Negyvenharmadik évfolyam. 23. szám. *Budapest, 1899. junius 4.*

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

Reusz Frigyes: Közlemény a berlini egyetem II. belgyógyászati klinikájáról. Igazgató Gerhardt dr. egyet. tanár. Landry-féle felhágó hűdés egy esete. 274. l.

Ákontz Károly: Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról. A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból. 276. l.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi esetek. 278. l.

Tárcza. *Fodor József*: Atzél Béla báró sporttelepe. 279. l. — *Kuthy Dezső*: Hazánk egyes éghajlati öveinek méltatása az orvosi meteorologia szempontjából. 280 l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Berend Miklós* és *Preisich Kornél*: A gyermekgyógyászat compendiuma. 281. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Orvoskari választások a budapesti egyetemen. — Az új orvosdoktori szigorlati rend. — Pestis-hirek. — Kitüntetés. — Ajánlás kitüntetésre. — Tudomásul. — Megjelent. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. Hirdetések. 282. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: *Bäcker József*: Kimutatás a Kézmárszky tanár igazgatása alatt álló egyet. I. sz. szülő és nőbeteg klinika 1895—1896. évi működéséről.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a berlini egyetem II. belgyógyászati klinikájáról. Igazgató Gerhardt dr. egyet. tanár.

Landry-féle felhágó hűdés egy esete.

Reusz Frigyes dr. volontair assistenstől.

Bár 1859 óta több mint 80 úgynevezett *Landry*-féle hűdés esete lett megvizsgálva és közölve s a betegségnek először adott klinikai kórképe is sok módosítást szenvedett el, mégis igen sok oly kérdés van ma is, mely vita tárgyát képezi. S ezek épen azon pontok, melyek valamely betegség megértésénél s helyes felfogásánál a legfontosabb szerepet játszszák, vagyis a betegség aetiologiájának s a pontos anatomiai localisationak kérdése. A mi az aetiologiát illeti, az összes szerzők, magát *Landry*-t, e betegség első leiróját is beleértve, megegyeznek azon feltevésben, hogy a betegséget egy intoxicatio váltja ki, mely első sorban az idegrendszert támadja meg; de mai napig sem sikerült biztos összefüggést kimutatni az egyes esetekben talált bakteriumok s a megbetegedés között, s annál kevésbbé sikerült egy egységes kórokozót felfedezni. Arra vonatkozólag is eléggé megegyezők a vélemények, hogy mely helyen támadja meg ezen supponált méreg az idegrendszert, de eltérők a nézetek annyiban, hogy míg egyes szerzők a primaer motorikus neuron központi részébe, vagyis a mellső szervek mozgató sejtjeibe helyezik az elsődleges megbetegedés helyét, addig mások ennek környi részeiben, vagyis a mozgató idegekben keresik a betegség kiinduló pontját.

Bizonyos akadályokat gördít ezen kérdések eldöntése elé azon körülmény, hogy igen sok elég jól átvizsgált esetben a górcsövi vizsgálat semmiféle elváltozást sem tudott kimutatni.

Úgy gondolom, a dolgok ilyen állása mellett nem végeztem felesleges munkát, midőn egy ilyen esetet, melyet Gerhardt tanár úr klinikáján volt alkalmam észlelhetni, pontos anatomiai vizsgálatnak vetettem alá, melynek eredményeit néhány megjegyzéssel az alábbiakban közlöm.

Kórtörténet. O. H. 25 éves, 1896-ban ulcus molle (?) Mirigydaganatok, melyek kezelésre ismét elmultak. Nyolcz héttel később egy daganat keletkezett orra jobb oldalán, melyet narcosisban kiirtottak. Felvétetett 1898. május 5-dikén, miután már nyolcz nap óta gyengeség és fáradtság érzete némi fejfájás kiséretében állottak fenn. A megbetegedést követő napon hangyamászás és zsibbadtság érzete lépett fel először a bal lábában, később a többi végtagokban is. Május 2-dikán már nem volt képes a lépcsőn lemenni; két nap óta a beszéd nehezére esik, hangja dunnyogó. Hányingere, hasmenése nem volt, széke rendes, vizelésürítés szintén.

Jelen állapot. Május 5-dikén. Jól táplált, erőteljes férfi. Egy kemény heg a sulc. coron. penis-ben. Némileg megnagyobbodott mirigyek, a sipcsont éle sima.

Pupillák egyenlőek, kerekek, a nyelv a középvonalban jön ki, erősen reszket. A fej mozgásai szabadok, a végtagok képesek minden mozdulatot végezni, de igen lassan, tökéletlenül s csekély energiával. Járni csak erős támogatás mellett képes, járásának különös jellege nincsen. Finom érintéseket lábujjain nem érez, a fájdalomérzés lábain és kezein kis mértékben csökkent. Hő-, izom- és helyzet-érzés rendes.

Pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Hasreflex megtartott, más bőr- s az inreflexek nem válthatók ki.

Gégetükrészeti lelet: a hangszálagok mély belégzésnél sem mennek hullaállásón túl, a bal hangszálag ezen helyzetet is csak alig éri el; az epiglottis emelkedése gyenge, erélytelen. Hangadáskor keskeny rés marad a hangszálagok között.

Emésztési szervek részéről semmi eltérés. Lép nincs megnagyobbodva. A pulmonalis II-dik hangja ékelt. A tüdő határai rendesek, a bal csúcson néhány szörcszörej.

Május 6-dikán. Hőmérsék 36·3, légzés 20, érlökés 90. Hidegség és hangyamászás érzete a végtagokban. Beteg nem képes ágyában magától felemelkedni. Léptompulat a 8-dik bordától a 11-dikig terjed, 8 cm. széles, a lép maga nem tapintható.

Therapia: Secale cornutum.

Május 7-dikén. Hőmérsék 36·7, légzés 20, érlökés 100. Beteg reggel erősen izzad, lábait alig képes mozgatni; már 6-dikán észrevette, hogy nehezen nyel s 7-dikén úgy érzi, mintha torka össze volna szoritva. Folyadékot jobban tud nyelni, mint szilárd ételeket. Orrhangon beszél, beszédközben gyakran megpihen.

Május 8-dikán. Hőmérsék 37·8, légzés 28, érlökés 100. A végtagok hűdése fokozódott. Lábait nem képes emelni, jobb karját valamivel jobban, a balkarját alig. Az érzési zavarok kevésbbé kifejezettek. A légzés némileg emlékeztet a Cheyne-Stokes-féle typusra; a nyelés még nehezebben megy, mint eddig. A bal ínyvitorla hangadáskor visszamarad, a hangszálagok belégzéskor alig érik el a hullaállást; a bal proc. vocalis mozgékonysága csökkent. A vérvizsgálat semmi kóros elváltozást sem mutat ki. 4,750,000 vörös, 12,500 fehér vértest. Délután a légzés typusa charakteristikusabb lesz. Beteg arcza erősen kipirul, hangos, erőltetett légzés és trachealis hörgés kiséretében.

Május 9-dikén. Hőmérsék 38·0, légzés 32, érlökés 150. Beteg jobban érzi magát, a légzés nyugodt, bár a posticusok paresise fokozódott; a léptompulat 9 cm. széles, túlhaladja a costoclavicular-vonalat, nem tapintható. A n. cruralis nyomásra érzékeny.

Beteg délben gyomorsondán át 1/2 liter tejet kap, melyet azonban kihány; egy alkalmazott tápklystirt sem képes megtartani. Hátul alul a a tüdő felett tompult kopogtatási hang egész a lapoczka alsó csúcsáig; ezen területen belül gyengült légzés és tompa szörcszörejek.

Május 10-dikén. Hőmérsék 37·6, légzés 32, érlökés 120. Az alsó végtagok hűdése majdnem teljes, némi mozgékonyság csak a lábfejizületben s ujjakban észlelhető. A karok paresise is fokozódott. A foghúson csekély haemorrhagiák láthatók. A vizelet (1200 cm³) fajsúlya 1036, meglehetős mennyiségű fehérjét tartalmaz.

Este 8 órakor. Érlökés 132, rendes, légzés 24. A gégetükör teljes recurrens hűdést mutat.

Este 9 órakor minden előremenő tünet nélkül hirtelen halál.

Bonczlelet május 11-diken délelőtt 9 1/2 órakor.

Középmagas jól megtermett férfihulla, erős izomzattal.

Rekesz állás: jobb oldalt a 4-dik borda felső, bal oldalt annak alsó széle.

Szív közepesen összehúzódott, erős megteltségével a ventriculusoknak, különösen a jobbiknak; izomzat kissé zavaros, billentyűk épek.

Mindkét *tüdő* igen vérbő, felületes atelektasiákkal az alsó lebenyekben.

Pharynx és az *oesophagus* felső része vérbő, valamint a nyelvgyök és gégebemenet is.

Gégeizomzat jól fejlődött, makroskopice nem mutat szineltérést.

Lép kissé megnagyobbodott, 12·5, 6, 3·5 cm., középvértartalmú, puha, folliculusok és trabeculák jól kivehetők.

Vese, mellékvese, máj vérbő.

Vékonybél folliculusai duzzadtak, kölesnyi nagyságúak, Payer-féle plaque-ok épek.

Dura kissé feszes. *Arachnoidea* és *agyállomány* igen vérbő, valamint a gerinczagy és burkai.

Diagnosis: *Dilatatio cordis recens. Hyperaemia cerebri, medullae spinalis, pulmonum, renis et hepatis venosa et capillaris. Oedema pulmonum. Hyperplasia folliculorum ilei.*

Miután az előttünk álló eset a paralysis ascendens acuta typikus képét mutatja, nem tartom szükségesnek a klinikai tünetek bővebb méltatását, s így mindjárt a mikroskopi vizsgálat eredményeinek megbeszélésére térhetünk át.

Ezen vizsgálatnak czéljaira a nyúltagy, a gerinczagy, s egyes darabok a vagus, medianus, ulnaris, ischiadicus, tibialis és peronaeusból használtattak fel. Bár *Bayley* és *Eving* egy általuk észlelt esetben a kisagyban is találtak a gerinczagyban találtakhoz hasonló elváltozásokat, nem tartottuk szükségesnek vizsgálatainkat jelen esetben erre is kiterjeszteni, miután semmiféle klinikai tünet sem utalt ezen szerv megbetegedésére.

Egy-egy darab nyaki, háti és lágyéki gerinczvelő, valamint egy darab nyúltagy használtatott fel a Nissl-féle methodus alkalmazására, a többi részek Marchi és egyéb methodusokkal vizsgáltattak. Az eredmények a következők:

Nissl-féle módszer: A mellső szervek nagy motorikus sejtjei igen változatos képet nyujtanak. Normalis külsejü sejtek mellett nagy számban vannak olyanok, melyekben a Nissl-féle testek duzzadtak, sötétek s közöttük is apró szemcsék láthatók. Más sejtekben előrehaladottabb szétesésük volt látható, mely, ámbár a chromatophil-anyag az egész sejtben bizonyos laza szerkezetet mutatott, rendesen egy körülirt helyen volt legkifejezettebb. Ezen hely soha sem volt a sejt környi részén, hanem inkább közepe felé a sejtmagvak egyik vagy másik oldalán volt látható. Ezek mellett oly sejtek is voltak észlelhetők, melyeknek csak szélén köröskörül voltak nagyobb sötét rögök láthatók, s végül nem kis számban olyanok, melyek egész világosak és tisztán finom kék porral voltak telve.

A sejtmag különböző fokú duzzadtságot és alakváltozásokat mutatott. Oly sejteket nem találtam, melyekben a mag a sejtfal mellé vonult volna. Ugyanilyen elváltozások voltak észlelhetők a nyúltagyban is.

Marchi-féle módszer: Hosszmetszeteken minden második-harmadik metszetben 1—2 feketére impregnált, szakadozott vagyis degenerált, rendesen a metszet egész hosszán át követhető idegrost volt található, elszórtan, minden csoportosulás nélkül, az elülső, hátulsó s oldalsó kötegekben egyenlő mennyiségben. Az idegsejtek fekete szemcsékkel voltak fedve, sokszor oly mértékben, hogy emezek még a protoplasmanyúlványok első oszlásán túl is voltak követhetők.

Ezenkivül még meg kell említenünk, a nélkül, hogy ezen leletnek különös fontosságot tulajdonítanánk, hogy keresztmetszeteken a szürke állomány körül egy már szabad szemmel jól kivehető sötét udvar volt látható. A mikroskop ezen helyen nem mutatott egyebet, mint a velős hüvelyek sötétebb színeződését, s a különben is előforduló fekete rögöknek valamivel nagyobb számát a nélkül, hogy több degenerált idegrost lett volna található, mint más helyütt.

A Müller-féle folyadékban keményített többi darabok makroskopice semmi feltünőt nem mutattak. A különféle módszerekkel *(haematoxylin, carmin, van Giesson, Ströbe, Gram, Weigert)* nyert eredmények összessége a következő:

Az idegsejtek kis mértékben zsugorodottak, bár a keményítésnél a lehető legnagyobb elővigyázattal jártunk el. Duzzadt tengelyfonalak nem túlságos nagy számban az egész keresztmetszeten találhatók, nagyobb számban az oldalakon, mint a hátsó kötegekben, főleg a szürke állományt környező részekben. Imittamott egy duzzadt Deiters-féle sejt, s kis számban nagy, kerek sejtek. A nyúltagyban az edénykörüli ürök tágak, s egy szemcsésreczés állománynyal teltek, mely Weigert szerint nem festődik, tehát nem fibrinszerű anyag. Az edények maguk erősen vérteltek, körülöttük néhány fehér vérsejt, ugyanott, s az edényfalban kerek sejtek.

A pia edényeinek intimája, főleg a nyaki gerinczvelő magasságában, réteges megvastagodást mutat, mely vagy egyenletesen terjedt ki az egész belső falon, vagy félholdalakúlag az egyik oldalon fekszik. A mellső gyökerekben, főleg az ágyéki gerinczvelőben, szintén észlelhető a tengelyfonalak duzzadt volta, s csekély kereksejtes beszürődés, a hátsó gyökerekben biztos elváltozás nem mutatható ki.

A környi idegekben szintén voltak találhatók duzzadt tengelyfonalak a keresztmetszeten egyenletesen elszórva, de a velős hüvely elfajulása sehol sem volt kimutatható. Igaz, hogy csak nagyobb idegtörzsek vizsgáltattak.

Bakteriumok a metszetekben nem voltak találhatók s így csak tisztán a teljesség kedvéért mellesleg említjük fel a nyaki gerinczvelő egy darabjából vett anyaggal megejtett oltási kísérleteket.

A kérdéses gerinczvelődarab 1%-os sublimatban lemosatván, steril késsel új metszfelület készült s ebből kiindulólag vettünk a mellső szarvakból anyagot. Az agar-, gelatine- bouillon- és vérsavóra történt oltások közül csak az utóbbi fogamzott meg.

A táptalajon két nap mulva egy igen vékony, homályos felületű, áttetsző, csíkalakú, szintelen telep mutatkozott, mely a táptalajhoz oly lazán tapadt, hogy a condensatiós víz által könnyen le volt öblíthető, melyen azután finom hártyadarabkák alakjában úszott. Ezen hártya kis coccusokból állott, melyek kettes, hármas vagy nagyobb csoportokban feküdtek egymás mellett, s methylviolettel különösen jól festődtek. Ezen említett culturából vett anyaggal két más serumos kémcső lett beoltva; ez utóbbiak egyike bouillonnal leöblítetett s eme folyadék egy tengeri malacz hasüregébe fecskendeztetett. Az állat egészséges maradt. A másik culturát ugyanily módon egy házinyul vena jugularisába fecskendeztük, melyből előzőleg 25 cm. vért eresztettünk ki. Ezen állat három nap mulva megbetegedett, erősen büzlő hasmenést kapott s ötödnapra elpusztult. A bonczolatnál a jobb vese visszér-thrombosisán s a megfelelő vese kisebb infarctusán kivül más kórosat nem találtunk. A thrombusból ismét ki lehetett tenyészteni az említett coccust. Sajnos, további kísérletezésről le kellett mondanunk, mert ezen cultura valami módon más bacteriumokkal inficiáltatott; az izolálás nem sikerült, s az eredeti culturák tenyészképességüket elvesztették.

