tartalma általában fogyatkozást mutat, még pedig tagadhatatlanul arányosan a betegség időtartamával; s 2. hogy chlorosisnál, a mint az Moraczevszky vizsgálataiból is kitünik, a vér N-tartalma szintén tekintetbe veendő csökkenést mutat.

Ezek után pedig a vér osmosis viszonyaira vonatkozó vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

1. A normalis vér osmosis nyomása, molekularis concentratioja 0·56° fagypontsülyedésnek, konyhasótartalma 0·58%-nak felel meg.

2. Lázas bántalmaknál a vér fagypontsülyedése a normalis 0·56° alá esik, a mi egyrészt az általános vízretentioval, másrészt a vér inanitios állapotával látszik összefüggésben lenni.

a) Kivételt ezeknél csak a szénsavval telített vér képez, a mint az a légzőszervek bármely okból eredő functio zavaránál fordul elő (pneumonia, exsudatum pleuriticum stb.); ugyanezt látjuk — habár csak igen rövid ideig — a vérnek a vörös vérsejtek szétesett és mielőbb kiküszöbölendő roncsaival történt elárasztása alkalmával is (malaria).

b) Ezzel ellentétben nem mutat eltérést a vér percentualis konyhasótartalma, mely mindenkor a normalis 0·58% körül ingadozik; csupán megint a vérnek CO_2-vel túltelítettségénél találunk feltünően alacsony konyhasóértéket.

3. A chlorosisok vérosmosis-viszonyai a megbetegedés időtartalmával, illetőleg súlyosságával vannak összefüggésben; könnyebb esetekben a vér fagypontsülyedése a normalis alatt van, súlyosabb esetekben — a mint az az ezen bajoknál végzett s publikált vizeletvizsgálatokból kitünik — többnyire a vesebajokéihoz hasonló elváltozásokkal találkozunk, t. i. a vér osmosis nyomása jóval a normalis felett van.

Még inkább a veselobokéival analog viszonyokat találtunk többnyire a konyhasóra nézve, mely állandóan meghaladja a normalis értéket.

A rendellenes koponyaalkat mint „signum dispositionis".

Konrád Jenő dr., a nagyszebeni állami elmegyógyintézet igazgató főorvosától.

(Vége.)

Azonban különösen világot vet az atypiák és deformatiok kapcsolatára az öröklési terheltséggel az, hogy az I. csoport typikus méreténél az öröklési terheltség csak 5%, az atypiánál 17%, a deformationál 20%; a II. csoport typikus méreténél 10%, az atypiánál 30%, a deformationál 21%; a III. és IV. csoportnál a typikus méret öröklési százaléka már annyira emelkedik, hogy az atypiákkal összehasonlítva alig mutatkozik valami nagyobb különbözet, a deformatioknál ellenben a körülbelül 10%-nyi növekvés megmarad. Ezen csökkenést egyfelől és szaporulatot másfelől előtüntetik a következő kerek számok:

			typ.	atyp.	deform.
I. csoport	22	ö. t. esete szolgáltat	23%	64%	12%
II. „	27	„ „ „ „	22 „	63 „	15 „
III. „	47	„ „ „ „	30 „	48 „	22 „
IV. „	23	„ „ „ „	30 „	39 „	30 „

E szerint megállapítható, hogy: 1. az elmebetegeknek csaknem a fele (40—45%) atypikus koponyaméretü, tekintet nélkül a kóralakra; 2. a deformatio általában véve jóval ritkább az atypiánál, azonban előfordulásának gyakorisága függő a genetikus fejlődés szerint súlyosabb elmekóralakoktól, a mennyiben ez utóbbiaknál, szemben az egyszerü functionalis és a főleg szerzett bántalmakkal, az előfordulási százalék a háromszorosig felemelkedik; 3. az öröklési terheltség az egyszerü functionalis és a főleg szerzett bántalmak csoportjaitól a genetikus fejlődés szerint súlyosabb elmekóralakok csoportjai felé az *a)* typikus méretüeknél az előfordulási százalék csökkenése mellett szaporodik, a *b)* deformatioknál az előfordulási százalék szaporodásával szaporodik, a *c)* atypiáknál az előfordulási százalék egyenlősége mellett csökken.

A tények tehát, röviden összefoglalva, *ezek:* az atypiák és deformatiok általában gyakoribbak elmebetegeknél, mint épeknél; az öröklési terheltség atypiák és deformatiok mellett sokkal gyakrabban fordul elő, mint typikus méretek mellett, még pedig épeknél és elmebetegeknél egyaránt; továbbá az egyszerü functionalis és a főleg szerzett elmebántalmaknál, a hol ritkább az öröklési terheltség és ritkább a deformatio, a terhelteknek mintegy két harmada atypikus fejalkattal bir, de azért a deformatio terheltségi százaléka nem áll az atypia mögött; a genetikus fejlődés szerint súlyosabb elmekórformáknál ellenben, a hol gyakoribb az öröklési terheltség és gyakoribb a deformatio, a terheltek a typikus méretüeknél, az atypiáknál és deformatioknál körülbelül egyenlő számban fordulnak elő.

Mindezekből következik, *hogy úgy az atypiák, mint a deformatiok az elmekóros hajlamosságnak külső szervezeti jelei gyanánt szerepelnek, s míg az előbbiek inkább az általános dispositio signumainak tekintendők, az utóbbiak az által, hogy előszeretettel a genetikus fejlődés szerint súlyosabb elmekóralakokat kisérik, a súlyosabb dispositio jeleit képezik.*

Ezen következtetés révén azonban felmerül a kérdés, vajjon az atypia és deformatio minden esetben képez-e signum dispositionist? Mert épelméjü egyéneknél 25% az atypia és 8% a deformatio, a mi feltünően nagy számbeli előfordulás. Ha az atypiáknál az öröklött terheltséget levonjuk, még mindig marad 23%, a deformatioknál 5%. Erre a kérdésre csak idevágó statistikai adatok alapján lehetne kimerítő választ adni. Itt csupán azt jegyezhetjük meg általánosságban, hogy valamint ott, a hol elmebetegség vagy aequivalens idegbántalmak szerepelnek az ascendentiában vagy bár a közeli vérrokonságban, az öröklött dispositio még sok tekintetben homályos viszonyainál fogva jogosan veszszük fel a descendesre vagy közeli vérrokonra nézve a terheltséget, úgy az egyszer „signum" gyanánt felismert külső jelekkel biró egyéneknél sem vehetjük tagadásba az általános dispositiot, természetesen fenntartva mindig a lehetőséget, hogy esetleges körülmények a faji származásra módosító befolyást gyakorolhatnak. De megengedhető, hogy a 23% atypia épeknél redukálódni fog, ha az atypiát kettőnél több atypikus mérettel határozzuk meg. Egyébiránt kiemelendő még azon körülmény is, hogy az öröklési terheltség még nem jelent elmekórt, a mint hogy az a vizsgált 772 ép egyénnél 6·6 százalékkal szerepel, holott tudjuk, hogy a megbetegedés a kulturállamokban csak 0·3%-ot szolgáltat. Valószinü pedig, hogy a koponyaméretek atypiája és az öröklési terheltség mint disponáló momentumok nem egyenlő értékűek.

De kutatásunknak ki kell terjeszkedni arra is, hogy *mi módon* volna értelmezhető az atypia és deformatio signumainak jelentősége, s e kutatás során talán felmerülnek oly mozzanatok, melyek annak a körülménynek, hogy ott, a hol e jelek megállapítható öröklött terheltség nélkül jelen vannak, a dispositiot valamiképen érthetővé teszik.

Vegyük szemügyre a lehetőségeket. Számoljunk először is a biologia azon tételével, hogy az evolutionalis folyamat anatomiai, physiologiai és psychikus tekintetben a nemzőkhöz hasonlót törekszik létesíteni. Tehát a forma alakulása is ide tartozik, és *mi más* értelemben lehetne azon atypiák jelentőségét felfogni, melyek csak néhány excentrikus méret által vannak meghatározva, a nélkül, hogy ezek a méretek a koponya normalis capacitásának lényeges változását jelenthetnék és így az agynövést gátolhatnák, avagy szükségképpen kifejezői lennének az agynövekvést befolyásoló valamely kóros folyamatnak? Lehetőnek kell tartanunk azt, hogy az idegrendszernek különös dispositioi a faji jellegeket megállapító anatomiai formatiokra befolyással vannak, mert hiszen természetes, hogy a nemzettnek a nemzőhöz hasonlóvá fejlődésének első feltételei a csírsejtek azonos chemico-physicalis alkatában rejlenek. Biologiai tény, hogy pl. csonkítás útján szerzett boncztani jellegek, ha idegrendszerbeli zavarokat vagy sérüléseket kisérnek, nemzedékekre képesek átöröklődni.[1]

A lehetőséget, hogy nem határozottan kórosaknak felismerhető belső folyamatok a koponyaalakulást módosíthatják, kifejezi *Ranke*[2] is a következő mondatban: „felnőtteknél a normalis határokon és az egészségen belül oly alakváltozások mutatkoznak a koponyán, melyek, ha nem is valódi pathologikus, de az embryonalis és infantilis koponyafejlődésnek többé-kevésbbé mélyreható physiologikus zavarain alapulnak".

Könnyebb az értelmezése azon atypiáknak, a melyekből a koponya kapacitásának nagyobb fokú változásaira következtetni lehet. Az absolute túlkicsiny vagy túlnagy koponyaür pathologikus jelentőségéhez szó nem fér. Azonban kórtani szempontból mérlegelés alá esnek azon koponyák is, melyeknek méretei a normalis határok szélei körül ingadoznak: a nannocephalok és macrocephalok. Ezen koponyák szélső méreteit nézetem szerint csak a faji typus figyelembevételével lehet helyesen meghatározni, mert a mit az egyik fajnál még typikusnak lehet tekinteni, az a másik fajnál excentrikus előfordulása alapján már atypikus. Igy például a kerületre nézve az 520 mm. alsó határ a magyarnál és szásznál okvetlenül atypikus, a ruthénnél ellenben ezen méret épen nem ritka; az 570 mm. felső határ a székelynél, szásznál és zsidónál még elég gyakori, a többi fajnál ellenben már excentrikus méret. A kerület atypikus méreteit, kivált, ha — mint rendesen — egyéb hasonló irányú excentrikus méretekkel együtt fordulnak elő, a törpefejűséghez (nannocephalia), illetőleg a nagyfejűséghez kell sorolnunk.

A mennyiben a szélső határokhoz közeledő kisebb vagy nagyobb kapacitás az agytömeg megfelelő kisebb vagy nagyobb mennyileges fejlettségét jelenti, az a kérdés merül fel, hogy ezen quantitativ különbségek nem a beidegzések bizonyos dysproportioja által hatnak-e módosítólag az össz-szervezeti működésekre, előidézve azon funktionalis sajátságokat, melyeket a neuropsychopathikus dispositionál tapasztalunk a psyche, a vegetativ, thermikus, secretorius stb. működések részéről. És itt megint hiányában vagyunk a számbelileg kielégítő és összehasonlításra alkalmas adatoknak. Ha mégis némi tájékozást keresünk a jelen dolgozat keretében a dysproportiokra nézve, úgy megtehetjük ezt egy összehasonlításban, mely vonatkozik a fejkerület viszonyára a testmagassághoz. Ha a fejkerület bizonyos mértékben jelzője a kapacitásnak és így feltételesen az agytömeg mennyileges fejlettségének, úgy a testmagassághoz való viszonyának megismerése különös érdekkel bir, akár a fentebb felvetett functionalis dysproportio, akár a biologiai evolutio formai szempontjából.

A román és szász fajú épek és elmebetegek egy-egy nagyobb csoportjánál beszerzett adatok alapján megállapítottam ezen viszonyt százalékokban, melyek kifejezik, hogy egy meter testmagasságra mennyi kerületméret esik. Mindkét fajra nézve 31-en alul és 35-ön felül fekszenek az excentrikus számok, a typus 31—35 közé esik, a középszám 32—34. Feltünik itt, hogy míg a typuson kivüli viszony épeknél 7—8 százalékot szolgáltat, addig az elmebetegeknél 20—28 százalék, *vagyis elmebetegeknél a dysproportio 3—4-szer olyan gyakori mint épeknél.* Különösen a typuson felüli dysproportio az, mely elmebetegeknél sokkalta gyakoribb mint épeknél. Atypikus fejkerület mellett ép úgy lehetséges a dysproportio mint a typikus viszony, valamint a typikus fejkerület is járhat dysproportioval. Együttes előfordulás esetében mindkettőnek a jelentősége természetesen fokozódik.

Az atypiáknak és deformatioknak az elmekóros hajlamossághoz való viszonyára nézve még számba kell vennünk azt a lehetőséget is, hogy közöttük és a koponyaür tartalma között kórboncztani tekintetben áll fenn valamely többé-kevésbbé közvetlen összefüggés. Eltekintve a koponyacsont növekvési zavarainak mechanikus visszahatásától az agyfejlődésre, és eltekintve azon mélyebb alkati bántalmaktól, melyek mint pl. a rachitismus, párhuzamosan a koponyaformatio rendellenességeivel is járhatnak, lehetőnek mutatkozik az, hogy a foetalis életben vagy a gyermekkorban észrevétlenül fellépett kórboncztani alappal biró agybántalmak és azok következményei befolyást gyakorolnak a koponyaalakulásra. Igy kell például lehetségesnek tekintenünk azt, hogy egy idült ependymitis nyomán mérsékelt fokú hydrocephalus lépett fel, melyhez a koponyának megfelelő növekvéssel alkalmazkodnia kellett és mivel sem a vízgyülem nem volt túlnagy, sem a csontanyag nem volt lágy, nem fejlődött ki a hydrocephalus vagy a hydrocephaloid alak difformitása, hanem létrejött egy egyszerű felső atypia, a nagyfejüség. Ezen feltevés által vezéreltetve, felkutattam a nagyszebeni áll. elmegyógyintézet boncz-jegyzőkönyvének adatait azon időtől fogva, a mióta annak tartalmára befolyást gyakoroltam. Összeállítottam a chron. ependymitis és következményeinek azon eseteit, melyeknél egyszersmind a fejalkati viszonyok adatai is megtalálhatók voltak. Habár nem zárható ki az, hogy egy régen lefolyt idült ependymitis által szerzett praedispositio mellett terjedő hűdéses elmezavar lépjen fel, mégis tekintettel az esetleges tévedésekre az irányban, hogy az ependymitis nem a dispositio boncztani alapját képezhetné, hanem az magának az elmebántalomnak kórboncztani jelenségeihez tartoznék: az ezen kórformához tartozó eseteket vonjuk ki szemlélődésünk köréből. E szerint a 42 esetből megmaradó 30 esetre csupán 2 typikus méretü fejalkat esik. A felső atypiákra (beleértve a macrocephaliát) jut 9=30%, a hydrocephaloid alkatokra 9=30%; azon formatiok tehát, melyek a belső tartalom nagyobbodása miatt engednek következtetést a koponyaür nagyobbodására, az eseteknek 60 százalékát képezik. A kóralakok itt alig számbajövő kivétellel mind súlyosak, megfelelőleg az anatomiai alapon fejlődött dispositionak. Ezen adatok, ha aránylag kis számuknál fogva messzemenő következtetésekre nem jogosítanak is fel, mégis útmutatásul szolgálhatnak arra nézve, hogy a felső atypiák és a deformatiok egy részének elmekórtani jelentőségét miben keressük.

A jelen munka tervezetében megjegyeztem azt, hogy a rendellenes koponyaalkat elmekórtani jelentőségének kérdését ez idő szerint teljesen megoldani nem lehet, mert generatiok munkásságára van szükség, hogy az okok és okozatok a legszélesebb statistikai alapon, minden oldalról kellő világításba helyeztessenek és felderíttessenek. A mit végeztem, az csak előmunkálat és ennek eredményeiből levonom az utolsó következtetést: a rendellenes koponyaalkat, ideértve az atypiákat és deformatiokat, az elmekóros hajlamossággal oktanilag összefügg és a kutatások ezen a téren positiv eredményeket igérnek.

A mi eredményeket ezen előmunkálat felmutat, ha azok jelenleg csak kevéssé értékesíthetők is az elmekórtani diagnostikában és a prophylaxisban, tájékozásul mégis mindig szolgálhatnak a jövő munkásság irányára nézve. A törekvés azonban, mely a dispositio fogalmát mystikus mezéből kivetköztetni és annak szervezeti tényezőit meghatározni igyekszik, mindenha jogosult marad.

[1] Delage. La structure du protoplasma et les théories sur l'hérédité et les grands problèmes de la biologie générale, 208. oldal.

[2] Beiträge zur Anthrop. etc. Bayerns. Bd. II. S. 63. Rieger. Cap. Ethnologie.

TÁRCZA.

A scrophulosis — tengeri és gyógyfürdők.[1]

A világ mérhetetlen kincsei között kétségtelenül az emberiség egészsége a legértékesebb, mert csak az egészséges emberiség képes a

[1] Előadatott a nemzetközi gyermekvédő congressus orvosi szakosztályában.

világ meglevő vagy még rejtett kincseit a jelenben úgy, mint a jövőben, gyümölcsözően kihasználni. Nemzetgazdasági jelentőséggel birnak mindazon betegségek, melyek általános nagy elterjedettségben sok ember egészségét s létét veszélyeztetik, de még nagyobb a hordereje azon betegségeknek, melyek ezen nagy elterjedettség mellett nemcsak a jelen, hanem a jövő nemzedék életképességét s ellenálló erejét is megtámadják. Az élet számtalan követelményei azonban annyira igénybe veszik az államok anyagi és erkölcsi erejét, hogy az egészség s ezzel a jólét ezen káros hatányaival szemben a társadalom humanismusa, jószívűsége és áldozatkészsége is kénytelen a harczot felvenni. Ily humanistikus czélnak áll szolgálatában a most Budapesten székelő nemzetközi gyermekvédő congressus, melynek orvostudományi szakosztálya mai ülésén szerény engedelmükkel bátor leszek elismételni egyik legelterjedtebb gyermekbetegség, a scrophulosis jelentőségére vonatkozólag, jórészt közismert adatokat, rá akarok mutatni azon fényes eredményekre, melyek ezen betegség gyógykezelésében a tengeri és gyógyfürdőkben elérettek, hogy minél többen legyenek az orvosvilág és a nagy közönség között szószólói azon mozgalomnak, a mely lehetővé akarja tenni, hogy az államok és a társadalom áldozatkészsége által minél nagyobb számmal létesüljenek oly intézmények, melyek az anyagiakban szűkölködő scrophulotikus gyermekek minél nagyobb számának is visszaadják, illetőleg megadják az életképességet, egészséget s ezzel a jövő jólétet.

Míg a scrophulosis meghatározását illetőleg még ma is különbözők az álláspontok, addig kétségtelen, statistikai adatokkal igazolt és elfogadott tapasztalati tény az, hogy a scrophulosist létrehozó okok között legelső sorban a tuberculotikus terheltség játszsza a főszerepet, de e mellett nagy jelentőség jut a rossz hygienikus viszonyoknak s a luetikus terheltségnek is. A scrophulosis gyakoriságának feltüntetéséhez feltétlenül szükséges a tuberculosis elterjedettségének számviszonyaira rámutatni, mit az alábbi számadatokkal bátorkodom megtenni.

Kuthy által összegyüjtött adatok szerint: Németországban általában véve az összes halálesetek 12—14%-a, egyes helyeken, főleg nagy városokban, 25%-a tüdővészre vezethető vissza. Svájczban szintén nemkülönbek a viszonyok. A franczia metropolisban s a departement de la Seine-ben 1889—1893-ban átlag évente 46·5 gümőkóros halálozás történt 10,000 lakosra. Bécsben 193 tüdővészes halálozás történt 1889—1893-ban 1000 halálesetre, Budapesten pedig ugyanezen időben 219. Magyarország összes tüdővészes betegeinek számát Korányi Frigyes 1894-ben közel 400,000-re számította ki; ugyanitt a rendes években egyes egyedül a tüdővész még egyszer annyi emberéletet olt ki, mint a heveny fertőző betegségek sorozata együttesen. A scrophulosis s a gyermekkori tuberculosis között nehezen vonható határra tekintettel itt közlöm, hogy Demme 36,148 beteg gyermek közül 5·6%-nál, Herz 4000 1—14 éves beteg közül 8·0%-nál, Cnopf sen. 11·47%-nál talált tuberculosist; Biedert adatai szerint 8332 tuberculosus betegnek 6·4%-a esik a gyermekkorra. A budapesti „Stefánia"-gyermekkórház anyagából általam összegyüjtött adatok alapján 8—9% tekinthető tuberculotikusnak.

Álszemérem és társadalmi szempontok miatt nem mindenkor szerezhetők be a betegekre vonatkozó hű anamnestikus adatok. Már ezért is számszerinti viszonyban nem állapitható meg a szülők luese s a gyermekek scrophulosisa közötti viszony, miként nem praecizirozható így a rossz hygienikus viszonyokkal való összefüggés sem, a mennyiben ennek megállapitása sokszor az orvos személyes meggyőződését igényli, tekintve, hogy nemcsak a szegénységnek következménye. A szegénység szerepe annyiban jelentőségteljesebb, mivel nemcsak nagy számottevő kórokozó tényező, de a létrehozott betegség leküzdhetése elé legyőzhetetlen anyagi akadályokat is állit.

A gyermekkor tuberculosisára vonatkozólag fentebb elősorolt adatok, továbbá Cazin, legújabban Monti közlései tesznek arról tanúságot, hogy a beteg gyermekek 8—10%-a szenved scrophulosisban, illetve hogy egy tizede a gyermekeknek öröklött vagy szerzett tulajdonságok révén oly könnyü vulnerabilitással bir, hogy ezeknél egyidejűleg vagy successive, évek hosszú során többszörösen gyuladások lépnek fel a különböző szövetekben, melyek csekély gyógyulási hajlammal birnak, a szomszédos és távolabbi nyirkmirigyek hyperplasiája által kisértetnek s végeredményükben sokszor sajtos széteséshez és abscedáláshoz vezetnek. Úgy a klinikusok, mint a kórboncznokok közül sokan tartják a scrophulosist dyscrasiának, vagy miként Virchow meghatározta, táplálkozási zavarnak, melynél hiányos az anyagcsere s ennek következtében tökéletlenül használtatnak ki a vérkeringés útján a szövetekbe vitt tápanyagok. A szövetek constructioja, illetőleg reconstructioja szenved ez által, miért is nagyobbfokú vulnerabilitás a következménye ez állapotnak. Aviragnet álláspontja szerint a scrophulosis nem betegség, hanem veleszületett alkat, mely többnyire az egész életen át megmarad. Kórboncztanilag jellegzetes reá a nyirkrendszor tágsága, a táplálkozás hiányossága. A scrophulásak nem tuberculotikusok, hanem könnyen talál ott kapura a tuberculosis virusa. Az így létrejött scrophulo-tuberculosis többnyire lassan fejlődik, rendesen a nélkül, hogy az egész szervezetben generalizálódnék, bár néha ez is észlelhető. Landouzynak is ez a véleménye, mit ezen szavakkal is kifejez: „On né scrophuleux, ou devient facilement tuberculeux." Nagynevű tudósok vannak viszont azon táborban is, mely azt vitatja, hogy a scrophulosis tuberculosis. Igy pl. Grancher egy helyütt azt mondja: „Il faut conserver le terme de la scrophule, pour dessigner les affections tuberculeuses les plus légéres, habituellement curables."

A scrophulosis gyógykezelésének elve a kór lényegével van összefüggésben. Miután a különböző szervekben és szövetekben esetleg egyidejűleg fellépő, idült lefolyású, sokszor nagy szövetelhalással járó lobos megbetegedések létrejöttüket dyscrasiának, hiányos anyagcserének köszönik: ezen dyscrasia megszüntetése, az anyagcsere fokozása, a szervezet jobb táplálása kell, hogy képezze főigyekezetünket akkor, mikor scrophulotikus beteget gyógyitani szándékozunk. A helyi megbetegedések gyógyszeres vagy sebészi kezelése csak ezután jár valamelyes eredménynyel. Ezen elv alapján igyekszünk scrophulotikus betegeinket lehetőleg jó hygienikus viszonyok közé helyezni, rendszeres jó táplálásról gondoskodni; a gyógyszerek adagolásánál kevésbbé a kórokozó hatányokat megtámadni, mint inkább a szervezetet roborálni kivánjuk. A tapasztalat azt mutatta, hogy csak ez intézkedésekkel nagyobb eredmény, kivált a scrophulosis 2—3. stadiumában, nem érhető el; kétségtelenné lett, hogy a különböző helyi megbetegedéseket aránylag rövid idő alatt meggyógyitani, a szervezet életképességét, ellentálló erejét vissza-, illetőleg megadni, csak úgy lehet, ha a scrophulotikus betegek konyhasó, illetőleg halogen elemeket tartalmazó gyógyfürdőkben vagy tengeri fürdőkben hosszabb ideig tartózkodnak és ott a jelzett hygienikus és diaetetikus rendszabályokon kivül a fürdők természetadta gyógyhatányait is igénybe veszik.

A konyhasót tartalmazó vizek hatásáról ma az a felfogás, hogy e vizek hatékony ásványalkatelemei és hőfoka ingerlőleg hatnak a bőr idegvégződéseire. Kiváltott izgalom behatása folytán reflectorikus úton bőrhyperaemia áll be, a bőr sensibilitása fokozódik, a légvétek mélyebbek és gyérebbek lesznek, a szivműködés lassúbb, a vérnyomás pedig nagyobb lesz. Ezen tényezők folytán nemcsak közvetlenül a fürdő használatakor, de utóhatásként hosszabb időn át még az anyagcsere fokoztatik, úgy hogy nemcsak a kiválasztott N-mennyiség növekedik, de a magasabb oxydatios termékeké is.

A tengeri fürdők chemikus hatását ugyanigy magyarázzák, ezenkivül mint nagy horderejű tényezőt hangsúlyozzák a tengervíz hőfoka s a hullámverés által a bőrre, illetőleg bőredényekre kifejtett jelentékeny hatást, minek következtében a bőredényekben és izmokban előbb összehúzódás, majd utóhatásként kitágulás és ellazulás áll be. A köztakaróról a belső szervekbe jutott vér ezekben élénkebb vérkeringést idéz elő. A test melegének elvezetése által keletkezett hőcsökkenés gyors pótlásához szükséges fokozott nagyobb anyagcsere előidézéséhez ezen körülmény jelentékenyen hozzájárul. A tengeri fürdők gyógyhatányai között a legnagyobb szerep a tengerparti levegőnek jut. A levegő ozondússága, úgyszólván teljes csiramentessége, nagyobb páratartalma, sűrübbsége, csekély hőingadozásai, a nagyobb légköri mozgások idézik elő azt, hogy a tengerparton a légvétek mélyebbek lesznek, hogy a pulsus lassúbbá, de erőteljesebbé válik, hogy csekély a bőrről az elpárolgás s igy kisebb a meghülés veszélye, hogy fokozott a bőrlégzés, hogy bővebb a nyákhártyák resorptioja s könnyitett a váladék expectoratioja. Ez utóbbi körülményhez a levegő csekély sótartalma is hozzájárul. Elősegitik e viszonyokat reflex úton a légáramok által kiváltott bőringerek is. Mindezek folytán nagyobb a szervezetben az anyagcsere, szaporodnak a vörös vérsejtek, regenerálódnak a szövetek, felszívódnak a meglevő lobos izzadmányok, erősödik, gyarapodik az egész szervezet.

Torday Ferencz dr.
a „Stefánia" gyermekkórház segédorvosa.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Krankheiten der Prostata. Irta: Dr. **A. Frisch,** a sebészet rk. tanára. (Nothnagel specielle Pathologie und Therapie XIX. kötetének II-dik része, III-dik füzete.) Hölder Alfréd kiadása. Bécs, 1899.

E munkával a nagy belgyógyászati kézikönyvnek a húgyszervek megbetegedéseire vonatkozó köteteinek utolsóját vettük.

E kötetek úgy számra, mint terjedelemre nézve az eredetileg hirdetett méreteken túlnőttek, a mint hogy az egyes részek megirását is más szerzők vállalták el.

A sebészet nagy haladása e megbetegedéseknek úgy felismerésében, mint gyógykezelésében még e belgyógyászati munka keretében is szükségessé tette e bántalmaknak a sebészet elvei és irányzatai szerinti tárgyalását.

Igy lett e munka megirásával az ismert bécsi húgyszervi sebész megbizva. Szerző kilencz fejezetben tárgyalja a megbetegedéseinek gyakorisága és ezen megbetegedések következményei által fontos szerv kór- és gyógytanát.

Az I-ső és II-dik fejezet a normalis prostata boncz- és élettanát, a III-dik fejezet a prostata vizsgálati módszereit élőkön tárgyalja.

A boncztani részben a harmadik (középső) lebeny vitás kérdésében Zuckerkandl leirását fogadja el, mely e lebenyt harántul fekvő parenchymás csíknak tünteti fel.

Az élettani részben külön tárgyalja e szerv szerepét mint a hólyag záróizom készülékének egy részét, Rehfisch vizsgálataira és kisérleteire támaszkodva, a nélkül, hogy a kutatónak conclusioit is elfogadná. A Böttcher-kristályok képződését illetőleg Fürbringer nézeteit adja vissza.

A vizelési inger fellépésének helyét és miként jét illetőleg, azok nézetéhez csatlakozik, kik az ingerkiváltás helyét a pars prostaticába helyezik, ellentétben a Guyon-iskola által propagált hólyagösszehúzódási theoriával.

A harmadik fejezetben a tapasztalt klinikus vizsgálati biztossága szól hozzánk.

A következő rövid fejezet a prostata veleszületett rendellenességeit tárgyalja.

Igen kimeritő a prostata lobjairól szóló rész. A mi e bántalom gyakoriságát, mint a gonorrhoea complicatioját illeti, saját tapasztalatai alapján is Finger és Posner nézetéhez csatlakozik, kik e szerv ilynemű megbetegedését igen gyakorinak tartják. (E nézet azonban még igen sok kifogástalan vizsgálati eredmény általi megerősítésre szorul. Guyon, Fürbringer elég ritkának modják. Ref.)

A prostatitisek beosztását illetőleg, a Segond-féle régi beosztást: prostatitis catarrhalis, follicularis és parenchymatosa fogadja el.

A fejezetnek a prostatitisek gyógytanáról szóló részében egymás mellé helyezi az ajánlott tömérdek szert és methodust, teszi ezt sok jóhiszeműséggel, kevés kritikával és azzal a specialismusunk újabb irodalmában szomorúan tapasztalt, viszontbiztositással járó udvariassággal, mely a szerek értékének mérlegelésében nemcsak a szerek vagy módszerek absolut értéket, hanem az ajánlók, nem mindig realis tekintélyét is tekintetbe veszi.

Az idült prostatitisek kezelésében a legfényesebb eredményeket — és e tekintetben az itéletek minden részről egyezők — a massageval éri el. A massaget ujjal, és nem a *Feleky* által ajánlott műszerrel végzi, a melynek alkalmazását tekintettel arra, hogy még ujjainak tapintó érzékét sem érvényesithetjük, aránylag durva beavatkozásnak tartja, (Nézetünk szerint csak avatatlan vagy türelmetlen kézben; e műszerrel való bánás, némi megszokás mellett, úgy a tájékozódás, mint a kifejtendő erő tekintetében teljesen hatalmunkban van. Ref.)

A prostataneurosisok és a vele kapcsolatos sexualis neurasthenia sok tekintetben még igen homályos területét igen józanul és világosan tárgyalja. A helyi kezelést, igen helyesen, csak akkor tartja megengedhetőnek, ha localis neurosisok vannak túlsúlyban (sphincter-görcs). A villanyozásnak hasznát csak a here és ondózsinór neuralgiáknál látta.

A prostatatuberculosisról szóló fejezetben a belső (medicamentalis) szerelésnek egész sorozatát vonultatja fel. Első sorban a német irodalomban oly csodás makacssággal, a szó szorosabb értelmében *hirdetett* ichtyolt.

A könyv legterjedelmesebb és leggondosabban megirt fejezete a prostata-hypertrophiákról szól. E bántalom lényegének felfogásában nem járul hozzá a Guyon-Lannois-féle nézethez, mely ezen bántalmat (vagy Socin szerint helyesebben állapotot. Ref.) az általános arteriosclerosis egy résztünetének tartja. A német és angol szerzők túlnyomó részével megegyezőleg, tisztán localis kötőszöveti túltengésen alapuló megbetegedésnek hiszi.

Megkülönbözteti a hypertrophiának Casper szerint három alakját, mint:

1. *Hypertrophia prostatae myomatosa circumscripta sive nodosa.*
2. *Hypertrophia prostatae fibromyomatosa diffusa.*
3. *A prostata adenoid túltengése.*

A diagnosisnál igen fontosnak tartja a hypertrophiának megkülönböztetését a chron. prostatitisektől. (Ez utóbbiaknál minden esetleges sexualis műtét a baj rosszabbodását vonja maga után.)

A tárgy fontosságára és a munka czéljaira, mint a gyakorló orvosoknak szánt kézikönyv, való tekintetből, a catheterismust igen böven és gyakorlatilag tárgyalja.

A radicalis gyógymódok közül a Bottini-féle galvanocaustikus incisioval ért el szép eredményeket. Ez operativ módszert megkülönböztetett részletességgel irja le, de végül bevallja, hogy úgy a műszer functioja, mint az eredmény még igen sok esetben hagy cserben és hogy úgy a műszer, mint használatának javalatai, praecisiora szorulnak.

A sexualis operatiokkal szemben nagyon tartózkodóan viselkedik, a tömeges irodalmat igen különböző értékűnek, legnagyobb részében megbizhatatlannak tartja, a kisérleti kutatások, valamint a szerzett tapasztalatok czélszerűségüket nem igazolták, a maga részéről, tekintve, hogy három műtett esete (vas deferens resectio) elpusztult, e műtéteket többé nem végzi.

Az ezután következő fejezetek a prostata atrophiáról, a prostata daganatairól és élősdieiről szólnak. Az atrophiánál érdekes az a lelet, mely szerint az ejaculationál a sperma a hólyagba regurgitál, mi megdönti azt a feltevést, mely szerint a caput galinnaginis megduzzadása segíti elő a sperma kilökését, elzárva az utat a hólyag felé.

A prostata tumorjaira nézve a prognosist vigasztalannak mondja, a műtétek eredményt nem mutatnak fel és csak annak beigazolását képezik, hogy mily nagy műtéti beavatkozást képes az emberi szervezet elviselni.

Az utolsó huszonöt év irodalmát majdnem teljesen felölelő kimutatás képezi e munka befejezését, mely tekintve, hogy e tárgy leghivatottabb megmunkálójának, Socinnak kezéből a halál 25 év előtti munkájának átdolgozása közben ragadta ki a tollat, úgy a szakorvosok, mint a gyakorló orvosok részéről rég érzett hiányt pótol. E munka szerzőjének egyéni nagy tapasztalatainál, valamint az összes irodalom tárgyilagos felhasználásánál fogva tanulságos, stilusának elegantiájánál fogva pedig élvezetes olvasmányt képez. *Reách Dezső* dr.

Összefoglaló szemle.

A localis anaesthesia jelen állása. Kaczvinszky János dr. tanársegédtől.

(Vége.)

Az infiltratios anaesthesia czéljaira használandó vizes oldatoknak legfontosabb közös tulajdonsága az osmotikus feszültség, a mi abban nyilvánul, hogy az oldatok vagy vizet adnak át a szöveteknek, duzzasztanak, vagy vizet vonnak el azoktól. Egy bizonyos concentratio azonban e tekintetben közömbös s ez az, a melynek fagypontja azonos a normalis szövetnedvekével. (Azonos fagypontú oldatokat isosmotikusoknak vagy isotonikusoknak neveznük.) Ennél hígabb oldat duzzadást, töményebb oldat vízelvonást okozván, fájdalmas ingert okoz, melyet rövid ideig tartó érzéstelenség követ. Hogy tehát valamely oldatnak érzéstelenitő hatása teljesen és tisztán érvényesülhessen, akkor annak duzzasztó mellékhatását az által kell megszüntetnünk, hogy konyhasó hozzáadása által a szövetnedvekkel azonos fagypontú, azaz isotonikus oldattá teszszük.

Hogy a cocain mily óriási higitásban képes az érzőidegeket bénitani (1 : 20,000), azt csupán 0·8%-os konyhasó hozzáadása mellett lehet kimutatni, a midőn is a cocain hatásából a duzzadási fájdalom ellensúlyozására misem fecsérelődik el. A cocain mellett a konyhasó szerepe nem — miként Schleich hitte — érzéstelenités, hanem a duzzasztó hatás csökkentése, bár erre az általa igénybe vett konyhasómennyiség nem elégséges. Schleich szerintük abban is tévedett, hogy az érzéstelenséget az infiltratio által okozott mechanikai izgalomnak és oedemának tulajdonítja, holott az egyedül cocainhatás. Braun és Heinze kimondották, hogy szövetekbe való fecskendésre, főleg infiltratios anaesthesiára csak osmotice közömbös oldatok használhatók (fagypontra nézve 0·55° C., megközelitőleg 0·9% konyhasó-oldat), melyek a bennük levő anaestheticum specifikus hatását tisztán kifejezésre juttatják. A morphinnak, mint azt Schleich alkalmazza, semmi hatása nincsen s csak kellemetlen oedemát okoz s a neki tulajdonított utófájdalomcsillapitást sokkal jobban érjük el, ha a morphint külön fecskendezzük a bőr alá. Kideritették a Braun és Heinze vizsgálatai, hogy a cocainnak 1%-os oldata 200-szor erősebb, mint a leggyengébb még hatékony concentratio, úgy hogy ilyen erős oldat más, általuk eddig megvizsgált anyaggal vagy nem volt előállitható, vagy pedig izgat és oly káros hatású, hogy a szövetekbe nem fecskendezhető be. Csupán az eucain B. az, melyet a cocainnal egyenértékűnek találtak érzéstelenitő hatásra nézve, előnye azonban, hogy kevésbbé mérgező, tartós és oldata gyakran felfőzhető a nélkül, hogy bomlanék.

Braun és Heinze ezen vizsgálataik alapján tehát a következő oldatot ajánlják az infiltratios anaesthesiára:

Eucain B.	1
Natrii chlorati	8
Aquae dest.	1000

Ezen oldatból 300 köbcentimetert is fecskendeztek be a nélkül, hogy valaha mérgezést láttak volna.

Általában ezen híg oldatok alkalmazásánál nincs mit tartanunk a tömény oldatokra megállapitott maximalis dosis átlépésétől. Custer kimutatta, hogy a cocain ugyanazon mennyisége tömény oldatban sokkal mérgezőbb, mint híg oldatban, pl. 0·2%-os oldatban ugyanazon mennyiség 5-ször kevésbbé mérgező mint 5%-osban. A 0·2%-os cocainoldatra (Schleich I.) azt találta, hogy állatkisérletek, valamint saját tapasztalatai alapján a maximalis dosis 0·25—0·30 gm. cocainra tehető.

Az infiltratios anaesthesia sikere az összes szövetek tökéletes infiltratiojához lévén kötve, az különösen nagyobb műtéteknél sok időt vesz igénybe. Tályogok megnyitására, ha azok felületesek, még ma is legjobb eljárás az aethylchloriddal való fagyasztva érzéstelenités, mert az a legegyszerűbb. Egyszerűség és gyorsaság szempontjából az infiltratios anaesthesiával szemben haladás az Oberst-féle eljárás. Míg a Schleich-féle eljárásnál directe csak azon területet érzéstelenitjük, melylyel az oldat érintkezésbe jutott s ebben a tekintetben a Reclus-féle cocain érzéstelenitéstől csak oldatainak rendkivül híg volta által tér el, addig az Oberst-féle eljárás lényegesen más alapelveken nyugszik. Corning utalt arra 1887-ben, hogy egy érző ideg törzse mellé 4%-os cocaint fecskendezve, az ideg elágazásainak megfelelőleg érzéstelenség lép fel, ha a befecskendési hely felett centralisan lekötést eszközöl. Ezen regionaernek nevezett anaesthesia használhatóságát a sebészetben évekkel ezelőtt nagy anyagon constatálta Halleban Oberst, mint azt Pernice közléseiből tudjuk. Széles körben való elterjedését azonban csak Braun közléseinek köszöni. Braun előirása szerint a vérkeringés megszüntetésén kivül igen lényeges, hogy minden peripherikus anastomosis ki legyen zárva érző idegek részéről. Nézete szerint ez csupán az ujjakon érhető el tökéletesen, melyeket vékony draincsővel köt le a műtéti hely felett s 1%-os cocain oldatából a négy idegtörzs belépési helyének megfelelőleg, 1/4 köbcentimetert fecskendez be egyenként a draincső mellé, attól peripherice. Több ezer esetben próbálta ki Braun ezen eljárást, egy esetben sem látott mérgezést s mint veszélytelen biztos módszert egyszerűsége miatt az ujjakon fölébe helyezi Schleich módszerének. Honigmann is azt hangsúlyozza, hogy épen azon műtéteknél, melyek a gyakorló orvosnál a leggyakoriabbak (panaritium, unguis incarnatus stb.) s a melyek Schleich szerint a legnehezebben érzéstelenithetők, válik be a legjobban Oberst eljárása.

Kiterjesztette ezen érzéstelenitési módot az ajakra Heimann, a ki egy az alsó ajkon ülő nyálkacystát akkép távolitott el minden fájdalom nélkül, hogy egy hajlékony (rézsodronyvázzal biró) pessariumot meghajlitva, az igy támadt gyürűfelek közé csipte az ajkat s a gyűrün belül 1/2 köbcentimeter 1%-os cocain-oldatot fecskendett be.

Az első, a ki nemcsak az ujjakon, de magasabban is, a kézen és lábon operált Oberst anaesthesia mellett, Manz volt. Gottstein pedig a boroszlói klinikáról közöl egy Pirogoff-műtétet, melyet szintén Oberst módja szerint tettek érzéstelenné.

Magasabban alkalmazott Oberst-eljárásnál, a hol a leszoritási gyűrű mellett a végtag egész keresztmetszetét át kell itatni a cocain-oldattal, könnyen túlhaladjuk a cocain 0·05 grammos maximalis dosisát.

Erre való tekintettel Hölscher ily esetekben a 0·2%-os Schleich-oldatot használta. A kéztő felett alkalmazta a gummi-pólyát, 10—25 cm^3 oldatra volt szüksége, az érzéstelenség beállására azonban 10—30 perczig

kellett várakoznia. Kéztöresectionál az alkar közepére tett gummi-pólya mellett 20 cm³ 0·2%-os Schleich- és 12 cm³ 0·2%-os eucain B.-oldatot combinálva fecskendett be; a várakozási idő 30 perczig tartott. A felkar közepén 20 cm³ Schleich- és 16 cm³ eucain volt az adag s a térd felett tisztán eucaint alkalmazva 47 perczuyi várakozás után végezhette a műtétet érzéstelenül. Az eljárás kellemetlen oldalát a leszorító cső nyomása képezi, a mit Hölscher nem tart szükégesnek, lévén az az idegnyomás következménye s azt ajánlja, hogy csupán annyira szoritsunk, hogy a keringés megszünjék.

Berndt azt tapasztalta, hogy széles gummi-pólyák alkalmazásával a nagyobb fájdalom elkerülhető. A czomb osteoplastikus amputatioját végezte Gritti szerint akképen, hogy a czomb közepén alkalmazva a a széles pólyát, 0·02 gm. cocaint 20 gm. vízben oldva az ischiadikus tájára, 0·02 gm.-ot pedig 30 gm. vízben oldva a peroneus és saphenus tájára szétosztva fecskendezett be. A műtétet egy 80 éves férfinél végezte gangraena senilis miatt.

Alkarphlegmone esetében pedig a felkar közepét strangulálva 0·05 gm. cocaint 60 cm³ vízben oldva a medianus, ulnaris, radialis idegekre szétosztva fecskendezett be s azután a bört infiltrálta a gyűrű körül steril konyhasó-oldattal. A műtét szintén érzéstelenül folyt le. Az érzéstelenség annál biztosabb volt, mennél tovább várakozott. Kofmann hivatkozván arra, hogy az Oberst-anaesthesia csak bizonyos idő multán áll be, még pedig annál később, mennél magasabban alkalmazzuk a leszorítást, a főtényezőnek a cső hatását tekinti, mely részint az idegekre nyomást gyakorol, részint ischaemiát okozván, hozná létre az érzéstelenséget; elveti a cocaint és több esetet közöl, melyeket teljesen érzéstelenül sikerült operálnia egyszerű leszorítás mellett, ha kellő ideig várakozott.

Alapjában véve regionaer-anaesthesia a Hackenbruch által ajánlott módszer is, mit ő circularis analgesiának nevez. A műtéti hely határán csüllő- vagy köralakban ½—¼%-os cocain-eucain-oldatot fecskendez be, a határon belül levő területen érzéstelenség áll be. A maximalis dosis átlépése folytán fenyegető veszély ezen esetben is határt szab a kiterjedtebb alkalmazásnak.

Láthatjuk ez adatokból, hogy az Oberst-féle érzéstelenitési mód, mely a végtagokon végzendő műtéteknél Schleich módszerénél sokkal egyszerübb és kényelmesebb, mind nagyobb kiterjedésben vétetik igénybe s ha sikerülne egyrészt a cső nyomása által okozott kellemetlenségeket csökkenteni, másrészt a befecskendezésre használt oldatok czélszerű megválasztása által a várakozási időt megrövidíteni, a helyi érzéstelenités e módja a tökéletesség magas fokára emelkednék.

Azon fényes kisérleti sorozatnak, mely a localis anaesthesia előrosolt rendkivül értékes vivmányait eredményezte, betetőzését képezi a legújabb időkben Bier genialis felfedezése.

Bier Schleich-féle infiltratios anaesthesiában Quincke-féle lumbalpunctiot végez igen vékony tűvel s a tőr kihúzása után Pravazzal híg cocain-oldatot fecskendez be, ügyelve arra, hogy sok liquor ki ne folyjék. Két perczig bentartja a tűt, hogy a cocain visszaszivárgásának elejét vegye s azután kihúzva, helyét collodiummal fedi. A cocain elterjed a liquor cerebrospinalisban s éri nemcsak a gerinczvelőt, hanem a burkokon belül lefutó hüvelynélküli idegeket s dúczokat is, s valószinűleg ez utóbbiakra gyakorolt hatás a fontosabb. Bier hat betegén, önmagán és segédjén tett kisérleteket. 1% oldatban 0·005—0·015 gm. cocaint fecskendezett be, miáltal körülbelül ⅔-át az egész testnek oly érzéstelenné lehetett tenni, hogy a legnagyobb operatiok fájdalom nélkül végezhetők voltak rajta. Az érzéstelenség 5—8 percz mulva áll be és tartama átlag 47 percz. Felnőtt embernél kis mennyiség az emlőbimbókig, gyermekeknél az aránylag nagy adag az egész testre kiterjedő érzéstelenséget okoz a fej kivételével. A tapintó érzés többnyire megmarad, csupán egy esetben tünt el nagyobb adagra, a mozgató idegekre semmi befolyással nem volt.

Három beteget kivéve igen kellemetlen mellékhatások mutatkoztak, hasonlóan az általános narcosishoz és tovább is tartottak, legnagyobb fokban a két orvosnál, a kik a kisérletek után rendes életmódjukat folytatták. Az észlelt tüneteket azonban nem mérgezésnek, hanem vérkeringési zavaroknak s talán a liquor elfolyásnak hajlandó tulajdonitani. A Bieren magán eszközölt kisérlet azért hiúsult meg, mert igen sok liquor folyt ki s igy valószinűleg semmi cocain sem jutott be.

A tropacocainnal tett kisérletei nem váltak be, utóhatásai kellemetlenebbek, érzéstelenitő hatása pedig nem elégséges.

Irodalom. *Reclus*: *La cocaine en chirurgie. Paris 1895. Schleich C. L.*: *Schmerzlose Operationen. Berlin, 1898. Braun*: *Über Infiltrationsanästhesie und regionäre Cocainanaesthesie.* (*Centralbl. f. Ch. 1897. Nr. 17*), *F. Honigmann*: *Zur Localanästhesie.* (*Centralbl. f. Ch. 1897. Nr. 51*). *Haberern J. Pál*: *Nagyobb műtétek helybeli érzéstelenítéssel.* (*Orvosi Hetilap 1897, 541. l.*) *O. Manz*: *Über regionäre Cocainanästhesie.* (*Centralbl. f. Ch. 1898, Nr. 7*). *P. Arendt*: *Weitere Beiträge über regionäre Cocainanästhesie.* (*Centralbl. f. Ch. 1898, Nr. 15*). *Gottstein*: *Erfahrungen über locale Anästhesie in der Breslauer chirurgischen Klinik.* (*Archiv f. klin. Chir. 57. B. II.*) *Braun*: *Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Infiltrationsanästhesie.* (*Arch. f. klin. Ch. 57. B. II.*) *Hackenbruch*: *Über locale Analgesie bei Operationen.* (*Arch. f. kl. Chir. B. 57. II.*) *Fr. Rubinstein*: *Über locale Anästhesie, insbesondere grösserer Gelenke.* (*Centralbl. f. Chir. 1898. Nr. 26*). *Sudeck*: *Über Localanästhesie.* (*Deutsche m. Wochenschrift. 1898, Nr. 8*). *S. Kofmann*: *Blutleere als Localanästhesie.* (*Centralbl f. Chir. 1898, Nr. 40*). *H. Braun*: *Regionäre Anästhesie und Blutleere.* (*Centralbl. f. Chir. 1898, Nr. 43*). *J. Custer jr.*: *Die Verwendbarkeit des Tropacocains in der Infiltrationsanästhesie.* (*Münch. med. Wochenschrift 1898, Nr. 32*). *Heimann*: *Ein Beitrag zur regionären Cocainanästhesie. Centralbl. f. Chir. 1899, Nr. 1*). *Heinze*: *Experimentelle Untersuchungen über Infiltrationsanästhesie.* (*Virchow's Archiv. B. CLIII. P. 466*). *Custer*: *Cocain und Infiltrationsanästhesie.* (*Basel, Benno Schwebe. 1898*). *S. Kofmann*: *Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. Braun in Nr. 43 1898 dieses Blattes.* (*Centrbl. f. Chir. 1899, Nr. 7*). *R. Hölscher*: *Beiträge zur regionären Anästhesie.* (*Münch. med. Wochenschrift 1899, Nr. 8*). *Berndt*: *Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei grösseren Operationen an den Extremitäten.* (*Münch. mediz. Wochenschrift 1899, Nr. 27*). *Trzebicky*: *Über Infiltrationsanästhesie.* (*Wiener med. Wochenschr. 1899, Nr. 16*). *A. Bier*: *Versuche über Cocainisirung des Rückenmarks.* (*Deutsche Zeitschrift f. Chir. LI. S. 361*). *Makara Lajos*: *A narcosis és a local-anaesthesia.* (*Gyógyászat 1899, 40. sz.*)

Lapszemle.

A tuberculosis gyógykezelése Landerer tanár módszere szerint. Landerer stuttgarti tanár kutatásai az 1888-dik évben kezdődtek, midőn a nevezett tanár a perui balzsam kedvező gyógyitó hatását vette észre a gümőkóros sebészi bántalmaknál. Akkor kezdte meg először az intravenosus befecskendezéseket a perui balzsam emulsiojával és pedig a sebészi gümőkóros bántalmaknál. Később, miután ezen emulsiók készitése sok bajjal járt, Landerer tanár a perui balzsamnak ható alkotó részét, az *acidum cinnamomicumot* és annak sóit, nevezetesen a natronsót (cinnamate de soude) vagyis a *hetolt* kezdte e czélra használni. De a fejetek intravenosus befecskendezései, a melyek többször a glutealis tájon tétettek, izgatottságot és ideges zavarokat is okoztak a betegeknél, mint ezt a davosi *Heusser* dr. is észlelte, s azért használatától eltért és most csupán az acid. cinnam.-t vagy a hetol vizes oldatait alkalmazza befecskendezésekre; az emulsiokat csupán a felületeken székelő gümős bántalmaknál alkalmazza. *Richter* és *Spiro* dr. a hetol histologikus hatását a gümős szövetekre állatokon tanulmányozták s kideritették, hogy az intravenosus fahéjsav-befecskendések a gümős szövetekben a roncsoló folyamatot lassitották, a gócz környékén később az alveolaris sejtekben a kötőszövet feltünően szaporodott, úgy hogy az alveolaris falak lényegesen vastagodtak és a leukocyták száma minden injectio után tetemesen nagyobb lett. Landerer tuberculosus betegeken tett befecskendései után meggyőződött, hogy a hetol lobos folyamatot idéz elő a gümős szövetek körül, mely azokat sclerotikus elváltozásra hajlamositja. Mellőzve a részleteket, melyek Landerer kimerítő czikkében foglaltatnak, az érdekes tanulmányból levont thesisek közlésére kell szorítkoznunk, melyek a következők: 1. A fahéjsav (acid. cinnamomicum) és alkotó részei teljesen ártalmatlanok az egészséges emberi organismusra. Ez anyagok semmi hatással nem birnak más betegségekre. Csupán a gümőkórra gyakorolnak hatást. 2. Ezen hatás a következő tünetekben nyilatkozik: az első injectioktól fogva *hyperleukocytosis* képződik és a véráramban nagy számban polynuclearis és eosinophil fehér vértestecseket találhatni. A gümőgóczok körül lobos folyamat fejlődik, mely kötőszövet és új erek képződésével végződik. Ezen sclerosis sugáralakban kiterjed a gümős góczokon át és ezek nemsokára hegesedés képét mutatják. 3. Ezen hetol-befecskendések, melyek intravenosusok vagy glutealisak lehetnek, mindig igen kis adagokban történjenek, 1 mgm.-tól kezdve 50 mgm.-ra emelhetők, mely utóbbi adagon túlmenni nem szükséges. Az adagemelés meghatározásánál a beteg közérzete, a láz, a vérhányás és a fehér vértestecsek jönnek tekintetbe. Az eset súlyos volta szerint a befecskendések hosszabb vagy rövidebb ideig folytatandók. A minimalis idő azonban 3 hónap legyen s az összkezelés egy egész évre is kiterjedhet. 4. Landerer és Bernheim együtt 284 különböző tuberculosis alakot gyógykezeltek és az ő kisérleti, górcsövi és klinikai vizsgálataikból kiderül, hogy a fahéjsavban s származékaiban oly anyagokkal birunk, melyek a gümőkór ellen erélyes befolyást kifejteni képesek. A két kisérletező igen nagyszámú javulásról és gyógyulásról referál, melyeket kizárólag ezen eljárással értek el. 5. Landerer szerint a fahéjsav ellenmérge volna a bacillusnak, a mennyiben a gümőkóros toxinokkal egyesül s ártalmatlan összeköttetés képződik. Bernheim szerint ellenben phagocytosus, bakterium faló módon hat a fahéjsav. A leukocyták nagy száma által az organismus jó védelmi állapotba jut és a Koch-féle bacillusok kevesebb vagy épen semmi toxint nem választanának el. 6. A gyógyító hatást a sebészi betegségalakoknál szabad szemmel lehet követni, midőn is az új kötőszövet, valamint a sclerotikus hegképződést directe láthatjuk. (*S. Bernheim. La médecine orientale 1899. szeptemberi szám.*) —*r.*

Az airol Roche-ról számos kiváló szakférfi igen kedvezően nyilatkozik. Igy pl. *Bruns* tanár Tübingában az airolpastáról azt mondja, hogy az a pörkalatti gyógyulás minden feltételeinek megfelel. (Beitr. z. klin. Chir. XVIII. k. 2. f.) *Wölfler* dr. Prágában az airol előnyét abban látja a jodoformmal szemben, hogy a sebekre száritólag hat és kevésbbé mérgező, mint a jodoform. *Lesser* m.-tanár Lipcsében azt mondja, hogy soha sem okoz eczemákat a környéken, mint a jodoform és még kevésbbé mérgezési tüneteket. (D. m. Wochenschr. 1899. 1. sz.) *Veiel* udvari tanácsos Canstattban kinyilatkoztatja, hogy az airolról szerzett tapasztalatai oly kedvezők, hogy azt minden kartársnak jodoform helyett melegen ajánlja (W. klin. Rundschau 1895, 92. sz.) Hasonlóan nyilatkoznak a mondott szerről még a következő szakférfiak: *Haegler C. S.* tanár Basel (Beitr. z. kl. Chir. XV. k. 1. f.); *Löblowitz J. L.* dr. (Archiv f. Derm. und Syph. XXXVIII. k. 2. f.); *Merlin* dr. Triestben (W. med. Blätter 1896. 40. sz.); *Tausig Hugó* ezredorvos (ugyanott 1896. 91. sz.); *F. Legneu és L. Lévy* a Hôpital St. Louisból Párisban (Therap. Wochenschrift 1896, 46. sz.); *Howald W.* dr. Bernben, *Körbel Herman* dr. Bihacban, *Gallemaerts* tanár Brüsselben (La Policlinique 1896. 2. sz.), *Herrnheiser* dr.

Prágában és *Bunge A.* dr. az orosz csász. tengerészet főorvosa, ki azt ulcus molle és genyedő bubóknál és otorrhoeáknál kitünő sikerrel használta. —*r.*

Sulfosot-syrup Roche. Az edző és mérges kreosot s annak sói (creosotum carbon. etc.) helyett *Hoffmann-La Roche & Cie* czég Baselben a nevezett szörpöt hozta forgalomba, mely hivatva van a kreosot-készítményeket kellemesebb alakban nyujtani a betegnek. Sulfosot nem egyéb, mint kreosotsulfosavas kalium, melyben a kreosot hathatós alkatrészei, a diphenolok stb. kaliumsó alakjában foglaltatnak. A sulfosot mint ilyen nem jön forgalomba, hanem egy gondosan készített és állandó összetételü szörp alakjában árultatik, mely kellemes izü, absolut nem mérges s nem edző folyadék. Egy üveg sulfosot-syrupban van 15 gm. sulfosot, illetve 10 gm. tiszta kreosot. A készítmény előnye, hogy nem drágább az egyéb kreosot-készítményeknél, sőt a kreosotpilluláknál sem. Egy üveg *sulfosot-syrup "Roche"* 150 grammot tartalmaz. Napi adag: felnőtteknek 3 theakanállal, gyermekeknek 1—2 theakanállal. —*r.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. november 17.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899 október hó 29-dikétől 1899. november hó 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 462 gyermek, elhalt 255 személy, a születések tehát 207 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2459 beteg, szaporodás 833, csökkenés 768 maradt e héten végén ápolás alatt 2524. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 1, hökhurut 1, kanyaró 1, vörheny 10, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 9, agyvérömleny 5, rángások 4, szervi szívbaj 17, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 30, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és béllob 7, carcinomata et neoplasmata alia 13, méhrák 4, Bright-kór és veselob 4, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 11, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. november 4-dikétől november 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 5 (meghalt —), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 69 (meghalt —), vörhenyben 52 (meghalt 8), kanyaróban 72 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 24 (meghalt 3) trachomában 4, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 10 (meghalt —), orbánczban 22 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 2).