Röviden összefoglalva a fennebb mondottakat, a górcsövi vizsgálat eredménye a következő:

Degeneratiok a mellső szarvak s nyúltagyi magvak sejtjeiben

A gerinczvelő egyes rostjainak elfajulása, nagyobbszámú tengelyfonalak duzzadt volta a gerinczvelőben, kevésbbé a környi idegekben, kisfokú kereksejtes beszürődés, fehér vérsejtek kivándorlása. Endoarteritis (syphilitica) a pia edényeiben.

Miután a legfeltünőbb elváltozásokat a mellső szarvak motorikus sejtjeiben találtuk, első sorban ezekkel fogunk foglalkozni. Az első kérdés az volna, hogy vajjon az észlelt változások a halál után létrejötteknek s így jelentőség nélkülieknek, vagy az élet folyamán keletkezetteknek s így jelentőségteljeseknek tekintendők-e? Eddigelé semmiféle megbizható adatunk sincs az irodalomban azon változásokról, melyek az emberi gerinczvelő sejtjeiben a halált követő első 24 órában végbemennek.

Tekintve ezen kérdés fontosságát, érthetővé válik ezen hiány, ha meggondoljuk, hogy ezen thema rendszeres átdolgozását azon körülmény is gátolja, hogy az emberi gerinczvelő idegsejtjeinek normalis typusát a különféle betegségek s a halálokok miatt igen nehéz felállítani. Házinyulaknál a postmortalis elváltozásokat *Barbacci* és *Campacci*, kutyákon *Neppi* tanulmányoztak. Ez utóbbi 24 óra multán sem talált említésre méltó elváltozásokat, míg előbbiek elég jelentékenyeket irnak le. Ezen leletekre, továbbá más szerzők közleményeire *(Berger, Marinesco, Soukhanoff, Déjérine, Goldscheider* és mások), kik a gerinczvelőt különféle esetekben vizsgálták, végül pedig azon körülményre támaszkodva, hogy jelen esetben normalis kinézésü sejtek mellett a legkülönbözőbb fokban degeneráltak is voltak találhatók, és hogy magam is két más esetben, melyek 12, illetőleg 14 órával a halál beállta után bonczoltattak, csak normalisnak mondható sejteket találtam, kénytelen vagyok a leirt változásokból határozottan arra következtetni, hogy eme el-

változások az életben lefolyt kóros folyamatokban lelik magyarázatukat.

Egy másik kérdés az volna, hogy a sejtnek miféle természetű megbetegedésével van dolgunk; persze ezen kérdésre a tudomány mai állása szerint nem adhatunk választ.

Feltünő jelen esetünkben az, hogy a többi idegelemekben kevés változás volt észlelhető, s hogy a fehér állományban talált tünetek legkifejezettebbek a szürke állomány közelében voltak; utalni akarok még arra is, hogy a kereksejtes beszürődés s a tengelyfonalak duzzanata a környi idegekben sokkal kisebb fokú volt, mint a gerinczvelőben.

A kétségkivül syphilitikus eredetü edénymegbetegedést egyelőre egyszerüen tudomásul veszszük.

(Folytatása következik.)

Közlemény Szabó Dénes tnr. kolozsvári egyetemi szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

A méhrákról kórodai és kórszövettani szempontból.

Ákontz Károly dr., egyetemi magántanártól.

(Vége.)

13. Özv. P. F.-né kórisméje carc. port. c. infiltrationibus.

A hátulsó ajakból kivágott és a mellsőből kikapart részleteket sublimattal rögzítettem és celloidinba ágyaztam. A sormetszeteket majd Apáthy-haematoxylin I-el, timsós karmin + pikrin-savval, majd 1%-os savanyú vizes fuchsin + pikrinsavval festettem.

Egyenlő, középnagy laphámok sok fészket és egymással összefüggő, kanyargós köteget alkotnak. A közti szövet kevés. Hámfészkek közepén ép hámok mellett reczeszerű váz látható. Sorozatmetszeteken jól kivehettem, hogy ezek a részek egyes hámcsapoknak a középponti vázát képezik. Hámsejtekben kevés a magoszlási kép, ellenben a magvakban 2—4, néhol számos, majd erősen fénytörő, festetlen, majd éleshatárú, festett, kerek képlet van. Másutt élére álló hámsejtek kisebb területet zárnak körül, mely úgyszólva csaknem szabadon álló ilyen szemcsékkel van tele. A hámsejtek között is bőven vannak e képletek. Ismét másutt a hámhagyma egyik része ép, másikát e szemcsékké szétesett magrészletek töltik ki. Ilyen területek egyfelől a rákos szövetnek az ép szövethez közelebb eső részében, tehát a rákfészkek széle felé láthatók, de másfelől a rák szomszédságában levő, viszonylag ép szövet, erős beszüremkedését is itt-ott majdnem kizárólag ilyen gömbölyü képletek okozzák. A rákos és ép szövet között helyenkint a határ nem éles, hanem a kettő közt az átmenetet vagy ilyen szemcsékkel telt magvú hámsejtek vagy szabad szemcsék alkotják. Az átmenet közelében a szomszédság alakelemei (izomzat, kötőszövet) nem mutatnak rendes szerkezetet, hanem látunk bennük ilyen apró magcsákat, továbbá fehér vérsejteket, egy és többmagvú gömbsejteket és végre valódi hámokat. Néhol e sejtek, főleg az apró gömbök, mintegy homályos vázát mutatják a később kifejlődő hámcsapoknak.

Górcsövi kórisme: laphámrák.

14. Özv. P. J.-né kórisméje: carc. port. c. infiltrationibus.

Tizennyolcz sormetszetet az előbbi esetnél leirt módon vizsgáltam. A rákfészkek és menetek főkép csekély protoplasmával szegélyezett, nagy magvakból állanak, ezek között a kötőszövet a már említett sejtekkel erősen be van szüremkedve.

Górcsövi kórisme: medullaris rák.

15. K. J.-nél (carc. port.) laphámrákot találtam (a metszeteket timsós carmin+pikrinsavval vagy haematoxylinnal festettem). A hüvely szemölcseinek közvetlen átmenete a rákba a metszeteken jól látható, a papillák mindinkább mélyebbre terjednek a szövetbe, eleinte élesen vannak határolva, mig egyszerre közvetlenül átmennek a rákba. A rák határát az ismeretes beszüremkedés képezi.

* * *

Az előbbiekben vázolt kórszövettani leleteimet birálva feltünőnek tartom azt, hogy kórszövettani készítményeim egyszer sem derítettek ki határozottsággal oly rákot, mely a mirigymenetekből indult volna ki, vagyis a kórodailag nyakcsatornaráknak látszó esetek kórszövettanilag nem bizonyultak azoknak. A nyakcsatorna mirigyeit ez esetekben ugyan többnyire túltengve, kanyargós lefutásúaknak találtam, a mirigyek hámja legtöbbször erősen burjánzott és a mirigy ürege felé szemölcsöket alkotott, azonban sehol sem láttam mirigyeket többrétegü hámmal bélelve, vagy polymorph hámsejtekkel kitöltve, mint azt mirigyrákoknál találjuk. A mirigyeken talált, említett elváltozások csak lobos természetüek. Ezzel szemben sok esetben a kórodai kép annyira kifejezett volt, hogy kórodailag mást, mint nyakcsatornarákot felvenni nem lehetett. A kétféle leletet legkönnyebben úgy tudom összhangzásba hozni, ha Schröder felosztása szerint a rák oly alakjainak tekintem ezeket, melyek a méh nyakában a nyálkahártya alatt, mint önálló, körülirt csomók lépnek fel és később a nyakcsatorna felé áttörve, elsődleges nyakcsatornaráknak tünnek fel. Azonban az sem lehetetlen, hogy egyik-másik esetben a vizsgált részlet nem volt alkalmas helyről kimetszve arra nézve, hogy a rák eredeti kiindulási fészkét belőle felismerhessem.

Több készítményemen szépen láthattam a hüvelyfal hámjának szoros összefüggését a rákkal, a hüvely hámjának közvetlen folytatódását a rákba.

A papillák mélyebben fekvő sejtjei és a ráksejtek között különbséget ilyen helyeken nem tudtam tenni. Egyes helyeken oly közvetlen az átmenet, hogy az ép és kóros között a szoros összefüggést tagadni lehetetlen. Olyan határoló sejtréteget, mint a milyent Ruge a rák és a hüvelyfal hámja között gyakran látott, én nem találtam.

C. Ruge és J. Veit[1] a méh alsó szakaszán kétféle rákot különböztetnek meg: 1. a hüvelyes rész laphámrákját, ez szerintük kötőszöveti sejtekből fejlődik, és 2. a nyakcsatorna rákját, ez mirigyhámból fejlődik. Ők „a ráknak a szó szoros értelmében epithelialis eredetét, epithel sejtjeinek felhámepithelből való kifejlődését biztosan egyszer sem észlelték". Pedig volt nekik is egy esetük (466. lap), a melynél megengedik, hogy a rák megnyúlt és „rákosan" elfajult epithelcsapokból fejlődött ki. Nevezett jeles búvároknak említett feltünő állításával szemben tanulságosnak tartom saját leleteimre felhivni a figyelmet. Azt hiszem, gyakran meg fogjuk találni a rete Malpighi-sejtjeinek közvetlen átmenetét a rákba, ha alkalmas metszeteken keressük azt. Kivételt ez alól szerintem csak azok az esetek képeznek, melyekben a rák nem a felhámból indul ki, itt természetesen a felhámmal nem fogunk összefüggést kimutatni tudni. Mert hogy tényleg a mirigy és egyéb hámon kivül más, például kötőszöveti sejtekből is indulhat ki rák, azt említett szerzők biztosra veszik. Ők láttak gömbsejteket, kötőszöveti sejteket fokozatosan hámsejtekké átalakulni és ezt le is irták. Mielőtt olvastam volna e leirást, én is sokszor láttam a rák határán lévő beszüremkedésben a gömbsejtek közt többféle sejtet és valódi epithelsejteket oly szoros összefüggésben egymással, hogy egyiknek a másikból való fejlődésére lehetett volna gondolnom.

Szövettani vizsgálataimból továbbá kiemelendőnek tartom, hogy négy kiirtott méh közül háromnál a méh nyálkahártyáján, a mirigyek jelentékeny szaporodásával idült lobosodást találtam. Két esetemben myomás csomók voltak a méhben. Ezeknek azért tulajdonítok bizonyos fontosságot, mert ismételten hangsúlyozták azt, hogy a rák kifejlődésére sokkal alkalmasabb a kóros talaj. Elképzelhető, hogy könnyebben alakulhat át mirigydús nyálkahártya, vagy myomás göb rákká, mint a sokkal ellentállóbb egészséges szövet. Ezért a rák gyógyításánál tekintettel kell lennünk arra, hogy a rák kifejlődésére alkalmas kevésbbé ellentálló ilyen talajtól is lehetőleg megszabadítsuk a beteget. Említett esetek kórszövettanilag is igazolni látszanak azt a felfogást, hogy kezdődő méhráknál is a teljes méhkiirtás indokoltabb a részlegesnél.

A ráksejtekben és azok közt található különféle képződmények újabb időben sok olyan vizsgálatnak képezték kiindulási alapját, mely czélul tüzte e képződményeknek magyarázatát és lehetőleg a rák kórokának a felderítését.

Scheurlen[2] spóraképző bacillusokban vélte felismerni a rák okozóját, azonban jeles vizsgálók controlvizsgálatai kiderítették, hogy Scheurlen bacillusa nem képes rákot létrehozni. Egyáltalán nem valószinü, hogy hasadógomba rákot okozhatna, mert eddigi tapasztalatok szerint ilyen mikroba mindig csak lobos, granulatios jellegü daganatot hoz létre, ráknál ellenben nemcsak az elsődleges daganat hámjellegü, hanem az áttéti daganatok is rendesen az eredeti daganat szöveti szerkezetét mutatják, úgy hogy pl. mirigyhámrákból csak mirigyhámrák, laphámrákból csak laphámrák lehet az áttéti daganat is.

Mások ismét a sporozoákhoz tartozó parasitákat véltek látni a ráksejtekben. Ismét mások a rákban található különböző kép-

[1] *C. Ruge és J. Veit*: Zur Pathologie der Vaginalportion. Zeitschr. für. Geb. und Gyn. Bd. II. 1878. s 415.

[2] *Birch-Hirschfeld*: Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. Prof. Dr. A. Eulenburg. I. Jahrgang 1891.

*

zödményeket nem tartják egyebeknek, mint a sejtplasma vagy a mag elfajulásainak.

Leginkább feltünőnek találtam a dologban azt, hogy mind a két félen jeles búvárok neveivel találkozunk és ha mégis ily eltérő magyarázatokat hallunk, arra kell gondolnunk, hogy ennek az oka a nem egyöntetü és egyszer-máskor hiányos, még kellően nem tanulmányozott, vizsgálati módokban rejlik; csak így magyarázhatom azt, hogy egy fajta elváltozásnál, a ráknál, a vizsgálati leletek annyira eltérő magyarázatokra adhassanak alkalmat. És hogy tényleg különböző vizsgálati mód egyugyanazon esetnél különböző magyarázatra adhat alkalmat, azt jelen vizsgálataim egyikében én is felemlítettem.

A fentebbiekben leirt, általam talált elváltozásokat következőképen csoportosíthatom:

1. *Elfajult nagy hámsejtek.*

Hámfészkek határán kivül élénken festett kötőszöveti rostok feltünő nagy, tejfehér képletet vesznek körül. E képletben a mag festenye különböző alakú, apró darabokra szétesve látható. A közelben hasonló elfajulásnak kevésbbé előrehaladott alakjai is láthatók. Ugyanis e sejteknek teste növekedett, festetlen, szemcsés a plasmája, a mag körülbelül rendes nagyságú alakja még kivehető, de már széteső félben van.

Hasonló alakok gyakran láthatók hámfészkek közepén, ezek mellett itt néha a szétesett mag szemcséi szabadon is találhatók, ilyen területeket ellapult hámsejtek tokszerüen vesznek körül. E tokszerü határon kivül az apró hámsejtek között hasonló elfajulásnak indult hámok láthatók.

Másik elfajulása a hámsejteknek, mely végeredményében épen a leirthoz hasonlít, a hámsejtek magjából indult ki. Ugyanis a mag jelentékenyen megnövekszik, tejfehér lesz és a festenye apró szemcsékké esik szét. A mag növekedésével a test növekedése nem tart lépést és így a plasmából mind keskenyebb szegély marad meg, míg végre az egész sejt úgy tünik fel, mintha erősen fénytörő, kettős burok különböző alakú szemcsékkel telt üreget venne körül. Ennek az elfajulásnak a kifejlődését fokról fokra jól lehet követni. Bármennyire is hasonlít egyik-másik kifejlődött alak pl. spórával telt cystához, ha az átmeneti alakokra figyelemmel vagyunk, leleteinknek magyarázatában nem tévedhetünk.

Az épen felsorolt alakokat mint sejtelfajulásokat már többen leirták.

Kurloff[1] egy elsődleges bőrrákban a Korotneff tanár által felfedezett rákparasitát, a rhapalocephalus carcinomatosust, vélte felismerni. Leirja, hogy a hámgyöngyök közepén levő nagy hámsejtekben a mag mellett kerek, hosszúkás, néha egyenetlen testet talált, mely növekedve a sejt magját félre nyomja, még tovább növe a hámsejtből végre csak világos zona marad meg. Teljesen kifejlődve a legnagyobb hámsejteknél is nagyobb, 1—3 erősebben festett mag van benne, a képlet nem éles határú, néha *ágas nyúlványokat bocsát a sejtek közt a szomszédsejtek magjaihoz.* Ez a parasita nyúlványai segélyével egyik sejtből a másikba vándorolhat. Azért idéztem részletesebben Kurloff e leirását, mert egyik esetemben az övéhez hasonló képződményt találtam. Metszeteimet az ő leirása szerint (Flemming-rögzítés, safranin + alkoholos pikrinsavfestés) készítettem; mint ő, én is már szabad szemmel láttam az elhalványított metszeten tüszúrásnyi veres pontokat, melyek kis nagyítással hámgyöngyök közepeinek bizonyultak. Egyik ily élénk veres, kerek területtől elvékonyodott nyúlvány folytatódik egy szomszéd elhalványodott hámsejt magjához. Másutt meg elvágott nyúlványt véltem látni, ezek azonban távolról sem voltak oly tisztán kivehetők, mint minőket Kurloff ábrázol. Ismét másutt kevésbbé kifejlődött alakot láttam, ennek nyúlványa még nem ér a szomszédsejtig. Találtam ezenkivül erősen festett gömböket, festetlen fehér szegélylyel körülvéve; olyan formaalakok ezek, mint a milyeneket Kurloff a parasita kezdeti alakjainak tekint.

Ha azonban hasonló területeket Ehrlich-Biondi-féle festéssel vizsgáltam, akkor azok elfajult hámok és jól festett magvak tömegének tüntek fel. E szerint a safraninnal oly különösen festett területek sem lehetnek egyebek, mint a hámgyöngyök közepén ismert elfajulási alakok, melyeket azonban a safranin erősen festve oly különös módon tüntet fel.

Távolról sem akarom Kurloff esetét birálni, mert ezt csak rajzból és leirásból ismerem, csak hangsúlyozom, hogy *én* tévedhettem volna, ha safraninfestéssel beérem és más festéssel ellenkisérletet nem teszek.

Ugyanez esetben amoebaszerü nagy sejteket is találtam pár metszeten. E sejtek nagy laphámok között vannak, de a környező sejteknél jóval nagyobbak. Nagy, világos, festetlen magjukban sok festett chromatinszemcse van, halványon festett plasmájuk pedig szemcsézett. E sejtek körvonalai a szomszédsejtek közé nyúlnak be és ezért látszanak nyúlványosoknak, amoebához hasonlóknak. Tulajdonképen a sejt sem más, mint egy nagy elfajult hámsejt; hogy tényleg az, azt a szomszédságban látható átmeneti alakok bizonyítják. Nyúlványos, szögletes alakja úgy jöhetett létre, hogy növekedése közben bizonyos fokig szétnyomta a környező hámokat s az így létrejött résekben, szögletekben saját protoplasmája foglalt helyet.

2. *Tojásdad vagy kerek jól festődő képződmények a közti szövetben.*

Ezeket két esetnél találtam. E képletek a közti szövetben (néhol a hámfészkekben is) foglalnak helyet, körülbelül a fehérvérsejteknél 2—3-szor nagyobbak, tojásdadok vagy kerekek és erősen festettek. Egyeseket kötőszövet vesz körül. Ehrlich-Biondi-keverékből a fuchsin egyöntetüen festi s csak néhol látható bennük szemcsézettség vagy kis zöld magcsa. Másik készítményen safraninnal festve hasonló helyeken szintén sok ilyenforma képződményt találtam, de ezek finoman szemcsézettek voltak és szederhez hasonlítottak, bennük immersioval (1/12, ocular IV. R.) tojásalakú magnak homályos körvonalai tüntek elő. Helyenként e test apró szemcsékre kezdett szétesni. Én e képződményeket Russel fuchsintestecseivel azonosaknak tartom. Russel testecseiről Klien[1] bebizonyította, hogy úgy festődésükre, mint nagyságukra nézve bizonyos határig nem egyebek, mint Altmann sejtgranulái. E. Noeggerath[2] fekélyen, tuberculosison stb. kivül kezdődő hüvelyes rész rákjánál is találta e testeket. Szerinte e testek általában anilinszínekkel, valamint haematoxylinnel is jól festődnek és úgy találta, hogy nem homogenek, hanem segmentáltak, később oszlanak. Ő a megnagyobbodott mag származékának tekinti. Egyik esetemben (fuchsinfestés) homogenek voltak, a safraninfestéssel épen olyan szemcsés alakot mutattak, mint a rendes kötőszövetben is előforduló, úgynevezett „hízósejtek". Én a különböző festésnek tulajdonítom a bizonyos fokig eltérő leletet e két esetben. Azonban elhelyezkedésükből, alakjukból és safraninfestéssel feltüntethető szerkezetükből következtetve sejtszármazékoknak kell tartanom e képződményeket.

3. *Hámsejtek testébe zárt más sejtek.*

Ezek vagy érintetlenül hagyták a hámsejt magját és mellette foglaltak helyet, világos udvarral körülvett kerek, halványon festett, néhol szemcsézett testnek tüntek fel. Máskor a hámsejt magja a bezárt sejtet félholdalakban vette körül. A hámsejt mindig nagyobb, világosabb volt és máskép festődött, mint a szomszéd hámsejtek. A bezárt sejt hol fehér vérsejthez, hol fiatal hámsejthez, hol pedig a beszüremkedés és a szétesett hámfészek sejtjei között előforduló nagyobb, egymagvú gömbsejthez hasonlított. Sokszor nem tudtam biztosan eldönteni, hogy vajjon tényleg a gazdasejtben vagy csak szorosan *rajta* volt e második sejt. Néhol a bezárt sejtnek chromatindús, jól festett magja volt és fénytörő burka mellett a gazdasejt magjából már csak egy kis rész volt kivehető, mely a bezárt sejt egyik polusán ült. A gazdasejt nagy, plasmája fehér, festetlen volt, benne elszórva apró, erősebben fénytörő gömbök és a bezárt sejt határán sávokban diffuse chromatin volt látható. Máskor vacuolákat láttam ilyen nagyobb hámsejtekben.

Nem hiszem, hogy tévedek, ha ezeket a leleteket úgy magyarázom, hogy elfajult, kórosan megnagyobbodott, csekélyebb

[1] *M. Kurloff*: Zur Lehre von den Carcinomparasiten. Centralblatt ür Bakteriologie u. Parasitenkunde. XV. Bd. 341. S. 1894.

[1] Über die Beziehung der Russel'schen Fuchsinkörperchen zu den Altmann'schen Zellgranulis. Beiträge z. path. Anat. von Ziegler. 1891. Bd. XI. és *L. Török*: Monatshefte f. prakt. Dermat. von P. G. Unna. 1892. Bd. XV. S. 233.

[2] *E. Noeggerath*, M. D. Beiträge zur Struktur und Entwickelung des Carcinoms. Wiesbaden 1892.

ellentállású hámsejtekbe hol fehér, hol vörös vértest, hol pedig a beszüremkedést alkotó sejtek valamelyike vándorolt be. A megnagyobbodott hámsejt elfajulása mellett szól jellegző festődésén kivül magjának szétesése is. Sokszor a szomszéd hámsejt csak bele van préselve az elfajult nagy hámsejtbe.

Az itt elsorolt leleteket aránylag ritkán találtam.

4. *A hámsejtek magvaiban talált képződmények.*

A hámsejtek magjaiban olyan képződményeket találtam, mint a melyekhez hasonlót Stroebe, Steinhaus[1] és mások irtak le.

Főleg a rákos részletek szélein, a nagy hámmagvakban 1—2, de azt teljesen is kitöltő számban, láttam jól festődő, kerek vagy komma, kifli, sajka stb. alakú, apró képleteket. Ezek nanagyon hasonlítottak jól festődő magcsákhoz, csak ritkán maradtak festetlenül és ilyenkor fénylő spóráknak tüntek fel. A képletek, mint említém, kivált a viszonylag ép szövet határán levő hámok magjaiban, de azután itt sok hámsejt magvában és nagy számmal voltak láthatók. E szemcsék szaporodásával a hámsejt magja növekszik és a hámsejt tönkremegy, ekkor azután szabadon láthatók a szemcsék. A hámfészkekben e szemcséken kivül fehér vérsejtek és más, a beszüremkedést alkotó sejtekhez hasonló sejtek is vannak.

Feltünő, hogy míg a fészkek közepén ritkábban láthattam e szemcséket, addig a szélen, főleg közel a relative ép szövethez gyakran és nagy számban vannak jelen. A szétesett területek sok helyen észrevétlenül mennek át a viszonylag ép szövetbe, a hol azután egyszerre a rák határát jelző beszüremkedés közepette találjuk nagy számban ez apró képződményeket. Itt néha majdnem csak ezek alkotják a beszüremkedést, máskor rajtuk kivül találunk 2—3-szor akkorákat, fehér vérsejteket, továbbá hámsejteket is.

Míg tehát egyfelől a rákban a hámsejtek pusztulását, szétesését, addig a környezetben új hámok fejlődését, a rák tovaterjedését észlelhettem. Ha valahol, úgy valószinüleg ilyen helyeken kell a rák tulajdonképeni okozóját keresnünk!

Említettem, hogy ez apró szemcsék a viszonylag ép szövetben bizonyos területeket oly módon lepnek el, hogy e területek homályos rajzát mutatták egy fejlődő rákfészeknek vagy rákcsapnak. És viszont e fejlődő hámfészkek és csapok kanyarulata sokszor hasonlít izomrostok, edények stb. lefutásához.

Hogy mik ezek a szemcsék, azt alig tudnám eldönteni. A Török[2] közleményében Arnold-féle nuclearis degenerationak jelzett képek nagyon hasonlítanak az enyémekhez. A karyorhexis elnevezés alatt közölt elváltozások is ilyenszerüek.

Ismeretes, hogy fix szövetsejteknek származékai vándorolni is képesek és hasonló sejteket termelnek, mint a melyből származtak.[3] Talán ily sejtszármazékoknak tekintsem e szemcséket?

Bizonyos tekintetben parasitához is hasonlítanak. Tanulságosnak tartom erre nézve L. Pfeiffer[4] munkájára felhivni a figyelmet. Nevezett szerző microphotogrammokkal igyekszik bizonyítani, hogy a ráksejt nemcsak a hámsejtekhez, hanem több sporozoasejthez is hasonlít. Három jól jellemzett sporozoadaganat bizonyos fejlődési fokon ugyanolyan sejtekből áll, mint a rák. Szerinte a fajfentartásra szolgáló állandó alakja a parasitának cysta, a sporaalak pedig (Schwärmsporenwachstumsrichtung) a heveny rákos parasita pusztítási alakját képviseli. A parasita bevándorol a gazdasejtbe, a gazda e mellett sejtosztódást is mutathat, embryonalis schema szerint szaporodik, hogy azután a parasita által felemésztessék, a gazdaszövet daganattá alakul át és végre rákos elpusztulása következik be az egész gazdának.

E parasitadaganatok épen vázolt fejlődése és a rák tovaterjedési módja között a hasonlatosság vizsgálataim közepette többször feltünt nekem is.

[1] *Ludwig Török*: Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. Monatshefte f. prakt. Dermat. von P. H. Unna. Bd. XV. S. 109., 147., 230. 1892.

[2] Lásd fent.

[3] *A. Weichselbaum*: Grundriss der path. Histologie 1892. S. 76. Leipzig und Wien.

[4] *Ludwig Pfeiffer*: Der Parasitismus des Epithelialcarcinoms, sowie der Sarco-, Mikro- und Myxosporidien im Muskelgewebe. Autoreferat. Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde. 1893. Bd. XIV. S. 118.

A hámok magjában, a hámok közt és a relative ép szövetben talált szemcsék tagadhatatlanul nagyon hasonlítnak spórákhoz, melyek valószinüleg a fertözés hordozói. Cystaalakot azonban egyszer sem találtam.

Nagyon hasonlítanak továbbá eme szemcsék a Kahane M.[1] által ráksejtekben és ráknedvben és rákosok vérében talált képződmények némelyikéhez. Pár esetben magam is vizsgáltam friss ráknedvet és szintén találtam benne az említett szemcsékhez hasonló alakelemeket. Ezek némelyike a függő cseppben igen élénken mozgott, a fehér vérsejteket nagy számban körülrajongta és beléjük vándorolva megszünt mozogni.

Eddig végzett vizsgálataim alapján a rákban található elváltozások közül a ráksejtek magjaiban, a ráksejtek és a beszüremkedést alkotó sejtek között található apró képződményeknek tulajdonítok különös jelentőséget. Most ugyan még csak kórszövettani ingatag leleteimre támaszkodom, de ezek alapján is elég valószinünek tünik fel nekem az, hogy a rákos daganat sejtjei tulajdonképen nem közönséges hámsejtek, és hogy azok szaporodásánál, illetve a rák tovaterjedésénél a magvakban fellépő apró képződményeknek fontos szerepe van.

Törvényszéki orvosi esetek.

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

(Vége.)

XII. Gondatlanságból okozott emberölés vétségével vádolt orvos. Állitólagos orvosi mühiba. Az eljárás megszüntetése.

K . . J . . dr. n . . i orvos 189 . . évi január hó 7-dikén azon feljelentést tette a kir. ügyészségnél, hogy M . . Gy . . n . . i lakoshoz hivatott a mai napon, a kinél heves „gyomorvérzést" talált s az egyén távozása után rövid idő mulva meghalt. K . . J . . dr. orvos M . . Gy . . hozzátartozóitól arról értesült, hogy M . . Gy . . en M . . J . . dr. eret vágatott borbélylyal a nélkül, hogy látta és megvizsgálta volna. A feljelentésében előadta K . . J . . dr., hogy ámbár „a gyomorvérzés magában véve is halált okozhat ugyan, de ez esetben oly mulasztások, oly súlyos következményü intézkedések történtek, a melyek a halál beálltát csak előmozdították s több mint valószinü egyenesen okozták. A beteg tegnapig ugyanis jól érezte magát, tegnap délután hirtelen rosszul lett, M . . J . . dr. n . . i orvos kezelésbe vette és ez alkalommal elmulasztotta a vérhányás ellen a jégnek külső és belső használatát elrendelni, a diaetát megszabni, de a mi mindezeknél még végzetesebb, ezen literszámra vérthányó embernél *eret vágatott.* Ezek oly fejre állított gyógyitási intézkedések és egyenesen mühibák, melyek vagy teljes tájékozatlanságra és az orvosi ismeretek hiányára, vagy pedig pillanatnyi beszámithatlanságra és elmezavarodottságra vezethetők vissza".

„Miután ez nem az első téves kezelés, melyet ezen orvos úr praxisában megfigyelni alkalmam volt, az emberiség és a társadalom érdekében kénytelen vagyok felszólalni, mert ha nevezett orvos ily szellemben tovább müködik, betegeit egyenesen veszélyezteti. Ezen leirt M . . Gy . . esetben oly káros és kézzelfogható mulasztásokat követett el, hogy csak kötelességemet teljesitem, midőn azt a tekintetes kir. ügyész úr tudomására hozom, azon kérelemmel: méltóztassék a hulla törvényszéki bonczolását elrendelni és a mennyiben a mühiba ez úton is kiderül, a vizsgálatot megindítani."