⊥ **Pestis-hirek.** Portugálban Oportóban október 20-dikától 21-dikéig a hivatalos tudósítások szerint 24 pestis-eset, 11 pestis halálozás fordult elő. A pestis-kórház kimutatásában október 25-dikén 38 nő és 27 férfi pestis-betegről tétetik említés. A britt Kelet-Indiában szept. 30-dikától okt. 7-dikéig 6727 pestis halálesetet constatáltak, tehát egy hétre több mint 1000-et. Madagaskárban szintén újra kiütött a pestis. Mozambique-ban egy f. hó 4-dikéről kelt tudósítás szerint Lourenço Marquezben szintén kiütött a pestis. Közelebbről érdekel bennünket a *trieszti pestis-eset.* Erre vonatkozólag a következő hireket álljthatjuk össze. Október 28-dikán Konstantinápolyból több közbeneső állomás után érkezett a *Polisz Mitiline* hajó. A hajó vezetője katarrhalis tünetek között megbetegedett és egy trieszti kórházban november 4-dikén meghalt. A trieszti orvosok vérmérgezésre tették a kórboncztani diagnosist. Ferrari dr. boncznok a májban és vérben mikrobákat mutatott ki, melyek a tengeri malaczokat harmadnapra megölték, a midőn bakteriologiai praeparatumokat csináltak, a melyeknek mikrobáiban *Weichselbaum* tanár és assistense *Gohn* dr. a pestis-bacillust ismerték fel. A szükséges intézkedéseket úgy az osztrák, mint a magyar kormányok megtették. Azok, a kik az elhalt hajóvezetővel érintkezésben voltak, mindnyájan egészségesek

△ **A XIII. nemzetközi párisi orvosi congressus** magyar nemzeti bizottsága *Pertik Ottó* dr. egyetemi tanár elnöklete alatt 16-dikán este előértekezletet tartott a királyi orvosegyesület tanácskozási termében. Az elnök ismertette a congressust és annak czélját és a részvételi módozatokat. A congressus biologiai és orvostudományi osztályának 27 sectioja van. Tag lehet minden orvostudor, vagy oly szakmabeli egyén, a kit a nemzeti bizottság a párisi központi bizottságnak ajánl. Tagsági díj 14 frt., mely összeg *Demjanovics Emil* dr. pénztároshoz (József-körút 28.) küldendő. A congressus tagjainak a franczia vasutak 50% árengedményt biztositanak, úgyszintén valószinű, hogy az osztrák és svájczi vasutak kivételével az összes külföldi vasutak is. A magyar nemzeti bizottság felhivja részvételre a congresus ideiglenes programmjának és szabályzatának megküldésével a hazai és tudományos társulatokat, a szaklapokat, politikai napilapokat, egyetemi tanárokat, a vidéki kórházak igazgatóit és főorvosait és a megyei és városi főorvosokat, továbbá a szaktársakat. A magyar nemzeti bizottság véglegesen a következőképen alakult meg: Elnök *Pertik Ottó* dr. egyetemi tanár, alelnök *Csatáry Lajos* dr. min. tanácsos, főtitkár *Korányi Sándor* dr. egyetemi tanár, titkárok *Nékám Lajos* dr., *Török Lajos* dr. és *Oláh Gusztáv* dr. A nemzeti bizottság tagjai: Basch Imre, Bäcker József, Bókay Árpád, Bókay János, Csapodi István, Erős Gyula, Fodor József, Flesch Nándor, Faragó Gyula, Gerlóczy Zsigmond, Grósz Gyula, Högyes Endre, Hutyra Ferencz, Irsai Arthur, Korányi Frigyes, Löw Sámuel, Müller Kálmán, Magyarevics Mladen, Nagy Albert, Róna Sámuel, Schermann Adolf, Szontágh Félix, Récsey Imre, Temesváry Rezső, Tihanyi Mór, Váli Ernő, Varró Indár doctorok.

⊰ **Ápolónői tanfolyam.** A magyar vörös-kereszt-egylet hivatásszerű betegápolónők kiképzése czéljából az 1900. év elején a tulajdonát képező Erzsébet-kórházban uj, hat havi tanfolyamot nyit. Az üresedésben levő 11 helyre pályázhatik minden kifogástalan erkölcsü nő 20—40 életév között, a ki kellő minősítéssel bir. A folyamodványok akár közvetlenül, akár a fiókegyesületek útján legkésőbb ez évi deczember hó 15-dikéig terjesztendők be az egyleti igazgatósághoz (Budapest, IV. ker., Kecskeméti-utcza 5. sz.) és azokhoz becsatolandók: *a*) keresztlevél, illetőleg anyakönyvi kivonat, *b*) ha az illető kiskorú vagy férjezett, beleegyezése a férjnek, szülőknek vagy gyámnak, *c*) erkölcsi bizonyitvány, *d*) hiteles bizonyitvány arról, hogy magyarul beszélni, irni és olvasni tud és kellő felfogási képességgel bir, *e*) hatósági bizonyitvány a folyamodó családi viszonyairól és foglalkozásáról, *f*) egészségi és himlőoltási bizonyitvány. A tanfolyam díjmentes és az abban résztvevők kötelezik magukat, hogy legalább öt évig maradnak az egyesület szolgálatában. Közelebbi feltételek az igazgatóságnál tudhatók meg.

△ **Székely Ágoston** dr. egyetemi adjunctusnak „A fertőző betegségek kisérletes kór- és gyógytanából" magántanárrá képesittetését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyta és megerősitette.

⊰ **Dirner Gusztáv** dr. budapesti egyetemi m. tanárt és a budapesti kir. bábaképző-intézet igazgatóját, az igazságügyi minister az igazságügyi orvosi tanács tagjává három évre kinevezte.

— **Az Édeskuty L.-féle ásványvíz-nagykereskedés**, mely 36 éve áll fenn, ezentúl a fűszerüzlet felhagyása mellett kizárólag ásványvizczikkekkel fog foglalkozni. A czég új vezetői lesznek: *Édeskuty Jenő* tulajdonos és *Getső Ignácz* mint per procura jegyző.

⓵ **A gyógyszerész-diplomák.** A belügyminister a közoktatásügyi ministerrel egyetértőleg kijelentette egy concret esetből kifolyólag, hogy a Horvátországban szerzett gyógyszerész-diplomák Magyarországon is érvényesek.

◎ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. év október havában 160 veszett és veszettségre gyanus állat marta egyén (131 magyarországi, 19 horvát és szlavon, 4 boszniai és herczegovinai, 6 szerbiai) nyert antirabikus védoltást. 135 egyént kutya, 18-at macska, 1-et ló, 1-et sertés, 5-öt ökör inficiált. Halálozás nem fordult elő. Évi folyó száma a gyógyitottaknak: 1775; egyetemes folyó szám 11,960.

† **Elhunytak:** *Győry Albert* dr. kir. tanácsos Bécsben 65 éves korában. Az elhunyt éveken át háziorvos volt Albrecht és Jenő királyi herczegeknél és főorvos a bécsi kereskedelmi kórházban; — *Freund József* dr. Kanizsán; — *Weinberger Hermann* dr. Balkányban; — *Korda Kálmán* dr. Nagyváradon.

♀ **Megjelent.** *Chudovszky Móricz* dr. klinikai tanársegédtől: *Csonttörések és ficzamodások kézikönyve.* Orvostanhallgatók és orvosok számára. A szöveg közé nyomott 93 ábrával. Budapest. Az Athenaeum kiadása. 1900. Ára 7 korona. Ismertetni fogjuk.

A Lőrinczy Ferencz dr. szerkesztése alatt megjelent és immár 21 év óta fennálló *„Közegészségügyi Kalauz"* szerkesztői és kiadói joga családi körülmények miatt örökáron, szerény feltételek mellett szabad kézből eladó. Tudakozódhatni Üllői-út 53/b. I. 16. alatt bármikor.

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

ORVOSOK
nem nélkülözhetik az
Orvosi Évkönyvet,
melynek X. évfolyama karácsonyra jelenik meg.

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály" Szt. Lukács-fürdő savanyúviz, mint kellemes üditő ital ajánltatik

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utcza és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachomaosztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXV. rendes ülés 1899. október 28.) (XXVI. rendes ülés 1896. nov. 4.) 589—589. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1899. október 11-dikén.) 590. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXV. rendes ülés 1899. október 28.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József.**

A chorea laryngisről.

Ónodi Adolf: Kérte az eszmecsere kitűzését, mert a fogalmak zavara ezt szükségessé tette. Absolute szükségesnek tartja az ideges köhögés különböző alakjainak a chorea laryngis névvel való megjelölését végképen elejteni, mert a közzétett eseteknek a valódi choreához semmi közük sincsen. Az ideges köhögésnek általa észlelt különböző alakjait sohasem jelölte meg ezen névvel; a typikus eseteket, a mint azokat *Schrötter* leirta, hasonlóképen csak mint ideges köhögést fogta fel. Vázolta, hogy a chorea minor igazi alakja alatt mit kell érteni, ha pedig egy gége-choreáról szólni akarnak, akkor a hangszalag izomzata részéről ugyanazon choreatikus átributumokat kell keresni. A gégében constatálni kell a hangszalagok choreatikus nyugtalanságát, a hangszalagoknak szabálytalan, kifejezetten különböző rángásait és görcseit, egy általános valódi chorea minor egyidejű jelenléte mellett. Csak másodsorban jön tekintetbe a köhögés. Éles ellentétben a choreatikus attributumokkal szemben állanak nemcsak az ideges köhögés alakjai, hanem azon esetek, melyeknél a hangszalagoknak rhythmikus és monoton mozgásai és rángásai észlelhetők. Ezen utóbbiak különböző neuropathikus állapotokkal összefüggésben észleltettek. Alig van néhány közlött eset, a hol a chorea minor jelenléte mellett a gégetükrészeti vizsgálat a hangszalagok choreatikus nyugtalanságát, nem coordinált mozgásait constatálta volna. Ezen esetben elég a chorea minor megjelölése a megtámadt izomcsoportok egyszerű felsorolásával, teljességgel fölösleges a chorea laryngis elnevezése. Olyan esetekben, mint a *Gib* esete, hol a hangszalagok choreatikus nyugtalansága constatálható, az általános chorea minor tünetei nélkül, ellentétben a hangszalagok rhythmikus és monoton mozgásaival, ezekre a hangszalagok choreaszerű mozgásai megjelölést ajánlja. Ezzel teljesen elejti a chorea laryngis elnevezést, mely csak tévedésekre és a fogalmak összecserélésére adott alkalmat. Azon eseteket, melyeknél ideges köhögés állott fenn és a melyekhez utólag egy valódi chorea minor csatlakozott, azokat chorea minor + ideges köhögésnek tekinti. Chorea minor felléphet ideges köhögéssel együtt, vagy a nélkül, legtöbb esetben ideges köhögés nélkül. A chorea laryngis neve alatt közölt esetek nagyobbrésze az ideges és reflektorikus köhögés különböző alakjai, melyekhez hasonló eseteket a jövőben a chorea laryngis nevével többé megjelölni nem lehet. A fogalmak zavarának tudhatók be azon esetek, melyeknél a chorea laryngis neve alattrespiratorikus és phonikus hangrésgörcsöket, továbbá az aneurysma által tovavezetett gégemozgásokat irtak le. A leirt endemiák kifejezetten suggestiv hysteriás ideges köhögés esetei, határozott imitatios jelenségek és a choreához semmi közük nincsen. A chorea laryngis czímen közölt s halállal végződött eset a központi idegrendszernek súlyos megbetegedése volt: előző tüneti ideges köhögéssel.

Eszmecserére bocsátja az összegyüjtött anyagot, álláspontját és előterjesztését, hogy az ügy érdekében a fogalmak mostani zavara végre megszünjék és a nem szerencsésen választott és alkalmazott elnevezés: a chorea laryngis kiküszöböltessék.

Baumgarten Egmont: Az eszmecserében két pontra akar kitérni, az egyik általános, a másik személyes kérdés.

Az általánost illetőleg megjegyzi, hogy az ideggyógyászok elfogadták, hogy nem helyes a chorea laryngis kifejezés, mert sok zavarra adhat okot. Szóló éveken át sok gyermeket vizsgált meg choreában, hogy nem reflex neurosis forog-e fenn; az orr részéről a gége a legtöbb esetben ép volt; egy-két kiváló esetben látta nagyobb mozgásoknál, hogy a gégében oscillatorikus mozgások voltak jelen, a nélkül, hogy más tünetek lettek volna, de ezek más idegbetegségeknél is előfordulnak. Sok gyermeknél azt találta, hogy éppen a görcsös kiköhögések különféle alakban voltak jelen, a mit szóló is *ideges köhögésnek* tartott.

A *Schrötter* által tűzoltó-jelző hangú köhögésnek leirt alakot, mely üvöltő, szóló 15 év alatt csak ritkán találta, ezen idő alatt csak 1—2 esetet látott; lehet, hogy a chorea laryngis elnevezés rossz, de csak azt akarja jelezni, hogy milyen köhögést értsünk alatta, ez a név legjobban jelzi a lármás köhögést, rendésen alváskor és phonatiokor szünetel, de néha minden szónál fellép, úgy hogy abba kell hagynia az illetőnek a beszédet.

A másik megjegyzése szólónak a *Preisz* által bonczolt esetre vonatkozik. Ő is kiemelte a „Monatschrift f. Ohrenheilkunde" említett referatumában, hogy az esetnél kár, hogy nincsen teljes bonczolat és így hiányos, de az életben megvolt azon tünetcsoport, melyet *Schrötter* óta chorea laryngisnak neveznek. Abban igaza van *Ónodi*-nak, hogy a tágitókról és szűkitőkről irt munkájával nincsen összefüggés, de szóló azon munkára utalt, melyben a respiratorikus és phonatorikus kötegekről szól és melyben kiemeli, hogy a respiratorikus kötegekkel a sympathicus és a rami cardiaci szoros összefüggésben vannak. Miután Preisz esetében csak egy része volt degenerált a recurrensnek, a másik részlete pedig egészséges, az üvöltő köhögés mellett szívdobogás és más tünetek is voltak jelen, szóló az emlitett anatomiai leletek és azon tünetek között összefüggést találni vélt és ezekkel magyarázta.

A chorea elnevezés nem helyes, de míg más helyes elnevezés nincsen, a chorea laryngis név fentartható, mert mindenki tudja, hogy mit kell alatta érteni.

Schwartz Arthur: Csak azért szól az előadáshoz ideggyógyászati szempontból, mert előadó nagy súlyt helyez a discussiora. Örömmel constatálja szóló, hogy *Ónodi* mint laryngologus ma ott tart, a hol az ideggyógyászok már régen vannak, a kik a chorea laryngist éppen nem tartották olyan roppant complicáltnak, mint a milyennek azt a gégeorvosok tartják, s mint a milyennek az látszik. Az idegorvosoknak a chorea laryngis tulajdonképen chorea nem volt soha s tudták, hogy a gégészek azért használják ezen kifejezést, mert nem volt más kifejezésük, s akarja hinni szóló, hogy a laryngologusok, kiket *Ónodi* felsorolt, csak azon tudattal használták ezen szót, hogy tulajdonkép olyasvalamivel állanak szemben, a minek a typikus chorea minorhoz semmi köze.

Nem tudta szóló, hogy a chorea laryngis gégészeti szempontból olyan complicált, mint a minőnek *Ónodi* festi; az ideggyógyász mindig tudta: vannak esetek, a mikor chorea minornál hangokat hallunk, melyek vagy a gégeizmok vagy a rekesz choreatikus izommozgásai következtében lépnek fel, de ebben semmi különöset nem találunk.

A *Schrötter*-féle chorea laryngist illetőleg: jól emlékszik szóló, mikor *Schrötter* az első eseteket bemutatta, ő maga sem volt hajlandó azokat chorea minornak tartani s csak azért mondta choreának, mert neki a terminus tetszik. *Schrötter* esete is egy exquisit hysteriás leány volt, bár ő azt gondolta, hogy a baj nem függ össze a hysteriával; szólónak két olyan esete volt, melyekre teljesen ráillik *Schrötter* leirása, mindkettőnél a hysteria ki volt mutatható.

A kérdés — azt hiszi szóló — mesterségesen lett csinálva s egyetért *Onodival*; eszmecseréről azonban szó sem lehet, mert előadó olyan álláspontot van, minőt az ideggyógyászok már rég elfoglaltak.

Hajós Lajos: Osztja *Schwartz Arthur* nézetét, hogy eszmecseréről szó sem lehet, de ha el is vetjük a chorea laryngis szót, felvehetjük, hogy ilyen is lehetséges. A chorea minornak lehetnek és vannak is esetei, a mikor egyes testrészekben lépnek fel choreatikus mozgások; gyakoriabbak azon esetek, melyekben az egyik testfél mozgásai észlelhetők, a másik testfélben nem vagy csekély mértékben.

A hangtüneményekkel járó valódi chorea-esetek a legritkábbak; szóló a rendelkezésre álló különféle esetekből a valódi choreások között a hangtüneményeknek csak részjelenségeit látta és pedig a gégeizmok vagy a diaphragma részéről. Sokkal közelebb áll a lehetősége annak, hogy chorea laryngisről szólunk psychikus eredetű bajoknál, ide tartoznak a születésüknél fogva terhelt krákogó, tüszkölő betegek, hysteriás degenerált egyének mentalis tickjei.

Valódi chorea laryngisről szó sem lehet, mert akkor ennek különálló kórtani és klinikai kerekded betegségnek kellene lenni, de igenis beszélhetünk chorea laryngealisról, mely csak tünet s az felléphet hysteriásoknál, paralytikusoknál, dadogóknál, bulbaer paralysisnél mint reflex- vagy phonatios görcs.

Zwillinger Hugó: A gégeorvosok, mint az irodalomból is kitünik, már régóta érzik szükségét, hogy ezen kérdést tisztázni kell. Szóló a chorea laryngis elnevezést fentartani kivánja azon jellegző köhögés eseteire, melyekhez choreás görcsök csatlakoznak s osztja *Schmidt* nézetét. Semmi okunk felvenni azt, hogy azt mondjuk, hogy a chorea laryngis nervosus köhögés.

A mi a choreaszerű rángatódzásokat illeti a hangszalagokban és gégeizmokban, ezeket csekély számú esetében oly különböző centralis bántalomnál látta fellépni, hogy másról, mint chorea laryngisről nem lehetett szó. Szóló nyolcz chorea minor esetében vizsgálta a gégét és mozgási rendellenességet egyszer sem talált.

Két, mások által chorea laryngisnak diagnostizált esetben talált mozgási rendellenességet. Azt tartja szóló, hogy a chorea laryngis elnevezés — míg más, a fogalmat jobban kifejező szó nincs — meghagyassék.

Bókay János: Szóló csak röviden kivánja a gyermekgyógyászok álláspontját jelezni; az elnevezések általában az orvosi terminologiában hibásak, ismerjük pl. a chorea postdiphtheriticát, chorea electricát, chorea senilist, melyek a chorea minortól mind különböznek, ott van a veleszületett lues congenitánál a pseudo-paralysis, széltében-hosszában használják e kifejezést és tudjuk mit értünk alatta. Szóló a maga részéről a chorea laryngist a chorea minortól teljesen elkülönitendőnek tartja s oly köhögési rohamot ért alatta, melyet sajátságos hangphenomen kisér; ez a kórkép egyetlen tünete.

A *Preisz* által bonczolt esetben a klinikai észlelést szóló végezte s az ott tapasztalt köhögésnél az, hogy a gégetükri vizsgálat „semmi veszedelmességet" nem mutat, nem mondja azt, hogy ott a hangszalagok mozgásaiban rendellenesség nem volt, ez csak a gége nyákhártyájának duzzadására vonatkozik.

A chorea laryngisnél tudományos szempontból igen, de gyakorlatilag nem tulajdonit nagy fontosságot a gégetükri vizsgálatnak, mert megvan a sajátságos hangtünetekkel járó köhögés és a hang tiszta csengő.

Jendrássik Ernő: Egyetért *Bókay*-val, hogy nem elégséges ilyen esetekben, hogy csak a gégét vizsgáljuk s maga az elnevezés sem helyes. Mert miből áll itt a folyamat: hangos köhögésből, igaz, hogy részt vesz benne a gége elzáródása, de a mellkas izmai és a rekesz is részt vesznek s ezek adják meg a köhögés jellegét. A gégében csak az elzáródás történik meg, sőt azt a benyomást kapjuk, hogy ez is a gégéből reflectorice kiinduló folyamat, melyet nem akar reflex neurosisnak nevezni; bővebb megfigyelés ajánlatos, mert a reflex neurosis alapja hysteria vagy más súlya idegkórtani dolog.

Az elnevezés rossz, de hát pl. a tabes mesaraica is rossz név és mégis tudjuk, mit értsünk alatta; fontos dolog, hogy a chorea laryngist különválaszszuk a chorea minortól.

Korányi Frigyes: Ha csak arra vonatkozólag terjeszkedik ki, hogy mit tart a chorea laryngisről mint önálló betegségről, akkor azzal fejezhetné ki magát, hogy minden lényegesben egyetért *Onodival*. Azonban előtte szólók szélesebb térre mentek s nevezetesen *Schwartz Arthur* talán nagyon is igazolható eszmemenettel az egész kérdést mesterségesen kiszélesitettnek és discussiora nem szorulónak mondta, mert a neurologusok között egyetértés van ezen irányában, hogy lehető-e önálló valódi chorea laryngis vagy nem? A tudományos életben azonban nem egészen olyan ártatlan kérdés ez, mint a minőnek előttünk látszik, a kik a helyes álláspontot vagyunk, mert a legújabb időben, 1897-ben, legfeljebb 1896-ban jelent meg *Störck* munkája, a ki a chorea laryngist egyenesen chorea minor laryngisnek nevezi, jelezvén, hogy más chorea laryngist is megenged és *Störck* ezt egyenértékünek tartja a chorea minorral; azért sem tarthatja szóló ezen kérdést olyan ártatlannak, mert szintén nem régen *Roget* annyira specializálta e bántalmat, hogy felvett chorea laryngist, chorea cordist, chorea respiratoriát és még egy sorát a choreának.

Tudjuk, hogy felmerül időnként a törekvés éppen a specialis tanszakokban specializálni a kórfajokat és specializálni a neveket, tehát még sem ölösleges, hogy a chorea laryngisről szóljunk, van-e ok arra, hogy a chorea laryngis mint valami a chorea minor egyik kórképétől külön választandó betegség neveztessék el.

Hogy a choreatikus betegség, tehát a chorea minor kiterjeszkedhetik a larynx izmokra is, az kétségtelen, ezt már a régi orvosok ismerték, és ezt egy klinikus tanár is bebizonyitotta, a ki nem más, mint *Ziemssen*, a ki 1870/71-ben körülbelül azt a szolgálatot tette a chorea tanának, mint *Sydenham*, a ki előtt a chorea tanában olyan homály uralkodott, mint a minőt *Onodi* a chorea laryngisről leirt.

Sydenham is megkülönböztette a valódi choreát sok mindenféle betegségtől; *Ziemssen* is biztosan észlelt oscillatorius, váltogatva incoordinált mozgásokat a gégében; tehát hogy igazi choreatikus mozgások a gégében előfordulnak, azt szóló a maga részéről egészen kételyen kivül állónak tartja, csak az a kérdés, hogy van-e valami olyan jellegző ezen mozgásokban, a melyekből magokból felismerhető a chorea természete, úgy hogy akkor is ki fogjuk-e mutathatni, hogy larynx-chorea, a mikor a chorea egyéb tünetei hiányzanak. Erre vonatkozólag azt kell mondani, hogy nem ismer szóló az irodalomban olyan esetet, a melyben ezen az alapon a chorea laryngis kimutatható. Vannak laryngealis tünetek chorea minor esetében és ezek nem mindig köhögésből állanak, hanem csak abban nyilatkoznak, hogy a hang magassága directe megváltozik, a larynxizmok működési bizonytalansága, bizonyos phonationalis szegénység, gyengülés áll be, néha felszökik egy hang magasra vagy mélyre száll, a hangszalagok feszülési különbsége áll elő, de nem köhögés. A betegek néha beszéd közben a szó kiejtésénél 1—2 szótagot kimondanak, a többi szótag elenyészik, mert a hangszalagok feszülése megszünik, ezután köhögés lép fel, mely sokféle lehet, a mint *Schrötter* leirja: papagály-, kutya-, bárányhangok. Szóló azt gondolja, hogy mind az előfordul valódi choreánál, de hogy chorea laryngisnek neveztessék, ennek a szükségét a gyakorlat azért nem mutatja ki, mert szóló soha sem látott chorea laryngis-esetet, melyben isolálva folyt volna le e folyamat, hanem vagy együtt a többi chorea mozgásokkal vagy nem sokára követték a többi choreatünetek.

65 klinikai choreás esete közül egyre mondta ki, hogy chorea laryngis, hanem a kórtörténet azt mutatta, hogy hysteria a chorea képével; ha hysteria és chorea együtt van, ez még nem mondja azt, hogy az hysteria, hanem chorea hysteriában.

Hogy a chorea laryngis elnevezés alatt összefoglalják mindazon tüneteket, melyek a larynx-izmok tevékenységének incoordinatiójával járnak, azt az orvos-irók és tudósok mondják, de szóló szükségesnek nem látja s a fogalmak tisztázására fog szolgálni, ha ez a zavar megszünik és a hol choreás mozgásokról van szó, azt kell kutatnunk, mi az oka: vagus-degeneratio, hysteria, hydrocephal stb.-e?!

Onodi Adolf: Köszönetet mond hozzászólóknak, különösen *Korányinak*; a maga részéről nem tartja szükségesnek bővebben indokolni, hogy tényleg a Schrötter-féle elnevezés okozta és okozza ma is a fogalomzavart. Szóló propositioja az volt, s ez összeesik az előkelő gégegyógyászok inditványával, hogy a chorea laryngis elnevezés, úgy, a mint azt *Schrötter* ajánlotta és fentartja, elejtessék, mert ez kórtanilag indokolva nincs, s nem lepi meg szólót, hogy egyesek — a Schrötter-féle elnevezést fentartani kivánó hozzászólók — nem tudják megindokolni, mert hisz maga *Schrötter* sem tudta ezen elnevezés elfogadható okát adni. A köhögés acustikus tünete nem lehet ok arra nézve, hogy egyes köhögési formákat különválaszszunk; hogy bizonyos rángások lépnek fel egy bizonyos köhögésnél, ezek nem pathognostikus choreajelek, hanem együttmozgási tünetek; tehát a két tünet, melyekre *Schrötter* alapitotta e kórformát, nem állhat fenn s azért ezen elnevezést el kell ejteni; egyetért *Korányival*, hogy a laryngealis chorea a chorea minor képét mutatja, de ilyenkor szükségtelen a chorea laryngis elnevezés.

Szóló a *Preisz* esetét azért említette, mert chorea laryngis név alatt boncoltatott és németül is közöltetett s mert klinikailag s kórboncztanilag nem teljes észlelet, kórtani következtetésekre nem alkalmas. *Baumgarten* mai felszólalásával csak constatálja tévedését, mert levélben megerősítette azt, hogy szólónak egy munkájára hivatkozott, melyet szóló nem ismer; már szóló a saját munkáját csak ismeri, az abban mondottak a *Preisz*-féle lelettel logikus összeköttetésbe nem hozhatók, azzal összefüggésbe hozni teljes lehetetlenség.

(XXVI. rendes ülés 1899. november 4.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

A nedves vérrög alatti gyógyulás és jelentősége a mindennapi sebészetben.

Wein Manó: Szövetbeli hiányokat pótolni a szervezet két módon képes: 1. sarjadzás útján, 2. a nedves vérrög alatti gyógyulással.

A sarjadzás útján való gyógyulás hátrányai, hogy lassú, hogy a fertőzésnek a seb állandóan ki van téve, hogy a folytonos kötésváltogatások mellett a fertőzés veszélye folytonosan megújul, hogy a termelődött szövet az elvesztett szövetelemekkel nem egyenértékű hegszövet, a szövethiányokat alakilag is csak hiányosan pótolja, de még hiányosabb a pótlás működésképesség tekintetében, a mint azt kiterjedt vagy mélyrehatoló hegeknél legszembeszökőbben tapasztalhatjuk. Ehhez járul még a sarjadzás útján termelt hegnek későbbi és folytonos zsugorodása, a mely sok esetben még hiányosabbá teszi az ilyen módon nyert eredményt. A nedves vérrög alatti gyógyulásnál ezek a hiányok elesnek. A seb a fertőzésnek kevésbbé van kitéve, mint bármely más gyógyulási módnál, kötésváltoztatásokra alig van szükség, és az ilyen módon termelődött hegszövet a secunda intentio hegjénél aránytalanul nyulékonyabb, nem zsugorodik, fájdalmatlan, minden pontján jól táplált. A hiányok jól kitöltődnek, a heg csontokkal össze nem kapaszkodik, mozgékony marad és igénybe véve igen gyorsan átalakul. A nedves vérrög alatti gyógyulásnak a fertőtlen sebgyógyulás általános feltételei mellett megvannak a maga sajátos feltételei.

1. Módot kell nyujtani, hogy a szövethiány vérröggel kitöltődhessék.

2. Gondoskodni kell arról, hogy ennek daczára a vérnek és a sebváladéknak elég útja legyen az eltávolodásra, azaz gondoskodni kell arról, hogy retentio ne létesülhessen.

3. Gondoskodni kell arról, hogy a szövethiányt pótoló vérrög ki ne száradhasson.

4. Gondoskodni kell arról, hogy ne csak a sebzés környéke, hanem hogy maguk a sebzett szövetek is rögzítve legyenek.

Eme sajátos feltételeknek megfelelőleg úgy járunk el, hogy lehetőleg életrevaló szövetelemek határolják a sebzést. A sérülés által tönkretett, elmorzsolt, összezúzott vagy összeköttetéseiből annyira kijutott szövetrészeket, a melyeknek életrevalósága kétséges, eltávolítjuk. A sebet kikaparjuk, kiollózzuk, kivéssük, a míg mindenhol életrevaló egészséges szövetelemeket kapunk, a melyek bőségesen vérezve a sebet kitöltő vérröghöz elegendő vért szállítják. A vérzést azután csak nagyjából csillapítjuk. Nagyobb arteriákat és venákat bekötünk, de a parenchymás vérzést semmiképen sem befolyásoljuk. Ezenfelül gondoskodnunk kell, hogy a vér és a sebváladék a szövethiányban meggyülhessék, azt kitölthesse. Ezt legegyszerübben impermeabilis szövettel érjük el, a melylyel a sebet beborítjuk, és a mely vízhatlan szövet egyszersmind a képződött vérrög kiszáradását is megakadályozza. Mi a legvékonyabb fajta kaucsukpapirost használjuk erre a czélra, a melylyel úgy borítjuk a sebet, hogy a kaucsukpapiros a szövethiányt, a sebüreget áthidalja, teljesen borítsa és a sebszéleken mindenhol körülbelül egy milliméterrel túlérjen. Ha a seb nagyobb kiterjedésű, a kaucsukpapiros nem egy darabjával boritjuk a sebet, hanem egyes, egymást cserépfedélmódjára borító csikokat használunk, vagy ha egy darabból vágjuk ki a borítékot, úgy egyes helyeken bemetszünk, és igy mindenhol tért engedünk a felesleges folyékony sebváladék lefolyásának, hogy a sebben sehol retentio ne fejlődhessék, a seb sehol nyomás alá ne juthasson.

Mert mi történik, ha a seb folyékony váladéka, de főleg a vérnek folyékony része, a vérsavó a sebből el nem távozhatik? Első sorban nem töltődhetik ki a seb vérröggel. A vér, ha egyszer a sebet megtöltötte és ez a folyékony vér a sebből el nem távolodhatik, szétesik vérlepényre és vérsavóra. A vérsavó lényegesen több tért foglal el, mint a vérlepény, a mely utóbbi kell, hogy képezze a sebet kitöltő vérrögöt.

Ilyen viszonyok mellett tehát csak egy része a sebnek lesz vérröggel kitöltve, a másik, nagyobbik részében a vérnek folyékony alakeleme foglal helyet. Mi tehát ilyen módon czélt nem érünk, illetőleg a legjobb esetben is csak hiányosan pótlódik a defectus. Mert a vérsavó a mi czéljainkra teljesen alkalmatlan közeg, a mely ezenfelül még a fertőzéssel szemben is igen fogékony és igy a csirák betelepülésével szemben ellentállást kifejteni képtelen, sőt a csirák egyszer betelepülve, a vérsavó egész tömegét mondhatnók egyszerre hatalmukba is kerítik, abban — mint fogékony tápanyagban kedvező viszonyok mellett általban szokták — a legrohamosabban fejlődnek. Mi tehát első sorban nem érünk czélt, mert a sebüreg nem töltődik ki vérröggel, másodsorban pedig a sebfertőzés betelepülésének kedvező viszonyokat teremtettünk.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1899. október hó 11-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál.**

(Vége.)

Herczel Manó: Az első eset kapcsán megjegyzi, hogy a sipolyok, melyek epityphlitis után visszamaradnak, nem ritkák: az esetek 10—15%-ában fordulnak elő. Az ilyen sipolyok visszamaradnak akkor, ha a féregnyújtvány át van fúródva; ha ezen átfúródás nagy és a statikus viszonyok kedvezők, úgy — a körülmények szerint — vagy tisztán genyes, vagy bélsársipolyok lesznek.

Ha a processus vermiformis a coecum mellső alsó falán ered, akkor valószinű, hogy bélsársipoly létesül, ha a hátsó falán — ha meg van törve vagy szűkülve a processus vermiformis és a nyilás kicsiny — akkor genysipoly származik.

Három év előtt mutatott be szóló egy genysipolyos esetet, mely tisztán tályogos operatio után keletkezett, a processus vermiformis benn hagyatott; az első operatio után tiz hónap mulva kellett végezni a második operatiot, mert a heg felfakadt, sipoly létesült, mely nem gyógyult és mert a betegnek óriási kolikaszerű fájdalmai voltak. Ezen rohamok képezték a sipoly mellett az appendix kiirtásának indicatioját.

Hasonlóképen volt alkalma szólónak egy fiatal hölgynél — ki hét év előtt tályog miatt operáltatott — genyes bélsársipolyt operálni, mely sipoly elöl és hátul nyilt s mely gyakran vezetett erysipelasra; a égette szóló a fistulát, minden eljárást, mely fistula elzáródásra vezet, megkisérelt, eredménytelenül; ekkor újból operálta: egy kis metszéssel feltárta a régi üreget, a sebszéleket felfrissitette és sero-serosusvarrattal egyesitette; a sipoly meggyógyult.

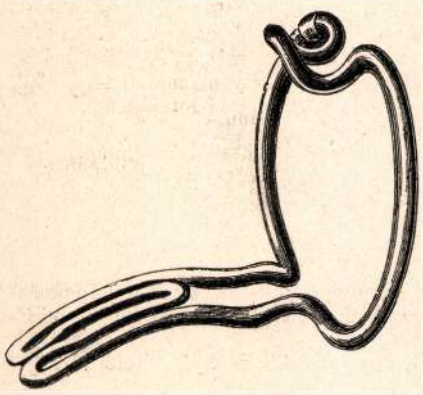
Hangsúlyozza szóló, hogy azon sipolyok, melyek spontan lépnek fel az által, hogy vagy átfúródik a processus vermiformis, vagy ennek gyökét elégtelenül fedi a peritoneum: ezek kedvezően gyógyulnak a processus vermiformis radicalis exstirpatioja, vagy a processus vermiformis gyökének felfrissitése és összevarrása által.

Sokkal kellemetlenebbek azon sipolyok, melyek úgy jönnek létre, hogy az operationál a belek szakadékonyak és megsértetnek, vagy a folyamat régi, vagy tuberculotikus eredésű.

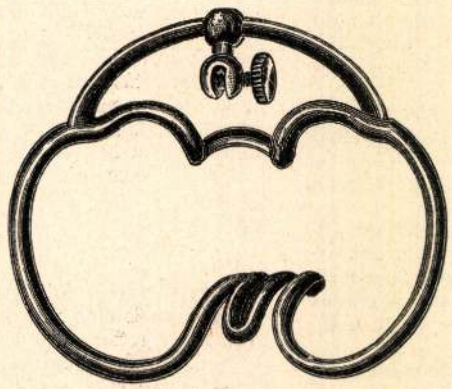
Kuzmik Pál: Herczel nem értette meg szólót, a ki nem állitotta, hogy sipolyképződés nem fordul elő; *Herczel* esetei olyanok voltak, melyekben a sipoly rögtön a műtét után, kezelés közben lépett fel; szóló esetében a seb a műtét után begyógyult, még a gangraenás szövetek is lelöködtek s a fistula képződés 8 hónappal a műtét után feltétlenül a koprolith következtében, az appendicitis minden tünete nélkül lépett fel. *Herczel* esetei a szóló esetével nem társithatók.

Herczel Manó: Szóló esetei közt is voltak olyanok, melyek teljesen begyógyultak — és hónapok mulva feltörtek. Az ok, mely később a sipolyokat létrehozza, ugyanaz, mely az első rohamot váltja ki, csakhogy az első operationál azt gyakran nem lehet eltávolitani.

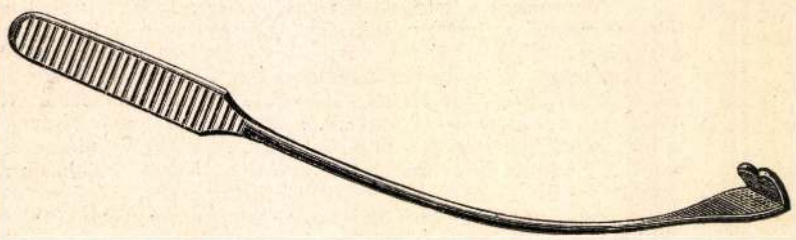
Kétségtelen, hogy bemutatott esetben is már az első operatio alkalmával ott feküdtek a koprolithek; nem valószinű, hogy pár hónap alatt jöttek létre s okoztak másodlagosan sipolyt; a causa movens ebben



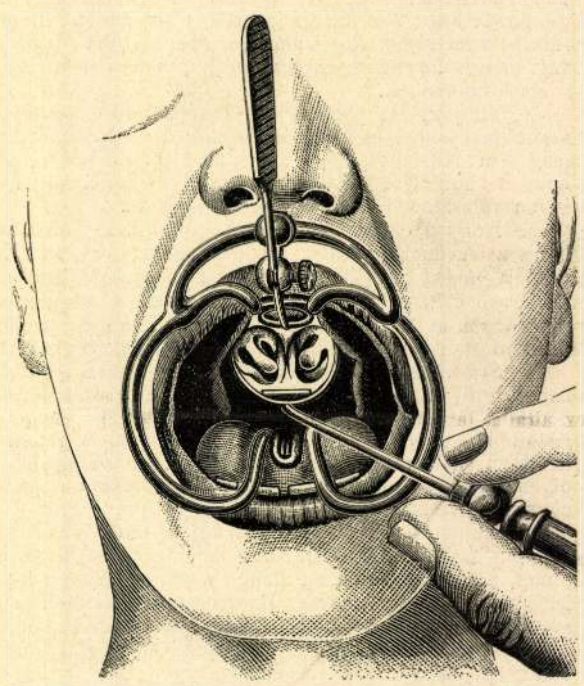
1. ábra. Egyszerü nyelvlapocz.



2. ábra. Nyelvlapocz kampótartóval.



3. ábra. Kampó hajlitható nyakkal.



4. ábra. A beállitott nyelvlapocz és kampó segitségével nyert tükörkép.

sipoly kellő feltárása után öt év előtt resecálta szóló a processus vermiformist, mire beteg gyógyult.

Három esetben látott szóló operatio után — kezelés közben — bélsársipolyt létrejönni, melyek közül kettő spontan gyógyult, egy pedig halálos kimenettel végződött.

Az operatio után létrejövő sipolyok tisztán tartással gyakran spontan gyógyulnak. Ezen sipolyok akkor is létesülhetnek, ha a processus vermiformist resecáljuk; különösen akkor jönnek létre, ha az eset protrahált, ha a peritoneum imbibált, szakadékony, mállékony, hol a processus vermiformis gyökét nem lehet jól összevarrni s annak szélei odatapadnak a sebszélekhez. Ilyen esetet operált szóló három hó előtt: a gyermeknél az első roham az operatio előtti 6—7-dik napon lépett fel, 5-dik nap este minden külső ok nélkül collabált, pulsus nélkül feküdt, rohamosan lépett fel diffus peritonitisnél az exsudatum. *Stern* és *Klein* dr.-okkal egyetemben szóló diffus peritonitist és átfúródást diagnostizált.

Tizenhárom órával az átfúródás után operálta szóló a beteget, a 11 cm. hosszú appendix teljesen gangraenescált volt és két koprolith szabadon feküdt a hasüregben, melyben nagyon sok purulens geny is volt; a belek injiciáltak; a gyorsan végzett operatio eredménye várakozáson felüli volt; nyilt kezelés mellett a beteg gyorsan összeszedte magát.

Az operatio utáni 6-dik napon a sebcsatornában bélsársipoly létesült és a vizsgálatnál kitünt, hogy a processus vermiformis gyökéből ömlik a bélsár a tályogüregbe, a varratok tehát szétnyiltak, a mi a gangraenosus folyamatra való tekintettel meg nem lepett; átfúródás lépett fel, melyet borvizzel naponta ismételten öblögettek s 14 nap lefolyása alatt többé bélsár nem ürült a fistulán át; igy tartott a dolog 4—5—6 héten át, behámosodott, majd ismét feltört; tágitotta, az esetben is ugyanaz volt, mint szóló eseteiben, t. i. a féregnyúlvány megbetegedése.

Az ilyen esetek csak akkor gyógyulnak, ha a kórokozó beteg szervet eltávolitjuk; ha lehetséges lett volna *Kuzmik* esetében az appendixet először eltávolitani, bizonyára a fistula nem jön létre.

Kuzmik Pál: Szóló egyetlen egy esetet sem ismer, hol koprolith utólagosan okozott volna fistulát.

Rögzithető nyelvlapocz a rhinoskopia posterior könnyitésére.

Paunz Márk: A budapesti kir. orvosegyesületben 1899. május 6-dikán a rögzithető gégetükör bemutatása alkalmával emlitette szóló, hogy annak kerete a rhinoskopia posterior czéljaira is fel lesz használható.

A mióta *Czermak* a gége- és orrtükrészetet megteremtette, mindig törekedtek a rhinoskopia posterior egyszerüsitésére. A rhinoskopia posteriorhoz tulajdonképen három kéz kellene, az egyik a nyelv leszoritására, a második a lágy szájpad elővonására kampó segitségével, a harmadik pedig a tükröt tartja. A nyelvlapoczot a beteg is tarthatja, avagy rögzithető nyelvlapoczot használunk, mint *Voltolini*, a ki az *Ash*-féle szájtágitóból készitett czélszerű nyelvlapoczot. *Czermak* kezdetben a lágy szájpadot elővonó kampót egyesitette a tükörrel, a mit mások is követtek. De ez nem vált be. *Voltolini* a nyelvlapoczot egyesitette tükörrel; hasonlóképen *Jarvis*. Sokan a lágy szájpad elővonását nem tartják okvetlenül szükségesnek, bár e nélkül jól látni, tökéletes vizsgálatot végezni nem lehet. Éppen a lágy szájpad elővonása képezte mindig a legnagyobb nehézséget a rhinoskopia posterior kivételével. *Türck* kezdetben kisebb közüzót használt e czélra, majd hurokkal fogta meg a nyelvlapoczot, a mit *Voltolini* és *Mackenzie* is megkiséreltek. *Löri*

csíptetőt szerkesztett e czélra. *Stoerk* ajánlotta, hogy a lágy szájpadot az orron át *Belloq* cső segítségével mögéje vezetett selyemszalaggal fogjuk meg. Ezen eljárás éppen akkor hagy cserben, mikor leginkább szükséges; ha pl. a sövény ferdülése, vagy habarczok, álképletek az elülről való betekintést is gátolják.

Legjobban kampóval lehet a lágy szájpadot elővonni, a mint azt *Czermak* ajánlotta. *Voltolini* ezen eljárást teljesen kimüvelte. Történtek kisérletek *(Schmidt, Krause)* a kampó rögzítésére is, de ezen kampók a gyakorlatban nem nagyon alkalmazhatók.

Hogy se a kampót, se a nyelvlapoczot ne kelljen tartani, *Fränkel* a *Whitehead*-féle szájtágitót kampóval látta el, *Barsch* pedig az *Ash*-féle nyelvlapoczot egyesitette a *Voltolini* által használt kampóval. Mindezen műszerek azonban nehézkes szerkezetüknél fogva a gyakorlatban ritkán alkalmaztatnak. Hogy egy ilyen műszer a gyakorlatban hasznavehető legyen, szükséges, hogy szerkezete és kezelése lehetőleg egyszerű legyen, beállitása könnyen legyen eszközölhető, eltávolitása pedig egy-két pillanat alatt. Azonkivül könnyen legyen tisztitható. A rögzithető gégetükör keretének felhasználásával ezen feladat megoldása elég könnyű volt.

E czélból szóló a keret alsó ivének a fogak támasztékául szolgáló kiöblösödését nyelvlapocz alakjában meghosszabbitotta. A drót egyszer visszahajlik, nehogy a nyelv kibujhasson. Az egész egy darabból készült. Beállitása úgy történik, hogy a beteg fogai közé veszi. Igy a lapocz rögzitve van a nélkül, hogy ez a betegre nézve kellemetlen volna. Nem szükséges, hogy a keret tágitható és szükithető legyen; felnőtteknél 4—5 cm.-nyi tágassággal biró keret megfelel; gyermekeknél — a mennyiben eltürik — kisebb keret használható. Ezen egyszerű lapocz segitségével mindazon műveletek, melyeknél a száj egyenletes nyitvatartása kivánatos, kényelmesen végezhetők. Természetesen végezhető a rhinoskopia posterior is akár kampó nélkül, akár pedig kampóval. Hogy a kampót tartani ne kelljen, a felső ivre egy második kisebb félivet helyezett, melynek közepén egy nyakon ülő gömb bemetszésébe illeszkedik a kampó és ott egy csavar segitségével megerősithető. A kampó alakja hasonló az eddig használtakhoz, de különbözik abban, hogy nyaka vékony és hajlitható. Ez azért szükséges, hogy az egyén szerint változó magasságú és hosszúságú szájpadláshoz könnyen legyen hozzáilleszthető és sok helyet el ne foglaljon. Kampó és lapocz különálló darabok, csak ha beállittattak, képeznek egy egészet. A műszer beállitása nagyon könnyű; eltávolitása egy-két másodpercz alatt lehetséges. A látótér teljesen szabad; sem a kampó nyele, sem pedig valamely csavar útban nincs. Ez lényeges előny, mely egyszerű módon volt elérhető. Ha a laposan fekvő nyelvvel a nyitott szájüreget tölcsérnek képzeljük, melynek lecsonkitott csúcsát a hátsó garatfal képezi, akkor a szájréstől kifelé a tölcsér a végtelenig kiszélesedik. Képzeletben annyi műszer helyezhető el a tölcsér falában, a mennyi elfér a nélkül, hogy ez által a látótér zavartatnék. Ennek tekintetbe vételével helyeztetett el a kampót tartó féliv előre dőlt helyzetben, hogy a kampó nyaka a szájüregben a képzelt tölcsér falában halad. Igy tehát útban nem lehet. Mások hasonló törekvéseiknél ezen fontos körülményt műszereik rovására figyelmen kivül hagyták.

Hogy a keret nem tágitható, csak előny. Igy a műszer sokkal egyszerübb és könnyebben tisztitható; de nem is szükséges a rhinoskopia posteriornál, hogy a szájpad ad maximum nyittassék; igy t. i. a lágy szájpad lazábban csüng alá és jobban elővonható. Könnyű elképzelni, hogy mindig a lehető legnagyobb tükröt veszszük alkalmazásba, a mikor is a kép nemcsak tökéletesebb, hanem sokkal világosabb is, mintha kampó nélkül kis tükrökkel végezzük a vizsgálatot.

Számos esetben kipróbálta a rhinoskopia posteriornak ezen módját. Eddigi kisérleteit mindig cocain alkalmazása nélkül végezte és azt találta, hogy a válogatás nélkül vizsgált esetek több mint 40%-ában első alkalommal könnyen sikerült a kampó beállitása és megerősitése; másoknál többszörös gyakorlat szükséges. Cocain alkalmazásával természetesen a legtöbb esetben könnyű lesz a vizsgálat. Hogy egyes betegek minden óvatosság mellett is ökléndöznek, az nem irható az eljárás rovására. Ily esetekben érvénybe léphet *Voltolini* ajánlata, hogy egyetlen gyors mozdulattal vonjuk elő a lágy szájpadot a kampóval és azonnal vezessük be a tükröt. Ha az sem lehetséges — főként gyermekeknél —, akkor az ujjunkkal való vizsgálathoz kell folyamodnunk.

Hogy műtéthez mindkét kezünk szabad legyen, a keretre egy kis golyóizület alkalmazható, mely a beállitott tükröt tartja, éppen úgy, mint a gégetükrészésnél. Igy módunkban áll az adott határok között két műszerrel dolgozni, akár úgy, hogy mindkettőt a szájon át vezetjük. Mindig láthatjuk, hogy műszereinkkel mit csinálunk, persze, ha vérzés következik be, csak kezdetben látunk, de ez elegendő lesz arra, hogy meggyőződjünk arról, hogy hol vagyunk és mit fogunk. Hiszen gyakran csak nagyon rövid ideig tartó beavatkozásokról van szó.

Extragenitalis lágyfekély.

Roth Alfréd: J. M. 22 éves egyén 2 hónap előtt szerezte a penisén levő lágyfekélyét, mely körülbelül fillérnyi nagyságban a glansról a penis bőrére húzódik át; ezelőtt 3 héttel vasszilánk fúródott a bal középső ujjába, a melynek helyén a jelenlegi nagy lencsényi lágyfekély képződött. Úgy a penis, mint az ujj lágyfekélyében a lágyfekélyre jellemző *Ducrey-Unna*-féle bacillust ki tudtuk mutatni.

Weisz Ferencz: Nemrégiben egy 17 éves nevelőnő kereste fel rendelésemet, a kinek balkeze gyűrűs ujján lépett fel sklerosis; a beteg azon ujját 3—4 héttel azelőtt egy rokona tréfálkozás közben megharapta.

PÁLYÁZATOK.

8929/99. sz.

A XVI. számú **körorvosi állásra, Rovne** székhelylyel, melyhez összesen 9947 lelket számláló Rovne, Dlhepole, Markófalu, Nagy-Divina, Kis-Divina, Luky, Chumecz, Szvedernik, Zarjecs-Kebló, Oblazó, Lalinek községek tartoznak, ezennel pályázat nyittatik és felhivatnak mindazok, kik ezen 400 frt évi fizetéssel és következő látogatási díjakkal és pedig:

1. lakhelyen nappal 30 kr., éjjel 60 kr.,

2. lakhelyen kivül nappal 50 kr., éjjel 1 frt és természetbeni fuvarral, vagy megfelelő utazási költséggel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy eziránti szabályszerüen felszerelt s eddigi alkalmaztatásukat is feltüntető kérvényüket alulirott főszolgabirói hivatalhoz **f. évi deczember hó 5-dikéig** annál bizonyosabban adják be, mivel később beérkező pályázatok tekintetbe nem vétetnek.

A választás napjáról a pályázókat külön fogom értesiteni.

Bittse, 1899. évi november hó 10-dikén.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

9444/99. kig. sz.

Jásznagykúnszolnok vármegye jászsági alsó járásába bekebelezett **Kötelek** és **Nagy-Kürü** községekből álló közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek, és felhivom ez állást elnyerni kivánókat, hogy elméleti, valamint gyakorlati ismereteiket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám **a folyó évi deczember hó 5-dikéig** beterjesszék.

Az állás javadalmazása következő: évi fizetés 600 frt, a székhelyet képező Kötelek községben természetbeni 3 szoba és mellékhelyiségekből álló szabad lakás, végül mindkét községtől 50—50 frt útiátalány, köteles azonban körorvos hetenként egyszer egyelőre meghatározott napon Nagy-Kürüben saját fuvarján megjelenni és a napot ott tölteni. A körorvos látogatási díjait és egyéb kötelességeit az emlitett két község szervezési szabályrendelete foglalja magában, melyek akár a községekben, akár hivatalomban a hivatalos órák alatt megolvashatók.

Jász-Apáti, 1899. november hó 11-dikén.

2—1 *Tóth Imre*, szolgabiró.

4595/99. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **ökrösi körorvosi állásra** pályázatot nyitván, mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felhivom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretőket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi deczember hó 15-dikéig** annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet biró pályázók előnyben részesittetnek.

Javadalmazás:

1. 500 forint évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárából január, április, julius és október hónapok első felében utólagosan fizettetik.

2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy külön álló rendelő szoba, udvar és konyhakertből.

3. Ökrös községtől 20 frt, Bógy községtől 5 frt halottkémlési díj.

4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkuegyezmény útján megváltatik, 40 kr. beteglátogatási, 20 kr. vényirási díj.

5. Az Ökrös községben levágott marháknak megvizsgálásáért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.

6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszertár engedélyezése kilátásba van helyezve.

A választás folyó évi deczember hó 20-dikán d. e. 10 órakor Beélben a körjegyzőségi tanácsteremben fog megtartatni.

A megválasztandó körorvos 1900. január hó 1-én köteles állását elfoglalni.

Beél, 1899. november 10-dikén.

3—1 *Éder Géza*, főszolgabiró.

7530/99. sz.

A lemondás folytán megüresedett **privigyei körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak tehát mindazok, a kik ezen a nováki egész körjegyzőségre, Privigye nagyközségre, Neczpál, Berzseny és Nádasér kisközségekre kiterjedő 13 községből álló és Privigye székhelylyel évi 600 frt fizetés és fuvarátalány és 200 frt trachomakezelési tiszteletdij élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerüen felszerelt kérvényeiket és eddigi működésüket igazoló bizonylataikat hozzám legkésőbb **f. évi deczember hó 5-dikéig** beadják, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A trachoma kezeléshez szükséges szaktanfolyamot végzett egyének előnyben részesülnek.

A választás határidejéről a pályázók külön fognak értesittetni.

Privigye, 1899. november 13-dikán.

2—1 *Dr. Zilberger Gyula*, főszolgabiró.

7646/99. kig. sz.

Szilágy vármegye I. közegészségügyi körben Vártelek, Bréd, Majgrád, Nyirzid, Egrespatak, Sz.-Panit, Haraklán, Gurzófalva, Sz.-Fő-Keresztur, Görcsön, Czigányi, Nagy-Doba, Kis-Doba, Debren és Sz.-Szentkirály községekből **Zilah** székhelylyel rendszeresitett, évnegyedenkénti utólagos részletekben a vármegye főpénztára által fizetendő 500 frt fizetés és 300 frt fuvaráltalánynyal javadalmazott **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat, képesitésöket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésöbb **deczember hó 10-dikéig** nyujtsák be.

Zilah, 1899. évi november hó 10-dikén.

3—1 *Dr. Veress Sándor*, főszolgabiró.

4239/99. sz.

Biharvármegye központi járásába kebelezett **Kőrös-Tarján** községben **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

Fizetés, az 1900. évi január hó 1-jétől a vármegyei pénztár által 3 havi részletekben fizetendő évi 650 frt, hivatalos látogatási napokon látogatási dij nappal 20 kr, éjjel 40 kr.

Az orvosi kört Szt.-András, Ujpalota, Gyires, Kőrösszeg, Vizes-Gyán és a székhely község Körös-Tarján alkotják. Ezen közegészségi körben lakó számos nagybirtokostól a körorvos biztos jövedelemre számithat.

Felhivatnak a pályázni óhajtók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesitésüket, életkorukat igazoló okmányokkal fölszerelt kérvényüket alulirt főszolgabirói hivatalhoz f. évi **november hó 30-dikáig** nyujtsák be.

A választás idejéről és helyéről a pályázók külön fognak értesittetni.

Nagyvárad, 1899. évi október hó 26-dikán.

3—3 *A főszolgabirói hivatal.*

10,213/899. kig. sz.

Somogy vármegye igali járás főszolgabirája által a **nágócsi körorvosi állomás** betöltésére az 1886. évi XXII. t.-cz. 82. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ára való hivatkozással pályázat hirdettetik.

Csoportosult községek által, beleértve az úti átalányt is, 741 frt 27 kr. fizettetik, azonkivül az uradalom, illetve méltóságos Zichy István kamarás úr által 200 frt uradalmi orvosi dijazás biztosittatik.

Látogatási dijak nappal helyben 40 kr., vidéken 80 kr., éjjel ennek kétszerese.

Pályázni kivánók felhivatnak, hogy a törvényben előirt szabályszerü okmányokkal felszerelt folyamodványukat **1899. évi november hó 29-dikéig** Igalba, a főszolgabirósághoz annyival inkább küldjék be, mert a később érkezettek figyelmen kivül hagyatnak.

Választási határnapul 1899. évi november hó 30-dik napjának d. e. 10 órája Andocsra, az iskola-épületbe tüzetik ki.

Csoportosult községek: Andocs, Nágócs, Acsa, Kisbár, Bonya, Fiad, T.-Koppány, Szorosad, Kára és Miklósi.

Igal, 1899. évi november hó 4-dikén.

2—2 *Trombitás*, főszolgabiró.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Vajasd** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamint magángyakorlatért a képviselőtestületekkel megállapitandó dijak.

2. A magyarigeni kör áll a sárdi, boros-bocsárdi, krakkói, benedeki és vajasdi körjegyzőségek községeiből, valamint Magyar-Igen nagyközségből (19 község 15,980 lakóssal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876 évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló hizonylataikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám f. évi **deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 16-án d. e. 10 órakor Magyar-Igen községházánál fog megtartatni.

Magyar-Igen, 1899. október hó 16-dikán.

3—3 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

7505/899. közig. sz.

Alsó-Fehérvármegye magyarigeni járásában **Zalathna** székhelylyel üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. A körorvos évi fizetése 500 frt s 150 frt úti átalány, valamiut magángyakorlatokért a képviselőtestületekkel megállapitandó dijak.

2. A zalathnai kör áll a metesdi, fenesi és zalathnai körjegyzőségek kör községeiből (11 község 10,820 lakossal).

3. Pályázni kivánók felhivatnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában körülirt képesitésüket igazoló bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám f. évi **deczember hó 15-dikéig** adják be, mert a később érkezők tekintetbe nem vétetnek.

4. A választás 1899. deczember hó 18-dikán d. e. 10 órakor Zalathna községházánál fog megtartatni.

Magyar-Igen, 1899. október hó 16-dikán.

3—3 *Csuka Domokos*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

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 vezetői.

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

Med. univ. Dr. PERL JÁNOS

már évek óta praktizál mint fürdőorvos

GRIES bei Bozenben, Déltirol.

Legmelegebb klimatikus tartózkodási hely.

Intézetszerű kezelés. Intézetszerű kezelés.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslati vízvezeték. — Az összes vízgyógyászati módozatok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kisérők nélkül is felvétetnek.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.

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 előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. 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.

Alapittatott 1878-ban. Sürgönyczim: **Keleti J. műszerész, Budapest.**

A t. orvos urak becses figyelmébe.

Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészi műszerek, kötszerek, villany-gépek és gummiáruk beszerzésére ajánlhatjuk.

KELETI J. orvos-sebészi műszergyártó czéget

Budapest IV., Koronaherczeg-utcza 17., műszergyár: Károlylaktanya.

A czég elvállal **teljes kórházi berendezéseket**; szállít betegsegélyző pénztáraknak sérvkötőket egy évi jótállás mellett és kötszereket legjutányosabb árakon, — úgyszintén gyáraknak mentőszekrényeket legújabb előirás szerint.

Tiszti és **körorvos** urak részére mindenkor raktáron tart teljes bonczoló és amputáló készleteket, igen czélszerűen berendezett tokokban.

Jegyzet: Az igen tisztelt orvos urak kényelmére legnagyobb készséggel szállitásokat **évi számlára foganatosit,** — **kezdő** orvos uraknak pedig **teljes berendezéseket havi** esetleg **negyedévi részletfizetés** ellen szállit.

Minden a szakmába tartozó **javitások, nickelezések, működörülések** stb. foganatositttatnak és legolcsóbban számittatnak.

Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Lefolyás. Beteg a műtétet követő napon már láztalan, esti hőmérséke 37·5°, spontan székelt. Az első napokban a sebből bő mennyiségű, bűzös geny ürül. Csakhamar összeszedi magát, étvágy fokozódik, állandóan láztalan. Műtét után 12-ed napra beteg kedvetlen, fájdalmai vannak a bal inguinalis tájon; másnap e helyen kis ökölnyi, nyomásra igen fájdalmas resistentia mutatható ki. Hőmérsék 37·6°, p. 100. Két nap mulva a tünetek visszafejlődnek. A 17-dik napon a drain eltávolíttatik. Okt. 21-én gyógyultan hagyta el a kórházat.[1]

B) Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyuladással.

19—27.

Diffus peritonitissel complicált esetet összesen 9-et operáltam. Az esetek áttekintésénél mindenek előtt szembeötlő, hogy 7 esetben (19., 20., 21., 22., 23., 26., 27. sz.) a beavatkozásra okot szolgáltatott roham *első roham* volt, azaz a megbetegedés legelsőbben mindjárt általános hashártyagyuladással complicálódott. Ezen hét eset közül meghalt öt eset, meggyógyult kettő (20. és 26. sz.) A fenmaradó két esetben az anamnesis régibb rohamokról tesz tanúságot; mindamellett a betegeket nem lehetett megmenteni.