Ezen feljelentés alapján a kir. ügyész indítványára M . . J . . dr. ellen gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt megindított vizsgálat során első sorban véleményem kéretett ki, a melyet a feljelentés áttanulmányozása után a következőkben terjesztettem be:

Vélemény: Legnagyobb valószinüséggel, majdnem biztosan állitható, hogy M . . Gy . . a feljelentésben felemlített és bárminemü oknál fogva előállott vérhányás következtében beállott nagyfokú vérvesztesség folytán halt el, mely halála létrejöttére a nála eszközölt érvágás semmi befolyással nem lehetett s ennek káros hatása semmivel sem igazolható.

[1] *Dr. M. Kahane*: Über das Vorkommen lebender Parasiten im Blute u. in Geschwulstzellen bei Carcinomatösen. (Aus d. II. chir. Abth. Prof. v. Mosetig-Moorhof d. Wiener allg. Krankenhaus.) Centralblatt f. Bakteriol. und Parasitenkunde. Bd. XV. 1894. S. 415. és Bd. XV. S. 629.

A mi pedig az érvágásnak adott esetben való alkalmazását illeti, úgy megjegyzem, hogy vérzés csillapítása végett hozzáférhetlen belső vérzéseknél a vérnyomás csökkentése czéljából kivételesen jogosult is lehet az érvágás, tehát a priori műhibának a beavatkozás semmiképen sem nevezhető az eset körülményeinek ismerete nélkül.

Megjegyzem még, hogy a feljelentés szerint „literszámra" vérhányó egyén *vérmennyiségét* az érvágásnál szokásos 100—150 gm.-nyi vérnek kibocsátása lényegesen nem változtathatta meg s így az egyén halála az érvágással biztosan nincs összefüggésben, minélfogva az eszközlendő bonczolás is csak a természetes halál okát derítené ki.

A mi pedig az orvosi szerelés *állítólagos* elhanyagolását illeti, úgy erről a tény kiderítése nélkül nyilatkozni nem lehet.

A vizsgálat további menete alatt a kihallgatott M . . J . . dr. a következőket adta elő, hogy ő az elhalt baját már régóta ismerte s hogy az eset sürgőssége folytán azért adta a vérbocsátási engedélyt, mert vasárnap délután lévén, borbélyt nehezen lehet találni, de ő is nyomban felkereste a beteget s ekkor már a borbély az érvágással végezett. A beteg ágyban ült, az érvágás előtt hányingere volt és fuldoklott, de az érvágás után hangosan tisztán beszélt és könnyebben érezte magát. M . . J . . dr. ekkor ergotint és ferrum sesquichloratum-oldatot, nyugalmat, jeges borogatást és jéglabdacsokat rendelt. Másnap eljött hozzá a beteg fivére és kijelentette, hogy az éjjel jól érezte magát M . . Gy . ., reggel óta azonban újból vért hányt, de az orvosságot bevenni nem akarja, miért is M . . J . . dr. ergotint labdacsokban rendelt, de ezen rendelvényt el sem vitte M . . Gy . . fivére. M . . J . . dr. továbbá előadta, hogy M . . Gy . . baját tüdővészes alapon levő haemoptoënak tartotta s M . . Gy . . 24 óra hosszat élt még az érvágás után s ezen idő alatt 20-szor hányt vért.

Ezek alapján a kir. törvényszék az ügyész indítványához képest M . . J . . dr. ellen az 189 . . évi január hó 16-dikán 139/ftő szám alatt kelt határozatával az eljárást beszüntette azon indokolással, hogy „a törvényszéki orvosnak határozott véleményével meg van állapítva, hogy M . . Gy . . halála nem áll okozatos összefüggésben azon érvágással, a melyre M . . J . . dr. az engedélyt megadta, annál kevésbbé, mert ez kivételesen jogosult is lehet".

„M . . J . . dr. azonban maga beismeri, hogy a beteg megvizsgálása nélkül tette ezt a beteg hozzátartozóinak kérelmére, így mint orvosnak, főleg hatósági orvosnak kötelességeivel ellentétben álló cselekmény jelenségei mutatkoznak, a melynek megtorlása az egészségügyi szolgálat érdekében kivánatos, miért is az összes iratok a vármegyei alispáni hivatalhoz áttétetnek a fegyelmi vizsgálat elrendelése czéljából."

TÁRCZA.

Atzél Béla báró sporttelepe.

A mikor a várat régóta ostromló seregnek váratlanul segitsége érkezik, örömre kel a tábor és új erővel, bizalommal küzd. Ilyen segitségünk nekünk orvosoknak, fővárosunk egészsége érdekében régóta vivott küzdelmünkhöz, *Atzél Béla* báró. Örömmel látjuk, hogy világot járt ember itéletével, az altruista szivével és az igazi mágnás vasakaratával lépett a küzdőtérre, fővárosunk egészségügye legégetőbb szükségleteinek kivivásába.

A lapokból és személyes érintkezésből ismerjük legújabb actioja programmját. A főváros polgárságát, nevezetesen első sorban az ifjúságot akarja az egészséges testgyakorlatoknak, szabad és tiszta levegőn, szórakoztató és testedző sportnak megnyerni. E végből a főváros, az állam és társadalmi szövetkezés segitségével, nagy és egészséges területen, *sport-telepet*, modern Olympiát, kiván alkotni, a hol a szerényebb vagyonú polgár is üdülhet, szórakozhat és testét edzheti.

A kik *Atzél* báró lelkesültségét és aczélos munkaerejét ismerik, nagyon komolynak veszik programmját s tudják, hogy nem rajta fog mulni, ha eszméje elsőkevényesedik.

Nem hinné az ember, ha őt beszélni nem hallja, hogy milyen nyitott szemekkel látja a báró a fővárosi élet hygienikus fonákságait és ártalmait. Sajnálja a tanulót, a ki egész napját poros iskolában gunnyasztja át, a ki nem pezsdülhet örömre, a gyermek legnagyobb örömére, a mit *Legouvé* oly elragadóan irt le kilenczven éves korában memoirjaiban, a szabadban való játékra; otthon szűk a lakása, a házban üldözi a házmester, az utczán a rendőr, meg az életveszélyes közlekedés, a közterekon a főváros főkertészének mániája, a ki mindenütt drága virágszőnyegeket czirkalmoztat és ültettet ki, a hol tilos a gyermeknek a játék, a moczczanás.

A báró tanulókat lát játszani a városligetben. Örömmel nézi lapdázásukat. A gyermekek szeme csillog, lélekzetük tágul a játéktól; fiatal izmaik rándulnak, hogy a repülő lapdát elkapják. A fűben részeg munkakerülő hever. A lapda reá esik, felébreszti. Szörnyüt káromkodik és a kis fiut, a ki a lapdáért sompolyog, jól elveri; a többi szerte rebben. Még a városligetbe sem küldheti a gondos szülő a gyermekét, hogy játszszék!

És a meglett férfi, a munkás polgár, hogyan él, hogyan üdül a fővárosban? Tudjuk mindnyáján; nagyon jól látja a báró is. Testüket, lelküket — és gyakran vagyonukat, családi boldogságukat — öldösik a politizáló, kártyázó, henyélő klubokban, kaszinókban.

Igazat kell adnunk *Atzél* bárónak. El van hanyagolva nálunk a test fejlesztése, ápolása. Nemzedékről nemzedékre gyengülünk, satnyulunk, pedig a világ népei és nemzetei nagy versenyében csak úgy lehetünk tartós életűek, ha testünk ép, erős, munkabiró.

Ezeken az egészségi ártalmasságokon kiván a báró javitani a sport-teleppel, a hol gyermek, ifjú és felnőtt, az év minden szakában, télen és nyáron, üdülhet és gyakorolhatja testét, játszhat, lovagolhat, úszhat, vivhat stb.

Társadalmi viszonyainknak fonákságait s azoknak káros hatását az ifjúság testi fejlődésére számos alkalommal hirdettem magam is, az akademiában, az egyetemi gyüléseken, a sajtóban. Annak tulajdonitottam,[1] hogy, mig a művelt osztályokhoz tartozó férfiak átlagban *70·6 évet érnek meg Angliában* és 68·1 évet Németországban, 65·1 évet Ausztriában: addig *Magyarországon csupán 59·3* évet, 11 és 1/3 évvel kevesebbet, mint Angliában! Az angol tudósok és tanárok átlagban 67·9 évet, a németek 68·3, sőt a francziák 71·1 évet érnek meg, a magyarok ellenben csupán 51·8 évet! A franczia tudós és tanárnak 46·1 esztendő munkaéve van, a magyarnak 26·8

Minden törekvés a társadalmi és közegészségi viszonyoknak a jelzett irányban megjavitására, a külföldi, nevezetesen angol, német és amerikai példák meghonositására, üdvös, pártolásra méltó.

És itt különösen hangoztatom az angol, német és amerikai példát, mert Ausztriától vagy Franczia országtól, Bécstől, Páristól, közegészségi és köznevelési tekintetben, nincs sok tanulni valónk.

Hogy feltüntessem a közegészségi viszonyokat Budapesten s a művelt nyugat nagy városaiban, nehány statistikai adatot állitok egybe a legújabb időből. Minden 100,000 lakosra esett halálozás:

Budapesten (1896)	2392
Bécsben (1896)	2237
Párisban (1891)	2132
Philadelphiában (1896)	2051
Londonban (1895)	1954
Berlinben (1896)	1800

Bécsnek csekély előnye abban leli okát, hogy ottan kisebb a születés-arány, kevesebb a csecsemő és gyermek, mint Budapesten, továbbá és még inkább abban, hogy a bécsi óriás lelenczház az újszülöttek sok ezreit szállitja a vidékre, a kik közül az elhunytak ezrei nem terhelik Bécs város halál-budgetjét. Mindezt részletesen kifejtettem már évekkel ezelőtt.[2] Párisnak szintén valamivel alacsonyabb száma hasonló csalóka alapon nyugszik. Eléggé mutatja ezt az a körülmény, hogy Budapesten minden 100,000 lakosra évente (1896) 1200 20 évnél idősebb haláleset jut, Párisban ellenben (1891) 1511.

Berlin, London, Philadelphia ellenben valóságban egészségesebbek Budapestnél. Hasonló eredményre jutunk, ha *a legfontosabb betegségek okozta halálozásokat* vetjük egybe a nevezett városokban. Igy pl. *tüdőtuberculosisban* meghaltak minden 100,000 lakosból:

Budapesten	393
Bécsben	410
Párisban	506
Philadelphiában	215
Londonban	177
Berlinben	233

Avagy például a *tüdők gyuladásos betegségeiben* elhunytak:

Budapesten	381
Bécsben	386
Párisban	266
Philadelphiában	282
Londonban	380
Berlinben	150

Gyomor- és bélhurutban s a velők járó betegségekben elhunytak:

Budapesten	475
Bécsben	442
Párisban	235
Philadelphiában	320
Londonban	261
Berlinben	364

Páris feltünő alacsony arányszámának (úgyszintén Bécs valamivel alacsonyabb arányszámának) magyarázatát a fentebb előadott okokban találhatjuk meg, és nem az állitólagos jobb egészségben.

Budapest tehát Londonnál, Berlinnél, Philadelphiánál jóval egészségtelenebb város, Bécscsel, Párissal ellenben megközelitőleg egy soron áll. Tehát az angol, a német, az amerikai viszonyokat kell tanulmányoz-

[1] A *hosszú életről*. Ünnepi beszéd az Akademia 1885. közgyülésén.

[2] Budapest avagy Bécs az egészségtelenebb város? Orvosi Hetilap. 1882.

nunk, azok nyomaiba kell igyekeznünk. E nyomok pedig éppen az *ifjúság testi gondozásának*, az *egészséges testgyakorlatnak* terére vezetnek. Jól láthatja ezt, a ki az angol, az amerikai, a német (észak-német!) nevelés-rendszert figyelemmel kiséri.

De világosan utal ugyanerre a következő statistikai tünemény is: minden 100,000 lakosra esik 5—20 éves (tehát az *iskolázás* korában levő) halott:

Budapesten	166
Bécsben	139
Párisban	111
Philadelphiában	137
Londonban	107
Berlinben	100

Párist megint nem vehetjük tekintetbe az ő túlságosan abnormis születési, illetve gyermek-viszonyainál fogva. Londonban, Berlinben ellenben csak valamivel több mint *félannyi* az iskolás korban levő halott, mint Budapesten. *Semmi más életcsoportban nem mutat Budapest oly mostoha viszonyt a nyugoti nagy városokkal szemben, mint az iskolázás korában.*

Ebből is éléggé világos *Atzél* báró actiojának jogosultsága. Kivánom, hogy küzdelme, fáradságos, kitartást követelő küzdelme, sikerre vezessen.

Fodor József.

Hazánk egyes éghajlati öveinek méltatása az orvosi meteorologia szempontjából.

(Vége.)

További fontos tényező az orvosi meteorologia szempontjából a levegő mozgása, a *szél*. Szükséges ugyan több-kevesebb légáramlás a hőkiegyenlítés, továbbá főképen az atmosfera tisztántartására, mintegy időszakos átsöprése szempontjából, de a fennjáró betegre a bőrpárolgás hirtelen emelése útján, nemkülönben azzal, hogy erősebb alakjában esetleg port kavar, ha száraz, a torok nyálkahártyáját izgatja stb., mint olyan kellemetlen. Ezért tekinthetjük előnyösebbnek a szélvédett helyeket a nagyon is exponált pontoknál, főleg a chronikus beteg érdekét tekintve. Különösen a tüdőbajos tűri rosszul a szelet, *Blumenfeld* falkensteini észleletei ugyan csak tanusítják, hogy ez az, a mely a meteorologiai tényezők közül leginkább birja subjectiv állapotát is hátrányosan befolyásolni. Azért épülnek a sanatoriumok legalább észak és kelet felől szélfogó helyekkel, erdővel védett pontokon, sőt az intézet maga is rendesen oly architecturával bir, hogy nagyjából ívalakban épült, domború hátával északnak fordulva, hogy maga előtt már az épülettől is oltalmazott szélcsendes terrasse-t létesitsen.

A mi áttekintésünk ismét évi átlagokra fog támaszkodni, melyeket az évi összes szélmegfigyelések adnak. Azt mondják pl., hogy Késmárknak 20·3% a szélcsendje; ez annyit jelent, hogy az évi összes (naponta 3-szor történő) szélmegfigyelések 20·3%-ában jegyzett fel az észlelő egészen vagy megközelitőleg nyugodt atmosferát. Persze, a mi emberi megfigyelésünk pontos eszköz nélkül sokszor fogyatékos. A hányan vagyunk, annyiféleképen becsüljük meg, mérjük fel a természet jelenségeit, ha a mérés tisztán érzékeinkre van bizva. S ha e miatt már a felhőzöttség adatai sem versenyezhettek pontosságban a temperatura számaival, talán még inkább áll ez a szélmegfigyelésekre vonatkozólag. Azért is szükséges egy-egy vidék szélviszonyainak megitéléséhez egy egész sor állomás adatait egybeolvasztanunk, mint alább látható leszen, hogy egyes állomások gyanús adatai lehetőleg kevéssé zavarhassák következtetésünk igazságát.