Érdekes és fontos ennél a csoportnál kikutatni azt, vajjon a betegség *rögtön diffus peritonitis* tüneteivel tört-e ki, vagy ezek csak később társultak a kórképhez? És ebből a szempontból vizsgálva a műtett anyagot azt találjuk, hogy azok az esetek, melyeknél a tünetek szerint a folyamat kezdettől fogva foudroyans peritonitis diffusa alakjában lépett fel, *mind halállal végződtek* (19., 21., 22., 24., 25. sz.). A többi négy esetben (20., 23., 26., 27. sz.) a folyamat az anamnestikus adatok és a klinikai kórkép szerint eleinte el volt tokolva, s csak egy későbbi secundaer perforatio hozta létre az általános hashártyagyuladást. Ezek közül kettő (20. és 26. sz.) gyógyult, a mi a mellett bizonyít, hogy ezen secundaer perforatiók műtevése kedvezőbb sikert igér.

A mi az időpontot illeti, a melyben a betegek műtétre kerültek, a viszonyok a következők:

A megbetegedés	3-dik	napján	operáltatott	1 (20. sz.). Gyógyult
„	6-dik	„	„	2 (19. és 22. sz.).
„	8-dik	„	„	2 (21. és 27. sz.).
„	9-dik	„	„	1 (24. sz.).
„	10-dik	„	„	1 (25. sz.).
„	11-dik	„	„	1 (26. sz.). Gyógyult
„	21-dik	„	„	1 (23. sz.).

A két gyógyult eset[2] közül tehát az egyik (30 é. férfi) a 3-dik napon lett operálva, de csak 19 órával az áttörés után; a másik (10 é. fiú) ugyan csak a megbetegedés 11-dik napján került műtét alá, de a folyamat ennél 10 napig eltokolt volt s csak 13 órával a műtét előtt lépett fel secundaer perforatio útján az általános hashártyagyuladás. Kétségtelennek tartom, hogy ez a kedvező eredmény a gyors beavatkozásnak tudható be, a mint hogy az is valószinű, hogy különösen a kezdetben eltokolt eseteknél (23. és 27. sz.) korábbi műtéttel szintén szerencsésebb megoldást kaptunk volna. Igy a 23. sz. (20 é. férfi) esetben a tályog 19 napig körülirt volt. Ha ezen időn belül kerül műtétre, kétségtelenül meggyógyul. Nagy collapsussal hirtelen perforál a tályog és mégis csak két nap mulva hozatott végkimerült állapotban az osztályra, hol a műtét már rajta nem segit.

Ép igy áll a dolog a 27. számú (24 é. férfi) esettel. Hét napig az üszkös féregnyúlvány körül circumpscript tályog; ezután áttörés, collapsus és általános hashártyalob. A két nappal később végrehajtott műtét eredménytelen.

Nézzük most a *primaer, villámszerűen* fellépő *átfúródásokat*. Bizonyos, hogy igen nagy százalékuk, a korai beavatkozás daczára is, a vehemens sepsisnek esik áldozatul. *De ha ezeknél egyáltalán eredményeket akarunk elérni, úgy korán kell operálnunk.* Eseteinkben pedig mit látunk? Azt, hogy a betegek a 6—10 nap között kerülnek a műtőasztalra, midőn már az infectio oly mérveket öltött, hogy a legradikalisabb beavatkozás se segithet.

Pedig az anamnesis és lefolyás tanulmányozása azt mutatja, hogy a korábbi beavatkozás itt-ott kecsegtetett volna reménynyel. A 19. sz. esetnél egy 35 éves férfiúnál átjárhatlan stenosis mögött egy kis empyema bepukkadt a szabad hasűrbe. Vészes tünetek daczára műtét helyett laxans lett adagolva, a mi kétségtelenül ártalmas volt, mert az infectio anyagát a hevesebb peristaltika még jobban szétmaszatolta a belek között. Csak hatodnap kerül a szent István-kórházba.

A 21. számú esetnek (30 éves férfi) rendkivüli érdekes anamnesise kimutatja, hogy valószinűleg egy erős epileptikus roham alkalmával bélsárkő fúródik át a szabad hasüregbe. Első nap nagy fájdalmak, vizelési képtelenség, szél- és székrekedés; csak másnap lesz lázas, hány, csuklik, innen kezdve állapota folyton rosszabbodik, de azért ennek daczára csupán 8-ad nap kerül a sebészi osztályra.

A 22. számú eset — 51 éves férfi — *ileus* jellegzetes tüneteivel kerül a megbetegedés 6-dik napján műtét alá. Ennél az operatio primaer féregnyúlvány-perforatiót mutatott ki, foudroyans sepsissel s a belek teljes hűdésével.

A 24. számú eset, egy már 5 év óta folyton recidiváló epityphlitist illet egy 14 éves leánynál. Daczára, hogy minden jel az utolsó roham kitörésénél perforatióra és általános hashártyalobra utalt (rázóhidegek, hányás, meteorismus stb.), mégis csak a megbetegedés kilenczedik napján került hozzám.

Végre a 25. számú betegünk egy 20 éves hölgy, kinek utolsó végzetes megbetegedése második rohamja volt. Daczára, hogy a baj eleve diffus peritonitis tüneteivel tört ki, mit a később consultált tanárok is constatáltak, a beteg környezete a javasolt műtétbe már csak a megbetegedés 10-dik napján egyezett bele, midőn is az a beteg végkimerült állapotában végrehajtva eredménytelen maradt.

19. *Epityphlitis perforativa a féregnyúlvány teljes obliteratiójával és diffus peritonitissel.*

B. Henrik. Beteg állitólag mindig egészséges volt, gyomorbajban, székrekedésben soha sem szenvedett. 1895. október 9-dikén hirtelen rosszul lett; csikaró fájdalmak a hasban, főleg jobb oldalt, absolut szél- és székrekedés. Megbetegedése óta folyton hány, a hányadék sárga, epés, nem bélsárszagú. Vizeletben fehérnye nincs. A gyógykezelés laxansokból és magas beöntésekből állott. Állapota nem javulván, rendkivül elesett karban 1895. október 14-dikén a szt. István-kórházba lett szállítva.

Felvételkor constatáltatik, hogy a cyanotikus, tapadós verejtékkel borított elesett beteg mellkasi szervei épek, májtompulat megvan, a jobb lágyéktájban tenyérnyi területen tompult kopogtatási hang, egyebütt dobos. Erős meteorismus, rendkivüli érzékenység az egész hasban, nagy feszülési érzet, légszomj, nyelv bevont, pulsus 140, légvétel 36, alsó végtagok hidegek, erős foetor ex ore.

Ugyanaznap *műtét* localis anesthesia mellett 16 cm. rézsutmetszés a has megnyitásával, mely alkalommal diffus peritonitis purulenta constatáltatott és körülbelül 1½ l. geny ürült. Tamponade steril gaze-zel, nyilt kezelés. Collapsus, három óra mulva exitus. A másnap megejtett *bonczolás* kideriti, hogy a beleken, számos helyen genyes rostonyás lerakodás van, főleg jobboldalt a vékonybélkacsok összetapadtak, a jejunum kacsok vastagbélnyire tágultak. A hasűrben mintegy 150 gr. véres genyes folyadék. Appendix irónvastagságú, 12 cm. hosszú, egész kiterjedésében a vakbél külső falához odanőtt, csúcsától 3 cm.-re lencsényi nyilás, egyenetlen szennyes-fakó szélekkel. A féregnyúlvány a béltől számitva 5 cm. hosszúságban kutaszolható, azontúl átjárhatlan. Nyákhártyája duzzadt, belövelt. *Diagnosis: Peritonitis purulenta subsequente perforat. proc. vermiform. Oedema pulmonum.*

20. *Epityphlitis verosimiliter gangraenosa cum peritonitide diffusa. Gyógyulás.*[1]

K. János, 30 éves gyáros Budapestről. Már évek óta szenvedett rendetlen emésztésben és székelésben, s az utóbbi időben gyakran szorult hashajtókra. 1897. január 26-dikán opulens vacsora élvezése után, éjjel hirtelen rosszul lett, nagyon heves hasgörcsök lepték meg s különösen a vakbél tája rendkivül érzékenynyé vált; hasa felpuffadt, nagy forrósága

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. okt. 21-dikén tartott ülésén.

[2] Azóta, hogy e közlemény sajtó alá került, egy diffus peritonitissel társult további esetet operáltam, mely mint előbb emlitettem szintén gyógyult, úgy hogy 7 halálesettel szemben 3 gyógyulást értem el.

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. okt. 21-dikén tartott ülésén.

támadt, úgy hogy az ágyba került. Orvosa jeges borogatásokat rendelt, majd, mivel a szék és szelek teljesen megakadtak, hashajtót (calomelt) adatott neki, de eredménytelenül; sőt állapota erre tovább súlyosbodott, a has jobban puffadt, fájdalom és láz fokozódtak. Január 29-dikén kora reggel hideg verejtékkel filiformis pulsussal hascollapsus lép fel, úgy hogy *Korányi* tanárral és *Bettelheim* dr.-ral egyetemben e súlyos tünetek miatt, rögtöni műtétet javasoltunk, mely 1897. január 29-dikén esti 10 órakor végre is hajtatott.

Felvételkor: a meglehetősen elesett férfibeteg nyelve bevont, száraz, pulsusa 120, légzés 32, gyakran csuklik, nem hány. Has puffadt, különösen az ileo-coecalis táj elődomborodó s ugyanitt fájdalmas. E helyen a has bőre feszes, a jobb felső csipőtövistől lefelé a Poupart-szálig alsó harmadáig körülbelül tenyérnyi terjedelmű tompulat van és ennek megfelelőleg resistentia tapintható, mely fel- és lefelé convex határokkal végződik. A jobboldali lumbalis táj szintén tompa, oldalt fekvéskor azonban kissé feltisztul. Baloldali tájék dobos. Has egyebütt szintén érzékeny, dobos kopogtatási hangot ad. Végbélen át vizsgálva a jobboldal igen fájdalmas, resistentia azonban nem tapintható. Vizeletben indicán. Szék, szelek *nem* mennek.

Műtét gyenge chloroform-narkosisban. Rézsutos metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. Már a hasfalak átmetszésekor feltünik, hogy a képletek savósan beivódottak és hyperaemikusak. Az igen erősen belövelt és megvastagodott hashártyát, az alatta fekvő képletekkel fibrinosus összetapadásban találtuk, melyeknek óvatos szétválasztása után a csipőtövis alatt 2 ujjnyira, közvetlenül a Poupart-szálag fölött, egy kis ökölnyi, rendkivül bűzös, sárgás-zöldes, bélsárszagú genyt ürítő tályogra bukkanunk, mely a hasüreg felé a fibrinosusan alig összetapadt vékonybelek által *nem* volt határolva, alapját a vakbél képezte; különösen a kis medencze felé azon eltokolódás nem volt kifejezett úgy, hogy e helyből a képletek gyengéd széjjelhúzása alkalmával, meglehetősen sok, erősen zavaros, genyes, híg folyadék távozott. A medencze mélyében a geny sűrűbb volt, míg a hasűr bal fele felől ömlő folyadék ismét inkább *seropurulens*. A baloldali recessust és a medenczét rögtön steril gaze-csikokkal tamponálva, a féregnyúlvány kereséséhez fogtunk, azonban azt könnyen nem találván, megelégedtünk a coecalis tályogüregnek steril gaze-csikokkal való külön tamponálásával, s ezután a seb felső és alsó csücskét silkworm-öltésekkel szűkitettük.

Lefolyás: A műtétet követő reggelen a láz még meglehetősen magas (38·5), hányás azonban nem jelentkezett s a csuklás kimaradt. Pulsus 108, légzés 28. Nyelv bevont, nem száraz. A has érzékenysége nem fokozódott. Szelek nem mentek. Estig az állapot nem rosszabbodott, hányás, csuklás elmult. Szelek nem mentek. Hőmérsék 38·3. A kötés átütött, e miatt a felületes rétegek megújittattak. Excitantiák, jégtömlő a hasra. Harmadnap határozott javulás. A beteg közérzete javult, nyelv rendes, reggeli hőmérséklet 37·5. Has kevésbbé érzékeny, glycerinklysmára szelek jelentkeztek. Kötésváltoztatáskor az erősen átivódott csíkok meglazittattak. A javulás ezután fokozatosan haladt előre: 4-dik nap beöntésre széke jelentkezett, 5-dik nap a csíkok újakkal lettek felcserélve, midőn a sebből elég *sok necrotikus czafatot távolítottunk el*, melyről feltettük, hogy részben a gangraeneskált féregnyúlvány darabjai. A has puffadtsága és érzékenysége megszünt. Ezután naponként kötésváltás a csíkok felcserélésével, 8—9 nap mulva a sebüreg meglehetős tiszta és élénken sarjadzik. Láz teljesen megszünt, étvágy megjött, szék naponta, hol spontan, hol beöntésre.

A beteg márczius elején gyógyultan távozott, a behegedt sebvonalra pelottát kap.

A beteg ezután az előirt étrendi szabályokhoz tartja magát, a nyár folyamán karlsbadi kúrán megy keresztül, közérzete kitünő. A nyár végén bemutatáskor a vakbél táján resistentia nincs, csupán a heg közepe érzékeny, s itt a mélybe fixáltnak látszik.

Teljes jóllét 1897. deczember 22-dikéig. Midőn újolag hirtelen rosszul lett, újból kifejezett epityphlitikus attaque-ot kap, azonban a tünetek meglehetősen localizálva maradnak. A heg közepe azonban mind fájdalmasabb lesz, e helyen diónyi abscessus keletkezik, mely deczember 24-dikén felnyittatott, midőn is abból két evőkanálnyi igen bűzös, bélsárszagú geny ürült. Mivel az abscessusnak szétágazó öblösödései nem voltak, azt egyszerűen tamponáltuk és igy nyitva kezeltük. A sebüreg az általános tünetek fokozatos visszafejlődésével lassankint kitelődött, s a beteg három hétre meggyógyult. Azóta teljesen egészséges.

Mivel valószinű, hogy a recidiva a féregnyúlvány csonkjából indult ki, ajánlottuk a processus veriformis radicalis kiirtását rohammentes időben. Külső okokból beteg ezt eddig halasztotta s csak a jövő hetekben akarja magát a műtétnek alávetni.

21. *Epityphlitis perforativa, diffus genyes peritonitissel.*

S. János 30 éves nőtlen mészáros Budapestről. Húsz éves koráig egészséges volt, ez idő óta epilepsia. *1897. márczius 16-dikán* állitólag gyomorrontás után hirtelen rosszul lett, ugyanaznap délután két perczig tartó epileptikus roham, melyből felocsudva a vakbél táján nagy fájdalmakat érzett. Azóta szél- és székrekedés, majd lázak léptek fel, vizelni nem tudott, úgy hogy naponkint katheterezni kellett. 17-dikén erősen hányt és csuklott és állapota rosszabbodván, *18-dikán* a szt. István-kórházban Hochhalt tanár osztályára vétette fel magát, hol constatálták, hogy a már akkor erősen puffadt és feszes has legérzékenyebb az ileo-coecalis tájon. Ugyanitt a kopogtatási hang tompult. Beöntésre egy-két szél távozik. A további kezelés opium-adagolásból áll. 20-dikán a beteg láztalan, de állapota azért nem javult, folytonosan hány és csuklik. 21-dikén a meteorismus erősen fokozódott, a rekesz jobboldalt a negyedik bordánál áll, has ad maximum kitágult. Ileo-coecalis fájdalmak kisebbednek, legmagasabb hőmérsék 38°, de a pulsus gyenge és szapora. 22-dikén az állapot folyton rosszabbodik, facies abdominalis, 23-dikán reggel végtagok hűvösek, bőr tapadós. Folyton hány és csuklik, a hányadék nem bélsárszagú, pulsus 116, légzés 32. Ilyen állapotban tétetett át a sebészi osztályra, hol a nyomban megejtett műtét előtt a következő *status* constatáltatott:

Has mindenütt egyenletes mértékben hordószerűleg puffadt. A jobb hypogastrium feszes, nyomásra fájdalmas, különben a has nem érzékeny. A jobb ileo-coecalis tájékban a Poupart-szálag közepétől kezdődő, felfelé elmosódva egy az ágyéktáj felé folytatódó, medialiter éles convex széllel biró, tömött, fluctuatiót nem mutató resistentia tapintható, a mely fölött a bőr nem oedemás. A jobb lumbalis és hypogastrikus tájék felett a kopogtatási hang tompult. Máj élállásban, tompulata lényegesen kisebbedett, léptompulat meg van nagyobbodva. A has középső része fölött a kopogtatási hang mindenütt dobos, bal lumbalis tájon a hónaljvonaltól hátrafelé ismét tompult, mely tompulat a betegnek jobb oldalra való fektetésénél egészen feltisztul. Bal oldalfekvésnél a jobboldali lumbalis tompulat is feltisztul és e helyzetben csupán az ileo-coecalis tájéknak megfelelő tenyérnagyságú, lefelé élesen határolt terület ad tompulatot. (Tehát szabad folyadékgyülem van a hasűrben.) Az analis vizsgálat felvilágositást nem nyujt. Vizeletben sok indican.

Műtét márczius 23-dikán. 20 cm. hosszú rézsutos metszés két ujjnyira a Poupart-szálag fölött. Lobosan infiltrált hasfalak. A fascia transversa megnyitása előtt próbapunctio, mely sárga genyt eredményez. Hasüreg megnyitásakor körülbelül 300 gramm rendkivül bűzös bélsárszagú geny ürül. A peritoneum kellő hosszaságban megnyittatván, az erősen tágult vakbél tolul elő, mely a szomszédsággal fibrinálhártyák közvetitésével összetapasztatott. A tályogűr alsó, a hólyag felé eső zugában azonban ez az összetapadás csak felületes, úgy hogy e hely felől a műtét alatt zavaros fibrinnel kevert savó ömlik elő. *Diffus peritonitis.* Ide hosszú steril gaze-csik lesz bevezetve és igy a hasüreg kifelé drainezve. A féregnyúlványt keresés után a vakbél alatt ettől jobbra, közte és a hasfalak közti barázdákban fibrinhártyák közé ágyazva. Kifejtéskor körülbelül mogyorónyi tályogűrt nyitottunk meg. Az igen vastag féregnyúlványon vak végétől 3 cm.-nyire körülbelül gombostűnagyságú nyilás mutatkozik, melynek szélei czafatosak és 1—2 mm. széles necrotikus gyűrű által környezettek. E hely fölött 1 cm.-nyire a kipraeparált féregnyúlványt Kocher-csipőbe szorítottuk és e fölött resecáltuk, a mélybe pedig steril gaze-csikot vezettünk. A resecált féregnyúlvány lumene sonda számára átjárható, benne nyák. Ezután a seb alsó $^2/_3$-át silkworm-varratokkal egyesitvén, a felső részt nyitva hagytuk.

Lefolyás. A műtét estéjén a pulsus 132, légzés 28, nyelv száraz, has puffadt, keveset csuklik, nagy fájdalmak a hasban, katheter. Maximalis hőmérsék 38·4. Másnapra az állapot folyton rosszabbodik, arcz beesett, nyelv száraz, nyákhártyák cyanotikusak, nem hány, szelek nem mennek. Transfusio, cognac, thea, borleves, valamint coffein subcutan a collapsust feltartani nem tudják és a beteg 12 órakor meghal. A *Feldmann* tanársegéd által megejtett bonczolásnál következő konstatáltatik:

Peritonitis fibrino-purulenta universalis cum meteorismo maximi gradus. Operatio perityphlitide indicata cum resectione proc. vermiformis. A kiirtott féregnyúlvány szomszédságában elhalt czafatok, a centralis vég nincs alákötve, sonda számára átjárható, de bélgázok nyomásra nem surrannak ki. Egy búzaszemnyi *bélsárkő* a féregnyúlvány benyilásánál.

22. *Epityphlitis perforativa, diffus peritonitissel és ileussal.*

K. Ferencz 51 éves ezredes. Jelen bajáig mindig egészséges volt, széke mindig rendben volt. *1897. április 23-dikán* ebéd után hirtelen heves fájdalmak léptek fel a gyomor táján. Ezen görcsszerű fájdalmak elterjedtek az egész has fölött, a mely erősen felfúvódott. Ezen idő óta teljes szél- és székrekedés, csak egy izben volt magas beöntésre kevés széke, de szelek nem távoztak. Ugyanaznap este óta folyton hány 3—4 órai időközökben, daczára mindennemű ellenszerelésnek. *Április 28-dikán a hányadék bélsárszagú*, hő mérsékelten emelkedett. *Müller* tanárral ugyanaznapi consultatión megállapitjuk, hogy a nagy fokban elesett beteg hasa erősen puffadt, inguinalis kapuk ujjal átjárhatók, a jobb inguinalis gyűrű fölött csekély resistentia, ugyanott locscsanás, a kopogtatási hang itt kissé tompolt dobos, has mindenütt igen érzékeny. Beteg a nap folyamán a sanatoriumba szállittatik, hol azonnal magas sennabeöntéseket kap, a melyek azonban nem vezetnek eredményre. E miatt rögtön — tehát a megbetegés 6-dik napján — *műtét* morphium-chloroform-narcosisban. Mivel az ileus symptomái annyira előtérben állottak és nem voltunk egészen bizonyosak abban, hogy a baj a féregnyúlványból indul ki, a hasüreget a köldöktől a symphysisig vezetett medialis metszéssel böven megnyitottuk. A belek hatalmasan, karvastagságnyira puffadtak, hashártyájuk élénken belövelt, genyes rostonyás czafatokkal fedett és összetapadt. A beleken peristaltika absolute nem észlelhető. Már ezekből bizonyossá vált, hogy perforatiós peritonitis van jelen. Tényleg a typhlon felé hatolva, egy gyermekökölnyi kisebb tályogűrben, mely azonban vem volt eltokolva, hanem szabadon kommunikált a hasüreggel, a szögletben megtört, átfúródott féregnyúlványra bukkanunk, a mely azonnal resecáltatik. A paretikus, rendkivül puffadt beleket több helyen finom Pravaz-tűvel pungáljuk, hogy a gázokat kibocsássuk majd, mivel ez nem bizonyul

elegendőnek, a legprominensebb bélkacsot felvágjuk és az ejtett seben körülbelül 1½ liter híg béltartalmat és nagy mennyiségű bélgázt bocsátunk ki, természetesen a hashártya és a hasűr kellő megvédésével. Az ejtett seb gondos bevarrása után a jobb inguinalis tájon ellennyilást készitünk és ezen keresztül gaze-csikot húzunk a vakbél körüli tályoghoz. Ezen kivül a symphysis fölött a kis medenczébe draint és gazetampont vezetünk. Áthatoló hasfalvarrat; a seb felső részét egyesitjük, mig az alsó teljesen nyitva marad, hogy a hasprés működése kizárassék és a genynek szabad lefolyása legyen.

Lefolyás. A műtéti nap délutánján, valamint a következő reggel beteg *nagyon jól érzi* magát, pulsus 86, légzés 26, hőmérsék 37·4°, nem hányt, nem csuklott, glycerin klysmára és beöntésre szelek is távoztak. Kevés híg táplálékot és cognacot vett magához. Műtétet követő nap estéjén azonban hirtelen rosszul lett, szivműködés gyengült, pulsus ingadozó lett és daczára a rögtön alkalmazott szerelésnek, u. m. 500 cm³ transfusio, camph. aeth. és coffein. natr. salicyl. subcután, a szivműködést emelni nem sikerült, úgy hogy 30-dikán collapsusban exitus.

Érdekes és fontos ez az eset azért, mert mutatja, hogy vannak perforatiós peritonitisek, a melyeknél a kórkép, az egész tünetcsoport annyira hasonlit az ileushoz, hogy jóformán lehetetlen a kettőt egymástól megkülönböztetni. E tekintetben felemlitendőnek tartom *Czernynek* a heidelbergi klinika 1897-ben kifejtett sebészeti tevékenységéről közölt kimutatását, a melyben a kiváló szerző azt mondja, hogy valamennyi esetben, a hol a féregnyúlvány acut perforatiója folytán keletkezett, általános genyes peritonitis miatt operált, mindig *csak a megbetegedés gyakorisága vezette arra* a felvételre, hogy a *proc. vermiformis képezi a baj kiindulási pontját.* „In allen Fällen beherrscht der Symptomencomplex des Ileus mit Peritonitis derart das Krankheitsbild, dass nur aus der Häufigkeit der Ursache der wahrscheinliche Ausgangspunkt der Erkrankung in den perforirten Appendix gelegt wurde.“ Az én esetemben a betegnek magas lázai nem voltak, a hatalmas meteorismus, jó pulsus, a bélcanalisatio zavara inkább hirtelen beállott bélszűkületre vallott, a mely körülmények mellett a csekély fokú resistentia és locsocsanás a jobb inguinalis tájon nem igen jött tekintetbe, mert ép úgy keletkezhetett az egy a stenosis fölött helyet foglaló tágult és híg bélsárral telt vékonybélkacs előfekvése folytán is. Hogy különösen férfiaknál erősebb meteorismus nélkül is kisebb resistentiát a vastag hasfalon keresztül kitapintani nem lehet, az természetes, úgy hogy több mint bizonyos, hogy a jövőben is fogunk találkozni kétes esetekkel, a melyekben a diagnosis felállitása és ebből folyólag a metszés helyének a kiválasztása nehéz feladatot fog képezni. Ha a féregnyúlvány megbetegedése forog fenn, kétségtelenül czélszerübb a Poupart-szálag fölött bemetszeni, ámbár diffus peritonitis esetén még ilyenkor is szükségessé válhat a középvonalban való behatolás; másrészt azonban bélelzáródásnál a lateralis metszés rendkivül kellemetlen és időveszteséggel is jár, mert a tájékozódás, mint már több esetben meggyőződni alkalmam volt, jóformán lehetetlen. Igy tényleg nem marad egyéb választásunk, mint esetről esetre ott bemetszeni, a hol a valószinűség szerint a baj okát feltalálni véljük. Ceteris paribus, mivel a statistika azt mutatja, hogy foudroyans perforatiók, a szabad hasüregbe az appendix részéről túlnyomó gyakran fordulnak elő, jobb lesz kétes esetekben itt keresni a kórokot. Műhibát a középvonalon való bemetszéssel csak akkor követnénk el, ha a hasüreg ép volna, körülirt tályog ülne a vakbél körül és mi egészséges bélkacsok között nyitnánk magunknak utat a tályog felé, a mi a betegre nézve természetesen vészthozóvá válhatnék. Ilyenkor nézetem szerint legtanácsosabb lenne bezárni a hasüreget és második metszéssel a Poupart-szálag fölött hatolni a genygyülemhez. A fenforgó esetben a középvonalon való bemetszés absolute nem ártott a betegnek, a mennyiben már diffus peritonitis okozta hatalmas elváltozásokra bukkantunk és a kis tályogür szabadon kommunikált a hasüreggel; a lateralis bemetszés azonban határozottan röviditette volna a műtét idejét és a féregnyúlvány resectióját is könnyitette volna.

23. *Epityphlitis perforativa cum peritonitide ichorosa.*

B. Kálmán. 20 éves vasöntő Sarjból. 11 éves korában anyja hasba rúgta és e miatt 1½ évig betegen feküdt a Stefánia-kórházban. *3 héttel* ezelőtt hirtelen rosszul lett, erős hasgörcsök, székrekedés lepték meg. Egy hét mulva lázzal ágyba feküdt, de hányni csak 1897. október 16-dikán esti 11 órakor kezdett. Már előbb csuklott és rázóhidegei voltak.

Felvételkor facies abdominalis, arcz és végtagok hideg verejtékkel fedve, nyelv száraz, tüdőhatárok feltolva. Has feszes, egyenletesen erősen puffadt, nyomásra mindenütt fájdalmas, máj élállásban, léptompulat rendes. Resistentiát kitapintani, a puffadt hasfalakon keresztül nem lehet. Kopogtatási hang mindkét ágyéktájban tompult, mely tompulat oldalfektetéskor feltisztul (szabad folyadékgyülem). Typhlon táján a felső csipőtövis körül, hanyattfekvéskor másfél ujjnyi tompulati zóna található, mely a betegnek baloldalt fekvésekor feltisztul. Anális vizsgálatkor jobboldalt előmborodó, rugalmas duzzanat. Próbapunctióra a jobb ágyéktájban a typhlon alatt büzös barnás geny. Pulsus elég telt 104, légzés 26.

Műtét október 18-dikán. 20 cm. typikus rézsutos metszés a Poupart-szálag fölött. A hashártya megnyitásakor sok sűrű, sárgás, büzös bélsárszagú geny ürül, egy a beleknek vastag fibrosus összetapadása folytán eltokolt vakbél fölötti üregből, melynek elővigyázatos tisztitásakor egy felső és alsó hasadékon keresztül a szabad hasüregbe lehet jutni, a honnan ugyancsak majd világabb, szenyesszinű, majd zavarosabb, sűrübb geny tolul kifelé. Draincső a szabad hasüregbe. Mivel a diffus peritonitis ily nagyon genyesnek bizonyult, a már alkalmazott metszésen kivül a hasüreget a bal quadratus lumborum mellső szélén rézsutos irányban 10 cm.-nyire megnyitjuk és ide is steril-gaze-csikokat vezetünk be. Cognac, grog, konyhasó-infusio, autotransfusio.

Lefolyás. Beteg állapota, a műtéti beavatkozás daczára, folyton rosszabbodik, hőmérsék subnormalis, has feszes marad, széke beöntés daczára nincs, szelek nem mennek. 19-dikén délután 3 órakor collapsusban elhal.

Genersich tanár által megejtett bonczolat a következőket deriti ki.

A kis medenczében 300 gramm, a hasűrben összesen ½ liter geny. Hashártya erősen belövelt, rostonyával, részint genynyel bevont. Tüdők hátul savósan beszűrődöttek. A féregnyúlvány a vakbél falához simulva és szorosan odanőve, annak külső oldalán felfelé jut, úgy hogy a bélfalon kivülről meg sem ismerhető. Felső végén összekunkorodva, a vakbél és az odanőtt hashártya között eltünik (ez a darab 2 cm. hosszú). A kanyarodás táján egy lencsényi fakó petty van, erősen belövelt környékkel és ezen kölesnyi lyuk, melyből geny nyomható ki. Felmetszésnél kitünik, hogy a féregnyúlvány nyákhártyája barnás, czafatos hártyává alakult, a submucosa, muscularis pedig erősen duzzadt és belövelt és a hajlás táján az egész féregnyúlvány fala mintegy babnyi területen erősen lágyult.

Diagnosis: Appendicitis perforativa cum peritonitide ichorosa, meteorismus, enteritis diphteritica intestini jejuni, atrophia universalis, oedema pulmonum. *Bélsárkő nincs.*

24. *Epityphlitis ulcerosa, calculosa, perforativa diffus peritonitissel.*

K. Vilma, 14 éves, cseléd, Debreczenből. Öt év óta évenkint vannak egy-két izben görcsös fájdalmai az alhasban, különösen a vakbél táján. Ilyenkor láza is van. Kilencz nap előtt ismét fájdalmak lepték meg, ez alkalommal főleg a köldök alatt, rázóhidegek, erős hányás, gyomorgörcsök kiséretében. Hasa felpuffadt, szél- és székrekedés. Két nap előtt Hochhalt tanár osztályára került, hol állapota folyton súlyosbodott, miért is műtét czéljából a sebészeti osztályra tétetett át.

Felvételkor erős collapus, facies abdominalis, végtagokat hideg verejték fedi, pulsus filiformis 164, légzés 48, sensorium zavart, hatalmas meteorismus és különösen az alhas jobb oldalán érzékenység. A has fölött a gyomorgödör táját kivéve mindenütt tompa vagy tompult dobos a kopogtatási hang. Máj feltolt. Beteg minden 5—6 perczben hány, a hányadék bélsárszagú.

Műtét 1897. november 13 dikán. Mivel a vizsgálat alapján valószinű volt, hogy az egész hasüreg diffuse genynyel telt, a metszést a középvonalban a köldöktől a symphysig vezettük. Eleinte sok híg, sárgás, czafatos genyváladék ömlött elő, majd a belek gyenge tapadásait szétválasztva, közülük egyes genytasakokból, de különösen a vakbél tájékáról rendkivül sok, sűrű, majdnem tejfelszerű, igen büzös, sárgásbarna geny ürült. A *vakbél táján összenövések.* Miután a genyt lehetőleg kimerítettük és a hasüreget minden irányban hosszú gazecsikokkal tamponáltuk, a jobb lumbalis tájon 5—6 cm. hosszú ellennyilást készitünk, mely alkalommal újból nagy mennyiségű geny ömlött elő. Az ellennyiláson keresztül vastag draincsövet vezetünk a hasüregbe.

Collapsus és halál ugyanaz nap esti fél kilencz órakor.

A *bonczolás* a következőket deriti ki:

Kis medenczében 400 gr. zöldesgenyes folyadék. Belek egymással rostonyásan összetapadtak, legerősebben a vakbél szomszédságában. Hashártya mindenütt erősen belövelt. A proc. vermiformis a vakbél belső oldalán eleinte le- és befelé halad és ezen 3 cm. hosszú részlete ujjnyi vastagságú, majd ivalakban lefelé görbül és a promontorium jobb szélén majdnem függélyes irányban haladva, ott végződik; e részlet 5 cm. hosszú. Csúcsától 1·7 cm.-re lencsényi nyilás, melynek szélei mintegy millimeternyi szélességben fehéres, fakószürke elszinesedést mutatnak, lekerekitettek. A proc. vermif. felső részletében 1½ cm. hosszú, 8—10 mm. széles, revolvergolyó-alakú érdes felületű kő.

Diagnosis: Appendicitis ulcerosa calculosa cum perfor. proc. vermif. Peritonitis purulenta diffusa.

25. *Epityphlitis perforativa diffus genyes peritonitissel.*

Dr. G. H.-né 20 éves hölgy Aradról. Hereditas a családban nincs, székrekedésben szenvedett kólikákkal. 1897. nyarán Franzensbadban görcsszerű hasfájdalmak lepték meg, s ott 3 hétig feküdt perityphlitis diagnosissal. Láza nem volt, 8 napig székrekedés. Ez idő óta állandóan obstipált. Jelen baja 1898. jan. 9-dikén kezdődött állítólag gyomorterhelésre. 10-dikén a fájdalmak tűrhetetlenekké váltak a jobb alhasban, magas lázak 39·1°-ig, has felpuffadt, teljes szél- és székrekedés. Állapota rosszabbodván, nevezetesen erős hányás és csuklás lépvén fel, *Müller* és *Hirschler* tanárok csak 3 nappal később consultáltatnak, kik a typhlon táján daganatot találnak a has diffus érzékenységével. 15-dikén a hőmérsék 37·6°, a vakbéltáji izzadmány növekedett, gyomor absolut semmit sem tűr meg. 16-dikán hőmérsék 37·1—37·6°, beöntés hatástalan, meteorismus nagyobbodott. 17-dikén állapot rosszabbodik, pulsus 120, igen debilis, folytonos hányás és csuklás. *Müller* és *Hirschler* tanárokkal consultálva megállapítjuk, hogy az epityphlitikus izzadmány mellett diffus peritonitis forog fenn és a Douglasban szintén izzadmány foglal helyet. E miatt műtéti beavatkozás lesz elhatározva, mely azonban külső okokból másnapra halasztatik.

A sanatoriumba való felvételkor nyelv száraz, has hordószerűleg puffadt, mindenütt rendkivül fájdalmas és érzékeny. Jobboldalt igen kisfokú resistentia a vakbél táján, absolut szél- és székrekedés, folytonos fűzöld hányás; végbélen át nagyon fájdalmas, a rectum lumenébe betüremkedő fluctuáló daganat segmentuma érezhető. Méh anteflexióban.

Műtét könnyű chloroform-narcosisban 1898. jan. 19-dikén. Typikus metszés. A coecum szomszédságában az ileum kacsok zöldes-sárga rostonyás genyes, felrakódást mutatnak. A belek között j. o. kevés húslészerű barnásszürke izzadmány. A vakbéltől mellfelé egy irónvastagságú köteg, mely a proc. vermiformisnak bizonyul és a coecumhoz közel lencsényi átfúródást mutat. Utóbbi szabadon nyilik a hasűrbe. A féregnyúlvány mélyen levonul a kis medenczébe s ott egy hatalmas tályogűrbe ér bele, melyből körülbelül 3/4 l. rendkivül bűzös geny ürül. A tályog egyrészt, baloldalt, vékonybélkacsok közé terjed, másrészt lemegy a Douglasba. Ez utóbbi elhelyeződés miatt czélszerűnek látszik a vagina tompa átszúrása, a mi megtörténvén, az egész tályogüreget a hüvely felé ujjnyi vastag draincsővel alagcsöveztük. A proc. vermiformis 8 cm. hosszban resecáltatott, a hasüreg pedig *Mikulicz* szerint tamponáltatott.

Lefolyás: Műtét napján elég kedvező állapot. Nem hány, nem csuklik, de has fájdalmas és szelek nem mennek. Resp. 18. P. 120, igen gyenge, könnyen elnyomható. Hőmérsék max. 38·4° C. Éjjel keveset alszik. Következő nap: Hőmérsék 37·4° C, nagy elesettség, belek nem működnek. P. 156 filiformis. Collapsus. Exitus.

26. *Epityphlitis gangraenosa diffus peritonitissel. Gyógyulás. Visszamaradt bélsársipoly műtét. Gyógyulás.*[1]

B. Kamill, 10 éves tanuló, Budapestről. Tuberculotikus hereditas a családban nincsen. A gyermek az utolsó években állandóan székrekedésben szenvedett. Vakbéllobja ezelőtt sohasem volt. 1898. november hó 10-dikén erős hasmenéssel betegedett meg, de 6 napig fenjárt; nov. 16-dika óta ágyban fekszik. 17-dike óta colicákkal absolut szél- és székrekedés, 18-dika óta folyton hány a hányadék földes színű, de bélsárszagú sohasem volt. 16-dika óta lázas, de a hőmérsék egészben csak 39° felé emelkedett, egyébként 37° és 38° között ingadozott. 19-dike óta a kezelőorvosok *Stern* tanár és *Klein* tagtárs gyermekökölnyi daganatot constatáltak a vakbél táján. 20-dikán esti 10 órakor a gyermek rázóhideggel hirtelen collabált, nagy cyanosissal, hideg verejtékkel, alig olvasható pulsussal feküdt néhány órán át, miközben a temperatura subnormalis lett. Az éj folyamán folyton hányt és csuklott, másnap 21-dikén reggel egy tanácskozmány alkalmával, melyen én is részt vettem, megállapítható volt, hogy a has erősen meteoristikus, májtompulat elől teljesen hiányzik; diffus érzékenység a has felületén legcsekélyebb érintésre; nagy tompulat nemcsak a typhlon tájon, hanem baloldalt a flexura sigmoidea táján, az egész alhasban, sőt a bal lumbalis tájon is, mely utóbbi tompulat a jobb oldalra való fektetésnél feltisztul úgy, hogy kétségtelen, miszerint a hasban szabad folyadékgyülemmel van dolgunk. A rohamosan fejlődött exsudativ képződmény, a diffus peritonitis minden jele, a cyanosis, és hideg végtagok, beesett arcz, sötétkék ajkak, egybevetve a hirtelen beállott collapsussal, semmi kétséget sem hagytak fenn az iránt, hogy itt tényleg diffus genyes peritonitis lépett fel a legfoudroyansabb formájában, valószinűleg hirtelen átfúródás folytán. Mivel a pulsus is kissé jobb volt mint előtte való este, próbaképen a rögtöni laparotomiára határoztuk el magunkat, a mely *műtét november 21-dikén d: e. 11 órakor*, tehát *13 órával az átfúródás után* gyenge chloroform-narcosisban végre is lett hajtva.

Typikus metszés párhuzamosan a Poupart-szálaggal; mindenekelőtt egy kis tojásnagyságú sűrű genyet tartalmazó tályogot nyitunk meg, a melynek mellső és hátsó falát erősen injiciált, genyes lepedékkel borított, szabadon fekvő vékonybélkacsok képezik. A mélyből a Douglas felől friss higabb geny szivárog. Lefelé haladva a Douglas felé a hólyag mögött egy majdnem két ököl nagyságú nagyobb tályogot nyitunk meg, melyből szintén sűrű geny ömlik. A tályog megtisztításakor kitünik, hogy a szabad hasűrbe mindenünnen, de nevezetesen a flex. sigmoidea tájékáról nagy mennyiségű genyes-savós folyadék tolul elő. A vakbéltől vizszintesen befelé fekszik a proc. vermiformis, fel- és hátracsapódva teljesen üszkösödve. 11 cm. hosszúságban szabaddá praeparáltatván, ép részében közvetlenül a vakbélen resecáltatik. A lemetszett csonk 2 etageban sero-serosus varratokkal elzáratik. A kiirtott féregnyúlványban 2 átfúródást és egy kis borsónyi bélsárkövet találunk. A tályogürök, nevezetesen a medencze felé vezető űr steril gazevel bőven tamponáltatnak. Részleges varrat. Kötés.

Lefolyás minden várakozáson felül kedvező. Közvetlenül a műtét után normalis hőmérsékletek, csupán 6-od nap csekély hőemelkedés 38·3° C.-ig, mely részben székrekedésre vezethető vissza, részben azon körülményre, hogy a tályog bal oldalán a flexura sigmoidea fölött egy kis tompulat van jelen, mely minden valószinűség szerint egy a bélkacsok között bezárt sero-purulens izzadmánytömegnek felel meg s csak lassan szivódik fel. Néhány nap alatt azonban nedves borogatásokra e helyütt is enged a resistentia. A tompult hang lassan-lassan feltisztul, a bél canalisatiója magas beöntésekre normalissá válik. Pulsus és respiratio csak műtét után 4-ed nap tértek vissza a normalisra, a has érzékenysége csökken különösen akkor, mikor kötésváltoztatásnál a csikok lazitattnak és rövidítettnek. Műtétutáni 4-ed nap a secretio igen bő, sok geny ürül. Ezentúl naponta kötésváltás. Állapot, közérzet teljesen kielégitő, épúgy a táplálkozás is. Műtét utáni 8-ad nap hasebből bő váladék ürül, a csonkvarratok szétváltak. Kevés faecaliák mennek át a sebűrbe. 9-dik és 10-dik nap állapot változatlan; a sipolyon még mindig, különösen hashajtók után, kevés híg bélsár ömlik.

További 8 nap után a secretio mindinkább csökken, a sipoly záródni látszik. Deczember végével semmi bélsár sem ömlik a sipolyon: kis granulált sebbel bocsáttatik el, mely nemsokára azután lapis érintésre begyógyul. Azóta a gyermek kitünően fejlődik; 1899. julius havában kisfokú hassérve van, mely ellen pelottát visel.

Ugyanez időtájt finom hajszálsipoly létesül a heg közepén, melyből naponta 1—2 csepp híg bélsár ürül. Mivel e sipoly sem tágitásra, sem lapissal való égetésre, sem borogatásokra, fürdőzésre nem gyógyul, 1899. szeptember havában a sipoly körülmetszése, felfrissitése és a vakbél széleinek újból bevarrása 2 etageben finom selyemvarratokkal; mire akadálytalan állandó gyógyulás következik.

27. *Epityphlitis gangraenosa diffus genyes peritonitissel.*

Sch. Lajos, 24 éves pinczér. 1898. junius 21-dikén hasa jobb felében hirtelen fájdalmak lepték meg, lázas lett, nem hányt, nem csuklott. Állapota rosszabbodván, 24-dikén a szt. István-kórházba vétette fel magát, hol két napig elég jól volt. Az eredetileg a coecum táján támadt daganat ez alatt kisebbedett, beteg láztalan lett. 27-dikén hirtelen újból rosszul lett, hideg verejték, hányás, csuklás, rendkivül szapora pulsus, úgy hogy 29-dikén diffus peritonitissel áttétetett a sebészeti osztályra.

Has puffadt, alhas igen fájdalmas; a nagyfokú feszesség miatt pontosan nem vizsgálható, homályos resistentia a typhlon táján.

Műtét (Lipscher dr.) azonnal Schleich-féle anaesthesis mellett. 14 cm. typikus metszés a Poupart-szálag fölött. Peritoneum megvastagodott, próbapunctióra geny. A hasűr megnyitására 1/2 l. bűzös geny ürül, mely magával sodorja az appendix piszkos fakó, teljesen levált 4 cm. hosszú, perforált distalis harmadát. A geny kitörlése után gazecsikokkal tamponade a teljesen szabad hasűr közepe irányában és a kis medencze felé. Hasseb nyitva marad.

Lefolyás. Műtétet követő napon beteg relative sokkal jobban van, pulsus 90, légzés 32. Csikok jól vezetnek, beteg keveset hányt, sokat csuklott. Harmadnaptól kezdve azonban a hőmérsék állandóan subnormalis, a hányás mind gyakoribb lesz, a csuklás állandósul, pulsus folyton gyengül, 100 majd 116. Transfusiók, cognac, forró borbeöntések daczára a szivműködés mindinkább gyengül és julius 3-dikán collapsusban elhal.

Boncolásnál általános peritonitis, a kis medenczében sok sűrű geny, a proc. vermiformis distalis részlete hiányzik, csak a coecalis csonk 4 cm. hosszú részlete maradt meg.

C) Idült száraz féregnyúlványlob.

28—38.

28. *Epityphlitis perforativa féregnyúlványsipolylyal.*

R. Laura, 30 éves kisasszony; szülei és két testvére egészségesek, gümőkórra semmi adat. 1890. évig mindig egészséges, rendes székletéttel; ez év tavaszán *influenza*, mely után magas lázzakkal, fájdalmakkal és hányással vakbélkörüli lobosodás és *tályog lépett fel*; e miatt a betegen a jobb lágyékhajlatban bemetszés lett ejtve. Ezen alkalommal igen sok, bűzös geny ürült. Körülbelül három hét alatt a seb begyógyult és két éven át a betegnek nyugta volt. Ekkor magas lázak kiséretében újból daganat képződött az alhas jobb felében. Most a csipő oldalán lett metszés téve; az itt kiürült geny nem birt feltünő szaggal. Két héttel utóbb a két műtét sebnyilásai között communicatio támadt, melynek létrejövetele az első sebzés után visszamaradt hegbe ejtett bemetszés által lett siettetve. Ezen idő óta a sebcsatornák állandóan draincső és jodoformcsikokkal lesznek nyitva tartva, gyakran rázóhideg lép fel, a mely megszünik, ha a csöveken át nagyobb mennyiségű geny ürül. Két izben 1893-ban a sebből kiinduló súlyos orbáncz miatt állapota igen aggasztó volt, később féloldali arczideg-hűdésben szenvedett, állandóan fájdalmai vannak, seb körül eczema, viszketegség, erős lesoványodás, étvágytalanság.

Status: Gracilis, halvány, sovány nő, labilis vasomotorikus beidegzéssel. Has puffadt, kopogtatási hang mindenütt dobos, csekély resistentia

[1] Bemutattatott a bpesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

a has jobb felében a Poupart-szálag felső széle fölött. A jobb lágyékhajlatban, a Poupart-szálag közepétől kifelé, valamint a csipőtányér szélénél a jobb hátsó hónaljvonal meghosszabbításában 1—2 a köztakarót befelé vongáló és hegesen rögzítő haránt irányú rés, melyeket a csipőtányér belfelületén csatornák kötnek össze.

Mütét 1894. október 8-dikán. Chloroform-aether-narkosis. A két sipolynyilást a csipőtaraj mentén összekötő 24 cm. hosszú metszés, mely a sipoly űrén áthatolva, azt egész hosszában feltárja. A sipoly heges falzatának leválasztása közben, a menetnek mintegy a közepén, elővigyázatos praeparálás mellett a kérges, hegbe ágyazott féregnyúlvány részlete tűnik elő. Az appendix lehetőleg felszabadíttatik és annak mintegy 5 cm.-nyi kétrétbe hajtott darabja resecáltatik, lumene három selyemvarrattal egyesíttetik. Következik a seb egyesítése a hátsó hónalj vonal meghosszabbításában fekvő részlet nyitvahagyásával, melyen át a sebüreg tömöszöltetik. *A kiirtott féregnyúlványrészlet 5 cm. hosszú, közepén szögletben visszahajtott;* e szöglet csúcsának fala lencsényi hiányt mutat, melyen keresztül az ellenoldali falnak nyálkahártyájából kiinduló borsónyi, kocsonyás növedék prolabál.

Lefolyás teljesen láztalan, minden tekintetben kielégítő. Első kötésváltoztatás október 14-dikén; a seb összeforrt, de oldalt a külső szél kissé felfelé tolódott. Tampon kisebbittetik, varratok részben eltávolíttatnak. Második kötésváltoztatás október 18-dikán; secretio csekélyebb, az összes varratok kivétetnek. Gyógyultan távozott. Azóta közérzete kitünő, székletét normalis, fájdalmai nincsenek, súlyban 16 kilóval gyarapodott, 1899. augusztus haváig hasfali sérv nem mutatkozik.

Ritkábban fordul elő, hogy a vakbél körüli tályog, azon tályog t. i., melyről *Sahli* azt tartja, hogy jobb indulatú, kifelé törne a hasfalon át. A gyakoriságra nézve az adatok meglehetősen ellentmondók; így *Einhorn* 100 perforatiós eset közül, melyek Münchenben a kir. boncztani intézetben kerültek autopsiára, csak 3 olyat emlit, melynél a tályog tartalma a hasfalon át kifelé ürült, míg *Bull* 57 spontan perforatio között feltünő nagy mennyiségben, 38-szor, *Paulier* pedig 49 esetből megint csak 4 izben emliti a hasfalon át történt perforatiót. Ilyen esetekben a Poupart-szálag fölött kemény, pastosus infiltratio képződik, majd az elődomboritott és pirosan elszínesedett bőr a kötszöveti elgenyedés minden symptomájával vagy spontan áttör, vagy pedig egy rendesen kisebbszerű bemetszéssel lesz megnyitható. Ez alkalommal azután bűzös, gyakran bélsárral kevert nagymennyiségű geny szokott ürülni. Gyógyulás azonban nem áll be. Egyrészt a betegség kezdeti oka, a beteg féregnyúlvány nem lesz eltávolitva, másrészt a genyes sipolyjáratok nagyon tekervényesek, az izomzat és bőnyék között mindenfelé ürök és tasakok képződnek, a melyekben a necrotikusan elhalt szövetczafatok torlódnak és a geny lefolyását akadályozzák. Nem lévén pedig a genynek szabad útja, a retroperitonealis kötőszövetben hátrafelé sülyed, a műtőnek újabb ellennyilást kell ejtenie, a mely daczára annak, hogy a legmélyebb ponton van, mégsem vezethet a kórfolyamat gyógyulásához, mert a sipoly kifelé szájadzó nyilása nem fekszik mindig a legmélyebb ponton; mindezekhez pedig hozzájárul még az is, hogy az esetek legnagyobb részében a proc. vermiformis maga, ha kicsiny helyen is, nyitva lévén, a tályogür és bélhuzam között állandó communicatio létesül, melynek folytán septikus anyagok mindig újból és újból inficiálják a genytasakokat.

Rendkivül tanulságos e tekintetben a fenti esetünk, a mely, mielőtt kezelésünk alá került, két izben lett operálva. A tályogür két hosszú sipolyjárat útján communikált a praedilectiós helyeken: a Poupart-szálag fölött és a csipőtaraj felső szélén a külvilággal és meglehetős sok genyt produkált, a mely, eltekintve attól, hogy a beteget szaga és eczemára való hajlamosítása miatt rendkivül molesztálta, még azért is nagyon kellemetlen volt, mivel genyretentióval járó rázóhidegekre és súlyos erysipelasra adott alkalmat.

A sipolymenetek radicalis feltárását, a megtört és átfúródott proc. vermiformis beteg részletének resecálását zavartalan gyógyulás követte, melynek a beteg most már több mint 5 év óta örvend.

29. *Epityphlitis recidivans perforativa a féregnyúlványnak a vékonybélbe való áttörésével.*

Br. Mór, 41 éves, kecskeméti szobafestő, atyja tüdőbajban, egy testvére gégesorvadásban halt el, anyja él és egészséges. Gyermekkorában diphtheritist, 19 éves korában tüdőgyuladást állott ki.

Négy év előtt székszorulás mellett a vakbél táján daganat fejlődött; magas láz és fájdalmai miatt kis megszakitással két hónapig feküdt. Ezután három éven át egészséges volt. 1895. áprilisban újra megbetegedett, székrekedése volt, hasának jobb oldalában fájdalmak léptek fel, lázai voltak és a vakbél tája újból megdagadt. Nyugodt fekvés és borogatásokra állapota mindig javult, de betegsége azóta folytonosan és többször ismétlődött, úgy hogy teljesen munkaképtelen lett, mire kezelő orvosa, Weisz Jakab dr. műtevés czéljából osztályomra utasitotta.

Felvételkor 1895. szeptember elején a kissé lesoványodott férfi csontrendszere ép, látható nyákhártyái halványak. Nyelve bevont, étvágya jó, állandó szél- és székrekedésben szenved. Mellkasi szervei épek.

A jobboldali hypogastriumban a Poupart-szálag külső fele fölött egy kis ökölnyi sima felületű, resistensebb tapintatú, tompult dobos kopogtatási hangot adó tumor, melynek felső határa a spina ant. sup. magasságában, alsó határa a Poupart-szálagon, belső határa két haránt-ujjal a linea albán belül mutatkozik. Maga a tumor alig mozgatható, fájdalmas. A has többi része puffadt.

A hasmetszést 1895. szeptember 6-dikán végeztem chloroform-narkosisban. A jobboldali spina ant. sup. felett kezdődő, ettől be- és lefelé a Poupart-szálag felett egy ujjnyira és ezzel párhuzamosan haladó metszéssel, 15 cm. hosszúságban átszelvén a köztakarót és hasizmokat, a vakbél külső széle felett nyitottam meg a hasűrt. Erre kitünt, hogy a vakbél mellső része, az ileum vége és a féregnyúlvány vastag heges kötőszövetbe vannak ágyazva, melyet felülről az erősen odatapadt cseplesz csücske fed. Ennek óvatos átmetszése után megtaláltam a féregnyúlványt, mely a vakbél alsó részén félholdalakúlag annak külső szélétől az ileum végének mellső faláig fut, itt szabad végével az ileumhoz szorosan odanőtt és a bélfalzat áttörése folytán a bél-lumennel itt is communicál.

A féregnyúlvány kisujjnyi vastag, 8 cm. hosszú. Hosszának közepén egy kölesnyi perforationalis nyilás van, mely körül granulatiós szövet kis tályogot zár magába. Bélsárkő nem találtatott. A féregnyúlvány mindkét tapadásánál leválasztatott és a megnyitott bél-lumen külön-külön 4—5 seroserosus varrattal záratott el. A peritoneum hat finom selyemöltéssel varratott össze, a nyilás mellső sarkán a hasüreg jodoformgaze-zel draineztetett. Az izomzat silkwormmal, a bőr selyemmel lett varrva. Nyomó kötés.

A kimetszett féregnyúlvány vizsgálatánál kitünt, hogy falzata lobosan megduzzadt és közepén — a jelzett perforatio felett ½ cm.-nyire — hosszú heges szűkülettel bir, melyen a sonda éppen hogy áthatol.

A lefolyás állandóan láztalan (legmagasabb hőfok 37·3°). Érverés 64—96, légzés 20—26 perczenkint. Csuklás, hányás nem jelentkezett, a has érzékeny nem volt, közérzet igen jó. A hatodik napon többszöri hasmenés után a székelet előbb kevés, majd több frissen alvadt vérrel volt keverve. Jégborogatások és opiumra azonban megszünt a bélvérzés, mely direct oki összefüggésbe a műtéttel alig hozható, minthogy a bélfal vagy véredények akkor sértve nem lettek. A későbbi székeletekben vér nem volt kimutatható. A beteg a 18-dik napon gyógyulva hagyta el az ágyat.

30. *Epityphlitis recidivans a féregnyúlvány szűkületével.*

T. Sándor, 37 éves, honvédszázados Kolozsvárról. Egészséges családból származik. 24 éves korában typhusa, 34-dik évében influenzája volt. 1894. deczember 3-dikán két napi megerőltető gyakorlatról hazatérve, vacsorája után egy órával hirtelen rosszul lesz. Erős kólikák, folytonosan hány. (I-ső roham.) Opiumra az állapot nem változik. Orvosa másnap hashártyagyuladást constatál, borogatásokat, opiumot rendel. Magas lázak. Széke — ennekelőtte rendesen csak 7—10 naponként — hashajtók és beöntésre megindul. Hat hét mulva felépül s orvosa tanácsára Görzbe megy. Vakbéltáji érzékenység állandóan megmaradt, ülés közben s mikor kevesebb az ürülése, fokozódik, a gyors járásra pedig képtelenné teszi. A vakbél táján daganatot érez, az orvosok izzadmányt constatálnak. 1895. márczius 6-dikán hányás, a belekben korgás és kolika, a typhlon-táj erősebben megduzzad. (II. roham.) Láza — állitólag — nem volt. Priesnitz-borogatások, opium, időnként hashajtók és irrigatiók rendeltetnek. Három nap mulva javulás, két hó után az ágyat elhagyja, azonban a vakbél, de a bal alhastájon is, rendesen étkezés után néhány órával feszülés, felfuvottság érzése, korgás, mely nehézségei 1—2 óra mulva megszünnek. A typhlon tájon kisdiónyi, érzékeny daganat marad vissza állandóan; hosszabb ideig járkálni nem képes. Május végén a fent leirt tünetek között ismételten megbetegszik; két hónapig ágyban fekvő beteg (III. roham). Augusztusban Bécsben, Diettel osztályán észlelik; műtétet nem ajánlanak. Október 4-dikén néhány napig rosszullét, 11-dikén hányás, kólika; tünetek azonban nem oly hevesek, a vakbéltáj megduzzadt, de nem fájdalmas (IV. roham). Ágyban marad, mert hevesebb mozgás, bő székürülés által kiváltható újabb rohamtól tart. Betegségének egész folyama alatt váltakozva soványodott és megerősödött. Étvágya jó; diaetát tart. Műtét végett Purjesz tanár ajánlatára deczember 15-dikén a sanatoriumba véteti fel magát.

Felvételkor a kevésbbé jól táplált férfi mellkasi szervei épek; vizelet normalis, indicánt nem tartalmaz. Has mérsékelten behúzódott, kopogtatási hangja a legnagyobb területén hangos dobos; a jobb Poupart-szálag feletti tájon két ujjnyi területen a dobos kopogtatási hang rövidebb. Tapintásra a jobboldali alhastáj resistensebb, mint a baloldali. A vékony hasfalon át tapintó ujj a vakbélnek megfelelő

helyen a mélyben is érez tömöttebb resistentiát. E helyen egy hüvelykujjnyi nagyságú kötegszerű tömött képlet is tapintható, mely kevéssé mozgatható és az éles hatást nélkülözi. Korgás, peristaltika a hasban sehol nem érezhető. Lágyékmirigyek nem tapinthatók.

Műtét 1895. deczember 23-dikán, 11 cm., *hosszmetszéssel* a jobb rectus külső szélén behatolva, az izomzat átszelve, megnyittatik a hasűr. A bemetszés e helyen azért volt ajánlatos, mert constatálva volt, hogy a coecum fölötti daganat tojásnagyságú, elég jól mozgatható transversalis irányban egyrészt, másrészt a tumor majdnem a köldök magasságában feküdt, úgy hogy félni lehetett, hogy a normalis, Poupart-szálaggal párhuzamos metszéssel a coecum alsó sarkán levő erősebb összenövésekre találunk. Megnyittatván a hasűr, rögtön constatálható lett, hogy az omentum majus jobb alsó széle födi a vakbelet s vele elválaszthatlanul össze van nőve. E miatt a nagy csepleszt nyolcz kettős selyemligatura között átszeletvén, a coecum s ileum e része hozzáférhető lett. A coecumnak mellső felén körülbelül kis tyúktojásnyi kérges szövet közepette, mely a bélfalánál elválaszthatlan össze volt tapadva, találtuk beágyazva a kisujjnyi vastagságú összecsapott proc. vermiformist, mely gyöke felé hirtelen erősen megszűkül, úgy hogy vájt sondára nézve alig átjárható. A proc. vermiformis mesenteriolumának átmetszése s alákötése után a 8 cm. hosszú zsákszerűen tágult processus resecáltatik. Mivel a coecum mellső falán ezután ezüstforintnyi terjedelemben heges beszüremkedés mutatkozik, nehogy a bélfalvarrat által a bél-lumene szűkittessék a varratok haránt irányban tétetnek (4 selyemvarrat).

Az omentum majus szabad alsó sarka a bélvarrat fölé helyeztetik és rögzittetik, ugyane helyen steril jodoform-gaze biztositásul új perforatio ellen. Az exstirpált proc. vermiformis fala megvastagodott, túltengett, éppúgy nyálkahártyája is, szederszerű alakkal, számtalan echymosissal. Izomzat, fasciák öt, bőr kilencz elsülyesztett selyemvarrattal záratik. Nyomkötés.

Lefolyás zavartalan. Láztól állandóan teljesen ment. Beteg a sanatoriumot négy hét lefolyása után gyógyultan hagyja el. Azóta majd négy év telt el, teljesen jól érzi magát, nehézségei nincsenek. Most is activ katona.

31. *Epityphlitis chron. a féregnyúlványba vezető sipolylyal. Másodlagos resectio.*

K. Hanna, 27 éves hajadon Galicziából. 1895. szeptember 6-dikán a szent István-kórházi osztályon abscessus epityphlitikus miatt operáltatott, mely alkalommal a beteg decrepid állapotára való tekintettel a processus vermiformis nem resecáltatott. 1895. deczember közepén gyógyultan távozott.

Szolgálatba is lépett, de nemsokára rá ismét kolikaszerű fájdalmak lepték meg, a régi heg egy helyen kifakadt, úgy hogy e miatt 1896. julius közepén ismét felvétette magát az osztályra.

Has ekkor erősen puffadt, nyomásra fájdalmas és jobboldalt a régi heg helyén a hasfal egy 15 cm.-nyi rést mutat, melyen keresztül hastartalom tolakodik elő (hasséry). Magában a hegben egy lencsényi anyaghiány látható, mely egy 6 cm. hosszú járatba vezet, honnan igen kevés nyákos geny ürül. Mély bimanualis tapintásnál a sipolyjárat mint kis ujjnyi vastag sima felületű köteg tapintható ki. Betegnek étvágya igen rossz, széke csak beöntésekre van és napjában 4—5-ször olyan kolikaszerű fájdalmak lepik meg, hogy a földön hempereg. Tekintve ezen tűrhetlen fájdalmakat, nemkülönben azon feltevést, hogy az említett sipolyjárat nem egyéb mint maga az átfúródott proc. vermiformis, mely a hegbe benőtt, betegnek műtétet hoztunk javaslatba, melyet julius 15-dikén végre is hajtottam.

A régi hegvonalban ejtett metszéssel megnyittatik a hasűr és kiderül, hogy a feltevés teljesen jogosult volt, a mennyiben a sipolyjárat tényleg maga a perforált 8 cm. hosszú féregnyúlvány. Miután utóbbi, közel a coecumhoz le lett metszve és a lik két etageban 5—5 sero-serosus varrattal elzárva, következett a hasséry radicalis műtevése. Itt először, véres és tompa úton felszabaditottam a számos összenövést, mely bél, omentum és hasfalak között időközben létesült. Erre következett a hernialis zsák kiirtása és a 15 cm. hosszú résnek rétegenként való elzárása, úgy hogy a peritoneum 9, felette az obliquus intern. 8 selyem-, az obliquus extern. 10 catgut és a bőr 14 selyemvarrattal lett elzárva.

Lefolyás teljesen láztalan. Másodnap megindultak a szelek és ötödnap beöntésre bő széke volt. A kitünő közérzet mellett a bőrvarratok 8-ad napon eltávolittattak, az elsülyesztett varratok reactio nélkül gyógyultak; seb teljes primát mutat. Betegnél műtét óta fent említett fájdalmak teljesen megszüntek, emésztés lefolyása igen rendes, úgy hogy súlyban jelentékenyen gyarapodott.

32. *Epityphlitis chronica a féregnyúlvány átfúródásával.*

Dr Sz. Lajos, 49 éves ügyvéd Budapestről. Egészséges családból származik. 20 éves korában typhusa volt, 27 éves korában vérhasban szenvedett. 29 éves korában ismét hagymáza volt. Ez idő óta nagyfokú obstipatio, úgy hogy mindig hashajtókkal él. 40 éves korában a vakbél tájékán heves, fájdalmas attaque, mely néhány napig tartott. (I. roham.) 1895. október havában erős vakbélgyuladás, nagy lázakkal, fájdalmak és székrekedéssel 3 hétig feküdt. (II. roham.) Két hónappal reá recidiva még súlyosabb alakban, mely miatt 4 hétig feküdt. (III. roham.) Jelen recidivája (IV. roham) 1898. márczius végével kezdődött, mely nagy fájdalmak és lázak közepette ismét ágyba döntötte. Azóta nem volt képes magát összeszedni: lesoványodik, állandóan fájdalmakat érez a typhlon táján. Súlyos bajától megszabadulandó, orvosa, Liebermann kartárs a műtéttől várja a sanatoriumban gyógyulását.

Felvételkor a rendkivül lesoványodott férfi erős soorban szenved. Hasa puffadt, a vakbél és hólyag tájékán gyenge ütésre is erős peristaltikus mozgások, testrázásra locscsanás a jobboldali hypogastriumban. A coecum tája nyomásra érzékeny, tőle mellfelé egy ujjnyi vastag, kemény, kissé göbös felületű, hurkaszerű képletet lehet kitapintani, mely érintésre rendkivül érzékeny. Végbélvizsgálat negativ; abnormis tompulat nincs; erős székrekedés, mely több napi laxálást igényel.

Műtét chloroform-aether-narkozisban *1898. május 9-dikén*; typikus rézsutos metszéssel megnyitván a hasűrt, a coecumhoz erősen odanőve találjuk a visszacsapódott csepleszt. Ennek felemelése és a széles álszálagok leválasztása után felkeressük a proc. vermiformist, melynek kiemelésekor a vakbél mellső oldalán egy intraperitonealis diónyi nagyságú genygyülem ürül ki. A féregnyúlvány adhaesiókba ágyazva, középen megtörve fekszik a genygyülem szélén; közepén teljesen perforálva van. A perforatio a fentemlített tályogűrbe vezet. A proc. vermiformis gyökén resecáltatik s a csonk 2 etageban selyemvarratokkal elzáratik. Mikulicz-tamponade; részleges varrat; kötés.

A resecált féregnyúlvány 7 cm. hosszú; felmetszetvén, a perforatión kivül 2 bélsárkövet is tartalmaz és dyphteritikus lepedékkel bevont nyákhártyával bir.

Lefolyás teljesen normalis. Beteg állandóan láztalan. Gaze 3-ad és 5-öd nap részlegesen, 7-ed nap teljesen eltávolittatik; varratok 9-ed nap lesznek kivéve. 32-ed nap teljesen gyógyulva hagyja el az ágyat. Azóta kitünően érzi magát, súlyban vagy 10 kilogrammal gyarapodott, bélzavarai, hassérve nincs (utolsó hir 1899. augusztus 5-dikén).

33. *Epityphlitis recidivans bélsárkővel a féregnyúlványban.*

K. Péter, 25 éves fűtő. Gyermekkorában gyakran szenvedett hideglelésben, két év előtt 1896-ban néhány hétig tartó erős gyomorfájással (epityphlitis?) feküdt. 1898. október 29-dikén jobb lágyékhajlásában erős kinzó fájdalmak léptek fel, lázakkal, melyek ágyba döntötték. Három nappal később, a has jobb alsó részében daganatot vett észre, mely nyomásra fájdalmas volt. Szék- és szélrekedés, hányás és csuklás nélkül, de nagy gyengeség. Hatodik nap felkel, de már hetedik nap ismét lázzal ágyba fekszik, úgy hogy betegségének tizedik napján a szt. István-kórház belosztályára vétette fel magát, hol a typhlon tájékán akkoriban nyomásra érzékeny resistentia volt tapintható, mely azonban borogatás és nyugalomra néhány nap alatt eltünt. A reconvalescentia azonban igen lassan halad előre; valahányszor a beteg felkel, mindig húzó fájdalmakat érzett és kissé borzongott. A félelem, hogy nem lesz teljesen munkaképes, arra késztette, hogy bajának radicalis gyógyitása végett *Hochhalt* tanár által a sebészeti osztályra tétette át magát. 1898. deczember 10-dikén *műtét* Schleich-féle anaesthesis mellett. 10 cm. hosszú typikus metszés. A peritoneum megnyitása és két selyemfonállal kifelé rögzitése után a hasüregbe behatolva kitünik, hogy az appendix mélyen sokszoros álszálagokba beágyazva hátra- és lefelé fekszik. Mivel a beteg nagyon feszit, a féregnyúlvány kiszabadítása és kiirtása előre láthatólag nehezen ment volna és ezért chloroform-narcosist alkalmazunk, mire a tájékozódás sokkal könnyebben történik. A féregnyúlványt vékonybelek fedik, vele lazán összetapadva; ezek könnyen le voltak választhatók. Az appendix maga a kis medenczébe nyúlik le, nehezen hozzáférhető, belek közé van ékelve, teljesen fedve. 1 cm.-re a vakbélhez való tapadási helyétől, két pince között átvágjuk a féregnyúlványt, miután a mesenteriolum véredényeit körülöltéssel lekötöttük. Ezután a féregnyúlványt a pincekkel kihúzva, az álhártyáktól tompa leválasztás útján megszabadítjuk, mire a distalis vég könnyen kicsúszik. A csonk typikus átvarrása. Az appendix fészke jodoform-csíkokkal lesz tamponálva, a hasseb felül és alul silkworm-varratokkal elzárva, csupán $1^1/_2$ cm. széles nyilás marad nyitva a csíkok kivezetésére. A kiirtott proc. vermiformis 6 cm. hosszú $^3/_4$ cm. vastag, fala $2^1/_2$ mm. átmérőjű, benne egy czitrommagalakú és nagyságú bélsárkő.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan, beteg sohasem hányt vagy csuklott, szelek, székletét rendesek. Műtét után harmadnap a csíkok rövidítve lesznek, hatodnap eltávolittatnak. Négy hét mulva teljesen gyógyulva hasséry nélkül távozik.

34. *Epityphlitis recidivans.*[1]

H. Imre, 18 éves tanuló. 5 év előtt 8 hónapon át gyomorhurutban szenvedett, 3 hónapon át gyakran hányt. 1894. október 4-dikén hirtelen hasa jobb felében nagy fájdalmak léptek fel lázakkal, nem hányt, nem csuklott. A lázak 3 nap után elmultak, de a fájdalmak csak lassanként engedtek. Ekkor 8 hétig feküdt. 1899. juniusban jól érezte magát. Ekkor ugyanazon helyen újból heves, szúrójellegű fájdalmak jelentkeztek napjában többször, de fenjárt. Egy év óta állandóan székrekedés, felváltva hashajtókat és beöntéseket használ, ugyanezen idő alatt étvágya is rosszabb, lesoványodik, állandóan fájdalmas nyomást érez a vakbél táján.

Felvételkor has feszes, Mac-Burney-pont nyomásra érzékeny, a m. psoas fölött jobboldalt kisújj vastag resistens képlet tapintható.

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. oktober 21-én tartott ülésén.

Műtét 1899. julius 29-dikén chloroform-narcosisban. 10 cm. hosszú typikus metszés. Coecum a peritoneummal összenőtt, fél cm. hosszban be lesz metszve; a nyilás 3 első- és 4 másodsoros varrattal azonnal elvarratik. A vakbél kihúzásakor a féregnyúlvány is előtünik, mely igen hosszú és a környezettel álszálagosan erősen van összetapadva; a mesenteriolum lekötése után tőben resecáltatik. A metszés azután szűkitve lesz és csak egy finom jodoformcsik számára marad nyitva. A kiirtott féregnyúlvány 7½ cm. hosszú, serosája injiciált, vastagodott; alsó és középső harmadában kissé dudoros, csúcsa bunkósszerűleg felfújt, visszafelé kunkorodott. Tartalma kissé véresen tingált nyákos bélsár; tövében lencsényi, keményebb bélsárrög. A csúcson 2—3 kis gombostűfejnyi exulceratio; a középső és alsó harmad határán a törés helyén fél cm. területen körkörös echymosisok.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. A has csekély érzékenysége csakhamar enged, hányás teljesen elmarad. Harmadnap éjjel kolikák lépnek fel, a melyek azonban széltükör bevezetése után elmulnak. Ötödik nap a csik kihúzása után kevés secretio. Hetedik nap a csik végleg eltávolíttatik. Negyedik héten gyógyultan távozik.

35. *Epityphlitis recidivans.* Hasmetszés Mac-Burney szerint.[1]

H. Ferencz, 15 éves bádogosinas. Négy hónap óta eleinte lázzal társult kolikákban és a jobb hasfélben székelő csikaró fájdalmakban szenved, melyek rendszerint néhány órai tartam után önként elmultak. 5 hét előtt köldöke táján oly heves fájdalmak léptek fel, hogy le kellett feküdnie, de ekkor nem hányt, nem csuklott; ezért a kórházban Hochhalt tanár osztályára került, hol typikus exsudatum epityphliticumot constatáltak, a mely azonban 10 nap alatt felszívódott. Ennek daczára gyakran vannak nagyon fájdalmas görcsrohamai, melyek miatt állandóan ágyban fekvő beteg. Bajának gyökeres orvoslása végett tétetett át hozzám 1899. augusztus végén.

Felvételkor hasfalak feszesek. A jobb psoason ennek irányát keresztező görgeteg, keményes képlet tapintható közel a Poupart-szálaghoz, mely nyomásra igen fájdalmas.

Műtét chloroform-narcosisban 1899. szeptember 1-én. A bőr bemetszése után az obliquus externus, internus és a transversus rostjai tompán lesznek szétválasztva, a peritoneum és a fascia transversa pedig a bőrmetszés irányára merőlegesen 6 cm. hosszban bemetszve, mire a hassebben azonnal előbukkan a vakbél a proc. vermiformissal. Utóbbi megvastagodott és laza, nyúlós álhártyákkal a coecumhoz, csúcsa felé pedig egy vékonybélkacshoz van rögzítve. Az álhártyák könnyen szakadnak, nem vérzékenyek. A mesenteriolum lekötése után manchettéás amputatio. A resecált féregnyújtvány 7 cm. hosszú, fala 3—4 mm. vastag, ürében kevés barnás, bűzös nyák. Közepén — a megtörés helyén — erős echymosisok és felületes erosiók. A csonk 3 első- és 6 másodsoros varrattal elzáratik, azután egy dohányzacskószerű varrat alkalmaztatik körülötte, melynek meghúzása után az egész betüremkedik. Ezután a peritoneum és a fascia transversa 8 catgut-varrattal egyesittetik, *az izmok nem varratnak*, a bőrvarratok pedig csak az obliquus externus fasciáját ölelik fel.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. 8-ad napra a varratok eltávolíttatnak. Prima intentio. 15-dik napon köhögtetéskor a heg nem dudorodik elő.

36. *Epityphlitis recidivans chron.* Hasmetszés Mac-Burney szerint.[1]

P. Antal, 46 éves, mészáros. 1897. február havában jobb lágyékában hirtelen fájdalmak léptek fel, másnap hányt, láza volt, vakbéltáj megdagadt és annyira fájdalmassá lett, hogy hozzáérni sem lehetett. A láz egy hónapig tartott, 6 hónapig ágyban feküdt. Korányi és Müller tanárok kezelték, és beteg állítása szerint megállapították, hogy az izzadmány a bélbe betört. Bajából akkor teljesen felépült, egy évig munkája után járhatott, semmiféle nehézségei nem voltak. 1898. aug. havában újból fájdalmak léptek fel a coecum táján láz kiséretében, újabb izzadmány fejlődött. Ez alkalommal egy hónapig feküdt, de ismét teljesen helyreállt. Azóta 2—3 hónaponként láz, duzzanat és nagy fájdalmak mellett a rohamok kiújulnak, úgy hogy beteg teljesen munkaképtelenné lett. Utolsó attaque 1 héttel a felvétel előtt.

Felvételkor 1899. szept. 1-sején has puha, jobb oldalt a köldök és spina közötti táj nyomásra kissé érzékeny, a Mac Burney-féle pont felé hosszúkás, 2 hüvelyknyi széles, elmosódott határú resistentia, mely az újjak alatt elcsúszik, nyomásra igen érzékeny. Innen kifelé a csipő lapát irányában egy másik fixált, elmosódott határú resistentia, mely a spina fölött 1—2 ujjnyira kezdődik és a Poupart-szálag közepéig ér.

Műtét 1899. szept. 15-dikén, chloroform-narcosisban. Bőrmetszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. A fascia externát a rostok irányában, tehát a bőrmetszést némileg keresztezve szeljük át, az izmok tompán fejtetnek szét, a hashártya pedig a bőrmetszés irányában nyittatik meg, mert a műtét előreláthatólag complikált. A peritoneum megvastagodott, a vakbél feltünő magasan fekszik, és elől a hasfalhoz, hátul oldalt pedig a medenczéhez teljesen fixálva van. A spinától a Poupart-szálagig vastag, laposan a hasüregbe bedomborodó extraperitonealis tömött infiltratio húzódik, a melybe bemetszve szürkés-fehér, vérző, szervült fibrinszerű kérges szövetbe jutunk. A coecum lassú, fokozatos kipraeparálása után végre fent és hátul, megtaláljuk a féregnyúlványt, mely a vakbél hátsó falából indul ki, a hátsó és oldalsó falhoz odatapadva, belső szélét megkerüli és minden oldalon álhártyákba ágyazva a psoast fedő peritoneumhoz volt rögzítve. Az álhártyákat tompán lefejtjük, nagyobbrészt két lekötés között átvágjuk és ekkor igen magasan, mélyen a coecum alatt s csak ez utóbbinak felemelése után lesz hozzáférhetővé a mesenteriolum. A képletek nehéz megközelíthetése folytán a féregnyúlvány egyszerű lekötésére és levágására szorítkoztam. Az amputált csonk 4 cm. hosszú, igen vastag falú, csúcsán porhanyós és itt perforált is. Mikulicz-tamponade után a sebzés réteges varratokkal szűkíttetik.

Lefolyás. Beteg az első napokban teljesen láztalan; 7-dik napon váladékpangás folytán némi hőemelkedés mutatkozik, mely a Mikulicz-tampon eltávolítására ismét eltünik. A seb ezután kevés secretio mellett gyorsan szűkül. A féregnyúlvány vastag falú csonkján a selyemfonál csak a műtét után 20-adnapra vágott át, a melynek eliminálásával a sebcsatorna gyorsan telődött.

37. *Epityphlitis chronica.* Hasmetszés Mac-Burney szerint.

W. Ilona, 21 éves elárúsitónő. Egy év előtt hasa jobb felében heves fájdalmak léptek fel, melyek ágyba ugyan nem döntötték, de egész napon át tartva munkájában akadályozták, annál is inkább, mert e mellett állandóan rosszul érezte magát. Orvosa petefészekgyuladásnak tartotta baját, majd Dirner tanárhoz fordult, ki epityphlitist constatált. A fájdalmak azóta meglehetősen állandóak, éjjel gyakran felébresztik és jobb czombja behajlítására ösztönzik. Soha sem hányt, láza nem volt; de nagy állandó nehézségei miatt munkaképtelen.

Felvételkor has feszes, Mac Burney-pont nyomásra igen érzékeny, vastagodott féregnyújtvány tapintható, baloldalt az érzékenység csekélyebb. Parametriumok szabadok.

Műtét. 1899. szeptember 7-dikén. 13 cm. hosszú metszés, mely 1 ujjnyira a spina ant. sup. fölött kezdődve innen mellfelé a köldök és symphysis közti vonal közepe felé irányul. A fascia superficialis élesen az izomzat rétegek közel a spinához tompán szétfejtetnek. A peritoneum a bőrmetszés irányára függélyesen 3—4 cm. hosszban lesz megnyitva. A vakbél előhúzásakor előtünik, az annak külső felszinéhez odatapadt, megtört appendix, mely manchetteképzés mellett typikusan amputáltatik. A resecált féregnyúlvány 9 cm. hosszú, fala megvastagodott, a megtörés helyén kölesnyi vérömleny, ürében bélsár. A csonk 3 első- és 5 másodsoros selyemvarrattal elzáratik, mely utóbbiak közül kettő a mesenteriolumot ráhúzza a csonkra. A betüremlés czéljából feltett dohányzacskó-varrat elszakadt. Peritoneum catgut-szűcsvarattal egyesittetik. Drain nem alkalmazatik. A bőrvarratok az izomzatot is felölelik. Az erősen széjjelvált fascia superficialis 4 catgutvarrattal összehúzatik.

Lefolyás teljesen láztalan reactionélküli. Varratok 8-adnapra eltávolíttatnak. Prima intentio.

38. *Epityphlitis chron. recidiv. subphrenikus tályoggal.*

L. Dénes, 8 éves tanuló. Gyermekkorában szamárhurutot, kanyarót állott ki. 1897. január 2-dikán éjjel hirtelen hányni kezdett, hasgörcsei voltak és különösen hasa jobb felében fenálló fájdalmakról panaszkodott. Ez mintegy 8 napig tartott, miközben legmagasabb hőmérséke 39° volt. Martini főorvos és Androvics dr. vakbélkörüli lobot constatáltak. 8-adnap pióczákra jobban lett és azontúl a javulás lassan előrehaladt, úgy hogy körülbelül 4 hét mulva felkelt. Ettől az időtől fogva, ha egy napig nem volt széke, hasfájdalmak léptek fel, minek következtében azóta székletétét figyelemmel kisérték. Egyébként jól érezte megát 1898 juliusig, a midőn újabb hasfájdalmakkal ágyba feküdt. Lázai ekkor nem voltak. Hashajtókra 8 nap mulva állapota annyira javult, hogy ismét felkelhetett. 1898. november hóban a gyermek fokozatosan soványodni kezdett, étvágytalan lett és a hó végén rázóhideg által megelőzött esti hőemelkedések mutatkoztak 39°-ig. Ekkor Bókay tanár narcosisban megvizsgálta, de semmi objectiv betegségi jelet nem talált. Kisebb-nagyobb enyhüléssel ez az állapot elhúzódott folyó év január közepéig, midőn a igen magas lázak és a jobb mellkasban szúró fájdalmak léptek fel, melyek alapján tüdőgyuladás lett constatálva. Néhány nappal később ismét heves hasfájdalmak jelentkeztek, a gyermek hasa felpuffadt, széke csak hashajtókra volt. Nyolcz nap mulva az állapot hirtelen spontan javult. Február hóban ugyanis a jobb ágyéktájon fájdalmas pont keletkezett, mely lassanként tyúktojásnyi tályoggá fejlődött és kifakadt; a nyilás később tágitva lett és azóta a sipoly állandósult. 1899. augusztus közepén heves, 7 napig tartó hányás és nagyfokú hasfájdalmak, magas, 40°-ot meghaladó lázak mellett diffus peritonitis folyt le, melyet Engel kartárs figyelt meg. Széke akkor csak glycerin-klysmákra volt. Utóbbi napokban azonban spontan székel, fájdalmai három nap óta enyhültek, láztalan, a vizelés igen fájdalmas.

Felvételkor (a Fasor-sanatoriumban) 1899. szeptember 9-dikén tüdők fölött kopogtatási hang baloldalt normalis, jobboldalt hátul a scapula csúcsától lefelé tompult. Has feszes, resistentia alig tapintható. Jobboldalt a bátsó hónaljvonalban a 11. és 12. borda között ezüstforint-nagyságú, pörkkel fedett terület; a pörk eltávolítása után hig, savós genyet ürítő sipolynyilásra akadunk, melybe a sonda 8 cm. mélységig hátra és felfelé hatol. Székletét rendetlen, csak hashajtókra indul meg, vizelésnél néha fájdalmak a hasban, hőmérsék subfebrilis, pulsus 80.

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

Műtét 1899. szeptember 11-dikén chloroform-narkosisban. A fölfelé, a rekesz alá vezető sonda mentén 5 cm.-re tágitjuk a sipolynyilást; újjal behatolva, kitünik, hogy a vese, máj és rekesz között pyogen membranával kibélelt praeformált üreg foglal helyet, melyből kis menynyiségű, párolt káposztaszagú geny ürül. Tamponade után a metszés szűkittetik. Kötés.

A narkosisban megejtett vizsgálat most már a jobb ileocoecalis tájon hosszúkás, gömbölyű resistentiát mutat, miért is tervbe vétetik a proc. vermiformis kiirtása.

A műtett sipoly gyógyulása akadálytalanul haladt előre, beteg kitünően táplálkozott és szemlátomást gyarapodott, úgy hogy *1899. szeptember 28-dikán második műtétre* határoztam el magam, melyet a következőkben vázolhatok:

Chloroform-narkosis. Typikus bőrmetszés 8 cm. hosszban a Poupart-szálaggal párhuzamosan. Az obliquus externus, internus és a transversus rostjaik irányában tompán szétfejtetnek, a peritoneum pedig a bőrmetszéshez derékszögben lesz megnyitva. Az előtóduló vastagbél álszálagos adhaesiókkal össze van tapadva a csepleszszel és két szomszédos vékonybélkacsesal. Az összenövésoknek két-két fonal között történt szétválasztása után nagy óvatosság mellett végre megtaláljuk a hosszúra nyúlt proc. vermiformist, mely bunkószerűleg megvastagodott végével a medenczébe ér le és mindenfelöl álhártyákba van beágyazva. Ezeknek tompa leválasztása alkalmával a mesenteriolum egy helyen beszakad, de ezután a féregnyúlvány kifejtése nehézség nélkül sikerül. Amputatio typikus módon manchette-készitéssel. A centralis csonk 3 elsődleges és 5 másodsoros varrattal záratik és invertáltatik. Az amputált féregnyúlvány 7 cm. hosszú, bunkós végén 1½ cm. széles, fala 3 mm. vastag. A képlet alsó harmadában derékszögalakban megtört, úgy hogy az egész csizmaalakot utánoz. 2½ cm.-re a bunkószerűen megvastagodott, belsejében ampulla-módra tágult csúcstól a lumen körkörös, szürkeszinű, kemény tapintatú heg által *teljesen* obliterált, úgy hogy a legfinomabb sonda sem hatol át ezen a helyen. Mikulicz-tamponade. A seb szűkitésére a peritoneumot, transversust és obl. internust egybefogó 4, e fölé az obl. externust egyesitő másik 4 catgutvarrat és végre felül és alul a bőrt és a fasciát átfogó 6 selyemvarrat alkalmaztatik.

Lefolyás a műtét napján, valamint másnap zavartalan; a következő 3 napon át kisfokú esti hőemelkedések 38·5-ig, 140 pulsus, fájdalmak a sebben, melyek az izmok közötti váladék-retentio által vannak feltételezve. A fascia és elsülyesztett izomvarratok lazitására és nyilt tamponadera e tünetek csakhamar visszafejlődnek, október 11-dikén a Mikulicz-tampon eltávolittatik, a sebür normalis módon telődik és október 21-dikén teljesen be van gyógyulva.

A subphrenikus sipoly ezalatt csak igen lassan gyógyult, e mellett a környékén itt-ott pustulosus infiltratumok képződtek, melyek alig mutattak hajlamot a szétesésre. November 1-én a jobb mellkasfélen hátul alul, 4 ujjnyira a gerinczvonaltól, a X. borda fölött kisebb hőemelkedések kiséretében tallérnagyságú, fluctuáló terimenagyobbodás mutatkozik; bemetszéskor fungosus, mállékony szövet közepette le- és befelé húzódó 3 sipolymenetre akadunk. A kiömlő hig genyben, valamint a kikapart sarjszövetben *aktinomycesre* gyanús szemcsék találtattak, mely gyanut Pertik tanár górcsövi lelete csakhamar igazolt is. Minthogy úgy a jobboldali mellhártyaűrben, mint a tüdőben lobra valló elváltozásnak még csak nyoma sincs, bizvást feltehető, hogy a fertőzés a hosszú ideig fenállott és hiányosan kötözött eredeti subphrenikus sipolyon át másodlagosan történt. E mellett szól a vakbélkörüli elválasztás tisztán lobos jellege mellett az a körülmény is, hogy a gyermek a műtétet megelőzőleg vidéken, árpaföldek környékén tartózkodott.

Irodalomjegyzék. *Achard*: La France médicale, 1897. Nr. 3. — *Albarran*: Presse médicale, 1898. Nr. 61. — *Allis*: Annals of surgery, 1896. Nr. 5. — *Armstrong*: The british médical Journal, 1897. Nr. 7. — *Assmy*: Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. XXIII. H. 1. — *Battle*: British médical Journal, 1897. — *Benedikt*: Klinikai füzetek, 1899. — *Beck*: Volkmann's Samml. klin. Vorlesungen, 1898. — *Bernays*: Centralblatt für Chirurgie, 1898. — *Bockhardt*: Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurg., 1897. — *Beger*: Berl. klin. Wochenschrift, 1882. — *Barling*: British médical Journal, 1898. — *Briddon*: Centralblatt für Chirurgie, 1898. — *Brun*: Presse médicale, 1898. — *Brown*: The Lancet. 1896. — *Broca*: La France médicale, 1897. — *Caussade*: Presse médicale, 1898. Nr. 61. — *Carlston*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Czerny* u. *Heddäus*: Beiträge z. klin. Chrirurgie, 1898. — *Cousins*: Brit. méd. Journal, 1897. — *Dahlgren*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1897. — *Doyen*: Médecine moderne, 1897. — *Dieulafoy*: Bulletins de l'Acad. de méd., 1898. — *Duret*: La semaine médicale, 1897. — *v. Eiselsberg*: Langenbeck's Archiv, Bd. LVI., H. 2. — *Fowler*: Ueber Appendicitis (Lennander ford.), Karger, Berlin. — *Finkelstein*: Centralbl. f. Chirurgie, 1899. — *Fergusson*: British méd. Journal, 1897. — *Galvichen*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1895. — *Gerhardt*: Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., Bd. I. — *Halidey*: Brit. méd. Journal, 1898. — *Hastings Gilford*: The Lancet, 1893. — *Herzog*: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1897. — *Isemer*: Zwei Fälle von Blinddarmentzündung, hervorgerufen durch Aktinomyces. Inaug.-Dissert. Greifswald, 1898. — *Jalaguier*: Presse médicale, 1897. — *Kammerer*: Annales of surgery, 1895. — *Karewsky*: Deutsche med. Wochenschrift, 1897. — *Körte*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897. — *Kümmel*: Berl. klin. Wochenschrift, 1898. — *Küster*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Krogius*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Lauenstein*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. I. — *Legueu*: De l'appendicite. Masson et Comp., Paris, 1897. — *Letulle*: La France Médicale, 1897. — *Lennander*: Wiener klin. Wochenschrift, 1895. — *Lucas-Championnière*: Bulletins et Mémoires de la Société de chir. de Paris. Nr. 11—12. — *Marwedel*: Jahresbericht der Heidelberger chir. Klinik f. 1897. - *Mayo-Robson*: Brit. méd. Journal, 1896. — *Mc. Cosh* and *Hawker*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Moizard*: Journal de médecine, chir. etc. pratiques, 1897. Nr. 8. — *Morisson Rutherford*: Centralbl. f. Chir. 1897. — *Morris*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1895. — *Monod* et *Vanverts*: Appendicite. Masson et Comp., Paris. — *Müller*: A belgyógyászat kézikönyve. Pallas, Budapest. — *Mühsam*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1899. — *Meusser*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897. — *Mühlhausen*: Berliner klin. Wochenschrift, 1899. — *Moynihan*: The Lancet, 1896. — *Piard*: Des suppurations à distance dans l'appendicite. Thèses de Paris, 1896. — *Rotter*: Ueber Perityphlitis. Karger, Berlin. — *Renvers*: Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — *Richelot*: Journal de Médecine de Paris, 1897. — *Sahli*: Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1895. — *Siredey* et *Le Roy*: La Semaine médicale, 1897. — *Sommer*: Ueber Indicationen für Operation der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Greifswald, 1899. — *Sonnenburg*: Pathologie u. Therapie der Appendicitis. Karger. Berlin. — *Stimson*: Annals of surgery, 1897. — *Strattmann*: Die Radical-Operation der recidivirenden Perityphlitis. Inaug.-Dissert., Greifswald, 1898. — *Talamon*: Appendicite et Perityphlite. Masson. Paris, 1892. — *Ullmann*: Wiener klin. Wochenschrift, 1896. — *Vollert*: Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — *Wolkovitsch*: v. Langenbeck's Archiv, Bd.LVII., H. 4.

I. Heveny féregnyúlványlob tályogképződéssel.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megbetegedés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műtéti eredmény	Megjegyzések
1.	K. Hanna	26 é. nő	I. roham 3 hó előtt	10	Incisio	Gyógyult	Féregnyúlvány nem találtatott. Sokszoros tályogok.
2.	G. Géza	21 é. f.	III. roham	14	Resectio	„	Féregnyúlvány perforált.
3.	H. Ilona	16 é. nő	I. r. 1 év előtt II. r. 7 hó „ III. r. 5 hó „	12	„	„	Féregnyúlvány perforált. Egy nagyobb tüskés és egy kisebb tetraëder alakú bélsárkő.
4.	B. Anna	24 é. nő	I. roham	16	„	„	Féregnyúlvány perforált.
5.	F. Sándor	20 é. f.	I. roham	13	Incisio	Meghalt	*Bonczolás:* subphrenikus tályog, 3 májtályog, perforatio a gyomorba, peritonitis saccata perforatióval a flex. sygmoid. Epityphlitis gangraenosa. Agytályogok.
6.	T. Tibor	3 é. f.	I. roham	11	„	Gyógyult	Féregnyúlvány nem resecáltatott. Retrococcalis és intraperitonealis tályogok.
7.	T. Antal	11 é. f.	I. roham	12	„	„	Féregnyúlvány nem találtatott. Medenczetályog.
8.	A. Salamon	46 é. f.	I. r. 6 hó előtt	28	„	„	Féregnyúlvány nem találtatott. Sokszoros intraperitonealis tályogok.
9.	F. Mari	20 é. nő	I. roham	38	Resectio. Drain a vaginán át	Meghalt	Medenczetályog. A rendkivül elhanyagolt eset sepsisben halt el.
10.	Sch. Pál	13 é. f.	I roham	27	Incisio	Gyógyult	Féregnyúlvány nem találtatott.
11.	Cs. Sándor	25 é. f.	I. roham	25	Resectio	„	Féregnyúlvány perforált. Medenczetályog. Bélsárkő.
12.	M. Sándor	36 é. f.	I. r. 7 év előtt II. r. 6 hó „ III. r. 6 hét „	12	Incisio	„	Medenczetályog. Bélsársipoly, mely önként gyógyult.
13.	W. Sarolta	16 é. nő	I. r. 1½ év előtt II. r. 3 hó előtt	?	Incisio. Ellennyilás a hátsó hüvelyboltozatban	„	Féregnyúlvány perforált. Medenczetályog.
14.	K. Lajos	18 é. f.	I. roham	6	Incisio	„	Féregnyúlvány nem resecáltatott.
15.	W. Jakab	38 é. f.	I. r. 4 hó előtt	23	Resectio	„	Féregnyúlvány két helyen majdnem teljesen stricturált.
16.	K. Róza	27 é. nő	I. r. 6 év előtt, azóta számos kisebb roham	24	„	„	Féregnyúlvány perforált. Lumbalis tályog. Bélsárkő.
17.	L. Tibor	8 é. f.	I. r. 1 év előtt II. r. 7 hó „	5	„	„	Féregnyúlvány 8 cm. hosszú. Bélsárkövek.
18.	Th. Berta	20 é. nő	I. roham	17	Incisio. Ellennyilás a lumbalis tájon	„	Féregnyúlvány-gangraena. Lumbalis tályog.

II. Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyuladással.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megbetegedés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műtéti eredmény	Megjegyzések
19.	B. Henrik	30. é. f.	I. roham	6	Incisio	Meghalt	Féregnyúlvány perforált. Az átfúródástól centraliter átjárhatlan szűkület.
20.	K. János	30. é. f.	I. roham	3	„	Gyógyult	Féregnyúlvány-gangraena. Sokszoros tályogok.
21.	S. János	30. é. f.	I. roham	8	Resectio	Meghalt	Féregnyúlvány perforált. Bélsárkő.
22.	K. Ferencz	51. é. f.	I. roham	6	„	„	Féregnyúlvány perforált.
23.	B. Kálmán	20. é. f.	I. roham	21	Incisio	„	Féregnyúlvány perforált.
24.	K. Vilma	14. é. nő	I. r. 5 év előtt, azóta számos recidiva	9	„	„	Féregnyúlvány perforált. Bélsárkő.
25.	G. Róza	20. é. nő	I. r. ½ év előtt	10	Resectio. Drain a vaginán át	„	Féregnyúlvány perforált. Medenczetályog.
26.	B. Kamill	10. é. f.	I. roham	11	Resectio	Gyógyult	Féregnyúlvány-gangraena. Bélsárkő.
27.	Sch. Lajos	24. é. f.	I. roham	8	Incisio	Meghalt	Féregnyúlvány-gangraena.

III. Idült száraz féregnyúlványlob.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megbetegedés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műtéti eredmény	Megjegyzések
28.	R. Laura	30 é. nő	III. roham	8	Resectio	Gyógyult	Hat év óta sipoly, mely többszörösen operáltatott. Féregnyúlvány perforált.
29.	B. Mór	41 é. f.	I. r. 4 év előtt, II. r. 5 hó előtt, azóta több recidiva	3	„	„	Féregnyúlvány perforált.
30.	T. Sándor	37 é. f.	V. roham	—	„	„	Féregnyúlvány 8 cm. h. Ecchymosisok.
31.	K. Hanna	27 é. nő	1 év előtt tályog miatt operáltatott, azóta II. roham	5	„	„	Féregnyúlvány perforált.
32.	Sz. Lajos dr.	49 é. f.	IV. roham	35	„	„	Féregnyúlvány perforált. Két bélsárkő.
33.	K. Péter	25 é. f.	II. roham	42	„	„	Féregnyúlványban bélsárkő.
34.	H. Imre	18 é. f.	II. roham	30	„	„	Féregnyúlvány csúcsán kifekélyesedett. Bélsárkő.
35.	H. Ferencz	15 é. f.	III. roham	8	„	„	Féregnyúlványban erosiók, ecchymosisok.
36.	P. Antal	16 é. f.	I. r. 2½ év előtt, azóta számos recidiva	16	„	„	Féregnyúlvány perforált.
27.	W. Ilona	21 é. nő	I. r. 1 év előtt, azóta számos recidiva	12	„	„	Féregnyúlvány megtört, benne ecchymosisok.
38.	L. Dénes	8 é. f.	I. r. 2 év előtt, azóta számos recidiva	45	„	„	Féregnyúlványban átjárhatlan szűkület.

Budapest, 1899. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenharmadik évfolyam. 48. szám. *Budapest, 1899. november 26.*

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:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Halász Henrik: A csecsnyújtvány trepanálása fogászati fúrógéppel egy eset kapcsán. 592. l.

Hönig Izsó: Közlemény a Kétly Károly tanár vezetése alatt álló II. sz. belgyógyászati klinikáról. A diazoreactio klinikai jelentősége. 594. l.

Kiss Gyula: A férfigonorrhoea kezelése. 596. l.

Tárcza. *Torday Ferencz*: A scrophulosis — tengeri és gyógyfürdők. 598. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Chudovszky Móricz*: Csonttörések és ficzamodások kézikönyve. 599. l. — *Összefoglaló szemle. Klug Nándor*: A fülgyógyászat újabb haladása. 599. l. — *Lapszemle. Schiödte Nicolai*: A thyreoidin használata soványitás czéljából. (K—i.) — *James Israel*: Az extraperitonealis ureterocystoneostomia és adatok az ureterek kezeléséhez. (Picker Rezső.) — Largin mint gonorrhoea elleni szer. 600. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A hygiene megbecsülése Angliában. — A m. k. belügyministerium 1900-dik évi költségvetése. — Kinevezés. — Bókay János. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum. — Hibaigazítás. — Ajánlat. — Herczel dr. — Orvosi évkönyv. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Falta dr. 601. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Gyermekgyógyászat 4. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A csecsnyújtvány trepanálása fogászati fúrógéppel egy eset kapcsán.[1]

Halász Henrik dr. orr-, gége-, fül- és szájorvostól Hódmező-Vásárhelyen.

Mióta *Schwartze* — a fülgyógyászat egyik nagy mestere — a halántékcsont csecsnyújtványának úgynevezett „radicalis műtétét“ megteremtette, a fülgyógyászat számos kiváló művelője iparkodott módosítani a műtéten és a műtét végzéséhez szükséges vésőkön és kalapácson, de lényegében mindvégig megmaradtak a véső és kalapács mellett, mint olyan eszközök mellett, melyeket a fülészek általánosan befogadtak és applikáltak a csecsnyújtvány-műtét végzésénél, noha a vésőnek nem mindig biztosan irányítható menete, megcsuszamlása által nem szándékolt sérülések ejtése, különösen a sinus transversus, vagy a canalis facialis közelében, nemkülönben a csont sclerosisánál a kalapácsütések folytán beállható végzetes complicatiok, alkalmasabb és biztosabban kézben tartható és irányítható műtéti eszközök alkotására adhadtak volna irányt. Mert bármilyen mesterien kezelje is valaki a vésőt és kalapácsot, a sinus transversus, a canalis facialis vagy a labyrinth közelében, a tölcsérszerüen szükülő vésett csatorna mélyén, midőn az említett fontos képleteket már alig mm.-nyi csontlemez vagy réteg védi még, lehetetlen a vésőt úgy kormányozni tudni, hogy az kivétel nélkül mindig biztosan elkerülje a jelzett képletek nem szándékolt kisebb-nagyobb sérülését. De mindezektől eltekintve is, a fej, illetve koponya megrázkódtatását a csecsnyújtvány felvésésekor meg szintén alig lehetséges elkerülni, ha a csont *sclerotikus*, mert gyenge kalapácsütések alatt a legélesebb véső sem hatol a csaknem kőkemény sclerotikus corticalisba, az erősebb ütések pedig a koponyaür tartalmát feltétlenül megrázkódtatják és így könnyen lethalis complicatiot idézhetünk elő általuk.

Fogászati gyakorlattal is foglalkozom és sokszor gondoltam arra, hogy a zajtalanul futó, teljes biztossággal kezelhető fogászati fúróval lehetne kisérletet tenni a csecsnyújtvány-műtétek terén, részben a műtét gyorsabb és veszélytelenebb, biztosabb végzése, részben a kalapácsütések által létrehozható complicatiok elkerülése czéljából. E gondolatom megvalósítása szempontjából részben macerált, részben friss hullából eltávolított halántékcsontokon sokszorosan végeztem a csecsnyújtvány trepanálását, a *Schwartze*-féle „radicalis“ műtétet, a lehető legszabályosabb, egyenletes, simafalú, tölcsérszerüen szükülő csatornát készítve néhány rövid percz alatt az éles fogászati fúróval; a műtéti tér áttekinthető, sehol sértő csontszilánkok és a képzelhető legkivánatosabb gyorsaság, melylyel a gyakorlott műtőkéz a műtétet néhány percz alatt veszélytelenül befejezheti. Sajnálom, hogy csak egy esetem akadt gyakorlatomban, melyben a csontokon végzett kisérleteimet az élőn is megvalósíthattam, előre jelzem a legjobb sikerrel. Vidéken kevés beteg szánja reá magát a radicalis csecsnyújtvány-műtétre — mint egyáltalában a nagyobb műtétekre —, inkább elpusztul, semhogy a kést vagy más műtőeszközt *magán* tudja, másrészt a jól felszerelt kórházak és kellő assistentia hiánya is nagyban hozzájárul ahhoz, hogy csecsnyújtvány-műtétet ritkán végezhessünk a vidéken.

Az eset egy 29 éves vidéki lakatosmesterre vonatkozik, ki 10 év óta szenved baloldali fülfolyásban, de folytonos a tarkótájra sugárzó fejfájása miatt keresett fel csupán, mert fülfolyása nem sok bajt okozott neki. Az elmult 1898. év szeptember végén keresett fel a beteg, a következő jelen állapottal: Jobb fül teljesen ép. Bal fülben nyúlós, tapadós, sárgás geny. Dobhártyából csupán a caries által megrövidült kalapács hosszú nyújtványának két oldalán lehúzódó kis szegélyszerű rész volt meg. Dobür nyálkahártyája fellazult, nedves, a promontoriumon néhány élénk vörös granulomaszerű előemelkedés. Csecsnyújtvány felett a bőr eltolható, rendes színezetű; kopogtatásnál a csont érzékeny. *Rinné* negativ, *Weber* baloldalra lateralizált; suttogó beszédet a fülbe mondva hallja. Beteg a műtétbe csak azon feltétel alatt egyezett, ha el nem altatom. *Schleich*-féle oldattal végezve az érzéstelenitést a csecsnyújtvány környékén, a hajzat előzetes leborotválása és a kivánatos desinfectio elvégzése után, a megdöntött, vízszintes irányhoz közel hozott fogászati széken megkezdettem a műtétet. A fültő mögött 1 cm.-nyire a fülkagyló hátsó domború görbületével párhuzamos 6 cm.-nyi, a csontig hatoló, a linea temporalison kezdődő, a csecsnyújtvány csúcsáig terjedő metszést tettem és a sebszéleket a vérzés csillapítása után az önműködő rugós kettős horoggal széttárva tartattam. Majd raspatoriummal a csonthártyát elégséges terjedelemben visszatoltam. A csecsnyújtvány corticalis része borsónyi területen sötétesen elszínesedett, de fel nem puhult.

Most a sterilizáló folyadékból kivett nagy, éles fogászati gömbfúróval — melyet segédem hozott mozgásba — megkezdettem az elszínesedett csont helyén a fúrást, illetve a csatornakészítést. Játszi könnyedséggel szelte a csontot az éles fúró, a

[1] Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók XXX. vándorgyülésén Szabadkán.

melyet a legtökéletesebb biztossággal irányíthattam, kormányozhattam. A tölcsért kivülről, hátulról, be- és lefelé képeztem, illetve mélyítettem, miközben az 1—1½ millimeter corticalis réteg után következő celullákból sárgás, folyékony geny ürült. Midőn a corticalistól számított ½—¾ centimeternyire haladtam a gömbfúróval, irrigatorból bocsátott sublimatfolyadéksugárral kimostam a fúró által képezett finom csontporral vegyült genyet. Majd a képzett üreg oldal felé tágítása és mélyítése végett hosszú, úgynevezett „*Querhieb*"-fúrót — harántul rovátkolt — tettem a gépbe és azzal haladtam előre befelé a kissé felpuhult cellulák között, mindaddig, míg ismét kemény, ellenállóbb csontrészre nem akadtam, honnan már geny nem ürült. A hangvezető hátsó, felső falát, annak cariosus volta és a dobüreggel való communicatio létrehozása végett, eltávolítottam és a sebet irrigatorral alaposan kimostam. Műtét közben a sinust könnyedén elkerülhettem, mert úgyszólván *áttünt kékesen* a fedő csontréteg alól. Beteg a műtét alatt ismételt felszólításomra, hogy fájdalmat érez-e a fúrás alatt, tagadólag intett. A cariosus kalapács eltávolítása után — melyre a beteg élénk szisszenéssel reagált —, tekintve, hogy a felpuhult csontrészek eltávolíttattak és geny többé nem ürült a cellulákból, a műtétet befejeztem olyan módon, hogy a sebüreget jodoformgaze-zel kitömtem és a sebet nehány öltéssel szükítettem annyira, hogy a tamponálást akadálytalanul ismételhessem. Beteg a műtét után kissé kimerülve dőlt a pamlagra, hol másfél órán át pihent, miközben előadta, hogy az egész műtét alatt csak egyszer érzett számbavehető éles fájdalmat (a kalapács eltávolításakor), egyébként jól érzi magát, sőt néha a fúrás jól esett (?) neki! E kijelentése, bár különösnek látszik is, valószinüséggel birhat, analog lehet némely fogbeteg ama sajátszerü jól eső érzésével, melyet a cariosus fog fúrása, tisztítása közben határozottan kellemesnek, *jól esőnek* állít. A beteg még egy órai pihenés után, szolgámtól támogatva, lassú lépésben bérkocsin szállására hajtatott.

Esti hőmérsék 38. Éjjel jól aludt. Reggeli hőmérsék 37·7. Feje, tarkó tája nem fáj, jól érzi magát. Eme csaknem normalisnak mondható hőmérsék menete 7 napon át tartott, mikor egy meg nem engedett erősebb étkezés után este 39-re szökött fel a hő; éjjel nyugtalanság, de reggel felé jól eső álom fogta el. Reggeli hőmérsék 37·6. A sebfelület a jodoformkötés alatt szépen granulált, geny a műtét utáni harmadnapra a hangvezetőben már nem jelentkezett; harmadnaponként változtatott kötés mellett 39 nap alatt a műtétet csupán a fültő mögötti még pirosas hegvonal jelezte. Fülből a kifolyás teljesen megszünt, dobür nyákhártyája rózsaszínü, nem nedves. Csont nyomásra, ütésre nem érzékeny, suttogó hangot 1 meternyire hall. Az egész műtét 25 perczet vett igénybe, és úgyszólván egyedül végeztem azt, csupán a fogászati fúrógép mozgásban tartására kellett egy segéd. Minő különbség a véső és kalapács, meg a fogászati fúróval végezhető műtét között, úgy *biztosság, gyorsaság,* mint *veszélytelenség* és *siker* tekintetében!

De lássuk csak közelebbről és részleteiben a véső és kalapácscsal való műtéti eljárás esélyeit, szemben a fogászati fúrógép esélyeivel.

Veszélyesebb a vésővel való műtét, mert a leggyakorlottabb kéz sem tudja kiszámítani a kalapács által a vésőre ütésközben, reá ruházott erőt, főleg a labyrinth, *Fallop*-csatorna vagy a sinus közvetlen közelében, ha azokat, mint említve volt, csupán ½ vagy 1 millimeternyi csontréteg fedi még. A fogászati fúróval teljes biztonsággal eltávolíthatók még fél—negyed millimeternyi csontrészek is, mit a fogászok a pulpa feletti dentinréteg eltávolításánál a pulpa megsértése nélkül minden nap észlelnek és végeznek, szóval, a fogászati fúróval teljesen kivihető óvatossággal haladhatok a fontos dobüri képletek szomszédságában s ha concedálom is azt a lehetőséget, hogy a *fúrógép vezetésében még nem eléggé gyakorlott mütő megnyithatja a sinust,* a kicsiny gömbfúróval csak arrodált rést ejthet azon, mi könnyen tamponálható és egyéb sérülést is csak jelentékenyen kisebb mértékben ejthet, mint a könnyen megcsuszamló vésővel; de *gyakorlott kezü mütőnél,* ki tisztában van a fül anatomiája és pathologiájával és már *jól kezeli a fúrót, lehetetlennek* tartom a legkisebb nem szándékolt sérülést is!

Osteosclerosisnál, bármennyire elővigyázók legyünk, a legélesebb vésők lehető sürü változtatása mellett is, sokszor nem kerülhetjük el a koponyaüreg megrázkódtatását, a mely körülmény pedig a legtöbb esetben végzetessé válhat vagy egy felületesen fekvő kis agyi tályognak az áttörése folytán *(Bergmann, Jansen, Haug),* vagy a légző központ rögtön beálló hüdése folytán *(Macewen),* vagy sinus phlebitisnél emboliák képződése által *(Brieger jun.)* és a *Körner* által közölt esetben észlelt koponyaüri complicatio nélkül fellépett collapsus által.

A zajtalanul járó, főleg villamos motor által hajtott fogászati fúrógépnél e complicatiok teljesen ki vannak zárva, mert ha a perczenként 300—400 fordulatot végező fúró át is ad a koponyának bizonyos erejü ütődéseket, azok a gyorsaság folytán, melylyel egymásra következnek, úgyszólván elenyésznek, és nem mint ütés fogatnak fel a szilárd vázú koponya által, hanem mint tompa súrlódás.

Fordul elő eset, hogy a *durát* és sinust fedő szuvas csont is eltávolíttatik — illetve a dura és sinus sértetlenül szabaddá tétetik —, ilyenkor komolyabb veszedelmet csak a véső által lerepesztett éles, hegyes csontszilánkok idézhetnek elő, melyeknek idejében való eltávolítása sokszor a legügyesebb műtőnek sem sikerül, mielőtt azok sértettek volna, mert lepattanásuk közben sértenek, másrészt kivánatos, hogy a csonttölcsér belső, a szabaddá tett durát és sinust érintő érdes, hegyes szélei símává, egyenletessé csiszoltassanak, nehogy a sinust sértsék. A ki nehányszor megkisérlette ezt az áldatlan nehéz munkát ama fontos képletek szomszédságában vésővel vagy más eszközzel végezni, illetve befejezni, az nem fogja eléggé megbecsülni tudni a fogászati fúró-gépet, melynek a végrészébe illeszthető síma gömbalakú korund vagy egyéb sima kővel milyen könnyen, veszély nélkül simíthatja, csiszolhatja le a csonttölcsér egyenetlen belső széli részeit.

További előnye a fúrógépnek a véső felett az is, hogy *csontszilánkokat* nem képez, nem repeszt éles törmeléket, csupán finomra örölt, nem sértő csontlisztet, puha törmeléket, melyet az irrigatorból kibocsátott antiseptikus folyadéksugár nyom nélkül magával sodor.

Nem megvetendő előnye a fogászati fúrógéppel végzett műtétnek a *gyorsaság,* melylyel a műtét vele végezhető. A gyakorlott mütő is 1—2—3 órát vés, kalapál, míg az anthrum mélyébe vagy a dobürig juthat, minden kalapácsütésnél aggódva a vésőnek, különösen a fontosabb képletek közelében, teljes bizonyossággal ki nem számítható, nem uralható megcsúszása, kisiklása miatt Addig a fogászati fúrógép, főleg ha villamos motor hajtja azt, néhány percz alatt (15—25 percz) feltárja a corticalis rétegtől az anthrumig és dobüregig terjedő részt a nélkül, hogy a kalapácsütések által kiváltható complicatioktól való félelem aggasztana, vagy a vésőnek esetleges kisiklása rémítgetne. Az éles fogászati fúró — melyet, hogy *müködése közben át ne hevüljön, időnkint leemelünk a csontról* — játszi könnyedséggel vájja bele aczélbordáit és léczeit a csontba s mindenütt a legsimább, csiszolt felületet hagyva maga után, halad a legkivánatosabb gyorsasággal és egyenletességgel a biztos tartású kéz irányítása mellett.

Kicsiny közleményem jelen passusának megirása közben értesülök egyik berlini fülész orvosbarátomtól, kinek érdekes themámról nemrégen irtam, miszerint a csecsnyújtványnak fogászati fúrógéppel való trepanálása nem új eszme, mert *Barr* 1896-ban ajánlotta már, hogy az anthrum mastoideum megnyitásához, valamint az úgynevezett „radical" operatiohoz és a koponyaüreg megnyitásához ne vésőt és kalapácsot használjunk többé, hanem a *Macewen* által ajánlott fogászati fúrógép végrészébe illesztendő kemény és éles bordájú *gömbfúrót. Barr* szerint helyes használat mellett lehetetlen a fogászati fúróval még az úgynevezett „veszélyes" halántékcsontoknál is nem czélzott sérülést ejteni, mert a fúró sima, csaknem polirozott sebfelületet hoz létre, melyen áttünnek a csecscellulák és a kimélendő egyéb fontos részei a halántékcsontnak.

Nem kis örömmel olvastam a hírt, hogy előttem mások is — tudtomon kivül — ugyanazon eszközt találták alkalmasnak a csecsnyújtvány-mütétek végzésére s főleg azért fogadtam örömmel e hírt, mert megerősítést nyer *Macewen* és *Barr* véleményében ama tőlük egészen függetlenül támadt *hitem,* hogy a *fogá-*

szati fúrógép a csecsnyújtvány-mütétek terén nem közönséges reformot van hivatva teremteni a mütét *veszélytelensége* és *gyors véghezvitele* tekintetében. Csodálni csupán azt tudom, hogy *Macewen* és *Barr* eme hasznos, eredményében messze kiható újítását a fülgyógyászok még nem követték, legalább én nem olvastam róluk! Vajjon mi lehet eme körülménynek az oka? Az e talán, hogy a fogászati fúrógép kezelése, főleg, ha a mütő maga hajtja, illetve hozza és tartja működésben, kezdetben nehézkes müvelet? Nem hinném. Mert a ki kellő fáradságot vesz magának, a gépet hamar megtanulja hajtani és kormányozni, valamint a fúrót biztosan irányítani, bár manapság már eltekinthetünk a hajtás okozta nehézségtől, mert a *villamos motor* által hajtott gépek már mindenütt kaphatók. Ki tudja, talán nem is adtak hitelt *Barr* és *Macewen* állításainak? Az sem hihető, hogy ez okból nem akadt volna, ki a kisérleteket követte volna; de sokkal inkább valószinü, hogy a minden téren létesülő, nem mindig jónak, czélszerünek bizonyuló újításoktól való *idegenkedés lesz az*, mely a fülgyógyászokat a véső és kalapácshoz köti továbbra is. Annyival is inkább, mert kitünt, hogy a fogászati fúróval végzett radicalis mütét gondolata nem a sajátom csupán — *bár másoktól függetlenül jöttem reá* —, tehát nemcsak a magam, de *Barr* és *Macewen* kisérletei, illetve esetei nyomán is állíthatom, hogy hamarjában a sebészeti technikában egy különben nehéz és veszélyes mütét végzésére alkalmasabb eszköz sem alkotva, sem applikálva nem lett. A ki *begyakorolta* macerált csontokon vagy hullán a csecsnyújtvány-mütéteket fogászati fúróval végezni, *meggyőződésem, hogy nem fog többé e mütét végzése czéljából vésőhöz és kalapácshoz nyúlni*, legfeljebb csak az esetben, *ha fogászati fúrógép nem áll majd rendelkezésére.*

A fogászati fúrót a csecsnyújtvány-mütéteken kivül még egy másik, súlyos természetü mütevés czéljából nehezen hozzáférhető fülbántalomnál is felette alkalmasnak és hasznavehetőnek tartanám. Ez a bántalom a hangvezetőben képződött *exostosis* és esetleg a *hangvezető atresiája.*

Tudjuk, hogy az exostosis eltávolítása nem a legkönnyebb mütét, tekintve, hogy szük területen, a hangvezetőben, esetleg annak a mélyén, vésővel kell dolgozni, melylyel bizony csak lassan és nehézkesen haladhat a mütét, akár darabonként vessük le az exostosist, akár in toto távolítsuk azt el; de meg éppen nem veszélytelen, részben mert sokszor idült genyes otitis mediával kapcsolatban áll fenn exostosis, mikor annak a vésésével járó koponyamegrázkódtatás hozhat veszélyt, részben pedig a vésőnek a síma exostosisról történhető lesiklása sértheti a dobüreget. A fogászati fúróval az egész hangvezető üregébe emelkedő bármily kemény exostosist könnyen el lehetne távolítani az éles fogazatú, a csontba beékelődő, a kisiklást kizáró úgynevezett „*querhieb*“ fúróval, melylyel az exostosist az alapjától választanók le. Éppen olyan alkalmasnak vélem a hangvezető csontos atresiájának megszüntetésére is a fogászati fúrót.

Esetem sikere és számtalan halántékcsonton végzett kisérletem, *Macewen* és *Barr* korábbi sikerei, kivánatos, hogy a fülgyógyászok figyelmét emez újabb, sok hasznot igérő mütéti eszközre irányítsák, egyelőre talán csak kisérletezés czéljából, de *meg vagyok győződve*, hogy az első néhány hullán végzett kisérlet, illetve csecsnyújtványmütét a fogászati fúróval *azt állandósítani fogja a fülészeti eszköztárban.* Ne legyünk kishitüek és ne higyjük, hogy a vésőtől és kalapácstól a fogászati fúrógépig jutva, az dehonestáló lenne a mütőre avagy a mütétre, mert a *czél szentesíti az eszközt. Tanuljuk meg a fogászati fúrógép vezetését, kézben tartását, és kis fáradságunk böven kárpótolva lesz.*

Közlemény a Kétly Károly tanár vezetése alatt álló II. sz. belgyógyászati klinikáról.