Végül még egyet vennék figyelembe a meteorologiai feljegyzések naplóiban orvosi szempontból s ez *az esztendő havazásos napjainak száma*. Ez a szám exact, minden állomás jól jelzi, a feljegyzésekből egyenesen használható is, mi pedig, orvosok, egyrészt bizonyos fokig indicatorát láthatjuk benne a klima szigorúságának, másrészről rendszerint úgy van, hogy a hol több napon havazik egy évben, ott több is a hó s tovább is megmarad, e réven pedig új egészségügyi előnyt veszünk számba az illető helyre nézve. A tél állandó hótakarója tisztán tartja hónapokon át az atmosferát, megvédi azt a talaj porától; a míg áll a hó utainkon, kevesebb ásványos részt, szerves hulladékot és bakteriumot lehelünk be, nincs sár, lucsok az utczán, nedves, hülésekre alkalmas idő, hanem rendszerint — főleg magasabb fekvésű tájakon — üde kék égből mosolygó nap tűz le és megtörik ezerszerte az apró hókristályok csillogó bordácskáin . . . Davos, hogy csak egy példát említsek, akkor szép télen, ha fehér lepel boritja, a Tátrafüredek tele azért oly vonzó, mert novembertől márcziusig hótakart vidéke s sok napsugara van.

Ezek előrebocsátása után álljon itt az 52 magyar megfigyelő állomásra vonatkozó összeállitás. A jelzett értelemben van benne minden egyes helynek északi szélességén és keleti hosszúságán, valamint a tengerszin feletti magasságán kivül: a napi hő ingadozása, felhőzöttsége (évi átlagokban), szélcsend-jelző száma és az, hogy hány havazásos napja volt az esztendőben.

Adatainkat mindjárt úgy csoportositjuk, hogy a szakaszonkint egymás szomszédjába kerülő helyek hazánknak egyazon földrajzi övéből valók legyenek.

Magyarországnak ugyanis durvájában három geographiai formáját ismerjük. Ezek: a 49° 30′—48° 0′ északi szélesség alá eső *északi öv*, a 48° 0′—46° 30′-ig terjedő *középső öv*, a 46° 30′—44° 30′ északi szélesség alatt levő *déli öv*. Az 52 állomás (15 az északi, 19 a középső, 18 a déli övből) orvos-meteorologiai adatainak áttekintése meg fogja mutatni, vajjon egyáltalán éghajlati övek-e egyszersmind Magyarország ezen földrajzi zónái? Ha igen, úgy önként érthetőleg mint éghajlati övek nem különíthetők el e területek az előbb jelzett mathematikai pontossággal, ilyenekül tekintve a három geographiai zónát, mindig el kell, hogy mosódjanak lelki szemünk előtt egyenes határvonalaik, mert ezek a valóságban nem állanak fenn; a klimasajátosságok tekintetében észrevétlen megy át egyik öv a másikba s megkülönböztetésnek általán csak nagyjából van helye.

Ime az adatok maguk:

A hely neve	Északi szélesség		Keleti hosszúság		Magasság a tenger szine felett	Napi hőingadozás évi átlaga	Átlagos évi felhőzöttség	Szélcsend, az összes évi megfigyelés %-okban kifejezve	Az esztendő havazásos napjainak száma
	fok	percz	fok	percz	méter	fok		%	
I. Északi öv									
Sopron	34	15	47	41	164	5·7	4·6	8·9	27
Pozsony	34	46	48	9	154	4·9	5·6	5·6	31
Trencsén	35	43	48	54	227	6·2	5·6	39·7	34
Nyitra	35	45	48	19	172	5·8	4·8	25·4	26
Selmeczbánya	36	34	48	27	617	4·4	5·5	0·1	46
Körmöczbánya	36	35	48	43	554	5·8	5·7	0·1	43
Beszterczebánya	36	49	48	44	371	5·4	5·6	46·7	27
Rimaszombat	37	41	48	23	205	7·1	5·5	45·3	27
Uj-Tátrafüred	37	52	49	8	1004	5·3	2·7	75·7	40
Késmárk	38	6	49	8	631	6·1	4·8	20·3	52
Rozsnyó	38	13	48	40	325	6·5	5·3	53·4	27
Eperjes	38	55	49	0	261	5·2	6·6	60·1	27
Kassa	38	56	48	43	216	4·3	4·5	9·0	28
Tokaj	39	5	48	8	97	4·7	4·4	33·5	16
Ungvár	39	58	48	36	141	5·5	4·4	1·2	41
II. Középső öv									
Tarcsa	33	54	47	20	350	6·2	5·1	15·5	35
Kőszeg	34	12	47	24	279	5·6	5 2	23·6	24
Keszthely	34	54	46	46	117	4·9	4·7	7·8	21
Pápa	35	8	47	20	158	5·2	4·8	8·0	26
Győr	35	18	47	43	130	6·8	5·1	27 5	23
Balatonfüred	35	37	46	58	146	6·0	5·3	41·9	18
Pannonhalma	35	26	47	33	283	4·6	5·6	1·1	22
Komárom	35	47	47	45	116	4·7	3·9	1·7	20
Ó-Gyalla	35	52	47	53	111	6·7	5·4	26·9	21
Tata	35	58	47	39	161	5·7	3·9	3·1	19
Kalocsa	36	39	46	32	103	6·8	5·3	32·1	24
Budapest	36	42	47	30	153	5·2	5·1	20·4	30
Szolnok	37	52	47	10	103	6·0	4·8	14·2	21
Eger	38	3	47	54	183	6·0	4·8	1·5	21
Szarvas	38	13	46	52	?	5·6	4·8	21·9	25
Debreczen	39	18	47	31	138	6·7	4·3	25·2	23
Szatmár	40	33	47	48	145	5·9	5·0	5·4	28
Kolozsvár	41	14	46	45	366	6·8	3·8	23·0	30
Gy.-Szt.-Miklós	43	16	46	43	812	5·6	4·9	21·6	47
III. Déli öv									
Fiume	32	7	45	19	5	5·6	5·7	18·4	7
Kaposvár	35	28	46	22	142	6·0	3 9	35 1	24
Pécs	35	54	46	6	260	6·1	5 0	20·4	28
Eszék	36	20	45	33	96	6·6	5·2	13·5	26
Baja	36	37	46	10	111	5·9	4·7	23·6	27
Szeged	37	49	46	15	88	6 0	5·7	6·3	23
H.-M.-Vásárhely	38	0	46	25	89	8·0	4·9	25·3	18
Pancsova	38	19	44	52	79	6·4	4·4	7·2	26
Mezőhegyes	38	29	46	20	99	7·2	4·7	15·3	20
Temesvár (Vadászerdő)	38	57	45	47	95	6·9	4 4	26·7	24
Arad	38	59	46	11	134	6·2	5·3	0 5	25
Lippa	39	22	46	6	132	5 9	3·9	23·9	24
Oravicza	39	24	45	2	268	5·5	4·8	48·0	17
Herkulesfürdő	40	5	44	52	160	6·7	4·5	52·6	40
Gyulafehérvár	41	15	46	4	251	6 9	5 4	1·2	28
Nagy-Szeben	41	49	45	47	413	7·5	5·4	0·0	36
Maros-Vásárhely	42	14	46	33	342	7·0	5·2	16·6	12
Brassó	43	16	45	39	554	6·6	5·3	51·7	44

Ha már most az egyes övekhez tartozó helyek adataiból kiszámitjuk a középarányost, igen egyszerű úton jutunk olyan értékek birtokába, a melyek az illető övek éghajlati tényezőire általában világot vethetnek. Nézzük:

a) a napi hőingadozás	az északi övön	...	5·5° C.
	a középső „	...	5·8°
	a déli „	...	6·5°
b) a felhőzöttség	az északi övön	... ...	5·0°
	a középső „	... ...	4·8°
	a déli „	... ...	4·9°
c) a szélcsend	az északi „	... ...	28·3%
	a középső „	... ...	16·8%
	a déli „	... ...	21·4%
d) a havazásos napok száma	az északi övön		32·8
	a középső „		30·3
	a déli „		25·0.

Ime tehát mutatkoznak különbségek, a melyek felköltheti figyelő érdeklődésünket. Még jobban tisztázódik azonban a kép, ha az immár rendelkezésre álló adatokat nem az orvos-meteorologiai tényezők, hanem az egyes zónák szerint csoportosítjuk. E szerint:

Magyarország északi övén	a napi hőingadozás	...	5·5° C.
	a felhőzöttség	... ...	5·0
	a szélcsend	... ...	28·3%
	a havazásos napok száma		32·8
„ *közép övén*	a napi hőingadozás	... ...	5·8° C.
	a felhőzöttség	... ...	4·8
	a szélcsend	... ...	16·8%
	a havazásos napok száma		30·3
„ *déli övén*	a napi hőingadozás	...	6·5° C.
	a felhőzöttség	... ...	4·9
	a szélcsend	... ...	21·4%
	a havazásos napok száma		25·0.

Mit látunk tehát?

Ugy-e bár szembetünik, hogy az *északi erdős-hegyes övön aránylag legkisebb a napi hőingadozás és legtöbb a szélcsend, valamint a havazásos napok száma.* E mellett a felhőzöttség az ország többi zónáival szemben csak csekély többletet mutat.

A *déli öv* magaslik ki mint az északi zóna ellentéte s azért mindjárt nyomában említjük. Aránylag *legnagyobb a hőingadozása* és legkevesebb havazásos napja van az esztendőben. Közepes szélcsend és felhőzöttség uralkodik térségein.

Az alföldség zömét magába foglaló *középső öv* vidékén a többiekhez képest *minimalis a szélcsend és a felhőzöttség*, ellenben közepes érték jelzi itt a havazásos napok számát s a levegő hőmérsékletének amplitude-jét.

Egészségi szempontból könnyű már most a differenciálás. Kimondhatjuk, hogy hazánk földrajzi zónái közül, melyek immár éghajlati megkülönböztetést is elviselnek, az *északi öv* az, a 48-dik szélességi fok felett elterülő vidék, a mely *sanitáris tekintetben a legelőnyösebb helyzetben van.*

A tapasztalat, az élet valósága, ez esetben is megelőzte a szürke theoriát. A „fenyvesekkel vadregényes tájon" diszlő gyógyhelyek, fürdők, nyaralótelepek sokaságát nemcsak a tűlevél szomszédsága és a csörgedező források csillámló erei hivták életre és istápolják fennállásukban, hanem a kedvező orvosmeteorologiai tényezők üdvös befolyása hasonlókép dédelgeti őket a nagy természet kifogyhatatlan örök jóságából!

Kuthy Dezső dr. e. magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A gyermekgyógyászat compendiuma. Irták: **Berend Miklós** és **Preisich Kornél** dr.-ok. Átnézte és előszóval ellátta: Bókay János dr. egyetemi ny. rk. tanár. Budapest, 1899. Mai Henrik és fia könyvkereskedése.

Az utóbbi években több mű jelent meg a külföldi irodalomból hazai nyelvünkre átültetve, melyek a gyermekgyógyászatot, mint orvosi tudományunk egyik legfontosabb részét törekednek minél gyakorlatiasabb irányban megismertetni, elsajátítását megkönnyíteni, hogy annál biztosabb alapot készítsenek e gyógyászati ág számára.

Elismeréssel kell adóznunk ezen most megjelent compendium szerzőinek, kik minden irányban igyekeztek komoly feladatuknak megfelelni s örömmel constatálhatjuk, hogy a gyermekgyógyászat hazai irodalmát hasznosan gyarapították. Szinte szokatlan az a rendes chablonoktól eltérő beosztás és irány, mely e munkán keresztül vonul és minden lapja a tárgy jól átgondolt voltáról és a gyakorlati fontosság szem előtt tartásáról győzi meg a figyelmes olvasót.

A csecsemő boncztani és élettani sajátságairól sokan és kötet számra irtak, a mint azt fontosságánál fogva meg is érdemli, azonban a jelen compendium, bár aránylag röviden, mégis — s ez dicséretére válik — minden részletre kiterjedő alakban, tömör irányban s a kérdés teljes megvilágításával adja mindazt, a mi e tekintetben szükséges, de nem hallgatható el, hogy néha annyira gyors, annyira siettetett menetben tárgyal, hogy az olvasó kissé gondolkodva követheti. Inkább könnyű, de azért semmivel sem kisebb értékű a gyermek táplálása és gondozásának feldolgozása. Igen helyesen állítják fel a dajkaválasztás szükséges szabályait, csakhogy az minden esetben szigorúan nem hajtható úgy végre, miután — különösen vidéken — a górcsői vizsgálat a colostrum testecskékre vonatkozólag alig ejthető meg, de sőt a fővárosban is sokszor bajos. Nem osztható azon tanács, mely a szoptatásnál csak az egyik emlő kihasználását ajánlja, mert a tapasztalat igen sokszor meggyőz bennünket arról, hogy az emlő 4 vagy 6 óra alatt tetemesen megtelik, tömött, sőt kemény és fájdalmas lesz, a miért jobbnak tartom, ha minden szoptatás alkalmával mindkét emlő termelése a lehetőség szerint elfogyasztatik s igy az emlők feszülésével járó kellemetlenség elkerülhető. Jók és logikusak a mesterséges táplálás szabályai, valamint sok tekintetben emlékbe vésendők a tehéntejjel való elbánásról mondottak. Sok oly hasznos tudnivaló van itt felemlítve, melyek a tejgazdaságokra nagyon ráférnek.

Újabb időben egyes szülőházakban szokássá vált az újszülött szájának tisztogatását eltiltani. Igen helyesen tették szerzők, hogy ezen czélszerűtlen tilalmat nem tették magukévá, hanem a szájnak az első szopástól kezdve állandó mosását ajánlják. Nem szükséges ugyan ehhez natr. borac.-oldat, de a használt vizet mégis jobb, ha előbb felforralják s úgy alkalmazzák. A gyermekápolásról sok hasznos tudnivalót közölnek, melyeknek minden pontja szigorúan betartandó.

Jól kidolgozottan és minden, még a legcsekélyebb részletekre is kiterjedőleg tárgyalják szerzők a gyermek vizsgálatát, mely a kezdő gyermekorvosnak ép úgy, mint az universalisan foglalkozónak jó és hasznos tudnivalókat nyujt.

Külön fejezeteket szentelnek az újszülöttek bántalmainak, minők az asphyxia, atelectasia pulmonum, debilitas cong., icterus neonat., kephalohaematoma, Buhl-kór, Winckel-kór, trismus et tetanus stb. stb. Igen gyakoriak és fontosságuknál fogva előkelő helyet foglalnak el a gyermekgyógyászatban a csecsemők köldökbántalmai, melyek különösen megérdemlik a figyelmet annyival is inkább, mert az itt elmondottaknak alapját direct észlelések látszanak képezni. Nem kevesebb értékű s a gyermek jövőjét mélyen érdeklő az ophthalmoblenorrhoeát tárgyaló czikk és igen helyesen utalnak szerzők a szemeknek a szülés után való közvetlen kezelésére. Ez azonban lapis-oldattal inkább oly esetekben volna szerintem ajánlandó, ha az anya vulvitisben szenved, különben elegendőnek vélem a bórsav-oldattal való kimosást, mely igen jó szolgálatot tesz.

Gonddal vannak összeállítva és teljes tájékozást nyujtanak mindenki részére a csecsemők fejlődési rendellenességei, melyek közül csupán a bőrappendixek kerülték el szerzők figyelmét, noha ezekkel elég alkalmunk van találkozni.