A diazoreactio klinikai jelentősége.

Hönig Izsó dr. klinikai gyakornoktól.

Ehrlich[11] vezette be először az orvostudományba a diazotestek ama már régóta ismert tulajdonságát, hogy számos különböző chemiai anyaggal, főkép phenol- és amin-vegyületekkel színreactiot idéznek elő. Abból kiindulva, hogy az emberi se- és excretumokban bizonyára jelen vannak bizonyos körülmények között oly anyagok, melyek a diazovegyületekkel színreactiot képeznek: vizsgálat alá vette első sorban a lázas vizeleteket és itt arra a meglepő eredményre jutott, hogy főkép typhusos betegek vizeletében a diazovegyületekkel egy vörös festőanyag áll elő. Vizsgálataihoz a következő két oldatot használta:

A)	Acidum sulfanilicum . . .	*5·0*
	„ hydrochlor. conc. .	*50·0*
	Aqua dest.	*1000·0*
B)	Natrium nitrosum	*1·0*
	Aqua dest.	*200·0*

E két oldatból a ható reagenst, a diazobensolsulfosavat úgy állította elő, hogy az *A)* oldatból 250 cm³-t összeöntött 5 cm³ *B)* oldattal. Az igy készült reagens 4—5 cm³-ét egyenlő mennyiségü vizelettel összehozva, sárgaszinü keveréket kapott, a mit *primaer színváltozásnak* nevez, ehhez most fölös mennyiségü *ammonia pura liquida*-oldatot hozzáadva, positiv eseteknél a folyadéknak sárgás-vöröstől egész biborpiros elszineződése mellett a felrázott hab rózsaszinü lett és ez a *secundaer színváltozás* (normalis vizelet legfeljebb sötétebb narancssárgaszinüvé lesz); hosszabb (12—24 órai) állás után a vörös folyadék elszintelenedése mellett az eprouvetta fenekére egy eleinte szenyesszürkés, majd határozottan zöldes csapadék rakódott le *(tertiaer színváltozás)*. A positiv reactionak tehát három kriteriuma van: a vörösszinü folyadék, a rózsaszinü hab és a zöld csapadék. A reactio kivitelének számos módositása közül csak a *Sahli-Wolf*[30] által ajánlott egyszerü eljárást említjük fel; t. i. 3—4 cm³ vizelethez *1 cseppet* a natrium nitrosum-oldatból adva, az egészet egyenlő mennyiségü sulfanilsavoldattal rázzuk össze, ehhez most fölös ammoniat öntve, positiv eseteknél a reactio szépen előáll. Ezen eljárás szerint tehát egyrészt a mérőedények szüksége elesik, másrészt a túlsok natrium nitrosum, valamennyi hibás kisérleti eredmény kútforrása, biztosan el van kerülve; ennélfogva gyakorlati czélokra eléggé megbizható ezen eljárás és gyors tájékoztatás czéljából mi is ismételten alkalmaztuk.

A legellentétesebb leletek egész sorát találjuk az egyes szerzők későbbi közléseiben feljegyezve, a minek oka kétségkivül a reactio technikájának nem egészen szabatos körülirásában rejlik. A mint láttuk ugyanis, a két oldatból előállított reagenst hozzávetőleg egyforma mennyiségü vizelettel összeöntve, meg nem határozott, egyszer több, másszor kevesebb ammoniakkal (a túltelités t. i. igen tág fogalom) rázták össze, pedig összehasonlító vizsgálatokkal kimutatható, hogy e három faktor (vizelet, reagens, ammonia) bármelyikének különböző mennyiségben történő alkalmazása szerint az eredmény néha a reactio positiv vagy negativ volta között ingadozhatik. Ily tág határok között váltakozó megitélés elkerülhető ugyan, ha szorosan a fent leirt, főkép pedig ha a *Sahli-Wolf* ajánlotta módositás szerint végezzük a reactiot; de a reactio *intensitásának megállapításában*, különösen pedig egyik napról a másikra való *összehasonlításában* egyáltalában nem ad kielégitő eredményt. E kettős czél elérésére a következő eljárást alkalmaztuk vizsgálatainknál: 25 cm³ szürt vizeletet 5 cm³ ammonia pura liquida-val összerázva, az I. sz. burettába öntöttem. A frissen készült reagens (50 cm³ *A* oldat + 1 cm³ *B* oldat) került a II. sz. burettába, a melynek skáláján a folyadékoszlop felső határát pontosan megjegyeztem. Ezután az I. sz. burettából egy rázóhengerbe vagy eprouvettába bocsátottunk pontosan 5 cm³ vizelet-ammonia-keveréket és ehhez cseppenként bocsátottunk a II-dik burettában levő reagensből egy keveset. Gyakran, ha a reactio igen intensiv, már az első egynehány cseppre ott, a hol a reagens a vizeletet éri, vörös szineződés áll be, a mely szin azonban felrázás után esetleg még eltünik. Beállottnak csak akkor mondjuk a reactiot, ha a *folyadék összerázás után is megtartja a vörös szint és a felette levő hab kifejezetten rózsaszinü.* Ezen határ elérésére szükséges reagens mennyisége a skálán cm³-ekben leolvasható és ez egyszersmind a reactio intensitásának is a mértéke, mert *minél intensivebb reactiora van kilátásunk, annál kevesebb reagensre lesz szükségünk*, hogy a jelzett határküszöböt elérjük. E tétel vice versa is áll. A legkisebb reagens-quantum, melylyel a reactiot előidézni sikerült, 0·5 cm³ volt (l. VII. eset), a maximumot illetőleg pedig azt tapasztaltam, hogy ha a reactio a vizelet-keverékkel egyenlő mennyiségü (tehát kisérleteinknél mindig 5 cm³) reagens hozzáadására nem állott elő, úgy az legtöbbször

egyáltalában nem volt kimutatható az illető vizeletben. Ezért a leggyengébb intensitású reactio kifejezője a mi eseteinkben az 5 cm³-nyi reagensszükséglet lesz.

Ezen eljárással tehát, a mely az eddig gyakorolt qualitativ kimutatásokkal szemben a *diazoreactio quantitativ módszerének* nevezhető, összehasonlító vizsgálatokra eléggé pontos adatok nyerhetők.*

A diazoreactio harmadik criteriumát, a *zöld csapadékot* illetőleg hangsúlyozni akarom, hogy kifejezett sötétszürke vagy zöld csapadékot csak akkor kaptunk, ha mindjárt qualitativ *(Sahli-Wolf)*[30] reactiot végeztünk, vagy pedig a quantitativ reactionál nem állottunk meg a reactio küszöbén, hanem a kelleténél több reagenst juttattunk a vizelethez, legszebben pedig itt is akkor képződött a sötét csapadék, ha a vizeletkeveréket egyenlő mennyiségű reagenssel összekeverve tettük el 12—24 órára. Ez úgy látszik, a mellett szól, hogy a sötét csapadék létrejöttéhez a vizeletet saturálni kell a reagenssel, mert ha csak a reactio beálltához okvetlen szükséges reagensmennyiséggel állítjuk félre a vizeletet, úgy csak egy világos szenyessárga csapadék képződik.

Még egy fontos tény, mely esetleg differential-diagnosis szempontjából számba jöhet, említendő e helyen. *Wolf*[30] azon észleletét, hogy tuberculosisnál, habár egészen positiv volt a reactio, a zöldszínű csapadék képződése kimarad, az én vizsgálataim is megerősítik. Míg a typhusnál végzett positiv reactiok mindig kifejezett sötétszürke vagy zöld csapadékot adtak, addig a tuberculosisnál még az említett kautelák szem előtt tartása mellett is csak többé-kevésbbé intensiv csapadék állott elő, *Wolf* vizsgálataiból könnyen érthető okból. Ő ugyanis azt tapasztalván, hogy a csapadék zöld részében főkép húgysavas ammoniából álló kévé-, súlyzó- vagy buzogányalakú kristályok láthatók a górcső alatt, ellenben a sárga részében leginkább trippelphosphat-jegeczek, arra a következtetésre jut, hogy az ezideig még ismeretlen festőanyag, mely a diazoreactio alkalmával képződik, csupán az urat-kristályokat képes zöldre festeni, de nem a phosphatokat és így érthető, hogy miért lép fel typhusnál, a hol a vizelet bővelkedik uratokban, minden esetben zöld csapadék, és miért marad ki tuberculosisnál oly gyakran a csapadék zöldre festődése és tényleg ily esetekben, feltéve hogy a reactio biztosan positiv volt, urea puranak a vizelethez való hozzáadására sikerült a zöld csapadékot létrehozni.

Miután előttem már számos szerző, így csak legújabban is főkép *Krokiewitz*,[19] *Clemens*,[7] *Wolf*[30] és *Michaelis*[21] részletesen felsorolták mindazon lázas és láztalan betegségeket, a melyeknél a diazoreactiot ki lehet mutatni, felmentve érzem magam ezen adatok ismételt felsorolása, illetőleg utánvizsgálása alól annál is inkább, mert kisérleteim czéljául amúgy is csakis ama kérdést tűztem ki, hogy minő jelentősége van a diazoreactionak typhus abdominalisnál és minő következtetések vonhatók le ezen betegségre vonatkozólag a diazoreactio quantitativ vizsgálatából.

Typhus abdominalis eseteitől eltekintve, tuberculosis pulmonum három esetében is vizsgálat alá vettem a vizeletet ez irányban és azon következtetések, melyeket ennek alapján levonhatunk, azok sorához indít csatlakozni, a kik nem oly csalhatatlanul rossz prognostikont tulajdonítanak e reactionak, a mint ezt újabban *Michaelis*[21] hangoztatta, a ki egyenesen kimondja, hogy a phthisikusok legnagyobb része, a kiknél a diazoreactio positiv, még csekély klinikai lelet esetén is, fél éven belül biztosan exitál. Alkalmunk volt azonban a klinikán hosszabb ideig fekvő három tuberculotikus betegen huzamos időn keresztül a diazoreactio jelenlétét beigazolni a nélkül, hogy a betegség rohamos progrediálását konstatálhattuk volna. Ezek közül az egyik a diazoreactio kimutatása után körülbelül 6 hó mulva halt meg (ámbár meglehet, hogy már első izben történt megvizsgálása előtt is, tehát 6 hónál régibb idő óta volt nála positiv a diazoreactio, de előbb nem történt erre vonatkozólag vizsgálat), a másik azonban 9 hónap mulva hagyta el javult állapotban a kórodánkat, a harmadik pedig értesülésünk szerint máig is él, habár már majdnem 1 év mult el a diazoreactio konstatálása óta. Egyéb hasonló esetre, messze esvén tulajdonképeni vizsgálataim czéljától, nem terjedt a figyelmem és most áttérek azon typhusos esetekre, a melyeknél a diazoreactiot a quantitativ módszer szerint megfigyeltem.

Klinikánkon a lefolyt 1898/99-diki tanévben október hó óta 23 beteget kezeltünk typhus abdominalis diagnosissal. Valamennyi esetnél úgy a klinikus tünetek, mint a lefolyás és a majd minden esetben végzett *Gruber-Widal*-féle reactio biztosította a diagnosisunkat. 1—2 eset kivételével minden esetben végeztem a diazoreactiot, de csak 12 esetnél a quantitativ, a többinél pedig csupán a qualitativ eljárással, és *Gerhardt*,[13] *Krokiewitz*[19] és sok más

* *Seng*[33] az eddig használt két oldatból előállított reagens helyett egy már készen levő és jól eltartható diazotesttel, a paranitro-diazobensolsulfattal végezte a reactiot. Csak dolgozatom befejezése után jelezvén felfedezését, már nem kisérletezhettem ezen anyaggal. Ha ez az anyag tényleg beválnék, úgy ez a diazoreactio technikáját lényegesen egyszerüsíteni fogja, mert a két oldatnak pontos mérés útján való elegyítése elesik és mindjárt a kész reagens kerül a II. számú burettába.

I. táblázat.

Nap	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Eset				—*		†										○																									
I.			0	0	0	+	1·5	1·5	1·5	2·5	4·0	—	—	—	—	—																									
II.									+	1·5	1·7	† 1·5	1·7	2·5	3·8	3·5	4·0	4·5	○ —																							
III.								0	+	—* 0·8	1·5	2·0	2·0	3·0	4·0	4·2	4·0	4·0	4·5	4·5	4·5	5·0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	○ —			
IV.			+	1·2	1·5	1·5	1·5	2·5	3·0	○ —																														
V.									+	2·0	1·5	2·0	2·5	2·2	3·0	○ —	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	⊕ —	2·0	2·0	1·0	1·5	2·5	2·0	2·5	
VI.	0	0	0	† 0	0	0	0	0	0	0	2·5	3·0	4·5	—	—	—	—	—	—	○ —																					
VII.									+	0·5	† 0·5	1·8	3·0	2·0	2·5	3·0	3·5	4·0	4·5	3·5	3·0	3·0	4·5	4·0	4·0	4·0	—	—	—	—	—	—	—	—	○ —						
VIII.	0	0	0	0	0	1·5	2·0	○ 2·5	† 3·0	4·0	—	—	—	(5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	utóláz 5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0	5·0)			
																													c h i n a				d e c o c t u m							
IX.			+	4·0	3·5	3·0	4·0	○ —	—																														
X.				+	1·5	1·5	2·0	2·5	2·0	2·0	2·5	2·0	2·0	2·0	0	0	3·0	3·5	3·5	4·0	4·0	4·0	4·0	4·0	4·0	4·0	4·0	4·0	chinin 2·0	2·0	2·5	3·5	3·5	3·5	4·0	4·0	chinin 1·5	2·0	2·0	○ (4·0 | 5·0 | 5·0 | 5·0 | 5·0)
XI.		+	2·5	2·0	2·0	2·5	3·0	4·0	† 4·0	4·0	5·0	—	—	—	—	—	○ —																								
XII.	3·5	2·5	3·0	—* 2·5	2·5	0	3·5	—* 4·0	4·0	4·0	3·0	0	3·0	3·0	3·5	○ 4·0	0	5·0	5·0	—																				

A számok a quantitativ diazoreactio intensitás fokát cm³-ekben fejezik ki. A zárójelben lévő számok a pseudo-diazoreactio fokát jelzik. + = a qualitativ diazoreactio positiv; — = a diazoreactio negativ; † = Gruber-Widal-reactio positiv; —* = Gruber-Widal-reactio negativ; 0 = diazoreactio-vizsgálat nem történt; ○ = első láztalan nap; ⊕ = recidiva.

szerzővel egy értelemben én is az esetek 100%-ánál, tehát valamennyinél positive ki tudtam mutatni a jelenlétét.

Mielőtt észlelt eseteink alapján a diazoreactio legfontosabb vizsgálati eredményeit összefoglalnók, előbb az egyes eseteknél talált intensitási fokokat és azoknak a lázas napokhoz való viszonyát a következő táblázatba csoportositom könnyebb áttekinthetőség czéljából. (Lásd az I. táblázatot.)

A pontosan észlelt 12 eset részletes ismertetésétől e helyen el kell tekintenem, azért a vizsgálat menetét csak az I. eset kapcsán fogom jelezni, a többi esetre vonatkozólag pedig csak a megértésre legszükségesebbek elmondására szorítkozom.

I. eset. B. P. 27 éves kömives betegségének 8-dik napján jött a klinikára; a következő napon a *Gruber-Widal*-reactio még negativ volt, de két nap mulva megismételve, positiv. Ugyanezen napon vizsgáltuk meg nála először a vizeletet a diazoreactiora a qualitativ eljárás szerint; ez igen élénken sikerülvén, a vizsgálatot másnaptól kezdve a quantitativ módszerrel napról napra megismételtük. Az eredményeket a II. táblázat tünteti fel.

II. táblázat.

Datum	A betegség lányadik napja	A vizelet fajsúlya	A vizelet mennyisége cm³-ekben	A diazoreactio intensitása cm³-ekben	A hőmérsék maximuma
XI/2.	12	1025	1070	*1·5*	39·8⁰
3.	13	1025	1150	*1·5*	39·9⁰
4.	14	1024	1200	*1·5*	39·5⁰
5.	15	1020	1250	*2·5*	39·1⁰
6.	16	1020	1170	*4·0*	38·8⁰
7.	17	1025	1500	—	38·1⁰

A jelen esetben tehát a diazoreactio a XII. naptól kezdve három napon át a lázmenet csekély ingadozásait nem követve egyforma intensitással, 1·5 cm³ reagenstől előidézve, mutatkozott, majd fokozatosan alábbhagyva, a XVII. naptól fogva kimaradt, 4 nappal előzvén meg ez által a láztalanság* bekövetkeztét. A diazoreactio ezután is a naponként folytatott vizsgálatok alkalmával állandóan negativ maradt.

II. eset. J. J. 22 éves, napszámos; betegségének XIV. napján került a kórodára; a diazoreactiora csak a XV. naptól kezdve történt quantitativ vizsgálat.

III. eset. P. Gy. 25 éves, fodrász; a XIII. napon jött a klinikára; a diazoreactio megszünte teljes két héttel előzte meg a láztalanság bekövetkeztét. Az elhúzódó láz oka valószinűleg az, hogy a kissé renitens természetű beteg a legszigorúbb tilalom és ellenőrzés daczára tiltott dolgokat evett, a mint erről egy alkalommal meggyőződnünk alkalmunk volt.

IV. eset. Sz. J. 22 éves, kocsis, könnyű lefolyású typhus-eset volt.

V. eset. K. S. 18 éves, inas. Igen érdekes eset, a mennyiben ennek folyamán volt alkalmunk megfigyelni a reactio viselkedését *recidiva* esetén. A betegség XXIV. napján ugyanis teljesen megszünt a láz, miután a reactio már három nappal előbb kimaradt és az ez után végzett vizsgálatoknál is állandóan negativ maradt a reactio, midőn egyszerre a XXXVII. napon újra láz lépett fel, és két nappal később a reactio is újra positiv lett és tényleg tökéletes recidiva fejlődött ki, a mely a XLVI. napon lefolyt. Azonban a diazoreactio tovább is kimutatható maradt, noha kisebb intensitásban (4·0—5·0 cm³ között ingadozva) és a jellemző zöld csapadék képződése nélkül. Midőn ennek okát kutattuk, figyelmünk a betegnek rendelt *rheum*-porokra irányult és tényleg későbbi vizsgálataink beigazolták, hogy a rheumnak, illetve egyik alkatrészének, a chrysophansavnak a vizeletben való kiválasztása képes egy ú. n. *pseudoreactiot* előidézni.

(Folytatása következik.)

A férfigonorrhoea kezelése.

Közli: *Kiss Gyula* dr.

(Folytatás.)

Ha a gonococcusölő szerek alkalmazása mellett jó eredményeket érnek el, ez csak azt bizonyíthatja, hogy ez a gyógykezelésnek egyik alkalmas módja. Csakhogy jó eredményeket látni más módszereknél is. Fényes statistikái vannak pl. a *Janet* módszerével kezelt eseteknek. De jó eredményeket látunk a legkülönfélébb kezelésmódoknál. Mi bizonyítja tehát, hogy a gonococcusölő szerek egyedül alkalmasak?

* Megjegyzem, hogy láztalannak veszem azt a napot, a melyen a hőmérsék 37·4⁰ C. fölé nem emelkedik.

Statistikák ellenében felhozhatunk más statistikákat. Nehezebb az érvelés *Neisser* ellenében, midőn ő két évtizedre visszamenő tapasztalataira hivatkozik és azt állítja, hogy a gonococcusölő szerek használata mellett a complicatioktól legjobban védjük meg a beteget. De *Neisser* ezen kijelentésének súlyát is lehet gyengíteni. Mindjárt hivatkozhatunk arra, hogy a complicatiok létrejövetele általános káros hatányok, egyéni dispositio és a virus virulentiájának fokától is függ és bármilyen czélszerü a localis kezelés, a complicatiok létrejöhetnek, és létre is jönnek. Másrészt könnyen belátható az, hogy a mely eljárás a gyógyulást elősegíti, az a complicatiok létrejövetelére alkalmas időszakot megrövidíti. A mi e szerint gyorsan gyógyít, az jó módszer, még ha nem is gonococcusölő szerek tulajdonságaira van alapítva.

Van azonban egy jelenség, melyre *Neisser* után súlyt szoktak helyezni, és a melylyel a gonococcusölő szerek értékes voltát első sorban szokták bizonyítani, ez az, hogy a gonococcusölő szerek alkalmazása mellett a gonococcus állítólag a váladékból leghamarabb tünik fel.

Csakhogy *Lohnstein* és *Jadassohn* is figyelmeztetnek, hogy a gonococcus rövid időre gyakran eltünik a váladékból, azután újból mutatkozik. Tehát a gonococcus eltünése nem megbizható kriterium. Ép úgy van óvatosságra szükség, a midőn a gonococcus számának kevesbedéséből a gyógyulás előhaladására következtetünk.

A gonococcus eltünését vagy a gonococcusok számának kevesbedését kedvező jelnek szokták tekinteni. Kétségkivül kedvező jel volna ez akkor, ha localis kezelés nem végeztetnék. De a meddig localis kezelés végeztetik, soha sem határozhatjuk meg azt, hogy a gonococcus eltünése, vagy számának gyérülése gyógyulás jele-e, vagy pedig a *helyi beavatkozás egyszerű következménye*. Mivel fontosnak tartottam, hogy ez irányban felvilágositást nyerjek, *Török* magántanár úr kórházi osztályán a gonorrhoeásoknál megfigyeltem a gonococcus viselkedését oly kezelésmódok mellett, melyeknél gonococcusölő szerek nem használtattak.

Steril vízzel végzett egyszerü vagy prolongált injectiok után a gonococcusok számában néha gyors gyérülést észleltem.

Feltünő volt a steril vízzel végzett *irrigatio* hatása.

Megtörtént ugyanis, hogy midőn erősebb fokú gonorrhoeánál napjában 1—2-szer steril vízzel végeztem irrigatiokat, a gonococcus az első irrigatiotól kezdve a váladékban nem volt kimutatható. A genyedés azonban nem szünt meg, a lob nem szállt alá. Ha az irrigatiokat egyszerü befecskendezésekkel helyettesítettem, a gonococcus — sokszor ugyan csak egy-két nap mulva és bár kisebb számban — újra megjelent a váladékban.

Máskor ugyanezt a kezelést végeztem csekély fokú lobos tünetek mellett és a gonococcus mégis csak lassan — napok mulva — tünt el a váladékból. Az esetek tehát különfélék, ép úgy mint bármely más kezelésnél. De arról meggyőződtem, hogy *tisztán mechanikai antisepsis mellett a gonococcus számban kevesbedhetik, vagy teljesen el is tünhetik a váladékból.*

Minél tökéletesebb a mechanikai antisepsis, minél gyakoribb és erélyesebb az irrigatio, annál gyorsabban tünik el a gonococcus, még ha e mellett a genyedés nem is csökken. Ha tehát a gonococcus eltünése egy módszer használhatóságát bizonyítja, akkor nem kizárólag a gonococcusölő szerek azok, a melyeknek használhatóságát bizonyítja.

De még ha ezek alapján nem volna elég okunk kételkedni a gonococcusölő szerek hatásában, mindaddig, a míg a gonococcusölő szerek alkalmazása mellett a mechanikai gonococcus kiküszöbölésre is van alkalom: az utóbbit az eljárásban egy lényeges momentumnak kell máris tekinteni. *Neisser* a gonococcusölő szerek bevezetésével egyidejüleg a gyakori fecskendezést, legutóbb a prolongált injectiokat ajánlotta. Ezzel a mechanikai antisepsis nyert tért és a jobb eredményeket már ez is eléggé magyarázza. Azonban, mint arra lesz alkalmam kiterjeszkedni, vannak körülmények, melyek egyenesen a *Neisser*-féle elvek helyessége ellen szólnak. Nem gonococcusölő oldatokkal lehet ugyanis a gonorrhoeánál abortiv gyógyeredményt elérni, lehet a folyamatot lényegesen megrövidíteni és teljesen meggyógyítani. *Neisser* elveinek tehát a gyakorlati eredmények is ellene szólnak és így azt a tételt, hogy a gonorrhoeát csakis gonococcusölő szerrel gyógyítsuk helyesnek elismerni nem fogjuk. Ha pedig a dolog így áll, az

*

sem fogjuk belátni, hogy azért, mert az alkalmazott szer „gonococcusölő“, a lobnak bármily kismérvü fokozása megengedhető legyen. A lobos tüneteknek közvetlenül mutatkozó csökkenése a legmegbizhatóbb criterium arra nézve, hogy az alkalmazott eljárás czélszerü volt.

A *Neisser*-féle kezelésmódok után legelterjedtebben jelenleg *Janet* kezelésmódja alkalmaztatik. Részemről ezen utóbbi eljárásból elfogadom azt, a mit a legfontosabb momentumnak tartok benne: *az irrigatiot*; de csak ennyiben vagyok híve az eljárásnak, a melyen sok kifogásolni valót találok.

Janet eljárásánál a húgycső kiöblíttetik a nélkül, hogy abba müszer bevezettetnék.

Mint ismeretes, *Janet* szerint a húgycső mellső részének a kiöblítése úgy történik, hogy egy 50 cm. magasságban elhelyezett irrigatorból, a mely langyos kalium hypermanganicum-oldatot tartalmaz, a húgycsövet a szájadékához illesztett végcsővel megtöltjük és azután kiürülni engedjük. E manoeuvret gyors egymásutánban ismételjük. Ily módon megvan a lehetőség arra, hogy a mellső részletből a gonococcus hátra vitessék a nélkül, hogy vegyi úton elpusztíttatnék, a mi *Neisser* szerint szintén aggályos körülmény. Ennek daczára *Motz* és *Guiard* a kalium hypermanganicum híg oldatait (utóbbi $^1/_{10,000}$ töménységü oldatot) használják az első naptól fogva teljes húgycsőöblítésre és mégis abortiv eredményeket érnek el; *Janet* többi követői sem tartózkodnak a hátsó rész korai átöblítésétől.

Ha magasabban, 100—150 cm.-nyi magasságban helyezzük el az irrigatort és a végcsövét a szájadékhoz odanyomjuk, meg van a lehetőség, hogy a folyadék a húgycsőn végig benyomuljon a hólyagba.

A mellső részletet akkor kezeljük, ha csak maga beteg. Ha az egész húgycső beteg, akkor az egész húgycső kezelendő; ez is okszerünek látszó dolog, de az eligazodás mégsem könnyü. Ha csak a mellső részletet akarjuk kezelni, az irrigálás módszere mindjárt tökéletlennek bizonyulhat.

Ha alacsonyabb folyadékoszlopot használunk fel, az öblítés lassan megy, a húgycső kevésbbé telik meg, a mechanikai antisepsis kevésbbé jó. De még alacsony folyadékoszlop mellett sem tudhatjuk, meddig megy hátra a folyadék; betolulhat az a hólyagba is. Hogy ez a dolog mennyiben fog ártani, előre nem tudhatjuk; legtöbbször nem árt. De ha az oldat izgató — a kalium hypermanganicum még 1 : 2000 töménységben erősen izgató lehet —, a reactio hosszasabb, mint az óhajtandó volna.

Mi történik, midőn szándékosan akarjuk az egész húgycsövet öblíteni? Az ezirányú kisérletnél a physiologiai viszonyok legegyszerübben így képzelhetők el: Minden, úgy a hólyagot, mint a húgycsövet érő inger a sphincterek és a mm. bulbo- et ischio-cavernosi tonusát fokozza. Ezen alkalommal szóba jöhetnek: a mechanikai inger, a chemiai és a hőkülönbözet által okozott inger. A mechanikai inger kisebb az egyenletes nyomásnál, ezért czélszerü az irrigator. A chemiai inger kisebb kevésbbé tömény oldatnál, a thermikus inger a test hőmérsékéhez közel álló hőfoknál. A nyákhártya lob által okozott hyperaesthesiája a reflexet növeli. A hólyag teltsége a zárizom tonusát szintén növeli. Mindezeken kivül a zárizomnak izomereje és az individualis sajátságok is közreműködnek.

A húgycső mellső részletének cocainozása által az ingerek felvételére szolgáló terület egy része játékon kivül marad, és az esetek nagy számában a folyadék benyomulását ilyen módon elérjük ott, a hol az különben nem volna lehetséges. (Szükséges, hogy a cocainozás közvetlenül a teljes öblítés előtt történjék.) Ha a nyomás növelésével igyekeznénk e czélt elérni, ezzel árthatunk a nélkül, hogy eredményre jutnánk.

Az esetek túlnyomó számában ily módon sikerül a folyadékot a hólyagba bevinni. Ha pedig sikerült is, a mit kivántunk, a beavatkozást követi a reactio, mely néha igen erős subjectiv tüneteket okoz: vizelési ingert, hólyag-tenesmust, sőt székelési ingert, mely egy-két, sőt több órán eltart, ha a lob erősebb volt vagy erősebb töménységü oldatot is használtunk. Főleg a chemiai inger az, a mely a hátsó részlet izgatása által e tüneteket létrehozza. Súlyosabb következménye ez állapotnak rendesen nincs, sőt a reactio elteltével sokszor feltünő a javulás, úgy objective, mint subjective. De előre tudni soha sem lehet, hogy a reactio milyen erős lesz, és hogy nem megy-e át cystitisbe, nem sietteti-e epididymitis kifejlődését. Erről a körülményről a *Janet* követői szivesebben hallgatnak.

Ezek szerint sem a mellső résznek, sem az egész húgycsőnek kezelésénél nem tudhatjuk, vajjon az egyik esetben a folyadék oda jut-e, a hova vinni akarjuk, vagy más esetben nem jut-e messzebb, mint akarnók és nem tudjuk, milyen lesz a reactio. Ezen tökéletlenségeken lehet segíteni. De minden esetre szükséges, hogy figyelmesek legyünk. Hibás azonban a mit *Janet* tett, midőn a kezelést 10 napos szakaszokra osztotta fel, e szakaszokban minden napra az öblítések számát, módját (mellső, vagy teljes öblítés), a használt kalium hypermanganicum töménységét előirja. Hogy ez valóban hibás, arról többen meggyőződtek és az eljárást módositani szükségesnek látták.

Végre a Janet eljárásában, melynél a mechanikai antisepsisnek minden esetre kiválóan fontos szerep jut, a chemiai szer (rendszerint kal. hypermanganicum) használatára nagy súly van fektetve. *Neisser*-nél a „gonococcus ölés“ a jelszó, Janet hozzá füzi a „táptalaj rosszabbítás“ jelszavát.

Mind a két gyógyítás — ha szabad használnom e kifejezést — bakteriologiai gyógyítás. Hibája éppen az, hogy a lobnak tüneti gyógyítását elhanyagolni engedi. Pedig czélszerütlen a kezelésmód akkor, ha a beavatkozás által keltett reactio a lobnak bármily kismérvü, de tartós súlyosbbodását okozza.

A reactio nagymérvü lehet a mechanikai ingerek után is, ha az urethra igen erősen lobos. A duzzadt és infiltrált urethra falainak szétfeszitése után az oedema fokozódik, sőt oly nagymérvü oedema jöhet létre, a mely csak hosszabb idő mulva tünik el és igy a bajt súlyosbítja.

Hasonló, de még erősebb a reactio, a melyet chemiai ingerek idéznek elő.

Ha egy eljárásnál az urethrát chemiai és mechanikai inger együttesen éri, a reactio megfelelőleg még erősebb lesz.

Ez mind figyelembe veendő és elegendő arra, hogy belássuk, miszerint a gonorrhoeát egyszerü sablon szerint gyógyítani nem lehet.

Mindenekfelett fontos az a körülmény, hogy a nyálkahártya még erélyesebb mechanikai behatást is jól tür akkor, midőn chemiai szereknek még híg oldatai is erősen irritálják.

Ebből pedig az következik, hogy a gonorrhoea korai szakában az akme előtt vagy kevéssel az után — a midőn a lobnak még csekély fokozása is különösen káros lehet — a mechanikai antisepsisre helyezzük a fősúlyt. Ezért, a hol az kivihető, a húgycső-irrigálást fogjuk végezni és ezt *Janet* módjára katheter nélkül. Tanácsosnak tartom azonban első időben *csakis a mellső részletet* kezelni és ily módon figyelni meg, mennyire javul a folyamat.

Bármily tökéletes volna egy eljárás, sohasem kecsegtethetjük magunkat azon reménynyel, hogy a húgycsőből egyszerre minden virust eltávolíthatunk. Igyekezzünk tehát minél alaposabban kiküszöbölni a virus azon részét, mely könnyen hozzáférhető és melynek eltávolítása nehézségek nélkül sikerül. Tehát *főkép a felületet szabadítsuk meg a gonococcustól és főkép a mellső részben maradjunk*, mint a mely könnyebben hozzáférhető.

Hogy a hátsó részletetet a heveny időszakban kezelni nem szükséges, arra találhatunk több biztató jelt.

Az urethritis posterior a heveny gonorrhoeánál igen gyakori. *Rónának* 200 esetre vonatkozó statistikájában az esetek 90%-ában urethritis totalis van jelen. A megbetegedés első hetében 82%. *Jadassohn* átlag 87%-ot, *Finger* 77%-ot talált.

Ellenben az idült gonorrhoeánál gyakrabban szorítkozik a folyamat kizárólag a mellső részre. *Oberlaender* ezt urethroskopiai vizsgálatai alapján constatálta. *Finger* bonczolásoknál tett vizsgálatai szerint 31 gonorrhoea közül 24-et talált a mellső részletben localizálva és pedig túlnyomólag csakis a mellső részletben.

A számarányok arra engednek következtetni, hogy a hátsó részletben a természetes gyógyulásra nézve jobbak a viszonyok. Egy okkal több ez is, hogy *a hátsó részlet kezelésével ne siessünk.*

Neisser elvei értelmében, ha a használt folyadék nem „gonococcusölő“, annak használata azért aggályos, mert mint említve volt, a virust hátraviszi a nélkül, hogy elpusztítaná.

Ezen motiválást el nem fogadhatjuk.

Az esetek túlnyomó számában a hátsó részletre a folyamat korán kiterjed, ilyenkor tehát legrosszabb esetben is csak azt viszszük oda, a mi már ott van: a gonococcust.

Azonkivül a kisérleti bakterologiában vannak tények, melyek arra engednek következtetni, hogy a virus hatása lényegesen megváltozik, ha nagy mennyiségü, bár közömbös folyadékkal hígíttatik. Végre azt sem tételezhetjük fel, hogy a húgycső hátsó részlete a virussal szemben passive viselkednék. Ezek szerint nem a gonococcus hátravitele az, a mi a kezelés hibájának róható fel; hanem akkor helytelen a kezelés, midőn a hátsó részbe történt beavatkozást erős és hosszadalmas reactio követi. Indifferens, nem izgató folyadékot ezért az átöblítéshez korábban lehet alkalmazni, mint erősebb tömönységü, izgató oldatokat. Mivel azonban, mint említettem, az alkalmazás módja *Janet* eljárásánál egyedül a mechanikai inger következtében is erős reactiot kelthet: czélszerü a hátsó részlet kezelését csak a lobtünetek alábbhagyása után megkezdeni és akkor is minden esetben az első irrigatiokhoz kismennyiségü és kevésbbé tömény oldatokat használni. Ha az öblítés *Janet* módjára nem könnyen vihető ki, katheterhez folyamodunk.

A vegyi szerek a gonorrhoeás folyamat gyógyulását elősegítik. A szerek egy csoportja „gonococcusölö“ tulajdonságánál fogva alkalmaztatik. Nem látom azonban bebizonyítva, hogy a gyógyító hatásuk ezen tulajdonságon alapulna.

Azon szerek, melyek gonococcusölő tulajdonságaiknál fogva alkalmaztatnak, sokszor sokkal kisebb tömönységben hatnak gyógyítólag, mint a hogyan az antiseptikus hatást a kémcsőben kifejtik. Legfeltünőbb példa erre az argentum nitricum, mely irrigatiok alakjában legalább tízszerte hígabb oldatban alkalmaztatik, mint a mily tömönységben szerves anyagok jelenlétében *Jerosch* szerint baktericid hatást kifejthet. A gonococcusölő hatás tehát a tömönységtől bizonyos fokig független.

Vagy nem tünik-e fel paradoxonnak az, hogy a legerősebb „gonococcusölö“ szerek arra is használtatnak, hogy „provocatorice“ a gonococcust felszinre hozza.

A legjobbaknak mondott újabb szerek egyike, a *protargol* sem alkalmas arra, hogy az elvnek győzelmét biztosítsa. *Lohnstein* nem látta jobbnak, mint bármely régi adstringens szert, sőt vannak, a kik semmi előnyt sem láttak alkalmazásától. Idült esetekben az argentum nitricumot nem helyettesítheti, pedig állítólag még jobb „gonococcusölö“.

Ellenben, ha az argentum nitricumról csak annyit mondunk, hogy antisepticum, hogy „gonococcusölö“ szer, keveset mondtunk. Ez egy szer, mely a nyálkahártya szövetére hat. Hatása a caustikus hatáson alapszik. Ezen hatást pedig az ezüstvegyületek közül az argentum nitricum képes legjobban kifejteni, ezen hatása teszi épen értékessé. (Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A scrophulosis — tengeri és gyógyfürdők.

(Vége.)

A tengerparti levegőnek csak sótartalmához kötött hatását pótolja egynémely sósfürdőben a sósviznek törpefenyőgalyakból összerakott nagy falfelületeken való elpárologtatásával előállított ú. n. „Gradirluft“. Viszont a sósfürdőkben mint befolyásos gyógyhatány szerepel a konyhasós, illetve jód-bromos gyógyvizek ivása. Ezek hatása alatt az emésztés fokozódik, a fehérnyék, kivált a jodhoz viseltetett nagy affinitas folytán könnyebben szétesnek, a konyhasó hygroskopicitása purgatiot idéz elő, fokozódik a diuresis. Mindezek oly tényezők, melyek az anyagcsere befolyásolásához üdvösen járulnak hozzá.

A fentebb ismertetett therapeutikus gyógyeljárások által elért eredmények közlésénél nem akarom az urak figyelmét hosszú számsorok elmondásával igénybe venni, annyival kevésbbé, mert míg egyrészt hiányosak a scrophulotikus gyermekek kórházi és hygienikus-diaetetikus gyógykezelése által elért eredményekre vonatkozó adatok, addig másrészt nehezen csoportosíthatók a különböző gyógyfürdőkben elért eredmények adatai. A teljes gyógyulás bekövetkeztéig még kórházi kezelés mellett sem észlelhetők végig az esetek, annál kevésbbé a hygienikus-diaetetikus rendszabályokkal ellátott ambulans betegek; viszont különböző súlyosságú scrophulotikus betegek különböző időkig tartózkodnak az egyes gyógyfürdőkben és ezért is nehezen egyeztethetők a gyógyeredményeket feltüntető adatok. Mindezekért összehasonlításul felemliteni bátorkodom, hogy a budapesti „Stefánia“-gyermekkórház 10 évi fekvő anyagában az itt kezelt scrophulo-tuberculotikus betegeknek alig 18·6%-a gyógyult, 71·4%-a javult némileg, 8·5%-a pedig gyógyulatlanul távozott; a kórházi kezelés folyamán 1·5% halt el. *Mureti*-nak a sanpelagioi „Maria Theresia Seehospiz“ 30 évi és a sulzbachi Ferencz József gyermek-hospice 5 évi beteganyagából összeállított táblázataiból látható viszont, hogy nevezett intézetekben a scrophulosis első stadiumában lévő gyermekek 87·1%-a gyógyult, 10·07%-a javult, 1·62%-a gyógyulatlanul bocsáttatott el, 1·30%-a pedig elhalt. A scrophulosis második stadiumában levő gyermekek közül a szembetegek 87—85%-a gyógyult meg, 12—15%-a javult. A többi scrophulotikus betegek gyógyulási százaléka 72—91% között váltakozik; 8—24% között vannak azok, kik javultan bocsáttattak el. Csak a súlyosabb csonthártyamegbetegedésben szenvedők közül veszitettek el 3%-ot. A scrophulosis harmadik stadiumában, a scrophulo-tuberculosisban levők gyógykezelésénél is feltünő szép eredmények érettek el, a mit bizonyít az, hogy a lymphomások 82·14%-a, a cariesek 62·34%-a, a spondylitisek 32·13%-a, a coxitis-esetek 37·73%-a, a többi izületek scrophulotikus megbetegedéseiből pedig 64% gyógyult fel. A Cazin nagy munkájában fellelhető adatok ez eredményekkel körülbelül megegyezők. Ezen megbizható, egy egyén megfigyeléséből levont rendszeres feljegyzések alapján összeállított adatokat egy táblázatban bátorkodom az uraknak bemutatni, minthogy, a mint említém, az ily adatok nagyobb meggyőző erővel birnak, mint több egyén individualis álláspontja szerint beszolgáltatott adatokból összeállított kimutatások. Max Salamonnak a német tengerparti gyógyintézetek 1898. évi jelentéséből kitünik, hogy a scrophulotikus gyermekeknek 27·4%-a gyógyult, 51·4%-a jelentékenyen javult, 17·8%-a pedig javult a 4—6 heti ott tartózkodás folytán. Az olasz tengerparti gyógyhelyekben a gyógyulási százalék 34—61 között váltakozik; Berck sur Mer-ben átlag 60%-ot tesz ki. A margati kimutatások 54—78% közötti gyógyulást tüntetnek fel; a scheveningenieknek 50 körül jár a százaléka. *Uffelmann* a sósfürdők gyógyintézetében elért eredményekről irt közleményében azt mondja, hogy az ott gyógyulást kereső scrophulotikus gyermekeknek mintegy 15—38%-a gyógyult meg, 23—30%-ánál jelentékeny a javulás. Az összes, hasonló hatású gyógyfürdők jelentéseiből kitünik, hogy legjobbak az eredmények a szem és köztakaró megbetegedéseinél, igen kedvezők még egyszerű nyirkmirigyduzzanatoknál is. Scrophulotikus csont- és izületbetegségek is nagy százalékban gyógyulnak a sósfürdőkben, de csak hosszas kezelés után, miként az főleg *Rabl*-nak Hallról irt ismertetéséből látható. Részletes adatok közlése nélkül hangsúlyozni kivánom itt, hogy az egyébként műtevésre szoruló, nagyobb destructiokkal járó súlyos esetek tengeri és gyógyfürdőkben többnyire sebészi beavatkozás nélkül gyógyulnak, hogy a műtevési modorban mindenütt a legszigorúbb conservativ irány követése járt nagyobb eredménynyel. A mai aseptikus sebkezelés mellett a csak már élénken sarjadzó, behámosodott sebfelületek fürösztése lehetséges; azért oly fürdőgyógyintézetekbe, melyekben a betegek csak hetekig tartózkodhatnak, ha műtét szükséges, úgy már előzetesen műtett és gyógyuló sebbel biró betegek küldendők. Csak a korlátlan ott tartózkodást megengedő intézetekben vannak a műtett betegek oly kedvező helyzetben, hogy sebeik gyógyulása már kezdettől a tengerparti levegő befolyása által siettethetik.

Ha az itt felemlített gyógyeredmények között mutatkozó különbségek okát keressük, úgy azt mindenekelőtt azokban az időkülönbözetekben találjuk, melyeket az egyes betegek a gyógyhelyeken eltöltenek. A *Cazin*-nek hires munkájából vett táblázat ezt jól szemlélhetővé teszi. Míg azon intézetekben, hol a betegek csak 30—45 napig tartózkodnak, a gyógyulási % átlag csak 26·8%-ot tesz ki, addig 90 napi tartózkodásnál már 42·5%-ra emelkedik; azon intézetekben pedig, hol a betegek felgyógyulásukig tartózkodhatnak, 70·6% távozhatik épen és egészségesen. A Monti-féle gyógyeredmény-táblázatokból az átlagos ápolási napokat kiszámítottam. Magas számokkal találkozunk, ha azon számsoron végigtekintünk, mely azt mutatja, hogy a scrophulotikus affectiok teljes gyógyulásához mennyi idő szükségeltetik. A scrophulosis I. stadiumában levő nagy megbetegedési dispositio teljes eltünéséhez átlag 1/3 év szükséges; súlyosabb csont- és izületaffectiok tengerparti gyógyházakban is ritkán gyógyulnak meg egy évi kezelés előtt. Ez átlagszámok helyes megitélhetése okából tisztelettel megjegyzem, hogy az egyes adatok, melyekből az átlagot kiszámítottam, számos magasabb, 500—2000 ápolási napot is igénylett esetet is feltüntetnek. *Perrochaud*, a Berck-sur-Mer-i világhirű intézet egyik nagyhirű megalapitója, mondja: „Il ne peut y avoir la sécurité, que si on a modifié la constitution et pour modifier la constitution, l'action de la mer doit-être prolongée.“ A tengerparti hőmérsék csekélyebb ingadozásaiban, a légköri nedvességviszonyok azon kedvező alakulásában, mely a könnyű meghüléstől megóv, van megadva annak a lehetősége, hogy az ott tartózkodó betegek úgyszólván állandóan, megszakitás nélkül, legalább a tengerparti levegő gyógyhatása alatt állanak, addig a legtöbb sósgyógyfürdőben a kúra tartama azon időre kell hogy szoritkozzék, míg az időjárási viszonyok a szabadban való hosszabb tartózkodást és a gyakori fürdőzést megengedik. Ez a főoka a gyógyeredmények közötti feltünő különbségeknek.

A felemlített gyógyeredményekből a fürdők indicatioját illetőleg azon következtetések vonhatók le, hogy a tengeri gyógyfürdők igen vérszegény, erethikus-scrophulotikus gyermekeknél, izgalmas szembántalmaknál és nedvező böreczemánál nem mindenkor ajánlatosak. Ezek részére a sósgyógyfürdők kedvezőbbek. Viszont, tekintve, hogy a nagyobb destructioval járó csont- és izületmegbetegedések csak hosszabb tartamú fürdőbeni tartózkodás után gyógyulnák, ezeknek az ily szervezettel biró tengerparti gyógyintézetbe való küldése kivánatos.

Azt hiszem, hogy az eddig közölt számadatokkal sikerült beigazolnom azt, hogy a scrophulosis meggyógyítása úgyszólván csak tengerparti vagy gyógyfürdőkben lehetséges, valamint azt is, hogy a dyskrasián alapuló scrophulotikus affectiok jelentékeny javulása csak e fürdőkben való hosszabb tartózkodás által érhető el. A tapasztalatok sokasága tesz arról tanúságot, hogy a hygienikus és diaetetikus életrendszabályok rendszeres keresztülvitele a nélkül, hogy a beteg családi hozzátartozóinak mindennapi élete nagyban és hosszú időn át zavartatnék, a hosszú gyógykezelést igénylő betegek állandó orvosi felügyelete még nagy anyagi áldozatok meghozatalának lehetősége esetén sem történhetik meg a beteg részére szükséges rendszeres következetességgel, ha az ily beteg családja körében megmarad, hanem csak akkor, ha a beteg gyógykezeltetése tartama alatt valamely e czélra berendezett gyógyintézetben tartózkodik. A scrophulotikus gyermekek részére szükséges életviszonyok megszerzése egyénenkint, egyenkint óriási anyagi áldozatokat igényel, melyek jelentékenyen csökkennek, midőn intézeti berendezésben egyidejűleg és egy helyütt többen vehetik igénybe a közköltségen olcsóbban felállított intézményeket és ezekben a nagyobb mennyiségekben jutányosabban beszerzett szükségleteket. Szenvedő embertársaink iránt viseltetett felebaráti szeretet által összegyüjtött fillérei a közjótékonyságnak, anyagi áldozatai az állami és egyéb hatóságoknak több anyagiakban szűkölködő, olykor inséges beteg scrophulotikus gyermeknek adhatják meg a lehetőségét annak, hogy hosszabb időn át valamely tengeri vagy gyógyfürdőben tartózkodjék, itt meggyógyuljon s ez által az előbb úgyszólván életképtelen egyén megmentessék és belőle az élet küzdelmeire kész, magának, a társadalomnak s az államnak hasznos új ember váljon. Ezen czél felé való törekvés folytán jöttek létre az ez idő szerint már nagyobb számban levő Seehospizek és a sósvizes gyógyfürdőkben a gyermeksanatoriumok. Az első Seehospiz-t Angliában Margateban *John Latham* alapitotta 1796-ban; több mint 30 ily intézet állittatott fel azóta az angol tengerpartokon. Olaszországban Vioreggioban 1841-ben épült az első tengerparti gyógyintézet scrophulotikus gyermekek részére, mely azóta 20-nál többel megszaporodott. A Berck-sur-Mer-i híres intézetet az „Assistence publique de Paris“ segélyével 1854-ben nyitották meg; Perrouchaud, Bergeron és Cazin fejlesztették tovább. Ugyanott 1872-ben Rothschild báró nagy bőkezűséggel egy újabb gyógyintézetet alapitott. Nizza, Cannes környékén és a többi tengerpartokon a közjótékonyság számos hasonló gyógyintézetet emelt. Nem akarom ily intézetek neveinek felsorolásával az urak türelmét hosszas igénybevétellel kifárasztani, azért csak felemlítem, hogy a nyugati művelt államok s közöttük legújabban Magyarország is (Czirkveniczai gyermekotthon) több ily tengerparti hospice-t állított fel, sőt ezek aránylag nagy számmal az amerikai tengerpartokon is fellelhetők. A sós gyógyfürdőkben rendszeresen fürdőintézeteket, gyermekasylumokat épiteni szintén e században kezdtek. Számos, kivált német gyógyfürdő (Jagstfeld, Rothenfelde, Elmen, Salzuffen, Frankenhausen, Kreuznach, Oeynhausen, Kissingen, Nauheim, Hall, Darkau, Ischl, Sulzbach [osztrák], Lipik, Csíz [magyar] stb.) igyekszik kellő hygienikus berendezéssel sok scrophulotikus gyermek megtámadott egészségének a helyreállitásán.

Meg van tehát a törekvés úgy a társadalom, mint a hatóságok és orvosok részéről egyaránt ahhoz, hogy az öröklött vagy szerzett tulajdonságok révén korlátolt életképességgel biró scrophulotikus tagjai a jövő és későbbi generatioknak a természetadta minden gyógyerő felhasználásával maguknak, a társadalomnak s a hazájuknak megtartassanak. A rendelkezésre álló szűk pénzforrások okozzák, hogy jóllehet átment már a köztudatba ezen törekvés üdvössége, hasznossága, mégis ez idő szerint alig $^1/_{10}$-e a scrophulotikus gyermekeknek kereshet a gyógyintézetekben javulást vagy gyógyulást, pedig miként bevezető szavaimban felemlitett adatokból kitünik, majd egy tizede a gyermekeknek szorulna erre. Jóllehet az időjárási viszonyok megengedik, mégis csak a legkevesebb tengerparti gyógyintézet van úgy berendezve, hogy ott az egész éven át megszakitás nélkül vehessék igénybe mindazon áldásos gyógyhatányokat, melyek helyre fogják állitani megrongált egészségüket. A könyörületes embertársak nagy áldozatkészsége folytán a közjótékonység nemcsak kiapadhatatlan forrásokkal bir, de ezek mindenkoron nagyon bőséges erővel buzognak is. E források vizét már ott vagy elvezetve később, sajnos oly sokan és sokfélekép veszik igénybe, hogy ez emberbaráti és jövőbeni kihatásában oly jelentékeny czélra alig néhány csepp jut. A mindinkább nehezbedő megélhetési viszonyok közt a közjótékonyság sokféle adói által kisarczolt társadalom nem lehet az egyetlen támasza az emberbaráti törekvésnek, melynek megerősödése, felvilágositása minden esetre és első sorban az államok és hatóságok érdeke, kik minden életnek megmentett scrophulotikus gyermekben egy munkaképes állampolgárt nyernek, a ki s kinek ivadékai testi és szellemi munkájukkal, sokféle anyagi áldozattal hálára kötelezetten busásan meg fogják téríteni a meggyógyitására fordított költségeket. Reánk, orvosokra háramlik azon kötelesség, hogy tudományos képzettségünkkel ne csak meggyógyitani igyekezzünk a hozzánk küldött beteg gyermekeket, de hogy megszerezzük a gyógykezelés lehetőségét. Kivánatos és szükséges, hogy széltében publikáltassanak a közönséggel és állami hatóságokkal egyaránt a scrophulosis nagy elterjedettségéről tanuskodó elrettentő számadatok, ismertettessenek azon szép eredmények, melyek ezen egyébként oly roncsoló, pusztító, hosszadalmas kórnál gyógyfürdőkezelés mellett aránylag rövid idő alatt elérhetők. Mutattassék rá, hogy mily kevesek az időszerint már meglevő gyógyintézetek s ezekre utalással, szólitsuk fel, serkentsük a társadalmat, az állami hatóságokat egyaránt arra, hogy hozzanak meg minden telhető anyagi és erkölcsi áldozatot, hogy nagy számmal létesüljenek az életet és egészséget megmentő, úgyszólván csodatevő helyeken, tengerpartokon és gyógyfürdőkben gyógyintézetek és adassék meg a lehetősége a társadalmi nyomorral küzködő szegény páriáinak is, hogy egyetlen értékes kincsüket, gyermekeiket az életnek és maguknak megmentsék.

Torday Ferencz dr.
a „Stefánia“ gyermekkórház segédorvosa.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Csonttörések és ficzamodások kézikönyve. Irta **Chudovszky Móricz** dr. Budapest, az Athenaeum-társulat kiadása 1900. 8-ad rét, 300 lap. 93 a szöveg közé nyomott ábrával.

Chudovszky Móricz ezen munkája a csonttörésekről és ficzamokról hiányt pótol hazai orvosirodalmunkban, melyben még mindig nélkülözzük azon egyes szakmákat felölelő munkák elég számát, a mikre különösen orvostanhallgatóinknak tanulmányidejük alatt nagy szükségük van, de a miket a gyakorlattal foglalkozó kezdők is ismereteik kiegészitésére jól használhatnak.

Mint szerző munkája homlokzatán megjegyzi, ezen munka főleg orvostanhallgatóink igényeit tartja szem előtt s ezen rendeltetéséhez képest dolgozza fel a csonttörések és ficzamodások fontos tanát.

A munka első része a *csonttörések* tárgyalásával foglalkozik s először azokat általános szempontból veszi taglalás alá, kiterjeszkedvén a statistikára, a csonttörések oktanára, alakjaira, kórismézére, a vizsgálat módjaira és kezelésére. Ezen általános részben állitásainak erősitésére igen ügyesen használja fel a budapesti kir. tud. egyetem II. számú sebészeti klinikumának gazdag tapasztalatait és nagyszámú eseteit.

Következik ezután az egyes csontok töréseit tárgyaló különös rész, hol a csontváz minden egyes részletére kiterjed s minden egyes csont törését az általános részben követett mód szerint tárgyalja, felhasználva ismét az egyetemi II. számú sebészeti klinikum tapasztalatait.

A munka másik része a *ficzamodások* tárgyalásának van szánva s itt is előbb a ficzamodásokat általánosan (alakjuk, módjuk, gyakoriságuk, tüneteik, a vizsgálás módja, kezelés, szövődmények stb. tekintetében), azután a különös részben az egyes izületekben előforduló ficzamodásokat részletesen tárgyalja.

Azon áttekintő modor, melylyel szerző tárgyát ismerteti, fejtegetéseinek világossága s az idevágó irodalom felhasználása a munkát értékessé teszi első sorban a tanuló számára, ki belőle rendszeres ismereteket sajátithat el, de értékessé teszi a gyakorló orvos számára is, ki meglelheti ezen munkában gyorsan azon útbaigazitást, mit concret esetének viszonyai megkivánnak. Igen előnyösen segiti szerzőt fejtegetéseiben azon nagyszámú — legnagyobb részben eredeti s az egyetemi II. számú sebészeti klinikum eseteiből vett — ábra, mely a munkát díszíti.

Mint hasznos tankönyvet igen jól fogják e munkát használhatni orvostanhallgatóink, kik hazai orvosi irodalmunkban ezen tárgygyal foglalkozó eredeti munkát eddig nélkülöztek. —*e*.

Összefoglaló szemle.

A fülgyógyászat újabb haladása. Ismerteti: ifj. **Klug Nándor** dr.

Irodalom. *Biehl*: *Ausgedehnte Verschleppung von Thrombosenmaterial durch retrograden Transport nach einer otogenen Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus sinister. Monatschrift f. Ohrenheilkunde, 1899. 1. sz.* — *Carle*: *De la dégénerescence cancroidale des vieilles otites suppurées. Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 1899. 27. sz.* — *Delstanche fils*: *Importance de l'examen ophthalmoscopique dans les affections purulents de l'oreille. Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 1899. 74. sz.* — *Friedrich*: *Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin. Leipzig, F. C. Vogel, 1899.* — *Grunert*: *Was können wir von der operativen Entfernung des Steigbügels bei Steigbügel-Vorhofs Ankylose zum Zweck der Hörverbesserung erhoffen. Archiv f. Ohrenheilkunde, 41. kötet, 3—4. füzet.* — *Grunert*: *Ein neues operatives Verfahren zur Verhütung der Wiederverwachsung des Hammergriffes mit der Labyrinthwand nach ausgeführter Synechotomie und Tenotomie des Musc. tensor tympani. Archiv f. Ohrenheilkunde, 43. kötet, 2—3. füzet.* — *Grunert*: *Beitrag zur operativen Freilegung der Mittelohrräume. Archiv f. Ohrenheilkunde, 40. kötet, 3—4. füzet.* — *Haike*: *In die Paukenhöhle eingekeilter Fremdkörper von besonderer Quellfähigkeit bei chronischer Eiterung des Mittelohres. Deutsche medic. Wochenschrift, 1899. 27. sz.* — *Hammerschlag*: *Über die Reflexbewegung des musculus tensor tympani und ihre centralen Bahnen. Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wissenschaften, Math.-naturwiss. Classe, 108. k. III. oszt. 1899. 1—3. füzet.* — *Heimann*: *Sur la maladie de Menière. Annal. des mal. de l'oreille etc. 25. kötet, 2. sz.* — *Herrmann*: *Über acut entstandene Nekrose des Warzenfortsatzes und Felsenbeines nach Scharlachdiphtherie* (*Physiologischer Verein in Kiel*). *München. med. Wochenschrift, 1899. 33. sz.* — *Heymann*: *Die im Verlaufe der Masern auftretenden Ohrenerkrankungen. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 63. kötet, 3—4. füzet.* — *Jansen*: *Über eine häufige Art der Betheiligung des Labyrinths bei den Mittelohreiterungen. Archiv für Ohrenheilkunde, 45. kötet, 3—4. füzet.* — *Kirchner*: *Handbuch der Ohrenheilkunde. Braunschweig, 1899.* — *Kronenberg*: *Über einen Fall von Pyaemie bei Sinusthrombose, Unterbindung der Vena jugularis communis. München. medic. Wochenschrift, 1899. 31. sz.* — *Lermoyez*: *Mastoidite de Bezold chez un nouveau-né. Annal. des mal. de l'oreille etc. 25. kötet, 5. sz.* — *Luc*: *Deux*

cas de mastoidite de Bezold, l'un aigu, l'autre chronique, guéris par les debridements cervicaux profonds et la resection de l'apophyse mastoide. Arch. internat. de larynyologie, d'otologie etc. 1899. 1. sz. — Lucae: Operative Heilung eines Falles von otitischer Meningitis purulenta. Berliner klin. Wochenschrift, 1899. 23. sz. — Manasse: Über riesenzellenhaltige Schleimcysten in Polypen und in entzündeten Schleimhäuten. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 33. kötet, 3—4. füzet. — Mosetig-Moorhof: Plastischer Verschluss von Knochendefecten am Wartzenfortsatze durch einen falzartig interponirten, umgelegten Hautlappen. Centralbl. f. Chir. 1898. 46. sz. és Monatschrift f. Ohrenheilkunde. 1899. 1. sz. — Nagel und Samojloff: Einige Versuche über die Übertragung von Schallschwingungen auf das Mittelohr. Archiv f. Anat. und Physiol. 1898. 5—6. füzet. — Reinhard: 14 Fälle von Sinus-Thrombose. Münchener medic. Wochenschrift, 1899. 31. sz. — Urbantschitsch: Über die vom Gehörorgan auf den motorischen Apparat des Auges stattfindenden Reflexeinwirkungen. Wiener klin. Wochenschrift, 1896. 1. sz. — Urbantschitsch: Über den Einfluss von Schallempfindungen auf die Schrift. Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol. 74. kötet, 43. lap. — Urbantschitsch: Über methodische Hörübungen und deren Bedeutung für Schwerhörige. Wiener klin. Wochenschrift, 1899. 8. sz. — Wassmund: Verknöcherung der Ohrmuschel und Röntgographie. Deutsche medic. Wochenschrift, 1899. 27. szám.

Ki a fülgyógyászat utolsó pár évi irodalmát figyelemmel átolvassa, észre fogja venni azt a nagy haladást, melyet ezen tudományág ez idő alatt tett.

Az irodalmi közlésekből látni, hogy a búvárlati munkálkodás mind inkább a physiologiai, histologiai, pathologiai, anatomiai és kisérleti irányba mélyed bele. Így például csak *Urbantschitsch* azon munkáját emlitem fel, melyben a halló szerv útján fellépő szemreflexekkel foglalkozik, a milyeneket nystagmus, strabismus és pupillatágulás képében látott, bár e téren minálunk sokkal régibb kelettel *Hőgyes*, ki a hallóideg útján létre jött associált szemmozgásokkal foglalkozott, úttörő volt.

A közlemények egy másik csoportja a fülbetegségeknek összefüggését a szervezet egyéb megbetegedéseivel tárgyalja, e tekintetben elegendő, ha t. olvasóinkat az ez év elején megjelent *Friedrich*-féle könyvre figyelmeztetem.

Szembetünik az is, hogy mily elválaszthatatlanul forr már össze az orr-, torokűr és a halló szerv megbetegedéseinek ismerete és kezelése.

Figyelemmel olvasva az irodalomnak a halló szerv megbetegedéseinek therapiáját tárgyaló közleményeit, feltünik, mennyire jobban és jobban tért hódit e szakmában a sebészi beavatkozás. Látjuk például, hogy *Kirchner* kézikönyvének nemrég megjelent, ötödik kiadásában kénytelen volt kibővíteni az orr-, torok űrre és a műtétekre vonatkozó fejezetet. Élénk kép tárul elénk a sebészi beavatkozás nagy és üdvös eredményeiről, ha például *Grunert* czikkeire emlékszünk vissza, melyek egyikében a kengyel művi eltávolításáról, másikában a musculus tensor tympani tenotomiájáról értekezik, míg egy harmadikban 209 középfülgenyedésről, ezek műtéti kezeléséről és az így elért eredményekről nyujt statisztikai beszámolást.

Hogy mily szép és életmentő eredményeket lehet szakszerű sebészi beavatkozásokkal elérni, például elhanyagolt fülgenyedések mélyreható következményeinél, látni a „Vereinigung westdeutscher Hals-und Ohren-Ärzte" Kölnben 1899. április 16-dikán tartott gyülésének referatumából is. Így bemutatott ott *Kronenberg* egy esetet, hol a beteg hosszabb ideig fennálló fülgenyedés mellett egyszerre rázó hideget kapott és súlyos felszivódási lázak és egyéb tünetek jöttek létre. Betegen műtételt végzett: a csecsnyújtvány genynyel telt, a csontos sinusfal helyenként elpusztult, sinus thrombosis, mely alsó részében már széjjel esett, a vena jugularisban szintén már genyesen széjjel eső thrombus. Ezért a venát 3 cm.-rel a clavicula felett leköti, a genyes részeket kitisztitja. Beteg műtét után még két napon át rázóhideget kap, mely azután elmarad. Most (április 16.) a gyógyulás útján van. Ugyanezen a gyülésen *Reinhard* 14 sinus thrombosist emlit, a melyek mind magángyakorlatának első éveiben jutottak keze alá és a melyek mind fülgenyedésekhez csatlakoztak.

Magától értetődik, hogy a casuistikával, a nem sebészi eljárású therapiával, a fülészeti gyakorlatban szükséges új műszerek és vizsgáló eszközökkel, a diagnostika kérdéseivel szintén nagy csoportja foglalkozik a szakirodalomnak.

Mindezek igazolására szolgáljanak a legutóbbi idő irodalmából vett következő lapszemlék.

A különféle hangok az irásra nagy befolyással vannak. Urbantschitsch szerint e befolyás másképen és másképen jelentkezik a szerint, vajjon mély vagy magas hangok hatnak be az iróra. Ugyanis mély hangok az irásnál szereplő izmok tonusának csökkenését okozzák, az illető egyén irása bizonytalanná válik, az egyes betük, különösen a mondat vagy szó végén nagyobbak lesznek. A magas hangok épen ellenkező hatást gyakorolnak: a karizmok tonusa tetemesen növekedik, s ez annyira fokozódhatik, hogy az illetőt alig legyőzhető irógörcs érzése fogja el, sőt egyes esetekben az irás folytatása lehetetlenné is válik.

A hangrezgések átvitele a középső fülre képezte *Nagel* és *Samojloff* kisérleteinek tárgyát. Kisérleteik végzésére friss állatfejeket (birka) használtak, olyképen, hogy az állat dobüregét gázfelfogó üregnek alkalmazták, König-féle lánggal kapcsolatban. Ezután a dobhártyát különféle hangokkal rezgésbe hozták és ez alatt a gázláng reactioját forgótükörben figyelték meg. A mint a hallójáratba vezetett cső előtt énekeltek, beszéltek, avagy fütyültek, a szerint a lángon más és más hullámzást vettek észre. Sőt a láng még halk suttogásra is reagált. Az egyes magánhangzók felismerhetőleg jellegzetes képet nyújtottak. Vizsgálataikat a koponyacsontok vezetésére is kiterjesztették. Ha rezgő hangvillát a koponya valamely csontjára reátettek és a hallójárat külső nyilását bedugták, a láng reactioja azonnal erősödött. Ha ellenben a dobhártyát az együttrezgésben megakadályozták — a mit úgy értek el, hogy a hallójáratba olvasztott paraffint vagy higanyt töltöttek —, akkor a koponyára helyezett rezgő hangvilla a láng mozgását absolute nem változtatta ki. A higany kiöntése után a láng reactio újra helyreállt. Ily módon igyekeztek bebizonyitani a koponyacsontok vezetését.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

A thyreoidin használata soványitás czéljából. *Schiödte Nicolai* pontos anyagcsere vizsgálatokat végzett kóros elhájasodásnál a thyreoidinnel való kezelés alatt, ama kérdések eldöntésére, hogy vajjon a thyreoidin képes-e adipositasnál a testsúly csökkenését előidézni; vajjon a testsúlyveszteség kizárólag a fokozott zsirelégés er edménye-e avagy pedig részben fehérjeanyagok szétesése s fokozott vizkiválasztás is közreműködnek; továbbá vajjon a nitrogendeficit fokozott fehérje bevitel által ellensúlyozható-e? Vizsgálatai folyamán a thyreoidinhatás alatt a testsúly tetemes csökkenése állott be s a 62 napi periodus alatt a thyreoidin hatása állandó volt. Minthogy az észlelt testsúlycsökkenés nem volt visszavezethető a kis fokú fehérjevesztességre, ennélfogva a fokozott zsirelégést tekinti a soványodás főtényezőjének. A csekély nitrogendeficitet is sikerült nagyobb mennyiségű fehérjeanyagok bevitele által leküzdeni, azonban csak mérsékelt mennyiségű thyreoidinadagolás mellett. A betegek közérzetére a thyreoidin nem gyakorolt káros befolyást. Végül a thyreoidin alkalmazásánál több követelményt állit fel: 1. A szív elfajulásának semminemű jele se legyen jelen. 2. Mérsékelt thyreoidinadag: körülbelül 0·20 gm. 3. Szükségleten alóli táplálkozás relativ bő fehérje adagolással. 4. A kiválasztott nitrogen meghatározása. 5. Pontos ellenőrizése a thyreoidismus jeleinek. 6. A vizelet vizsgálata fehérjére és czukorra. (Arch. f. Verdauungskrankheiten. 1899. Bd. V.)

K—i.

Az extraperitonealis ureterocystoneostomia és adatok az ureterek sebészetéhez czímmel *James Israel* 21 műtétéről számol be, melyekben mindvégig az aetiologikus conservativ eljárásokat alkalmazta fényes sikerrel az eddig pártolt radicalis műtétek elhagyásával. Indicatioi és műtétei: 1. *A vesén vagy vesemedenczén: kőnél* ennek eltávolitása a vese megtartásával; billentyűszerű *nyálkahártya kettőzeteknél* az ureter kezdetén bevágás és plastikus szétvarrás vagy a vese czélszerű fixatioja; *a vese helyzetváltoztatásánál* az ureter elcsavarása vagy megtörésével a vese rögzitése; a vesemedencze szabálytalan tágulásainál (gurdélyok kövek után), mikor az ureter nem képezi többé a tölcsér legmélyebb pontját, ezt *pyeloplicatio*-jával igyekszik elérni. 2. *A húgyvezéren: kőnél* közvetlen kivágás vagy a kőnek a vesemedenczébe való visszatolása és onnan való kivágása; *helytelen fekvéskor* a heges összenövésekből felszabadítás, szabálytalanul lefutó arteriák nyomásának megszüntetése. *Szűkületeket* vagy a vese felől igyekszik rendszeresen tágitani vagy ha az lehetetlen, a strictura kivágása, a csonkok egyesitése után egy új hólyagszájdát készit. 3. *A hólyagon: kőnél*, mely a húgyvezér benyilását (Harnleiiterwulst) eldugja, magas hólyagmetszés; *hólyagdagoknál*, melyek az uretert elzárják, partialis hólyag és ureter resectio, új szájda készitéssel. Ezen elvek szerint történtek alábban rövidesen megjelölt esetekben a következő műtétek: 5 esetben beékelt követ, háromszor azonnali varrással, kettőt a nélkül távolitott el, egy esetben 5 cm.-nyire a vese alatt, négy esetben pedig, midőn a kövek a kis medenczében per vaginam tapinthatók voltak, kétszer a mellső hüvelyboltozaton át, két izben extraperitonealis metszéssel; két esetben a vesét és húgyvezért feltárva, a követ egy izben 10 cm.-nyiről, egy izben pedig a linea innominatáról tolta vissza a vesemedenczébe, hol reávágott; azután három esetben atrophizált vese után a kövekkel teljesen megtöltött uretert exstirpálta, mely esetek közül kétszer volt jelen a húgyvezér empyemája. Egy esetben tuberculosis, egy másikban pyonephrosis miatt irtott ki vesét ureterrel. Az ureter hólyagi végét két izben resecálta, egyszer a fent emlitett esetben, egyszer pedig obstruáló hólyagráknál. Egyszer végzett incisiot és plasticai varrást egy billentyűs vesemedenczén. Ötször csinált hegfelszabadítást az ureter és vesemedencze közt fennálló összenövések miatt. Egy esetben hydronephrotikus vándorvesénél, hol egy rendellenes lefutású veseartería az uretert comprimálta s vele össze volt növe, ezeket szétválasztotta, pyeloplicatiot végzett, végre a vesét helyesen rögzitette. E között két halálesete volt csak, egy férfit nyolcz napos teljes anuriában operált, egy oldalán kiirtotta a kővel telt tágult uretert az atroph. vesével, a másik oldalon szintén vannak kövek és ezen vese haemorrhagikus lobja pusztitja el a beteget; egy fiatal leány pyonephrosissal és ureteritissel a műtét estéjén halt meg szivizomdegeneratioban. (Therapie d. Gegenwart. 1899. VIII. füzet.) *Picker Rezső dr.*

Largin mint gonorrhoea elleni szer. *Stark-Thorn* dr. a larginnal számos kisérletet tett 1/4 és 1%-os concentratioban, melyekről 3 csoportban referal. *I. csoport: Heveny urethritis anterior* két esetben 1/40/0 largin-oldat naponta 3-szoros 5—10 perczig benhagyott befecskendésre, három hét alatt teljesen gyógyult. *II. csoport:* 6 ugyanily eset. Befecskendések 1/40/0 largin-oldattal, egy hét mulva kevesebb váladék, de még számos gonococcus. Befecskendezés 1/20/0-os oldattal, mire 7 nap mulva gyógyulás. *III. csoport: Urethritis subacuta ant. 4 eset.* Három esetben, mely már 4 hét óta fennállott, két hét alatt gyógyulás, a 4-dik esetben *Janet*-féle öblitések váltak szükségessé. IV. csoport: *3 esetben urethritis subacuta posterior et anterior.* Guyon-féle instillatiok 2%-os larginnal. Két esetben nincs eredmény, a 3-dik esetben 5 hét után gyógyu-

lás. A 15 eseten végigtekintve, kivéve az utolsó 3 esetet, az eredmény kielégitő, a gonococcusok rövid idő alatt eltüntek, izgatási tüneteket a szer nem okozott. Ha *urethritis posterior* már jelen van, ott a hatás nem kielégitő. Végre felemlít szerző egy esetet, melyben a largin ¼ év előtt kitünő hatással volt s újabb infectionál 24 óra után ½0/o larginoldat naponta 6-szor befecskendeztetvén, és pedig 3 napon át, a gonorrhoea nem *fejlödött ki*, holott a beteg barátja ugyanazon leánynyal való közösülés után florid-kankót kapott. Itt tehát a largin *abortiv* szerként hatott, miért is szerző azt jó kankószernek tartja, mely más ezüstfehérje összeköttetésekkel teljesen egyrangú. (Monatshefte f. pract. Dermatologie XXVII. k. 1899.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. november 24.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. november hó 5-dikétől 1899. november hó 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 431 gyermek, elhalt 218 személy, a születések tehát 213 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2524 beteg, szaporodás 882, csökkenés 789 maradt e héten végén ápolás alatt 2617. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. november 12-dikétől november 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 65 (meghalt —), vörhenyben 60 (meghalt 1), kanyaróban 96 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyikban 20 (meghalt 1) trachomában 6, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 21 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 2).

⊕ **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvost. tanári kar folyó évi november 21-diki III. ülésében egyetemi alkalmazást nyert: *Tóth István* dr. I. tanársegéd a II. szülő és nőbeteg klinikán: *Blaskovits Fridolin* dr. I. tanársegéd a szemklinikán; *Scholtz Kornél* dr. II. tanársegéd szintén a szemklinikán állásukban továbbra meghagyattak. *Benedict Henrik* dr. díjazott gyakornok az I. belgyógyászati klinikán állásában III. tanársegédi czímmel meghagyatott. *Lengyel Loránd* dr. az I. belgyógyászati klinikához, *Bexheft Armin* dr. a közegészségtani intézethez díjazott gyakornokká, *Halka Lajos* dr. a II. sebészi intézethez díjazott műtőnövendékké megválasztatott. *Szőke Gyula* dr. és *Török Ervin* dr. a szemklinikához, *Péchy Henrik* dr. a II. belgyógyászati klinikához, *Poór Ferencz* dr. a bőrkórtani intézethez, *Cserey Zsigmond* dr. a fogászati intézethez díjazatlan gyakornokká, *Widder Bertalan* dr. az I. sebészi klinikához díjazatlan műtőnövendékké megválasztattak.

☒ **A hygiene megbecsülése Angliában.** *A királyi épitkezési hivatal egészségi tanácsosává* nevezte ki az angol királynő *Corfield W. H.* hygiene tanárt. A kitüntetésnek Magyarországon is sokan örülnek, a kik a jeles tudóst személyesen ismerik. Corfield ismételve járt Budapesten s itt több orvoshoz barátságos viszony köti. Még többen pedig Londonból ismerik a kiváló gentlemant, a hol évek óta támogatója, útbaigazitója volt az oda zarándokolt s hozzá ajánlattal bekopogtató orvosoknak.

A kinevezés a közegészségügy tekintetéből is örvendetes esemény. Hozzá van szokva a közönség, hogy az épitkezéseknél az orvost, a hygienikust csak úgy mellesleg avagy épen nem kérdezik meg. Csupán a technikust, az épitészt tartják a competens szakértőnek az épület dolgában. Számtalan hiba és tévedés ennek a következménye, a mit a ház lakóinak egészsége szenved meg azután. Az épitész, még ha szerez is technikai képzettsége mellé hygienikus ismereteket, ritkán hatol be annyira a lakás-hygiene tanulmányozásába, hogy az épités, a csatornázás, a szellőzés, fütés stb. körül felmerülő számos és fontos hygienikus elvet kellően, alaposan megértse és méltányolja. Innét a sok rosszul situált lakószoba, a hiányos tisztaság, a fertöző csatornalég beáramlása a házba, lakásba, a sok hiányos szellőzés, fütés stb.

Angliában, a hol a legtöbb család sajátjában, családi házban lakik, nagyobb gonddal vannak a ház eféle egészségi hiányai iránt mint nálunk, a hol a népesség túlnyomó része bérházakban zsúfolódik össze. Angliában igyekeznek is a lakóház tulajdonosai ama hiányokat felkutatni és elhárítani. Corfieldnek könyve az egészséges lakóházról (Dwelling Houses, London, Lewis, 1898.) rövid idő alatt négy kiadást ért meg; Corfieldet Londonban és egyebütt Angliában *„consiliumba“* hivják a házak épitésénél, egészségi megbirálásánál.

A mikor az angol királynő az ő „hygienikus consiliariusává“ tette meg Corfieldet, ugyanazt tette, a mit számos intelligens angol már évek óta gyakorol. De azzal a kinevezéssel egyszersmind örömöt okozott az angol királynő a hygienikusoknak mindenütt, mert elismerését és megbecsülését fejezte ki vele a hygiene gyakorlati alkalmazása iránt; és immár remélhető, hogy az angolországi példa lassankint idővel fel fogja világositani a continens országait és népeit is, hogy nem azzal tesznek szolgálatot a közegészségnek, ha a hygiene fontosságát folyton szájban hordják, hanem ha annak tanitását és tanácsát a gyakorlatban is, a mindennapi életben meghallgatják és követik.

□ **A m. k. belügyministerium 1900-dik évi költségvetése** A belügyministerium költségvetése a jövő évi budgetben 43,312,736 koronával szerepel, az emelkedés tehát a mult évihez képest majdnem két millió korona. Ez összegben a *közegészségügyi kiadások* 3,870,610 koronával szerepelnek, nevezetesen az országos közegészségügyi tanács 16,000 kor.; a bakteriologiai és egészségtani intézet 920.) kor.; betegápolási költségek (állami kórházak stb). 2.047,978 kor.; himlőoltás 158,909 kor.; járványok 10,000 kor.; a trachoma elfojtására 120,000 kor.; diphteria elleni gyógyserum termelő intézet 20,380 kor.; elmegyógyintézetek 1,484,152 kor. vegyes kiadások 4000 kor. Ez összegekhez járul *az országos betegápolási alap* terhére eszközölt 4 és fél millió korona kiadás, mely a következő tételekre oszlik: kórházi ápolási költségek 3,862,100 kor.; gyógyszerek 200,000 kor.; heveny fertőző betegségek ellen való védekezés 200,000 kor.; talált gyermekek 200,000 kor.; szülőnők 40,000 kor.

A közjótékonysági kiadások 89,138 kor.-ja között találjuk: a budapesti gyermekkórház segélyezését: 13,000 kor.; az önkéntes mentő egyesületet: 12,000 kor.; a fehérkereszt-egyesületet: 10,000 kor.; a szünidei gyermektelepet: 2000 kor.; a budapesti általános poliklinikát: 4000 kor. (2000 kor. emelkedés); a testi és szellemi fogyatkozásban szenvedőket gyámolitó egyesületet: 4000 kor.; gyógyult elmebetegeket 2000 kor.; kolozsvári mentő-egyesületet: 2000 kor.; a budapesti „Bródy Adél“-gyermekkórházat: 6000 kor. Az átmeneti kiadások között egy új tétel van: *községi bábák kiképzésére szolgáló tanfolyamok költségei*: 20,000 korona. A belügyminister e tételt a következőkép indokolja meg: „Magyarországon a nagy gyermekhalandóság egyik főokául az is tekintendő, hogy egyes vidékeken, a falusi községekben nincsenek tanult bábák s igy a szüléseknél, szakavatott szülésznők hiányában sok gyermek esik áldozatul. Addig is, mig az ország minden részében teljesen kiképzett okleveles bábák lesznek, oda kell törekedni, hogy az úgynevezett czédulás vagy parasztbábák, a kikből falusi községeink szülésznői kerülnek ki, az eddiginél jobb kiképeztetést nyerjenek, mi végből az ország különböző vidékein 6—8 hétig tartandó tanfolyamokat szándékozom szervezni, melyek nagyobb kórházakkal kapcsolatosan e czélra különösen alkalmas orvosok vezetése alá helyeztetnének. Hogy pedig a községek annál inkább reá birhatók legyenek, hogy bábajelöltet küldjenek a tanfolyamokra, a jelentkezőket kiképeztetésük ideje alatt némi tartásdijjal ellátandóknak vélem.“

Mint e számok mutatják, a közegészségügyi kiadások jelentékeny összeggel szerepelnek, csak az sajnálatos, hogy a közegészségi szolgálat végrehajtóiról: az *orvosokról* nem történik több gondoskodás. Viszont elismerésre méltó, hogy a társadalom minden a közegészségügy érdekében történő actioját az állam támogatja, kivánatos volna, hogy a társadalom e téren tevékenyebb legyen, nevezetesen a kórházak alapitását és támogatását nagyon elhanyagolja.

⊛ **Kinevezés.** *Szendeffy Aladár* dr. és *Uhl Gyula* dr. fővárosi orvosokat a polgármester ideiglenes tiszti orvosokká nevezte ki.

□ **Bókay János** tanárnak, a *„Gyermekvédők nemzetközi congressusa“* rendezése körül kifejtett nagy tevékenysége elismeréseül külföldi és hazai tisztelői és szaktársai arczképeikkel emlékalbumot nyujtottak át.

⊥ **A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum** segélyét november hóban 133 esetben 87 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 1283.

○ **Hibaigazitás.** Lapunk mult számában az 588-dik lap második hasábján alulról a 3-dik sorban „veszedelmességet“ helyett „rendellenességet“, a 12-dik sorban pedig „post diphteriticát“ helyett „post hemiplegicát“ olvasandó.

† **Elhunyt**: *Szendeffy József* dr., ny. honvédfőtörzsorvos 70 éves korában Székesfehérvárott.

× Egy elhalálozott orvos összes műszerei és gyönyörü könyvtára, villanygépek stb. igen olcsón eladó. Czim: Dembitz M. dr., Kerepesi-út 10, I. emelet.

A Lőrinczy Ferencz dr. szerkesztése alatt megjelent és immár 21 év óta fennálló *„Közegészségügyi Kalauz“* szerkesztői és kiadói joga családi körülmények miatt örökáron, szerény feltételek mellett szabad kézből eladó. Tudakozódhatni Üllői-út 53/b. I. 16. alatt bármikor.

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

Karácsonyra megjelenik AZ ORVOSI ÉVKÖNYV. Nélkülözhetlen minden orvosra nézve.

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest

Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A „Kristály“ Szt. Lukács-fürdő savanyúviz, mint kellemes üditő ital ajánltatik

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., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1899. november 20-dikán.) 602. l. Budapesti kir. orvosegyesület. (XXVI. rendes ülés 1899 nov. 4.) (XXV. rendes ülés 1896. nov. 9.) 602—604. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXX. vándorgyülése Szabadkán. (Sebészeti szakosztály ülése augusztus 28—30.) 605. l.

Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1899. november 20-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak:

I. **Thanhoffer Lajos** r. tag ismertette: 1. **új eszközét a sejtek összetartásának vizsgálására**, tovább 2. **készítményeit a szív helyzetéről a testben.** Szerző már a millenniumi kiállitás előtt bemutatott „*mikrostat*“ nevezete alatt két kisebb eszközt a m. tud. akademián s azok egyike víznyomáson alapuló volt s egész két athmospherás nyomás mellett engedte meg a sejtek vizsgálását. Ugyancsak akkor egy másik 60 kilogrammnyira megterhelhető *mikrostatot* is mutatott be, a melyen a zerustól egész 60 kilogrammig voltak a sejtek megterhelhetők és egyuttal mikroskopon is vizsgálhatók; mig ezen most fényképben bemutatott mérleggel ellátott nagy *mikrostaton*, a melylyel azonban még eddig csakis próbakisérletek tétettek, a zerusnyomástól 160—200 kilogrammnyi súlyokkal mérhető nyomásig tehetünk vizsgálatokat a sejteken.

Eddig ily vizsgálatokat ilyen nyomások mellett nem tettek. Tettek azonban észleleteket mikroskopi gázkamrákban amoebákon annak a vizsgálására, vajjon kisebb-nagyobb fokú légnyomás milyen befolyással van ezek mozgására. Ugyancsak szerző is tett régebben az általa construált és a m. tud. akademián közölt légkamrájával a csillószőrös sejtek mozgására vizsgálatokat, különféle alkotású és nyomású gázokra. *Ziegler* viszont általa construált és csavarokkal igazitható compressorban petéken, mások ismét üvegcsövekbe zárt petéken tettek annak fejlődésére irányult vizsgálatokat. Azonban nagyobb nyomásokkal és ilyszerű eszközökkel eddig nem tettek vizsgálatokat s eszközöket nem construáltak e czélra. Pedig már szerzőnek próbakisérletei is meglepő eredményre vezettek, kisebb-nagyobb eszközeivel tett vizsgálatait tekintve. Nevezetesen pl. a genysejtek hamarabb, mintegy 30—40 kgr. megterhelésre szétnyomattak s alakjukat többé vissza nem nyerték, mig a fehér vérsejtek ellenállóbbak, 50—60 kgr., sőt még több megterhelést is elbirnak; ellenben a piros vérsejtek, bár bizonyos nyomásra elszintelenednek s egyébként megváltoznak, de még 160 km. megterhelés beszüntetésével alakjukat visszanyerik, oly nagy és tökéletes a rugalmasságuk.

Ezután teendő beható s évekre terjedő vizsgálatokra mondható csak meg ennek az eszköznek az értéke; hiszi szerző azonban, hogy úgy az ép, mint a kóros test szöveteinek összetartására nézve ezzel teendő vizsgálatok eredményekre vezetnek.

A mi a második közleményt illeti, szerző 10 év óta meg-megszakitottan foglalkozik a szív fekvésének meghatározásával régibb és újabb módszerek felhasználásával. Ugyanis a klinikusok még most is *Luschka*, a nagy anatomus nyomdokain haladva, a szív felső határát a bal II-dik borda alsó széléig hiszik felterjedni. Az anatomusok és klinikusok az alsó határra, vagyis a szívcsúcs elhelyeződésére azonban megegyezőleg elfogadják, hogy az az 5—6. borda között foglal baloldalt helyet, az emlőbimbó alatt s attól beljebb, a szegycsont széle felé. Szerző fagyasztott emberi holttesteken tett saját szerkesztette fürészszel és hullatartó asztalon számos metszeten észleleteket, nemkülönben különféleképen véghezvitt vizsgálatokkal kimutatta, hogy a felső határra nézve sem azon anatomusoknak, sem azon klinikusoknak nincs igazuk, a kik a fentebbi értelemben irják le a szív felső határát, hanem hogy az úgy van felnöttben, a mint azt *Henke*, a nagy tájanatomus kimutatta, vagyis a harmadik borda felső szélének megfelelően.

Szerző előadását photogrammokkal, rajzokkal és modellekkel világitja meg s mivel azokat a párisi kiállitásba küldi ki legközelebb, azért most csakis röviden ismerteti azokat, kérve az akademiát, hogy addig is, mig ezután megirandó észleleteit beadja, ezen jelentését tudomásul venni s azt az Értesítőbe felvenni sziveskedjék.

II. **Ónodi A.** dr. l. t. **Az orr mellüregeinek ismeretéhez** czimű doldozatában újabb adatokat nyujt a mellüregek boncztanához, melyek egyszersmind gyakorlati fontossággal birnak. Készitményeinek fényképeivel illustrálja azon eddig nem ismert viszonyokat, melyek a Highmor-üreg, iköböl és a legmellsőbb rostasejtek között léteznek. A Highmor-üreg és az iköböl annyira kiterjedhetnek, hogy nemcsak egész közelségi viszonyba jöhetnek egymással, hanem egy közös fal által választatnak el. Ezen esetekben az iköböl által a hátulsó orrnyilások (choana) felül és oldalt nagy mértékben szűkittetnek. Egy esetben észlelte, hogy az iköböl az orrsövény lemezei közé terjedt, midőn is a hátulsó orrnyilások fent és belül lettek szűkitve. Ép úgy ismeretlen volt azon viszony, mely a Highmor-üreg és a legmellsőbb rostasejtek között fennáll. A Highmor-üreg rendesen a félholdalakú árok hátsó részén nyilik a középső orrjáratba. Több fejen sagittalis metszeteken észlelte, hogy a Highmor-üreg nyilása a félholdalakú árok legmellső részén volt elhelyezve. Egy esetben a homloköböl nyilása előtt feküdt, egy esetben pedig függőleges síkban volt a homloköböl és a legmellsőbb rostaöböl nyilásaival. Több metszeten a legmellsőbb rostasejtek egyenesen összefüggenek a Highmor-üreggel, az összefüggés világosan áttekinthető és sondával az egyes üregek részéről könnyen kimutatható. Egyes metszeteken a Highmor-üreg nyilása vizszintesen megnyúlt és piskóta-alakot mutat, a nyilásnak hátsó része a félholdalakú árokkal, mellső része a legmellsőbb rostasejttel függ össze. A metszetek, melyek egyik oldalon a Highmor-üreget, a másik oldalon a rostaöblöket mutatják, tanulságosan tüntetik fel ezen emlitett viszonyokat. A mellett, hogy ezen alakviszonyok észlelésével ide vonatkozó ismereteink gyarapodtak, gyakorlati fontossággal is birnak. Az iköbölnek a Highmor-üregig való kiterjedése az öblök kóros megbetegedéseinél jö tekintetbe, továbbá megmagyarázza a hátulsó orrnyilások megszűkitésének lehetőségét ilyen ok folytán. A Highmor-üregnek viszonya a legmellsőbb rostasejtekhez, a kimutatott összefüggés, valamint a Highmor-üreg nyilásának közvetlen közelsége a homloköböl és mellsőbb rostasejtek nyilásaihoz, ez utóbbiak empyemájánál és általában kóros megbetegedéseinél különös fontossággal birhat. Felemliti azon rendellenes kiterjedéseket, melyeket a homloköböl a mellső és a hátulsó rostaöböl részéről észlelt. Ezen esetekben az emlitett üregek a szemüreg tetejének lemezei közé nyomulnak és 3—4 cm. hosszúságot és szélességet érhetnek el. Végül szól a homloköböl benyiló csatornájáról és nyilásáról és az ezt környező mellső rostasejtekről és azok nyilásairól. Gyakorlati szempontból kimutatja a homloköböl sondirozásánál a tévedések lehetőségét és könnyű voltát, nemcsak azért, mert a homloköböl és mellső rostasejt összefüggbetnek egymással, hanem azért is, mert a mellső rostasejtekbe ép olyan könnyen juthat a sonda, mint a homloköblbe.

Ugyanő „**A gégechoreáról**“ szóló tanulmányát terjeszti be, melyhez az orvosegyesületben lefolyt vita kritikai taglalását fűzte. (Bővebben fogjuk közölni.)

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXVI. rendes ülés 1899. november 4.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Dieballa Géza.**

(Vége.)

Máskép áll a dolog, ha a sebben a vér többször megújulhat. A vérrögképződés megindulva mindinkább kiszoritja a folyékony részeket. A vérzés csillapodásával, mindig több időt nyer a vér már a sebben lepényre és savóra osztódni. A vérzés csillapultával a fokozódó vérnyomás által a szövetekben újabb impulsust nyer a transsudatio, végül a vérzés megszünik és csak a szövetürök transsudálnak fibrindús váladékot, a mely a sebet már kitöltő véralvadékot, vérlepényt, vérröggé tömöriti.

De még más irányban is fontos az, hogy a sebfelület korán nyomás alá ne jusson.

A vérző sebnél a sebzett szövetekben a vérnyomás csökkent és ennek megfelelőleg a sebzett szövetek összeestek, még pedig akként, hogy minél közelebb esik a szövetrészlet a sebhez, annál jobban csökkent benne a vérnyomás, és annál összeesettebb maga a szövet; nyilvánvaló, hogy ilyen, a sebfelületet képező vagy a sebfelület szomszédságában lévő szövetelemek ilyen összeesett állapotban szegénynyvérűek is és életrevalóságuk is megfelelően csökkent.

Ha mármt a o ssebet vagy a sebüreget úgy látjuk el, hogy a nyomás hirtelen vagy nem elég lassan egyenlitődik ki, akkor mi történik?

A sebüreg például megtelik vérrel, nem hagytunk seholsem nyilást, a melyen a vér kiszivároghat. A seb felülete addig vérzik, a mig a sebben lévő vér a physiologikus nyomást, a szív adta vérnyomást el nem éri. Akkor megszünnek az erek vérezni, ennek megfelelően az átmetszett erek oldalágaiban emelkedik a vérnyomás és az ellátási területükhöz tartozó szövetek, a melyek a kisebb, a csökkent vérnyomásnak megfelelően összeestek, szeretnének megduzzadni, hogy élettani sajátosságuknak megfelelőleg vért felvéve, élettani feladataikat teljesithessék. De ez nem lehetséges, vagy csak részben lehetséges, mert hirtelen nyomás alá jutott a sebfelület, oldalkitérés is csak részben lehetséges, mert hiszen kötést, talán nyomó kötést alkalmaztunk a sebre, a mely a seb környezetének ilyen megduzzadását megakadályozza vagy nagyon is gátolja. A sebzett szöveteknek a megduzzadása tehát ilyen ellátás mellett határozottan hiányos, sőt rendszerint hiányos is marad. Hányszor tapasztaljuk ezt a jelenséget egyszerű aseptikus varrt sebeknél. Az ellátásnál semmi feszülés, a vérző seb szélei minden feszülés nélkül összefeküsznek, a varrás fonalai sehol sem feszülnek és mikor 6—8 nap mulva a sebet megnézzük, a varrásokat úgy kell a bőrből kiásni; a varrások mind feszülnek és feszülésnek jelenségeit a szúrcsatornákon és nyomások jelenségeit a bőrön mindenhol észlelhetjük. A seb aseptikus maradt, lobnak nyoma sincsen, vérkiömlés vagy véralafutás sincsen sehol, de hirtelen — mondhatnók a varrás tényével egyidejűleg — egyenlitődött ki a nyomás a sebben. Ennek megfelelően duzzadtak a sebzéssel szomszédos szövetek, a melyek a varráskor a csekélyebb vérnyomásnak megfelelőleg összeesett állapotban voltak. Duzzadtak annyit, a mennyi duzzadásra megfelelőleg feszültek, illetőleg bedagadtak a varrások

fonalai is. Még szembeszököbbek ezek a jelenségek természetesen ott, a hol a varrásnál hibát követtünk el. Ha pl. nagy feszülés mellett egy öltéssel varrjuk a bört, a bőr alatti kötőszövetet és az izomzatot, olyan három fajta szövetet, a melyeknek összeesési tényezője a szövet tömöttségével arányosan különböző, mert vérnyomás hiányában aránytalanul erősebben esik össze a durva gerendezetű laza, tehát nagy üregű kötőszövet, mint a tömöttebb és vérdúsabb izom, vagy a még tömöttebb, de az izomhoz viszonyított szegényvérű bőr; ha ilyen varrást kinyitunk, teljes asepsis mellett megtörténhetik, hogy az izom összetapadt, a kötőszövet a varrás területén elhalt, a bőr pedig, ha az elhalást nem is, de a pangás jeleit mutatja, össze nem gyógyult, mert a varratok eltávolítására egyszerűen szétválik. Itt az izom, a mely szöveti alkatánál fogva kisebb vérnyomás mellett csak keveset collabált, az általunk teremtett viszonyok mellett nem veszített annyit, hogy életnyilvánulásain észrevehető csorba esett volna. A kötőszövet összeesve nem volt képes annyi vért nyerni, hogy életrevalóságához szükséges módon megduzzadhatott volna, míg a bőr életnyilvánulásai annyira módosultak, hogy megélni igen, de a reparativ folyamatban szerepet játszani képes nem volt. Mert, hogy a reparatios folyamatban a szövetek kellőképen részt vehessenek, ahhoz többre van szükségük, mint az egyszerű megélhetésre. Megélnek kellő vérellátás mellett, a reparatio, de főleg a gyors reparatio pedig akkor létesül, ha a benne résztvevő szövetek kellőképen megduzzadva, bőverűekké, active hyperaemiásakká válnak.

Ezt az állapotot pedig a szövetek akadálytalanul akkor érik el, ha a sebben a nyomások lassan fokozatosan kiegyenlítődnek. Ha a sebet úgy láttuk el, hogy az vérrel megtelik, a sebet megtöltő vér a sebszéleken túl áramlik és a kötés által felszivatik, majd a kötés szívóképességének csökkenésével a vér kiömlése a sebből már némiképen akadályozott, tehát tovább tart, mindinkább időt nyer arra, hogy még a sebben vérlepényre és vérsavóra szétoszoljék, a vérző erek lassan eltömeszelődnek. Ennek megfelelőleg a vérnyomás a sebzett erek oldalágaiban fokozódik s igy a sebzett és collabált szövetek is mindinkább megduzzadnak, a sebzett szövetek transsudatioja is ezzel karöltve fokozódik. A sebüregben a vérzés felett a transsudatio mindinkább dominál, végül a vérzés megszünik és csakis a sebzett szövetürök transsudálnak. Azután a transsudatio is nagyjából megszünik és ennek megfelelően természetesen a szövetek is tovább megduzzadnak. Megduzzadnak mindaddig, a mig a vérnek és a szövetnedveknek a sebzés által szintén hiányossá vált elfolyása is teljesen helyre nem állott. Most azután az a zavar, a melyet a vér- és szövetkeringésben a sebzés előidézett, teljesen elenyészett. Elenyészett akként, hogy a reparatio megindulhat.

A seb ki van töltve véralvadékkal, a melyet a transsudatio nyujtotta fibrin- és sejtdús anyag vérröggé tömöritett. A seb falait csakis életrevaló, vérrel jól ellátott és helyes vér- és szövetkeringési viszonyok között lévő szövetek képezik. A vérrög a szövetek duzzadásának folyton engedhet, a duzzadó szövetek, de főleg a sebzett szövetnek duzzadó végelemei a vérrögbe benyomultak, azzal összekapaszkodtak, mintegy szerves egészet képeznek. Tegyük fel, hogy vannak jelen folyékony részek. Igy táplált szövetek, ha resolutio szükséges, a felszivódásra is teljes mértékben képesek. Ilyen viszonyok között azután a szövetújképződés is rohamosabb, mert akadálytalanul és közvetlenül megindulhat. A sebeknek ilyen módra való ellátását először *Schede* ajánlotta és utána az ellátás eme fajtáját *Schede*-féle ellátásnak vagy a gyógyulás formája szerint a nedves vérrög alatti gyógyulásnak nevezzük.

A sebnek ilyen ellátása különben más irányban is előnyökkel jár, mert a fertőzés veszélyét nagyban csökkenti.

Első sorban utal előadó arra és ez bővebb magyarázatra alig szorul, hogy a fertőzés megtelepülése és térfoglalása szempontjából mennyire fontos az a körülmény, hogy ilyen ellátás mellett az összes sebzett szövetek életrevalóságát fentebbiek értelmében a legnagyobb mértékben igazoljuk. Hozzájárul ehhez az a körülmény, hogy a sebben a vér többször megújulva, a fertőző csirákat, a mennyiben a sebbe jutottak, onnét kimossa, vagy ha erre nem képes, antiseptikus sajátosságaival tönkre teszi. Ebben a tekintetben utal *Buchner* János előadására „Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infectionsprozessen", *Bier, Angerer, Salzwedel, Campbell White* vizsgálódásaira, a kik mindmegannyian odatörekedtek, hogy activ vagy passiv hyperaemia létesítésével fertőzési góczokat gyógyitás czéljából befolyásoljanak, miután kétségtelen ténynek elfogadták, hogy a csirákat a szövet élő sejtjei, de kiváltképen a vér- és a szövetnedvek is életnyilvánulásaikban befolyásolják. Miután az is tény, hogy a szövetnedvek annál inkább befolyásolják a csirákat, minél több ilyen áramlásban lévő, tehát folytonosan megújuló nedv támadhatja meg a betelepült csirát, kétségtelen, hogy annál biztosabb a szervezet védelme, minél nagyobb fluxiot idézünk elő, minél jobb vérkeringési viszonyok közé juttatjuk a veszélyeztetett szövetelemeket.

De még mindig nem tudjuk, miért kell arról gondoskodnunk, hogy a sebet kitöltő vérrög ki ne száradjon. A válasz egyszerűen az, mert ha a vérrög kiszárad, a száraz pörk alatti gyógyulás létesül. Még igen kis sebeknél is, mint a milyeneknél a száraz pörk alatti gyógyulást észlelni alkalmunk van, látjuk, hogy a pörk a szövettermelődés mechanikus akadálya. A vérrögnek nedvesnek, plastikusnak kell maradnia, hogy a vele összekapaszkodott sebfelületek felől a szövetproliferatio, az érképződés és sejtbetelepülés akadálytalanul megtörténhessék. Az a nedves vérrög rohamosan átszövődik ezekkel, úgy hogy a foghúzások után visszamaradó sebhelyeknél, a melyeket szintén nedves vérrög szokott kitölteni, a vérrögnek az a részlete, a mely a csontüreget kitölti, a transsudáló síkon belül foglal helyet és a szövetképződésben részt vesz, már a harmadik naptól kezdő egész tömegében vérzik. A nedves vérrög és egy vérkiömlés között tehát igen lényeges különbség van, a mely főleg abban fejezhető ki, hogy a vérrög a sebzett szövetfelülettel eleitől fogva igen szorosan összekapaszkodik, mig a vérkiömlésnél ez a szoros kapcsolat nem létesül, már csak azért sem, mert a vérnek jelenlévő folyékony alkatrésze az ilyen szoros kapcsolatot lehetetlenné teszi. De forditva: a nedves vérrög lényegében szintén közönséges vérváladékká módosul, a mint a szoros kapocs közötte és a sebfelület között megszakad. És mig a sebfelülettel a szorosan, jobban mondva szervesen összefüggő vérrögben a szövettermelődés akadálytalanul halad, addig a véralvadékban vagy a seb felületétől elvált vérrögben szövettermelődést, szervülést egyáltalában nem észlelünk. Az ilyen elvált vérrög csak úgy, mint minden vérkiömlés, akár folyékony, akár részben, akár egészben alvadt legyen is, az a gyógyulásnak minden esetben nem előnyére, sőt határozottan hátrányára van.

Nekünk tehát törekednünk kell, hogy a sebzett szövetek és a vérrög között létesülő kapcsok lehetőleg fentartassanak, és nedves vérrög alatti gyógyulást csak úgy érünk el, ha ez a kapocs nem szakad.

Ezért szükséges a leggondosabb immobilisatio, a mely nemcsak a sebzés környékére, hanem magára a sebzett szövetelemekre is kiterjed. Ha pedig a rögzítés nem ilyen, véralvadékot igen, de a sebfelülettel szervesen összefüggő vérrögöt nem kapunk és a nedves vérrög alatti gyógyulás nyujtotta előnyökről is lemondani kénytelenek vagyunk. Az ilyen véralvadékot azután csak távolitsuk el, mert az hasznot nem hozhat és csakis akadályt képez. Ilyen esetekben, ha tetszik, újból megkisérelhetjük a *Schede*-féle ellátást vagy hagyhatjuk a sebet, hogy sarjadzás útján kitöltődjék.

Mi az immobilisatiot úgy érjük el, hogy nedves, kiszáradó kötéssel boritjuk a sebet, a sérült részt pedig contentiv kötésbe foglaljuk vagy sinekkel rögzitjük. Ezek a durvább rögzitést végzik, amaz pedig a sebzett szövetelemeket rögziti, a mely rögzitést más úton el sem érhetjük. A nedves kötés ugyanis a belefolyt vérrel és sebváladékkal együtt megszárad és a sebet borító kaucsukpapiros szélétől kezdve mindenhol igen jól odatapad a bőrhöz, úgy hogy nagy felülettel tapadó kemény pánczélt képez, a melyet csak ügygyel-bajjal, igen gyakran csak bicskával vagyunk képesek szétválasztani. Az ilyen kötés a szöveteknek legcsekélyebb mozgását is megakadályozza, de ez az immobilisatio hatása már csak akkor képződik, a mikor a sebben a vérkeringési viszonyok megállapodtak, az egyensúly teljesen helyreállott, és igy semmikép sem okoz bajt, a sebet kelleténél korábban nyomás alá nem helyezi.

Említette előadó, hogy a sebek ilyen ellátása mennyire megnehezíti a fertőzés létesülését. Ők ebben az irányban felvilágosításokat keresve, úgy mint mások is, arra a meggyőződésre jutottak, hogy asepsist, bakteriologikus értelemben vett csiramentességet elérni a legritkább esetekben vagyunk képesek. Ilyen esetek a kivételt s nem a szabályt képviselik. Vizsgálódásaikhoz az anyagot *Nékám* adta, mig a feldolgozás *Strausz* érdeme. Vizsgálódásaik eredményeként jelentheti, hogy sok esetben negativ eredményű volt az oltás, úgy a fertőztelenités előtt mint a fertőztelenités után is. De ha 8, 14 vagy 21 nap mulva a kötést eltávolitották, a többé-kevésbbé elváltozott vérresiduákból történt oltásokból — mondhatni kivétel nélkül — a staphylococcusok tiszta kulturái fejlődtek. A sebet borító vérrög tehát úszott a jól táplált pathogen coccusok myriadjában és ennek daczára a seb aseptikusan gyógyult és aseptikus maradt mindaddig, a mig csak vérrög a fertőzés ellenében megvédte.

Ha ez a védelem eltartott, a mig az utolsó hámsejt a gyógyulást betetőzte, a gyógyulás prima intentione aseptikus volt. Ha azonban a vérrög előbb folyosódott el, mintsem a seb behámosodott, a gyógyulás ettől a percztől kezdve a sarjadzás jellemét öltötte fel.

Ha a kötést leveszszük, a mi vagy akkor történik, ha a sebgyógyulás előreláthatólag befejeződött, vagy a beteg fájdalmakról panaszkodik, a következőket észleljük:

A kaucsukpapiros alatt szürkésen elszinesedett vérrög, a mely sima felületű, a kaucsukpapiros lenyomatát képezi, vagy

a kaucsukpapiros széleinek felemelésével chocoládészerű bűzös folyadék bugyan ki, vagy

a kaucsukpapirost a chocoládészerű bűzös folyadék ellepte.

A két utóbbi esetben az elfolyósodott vérmaradékokat leöblitve, újból két eshetőséggel találkozunk:

Vagy tömör vérrög boritja a sebet, vagy vérrög nincsen, hanem a behámosodott sebbel, vagy egy sarjadó felülettel állunk szemben.

Ha tömör vérrögöt találunk, akkor ezt letörülni törekszünk. Ha könnyen letörülhető, a seb rendszerint már behámosodott. Ha a seb közepe felé adhaerál a vérrög, úgy ezen a helyen a hámosodás még nincs teljesen befejezve; sebfelületre bukkanunk, a mely igen vérzékeny szövetből áll, melybe helyenként elszinesedett vagy fekete tömör vérrög is lehet beágyazva.

Ha a gyógyulás még nem fejeződött be teljesen, újból *Schede*-féle eljárást követünk, a mennyiben a még be nem hámosodott vagy sarjadzó felületet felfrissitjük és újból kaucsukpapirossal boritjuk. Ezt az eljárást követjük mindamaz esetekben, a melyekben szövettermelődésre számítunk. Minden zúzott seb, a melynél a defectust megszüntetni nem sikerül, kiolózva *Schede*-féle ellátásban részesül. Szintúgy végzünk a füreszelt és a horzsoló korong okozta sebekkel, mig metszések okozta defectusokat kioltozás nélkül helyezünk nedves vérrög alá. Másodlagosan is használjuk az eljárást, a mennyiben gondos fertőtlenités után

a sarjadzó sebüreget vagy sebfelületet kikaparjuk és azután kaucsukpapiros alá helyezve, vérröggel megtelni engedjük.

Eljárásuk égési sebeknél is bevált, különösen nagyobb kiterjedésű másodfokú égéseknél látták hasznát. Gondos fertöztelenités után az egész hólyagot eltávolítjuk, a hámfosztott felületet erélyesen ledörzsöltük 1‰ sublimat-oldattal és kötést alkalmaztunk. Teljesen fájdalmatlan lefolyást és gyors hámosodást észleltünk.

Ilyen másodfokú égéseknél ugyan nem létesül vérrög, hanem a transsudált plastikus fibrint tartalmazó anyag képezi a leplet, a mely a sebet mintegy mázzal borítja és ugyanazt a szerepet játszsza mint a nedves vérrög.

Sőt varrt sebeket is kaucsukpapirossal borítunk, ha a sebszélek jól össze is feküsznek. Úgy tapasztaltuk, hogy a hegvonal, mert nem képződik száraz pörk a seben, gyorsabban válik fájdalmatlanná, nem zsugorodik, nem rigid.

Egyáltalában ismételten utal arra, hogy a nedves vérrög alatt produkált hegek kétségtelenül értékesebbek, mert nyulékonyak, nem zsugorodnak és gyorsabban alakulnak át, mint a secunda intentio hegje.

Előadó azután egyes praegnansabb gyógyulási typusokat mutat be.

Bodon Károly: Egy körülményt nem hagyhat megemlités nélkül, mely alkalmas arra, hogy ezen dolgokat, a miket előadó mondott, más világításba helyezze.

A mult évben Londonban egy nagy kórházban járt s azt látta, hogy különösen chronikus alszárfekélyeket, nagyobb sebzéseket gyógyitanak úgy, hogy az illető sebzett testrészt, a nélkül, hogy megtisztitanák, vagy fertötlenitenék, oxygennel telt ládába teszik, melyben az oxygen folyton megújul. Az ilyen sebeken kezdetben sok volt a strepto- és staphylococcus, a gyógyulás előrehaladásával, a mi pedig gyorsan történt, azt találták, hogy a streptococcusok száma megfogyott, a staphylococcusoké megszaporodott s minél több volt a staphylococcus, annál gyorsabban gyógyult és hámosodott be a seb és igy az illető kórház orvosa indittatva érezte magát, hogy olyan sebekre, melyeken kevés volt a staphylococcus, ennek tiszta kulturáit kenje reá s igy még gyorsabb gyógyulást ért el: tehát nem a vérrög védte a staphylococcus ellen a sebfelületet.

Ihrig Lajos: Egyetért előadóval a tárgy jelentőségét illetöleg s abban valamennyien egy véleményen vagyunk, hogy a sebkezelés kérdése még egyáltalában nincs letárgyalva, csak leszerelünk; az egyetlen axioma, hogy egyetlen sebet sem tudunk meggyógyitani, ha magától meg nem gyógyul és minden seb meggyógyul, ha nem bántjuk; a seb meggyógyul, ha megadjuk a módot gyógyulására.

Nem vonja kétségbe szóló, hogy helyes irányban haladtak a sebészek, mikor a sebfelülettől távol tartani igyekeztek a kártékony hatányokat, de túl löttek a czélon, mikor antisepticumokkal jártak el.

Előadó egész sorát mutatta be a nyiltan kezelt sebeknek, melyek kivétel nélkül per primam gyógyultak; ez nem újság, mert megfelel a pörk alatti gyógyulásnak és Lister protectiv silkja s a pörk alatti gyógyulás ugyanazon alapelven állott: a sebet megvédte a külső káros befolyástól.

Új azonban, hogy a sebek legnagyobb része staphylococcus tiszta culturáival inficiáltnak találtatott és ez azt jelenti, hogy a fertöző csirok jelenléte, mert szóló nem tudja biztosan, hogy a staphylococcus nem fertöző-e, még nem bizonyitja, hogy fertőzött-e a seb; sőt kérdés, hogy ama csirok jelenléte nem feltétele-e annak a reactiv folyamatnak, mit gyógyulásnak nevezünk s kérdés, nem a bakteriumok és phagocyták közti aránytalanság-e az, a mi a gyógyulást gátolja.

A második kérdés, hogy ha fertözés mégis létre jön, akkor nem a mi működésünk viszi-e azt bele: mert hiszen szólónak és előadónak is vannak genyedő sebei és pedig akkor, mikor a seb alakjánál és körülményeinél fogva operative kellett beavatkozni és a sebet bezárni: vagy azért jött létre fertözés, mert új utakat nyitottunk, vagy pedig, mert a seb zárt felülete jobb tenyésztalaj, mint a nyilt sebfeletti vérömleny holt anyaga. Bizonyos, hogy a mi beavatkozásunk fokozza a fertözés chanceait s az előadás azt bizonyitja, hogy milyen fontos, hogy addig ne avatkozzunk be, mig azt a sebzés anatomiai viszonyai szükségessé nem teszik: eltávolithatók a holt anyagok, de ne próbáljuk antisepticumokkal a fertőzést meggátolni, mert akkor épen beleviszszük.

Ellentmond szóló előadónak abban, mikor előadó azt mondja, hogy a kaucsuk alatt támadt vérrög organizálódik és a szövethiányt pótolva, létrehozza a gyógyulást; ebben nem ért egyet előadóval, mert a vércoagulum csakugyan organizálódhatik olyanformán, hogy proliferatios edénykacsok hatolnak bele, de ezek képződése nagyon korlátolt határú s csak akkor képzelhető, ha nagysága arányban áll a tápláló felület terjedelmével: mihelyst aránytalanság áll fenn a vérrög nagysága és a sebfelület terjedelme között, akkor a proliferatios kacsok nem haladhatnak át rajta, hanem sarjakká válnak, a vérrög pedig holt tömeg marad, melyet el kell távolitani.

Megegyezik előadóval abban, hogy ez az eljárás haladás (a prima intentio haladás a secundával szemben), a sarjadás útján való gyógyulás csak akkor jelent secunda intentiot, ha genyet termel, a vérrög pedig genyet nem producál, véredényben gazdag szövetté alakul át, míg a lobos sarj edénynélküli kötőszövetet hoz létre.

Gyakorlati szempontból is van egy megjegyzése: itt egy bemutatott esetben az ujj vége megmaradt, de csak körlebenyből áll. Előadó elve az, hogy minden ujjrészlet megtartható, ha histologice életképesnek vehető fel, szóló ezt nem fogadhatja el, hanem azt mondja, hogy akkor tartandó meg, ha használhatónak véli, mert mit ér vele a beteg, ha nem használhatja, sőt útjában van a munkánál s az ilyen gyógyulás tovább is tart, mint egy lege artis végzett amputatio.

Hangsúlyozza szóló, hogy a conservativ sebészetben előadónak ezen elért eredményei igen fontosak, sőt ezen eljárással messzebb lehet menni, mint akármilyen conservativ eljárással.

Wein Manó: A *Bodon* által említett angol esetekről ugyan gyanítja, hogy elavult sebek, tehát genyedő és sarjadzó felületek voltak, a sarjak renyhék, talán callosusak s igy a tovább sarjadzásra képtelenek voltak, már pedig felvehető, hogy újabb staphylococcus-colonia erősebb ingert képezett, talán az addig képződött heg is szélesebb és újabb sarjakkal töltődött ki a sebüreg; de nem concedálhatja, hogy staphylococcusra szükség volna a sebgyógyuláshoz s ebben inkább hisz a bacteriologusnak. Kétségtelen, hogy a bakteriologikus értelemben vett asepsis és a sebészi asepsis nem azonos, az egyiknél holt anyagról, a másiknál az élő szervezettel való küzdelemről van szó. Mióta állatkisérletek végeztetnek ezen irányban, azóta tudjuk, hogy a fertőzéssel szemben áll a phagocytismus, később kitünt, hogy az élő sejtekben, a szövetnedvekben protolyt enzymek vannak a csirokra olyan befolyással, hogy ezek a szervezetben elhatalmasodni nem képesek: de hogy a gyógyuláshoz staphylococcus szükséges volna, azt nem hiszi szóló.

Ihrig megjegyzését illetőleg, félreértette előadót, a ki nem állitotta, hogy a vérrög organizálódik, hanem, hogy nem tudja mi, talán véredény proliferatio és sejtek betelepülése útján szövettermelődés létesül.

A mi a conservativismus határát illeti, szóló ezen előadásra két éve készül s szeretne túlozni, hogy a határt annál biztosabban eltalálja; folyton arra törekedett, hogy a lehetetlenségig és gyakorlatilag minden értelem nélkül megtartsa az ujjrészletet, hogy megtudja, mit lehet végképen megtartani; a mit tett, a tudományos czél érdekében tette, hányszor mondta, hogy ez vagy amaz a végtagrészlet decadens és mégis meg lehetett tartani, a bemutatott esetben pedig az sincs kizárva, hogy esetleg a megmaradt ujjperczcsonthártya egy kis csontot fog produkálni a bőrlebenybe; túloznunk kell, hogy a határt minél jobban megszabhassuk.

XXVII. rendes ülés 1899. november 9.

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Lévai József.**

Basedow-kór kapcsán kifejlődött myxoedema esete.

Imrédy Béla: A beteg 1894. február hóban Basedow-kórban betegedett meg. 1894. májusban állapota annyira rosszabbodott, hogy *Kétly* tanár a II-dik számú belklinikára küldötte be, hol mint klinikai tanársegédnek alkalma volt öt szólónak észlelni. A kórkép akkor igen kifejezett volt, a mennyiben exophthalmus, pajzsmirigymegnagyobbodás, tachycardia, höségérzés, reszketés, nagyfokú lesoványodás, hányás és hasmenés képezték a főtüneteket. A klinikai nyugalom és villanyozás csakhamar tetemetes javulást hoztak létre, mire a beteg Tátra-Füredre utazott s azóta évente pár hetet ott töltött. A strumától eltekintve 1896-ban minden egyéb tünet visszafejlődött. 1897-ben, mikor a beteg felkereste, feltünt szólónak, hogy a nyak és arcz bőre kissé megvastagodott, hogy a beteg igen aluszékony és hogy az emlékező tehetségének nagyfokú gyengüléséről panaszkodott.

1899. augusztus végén látta a beteget újra, midőn orvosa mint myxoedemára gyanús beteget küldte fel szólóhoz. Ekkor a következőket találta: A bőr az arczon, nyakon le a claviculákig, az alkarokon és alszárakon megvastagodott, szalonatapintatú és az ujjbenyomatot csak rövid ideig tartotta meg. A bőr száraz és erősen korpádzott. A haj különösen a fejbőrön erősen megritkult. Arczkifejezése merev és kissé bárgyú volt. Fejét fel- és kissé hátraszegve tartotta. Nyelv duzzadt, beszéd nehézkes, lassú és akadozó, hang kellemetlen recsegő volt. Nyelés a legutóbbi időben néha nehezen ment. Légzés ülő és álló helyzetben rendes volt. Fekvő helyzetben alvás közben, vagy előrehajlott helyzetben lélegzete elakadt, miért is éjjeli álma zavart volt. A nyak bőrének tetemes megvastagodása miatt a pajzsmirigyet nem lehetett jól kitapintani, de még igy is jobboldali része nagyobbnak tünt fel a rendesnél. Mellkasi és hasüri szerveken nem talált eltérést. Pulsusa perczenként 81 és igen gyenge volt. Vizeletben idegen alkotórészt nem talált.

Az érzési körben nem mutatkozott eltérés, ellenben a beteg igen nehezen mozgott, járása nehézkes volt s legjobb szeretett órákig egy helyen ülni, miközben el is aludt. Gondolkodás igen nehezére esett és igen lassú volt. Emlékező tehetsége gyengült és gyakran érzett fejnyomást.