A gyermekorvoslás mindennapos részét képezi az emésztő-rendszer megbetegedéseinek tömege; alig van az orvosi gyakorlatnak oly ága, mely a kezelő orvosnak több dolgot és sokszor nagyobb gondot adjon, mint épen az emésztő-rendszer, melynél nemcsak a czéltudatos kezelés, a bántalom minőségének lehetőleg pontos felismerése, de a szülőkkel szemben gyakorlandó szigorúság és felvilágositás is lelkiismeretbeli kötelességünkké válik. Ezen meggyőződés vezette bizonyára szerzőket, midőn a száj-, torok-, gyomor- és bélbántalmakat teljes praecisitással, tiszta képekben dolgozták fel, nem mulasztván el mindenütt kellő magyarázatot nyujtani úgy a bántalom előidézésének, mint a helyes kórismének és czélszerű gyógybeavatkozásnak megállapításához. Kézzel fogható képét adják ezek között a garatmögötti tályogoknak, melyeknek első részletes leirását a magyar gyermekgyógyászat mesterének, idősb Bókay tanárnak lelkiismeretes tollából birjuk. Nem lett volna felesleges itt felemliteni, hogy a garatmögötti tályog megnyitásánál előfordulhat véletlenül nem várt profus vérzés is, a mire boldogult Bókay tanár idejében láttunk példát.

Mielőtt a heveny fertőző bántalmak részletes tárgyalását adják szakavatott tollal nyujtanak magyarázatot a fertőző betegségek lényegéről, az azokat létrehozó microorganismusokról és anyagcsere termékeikről, a toxinokról s mintegy chronologikus történelmét irják le a napjainkig keletkezett hypothesiseknek és bebizonyított tényeknek, valamint az immunitás létrejövetelének fejtegetését is alapos tanulmány eredményeként tárják elénk.

A heveny fertőző bántalmak tárgyalása a nagyszámú eseteknél szerzett személyes észlelések és tapasztalások kiváló felhasználását bizonyítja — s ezt a gyermekkórház anyaga és jeles iskolája bőven adhatja meg —, mely azután tömör és minden irányban kiterjeszkedő rajzát nyújtja az egyes és a gyakorló orvosra különösen nagyfontosságú betegségeknek. Mintaszerűnek merem mondani a kanyaró, vörheny és diphtheria tárgyalását, a mi tekintettel a mű szűk compendium voltára, nem csekély feladat. Természetes, hogy a már eddig ismeretes kórokozó csirák biologiájára, miután az már nagyon túllépné a compendium határvonalát, nem terjeszkedhettek ki, de a mennyire szükséges, erre nézve is nyújtanak érthető tájékozást. A diphtheria különféle súlyossági fokát élénk képben adják s itt is, mint a többieknél, a differentialis diagnosist szigorúan hangoztatják s reá mutatnak a döntő momentumokra, melyeknek szem előtt tartásával elkerülhetők az egyszer súlyosnak, máskor veszélytelennek jelzett, bár épen ellenkező viszonyokat mutató esetek. Ha valahonnan, úgy a gyermekkórház isolált épületéből nyerhetünk tiszta és minden irányú észleléseket az epochalis intubatioról, melyet szerzők teljes mértékben igyeztek megvilágitani, hogy minden olvasó tökéletes képben lássa maga előtt a modern orvosi tudomány ezen kimagasló részét. Ugyanily szerencsésnek mondható azon rész is, mely a serumtherapia ismertetésével foglalkozik s hiszem, hogy ezzel is hozzájárultak szerzők a gyakorló orvosoknál helylyel-közzel mutatkozó és megmagyarázhatlan serumellenszenv legyőzéséhez. Általában véve látszik, hogy szerzők e betegségek tanulmányozását nagy előszeretettel végezték.

Rövidebben, de szintén minden lényegeset feldolgozva irták meg a mindennapos tussis convulsiva, a most már ritkábban előjövő variola, a nehezen kórismézhető influenza, a Pfeiffer-féle mirigykór, a polyarthritis és febris intermittens kórrajzait, valamint szép részletességgel a dysenteriát és typhust; figyelemre méltó körültekintéssel szedték egybe az

exclusio útján való diagnosis szabályait, nem hagyván ki természetesen a sokszor igen jól bevált Vidal-reactiot.

Elismerésre méltó buzgalmat fejtettek ki az idült fertőző betegségeknek: a gümőkórnak és bujakórnak feldolgozásánál és itt reá kell mutatnom ama nézetem szerint helyes beosztásra, hogy a „gümőkór" gyüjtő név alatt a különféle szervek gümős megbetegedéseit sorban tárgyalják, önként érthetőleg kiterjeszkedve a legújabb tudományos kutatások (pl. a tuberculin) ismertetésére is.

A bujakór a gyermekkorban meglehetős gyakori congenital bánlom s ennek pontos észlelésére igazán bő alkalma nyilik annak, a ki a gyermekkórház óriási beteganyagával foglalkozik. Szerzők ez állításomat fényesen igazolták. Az angolkór szintén egyike ama betegségeknek, melyek csupán a gyermekkort támadják meg, a gyakorlat terén lépésről lépésre találkozunk vele s szerzők mintegy elénk állítják az angolkór különféle változatainak, vegyes alakjainak hű klinikai leirásával a szomorú tömeget, mely e bántalomban szenved, figyelmeztetve egyúttal a gyermekhygiene követelményeire, melyek e bántalom elkerülését lehetővé tehetik.

Helyes észlelések és szigorú megfigyelések bizonyítékát képezik a légzési szervek megbetegedéseit tárgyaló czikkek, mint pl. laryngospasmus, de különösen kitünnek a tüdőlobok és mellhártyalob leirásai. Mindezek igen nagy jelentőséggel birnak a gyermekkorban, elég gyakran szabálytalan lefolyást mutatnak s épen ezért az észlelések egész sorozata kell ahhoz, hogy ily gyakorlati irányban irathassanak le. Úgy itt, mint általában az összes betegségeknél ismételten nagy igyekezettel állítják fel a differentialis diagnosist, valamint helyes irányban állapítják meg a tennivalókat, kerülvén mindenütt a hosszúra nyúlt és valóban haszonnélküli vényformulákat.

A kórboncztan és az erős talajon álló klinikai észlelések irodalmának tömör felhasználásával vannak kifejtve a vérkeringés szerveinek bántalmai, erősítve saját észleléseikkel.

Láthatólag nagy kedvvel s a tárgy iránt való kiváló előszeretettel foglalkoztak szerzők az idegrendszernek a gyermekkort illető bántalmaival, a mennyiben ezek tárgyalásánál nemcsak a kiterjedt irodalom lelkiismeretes áttanulmányozása, de a szigorúan biráló és gondolkodó elme munkálkodása is szembetünik.

A vesék és ivarszervek bántalmai közül a heveny parenchymás veselob, mint a gyermekkorban elég gyakran előforduló megbetegedés, direkt észlelések alapján látszik megirva, a szintén sűrűn előforduló enuresis nocturna, phimosis és paraphimosis, balanitis, posthitis, húgycsőkő, sérvek és vulvo-vaginitissel együtt. Kár, hogy a nem ritkán szemünk elé kerülő ulcus orif. externi urethraeről nem emlékeztek meg, pedig ezzel a gyakorló gyermekorvos sokat vesződik. A húgyhólyagkövek gyermekkórházi anyaga elég magyarázatát nyújtja ezen bántalom pontos leirásának.

A munka utolsó fejezetét gyermekkorban előforduló gyakoribb bőrbántalmak rövid ismertetése képezi, meg kell azonban itt jegyeznem, hogy a néphit nemcsak a seborrhoeát, hanem az eczemát is *„ne nyúlj hozzám"*-nak tekinti, mert úgymond: *„visszaverődik a szembe vagy a tüdőbe"*. Sajnos, hogy ez még ma is uralja a publikumot, sőt egyes orvosok is magukévá teszik ezen balhitet.

Néhány torokbántalomra (diphtheria, scarlat, follicularis tonsillitis stb.) vonatkozó csinos színnyomat zárja be a munkát.

Egybefoglalva az elmondottakat, a munka hézagpótló volta kétségen felül áll. Az irály tömöttsége és világossága, az értéktelen feleslegek teljes kihagyása, a gyakorlatiasság és hasznavehetőség szem előtt tartása, lelkiismeretesség, az irodalom áttanulmányozása, a „Stefánia"-gyermekkórház kipróbált, jeles iskolája elveinek érvényesitése és nemes ambitio jellemzik a compendiumot, mely méltán megérdemli, hogy a gyakorló orvos könyvtárából ne hiányozzék.

Hiszem s óhajtom, hogy mentül előbb megérje a 2-dik kiadást.

Előszóval látta el és átnézte Bókay János tanár, a Stefánia-gyermekkórház igazgatója, mely körülmény már maga jó ajánlat a munka számára.

A mi az 568 lapra terjedő és részletes tárgymutatóval ellátott munka technikai részét illeti, bár a kiállitás tetszetős, betűi kellemesek, feleslegesnek kell tartanom a sok felhasználatlanul maradt üres lapot és hibájául rovom fel a számtalan és sokszor bosszantó sajtóhibát, melyben a munka eléggé bővelkedik.

Mai Henrik és fia könyvkereskedése adta ki, s bolti ára — bár nincs feltüntetve — tudomásom szerint 5 frt. *Hainiss.*

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. május hó 14-dikétől 1899. május hó 20-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 417 gyermek, elhalt 302 személy, a születések tehát 115 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. május 21-dikétől május 27-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 2), himlőben —, (meghalt 1), álhimlőben 1, bárányhimlőben 26 (meghalt —), vörhenyben 48 (meghalt 9), kanyaróban 115 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 26 (meghalt 1) trachomában 12, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 21 (meghalt —), orbánczban 9 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

= **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti orvostud. tanári kar 1899. május 30-diki IX. ülésen egyetemi alkalmazást nyertek a következők: *Kuzmik Pál* dr. magántanár a II. sebészeti kóroda adjunctusa állásában további három évre meghagyatott a második fizetési fokozatba való előléptetés mellett. *Ajtai K. Sándor István* dr. a törvényszéki orvostani intézet I. tanársegéde állásában két évre meghagyatott. *Szigethy Gyula Sándor* dr. a II. sebészeti kórodához I. tanársegéddé, *Dapsy Viktor* dr. a II. sebészeti kórodához II. tanársegéddé, *Lovrich József* dr. díjas gyakornok az I. szülészeti kórodához II. tanársegéddé megválasztatott. *Zirkelbach Antal* dr. a II. belgyógyászati klinikán, *Lovrich József* dr. és *Nádori Béla* dr. az I. szülészeti kórodán alkalmazott díjazott gyakornokok állásukban egy további évre meghagyattak. *Bradách Emil* dr. a szemkórodához, *Frigyesy József* dr. a II. szülészeti kórodához díjazott gyakornokká megválasztatott. *Gebhardt Ferencz* dr. díjtalan gyakornok a II. belgyógyászati kórodán a díjazott gyakornoki teendők végzésére megbizást nyert. *Ranschburg Pál* dr. díjazatlan gyakornok az elme- és idegkórtani kórodán és *Gabler Lajos* dr. díjazatlan gyakornok a szemkórodán állásukban meghagyattak. *Palotai Andor* dr., *Walheim Béla* dr., *Windisch Ödön* dr., *Seyfried Ernő* dr., *Rosenberg Alajos* dr., *Kiss Ödön* dr., *Hodossy Gedeon* dr., *Pinsker Emil* dr., *Vragassy Lipót* dr., *Frenreisz Ferencz* dr., *Balogh József* dr., *Bojárszky Béla* dr. az I. szülészeti és nőbeteg kórodákon díjtalan gyakornokká megválasztattak: *Julier Vilmos* dr., *Hoffmann Oszkár* dr., *Pozsonyi J. Jenő* dr., *Rajnai Béla* dr., *Hevesi (Goldberg) Arthur* dr. a II. szülészeti és nőbeteg kórodához díjtalan gyakornokká, továbbá *Tempel Ferencz* szigorló orvos és *Nagy Pál* orvostanhallgató az általános kórtani intézethez díjtalan gyakornokká megválasztatott. A II. sebészeti tanszékhez *díjazott műtőnövendéknek* megválasztatott: *Forgách Aladár* dr., *Pálka Géza* dr., *Polacsek Elemér* dr., *Raisz Sándor* dr., díjtalan műtőnövendékekké: *Halka Lajos* dr., *Hauer Ferencz* dr., *Borszéki Károly* dr., *Kurzbach Ödön* dr., *Róna Dezső* dr., *Timó Károly* dr., *Stojanovich Japhtha* dr., *Szili Sándor* dr. Az I. sebészeti tanszékhez díjas műtőnövendékké megválasztatott *Zimmermann Károly* dr., *Winternitz Arnold* dr., *Holzwarth Jenő* dr., *Raisz István* dr., díjtalan műtőnövendékké *Boleman János* dr., *Kopits Jenő* dr., *Manninger Vilmos* dr., *Pfann József* dr., *Pólya Jenő* dr., *Posgai István* dr., *Szutrély Barnabás* dr.

✳ **Orvoskari választások a budapesti egyetemen.** A budapesti orvostudományi tanári kar f. év május 31-dikén tartott ülésében a jövő tanévre *Klug Nándor* dr. ny. r. tanárt szaki dékánná, *Genersich Antal* dr. ny. r. tanárt szaki jegyzővé, *Plósz Pál* és *Thanhoffer Lajos* dr. ny. r. tanárokat helyettes szigorlati elnökké, *Högyes Endre* dr. ny. r. tanárt kari könyvtárnokká, *Ajtai K. Sándor*, *Kétly Károly*, *Navratil Imre* dr. ny. r. tanárokat és *Moravcsik Ernő Emil* dr. ny. rk. tanárt *rector* választókul megválasztotta. Magántanárképviselők lettek: *Schaffer Károly* dr. és *Baumgarten Egmont* dr. magántanárok.

⚜ **Az új orvosdoktori szigorlati rendre** vonatkozólag — mint értesülünk — legközelebb végleges megállapodás jön létre és a reá vonatkozó ministeri rendeletet hihetőleg nemsokára közre bocsátják. Annak idején ismertetni fogjuk.

⊥ **Pestis-hirek.** Alexandriában pestisre gyanus esetek merülvén fel, a belügyministerium *Frank* dr. és *Kaiser* dr. egészségügyi felügyelőket a kellő óvintézkedések felől tanácskozásra Fiumébe küldötte. Ellenőrizhetetlen hirek szerint a pestis Konstantinápolyban kiütött volna.

⊕ **Kitüntetés.** *Áldor Adolf* dr. nagykárolyi városi és közkórházi igazgató főorvosnak és törvényes utódainak, ezen minőségben szerzett érdemei elismeréseül Ő Felsége a magyar nemességet a „gyömöröi" előnévvel díjmentesen adományozta.

⊱ **Ajánlás kitüntetésre.** A budapesti orvostudományi tanári kar 1899. május 31-diki fotytatólagos IX. üléséből *Schaffer Károly* dr.-t az idegkórtan magántanárát és *Róna Sámuel* dr.-t a bőr- és bujakórtan magántanárát a nyilvános *rendkivüli tanári czímmel* való kitüntetésre egyhangúlag felterjeszti.

⊠ **Tudomásul.** Egy orvos elhalálozása miatt könyvtára és műszerei (mikroskop, bonczoló-eszközök stb.) olcsó áron eladók. Tudakozódni lehet Kerepesi-út 63. sz., a. a házmesternél.

= **Megjelent.** *A bábaügy állása hazánkban az 1897. évben.* Javaslatok a bábaügy átmeneti megjavitása érdekében. Az országos közegészségi tanács megbizásából irta *Tauffer Vilmos* dr. egyet. tanár. Budapest. 1899. Ismertetni fogjuk. — *Nagy Képes Világtörténet* 28-dik füzete. Tartalmaza Pythagoras életének és bölcseszetének ismertetését. Ára 30 kr. — *Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből.* III. k. 7—8. Tartalma: *Marek József* dr. Az electro-diagnostika az állatorvostanban.

— Mai számunkhoz van mellékelve Kézmárszky tanár klinikájának 1895. és 1896. évi kimutatása.