A bőrön található elváltozásokat egybevetve a beteg nagyfokú szellemi apathiájával semmi kétség sem maradt fenn az iránt, hogy myxoedemával van dolga, miért is a vörös-kereszt-kórházban felvett beteget azonnal thyreoidea kezelésnek vetette alá. E czélra a *Borroughs, Wellcome & Comp.* thyreoidea tablettáit vette igénybe. 10 napi észlelés alatt tetemes javulás állott be, a mennyiben tetemesen megkisebbedett a nyak kerülete, a beteg nyugodtan tudott aludni, szellemi működés felfrissült, könnyen mozgott, hangja megváltozott és beszéde folyékony lett. Akkor hazament s azóta a thyreoidea-kezelést otthon folytatta s jelenleg a beteg igen könnyen mozog, szellemi működése igen friss. Csak a nyakon, a bokán és egyes ujjakon vastagabb még a bőr. A thyreoidea kezelésnek ezen fényes sikere is bizonyitja, hogy a betegség myxoedema volt, mely különben is Basedow-kórhoz néha szokott csatlakozni. Ilyenkor rendesen a glandula thyreoidea sorvadását szokták észlelni, holott ezen esetben a struma még fennáll. Valószinű azonban, hogy ezen megnagyobbodot pajzsmirigyben a parenchyma elpusztult.

A Gasser-ducz kiirtása trigeminus neuralgia miatt.

Dollinger Gyula: Az eset a következő: K. I. 49 éves napszámos neuralgiája 1884-ben a jobb felső metszőfogán kezdődött és innen lassanként a jobb arczfél felső felére terjedt ki. 1886-ban reáterjedt a jobb alsó állkapocsra is, de izzasztók alkalmazására annyira javult a

beteg, hogy a rohamok csak 2—3 hónaponként léptek fel. 1888-tól 1892-ig állapota ismét súlyosbodott, ekkor Kétly tanár klinikájára vétette fel magát, a hol villamozásra és belső szerek alkalmazására annyira javult, hogy fájdalmai 1½ esztendeig egészen szüneteltek. 1894 óta fájdalmai kevés intervallummal folyton dühöngenek. A klinikára való felvételekor a fájdalmak a jobboldali alsó és felső állkapocsra, az arcz jobb felére és a halántéktájékra terjednek ki, a nervus infraorbitalis és mentalis kilépési helyei nyomásra fájdalmasak, a supraorbitalisé nem. A roham alkalmával az arcz kipirul, a jobb szem erősen könyezik, az arczizmok rángatódznak és görcsös rángások mutatkoznak a test egyéb izmaiban is. A rohamok az arcz egyszerű érintésére váltatnak ki, de spontan is fellépnek, utóbbi időben nagyon gyakoriak. Így egy nap reggeltől estig a betegnek 120 rohamja volt. A műtét f. év október 13-dikán történt, a Hartley-Krause módszere szerint. A temporalis csontlebeny villamos körfürészszel készittetett ki. A lebeny az arczra lehajtatott, D. óvatosan leválasztja a dura matert a koponyaalapról és behatol a foramen spinosumig, a hol az art. meningea mediát leköti és átmetszi. Ez a műtét legveszélyesebb része, mert ha a lekötés bármi okból nem sikerül, könnyen nagy vérzések keletkeznek, a melyek a műtét folytatását gátolják, sőt újabban König, Finney és Fowler eseteiben a beteg halálát okozták. Dollinger ezen, valamint az egy esztendő előtt operált esetében a lekötés jól sikerült. Ezután előrehatolt a ganglionig és annak felületéről választotta le a dura matert, a mi azonban nagy nehézséggel járt és itt azon kérdést veti fel D., vajjon ezen erős összenövés és a neuralgia között nincsen-e oki összefüggés? A leválasztás a 3-dik és a 2-dik ágról, valamint a dúczról megtörténvén, D. a dúczot erős csípővel megfogja, a két idegtörzset a koponyából való kilépés előtt átvágja és a trigeminusgyököt kitépi. Az első ágat a sinus megsértésének veszélye miatt nem szokás külön átvágni, hanem az a ganglionnal együtt csak kitépetik. Ezen kitépést ez esetben vivőeres vérzés követte, valamely nagyobb vivőérből vagy a sinusból, a melyet D. előbb az áital igyekezet elállitani, hogy a spatulát, a melylyel a segéd a műtét alatt az agyat felemelte, eltávolíttatta és az agyat reá engedte nehezkedni a vérző edényre, de miután ez nem használt, egy jodoformos mulltampont nyomott a vérző helyre, annak végét a koponyaüregből a csontlebeny mellett kivezette és miután meggyőződött róla, hogy a vérzés elállott, a lebenyt felhajtva, a koponyaüreget becsukta. A beteg pulsusa a műtét előtt 74 volt, a trigeminusgyök kihúzása idejében 120-ra emelkedett, nehány percz mulva 110-re, később 100-ra szállott alá. A pulsus 16-dikig 100 körül maradt; ekkor leszállott 84-re, 18-dikán pedig a rendesre. A dura leválasztásakor a dúczról az előbbeni megszakittatott, mire még a műtét alatt agyvíz folyt elő, ez másnap átáztatta a kötést anélkül, hogy ezért agybeli tünetek mutatkoztak volna. A műtét után a beteg jobb arczfele erősen izzadt és ez 5 napon keresztül tartott. A műtét után D. erős enopthalmust vett észre, a mely a tavaly műtött betegnél is megvolt. Abducens bénulás ez esetben nem mutatkozott. A beteg oldalon a szemet csak egy napig kötötték be Grósz Emil ajánlatára, addig t. i., a míg a beteg a chloroform hatása alatt állott, azután többé be nem köttetett, és daczára annak, rajta semmi secundaer elváltozás nem állott be. Műtét után való harmadnap D. a koponyán ajtót nyitott, a csontlebenyt kinyitotta, a tampont az agy alól kihúzta és miután meggyőződött, hogy vérzés már nincsen, az ajtót ismét és most véglegesen becsukta és a bőr széleit egynehány varrattal a helyére erősítette. Az egész gyógyulás simán ment. A beteg a műtét után kitünően aludt, olyan jól a mint 15 esztendő óta nem, másnap rövid időre felkelt, a mit azután is mindennap megismételt. A csontlebeny odanőtt a helyére. A trigeminus elágazási területén az arcz érzéketlen, hasonlóképen a nyelv jobb fele és a jobb szem szarúhártyája. D. ezután még bemutatja az első műtött betegét, a kit egy esztendő előtt operált, a kinél a műtét után a műtét oldalán, a trigeminus első gyöke mellett a sinus cavernosusban végighuzódó nervus abducens bénulása mutatkozott, a mely azóta teljesen elmult.

(Folytatása következik.)

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXX. vándorgyülése Szabadkán.

(Sebészeti szakosztály ülései augusztus 28—30.)

Dollinger Gyula: A féregnyújtványgyuladásról tart előadást, melyet e lap más helyén egész terjedelmében közöltünk.

Lévai József: A vakbélgyuladás sebészi kezeléséről értekezik.

Az első appendicitisroham gyógykezelése a belgyógyászt illeti meg. Ha e roham nyom nélkül elmult, a műtét szóba sem jő. Ha a rohamok ismétlődnek, ez annyiban is elég bizonyíték arra, hogy az appendix beteg és nem tud spontan meggyógyulni, tehát eltávolitandó még akkor is, ha objectiv lelet nem bizonyítja, hogy kóros. Minden esetre kiirtandó az appendix, ha az appendicitis roham lezajlása után objectiv bizonyitékokat találunk az appendix kóros volta mellett, ez esetben kiirtandó akkor is, ha csak egy és ha könnyű rohama volt a betegnek.

Előadó kifejtett elveit észlelt eseteinek kórtörténeteivel és műtét útján nyert appendix készítményeinek bemutatásával is támogatja.

Genersich Antal: Őszinte örömmel elismerve a műtevő sebészet napirenden levő fontos kérdésében tartott előadásoknak alakra és tartalomra nézve jeles voltát, azokhoz kórboncztani tapasztalatai alapján némely megjegyzést kiván tenni.

1. *Dollinger Gyula* kifejezett nézetével szemben nem tartja bebizonyítottnak, hogy a féregnyúlvány ép állapotában a bél felől el volna zárva, illetőleg, hogy béltartalmat nem fogadna be; tapasztalata szerint a féregnyúlvány nemcsak kóros viszonyok közt, hanem teljesen normalis állapotában is híg vagy sűrűbb bélsarat tartalmaz, azzal ki van töltve és kivett belen a vékonybél felől úgy levegővel, mint híg vagy sűrűded anyaggal csekély nyomás alatt könnyen megölthető, s a belbe öntött anyag átmetszés után a féregnyúlvány sebéből kifoly.

Még tályogképződésnél is lehetséges, hogy önkéntes átfúródás útján szerencsés gyógyulás következik be s másfelől nem tartja kizártnak, hogy a tályog tartalma appendicitis esetében ép úgy, mint más genyedésnél eltokoltan, a szervezetre nézve ártalmatlan módon veszteg maradjon vagy lassú felszivódás útján eltünjék.

2. *Lévai József* tagtárssal együtt nagyon sajnálja, hogy az appendicitis elnevezés lábra kapott. Megérthetés szempontjából szükséges lett a klinikust vagy a klinikát megnevezni, a mely a hullát beküldte, sebészi appendicitisről és nőbeteg appendicitisről szólni, de megesik az is, hogy egy szerencsétlen asszonyban a sebészi appendicitis nőgyógyászati appendicitist létesit s azért czélszerű volna e kétértelmű szó helyett a nyelvtanilag hibás vermiculitist, vagy a mi egyszerűbb, a régi perityphlitist használni, de most az appendicitis név divik s mi ezen nem változtathatunk.

Lévai tagtárs azon véleményét, hogy a féregnyúlvány gyuladása önként, illetőleg conservativ kezelésnél csak ritkán, csak kivételesen gyógyul meg, nem fogadhatja el, mert elég gyakran találunk bonczolásnál esetleges leletként különböző módon összetöpörödött, kérgesen odaforrott, a lezajlott gyuladás kétségtelen jeleit magán viselő féregnyúlványt oly egyén holt testében, ki semmi eféle bajról nem panaszkodott s e tekintetben hivatkozik Ribbert* értekezésére is, ki a féregnyúlvány összetöpörödését, mely gyuladásos folyamat nélkül nehezen képzelhető el, oly gyakran találta, hogy mintegy normalis involutionak tartja.

Ha az előadó túlságos optimismusnak tartja, hogy conservativ kezelésnél az appendicitis 10%-a meggyógyul, úgy felszólaló még sokkal nagyobb optimismusnak véli előadónak azon nézetét, hogy az idején operált esetek közül csak 1%-a halna meg.

Tekintve a kórisme nehézségeit, mert a féregnyújtvány kitapintása a hasfalon át vagy más úton talán még sem oly könnyű dolog; tekintve az appendix műtét nehéz voltát és az azzal járó különféle esélyeket, melyek miatt életveszélyes lesz; tekintve mindazon hátrányokat, melyeket maga a műtét a betegre hozhat, összenövéseket, sipolyt, hassérvet: nagyon is méltánylandó mindaz, mit Dollinger tanár a műtét indicatioit illetőleg mondott és a maga részéről különösen hangsúlyozandónak tartja azt, hogy ezen életbe vágó műtét csak is nyomós okból, csakis a belgyógyászatban legjobbnak bizonyult eljárás (opium, nyugalom) sikertelensége esetén és csakis jelesen képzett műtő által, a hassebészet minden követelményeinek megfelelő helyen és a kellő segédlet mellett eszközlendő.

Dollinger Gyula: Igen nagyra becsüli a kórboncztan által nyújtott felvilágositásokat, hisz klinikai ismereteink nagy része ezeken alapul. G. tanár felszólalására megjegyzi, hogy a féregnyújtvány az élőben még sem fog oly könnyen megtelni a bél tartalmával, mint a hogy megtelik a hulla belébe fecskendezett folyadékkal, mert az élőnél a körkörös izomzat összehúzódásával is szűkíti a lument. A mi a természet gyógyító erejét illeti, abban ő is bizik, hiszen 70%-ot a természet gyógyít meg, de ha a betegnek egyszer tályogja van, akkor nagyon ritka kivétel számba megy az olyan eset, a mely önmagától meggyógyul, mert a tályog perforatioja a bélüregbe és kiürülése ez úton még mindig nem jelent gyógyulást, mert a bélből viszont septikus anyagok jutnak a tályogba, a melyek a beteg helyzetét súlyosabbá teszik, mint a perforatio előtt volt. A mi azon kérdést illeti, vajjon a második roham után operáljunk-e, vagy pedig még tovább várakozzunk, D. hivatkozik Smith tapasztalatára, a ki azt állitja, hogy a második roham következtében 7 beteg közül 1 meghal, hogy tehát a második roham veszélyesebb egy typhus abdominalisnál. Jó eredményt érhetünk el sebészeti gyógykezeléssel még a 4—5. roham után is, de kérdés, hogy a beteg megéri-e a 4—5. rohamot.

Lévai előadására megjegyzi, hogy nagyon alacsonyra teszi a spontan gyógyulás eseteit; azok nem 10%-ot hanem 70%-ot tesznek ki.

Genersich A.: Az ellen, hogy a conservativ kezelés után lefolyt appendicitis egyszeri ismétlődése a műtét absolut indicatioját képezné, szót emel, a mennyiben a baj a 2-ik és 3-ik roham után is elmaradhat és másfelől a sebészi kimutatások szerint még az 5—10-ik roham után műtett esetekben is kedvező sikert értek el.

Azon súlyos esetekre nézve, melyeket Dollinger tanár utóbb felemlitett, mikor is 7 eset közül egy a műtét által megmenthető, de műtéti beavatkozás nélkül valamennyien menthetetlenül elpusztulnak s a sebész a rossz prognosis teljes tudatában az egy esetre való tekintetből a műtétet tisztán emberségből véghez viszi, megjegyzi felszólaló, hogy a kórboncznoknak alkalma van oly eseteket látni, a melyekben a szervezet önszabályzó ellenhatása alatt a belek között fekvő, a medencze-űrt kitöltő nagy genygyülem befakadása a végbél alsó részébe vagy a hüvelybe néha oly kedvezően történik, hogy a látszólag reménytelen eset utóvégre mégis meggyógyulhat, azért absolut halálos itélet ki nem mondható.

Verebélyi László inditványozza, hogy az ülés köszönetét fejezze ki Dollinger tanárnak tanulságos és kimerítő előadásáért.

Dollinger Gyula: Az epekőbetegségről és annak sebészeti gyógykezeléséről tart előadást.

Leirja az epeköképződést és az azt kisérő különböző epeútbetegségeket, úgymint az epehólyag hurutos gyuladását, a genyes epehólyaggyuladást, az epehólyag körüli adhaesiv és genyes gyuladást, az epe-

* Ribbert: Virchow Archiv 132. 661.

hólyag hydropsot és zsugorodást, végül az epehólyagrákot, a mely kórbonczolati statistikák szerint az epekő izgatása által előkészített talajon az epekőbetegség 14%-ában lép fel.

Áttér ezen különböző kóralakok symptomatologiájára és végül a gyógykezelés indicatioira. Ezeket illetőleg egyetért Kehrrel és így belső szerelésre utasítja a heveny choledochus elzárást, az epehólyaghurutot, a mely a kő kiséretében lép fel, ha a rohamok ritkák, de még akkor is, ha a rohamok gyakoriabbak, ha a roham alkalmával kő távozik, továbbá köszvényesek, szívbajosok, diabetikusok epekövei. Mindezeknél karlsbadi kúrát ajánl, míg másrészt a leggyakoribb indicatiot a műtétre az idült choledochus-elzárás, a hólyagban levő epekövek, a melyek sok bajt okoznak, a hydrops és az empyema cystae felleae képezik. Ha ezen esetekben nem operálunk, akkor a beteget nagy szenvedéseknek teszszük ki és olyan súlyos complicatioknak, a melyek nagy valószinűséggel életébe fognak kerülni. Áttér azután a sebészeti technikára, a melyet rövid körvonalaiban ismertet és műtött eseteinek vázolására. Az értekezést lapunk egész terjedelemben közölni fogja.

Genersich Antal: A cholelithiasis gyógyitása czéljából végzett különböző műtétek nehézségei természetesen annál nagyobbak, minél komplikáltabbak a viszonyok a baj hosszas fennállása miatt, minél több összenövés, átfúródás jött létre és a műtét keresztülvitelének nehézségeivel majdnem egyenes arányban fogy a kilátás arra nézve, hogy a műtét kedvező és teljes sikert érjen. Így tehát nagyon természetes a sebész kivánsága, hogy az epekőben szenvedő egyén minél hamarább határozza el magát a műtétre, mert így könnyebb lesz a műtét és nagyobb a kilátás arra, hogy sikerüljön.

Azonban tekintetbe véve azt, hogy 1. az epekő felette gyakran elviseltetik a nélkül, hogy számbavehető bajt okozna s az epekő az esetek legalább 90%-ánál mint esetleges bonczlelet kerül szemünk elé;

2. hogy azon esetek nagy része, melyekben az epekő tényleg bajt okozott, a conservativ gyógykezelés alatt javul s meg is gyógyul s ez úton még a baj legsúlyosabb eseteiben is nem épen ritkán jó eredmény érhető el;

végül 3. tekintettel arra, hogy a műtét nemcsak nehéz és kényes, hanem a legnagyobb szakavatottsággal keresztül vive is már önmagában súlyos következményekkel járhat, de még ha legjobban sikerült is, nem óvja meg a beteget újbóli köképződéstől, hiszen még a varrat fonalai is köképződésre alkalmat szolgáltathatnak: kórbonczlani tapasztalatai szerint nem tartja ezen súlyos műtétet előbb indokoltnak, míg minden meg nem történt, mit a belgyógyász tehet és akkor is jól megfontolt egyéni indicatiok alapján.

A kövek spontan átfúródása a nyombél, a gyomor, a remese felé csakugyan némely esetben további súlyos következményekkel jár, a mennyiben a létesült természetellenes nyilás felől a béltartalom s vele együtt pathogen bakteriumok az epeutakba juthatnak, cholangitist és májtályogot okozhatnak s maga is már 25 év előtt épen az előpataki vándorgyülésen egy ily esete kapcsán figyelmeztetett arra, hogy az ilyen rendellenes nyilás útján az epeút és az epehólyag a bél felől levegővel is megtelik és cholangitis jön létre. De hát ez nem minden esetben történik, sokszor az átfúródás billentyűszerű széle, vagy a nyilásnak és környékének utólagos heges zsugorodása, a szervek sajátságos fekvési viszonyai következtében a természetellenes közlekedés hátrányai elmaradnak és utóvégre is az ilyen esélyektől a sikeres műtét sem óvja meg a beteget, a visszamaradt külső és belső sipolyok, az epének kiszivárgása a hasűr egy rekeszébe vagy épen a hasűrbe, szintén nyomorékká teheti a beteget s életveszélylyel fenyegeti.

Dollinger teljes mértékben csatlakozik Genersich tanár azon felfogásához, hogy a míg kilátás lehet reá, hogy a beteg műtét nélkül a természet gyógyító ereje folytán vagy belső kezeléssel, különösen a karlsbadi kúra mellett meggyógyulhat, semmi esetre nem szabad operálni, de a midőn azt látjuk, hogy a beteg ez úton meg nem gyógyulhat, akkor nem szabad a műtéttel habozni, nehogy a túlhosszú várakozással a beteg túlságosan elgyengüljön és ez által a műtét chanceai nagyon kedvezőtlenek legyenek. Különben operált eseteit majdnem mind az egyetemi belgyógyászati klinikákról kapta, azok ott pontosan észleltettek, minden belgyógyászati gyógykezelésen, a mely reményre nyujthat kilátást, keresztülmentek és műtétre akkor kerültek, a midőn a belgyógyász azon gyógykinceseit, a melyek más esetben gyógyuláshoz vezettek, teljesen kimerítette.

Winternitz Arnold: Az appendicitis aetiologiájáról tart előadást, a mely e lapban részletesen fog megjelenni.

Genersich Antal: Winternitz Arnold tagtárs előadását illetőleg még egyszer megjegyzi, hogy a féregnyúlvány elszigeteltségét a bél ürétől el nem fogadhatja; egyfelől igen gyakran találni friss béltartalmat az ép féregnyúlványban és csöve a hullában könnyű szerrel levegővel, híg és sűrűn folyó anyaggal megtelik, de másfelől a féregnyúlvány nyilásánál semmiféle berendezés nincsen, mely az élőben a bélsár bejutásnak útját állana. Mindazon helyeken, hol a tápcső tartalmának bejutása a szervezeti háztartásra nézve veszélylyel jár, sajátos berendezés (billentyű, ferde befakadás) által gondoskodva van arról, hogy a béltartalom be ne mehessen, így például a nyombelek levegővel, folyadékkal megtöltve, ez anyagok a nyomás fokozódásával szétrepeszthetik a bél falát, de sem levegő, sem egy csepp folyadék nem hatol be a ductus choledochusba. A féregnyúlvány befakadása helyén néha találunk ugyan egy sekély nyakhártyaredőt, de ezen Gerlach-féle billentyű, még ha jól fejlett is, a bélsár behatolását a féregnyúlványba nem akadályozza meg, arról egyszerű kisérlet útján meggyőződhetünk.* Ily viszonyok közt felszólaló el sem képzelheti, hogy a normalis féregnyúlvány tartalma sterilis legyen és sajátszerű abnormalis viszonyoknak tulajdonitja, hogy W. a féregnyúlványban levő nyákot sterilnek találta.

Nem vonja kétségbe azt, hogy a féregnyulvány szűkülése esetén az elzárt részletben megrekedt bacteriumok virulentiája bizonyos viszonyok közt fokozódhatik, hanem ellentétes tapasztalatokkal is rendelkezünk arra nézve, hogy elzáródás esetén a veszteg maradt bacillusok meggyengülnek és tönkre mennek* s így tehát nézete szerint a féregnyúlvány megbetegedése, illetőleg sticturája önmagában még nem tekinthető kielégitő oknak arra nézve, hogy resecáltassék, ha pedig ép a féregnyúlvány, akkor lemetszése indokolatlan és elhagyandó, mert hát a lemetszés önmagában, még ha ügyes sebész végzi is, bizonyos veszélylyel jár; kórbonczlnoki működése alatt oly esettel is találkozott, melyben a halálos peritonitis épen a levágott processus vermicularis csonkjából bélgázak és bélsár kiszivárgása által okoztatott.

A féregnyúlványt állandó jelenvolta és magas organisatioja mellett nem tekintheti olyan haszontalan függeléknek, mint azt előadó teszi, s egyelőre nem hajlandó a saját féregnyúlványát nyomós ok nélkül feláldozni, bár élettani fontosságát exact vizsgálódások hiányában bebizonyitani nem tudja.

Makara Lajos: A narkosis és a local-anaesthesia.

A bódítás veszélyeit teljesen kiküszöbölni nem sikerült. A hosszabb tartamú narkosisokra ma is csak a chloroform és aether közt van választásunk. A narkotikumok körül folyó vitánál fontosabb *a narkotizáló iskolázottsága és állandó figyelme*, miért is erre az orvosokat nevelni kell.

A bódítás veszélyei, körülményessége és a megbizható segéd hiánya teszik érthetővé a helyi érzéstelenítés rendkivül fontosságát, főleg a mindennapi és a vidéki orvosi gyakorlatban.

A helybeli érzéstelenítés tényezőinek és módjainak ismertetése után véleményét a következőkben adja:

1. A *Schleich-féle* infiltratios és az *Oberst*-féle regionaer anaesthesiának van legtágabb alkalmazási köre. Bizonyos esetekre czélszerű marad a *Reclus* és *Hackenbruch* módszere, valamint a *fagyasztás* is.

2. *Anaemia* mellett a local-anaesthesia hatása tökéletesebb és tartósabb, azért a hol lehet, támogassuk strangulálással.

3. A helyi érzéstelenítés módjának helyes megválasztása, kiméletes alkalmazása és kifogástalan eszközök mellett szükséges a megfelelő *gyakorlat is*; tapasztalás szerint idővel mindnyájunk eredményei javulnak.

4. A cocainum muriaticum mellett az *eucain* B. és a tropacocain váltak be a gyakorlatban. Minthogy az utóbbiak kevésbbé mérgezők, oldataik nagyobb mennyiségben alkalmazhatók veszély nélkül.

Minden oldathoz adjunk 6/10 % konyhasót, hogy *osmotikusan közömbös* legyen, így sem az infiltrálás nem fájdalmas, sem utófájdalmak nem mutatkoznak. A morphium a Schleich-féle oldatokban helybelileg fölösleges.

5. Habár a local-anaesthesia a nagy műtéteknél is bevált, a narkosist teljesen nem pótolhatja. Sem a sebésznek, sem a betegnek nem teszünk jó szolgálatot, ha a narkosis alkalmazását a kelletén túl korlátozzuk.

6. A local-anaesthesia a narkosisok számát jelentékenyen leszállította, alkalmazásával az ambulans gyakorlatban is sok fájdalomtól megkimélhetjük betegeinket.

Jutassy József: Lupus vulgaris, lupus erythematodes, ekzema chronicum, naevus vasculosus és hypertrichosis Röntgen-fénynyel kezelt esetei betegbemutatásokkal. (Ezen előadást egész terjedelmében közöltük.)

Mohr Mihály: Az influenzával egybefüggő szembántalmakról tart előadást. Vázolja az influenza történetében a szem részéről felmerült szövődményeket, melyek különösen az utolsó influenzajárványok alatt észleltettek pontosan. Hangsúlyozza, hogy a szembetegségek nem szaporodtak, de a szem megbetegedései gyakrabban észleltettek. És pedig alig van része a szemnek, mely meg nem támadtatott volna. Nem ritkák ugyan a súlyos, megvakulással végződő esetek, de általában véve mégis szerencsés kimenetelűek legnagyobb részben.

Összefoglalja a mások észleleteit az irodalom alapján, és ehhez eseteiből is fűz nehány esetet.

Lovrich József: Adatok a tubaris terhesség megrepedéséhez. (Egész terjedelmében közöljük.)

Schwartz Félix: „Bába-káté" ismertetése.

Illyés Géza: Új hydrocele műtétről Winkelmann szerint.

Schleich-féle oldat bőr alá fecskendésével érzéstelenitjük a műtéti területet. Bemetszés a bőrön, a hydrocele zsákjának felhasítása olyan terjedelemben, a milyen hosszú a here, hogy azt a nyiláson keresztül ki lehessen bujtatni. A hydrocelefolyadék elfolyása után a herét a nyiláson keresztül előhúzzuk s a tunica vaginalis propriát keztyűszerűleg kifordítjuk; hogy pedig vissza ne fordulhasson, a hasadékot, melyen át a herét kibujtattuk, kisebbítjük egy-két csomós varrat alkalmazása által. Most az egész herét a kifordított zsákkal együtt a borékba visszahelyezzük, úgy hogy a kifordított tunica vaginalis propria felülete egész terjedelmében a kötőszövetes tunica vaginalis communissal érintkezik s vele összenő, a mint a végzett állatkisérletek bebizonyítják. A műtétet több esetben ambulanter végzi, negyedik napon a fonalak eltávolítása, 7-dik napon teljes gyógyulás. A műtét tehát rendkivül egyszerű, ambulanter végezhető, gyógytartam nagyon rövid, káros utókövetkezményei nincsenek.

* Lásd egyébként Gläser munkáját: Czerny, Heddaeus und die Behandlung der Appendicitis. Hamburg: W. Mauke Söhne, 1899.

* Roger és O'Josué: Revue de médicine. 1896. VII. 10.

Zimmermann Károly: A lymphoma malignum kérdéséhez.

Részint a meglevő közlésekre, részint egy általa észlelt lymphoma malignum esetre támaszkodva, melynek véréből a tuberculosis-bacillust tenyésztette ki, a lymphoma malignum kérdését következőképen fogja fel:

1. A lymphoma malignum, pseudoleukaemia, adenia, leukaemikus lymphoma nem autonom újképlet, hanem infectios, irritativ eredetű.

2. Leggyakrabban a tuberculosis-bacillus által idéztetik elő, tehát czélszerűen adenia tuberculosának volna nevezendő.

3. Hogy eddig nem találták meg a tuberculosis-bacillust mint a pseudoleukaemia kórokozóját, onnan van, mert nem keresték, tehát a régi casuistikákra támaszkodni alig lehet.

4. A tuberculin reactiot czélszerű volna felhasználni lymphoma malignum esetekben a tuberculosis kizárására.

Tuszkai Ödön: A méh- és gyomorbántalmak közötti összefüggésről.

Huber Alfréd: A syphilis orvoslásáról.

Előadó kimutatja részletes statistikai adatok alapján, hogy a tertiaerismus jóval gyakoribb nőknél mint férfiaknál, a minek oka, hogy nőknél a primaer stadium a legritkább esetben, a secundaer stadium pedig rendszerint tökéletlenül kezeltetik specifikus gyógymódokkal. Nem hangsúlyozhatja eléggé, hogy a syphilist, mihelyt azt felismertük, azonnal és pedig a legerélyesebben kezdjük gyógykezelni.

A tertiaer syphilis gyógykezelését illetőleg a saját tapasztalatai alapján feltétlenül a higanykezelésnek adja az elsőséget; imminens, az életet veszélyeztető esetekben az erélyes inunctios vagy injectios kúrától várhatunk eredményt.

Csillag Jakab: A gonococcusvizsgálat technikájához.

Dirner Gusztáv: A nő sterilitása köréből.

Meddőséget okozó localis genitalbántalmak sorából a hypoplasia és az atrophia uteri azon eseteire hivja fel a figyelmet, a hol feltehető, hogy a veleszületett vagy szerzett okoknál fog kicsinynek maradt vagy kicsinnyé lett méh az általános erősítő kúrák mellett localis kezeléssel növekedésnek indítható.

A hypoplasia uteri esetei sorából az uterus pubescens az, mely ilyen localis therapiára szorul, ha 3—4 évi házasság és egyéb, az egész szervezetet, ép úgy, mint a belső genitaliákat anyagcseréjében és functioiban élénkítő kúrák (vasas fürdők, tengerpart, stb.) után sem mozdul meg és steril marad.

Az atrophia uteri eseteiből csak a lactatio folytán és a későn fellépett chlorosis következtében fejlődött atrophiákat sorozza a gyógyuló esetek közé, legtöbbször minden helyi gyógykezelés nélkül.

A localis therapiában elterjedt eljárásokat kritice felsorolva, azt az ajánlatot teszi, hogy ezek mellett végeztessenek az ilyen steril kis méhen hetenkint egyszer, de mindig csak 6—8 órára terjedőleg tágítások laminaria digitata pálczikával.

Rámutatva a méh tágításának veszélyes voltára, figyelmeztet az itt követendő elővigyázati szabályokra, úgy a hüvelynek fertőtlenítése, mint a laminaria-pálczikáknak antiseptikussá tétele tekintetében.

Végül két esetéről számol be, a hol hosszabb haszontalan gyógykezelés után a laminariazást segítségül véve, 1—1½ év mulva sikert ért el.

Berger Ferencz: Állcsont és állkapocs hiányának pótlásáról.

Egyes esetek kapcsán mutatja be, hogy miképen kell pótolni a műtét folytán eltávolított állkapcsot: úgyszintén a lues tertiana alakjainál gyakori keményszájpad-, és orrhiányok teljes pótlását. Reáter az orr és fül külső pótlására. A veleszületett állcsonthiányoknál a műtét kivihetetlenségénél vagy rosszul sikerült műtét után obturatort tart szükségesnek alkalmazni. Kiemeli azt, hogy a műtét után obturatort használjon a beteg.

Minden esetben pedig beszédgyakorlatok végeztessenek szakszerűen: mert a legjobban operált eset is e nélkül functionalis eredményt nem mutat fel, mert az izmok atrophikusak.

Végül áttér a beszéd és hangzási gyakorlatokra.

Szenes Zsigmond: Közlemények a fülsebészet köréből.

a) Melanosarcoma alveolare gigantocellulare auriculae. A 40 éves férfibeteg jobb fülkagylóján számos különböző nagyságú, málna és diónyi, helyenkint karfiolszerű, itt-ott exulcerált kemény göbök, ezek között igen sok kölesnyi kékes festenyfolt látható, mely utóbbiak még a külső hangvezető alsó falán, úgyszintén a tragus előtt az arczon is láthatók.

Mult év szeptember 26-dikán végezte az ablatio totalis auriculae-t a külső hangvezető és az arcz melanótikus helyeinek kimetszésével; 3 és fél hónappal a műtét után az egyén tuberculosis miliaris pulmonum miatt elhalt; az autopsia sehol metastasist nem derített ki.

b) Osteoma liberum meatus auditorii externi. Az 50 éves nőbeteg 14 éven át szenvedett jobboldali fülfolyásban, utóbb ez csökkenni kezdett, midőn a hangvezető külső nyilása kitelődött kemény testtel; néhány nappal a jelentkezés (1898. VI. 3.) előtt a fülkagyló alatti táj a csecsnyújtvány és angulus mandibulae között duzzadni kezdett, facialisparesis kíséretében.

A beszűrődött tájra rögtön eszközölt jegezés daczára ötödnapra kifejezett fluctuatio; mély bemetszésre kávéskanálnyi bűzös geny ürült.

A külső hangvezető nyilását kitöltő csontképlet pince segélyével mozgatható volt, nagyobb körfogata miatt azonban csakis a fülkagyló leválasztása után került ki.

Az eltávolított csontos képlet a külső hangvezető hátsó felső csontos falának egy vájulatában feküdt.

Ez esetben tehát kezdetlegesen dobűri genyedés állott fenn, ennek complicatiojaként tekinthető az osteoma növekedése, míg a fülkagyló alatti tályog tisztán sülyedésre vezethető vissza.

A hallást javító eszközökről czímű előadásban Szenes néhány közkézen forgó eszközt mutat be, melyek az illető szerzők részéről bár physikai törvények alapján szerkesztettek, a hallásbeli functiot mégsem képesek megjavítani minden esetben.

Váli Ernő: A külső hangvezető elzáródások sebészi feltárásáról.

1. Prophylactikus szempontból a művi beavatkozás okvetlenül bevezetendő (indicatio vitalis).

2. Nem kell egyáltalán tekintettel lenni arra, hogy a művi eljárás után a többé-kevésbbé lefokozott hallóképességet megjavíthatjuk-e vagy sem; mert ez a kérdés és feladat mindenkor csak másodrangú jelentőségű.

3. Nem minden atresiát idéz elő a dobcsont (dobgyűrű) hiányos vagy túlfejlődése; miért is előbb a külső hangvezető elzáródást kell megkisérleni feloldani s csak ennek sikertelensége után kell kiépíteni a csatornát a proc. mastoideuson át; ennek állandósítását Thiersch-féle transplantatioval érjük el.

4. A műtétet fiatal korban, a csontos külső hangvezető végleges formatioja előtt helyes végezni.

Halász Henrik: A csecsnyújtvány trepanálása fogászati fúróval egy eset kapcsán. Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.

Zwillinger Hugó: Az énekhang zavaráról. (Közölni fogjuk.)

Popper Mór: Atonia prostatae czím alatt ismertet egy ismert tünetek csoportjából álló új betegséget. Objectiv tünete, a mint a neve is mutatja, az, hogy a prostata puha, laza, alig érezhető, elmosódott határú.

Tünetekként gyakori alvási pollutiok lépnek fel, melyek successive átmennek a defaecatiós, később mictiós spermatorrhoeába. Ezzel együtt a coituskor az ejaculatio folyton gyorsabban áll be, míg később az immissio előtt áll már be. Az erectio is folyton gyengébb, ritkább, végre oly kisfokú lesz, hogy immissiora képtelen. Ekkor impotentia jön létre. Az ejaculatio egyszerre megy végbe, nem lökésszerű részletekben, az ejaculatum egy szokatlanul nagyobb mennyisége visszamarad a húgycsőben.

Ugyancsak visszamaradnak a húgycsőben régi vizelet cseppek. Okát e bajnak a prostata túlságos működése folytán létrejött kifáradásában látja az előadó.

E kimerülés abusus in venere útján jön létre.

A gyógyítását e betegségnek az atonia javítása által eszközli. Ezen czélból a prostatát faradizálja a saját szerkesztette végbélprostata és húgycsőprostata electrodjaival.

Sántha György: Echinococcus-műtétek.

Tanárky Árpád: A magas hólyagmetszésről.

Bemutatja 12 magasmetszéssel végzett hólyagkő-esetét s az utolsó tiz év irodalmának e műtétre vonatkozó statistikájából kimutatja, hogy a sectio alta tulajdonképen sokkal veszélytelenebb műtét, mint a minőnek azt általában tartják. Előnyt ad e műtétnek a gátmetszés felett minden esetben, sőt sok esetben a morzsolás felett is.

Ajánlja a hólyag sebjének teljes egyesítését, s a hólyagnak Rasumovsky eljárása szerint a hasfalhoz való rögzítését. Esetei közül halálozás nem fordult elő s 50%-ánál a seb per primam gyógyult.

Feuer Náthán: A trachoma operativ gyógymódjáról.

Willheim Adolf: A trachoma gyógykezelése hajdan és most.

Schächter Miksa: Az éles kanál alkalmazásáról a sebészetben.

Borbély Samu: Adatok a húgykövek ismeretéhez.

A húgyhólyagkövet kiváltó ok a gyermekeknél a húgysavas vese infarctus, felnőtteknél a köszvényes diathesis, hol a gyermekkori infarctushoz hasonló infarctusos állapot van a vesében. Hogy hasonló viszonyok között élő gyermekeknél egyik esetben kifejlődik a hólyagkő, a másikban nem, annak oka physicalis.

A húgykövek endemikus jellege is felvett tény, ez különösen Magyarországra nem áll.

Már az első hazai statistikákban feltünő, hogy a közlő kórodák közelében sokkal több a kőbeteg, mint a távolabb fekvő helyeken.

Előadó a hazai kórodákat felkérte az ott megfordult kőbetegek utolsó öt évi statistikájának közlésére, a töredékes anyagból, mit igy kapott, kiviláglik, hogy a kórodákhoz közeli vidékeken sokkal több a kőbeteg, mint a kórodákhoz távolabb eső területeken.

A húgyműtéteknél három kérdés az, melyet birálnunk kell. U. m. 1. melyik műtét az, mely biztosit a recidiva ellen?

2. Melyik műtéthez járulnak kevesebb szövődmények s melyik viseli meg kevésbbé a beteget?

3. Melyik műtét adja vissza, jobban mondva, melyik műtét után marad meg a status quo anatomiai viszony?

Az első kérdésre, sajnos azt kell mondanunk, egyik sem. A legkevesebb szövődmény a lithotripsiánál s a gátmetszésnél van.

A lithotripsia az a műtét, mely nemcsak anatomiailag, hanem a beteg legkevésbbé való megviselésével is a legidealisabb húgyműtét.

A sectio alta, hogy infiltratiojával ma is veszélyes, bizonyitja az, hogy a cystopexiához fordultak ennek kizárására.

Cystopexiával tényleg szép a siker, de ne feledjük, hogy ez a hólyag anatomiai viszonyaiban hoz létre oly változást, a mely a recidivát nem hogy kizárja, sőt azt elő is segiti. *Illyés Géza* dr.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 48. számához. 4. SZ. Budapest, 1899. november 26.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. *Szontagh Félix dr.*: Fractura baseos cranii és következményi leptomeningitis trauma után, vagy pedig egyszerű meningitis tuberculosa? — *Ötvös József dr.*: Az elzüllött gyermekek gondozása. — *Preisich Kornél dr.*: Kisebb közlések a budapesti „Stefánia“-gyermek-kórházból. I. Lumbalpunctio, meningocele occipital. operált esetében. Gyógyulás. II. Torokdiphtheritis és gégecroup kiújulása serumgyógykezelés mellett. — Irodalomszemle: I. *Könyvismertetés.* — II. *Lapszemle.* — *Vegyesek.*

Fractura baseos cranii és következményi leptomeningitis trauma után, vagy pedig egyszerű meningitis tuberculosa?

Közli ***Szontagh Félix*** dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

Folyó évi április hó 29-én F. K. 5 éves fiucska eszméletlen állapotban vétetett fel osztályomra oly kórelőzménynyel, hogy 8 nap előtt földön játszva, elbotlott, hanyatt vágódott, állítólag tarkójára; utána mindjárt rosszul lett, hányt, orrából vér folyt; 4 nap óta gyakran görcs fogja el, felsikolt, nyugtalan, környezetét bántalmazza. A másnap felvett jelenállapotból s a kórlefolyásból a következők felsorolására szoritkozom: A gyermek korához képest jól fejlett, de feltünően *lesoványodott*; egész testét szorgosan megvizsgálva, külerőszaki sérelemnek nyomát sem lehet találni. Kis fokú tarkómerevség; szembetünő látakülönbség, a láták fényre nem reagálnak. Cornearefiex hiányzik, a conjunctivák belöveltek, helyenkint genyes váladékkal bevontak. Az arcz bőre hol kipirul, hol elhalványodik; igen kifejezett a vasomotorikus hüdés. Reflexek ki nem válthatók. A gyermek comatosus, nyugodtan fekszik, olykor felsikolt, karjait erős tremor kiséretében időnkint kissé felemeli, látszólag fejéhez akar nyulni, de csakhamar ismét lehanyatlanak azok. Alsó végtagjai csip- és térdizületben hajlitva tartatnak; has behúzódott.

A mellkasi és hasi szervek részéről semmi kóros elváltozás. Secessus voluntarii. Görvély- vagy gümőkórnak semmi nyoma. A szemfenéki lelet is negativ. (Dr. *Vidéky.*) Az egész bőrön elszórtan sűrűn bolhacsipések nyomai. Mindkét orrjáratban véralvadék, nemkülönben a garat hátsó falán is. A fülvizsgálat, melyet dr. *Krepuska Géza* magántanár rendelő orvos úr volt szives eszközölni, a következőket állapitotta meg: mindkét hangvezetőben kevés piros vér; a jobb dobhártya alsó mellső részén piros nedves vérrög. A bal dobhártya mögött kékes-piros reflex, mellső részén hasonlóan elhelyezett és hasonló tulajdonságú vérrög, mint a jobb oldalon. A két dobüreg gyuladásmentes. A dobhártyareflex gyenge fokban kiváltható. A hőfok, mely felvételkor 37·7 C° volt, másnap reggel 37·3-ra száll le, délután azonban 39·2-re emelkedik. Pulsus száma felvételkor perczenkint 60, másnap 72, légzés perczenkint 15—17. Május 1-én az állapotban semmi változás, kivéve, hogy az érverés száma délután 160-ra szökik fel.

Május 2-án lumbalpunctiót végeztünk. A gyorsan kiáramló folyadék eleinte majdnem olyan volt, mint a tiszta vér; csakhamar azonban, még pedig hirtelen feltisztult, úgy hogy a mérő üvegben az összesen kibocsátott 25 köbcentiméter folyadék két egymástól élesen határolt s körülbelül egyenlő nagyságú részletet tüntetett fel, az alsó teljesen átlátszatlan, erősen véres, a felső sárgás, átlátszó, czafattól mentes, tiszta volt. A lumbalpunctióval nyert folyadék tehát savó volt, vértartalma — igaz, feltünő nagy mennyiségben — csakis a szúrás sebéből eredhetett.

A punctio betegünk állapotán semmit sem változtatott, a pulsus száma folyton állandóan emelkedett, elérte a 192-őt, végre megszámlálhatatlanná vált s kis betegünk május 2-án éjjel meghalt.

Kérdés, mivel volt ez esetben dolgunk, vagyis mi volt a mi kórisménk a betegágynál? Az anamnesis értelmében a gyermek traumát szenvedett, de ha csak oly traumát szenvedett, minőt a kórelőzmény említ, úgy részemről majdnem kizártnak tekintettem, hogy a trauma ezt a súlyos állapotot és így a halált előidézte. Ezért is a kórisme felállításánál a kórelőzménytől, mint nem valószinűtől, el kellett tekintenünk. Mik szólottak azonban mégis — és pedig súlyos — trauma mellett? A vérzés az orrból és fülből. Hiszen ismeretes, hogy traumát követő vérszivárgás orr és fülből valószinűvé teszi a fractura baseos eranii kórisméjét (*Albert*, Lehrbuch der Chirurgie I. Bd. p. 146). Csakhogy óriásinak kell annak a traumának lennie, mely kétoldali fülvérzéshez vezet.

Esetünkben épen a két fül *egyező lelete* vezetett bennünket arra a gondolatra, hogy a vérzés úgy az orrból, mind pedig a fülből ez esetben valószinűleg más okból léphetett fel és az állítólagos traumával nem áll oki összefüggésben. De a koponya alapjának törése ellen szólott — még pedig elég nyomatékosan — azon körülmény is, hogy külső sérülésnek nyoma sem volt található. Ha pedig a fractura baseos cranii felvétele nem volt valószinű, úgy nem volt valószinű egy következményi genyes meningitis sem. Sőt ellenkezőleg: a kis fiúnál talált jelenállapot, a kórlefolyás, az egész kórkép, mit kis betegünk nyujtott, a meningitis *gümős* alakja mellett látszott szólani, hozzá véve még a *nagymérvű lesoványodást*, mely kis betegünk 4 napi kórházi tartózkodása alatt is *rohamosan* haladt előre. Tapasztalataim értelmében a rohamos és excessiv lesoványodás a heveny miliaris gümőkórnál és meningitis tuberculosánál értékes tünet lehet.

A punctióval nyert folyadék bakteriologikus vizsgálatának eredményét a diagnosis czéljából már nem értékesithettük, mert betegünk még ezen vizsgálat befejezte előtt meghalt.

Minnich dr. boncznok főorvos úr a bonczolatnál a következő leletet találta: Meningitis basilaris tuberculosa cum hydrocephalo acuto interno in sequelam thyrosis glandularum peribronchialium nucem avellanam adaequantium. Sanguis in meatu auditorio externo utriusque lateris sine ruptura membranae tympani. Enterorrhagia sine ulceribus verosimiliter ex epistaxi. Anaemia, atrophia universalis. (Fractura baseos cranii, suffusiones traumaticae desunt.)

Valószinűséggel tett kórisménket tehát a bonczolat igazolta. Ezek után az a kérdés merül fel, hogyan magyarázzuk azon vérzéseket, miket az élőn észleltünk s miknek jeleit a bonczolatnál is találtuk?

Azt hiszem, leghelyesebben járunk, ha felvesszük, hogy ez esetben egy lényegében fel nem derített haemorrhagikus diathesissel, tán haemophilia enyhébb alakjával volt dolgunk. Feltünő volt ugyanis, hogy a lumbalpunctio kis műtéte aránylag nagy vérzéssel járt, de még a bonczolatnál is a gerinczcsatornában a punctio helyén vért találtunk. A köztakarón a nagyszámú bolhacsipésekből eredő kis kékes foltocskák a rendesnél nagyobbaknak és intensivebbeknek tetszettek.

A nagymennyiségű vér a bélhuzamban minden valószinűség szerint az orrból eredt. Profus orrvérzések, igaz, minden diathesis nélkül is jelentkezhetnek, de mégis diathesis mellett szólhatna azon körülmény, hogy *Minnich* főorvos az orrüregeket szorgosan megvizsgálva, nyálkahártyájukat is teljesen épnek találta. Hasonlóképen nyilatkoznám a fülvérzést illetőleg is. Könnyen érthető, hogy agyhártyagyuladásnál a dobhártya vérbő, hogy azonban ez a vérbőség vérzést idézzen elő, úgy a dobhártya elé, mint mögé, ahhoz tán mégis vérzéses hajlam kell.

Utólag a gyermek anyjától a következőket tudtuk meg: Fia azelőtt 4 héttel esett le fejére egy másik gyermek hátáról, arra fölkapaszkodván; az esés után azonban nem vesztette el eszméletét, nem hányt és nem vérzett sem orrából, sem füléből, hanem csak a fej hátsó részén szerzett zúzott sebből. Továbbá a gyermek már azelőtt is nagyon gyakran vérzett az orrából. Az esés után 12 napra panaszkodott főfájásról és étvágyát elvesztette, egy hete pedig ágyban fekvő súlyos beteg. Ezen anamnesis értelmében a fiúcska már előzőleg is gyakran szenvedett orrvérzésben, a mi szintén haemorrhagikus diathesis mellett szólhatna. Az esés okozta sebzésnek megfelelő heget a fejen nem találtunk, meglehet azonban, hogy figyelmünket elkerülte, jelentékeny azonban nem lehetett, mert máskülönben megtaláltuk volna.

A mi a trauma és meningitis tuberculosa közötti oki összefüggést illeti, úgy az anyának nyugodt lelkiismerettel mondhattuk, hogy az esés nem okozta fiának a halálát; megnyugtathattuk az iránt, hogy gyermekének gyógyithatatlan betegsége az esés nélkül is beállott volna. Más kérdés azonban, vajjon tényleg úgy áll-e a dolog? Ha az anyának utólagosan elmondott anamnesise hitelt érdemel s hitelességét kétségbe vonni nincsen okunk, úgy ez esetben az esés aetiologikus szerepét egyszerűen negligálni csakugyan lehetetlen. Nem tartom ugyanis kizártnak, hogy a trauma ez esetben a meningitis tuberculosa fejlődésének alkalmi okául szolgált. Különben az agyhártyák gümős megbetegedése ez esetben sem volt elsődleges folyamat, az elsődleges gümős góczot itten is, mint annyi sok másban, a hörgi mirigyekben találtuk meg.

Kapcsolatban ezen esettel néhány szót mondanék még a koponya alapjának töréséről gyermekeknél. Ezen mindenkor szerfelett aggályos sérüléssel a gyermekkorban aránylag nagyon ritkán találkozunk azon egyszerű oknál fogva, mert gyermekek ritkábban vannak kitéve ezen súlyos sérülések eshetőségének, mint felnőttek, ez utóbbiak gyakrabban már foglalkozásuknál fogva is.

Fiatal életű osztályomon mindazonáltal máris két idevágó esetet volt alkalmunk észlelni szemben a most leirt esettel. Röviden ismertetem őket.

Mult évi október hó 23-án J. L. 10 éves fiú mély comában hozatott osztályunkra oly kórelőzménynyel, hogy öt nappal előtte létráról, több méter magasságról a földre zuhant. A talált tünetek (magas láz, nagyfokú tarkómerevség stb.) kétségtelenné tették a meningitis kórisméjét, míg a vérszivárgás az orrból és jobb fülből, nemkülönben kötőhártya alatti vérsuffusiók a jobb szemen koponyaalapi repedést engedtek felvenni. Alig 24 órai kórházi tartózkodás után a fiú meghalt. A bonczolatnál dr. *Minnich* főorvos úr tényleg igen súlyos koponyaalapi törést talált, a mellső lépcső kezdetétől a foramen jugulareig terjedő repedés alakjában jobboldalt, baloldalt pedig zegzugos repedés alakjában a bal szemgödörtetőn, mely a jobboldalit a crista galli hátsó szélén keresztezte, ezenkivül rostonyásan genyes lágyagykérgyuladást, főképen az agy alapján.

A 2-ik eset egy 4 éves fiúcskára vonatkozik, ki mult évi deczember hó 27-én mély soporosus állapotban került osztályunkra azon anamnesissel, hogy játszótársa kocsi alá lökte. A koponyán és arczon látható volt külső sérülésnek jelei valószinűvé tették, hogy a kocsi kereke jobbról felülről balra lefelé ment a homlok illetőleg arczon keresztül. Minthogy az orr csontjai is horpasztást szenvedtek, a napokig tartó vérszivárgás az orrból a fractura baseos eranii kórisméjének javára nem volt értékesíthető, de úgy szólva bizonyossá tette ezen kórismét a folytonos vérszivárgás a bal fülből a megrepedt dobhártyán keresztül, továbbá a baloldi facialis bénulása és egy a koponyán hallható systolikus zörej (aneurysma?), melynek punctum maximuma a baloldali csecsnyujtvány fölött volt. Napokig tartó sopor, mérsékelt lázak, genyes otitis daczára a fiúcska teljesen felgyógyult, a zörej, mely egy hónap mulva is változatlanul fennállott, subjectiv közérzetét úgy látszik legkevésbbé sem alterálta.

Az elzüllött gyermekek gondozása.*

Ötvös József dr., az országos közegészségi tanács rk. tagja.

I.

Boldogult nagynevű törvényalkotónk s jogtudósunk, *Csemegi Károly* szavaival élve *„a gyermekek védelme az erkölcsi megromlás contagiumától a legnemesebb, a legáldásosabb, de egyszersmind a legkomplikáltabb feladat, mely az újkor számos kitünőségét, az államokat, úgymint az egyeseket és társulatokat kiváló mértékben foglalkoztatja“.*

Ha valamely társadalmi epidemiát akarunk kiirtani, előbb az epidemia okaival s természetével kell megismerkednünk, hogy azután a sociologia örök igazságú természeti törvényei között feltaláljuk azt, mely a baj gyógyszeréül alkalmas.

Ily társadalmi epidemia a gyermekek elzüllöttsége.

Az elzüllött gyermekek alatt értjük első sorban a 16 éven aluli csavargó, kolduló, anyagilag s erkölcsileg elhagyott gyermekeket, kik már magukban hordják a bűn csiráit, másodsorban a fiatal bűnösöket.

A csavargás okai, hogy a gyermek szülői korán elhaltak, a gondozó szülők pedig mitsem törődtek vele, vagy hogy a szülők nyomorba, betegségbe esvén, kénytelenek voltak kenyérkeresés miatt gyermeköket magokra hagyni s nem volt senkijök, kire gyermeküket bizhatták volna.

A kolduló gyermek a csavargót utánozza, bár van családi tűzhelye; sőt szülőitől kényszeritve lesz, hogy kolduljon. A csavargóknak van hivatásos alakja, ezek azután könnyen tolvajlás-, iszákosság- s prostitutióba esnek, lelkileg s szellemileg neveletlenek.

A csavargás okai még a gyermek korai érettsége, jobbmódúaknál a nevelés túlságos szabadsága, a fegyelem lanyhasága, a társadalmi élet bizonyos nyilvánulásainak s az irodalom veszélyes befolyása, a szegényebb osztálynál még ehhez a szegénység is járul.

Ipari központokban a munkások a vallásos s erkölcsi nevelésnek hiányában vannak; hiányzik a munkaadó s a munkás közti patriarchalis viszony. Cynikus bűnözés lép fel, nem átalja az ily gyermek saját testvérét, szülőjét is meglopni.

További főok a szülők elme- vagy idegbetegsége, syphilise, hiányos tápláltsága, rossz hygienikus viszonyai, testi s moralis elzüllöttsége s iszákossága, melyek nagy részt, mint öröklési dispositionalis momentumok szerepelnek.

Howe tapasztalá, hogy az általa észlelt 300 hülyegyermek közül 145 iszákos szülőtől származott. Ugyanazt az arányt találta *A. Mitchell, Richardson s Fletcher Beach* s kiemelik, hogy különösen az anya iszákossága bir nagy jelentőséggel. Már *Platon, Plutarchus* és *Aristoteles* mondák: *„Ebrii gignunt ebrios“*. Igy tehát az ily szülők gyermeke erkölcsi gyengeségekre inkább hajlammal bir; hozzá vehetjük az első benyomást, a rossz példát.

Az erkölcsileg elhagyott gyermeket az 1890-diki antwerpeni nemzetközi büntetőjogi congressus igy jellemzi: *„Unter sittlich verwarlosten Kindern hat man alle diejenigen zu verstehen, welche in Folge der Schwäche, Nachlässigkeit oder lasterhaften Verhalten ihrer Eltern oder aus andern Ursachen sich selbst überlassen sind und die richtige Erziehung entbehren“.*

Az elzüllésnek még igen fontos oka a nyomor, az egészségtelen lakás, a rossz táplálkozás s a testi fejlődés be nem végzettsége.

A rossz physikai, élet- s egészségtani viszonyok létrehozzák a testnek rossz fejlődését. Rosszul fejlődnek a csont- s lágyrészek, romlik a táplálkozás s a vérképződés. A zsenge test idegrendszere rosszul tápláltatván, fejlődésében visszamarad.

Az agykéreg associationalis sejtjei nem birnak fejlődni, túlsúlyra végződik az automatikus sejtek működése. Az akarat, az öntudat, a psyche nem bir érvényesülni. De ha már ér-

* Előadatott a folyó évi szeptember havában Budapesten tartott nemzetközi gyermekvédő-congressus orvosi szakosztályában.

vényesül, tekintettel arra, hogy a gyermekagy benyomásokkal szemben fogékonyabb, a képzelet csapongóbb, az akaratot, a cselekvést szabályozó s a tapasztalati tények, viszonyok és körülmények mérlegelése által megerősödött gátló működés — *tehát az értelem* — még mindig tökéletlen, úgy az csakis hiányos lehet. S ez a nevelés hiányossága vagy rosszasága folytán még nagyobb mértékben van lefokozva, könnyen érthető, hogy az ily gyermek könnyebben válik lobbanékonynyá, meggondolatlanná s elhamarkodottá.

De az értelem fogyatkozásait pótolni képes a nevelés, az oktatás s ép azért a legnagyobb erkölcsi pusztitást a hiányos rossz, de főleg a bűnös nevelés képes végezni, mint ezt az összes eddig megkérdezett hazai börtönfelügyelő, Európa s Amerika legtöbb állama közigazgatási s közrendészeti hatóságának jelentése is bizonyitja.

Az erkölcstelen irodalom káros befolyására nézve *Cuénoud*, volt genfi rendőrfönök húsz évi kutatás alapján kimutatja, hogy a fiatal korúak *Franczia-, Olaszország-* s *Svájczban* az annyira elharapódzott erkölcs elleni bűncselekmények, több mint 70%-át közvetve az immoralis irodalom behatása alatt követték el. Ép azért *Svájczban „Association suisse contre la litterature immorale"*, úgyszintén nálunk boldogult Irányi Dániel képviselő kezdeményezésére *„Erkölcs nemesítő egyesület"* czimmel társulatot alakultak, hogy ezen pervers iránynyal sikerrel megküzdjenek.

Hozzá kell venni az evolutionalis kornak, különösen a pubertasnak az egész idegrendszerre ható s normalis viszonyok között is bűnös érzésekre izgató befolyását.

Továbbá nem szabad figyelmen kivül hagyni a gyermek környezetét, a társadalmi légkört is, mivelhogy ennek az utánzás folytán a psyché-re veszélyesen fertőző hatása van.

Az elzüllött gyermekek rossz physikai, élet- s egészségtani állapotjainak feltüntetésére szolgáljanak a budapesti törvényszéki fogházban nyert statistikai adatok. Igy a 12—20 éves fiatal bűnösök 80% vérszegény, beteges s rosszul táplált.

Az összes letartóztatottak közül	1897-ben 22% húsz éven aluli volt.	
Az „ „ „	1898-ban 27% „ „ „ „	
Az „ betegek „	1897-ben 34% „ „ „ „	
Az „ „ „	1898-ban 39% „ „ „ „	
A húsz éven aluliak	„	1897-ben 32% beteg volt.
A „ „ „	„	1898-ban 37% „ „
A „ „ felüliek	„	1897-ben 24% „ „
A „ „ „	„	1898-ban 23% „ „

Tehát a fiatal bűnösök voltak mindig a legegészségtelenebbek.

Jellegző továbbá az immoralitásukra nézve az, hogy a bujakóros letartóztatottak közül 1897-ben húsz éven aluli 28%, 1898-ban 35% volt s a terhes nők közül 20 éven aluli 30%-ot tett ki s közülök 90% hajadon volt.

A gyermekek elzüllése, a mint azt a büntetőstatistika mutatja, Angliát kivéve mindenütt emelkedő félben van.

Igy elitéltetett 16 éven aluli gyermek

Francziaországban	1886-ban	3,254,
	1890-ben	3,936,
Belgiumban	1850-ben	266,
	1890-ben	905,
Olaszországban	1887-ben	63,798,
	1889-ben	69,352,
Svájczban	1883-ban	1,069,
	1889-ben	1,231,
Svédország	1883-ban	14,
	1890-ben	35,
Dániában	1881-ben	164,
	1890-ben	239,
Norvégiában	1881-ben	332,
	1889-ben	407,
Hollandiában	1872-ben	3,204,
	1892-ben	6,431,
Németországban	1882-ben	30,719,
	1892-ben	46,488,
Ausztriában	1881-ben	5,865,
	1890-ben	6,579,
Oroszországban	1873-ban	2,266,
	1888-ban	4,368,
Magyarországban	1881-ben	922,
	1893-ben	1,479,
Angliában	1869-ben	10,314,
	1891-ben	3,855.