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

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (Városligeti fasor 9. szám). Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső**, a vízgyógyászat magántanára a budapesti egyetemen.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

Budapest

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 négyszögméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponkint négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üditőfürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld *az igazgatóság.*

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. (XVIII. rendes ülés 1899. május 20-dikán.) 283. l. (XIX. rendes ülés 1899. május 27-dikén.) 284. l. — Közkórházi orvostársulat. (VI. szakülés márczius 8-dikán.) 284. l. — A berlini tüdővész-congressus. 285. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1899. május hó 20-dikán.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Lévai József.**

Platon és Aristoteles hatása az orvostudomány fejlődésére.

Tihanyi Mór: (Ezen előadást szemelvényesen lapunk más helyén közöljük.)

Epeműtétek.

Dollinger Gyula: Két epeműtétről referál.

I. Betokolt epekő a ductus cysticus diverticulumjában, a diverticulum resectioja, primaer varrat. R. A., 44 éves férfi. Egy év előtt volt első izben epekörohamja, a mely f. év márczius hó 8-dikán megismétlődött, a mely alkalommal a rohamot icterus követte. Ez elmulván, munkához látott, de csakhamar újabban mutatkoztak májtájéki fájdalmak, a melyekkel Korányi tanár klinikáját kereste fel, a honnan Dollingerhez helyeztetett át. A jobb bimbóvonalban a bordaív alatt egy körtealakú, sima felületű kemény képletet lehetett érezni, a mely a légző mozgásokat követte és kisebb nyomásra érzékeny volt. A műtét f. év április hó 20-dikán történt. A hasmetszés az egyenes hasizom külső szélénél kezdődött mintegy 5 cm.-nyire a jobb bordaív alatt és innen lefelé és kifelé, a bordaívvel párhuzamosan vonult. A diverticulum kidolgozása szükségessé tette a metszés meghosszabbítását az egyenes hasizomba. Az epehólyag erősen ki volt tágítva, fala feszes és vastag, hátulsó részében kitapintásnál epeköveket érezni, míg a choledochus a kitapintásnál üresnek bizonyul. D. reámetsz az epehólyag alapjára és azt megnyitja. Belőle előbb zavaros nyák, utána sűrű genyes folyadék ömlik. Az epeköveket ujjával előre tolja és a seben keresztül eltávolítja. Mintegy 10 darab kisebb-nagyobb, közte egynehány majdnem mogyoónagyságú kő találtatott. A mélységben azonban egy kő igen erősen be volt ékelve és D. megkisérti e követ, a melyet sehogyan sem sikerül a hólyagba tolni, közúzóval összeaprítani, de így is csak egy darabját tudja letörni. Ekkor a májat a segéddel felhajlittatja, az epehólyag alsó falát és a ductus cysticust a körülvevő heges kötőszövetből kiszabadítja s ekkor kitünik, hogy a cystikus legfelső részében, közel a choledochusba való átmenethez, egy kisdiómekkoraságú diverticulum van, a mely a követ körülfogja, a melynek szűk szájadékán keresztül azt nem lehet a cysticusba nyomni, hanem azon keresztül a kőnek egy kis darabja benyult az epevezetők üregébe, a mely a közúzóval le is töretett. A követ, a mely a diverticulum üregét teljesen kitöltötte, csak a diverticulumon ejtett metszésen keresztül lehetett eltávolítani. Ez megtörténvén, D. a diverticulumot lemetszette és a ductus cystikus sebnyilását, a mely e helyen maradt, bevarrta. A kettős varrat szűcsvarrattal, selyemmel történt. A hólyag alapján ejtett seb, a melyen át a kövek el lettek távolítva, szintén bevarratván, a hasseb etagevarrattal elzáratott. Műtét után való nap kisfokú icterus lépett fel, a mely egynéhány nap alatt elmult. A lefolyás egyébként láztalan volt. Jelenleg a beteg egészséges.

II. Az epehólyag májfelőli falának többszörös perforatioja epekövek által. Epekövek a máj szomszéd öbleiben. Az epehólyag és ezen májrész resectioja, primaer májvarrat.

B. K.-né, 38 éves, régebben gyomornyomásban szenvedett. 1898. november havában egy lúdtojásnyi daganatot vett észre hasa jobb felében, a mely utóbbi időben állítólag nőtt és a betegnek a klinikán 1899. április hó 4-dikén történt felvételéig férfiökölnyire nőtt. A hasfalak petyhüdtek, terhességi hegekkel fedettek. Ha a beteg hanyatt fekszik, a daganat a hasfalakat észrevehetőleg kidomborítja. Alsó határa a köldök alatt két harántujjnyira, felső határa 3 ujjnyira a köldök felett van, befelé majdnem eléri a középvonalat, míg kifelé a bimbóvonalon valamivel túlér. A légzési mozgásokat követi, jobbra, balra és felfelé kissé mozgatható, de a középvonalon túl balfelé tolni nem sikerül. A betegnek icterusa sohasem volt. A beteg vizsgálatában résztvett Imrédy magántanár; a diagnostikus adatok és nehézségek alantabb következnek. Mindezek alapján egy daganatra kellett gondolni, a mely a gyomorral összefügg, tekintve pedig a gyomorváladék vegyi vizsgálatát, carcinomát lehetett felvenni. A hasüreg a középvonalban nyittatott meg, a daganat a hassebbe huzatott s ekkor kitünt, hogy az a máj jobb lebenyének szélével, a csepleszszel, az odahúzott colonnal, gyomorral és duodenummal egy kemény tömeget alkot és csak a cseplesz és a colon lefejtése után lőn világos, hogy a daganat zömét az ökölnyire megnagyobbodott kőkemény epehólyag és a vele szomszédos májrészlet alkotják, az említett szervek pedig csak kötőszövettel vannak hozzátapadva, mire a gyomor és a duodenum is leválasztattak.

Az epehólyag 13 centimeter hosszú, alapjánál 8 centimeter széles kemény, körtealakú testet képezett, körülötte pedig a májszövet mintegy 10—12 centimeter hosszaságban, 5—6 centimeter szélességben és e kiterjedésben egész vastagságban kemény kötőszöveti képletté alakult át, a mely megszakitás és éles határ nélkül ment át az epehólyag falába. Köveket az epehólyag falán át érezni nem lehetett. Az egész képlet azt a benyomást tette, mintha az epehólyagból egy kötőszövetdús álképlet indult volna ki, a mely azután átterjedt a májszövetre. Most az epehólyagvezeték kétszeresen lekötteteti, közepén átmetszetett, proximalis sebfelülete Paquelinnel meg lett égetve, és a hólyag a vele szomszédos átváltozott májrészlettel, ez utóbbiból egy 9 centimeter hosszú és 4 centimeter széles rész, kivágva. Az epehólyag fala 9—12 millimeter vastag, és igen tömött szívós kötőszövetből áll, ürege a fal jelentékeny vastagsága miatt körfogatához képest kicsiny, benne 15 nagyobb és 33 kisebb bilirubin calcium kő, nyálkahártyája 2—2·5 millimeter vastag, tömött, szívós, nem kifekélyedett, csupán a máj felőli oldalán van egynéhány lencsényi lyuk, a mely a fal egész vastagságán keresztül hatol, a májnak indurált részébe vezet, a melyben körülbelül 10—15 cseresznyemagmekkoraságú epekő foglal helyet. Az öblök, a melyekben a kövek fekszenek, egymás között közlekednek, falzatukat tömött heges kötőszövet képezi, a melyet itt-ott sarjak fednek. Az üregekben a köveken kivül epesár és kevés nyák. Genyedség sem az epehólyagban, sem ezen öblökben nem találtatott. Az átmenetet az üregeket körülvevő szívós kötőszövet és az egészséges májszövet között mintegy fél centimeter vastag, halavány, nagyobb kötőszövettartalmú cirrhotikus-májszövet képezi. A még megmaradt öbölrészek és az egész hegszövet ezen cirrhotikus rétegig tisztára kimetszettek és ekkor felmerült a kérdés, vajjon a máj sebfelülete nyiltan kezeltessék-e vagy pedig primaer varrattal egyesittesenek a májseb szélei és a hasfal bezárassék. Miután a viszonyok a primaer varratra kedvezőek voltak, Dollinger erre határozta el magát. Csupán a májseb széleit összevarrni nem volt elegendő, mert egy öböl maradt volna fenn, a mely cystaképződésre adhatott volna esetleg alkalmat, közönséges matrácz-varratot alkalmazni nem lehehetett, mert ennek az egész májszöveten kellett volna keresztülhatolni, a melybe bevágott volna, s azért D. a sebszéltől fél centimeter távolságban, a cirrhotikus májszövet határán hosszú tűvel beszúrt, a fonalat, mindenhol egyenlő távolságban maradva a sebfelülettől, annak közepéig vezette, itt újra beszúrt és ugyanilyen módon vezette ki az első beszúrási helylyel szemben levő ponton. Miután öt fonalat vezetett így a sebfelület alatt keresztül, a fonalak meghúzása által a sebet úgy sikerült elzárni, hogy felülete mindenhol a szemben levővel teljesen érintkezett. Ezután a májat elsülyesztette és a hasfalat etage-varrattal elzárta. A hassebre egyszerű jodoform-collodium-csikot alkalmazott. A műtét április hó 22-dikén történt. A lefolyás zavartalan volt, a beteg a szokott 3 heti fekvés után hagyta el az ágyat, jelenleg egészséges, csupán a seb alsó sarkában van egy kis fonalgenyedés.

Imrédy Béla: Ha ezen daganat kiindulási helyének felismerése még az operatio alatt is nagy nehézségekbe ütközött, még nagyobb nehézségek mutatkoztak az operatio előtt a diagnosis felállításakor. A középvonaltól jobbra fekvő dudorzatos daganat elég jól volt minden irányban mozgatható, követte a légző-mozgásokat, azonban azon helyzetben, melybe a belégzés alkalmával jutott, nem lehetett megtartani kilégzés alatt. Ezen körülmény, de egyéb viszonyok is a mellett szóltak, hogy a daganat a májjal függ össze, bár oly nagy mozgathatóságot, mint a melyet ez esetben észleltünk, májdaganatoknál nem szoktunk észlelni. Vastagbélfelfúváskor a daganat fel- és előre jutott, mintegy jobban kitapinthatóvá vált, mi még megerősiteni látszott azt, hogy máj-, vagy májjal összefüggő daganattal van dolgunk. A gyomor felfúvása azonban sajátságos képet tárt elénk. A felfújt gyomor nagy curvaturája a köldök alatt 3 harántujjnyira feküdt, a kis curvatura ellenben a köldök felett két ujjnyira volt látható. A gyomor tehát mintegy lefelé dislocálva volt és a rendesnél nagyobbnak tünt fel, de ezenkivül a gyomor nagy curvaturája a daganat alsó és jobb, a kis curvaturája a daganat bal és felső szélébe ment át. A daganat a gyomor contourjai közé esett és mintegy folytatását képezte. Ezeknél fogva a daganatot a gyomorhoz tartozónak tekintette volt szóló, mely a májhoz hozzánőtt. A beteg képe, a daganat dudorzatos felülete, a gyomor secretorikus működésében mutatkozó eltérés (kevés sósavon kivül tejsav volt a próbaebéd után kimutatható) valószinűvé tette, hogy a daganat a gyomor pylorus táján ülő carcinoma. A betegnél carcinoma cachexia ugyan nem volt és nem is hányt soha, de ha tekintetbe veszszük, hogy e két tünet gyomorcarcinománál sokszor hiányzik, szóló nem fektethetett erre nagy súlyt.

Szóló betegről ezen véleményt alkotta volt magának, midőn Dollinger tanár úr a beteget megoperálta, kinek soha epecolicaszerű rohama és icterusa nem volt. A műtét kiderítette, hogy a daganat az epehólyagból indult ki és hátsó falához a gyomor hozzánőtt.

Gyurman Emil: A localisatio diagnostizálása czéljából ilyen esetekben a Röntgenezést meg kellene kisérleni.

Imrédy Béla: Gyurman felszólalására vonatkozólag megjegyzi, hogy mivel a gyomor a daganathoz hozzá volt nőve, azt hiszi, hogy a söréttel telt sonda Röntgen-képe a daganat contourjai közt lett volna látható, és igy valószinűleg ez sem adott volna bővebb és pontosabb felvilágosítást.

(XIX. rendes ülés 1899. május hó 27-dikén.)

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

Collateralis vena-pálya ritka esete.

Irsai Arthur: A 44 éves napszámosnál körülbelül 7 év óta a hason és mellkason rendkivüli mértékben tágult visszerek jelentkeztek; 3 hét előtt pedig jobboldali alhastáján egy diónyi daganata támadt, mely azóta folytonosan növekszik, de fájdalmakat nem okoz. A mérsékelten táplált egyénnek csontrendszere alaki eltérést nem mutat, izomzata középtérfogatú. A bőr a pofáknak, ajkaknak, orrszárnyaknak és fülczimpáknak megfelelőleg cyanotikus árnyalatú. Mellkasa elég jól fejlett, dombordad, légzéskor mindkét fél egyenlő kitéréseket végez. Has mérsékelten elődomborodó, jobb felének megfelelőleg egy alul a Poupart-szálag által határolt, median felé egészen a középvonalig nem terjedő ökölnyi, tömött tapintatú, jól körülhatárolt, kifejezetten fluctuáló, fájdalmatlan terimenagyobbodás foglal helyet. Mellkas, valamint a has bőrén a felületes visszerek erősen tágultak, bőr színe fölé kiemelkedők, teltek, helyenkint kisujjnyi vastagságúak, kacskaringós lefutásúak. A jobb alszár felső harmadán, annak külső felületén egy piros udvar által határolt, pörkkel fedett, a tibia élének megfelelőleg egy mogyorónyi pirosan elszínesedett folytonossághiány, melyből zavaros piszkos véres genyes váladék ürül ki. A jobb láb háti felületén hasonló elváltozás található. Szív és tüdők felett kopogtatási eltérés nincs. Máj- és léptompulat rendes. Szív és nagyedények hangjai tiszták. Tüdők felett érdes légzés. Vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. Köpetvizsgálat negativ.

Mint látható, az egyénnél rendkivül módon kitágult visszerek vannak a hason és mellkason s kétségtelenül collateralis-pályát jelentenek. Kérdés az, hogy mi módon jöhetett ez létre. Arra lehetett következtetni, hogy a vena cava inferiorra történő nyomás folytán a vena epigastr. inf. és mammaria interna útján keletkezett ezen collateralis pálya. A nyomást pedig minden valószinűség szerint a retroperitonealis-mirigyek beszüremkedése okozza, melynek természetére nézve némi következtetést enged a beteg jobboldali fluctuáló terimenagyobbodása (hideg tályog) és a végtagján észlelhető folytonossághiányok, illetve carieses folyamatok, tehát tuberculosus elváltozás. A beteg alsó végtagjain hiányzik az anasarca, mi azonban nem szól azon suppositio ellen, hogy a vena cava inf. compressio alatt áll, mert a mint azt a beteg említi, kezdetben a végtagok duzzadtak voltak és csak midőn a hason és mellkason táguló visszerek jelentkeztek, fejlődött vissza a végtagok duzzanata. Az eset megitélésénél különösen suppositiokra vagyunk utalva.