Mindenütt emelkedés mutatkozik, csakis Angliában van apadás és pedig 63%-nyi.

Ezek a számok csakis elitélt fiatal bűnösökre vonatkoznak s igy feltehető, hogy a bíróság elé nem kerültek, tehát az elzüllött gyermekeké ezen számok tizszeresét is mulja felül.

Budapesten a rendőrség az 1898-dik évben

csavargásért	1309
koldulásért	196
bűnügyben	159
összesen	1664 esetben

állitott elő 16 éven aluli kiskorút.

II.

A büntető jogászok egyhangúlag tisztában vannak ma már azzal, hogy az itt tárgyalt szerencsétlenekkel szemben, kik végzetes társadalmi s élettani törvények áldozatául estek, *a társadalom s az állam felelősséggel tartozik.*

Helyesen mondja *Hugo Victor*, hogy az ember bűne a gyermek csavargásánál veszi kezdetét.

Az 1895. évi V. nemzetközi büntető-congressus egyhangú határozattal kimondá, hogy a gyermekek elzüllésének megakadályozása, úgy a már elzüllöttek gondozása czéljából *védő-nevelő intézetek* (écoles de preservation) állittassanak fel.

Valóban esztelenség csak a bűnös cselekményt elkövetett gyermek javitásáról gondoskodni, az erkölcsileg elhagyatott gyermekek gondozása is a legfontosabb, hogy soha eszük ágába sem juthasson a büntetendő cselekmény elkövetése. Ezeket nevelni, képezni, megmenteni kell s nem büntetni. A társadalom legyen szeretetteljes és könyörületes. Ép azért a társadalom legyen éber, szigorú, altruistikus és gyakorolja az isteni charitást.

A preventiv eljárás tehát a büntetőjogi politika hygienája; feladata az, a mi az orvostanban a közegészségtannak, hogy megtanitson arra, miként kell a bűn ragályát elkerülni.

A megelőzés (preventio) a fő s csakis nevelői ténykedésről lehet szó, mert csakis a lélektani alapon épülő paedagogiai eljárás vezethet czélhoz. A kényszernevelés nem bir büntetés jellegével, hanem czélja a gyermekek physikai s erkölcsi ápolása, nevelve őket Isten iránti félelemre, rendszeretetre és szorgalomra a munkában. *Dom Bosco* szavait idézve: *„D'encourager toujours sans humilier jamais et de relever les caractères au lieu de les briser"*.

A rossz nevelés erkölcsi érzéküket eltompitotta, de nem pusztitotta el egészen. Tekintettel arra, hogy eme korban csakis a kedélyi élet van főleg kifejlődve, az értelem még hiányos s az élettani teljes érettség még be nem következett, a gyermek még teljesen el nem zülhetett s jelleme még tökéletesen meg nem romolhatott. Ép azért a nevelés nagy jelentőséggel bir.

Az értelem fejlesztése, bizalom felkeltése s tapintatos s gyengéd bánásmod segélyével s nem büntetés jellegével biró szigorúsággal, akár testi fenyíték alkalmazásával is eszközöltessék.

Oroszországban, úgy a szt.-salezi szerzetesek vezetése alatt levő olaszországi intézetekben testi fenyítéket még sohasem alkalmaztak, pedig a növendékek 90%-a kifogástalan erkölcsűnek vált be.

A gondozásnak ki kell terjedni 1. a szülőkkel biró, de általok elhanyagolt gyermekekre, 2. szülőkkel nem birókra, 3. kiknek szülőik vannak ugyan, de legjobb akaratuk daczára is képtelenek gyermekeiket ellenőrizni és nevelni, 4. fiatal korú büntettesekre.

Ha a gyermek iskolát kerül, kóborol, elhagyatott, hatósági beavatkozás történjen. A szülő megintessék, majd megbüntettessék, mert jól mondja *Laurent: „Az igazi jog a gyermeknél van, az apának csak kötelessége van. A szülői hatalom a kötelességek teljesítése"*.

Ha a gyermek nyomorban van s ennek oka a szülők

erkölcstelen és bűnös élete, azonnal elhelyezendő. De itt is a szülő vagy a gyám értesittessék, ha nincs szülője, úgy gyámja közoltalomba részesüljön. Ha a gyermek nem tud szülőinek engedelmeskedni, úgy intézetbe jöjjön. Van az az eset, hogy a szülők kénytelenek keresni, vagy betegek, úgy a gyermek el van hagyva, az állami beavatkozásnak van helye. Bár előbb megkisérelendő ily szülők anyagi támogatása.

Németország több tartományában, mint *Braunschweig-, Oldenburg-, Sachsen-Weimar, Badenben* a korai (hét évtől kezdődő) kényszernevelést alkalmazzák s nem teszik a kényszernevelést a szülők akaratától függővé. Lehetőleg késői életkorra (18. évre) kell tenni azt az időt, hogy a javitóház alkalmaztassék. A fogházak egyáltalán elkerültessenek, mivelhogy ezek inkább ártanak. A kényszernevelő intézetekben pedig 21 éves korukig bentartassanak, mint ezt a berlini conferentia is megállapitá. Az intézetből való elbocsátás legyen feltételes vagy végleges, a szerint, a mint a növendék megfelelő magaviseletet tanúsitott. A társadalom gondoskodjék alkalmas család- vagy iparosnál való elhelyezésről, nehogy visszaessék.

A védőnevelő intézetbe való elhelyezés előtt azonban meg kell kisérelni, hogy az elzüllött gyermek saját szülői házában neveltessék, feltételezvén azt, hogy a tisztességes, de szegény szülők anyagilag támogatva lesznek, de ha ez keresztül nem vihető, úgy idegen családoknál (különösen vidékieknél) kell őket elhelyezni, mint ezt *Francziaország-, Svájcz-, Ausztriában* is teszik.

Nagyiványi Fekete Gyula dr. jeles jogtudósunk és törvényszéki birónk szerint a családi nevelés mindenesetre előnyösebb, hol a gyermek előélete szigorú vezetést tanácsol; a mikor apai szigor, nyájasság s sok türelem kivántatik, jobb érzelmek ébresztendők náluk, mutatva nekik az erkölcsi jót, tanitva őket azt becsülni, szeretni tudni s nevelni belőlök jeles munkásokat. E végből szükséges őket önmaguk előtt rehabilitálni, méltóságuk érzését bennük felébreszteni, jó ösztöneiket kiaknázni, rossz szokásaikat legyőzni s főleg arra törekedni, hogy vezetőjüket szeressék, a ki kell, hogy bizalmukat birja. Bár vannak sokan, kik a családnál való nevelés ellen vannak, úgy érvelvén, hogy az a család azt, a mit eddig elrontott, nem lesz képes már jóvá tenni. Alkalmas idegen család pedig nem igen található, ha csak nem olyan, mely abból élni akar, s igy nem lesz eléggé lelkiismeretes.

Az intézeti nevelésnek tehát fő előnye, hogy a különböző korúakat s neműeket el lehet különiteni, családokba lehet őket beosztani, az oktatás tökéletesebb s a hygienikus követelményekre nagyobb súlyt lehet helyezni. Tekintetbe véve azt, hogy a földmivelési munkának nemesitő hatása a javitásra több reményt nyújt, mint az ipari munka gépies jellege, ily intézetekben a földmiveléssel s vele rokon ágakkal foglalkozzanak. Legyen az alapelv: *„L'amendement de l'enfant par la terre et de la terre par l'enfant“*. Alkalmat kell adni ilyen csavargó s kolduló serdületlennek, hogy időleges munkaintézetbe jusson, hogy ott magát kiképezhesse. Nappal a fiuk iparral, a leányok varrással, főzéssel legyenek elfoglalva s éjjelre a szülői házba visszamehessenek.

Az iskolakötelezettség szigorúan keresztülvitessék. A koldulás üzletszerű előmozditói szigorúan megbüntettessenek, a szállástadók pedig helyiségeik ideiglenes vagy végleges bezáratásával megfenyittessenek.

Mindezeknél fogva szükséges, hogy legyen kényszernevelő hatóság, ennek tegyen jelentést a rendőrhatóság, hogy a szükséges kutatásokat megejtvén az ifjúsági ügyész előterjesztése alapján a kényszernevelést elrendelje s bizalmi férfiaival a nevelést ellenőrizze. A családoknál elhelyezettek ellenőrzését pedig a nők végezhetnék. Felsőbb hatósága a legfőbb közigazgatási birróság volna.

III.

Europa s *Amerika* majd minden államában a megelőző (preventiv) eljárásra vonatkozó védőnevelőintézeteket kisebb-nagyobb számban, úgy a kényszernevelésre vonatkozó intézkedéseket fellelhetjük. Különösen *Anglia* az, mely intézeteinek nagy számánál úgy azok fejlettségénél fogva elsőrangú helyet foglal el. Ennek köszönheti, hogy nemcsak az idősebb, hanem különösen a fiatal bűnösök száma is évről évre fogy. Az utóbbiaknál az utolsó időben 63%-nyi apadást lehetett constatálni. Angliában 211 kényszernevelő (industrial school), számos ipar s kerületi s az ötvenes évek óta *Redhillben* földmivelő intézet (farm school) van Az elővezettetés szülői vagy magán kivánságra történik, s két biró véleménye alapján kényszernevelő-intézetbe kerül.

Francziaországban 1110 intézet foglalkozik a gyermekek gondozásával. Ezen intézetek közül legtöbb az árvaház. Vannak gyermekvédő egyesületek. *De Metz* által *Mettrayben* felállitott *„colonie agricol“*. Családoknál való elhelyezés is igen elterjedt. A befogadás az intézeti vezetőségtől függ, de az állam ellenőrzi.

Svájczban a társadalom által felállitott s fentartott 57 intézet van 3000 főnyi befogadási képességgel. Ezenkivül a családoknál való elhelyezés is nagy mértékben divik, igy 1884-ben 23,269 gyermek volt elhelyezve. Az elhagyott gyermek a község oltalma alá kerül; a kerületi tanács a szülői hatalmat megvonhatja s a szülőt esetleg fogság- vagy pénzbüntetésre itélheti. A hivatalos ellenőrzés igen lelkiismeretes.

Németországban 1870 óta áll fenn a kényszernevelés, mely intézetben vagy családoknál lesz végrehajtva. Első sorban a rendészeti hatóság tesz jelentést a gyámhatóságnak, mely a kényszernevelést elrendeli; mint felebbviteli hatóság a Landesdirector, a Landrath s a tartományi elnök szerepel. Elbocsátás után az elhelyezésről is gondoskodik.

Az amerikai Egyesült-Államokban a társadalom s az állam karöltve jár el, különösen mintaszerű *Massachussets*-ben. Itt különösen a családoknál való elhelyezésre a legnagyobb súlyt fektetnek. Bármely polgár tehet feljelentést a békebirónak s a szülők meginttetve, illetőleg megbüntettetve lesznek. A közhatóság a szükséges ellenőrzést végzi.

Ausztriában 14 menház van, ezekben 1883-ban 42,156 gyermek volt elhelyezve. Ezenkivül családoknál is elhelyezik.

Nálunk 105 intézet van 423 nevelővel, köztük legtöbb az árvaház. Kiemelendő a *Károlyi Sándorné grófnő* alapitotta *Rákospalota* melletti *„istvántelki gyermek-kertészeti intézet“*, a *„székesfővárosi községi“*, s a *„Clotild szeretetház“*, az *„országos gyermekvédő-egyesület“*, a *„nagypénteki református társaság“*. Az elzüllött gyermek részint ily intézetbe kerül, részint a község oltalma alatt marad.

Olaszországban Dom Bosco, szt.-salezi atya *„Oratorie“* alakjában alapitotta az első minta-intézetet s e szerint van még több ily intézet.

Oroszországban számos gyermekvédő-intézet van. Vannak intézetek, hol a gyermek csakis a nappalt tölti el. *Moszkvában* van egy egyesület, melynek 20 intézete van, s ez a legutolsó 44 év alatt 42,000 gyermeket mentett meg. Vannak az egyházközségek kebelében felállitott ilyféle intézetek is. A *sz.-pétervári czári jótékony-egyesületnek* 13 gyermekmenedékháza van. Hires a *„Mária menedékház“*, mely évente 8000 gyermeket nevel. Ezenkivül van még számos magán menedékház is. Az 1884. évi statistika szerint *Szt.-Pétervárott* 728 gyermekvédő-intézet működik, évi költségvetése $7^1/_2$ millió rubel, alaptőkéje $60^1/_2$ millió rubel, maga a város évente $1^1/_2$ millió rubellel járul hozzá. 1837 óta *Moszkvában* leányvédő-egyesület működik, melynek jelenleg 14 intézete van. Igy tehát *Oroszországban* főleg a társadalom s az egyházközségek végzik az elzüllött gyermekek fölötti gondozást. *Moszkvában „Gyermekvédelem“* czimű szakközlöny is jelenik meg, hogy a különböző egyletek közti eljárásra vonatkozó eszmék s intézkedések ismertetője s terjesztője legyen. Az elhelyezés végrehajtása czéljából felügyelő bizottságok vannak. 1871 óta *Szt.-Pétervár* mellett mezőgazdasági gyermekkolonia van családi beosztással; 1870-ben *Varsóban* mezőgazdasági gyermekkoloniákat létesitő gyermekvédő-egyesület alakult, mely ez ideig 50,000 gyermeket gondozott.

IV.

Mindezeket összevéve azt láthatjuk, hogy a gyermekvédelem igen fontos, s hogy annak érdekében majd minden állam a társadalommal karöltve törekszik eljárni. De hiába,

több áldozatkészségre, több nemesszivűségre, több emberszeretetre van szükség, hogy sikerrel eljárhassunk. Jól mondja az orosz közmondás: „*Gyermekeken áll a világ*“ s hol nem erre fektetik a fősúlyt, hagyják a gyermekeket elzülleni, ott csakis a börtönök fognak megtelni, s a helyett, hogy a társadalmat megóvnók a bűnragály elterjedésétől, csakis annak előmozditóivá s terjesztőivé leszünk.

Ép azért bátorkodom a következő határozati javaslatot előterjeszteni, mondja ki a congressus, hogy

1. *a gyermekek elzüllésének megakadályozására, úgy a már elzüllöttek gondozása czéljából védőnevelő intézetek felállítását, illetőleg azok szaporitását javasolja;*

2. *az ily intézetekben való elhelyeztetés kezdődjék a 7 éves korban s tartson a 21 éves korig;*

3. *az ily intézetekben való benntartás idejét csakis az intézeti vezetőség határozza meg;*

4. *a legkisebb idő 3 év volna;*

5. *az ily intézetekben a rendes iskoláztatáson kivül — ide számitva főleg a vallásos erkölcsös nevelést is — a finövendékek a földmivelés-, szőlészet- s kertészetben, a leányok a házi iparban (varrás-, mosás-, vasalás- s főzésben) nyernének kiképzést;*

6. *az ily intézetek felállitását első sorban a társadalomtól várja;*

7. *az állam az egységes nevelés szabályzatát adná s a szükséges ellenőrzést végezné.*

Kisebb közlések a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházból.

Preisich Kornél dr. segédorvostól.

I. Lumbalpunctio, meningocele occipital. operált esetében. Gyógyulás.

K. Lajos 6 hónapos, jól fejlett és táplált gyermek fejének nyakszirti táján egy veleszületett daganat foglal helyet, mely születéskor diónyi volt, azóta almanagyságúra növekedett. A fej egyébként rendes alkatú, a nagy kutacs 20 fillérnyi; a fej körfogata a rendesnél valamivel nagyobb, 45·5 cm. A daganat a kis kutacs helyének megfelelőleg egy 6 cm. körforgatú vastag falú kocsányon ül, körtealakú, fala, melyet folytatólagosan a hajzatos fejbőr képez, a daganat legkiemelkedőbb pontja felé vékonyodik, a hátsó félen csak hártyaszerű. A daganat puha tapintatú, minden irányban hullámzik; az elvékonyodott falon át, szintelen folyadékkal telt hólyag módjára tünik át. A fal vastagabb részeit, különösen a kocsányt hajzat fedi. A daganatnak legnagyobb körforgata 17·5 cm., sagittalis irányban 13 cm.

A kocsány alapján a nyakszirtcsont és falcsontok találkozási helyének megfelelőleg, homályosan egy kis borsónyi, éles határú mélyedést lehet tapintani, a daganat nyomására a nagy kutacs kissé kidomborodik, sirásnál kissé jobban feszül.

A vérkeringési és légzési szervek, valamint a tápcsatorna, ideg- és érzékszervek részéről eltérést a normalistól nem találtunk.

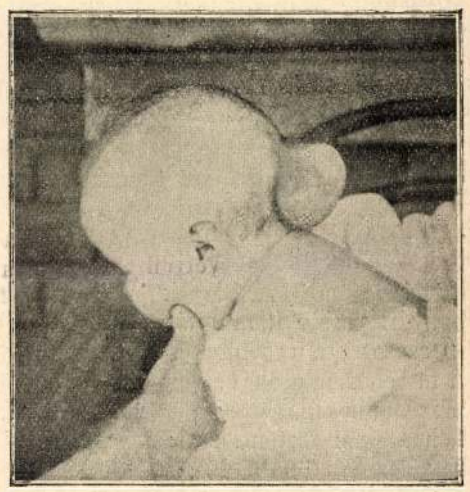
E daganatnak kiirtása czéljából a gyermeket 1898. május 24-én vettük fel a kórházba. A műtét 26-án végeztetett. (*Verebély* főorvos.) A daganat — a fedő ép bőrből egy keskeny és egy szélesebb lebenynek leválasztása után — alapján leköttetett, a csonk nyilását pedig szűcsvarratokkal zártuk. A csonk fölé hajtott nagyobb bőrlebeny, a kisebb lebenynyel csomós varratok által egyesittetett. A daganat hydromeningocelenek bizonyult.

A műtétet követő napon a gyermek időnként igen nyugtalan, felsikolt, sóhajtó légvételeket tesz, több izben hány, csak keveset szopik; láztalan.

28-án jobban szopik, egyébként állapota változatlan.

29-én valamivel nyugodtabb, két oldali strabismus convergense van.

30-án kötésváltoztatás, a seben reactio nem mutatkozik. A varratok szárazak, közérzet jó, hányás és nyugtalanság szünt, strabismus fönnáll. Az állapot ilyen maradt junius 2-áig; ekkor ismét nyugtalanság jelentkezett, gyakori hányás, strabismus mellett pupillaris differentia, erősen feszülő, pulzáló nagy kutacs. Fejkörfogat 45·5 cm. A nagyobb bőrlebeny lobosan duzzadt, a seb alsó sarkából sűrű geny szivárog, nehány varrat eltávolittatott. Másnap a gyermek nyugodtabb, hányása gyérebb, strabismusa kevésbbé szembetünő, a kutacs kevésbbé feszül. Junius 4-én a közérzet ismét jó, a hányás szünt, genyedés mérsékelt. Ezután csaknem egyenlő állapot 14-éig, ekkor ismét nagyfokú nyugtalanság, igen gyakori felsikoltás, álmatlanság, erősen feszülő kutacs, a fejkörfogat 46·5 cm., vagyis 1 cm.-rel több, mint felvételkor, a seb keveset genyed. E napon az agynyomás csökkentése czéljából lumbalpunctio segélyével (*Bókay* tanár) 30 köbcm. cerebrospinal folyadékot bocsátottunk ki, punctio után a nyugtalanság szünt és a következő napokon, mintegy a hónap végéig a gyermek nyugodt volt, előbbi tünetek közül csak a strabismus állott fenn, a gyermek jól szopott és szépen gyarapodott. Junius végével a közérzet ismét változó lett, a nyugtalanság napról napra fokozódott, a fejkörfogat gyorsan növekedett úgy, hogy julius 4-én már 47·5 cm.; a kutacs csak kevéssé feszült. E napon a seb üregе genyretentio miatt fel lett tárva és ki lett takaritva s másodizben is lumbalpunctiót végeztünk és 45 köbcm. tiszta szintelen cerebrospinal folyadékot bocsátottunk ki, (a manometrikus nyomás 15 mm.-ről 8 mm.-re csökkent). A közérzet feltünően javult, a nyugtalanság szünt; julius 6-án a gyermek környezete iránt érdeklődést mutat, nevetgél, álma rendes. Strabismusa fönnáll. A seb csak lassan gyógyul ugyan, de a közérzet most már állandóan jó marad, a fejkörfogat sem változik. Julius végével a seb teljesen gyógyult. A gyermek az egész lefolyás alatt láztalan volt.



A jelenleg 20 hónapos gyermeknek sorsát figyelemmel kisértük; fejkörfogata 49·5 cm., csontrendszere kis mértékben rachitikus, összesen 12 foga van, jól táplált, még nem jár, támasz mellett áll. Nem beszél, csak egyes hangokat hallat, minden neszre figyel, jól lát, strabismusa kis fokú. Környezetét megismeri. Idegrendszerének vizsgálata a rendes viszonyokat engedi felismerni. Mondhatjuk, hogy a gyermeknek testi, valamint szellemi fejlődése a rendesnél lassúbb ugyan, de arányos és halad előre.

A lumbalpunctióval mindkét alkalommal az agynyomási jelenségeknek gyors visszafejlődését értük el. Hasonló esetekben ezen eljárással, talán nemcsak meglévő kóros jelenségeket lehet elhárítani, hanem esetleg maradandó elváltozásoknak is, melyeket a tartós nyomás létrehozhatna, elejét lehet venni. Ezen leirt eset csak egy betűje akar lenni azon mondatnak, mely számos hasonló eseteknek ismerete után az eljárásnak tényleges értékét fogja kifejezni.

II. Torokdiphtheritis és gégecroup kiújulása serumgyógykezelés mellett.

Ez év május 14-én St. Hermann 3 éves gyermeket, szülei azon panaszszal hozták kórházunkba, hogy 2 nap óta beteg, lázas, egy nap óta rekedt, nehezen lélegzik; utóbbi jelenségek rohamosan fokozódnak. Miután a klinikai kórisménk diphtheria volt, a gyermeket kórházi ápolásba vettük. Mindkét mandulán apró-szigetes, álhártyás felrakódás volt jelen, a gyermek fürészelő hang kiséretében vett lélegzetet; minden belégzés a gyomorgödörnek és kulcsfölötti árkoknak mérsékelt behúzódásával járt, a sirási hang rekedt, a köhögés ugatójellegű volt. Hőmérsék 38°. Azonnal 3000 egység Merck-serumot adtunk bőr alá és tiszta vizgőzt inhaláltattunk. A

tonsillaris lepedékből készített tenyészeten egyebek között elég nagyszámú diphtheria-colonia fejlődött.

A nehéz légzés még a fölvétel napján annyira fokozódott, hogy intubatio vált szükségessé; 13 órai megszakitással, 2 izben összesen 26 óra hosszat volt a gyermek intubálva; 17-én, még inkább 18-án a légzés tubus nélkül eléggé szabad, 21-én rendes és a torok is tiszta, a közérzet jó. Hőemelkedés csak felvételkor volt jelen. A reconvalescentia zavartalan volt. Junius 2-án végzett bakt. vizsgálattal a garatból diphth. bacillust nem tudtunk kimutatni, 3-án a gyermeket tiszta hanggal, gyógyultan adtuk haza.

Junius 13-án a gyermeket újból behozták és azt adták elő, hogy egy nappal előbb hirtelen nehézlégzés állott be, mely azóta fokozódik. Behozatalkor a gyermek torokképletei csak beöveltek, az arczbőr és ajkak szederjések, a légzés erőltetett, erős jugularis és scrobicularis behúzódástól kisért, a hang teljesen rekedt, a gyermek kezd kimerülni, miért is azonnal intubálni kellett. A légzés mindjárt nem szabadult fel teljesen, 1 óra mulva erősebb köhögési rohamnál a tubus kilökődik és ezt egy mintegy 5 cm. hosszú, 1 cm. széles, egyik végén a bifurcatiónak megfelelő — szétágazást mutató — álhártya követi. Egy órával később ismét intubálni kellett, de a légzés most sem szabadult fel teljesen, ezért ecouvillonage-t végeztünk, mit 15-én reggel megismételni voltunk kénytelenek; a légzés ezután tűrhető volt és mindinkább javult, 17-én már szabadon lélegzett, a croup tehát lefolyt, közben tüdőlob fejlődött és mérsékelt szájpadhűdés jelentkezett. A leirt esetnek az nyújt érdekességet, hogy egy elég súlyos diphtheriás folyamatnak gyógyulása után 10 nappal, egy újabb, talán még súlyosabb diphtheriás megbetegedéssel állunk szemben. Hogyan magyarázható ez, ha tekintetbe vesszük 1. azon immunitást, melyet feltevésünk szerint a gyógysavó szolgáltatni képes, 2. a diphtheriás folyamatnak immunizáló hatását.

Első izben a gyermek május 14-én kapott 3000 egység antitoxint, ezzel már képződött toxint tettünk továbbra ártalmatlanná, esetleges felesleggel pedig a szervezetnek passiv immunitást kölcsönöztünk, tovább képződő toxinnal szemben. Tudjuk, hogy a passiv immunitás csak addig tart, mig az antitoxin a szervezetet a veséken és egyéb mirigyeken át el nem hagyja, a mihez rendesen néhány nap — 2 hét elegendő; már pedig a második megbetegedés az emlitett esetben az oltás után 1 hónappal történt. Az aktiv immunitás, melyet a szervezet a betegségnek önálló leküzdésével nyer, minden esetre tartósabb; de itt azon kérdés merül fel, hogy vajjon a serumtherapia nem befolyásolja-e az aktiv immunitás létrejöttét. Tudjuk, hogy az aktiv immunitás annál tartósabb, és annál nagyobb, minél súlyosabb a betegség, melyet le kell küzdeni, serumtherapia mellett azonban, ha az antitoxint már a betegségnek a kezdetén visszük a szervezetbe, az aktiv immunitás létrejöttét egyszerüen megakadályozzuk. A sejteknek azon intoxicatióját, mely Ehrlich értelmében a sejteket oly oldallánczok képzésére birja, melyek az immunitást képviselik, csak korlátolt mértékben engedjük létrejönni. A mi esetünkben elég korán adtunk serumot és ha okoskodásunk helyes, úgy itt is az aktiv immunitásnak csak kis foka fejlődhetett ki, és ez nem volt elegendő arra, hogy egy újabb talán erősebb infectiót megakadályozzon.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. Bernhard Bendix. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Zweite Auflage von weil. *Uffelmann's* kurzgefasstem Handbuch der Kinderheilkunde. Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien. 1899. 546 oldal.

Uffelmann mint a közegészségtan docense Rostockban 1892-ben irta meg jelen gyermekgyógyászati tankönyv első kiadását s két évvel később meghalt. Rövid kézikönyvében különös súlyt helyezett a betegségek kóroktanára, prophylaxisára s a hygienikus-diaetetikus gyógyeljárásra. S habár tény, hogy az egészségtannak épen a gyermekkori megbetegedések meggátlására fontos szerepe nyilik, a mű átdolgozásánál *Bendix* helyesebbnek tartotta fenti nézőpont megszoritásával a tünettannak, kórismének, kórjóslatnak s gyógykezelésnek bővebb teret nyitni. *Bendix*, mint a berlini Charité-kórház gyermekpoliklinikáján működő tanársegéd, *Heubner* tanár mellett bő alkalommal birt nagy beteganyagon 11 év alatt klinikus megfigyeléseket tenni, ezeket értékesiti fenti munka második kiadása megirásánál. Teljesen önállóan irta meg a csecsemő természetes s mesterséges táplálásáról, a diphtheriáról s tuberculosisról szóló fejezeteket, mig másokat alaposan áldolgozott, igy pl. az angolkórt, chlorosist, gyomor- s bélhuzam-bántalmakat, a fertőző kórokat s idegbántalmakat. Mint új fejezeteket hozzáfűzte a *Barlow*-kórt, a coli-cystitist, a chronikus nephritist, enteritis membranaceát, gastritis nervosát, az oltást, masturbatiót, meningitis serosát, pylorus stenosist, sinus thrombosist. Mint külön fejezeteket törülte a pathologikus értelemben vett gyomorbél-atrophiát, a tussis nocturnát, a vesecatarrhust s az úgynevezett iskolai betegségeket, melyekhez *Uffelmann* a myopiát, scoliosist, strumát s psychosisokat számította, oly betegségek, melyek tárgyalása külön szakkönyvekbe való.

A munka bevezető része ismerteti az egészséges gyermek élettanát, rámutatva azon különbségekre, melyek e tekintetben felnőttek s gyermekek között léteznek. A súlyszaporodás, hossznövekedés *Heubner* adatai szerint van feltüntetve, úgyszintén az emésztésnél is *Heubner* vizsgálataira támaszkodik. A vérkeringés tárgyalásánál felhivja a figyelmet a gyermekeknél az 5—6-ik évig komolyabb ok nélkül fennálló pulsus arythmiára.

A csecsemő táplálását illetőleg megköveteli, hogy az anya szoptassa gyermekét s csak két feltétel alatt engedi meg a mesterséges táplálást, ha az anyának nincs elegendő teje, a midőn szoptatáson kivül tehéntej adandó s másodszor eltiltja a szoptatást, ha az anya gümőkóros vagy ezen kórra hajlamos. Lues nem ad ellenjavallatot, sőt a nagy gyengeséggel járó chronikus betegségeket (sziv-, vese- s idegbántalmakat) sem tartja elegendő oknak, hogy az anya a szoptatástól eltiltassék, a carcinosist vagy epilepsiát pedig épen nem emliti fel.

Ismeretes a *Heubner*-klinika álláspontja a mesterséges táplálásra vonatkozólag, melynek czélja a tehéntej hasonlóvá tétele a női tejhez. Szerző kevésbbé helyez arra súlyt *Biedert* ellenében, hogy erős higitás által a tehéntejcaseinjének állitólagos nehezebb emészthető voltát megjavitsa, hanem concentráltabb táplálékot ad, a fősúlyt helyezvén a tápanyagok absolut mennyiségére s a tejalkatrészeinek egymásközti viszonyára. Ezen elvnek megfelelőleg egészséges csecsemőnek az első hónaptól kezdve az 5-dik hónapig oly keveréket ad, mely $^2/_3$ liter jó tehéntejből s $^1/_3$ liter 12·3% tejczukor-oldatból áll; utóbbit 1—2 százalékos zablisztforrázat helyettesithet. Az 5-dik hó után a napi táplálék mennyisége 1200 gr., mely 800 gr. tej s 400 gr. zabliszt-oldatból s 50 gr. tejczukorból álljon. Szoptatás vagy mesterséges táplálás 3 óránként eszközlendő.

Igen szépen van megirva a beteg gyermek általános symptomatologiája, mimikája s sirása *Soltmann* nyomán.

Az általános rész befejezéseül a gyermekkorra fontosabb fürdős gyógyhelyeket sorolja fel, a magyarhoniak közül a budapesti, pöstyéni s bártfai fürdőket emlitvén meg (de Ausztriába helyezi őket).

A részleges részben elég jól van megirva az angolkórról szóló czikk, ismerteti a kóroktani elméleteket, de nem foglal egyik mellett sem állást. Barátja a phosphortherapiának, melyet *Kassowitz* vénymintái szerint rendel s beállott bélhurutnál sem szünteti be adagolását. Nem emliti fel a késői rhachitist.

A scrophulosist scrophulotuberculosis elnevezés alatt tárgyalja s ezen alkati bántalmat úgy tekinti, mint a tuberculosisnak a gyermekkorra jellegzetes alakját.

Az általános szervezeti betegségek után függelék gyanánt találjuk a mérgezéseket, tüneteikkel s ellenszereikkel, de nem találjuk köztük a nálunk a gyermekkorban épen leggyakoribb mérgezési módot maró lúggal.

A garatmögötti nyirkmirigylobot s tályogot illetőleg szinte érthetetlen, hogy *Bendix* oly nagy poliklinikus anyag közül évente legfeljebb egy-kettőt lát.

A gyomor- s bélhuzam-megbetegedéseket *Widerhofer* nyomán klinikus-tünettani alapon osztja be s igy külön tárgyalja a csecsemők dyspepsiáját, az enterocatarrhust, az enteritist s a cholera infantumot. Röviden tárgyalja az *Escherich* által 3 év előtt önálló kóralak gyanánt ismertetett coli-colitist is, mint az enteritis follicularis külön alakját, mely a *Widal*-reactiót adja, t. i. a beteg vérének agglutináló hatása van a coli bacillusokra, de később a dysenteria tárgyalásánál szerző is hangsúlyozza az *Escherich-Finkelstein*-féle kór hasonlatosságát a *Baginsky* által leirt régi dysenteriával. A gégecroup, mint légúti megbetegedés a diphtheriától elkülönitve lesz ismertetve. Sajnálattal nélkülözzük a therapeutikus eljárások között a vizgőzinhalatió felemlitését, melyre *Bókay* tanár gégecroupbetegeinél mindenkor súlyt helyez, a mely eljárásnak még a serum használata előtti időben is az álhártyás izzadmány gyorsabb elfolyósitását elősegitő hatását gyakran tapasztaltuk. Az intubatio kivihetőségének kérdését a privatpraxisban szerző azon oknál fogva ejti el, mert szükségesnek véli a beteget folytonos felügyelet alatt tartani oly orvos által, ki úgy az intubatióban mint a légcsőmetszésben járatos. De hozzáteszi folytatólag: „Ha azonban jövőben gyakorlott ápolónőt beoktatunk a tubus kivételére veszélyes vélet-len elkerülésére, úgy remélhető lesz, hogy az intubatio a kórházon kivül is alkalmazásba juthat.“ Hazánkban, hol *Bókay* tanár az intubatiót bevezette, kezdettől fogva az extubatio azon módja van alkalmazásban, mely a meghagyott selyemfonál segélyével történik, miáltal a tubus eltávolitását szükség esetén orvos távollétében az ápolónő is pillanat alatt könnyen eszközölheti.

A vesebántalmak tárgyalásánál találjuk a subacute fellépő s chronikussá váló veselobok azon alakját, melyet *Heubner* „kétes alakú“-

nak nevezett el, valamint a *Pavy*-kórt, vagyis cyclikus albuminuriát, melyet *Heubner*, miután a fehérnye kiválasztás többnyire csak állás s járás után lép fel s éjjel szünetel, orthotikus albuminuriának kíván elnevezni,

Az idegrendszer bántalmainak tárgyalásánál külön kóralak gyanant ismerteti a meningitis serosát, *Boenninghaus*-nak e tárgyról szóló összefoglaló tanulmánya nyomán.

A heveny fertőző kórok bő s kimerítő leirását lázgörbék illustrálják; szerző kellőképen kiterjeszkedik a bacteriologikus kutatások eddigi eredményeire. Talán épen ezen a fertőző bántalmakat ismertető czikkek képezik a mű leggondosabban kidolgozott részét. Az utolsó fejezet röviden ismerteti a gyermekkorban előforduló leggyakoribb bőrbántalmakat.

Ha a munkát kissé szigorúan itéltük is meg s néhány gyengéire reámutattunk, még sem zárkózhatunk el annak kijelentésétől, hogy e mű az orvostanhallgató s gyakorló orvos igényeit kielégíti, s a szakembernek is számos becses adatot szolgáltat. A tankönyv értékét különösen emeli, hogy minden czikk után az irodalmi kútfők pontosan fel vannak sorolva. A könyv kiállítása a jó hírnévnek örvendő kiadó czégnek minden tekintetben tisztességére válik. *Loewy* dr.

II. Lapszemle.

A bél-colibacillusok ismeretéhez. *Escherich Th.* tanár. (Verhandlungen des XVII. Congresses für Innere Medicin.)

A bact. coli, a mint azt *Peckam* is bizonyitotta, biochemiai functiók dolgában nagyon alkalmazkodik a táptalajhoz, innen van az, hogy az átmeneti alakoknak egész sorával lehet találkozni, melyek csökkent erjesztő és proteolyticus képesség által tünnek ki; képeznek átmeneti alakokat egyrészről a bakt. lactis aërogeneshez, másrészről a typhus bacillushoz.

A coli-fajok megkülönböztetéséhez a czukortartalmú oldatokkal telt erjesztő lombikokat használja. Ha tejerjedés nincs, a szőlőczukorerjedés pedig élénk, akkor typicus bélcolival van dolga, ha a szőlőczukor-bouillonban csak sav képződik, de gázfejlődés nincs, akkor ez egy typhus simil bac. által van feltételezve, további differencirozást lakmus savóval, indólreactióval, tej és burgonyatenyészettel tesz.

A különböző colitörzsek megkülönböztetése egyedül csak a *Gruber*-féle reactióval sikerül. *Pfaundler* hangsúlyozza, hogy a pathogen coli bac.-ra jellegző, miszerint azt az általa beteggé lett egyén vérsavója agglutinálja.

Escherich azon nézeten van, hogy a bélsárvegetatio nem véletlen keveréke a táplálékkal bejutott és a gyomorban el nem pusztult bakteriumoknak, hanem a vegetatió magában a bélben támad és a mi a colibacillusokat illeti, egyénileg megváltozott és alkalmazkodott bakteriumokból tevődnek össze. Igy jönnek létre az úgyszólván egyéni jellegű coli-fajok.

Normalis csecsemőbélsárban a coli bac. Gram szerint festődik, de ha kitenyésztetett, akkor ezen festődési sajátságát elveszíti, okát ezen sajátságnak adni nem tudja. Egész közelálló coli-fajok virulentiája igen különböző lehet, általánosságban mégis mondható az, hogy a typicus coli bac. csekélyebb virulentiájú, mint a typhus-similtörzsek. Főleg vagy tisztán toxikus hatást gyakorolnak az állati szervezetre, specifikusan hatnak a bélcsatornára. A megbetegedés foka és helye a kisérleti állat szerint is változik, ezért a virulentia fokából az emberre való pathogeneitásra következtetést vonni nem lehet. Egészen normalis csecsemőbélsárban vannak coli-fajok, melyek tengeri malaczot megölnek.

Azon kérdést, hogy az emberben minden esetre felhalmozódó coliméreg miért marad ártalmatlan, azzal magyarázza, hogy az ellentálló képessége a szervezetnek fokozódik, véleménye szerint itt az activ auto-immunisatio nem szerepel. Az individualizált coli csak addig hatástalan, míg a bélben van, ha azonban toxinjai más helyről jutnak a véráramba, akkor az egész szervezet megbetegszik, ezt a *Gruber* és *Pfaundler*-féle reactiónak beállása bizonyítja.

Colicystitis 30 esetében meg volt egyik vagy másik reactio és megtudta különböztetni a betegséget a közönséges bacteriuriától. Valószinű, hogy pathologikus esetekben a colicsoport bacillusai okozhatnak mérgezést a bélcsatorna felől is; franczia szerzők a colit tartják a cholera-nostras kórokozójának, úgy vélik, hogy az ártalmatlan coli bac. életfeltételeinek megváltozása által pathogenné lesz. *Escherich* inkább azt hiszi, hogy kivülről jutottak a szervezetbe új virulens colibacillusok. Idegen colibacillusok behatolása által okozott infectio példájaként emliti az általa leirt colitis contagiosát, melyet házi epidemia alakjában több izben észlelt, összesen mintegy 40 esetben. A bakteriologiai vizsgálat a coli bac. tiszta tenyészetét adta; az izolált colicoloniák között vannak olyanok, melyeket a beteg vére abnormalis nagy fokban agglutinál. A reactiót eddig 10 esetben vizsgálta, csak 2 esetben nem talált specifikus coloniát, de ezen betegek vére is, együtt megbetegedett más egyének specifikus coloniáit így agglutinálta. Ezen colitörzsnek tulajdonitja a kórokot. Különböző betegektől isolált ilyen colitenyészetek különböző csoporthoz tartoznak, egyik erjeszti a szőlőczukor-bouillont, a másik nem. Ezért van, hogy a reactio csak homologserummal sikerül.

E. utal ezek után az általa leirt coli-colitis, a *Widerhofer*-féle enteritis follicularis és a *Finkelstein* által ismertetett epidemicus enteritis follicularis hasonlatosságára, végre a közeli viszonyra, melyben ezek a dysenteriához állanak, annál is inkább, miután ennél is észleltek utóbbi időben positiv *Gruber-Widal*-féle reactiót. *Preisich* dr.

Cor bovinum congenitum egy esete, szivzörejek nélkül. *Hochsinger Károly dr.* (Wiener med. Presse 1899 Nr. 33.)

Egy rendes időben született 3 hónapos csecsemőnél szerző a bal mellkasfél rendkivüli tágulatát találta, mely nagyfokú empyemától abban tért el, hogy inkább a felső, mint az alsó része a bal mellkasnak boltosult előre. A szivcsúcslökés maximuma a 8—9-dik borda között csaknem a bal hátulsó hónaljvonalban tapintható. Ezen vonaltól jobbfelé a sternum közepéig és felfelé a 2-dik bordáig teljesen tompa a kopogtatási hang. Hallgatódzásnál *mindenütt tiszta szívhangok találhatók.* Az 5—8-ik bordák közt az ú. n. embryocardikus rythmus uralkodik, a mennyiben mindkét szívhang egyenlő erejű és ékeltségű. A 2—3-dik bordaközben a bal szegyszélen a 2-ik hang ékeltebb és hangosabb, a jobbon az első hang tompa, a 2-dik igen gyenge. A légzés mindig határozatlan jellegű, baloldalt gyengébb mint a jobbon. A jobb májlebeny 4, a lép 2 ujjnyival terjed túl a bordaiven. Nyugalmi állapotban csak az ajkakon mutatkozik kisfokú cyanosis, mely sirásnál jelentékenyen fokozódik és kis mérvben a peripherikus testrészek bőrén is fellép. Érlökés a peripherikus arteriákon alig tapintható. Röntgen-képen az igen élesen jelentkező szivárnyék hossza 10, szélessége 8 cm. (norm. méretek h. = 5; sz. = 6). Pericardialis izzadmány jelenléte ki volt zárható, egyrészt a mellkasfélen mindenütt érezhető erélyes pulsatio, másrészt a Röntgenkép szivárnyékának egynemű volta és a tompulat alakja által. A szív hosszanti nagyobbfokú növekedése arra vall, hogy a nagyobbodásban a bal gyomrocsnak jutott az első szerep, a szivcsúcslökés kevéssé emelő voltából pedig kitünik, hogy a szív tágulása a túltengés árán előtérben áll. Veleszületettnek ezen állapotot szerző azért veszi, mert szerzett vitium következtében 3 hó alatt, ily fokú cor bovinum létre nem jöhet és ha mégis, úgy okvetlen szivzörejnek kellene jelen lenni. A mi a részleges diagnosist illeti, *a bal üteres szájadék veleszületett szükületét* veszi fel, de csak ama feltevés mellett, hogy a gyomrocsok válaszfalában nagyfokú defectus van jelen. Igy systolenál a véráram ama irányban tér el, melyben kisebb ellentállásra talál, tehát a septum defectuson át a másik szivfélbe és csak kis mérvben a szűkült ostium arteriosumba. Az aortacsőbe került mennyisége a vérnek nem elegendő örvényáramlatok előállására és igy zörej nem jöhet létre, a nagyfokú defectus a septumban pedig azért nem eredményez zörejt, mert a gyomrocsok egy egyetlen ürt képeznek, melyben systolekor alkalom és ok hiányzik, hogy a véráramban örvények létesüljenek. *Orbán* dr.

Baginszky: *A helybeli és az általános vérelvonás a gyermekgyógyászatban.* (Előadatott a „Berliner medic. Gesellschaft"-ban 1898. május 4-dikán.)

A gyermekgyógyászati therapiában a vérelvonást mindinkább kezdik elhagyni. *Bretonneau* a diphtheria therapiájában ellene foglalt állást, vele egy időben (1835) *Louis* a pneumonia és az erysipelas therapiájában ellenezte a vérelvonást, majd 1844-ben *Bailly* és *Legendre* a pneumonia catarrhalis therapiájában, bár utóbbi két szerző hasznosnak ismerte el a pneumonia fibrinosa therapiájában. A német szerzők közül *Walther* (1835), *Wetzlar* (1837), *Nasse* (1849) a vérelvonás ellen szálltak síkra. *Jakobi* is az 1870-ben a „The medical Record"-ban közzétett jeles értekezésében oda concludál, hogy miután a gyermekek egyáltalán hajlamosak a hydraemiára és e miatt nem igen tűrik az anyagveszteséget, gyermekeknél az érvágásnak nincs helye.

Szerző nagyjában osztja *Jakobi* véleményét, de tud eseteket, melyekben a gyermek életét csakis az érvágás mentette meg.

1. Clara Pau . . . 7½ éves a következő stat. praes.-el vétetett fel 1897. február 25-dikén a kórházba. Az ajkak és az orr cyanosisa, erős légszomj, erőltetett nehéz légzés a légzési izmok igénybevételével, ágyában ülve az ágy szélébe kapaszkodik, pulsus nem érezhető, szivhangok gyöngék arythmicusak, galopprythmus constatálható. Kezelő orvosa pneumoniát és szivbajt állapitott meg nála. Therapia: Camphorinjectio, oxygen belégzés, tinctura strophanti. A beteg állapota erre javul ugyan egy kissé, de éjjel minden szerelés daczára a dyspnöe ijjesztő mértékben fokozódik. Február 27-dikén, miután a dyspnöe már elviselhetetlen, venaesectio végeztetik és 120 cm³ sötétkék vér lett kibocsátva. A venaesectio alatt szünik a cyanosis, a pulsus javul, a légzés csöndesedik, nemsokára reá a beteg elalszik. Estefelé deliriumok épnek fel, a miért a bal proc. mastoideusra egy piócza lesz téve. Másnap reggel sokkal jobb közérzet, még kisfokú dyspnöe, erős pulsus 136—140, resp. 40—60. A sziven systolikus zörej. A rendes szerelés mellett a beteg jó közérzettel április 13-dikán elhagyja a kórházat.

2. Bau . . . Károly 9 éves 1894-ben pneumonia chronica fibrinosával a kórházban feküdt, 1895. november kezdetén sokat köhögött és november 19-dikén éjjel erős légszomj lepte meg őt. St. praes.: erős folyton növekvő légszomj, pulsus nem érezhető. Somnolentia. Szerelés eredménytelen. Ekkor venaesectiót végeztetett, 80—100 cm³ vér lett kibocsátva, a cyanosis szünik, de a légszomj megmarad, egy ilyen roham közben utóvérzés jön létre a venaesectiós sebből. Estefelé a légszomj szünik. Puls. 116, resp. 38. A vizsgálat kideritette, hogy a tüdő határok elől tágultak, a szivtompulat igen kicsi. Hátul jobb oldalt a tüdő határai a rendesek, bal oldalt tompulat van, a mely alólról az interscapularis tájig terjed. A tüdők felett közepes és nagyhólyagú szörtyzörejek A rendes kezelés mellett nemsokára javulva hagyja el a kórházat.

E két klinikailag teljesen különböző esetben, az egyik vitium cordis a compensatio nehéz zavarával, a másik chronikus tüdőzsugorodás bronchiectasiával és asthmatikus rohamokkal, az érvágás életmentő volt.

3. Keller Anna 7 éves Stats. praes.: Erős cyanosis, nagy dyspnöe, pulsus nem érezhető, szivhangok tompák, szerelés eredménytelen, a venaesectiós sebből nem folyik vér, a miért az arteria radicalis lesz

megnyitva és 80 cm³ vér kibocsátva. A vizsgálat súlyos bronchitist és morbillit állapit meg. További lefolyás zavartalan.

A mint látjuk, a vérelvonás életmentő hatása ezen esetekben abban állott, hogy a kitágult és elégtelenné vált szív megszabadult a vérmennyiség egy részétől, munkája könnyebült; a hatás tisztán mechanikus, indicált tehát mindazon esetekben, hol a vérkeringés a szívműködés elégtelensége miatt stagnálni készül.

Technicáját illetőleg ajánlatos a vena kipraeparálása, mert e nélkül nagyfokú dyspnoënál a venaesectio kivitele igen nehéz.

A helybeli vérelvonást szerző ecclampsiánál és az uraemikus ecclampsiánál ajánlja. Szerzőt sokszor meglepte ecclampsiában elhalt gyermekek boncolatánál a látható vérerek duzzadásig megtelt volta. Önkéntelenül felmerül a kérdés, hogy a helybeli vélelvonás nem változtatta volna meg az agy vérkeringési viszonyait.

Ha ez áll az egyszerű ecclampsiára, úgy még inkább áll az uraemikus ecclampsiára, a hol az agybeli vérkeringés zavarához, fokozott arterialis nyomás és toxikus anyagok felvétele a már úgyis hydraemikus vérhez is szerepel. Szerző emlit is egy esetet: 8 éves kis leány, ki igen erős immunizáló antitoxin-adagot kapott, majd kanyarót állott ki, és otitis mediában szenvedett, a melyekhez végre nephritis társult, a kezelő orvos a szokásos szerekkel nem birta legyőzni a beállott uraemikus attaque-ot, midőn szerző hat pióczát alkalmazott a fejre. Rögtön alább hagytak a görcsök és lassanként két nap alatt a leányka visszanyerte eszméletét, hetek mulva pedig teljes gyógyulás állott be. *Heim Pál* dr.

Capellari L. Hysteria a gyermekkorban. („La médecine scientifique" 1898. julius.)

C. V. 8 éves jómódú szülők gyermeke. Kanyarót kivéve semmi megelőző betegségben nem szenvedett. Atya, ki börkereskedő és maga is iszákos, gyermekétől sem vonta meg az alkoholt. 6 éves koráig a gyermek psychicus és physicus fejlődése semmi rendellenességet sem mutatott fel, a midőn egyszerre azt vették észre, hogy papirost eszik, tintát iszik, bőrt rág és más ily ehetetlen dolgok iránt vágyakozik. Az iskolában szófogadatlan, könnyen haragvó, izgékony. Ez év márcziusában egy másik fiúval összeveszett, ki őt megütötte, mire a gyermek hazaszaladt, hol görcsök fogták el, melyhez hányás társult, a gyermek fejét folyton jobbról balra és előre mozgatta, mintha jelt akarna adni. Szerző a fej ezen mozgatásából azt hitte, hogy spasmus nutanssal áll szemben, a hol ezen mozgásokat a cucullaris és a sternocleido-mastoideus összehúzódása hozza létre. A gyermek a roham alatt nem vesztette el eszméletét. Nehány perez mulva a roham is szünt és nem ismétlődött többé. A vizsgálat eredménye a következő: pupillák jól reagálnak, a látótér rendes, hallás rendes, pharyngealis reflex csökkent. A bőr sensibilitását illetőleg, hyperaestheticus zona a jobb arczfélen és a jobb mellkason, hypoaesthesia és hypoalgesia a bal háti regióban, hyperaesthesia és hyperalgesia a has felső negyedében, hyperalgesia a jobb czombon és hypoalgesia és hypoaesthesia a bal czomb jobb oldalán. Plantaris reflex csökkent, cremaster- és hasreflex fokozott. Az oesophagusban gombócz érzése, a fejen hideg tárgyat érez, bizsergés az ujjakban. Mindezekből világos, hogy a diagnosis egész biztonsággal hysteriára tehető, melynek a spasmus nutans csak egyik tünete.

A hysteria kifejlődéséhez két factor szükséges, a praedisponaló és a determináló. Praedisponálók: öröklött hajlam, rossz nevelés, czélszerűtlen olvasmányok, onania, káros táplálkozás. Determináló factorok: psychus izgalmak, félelem, öröm, harag, ijedtség, betegségek. A jelen esetben a determináló ok a harag és szégyen a kapott ütésért, praedisponaló factor pedig a gyermek és az apa alkololismusa és talán a hibás nevelés.

Jogosan következtethetjük belőle:

1. hogy alkoholismus folytán hysteria fejlő dhetik; 2. hogy a gyermek alkoholismusa is hajlamosít az idegbántalmakra, talán függetlenül a szülők alkoholismusától, hogy igaza van Crothersnak, midőn azt állítja, hogy az iszákosság is neurosis, specialis aetiologiával és symptomatologiával; 3. hogy ily praedisponált egyéneknél csak a legcsekélyebb előidéző momentumra van szükség és kifejlődik valamely bántalom; 4. hogy gyermekeknél is fordul elő adypsomania, azaz ellenállhatatlan vágy inni; 5. hogy az alkoholismus talán nem is oly ritka a gyermekkorban. *Heim Pál* dr.

A fül átfúrásához Casteueil egy ügyes műszert szerkesztett. Egy fémdoboz ez, melynek csavarjáratos fedelébe van a hüvelyes trocart-tű erősitve. A fémdobozban ezenkivül két kisebb fémdoboz van, melyek egyikében 1 milliméter vastag ezüstsodronykák, másikában pedig apró parafakorongok vannak. Az egész doboz forró vizben vagy száraz melegben sterilizálható. Az aseptice megtisztitott fülczimpába elég magasan, mintegy 6 milliméternyire tapadási helyétől kifelé tartott irányban beszúrják a steril vaselinbe mártott hüvelyes tűt oly mélyen, hogy a tű és a hüvely vége nehány milliméternyire a fülczimpa mögé tartott parafakorongba mélyedjen. Előbb a tűt, utána a hüvelyt kell a parafakorongból kihúzni; ezután a vékony csövecskén az ezüstsodronyt füzik át; majd a csövecskét távolitják el. A szúrcsatornát borvaselin-bekenéssel védik a körlég porától. Napjában többször meg kell mozgatni a sodronykarikát és ha a hegesedés megindult, másod-, harmadnap a fülkagylóval felváltani. Legalább a harmadik évet kell, hogy a leánykák betöltsék, miclőtt fülüket átfúrják. Felsorolva mindazon káros következményeket, melyek a tisztátlan s nem szakavatott kéz által eszközölt fülátfúrás után beállhatnak, ajánlja, hogy az orvosok igyekezzenek odahatni, hogy a fül átfúrása lehetőleg általuk végeztessék, avagy legalább, hogy az ékszerészek tiszta kézzel és műszerrel hajtsák azt végre. (Archives de médecine des enfants 1899.) *Torday* dr.

A rhachiticusok fejméreteit Bonnifay számos esetben felvette, s adatai alapján ezen következtetéseket vonja le: A rhachitis kezdeti szakában a fej tényleg kisebb a normalisnál; az 5-dik év után ellenben nagyobbméretű annál. A rhachitisre jellegzetes, hogy a törzshez viszonyitva a fej méretei aránylag mindig nagyobbak a normalisnál. Ezen aránytalansággal lépést tart a brachicephalia. (Revue mensuelle de maladies de l'enfance 1899.) *Torday* dr.

VEGYESEK.

Az amerikai gyermekorvos-társaság ez év juniusában *Northrup* elnöklete alatt tartotta a 11. évgyülését. A bejelentett előadások következők voltak: *Rotch* (Boston): Osteomyelitis multiplex egy esete újszülöttnél. — *Townsend* (Boston): Vérvizsgálatok congenitalis szivbajnál. — *Milton Miller* (Philadelphia): Acut rheumatikus arthritisek egy éven aluli gyermekeknél. — *Packard* (Philadelphia): Nyákhártyák urticariája. — *Lovett Morse* (Boston): Heveny béllobokhoz csatlakozott veseelváltozások. — *Floyd Grandall* (New-York): Scorbut egy csecsemőnél. — *Park West* (Bellaire): A bronchialis mirigyek túltengéséről. — *Rowland Freeman* (New-York): Máj-anomaliák a gyermekeknél. — *Scharlau* (New-York): Két, curara-injectio által gyógyitott trismus-tetanus eset. — *Wentworth* (Boston): Typhusbacillus által előidézett meningitis. — *Jennings* (Détroit): A gyermektáplálásról. — *Koplik* (New-York): A sterilizált tejjel részben és kizárólag táplált gyermekek növekedés viszonyai. — *Acker* (Washington): A porencephaliáról. — *Adams S.* (Washington): Kisagyi sarcoma egy 4 éves gyermeknél. — *Koplik* (New-York): Gyermekek vizsgálására alkalmas új sthetoskop.

Hendaye-ben sanatoriumot alapitott a párisi közjótékonysági egyesület (Assistance publique) scrofulotikus és rhachitikus gyermekek számára. A gascognei öbölben, a spanyol határon négy holdas kertben épült sanatorium 200 ágygyal van felszerelve. Négy ötven ágyas pavillonban vannak a betegek elhelyezve, kik itt csak hygienikus, klimatikus fürdőgyógykezelésben részesülnek; a sanatoriumban műtéteket nem végeznek. Egy-egy gyermek legkevesebb három, de legtovább csak 6 hóig tartózkodhat itt. A sanatorium ez év junius elsejével nyilt meg.

Welcome dr. a brüsszeli egyetemen a gyermekgyógyászat magántanárává neveztetett ki.

Hutinel tanár Párisban az „*Académie de Médecine*" tagjává választatott meg.

Blasi (Róma) a turini gyermekorvos-congressuson (1898. október) ismerteti az eredményeket, melyeket a „*Pro infantia*" nemzeti társulat Olaszhonban elért. A kezdet az előző nápolyi congressusra vezethető vissza. Meleghangú felszólitást intéz ama kiváló egyénekhez, kik kijelöltettek a társulat alapszabályainak megalkotására. Sokan jelentették be hozzájárulásukat s igérték meg támogatásukat. Eddig különböző körülmények nehezitették meg a terv keresztül vitelét. Állandó szervező bizottság létesül, melynek egyik tagja gondoskodik, hogy egy az anyáknak hygienikus tanácsokat adó füzet Olaszország főbb városaiban szétosztassék. Azonkivül összeállittatik egy gyüjtemény oly irodalmi dolgozatokból, melyeknek tárgya a nyomorgó gyermek s a gyüjtemény átnyujtatik az olasz királyi párnak. Hogy pedig a műnek hamar legyen gyakorlati értéke, Rómában fiókosztályt létesitettek azon czélból, hogy akadályozza meg a gyermekekkel való rossz bánásmódot, gyermekelhagyást stb.

† **Halálozás.** *Zinnis A.* dr., az athéni egyetemen a gyermekgyógyászat tanára s a lelenczkórház igazgatója meghalt. — Julius hó 8-dikán hunyt el Párisban *Jules Simon*, a „Hôpital des enfants malades" tiszteletbeli orvosa.

*

Új könyvek: E. Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 10. kiadás. 1899. — *C. Gerhardt.* Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Neu bearbeitet von Prof. O. Seiffert. — *A. Fuchs.* Schwachsinnige Kinder. 1899. — *A. Chipault.* Therapeutique de la scoliose des adolescents. Paris. 1899. — *M. Manheimer.* Les troubles mentaux de l'enfance. Paris. 1899. — *A. Sargnon.* Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte. Lyon. 1900. — *E. Smith.* On the wasting diseases of infants and children. London. 1899.

*

Új „Dissertatió"-k és „Thèse"-k: L. Ballin. Ueber Magenthätigkeit bei dyspeptischen Säuglingen. Berlin. 1899. — *H. Böhm.* Ueber die sogen. Landkartenzunge im Kindesalter. Leipzig. 1899. — *S. Bogoras.* Zur Kenntniss der Zuckerkrankheit im Kindesalter. Berlin. 1899. — *Wilh. Bothe.* Congenitale Defekte am Vorderarm. Berlin. 1899. — *P. Bleynie.* Sur les diamètres céphaliques des nouveau-nés. Paris. 1899. — *H. Chatard.* Des rechutes de la fièvre typhïode chez l'enfant. Paris. 1899. — *Al. Chevé.* De l'érysipèle des enfants nouveau-nés et à la mamelle. Paris. 1899. — *Gast. Chevrier.* De l'hydronéphrose cong. chez le jeune enfant. Paris. 1899. — *C. Constantinovitch.* Essai sur la tuberculose de la première enfance. Paris. 1899. — *C. Joubert.* L'albuminurie dans la diphthérie traitée par le sérum. Paris. 1899. — *J. Guyot.* De l'immobilisation dans le mal de Pott. Bordeaux. 1899. — *Th Herber.* De la paralysie ourlienne. Paris. 1899. — *A. L. Kaler.* Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. Nancy. 1899. — *J. Labrit.* Du doigt hippocratique dans les affections cardiaques et pleuropulmonaires non tuberculeuses de l'enfance. Bordeaux. 1899.

Budapest, 1899. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.