Genersich Antal: Lehetséges, hogy a vena cavában levő keringési zavar tételezi fel a has böralatti visszereinek tetemes és szembeötlő kitágulását (caput Medusae), oly módon, hogy a rögösödés a vena cruralisból, illetőleg a vena iliaca externából felfelé a vena iliaca communisra és a cava inferiorra terjedett. Ily vérrögök különböző okokból származhatnak és ha a vérrög egyszerű, úgynevezett jóindulatú, akkor meg is szervülhet, s bár az alsó űrös visszér el van zárva, a beteg életben maradhat és elviselheti a bajt, a nélkül, hogy az alsó végtagokban savós beszürődés találtatnék.

A minap ily esetet bonczolt szóló. A 29 éves férfi halála előtt 6 évvel appendicitisben szenvedett, lábai megdagadtak, de felgyógyulván, az oedema teljesen eltünt. Rövid idővel halála előtt bélszűkülés tüneteivel megbetegedett és a szt. István-kórházba jött, hol *Herczel Manó* m.-tanár bélresectiot végzett rajta, s bár a műtét helyesen volt keresztülvive, 18 órával az operatio után meghalt. A bonczolatnál kitünt, hogy mindkét vena cruralis, iliaca externa, communis és még a vena cava inferior is egészen a vesevisszerek beszájadzása alatti helyig szervült röggel el van zárva, illetőleg kötőszöveti léczekkel, sövényekkel, hidakkal átjárva, melyek közt felette szűk, sok helyen alig kutaszolható kanyargós és zeg-zugos csatorna létesült. Sem az élőn, sem a holt testen a has böralatti visszereinek szembetünőbb tágulása nem észleltetett; talán annak idején megvolt, de később a viszeres vér keringése a canalisatio és a vena azygos és hemiazygos útján létesült.

A bemutatott betegnél a máj bal lebenye az epigastriumban valamivel lejebb ér, de sima felületűnek látszik, úgy hogy ebből a máj megbetegedésére határozott következtetés nem tehető. A jobb lábszáron levő fekélyedések természetét egyszerű megtekintésre nem birja szóló határozottan kórismézni, azonban mégis hajlandó a gümős eredet helyett a térden levő börelváltozást luetikus természetűnek tartani és tekintve a jobb lágyéktájon levő ökölnyi mirigydaganatot, lehetségesnek tartja, hogy a baj luetikus alapon fejlődött, a mely esetben lehetséges, hogy a mirigycsomó a vena cruralisra s tovább terjedőleg rögösödést idézett elő, de lehetséges az is, hogy a máj luetikus megbetegedése és a vena portae luetikus szűkülése, rögösödése forog fenn.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(VI. szakülés 1899. márczius hó 8-dikán.)

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

(Folytatás.)

A különféle gyümölcs laevulosetartalma miatt még megengedhető, sőt Naunyn szerint jótékony hatású is. E pontban *Noorden* szigorúbb. Minden esetre olyan gyümölcsöt kell vennünk, melynek czukortartalma csekély; tilos pl. a szőlő és a cseresznye 25 illetve 10%-os czukra miatt. Legmegfelelőbb a naranes, az alma, az áfonya, a ribiszke, a nem egészen érett egres, a kevésbbé édes dinnyék, a czitrom.

Tanácsos a folyadék felvételre is ügyelni. A beteg ne igyék túlságosan, de másrészt ne is gyötörje magát ok nélkül, a mi némelykor megtörténik. Ez irányban jó index a vizelet fajsúlya, mely ne legyen sokkal több 1025-nél.

A cacaot ne igen ajánljuk, mert szénhydrattartalma nagyon változó; Naunyn a legtisztábbnak nevezettben is 15% keményitőt talált.

A pálinkák közül meggy-, szilva-, rozspálinka és cognac használható; a boróka igen hevesen izgatja a vesét. A borok közül a könnyű homoki borok ajánlandók, természetesen csak mérsékelt adagokban.

A sörnek czukortartalma 1% szokott lenni, de az úgynevezett extractanyagokban körülbelül 5% dextroset adó anyagokat (maltose, destrin) rejt és e miatt a diabeteseseknek kiválóan veszedelmes.

A diaeta megkezdése előtt meg kell a tolerantiát határozni; a próba megejtésénél még a beteg kivánságát respectálhatjuk, a fődolog csak az marad, hogy a nyujtott táplálék szénhydrat tartalma ne legyen nehezen kiszámitható s meg a szénhydrat ne legyen nagyon tömeges, mert könnyen kaphatunk hamis eredményt.

Meggondolandó, hogy a szigorú diaetára való átmenet rögtöni vagy fokozatos legyen-e. Jó tolerantia mellett az előbbi módositás igen könnyen megy, de rosszabbnál megfontolást igényel.

Naunyn áttekinthetőség kedvéért az eseteket felosztja középsúlyos, legsúlyosabb és könnyű esetekre. Ezen categoriák csak a diaeta kedvéért vannak felállitva és nem esnek össze az általánosan elfogadott diabetes classificatioval, a mennyiben a 2-dikba a súlyos, a 3-dikba a könnyű esetek tartoznak, de az 1-sőbe részben súlyosak, részben könnyűek.

A középsúlyos esetek kifejezetten mutatják a diabetes képét, a betegek lefogytak, súlyuk gyakran 60 kg. alatt van, nem ritka, hogy complicatiok is vannak; a glycosuria erős, rendesen nem túlságos diuresis mellett.

Első a tolerantia meghatározása. Ezután enyhe húsdiaetát adunk nem nagy kenyérevőknél 50+60 gm. kenyérrel. Erre a vizelet czukortartalma sokszor leesik napi 100 gm. alá; ha plane 40-ig esik akkor az eset könnyű volt, mely csupán elhanyagolásból romlott meg és itt megeshetik, hogy a czukorkiválás minden további táplálékszűkités nélkül is még mélyebbre száll le, vagy meg is szünik.

Legtöbbször azonban szűkiteni kell a szénhydratokat, esetleg teljesen el is kell hagyni, tehát a szigorú húsdiaetára kell áttérni, hogy a czukor eltünjék. Megtörténik, hogy még a fehérjeratiot is restringálni kell; ennél azonban kiméletesebb és hasznosabb egy koplalási nap. Ha ez által a vizelet megtisztul, a koplalás előtti diaetát adjuk.

Az eljárást az zavarhatja meg, hogy a beteg anergia miatt nem tűri. Ilyenkor el kell állanunk a glycosuria teljes eltüntetésétől és arra kell törekednünk, hogy a beteg a neki megfelelő és kielégitő táplálék mellett lehetőleg kevés czukrot válaszszon ki.

Fájdalom, hogy azok, a kiknél huzamosabb idő és szigorúbb diaeta kellett, tehát a súlyos esetek, hosszabb-rövidebb idő alatt újra rosszabbodásnak indulnak; a mikor is velük a kezelés elülről kezdendő. Sikertelenségnek ez azonban még sem nevezendő, hisz még ezen betegek is éveken át munkaképesen tarthatók meg

A legsúlyosabb esetek a baj ijesztő képét mutatják: nagyobbrészt fiatal emberek 40 év alatt, nagy lesoványodás 50 kg.-ig, elesettség, cyanosis, könnyebb-nehezebb complicatiok; igen erős diuresis, nagy glycosuria, 4—12%-os; majdnem mindig kimutatható aceto-eczetsav.

Még itt is meg kell kisérelni a glycosuriával való küzdelmet, természetesen elővigyázattal, mert az a húsdiaetával sem szünik meg, míg e mellett a súlyveszteség óriási lehet s az acidosis veszélye folyton fenyeget.

A szigorú diaetát tejjel, gyümölcsecsel, főzelékkel kell enyhiteni.

A könnyű esetek a leggyakoriabbak a privatpraxisban, nagyobbrészt 40-en felüliek és jobban situáltak. Előjönnek ugyan a fialabb korban is, de jó lesz ezeket gyanús szemmel nézni, mert a legtöbbjük nem könnyű, hanem kezdődő súlyos eset, hol előbb-utóbb kitünik a lóláb, a progressiora való hajlam. Nagyobbrészt jól táplált emberek, kiknek betegségét valamely complicatio leplezte le. A diuresis rendszerint normalis, csak olykor 3—4 liter, a czukortartalom 2—3%.

Vannak könnyű esetek, melyek nehezen és nem állandóan czukortalanok; a beteg nem állja ki a diaetát, állandóan fogy, emésztési zavarokat acquirált. Ezek tulajdonképen mégis csak súlyos esetek, melyek igen régóta elhanyagolva, enyhén lettek kezelve; a beteg éveken át élt csekély czukorkiválasztásával s baja inveterálódott, habitualissá lett.

Lássuk már most Noordent. Ő 3 étlapot állitott össze. Az I-ső tabellában szerepelt valamennyi, szénhydratmentes eledel, melyet bármely diabeteses ehetik.

A II-dik tabellára azon eledelek vannak feljegyezve, melyekben a szénhydrattartalom ugyan csekély még, de már nem hanyagolható el és igy a szigorú diaetánál már nem vehető igénybe. Ezen atypikus diaeata táblázatban már quantitativ intézkedések is vannak, még pedig úgy, hogy mindegyik adag tartalma legfeljebb 5 gr. szénhydrat.

A III-dik az aequivalensek táblázata. Ez úgy van már gazdag szénhydrattartalmú eledelekből összeállitva, hogy a lista egy-egy dosisa 20 gr. zsemlyének feleljen meg.

A sokat hangoztatott individualizálás a diabetesnél nemcsak hogy nem nehéz, hanem határozottan könnyű, a mennyiben épen itt minden

elkövetett hiba, minden mulasztás csakhamar elárulja magát, mint a hogy a helyes irány is bámulatos gyorsan nyilvánul eredményekben. A themák csak mint főirányelvek szerepeljenek, melyek keretén belül próbáljunk ki mindent és a legjobbat, a mi bizony majdnem minden esetben más, tartsuk meg, nem akadván fenn egyes, legtöbbször theoretikus aggályokon.

Nekem eddigi nem épen csekély diabetes praxisom mellett az a benyomásom van, hogy ezen úgy laikusoktól, mint orvosoktól annyira félt betegség orvosi működésem egyik leghálásabb terrenuma, melyen sokat lehet tenni eredményesen és még többet megakadályozni.

Az utulsó decenniumban merült fel a sanatoriumok kérdése. Vannak pártolói, de még többen ellenesei. Sine studio akarok beszélni. Meggyőződésem, hogy a mint a tüdővészeset meg kell tanítani táplálkozni, hozzá kell szoktatni a levegőhöz, a vízhez, meg kell tanítani hogyan és mikor köhögjön és köpjön, úgy kell a diabetesest megtanítani arra, hogy mikor, hogyan, mit és mennyit egyék. Ez csak sanatoriumban vihető ki. A ki megpróbálta már, hogy mit tesz az egy ilyen beteget becsületesen észlelni, a ki megküzdötte már azt a nehézséget, a mit a praxisban a vizeletgyüjtés — a vizsgálatról nem is szólók —, de különösen a táplálkozás kormányzása, az egész élet szabályozása hoz magával, az osztani fogja azt a nézetemet, hogy a diabeteses teljesen csak valamely intézetben, lehetőleg ezen czélra való intézetben kezelhető. Az intézetek előnye az, hogy a beteg itt megtanulja magát controllálni, sőt sok esetben az orvos által is csak itt controllálható; itt szokja meg a helyes táplálkozást az állandó felügyelet alatt; itt ejthető meg minden vizsgálat könnyebben és pontosabban, hogy banalisan mondjam, a gyárilag és nagyban menő munka által; itt szabadul meg azon számos psychikus rossz tényező behatása alól, a miket odakint el nem kerülhet; itt kap bátorságot és önérzetet a jövőre való küzdelemhez.

Másrészt meg valljuk be, hogy mégis csak van a specialistaságnak jogosultsága, a minek alapját úgy hivják, hogy nagyobb tapasztalat. Hát végül a főfactor, a konyha. Mert a diabetesesnek nem elég az orvos, nála nagy feladata van a szakácsnak is. És hány embernek van jó szakácsa és hánynak van érzéke a konyhaművészet iránt. A kinek nincs, az itt el fogja sajátitani, és otthon követelőleg léphet fel.

De természetes, hogy a diabeteses nem kell, hogy rabja vagy épen nyüge legyen a sanatoriumnak. A könnyebb esetek 4—6 hét alatt czukortalaníthatók, az alatt elsajátitják a nekik előirt életmód minden apróságát. A súlyosabbak körülbelül 2 hónap alatt megtanulják, hogyan lehet még czukorveszteség mellett is lehetőleg jó karban, esetleg munkaképesen fentartani magukat.

Nekem meggyőződésem az, hogy minden diabetesesnek ajánlandó a sanatorium, a szegénynek meg, a ki nem birja, a kórház. Mert a megoldás sokszor a pénz kérdésén dől el. Az angol azt mondja, hogy az idő pénz, én a diabetesesnek azt merném mondani, hogy a pénz élet.

(Folytatása következik.)

A berlini tüdővész-congressus.

Berlin, 1899. május 24.

I.

Alig néhány éve alakult meg Berlinben a német birodalom *központi sanatorium-egyesülete*, a „Centralverein für Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“, mely maga nem épit sanatoriumokat, hanem pénzt gyüjt, hogy a szerte az országban keletkező sanatorium-egyesületeket segithesse, gyógyintézeteik felállitását elömozditsa, siettesse, s egyébként mindent elkövet a tüdővész ellen megindult társadalmi mozgalom ébrentartására. Az eszme maga nem egészen új, mint a hogy a sanatoriumi gyógyitás alapelvei sem német eredetüek. Amahhoz hasonló központi egyesületet a svájcziak már régebben initiativáltak, a sanatoriumi therapia alapvető gondolata és irányelvei pedig — mint *Cormak*, *Burgess* stb. munkái igazolják — angol eredetüek. Sajátos kiépitő ereje van azonban ennek a birodalmi germánnak. A mi jót idegenből felkap, azt rendesen nagyobb tökéletességre viszi, mint maga az új gondolatot felszinre vető nép. Igy van ez a központi sanatorium-egyesülettel is, melynek sikeres működését a ma megnyilott nemzetközi congressus is igazolja.

A világ minden részéből sikerült ide gyüjtenie a „Centralverein“ vezetőinek a tüdővész elleni védekezésben hazájukban munkás szakembereket. A „*Congress für Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit*“ május 18-dikán lezárt (tehát még nem teljes) taglajstroma 73 oldalra terjedő füzet, mely megmondja nekünk, hogy a congressus védnöke *Augusta Viktoria* császárné, diszelnöke *Hohenlohe-Schillingsfürst* herczeg birodalmi kanczellár, tiszteletbeli elnöksége 3 ministerből áll, szervező bizottságában olyan nevek szerepelnek, mint *von Leyden, Koch, Fränkel, Gerhardt, von Ziemssen, Dettweiler, Flügge, von Liebermeister*; női bizottsága *Hohenlohe-Schillingsfürst Erzsébet* herczegnőt, *Boetticher* ministernét, *Posadowsky-Wehner* grófnét, *Ratibor* herczegnőjét stb. állitja elénk, mint a kik a gyengéd nem részéről a tüdővész elleni társadalmi actio zászlóvivői közé szegődtek; a külföldről pedig a tömérdek részvevő tagon kivül az amerikai Egyesült-Államok, Anglia, Argentinia, Ausztria, Belgium, Bulgária, Dánia, Franeziaország, Guatemala, Japán, Itália, Kanada, Magyarország, Mexico, Monaco, Montenegro, Nicaragua, Németalföld, Oroszország, Perzsia, Portugál, Svéd-Norvégország, Svájcz, Szerbia és Spanyolország hivatalosan is képviseltették magukat. Pedig a lista még korántsem teljes, sok jelentkezés csak a legutóbbi napokban érkezett be s mivel tökéletesség nincs ezen a földön, az is megesett, hogy egynémely már bejelentett kormányképviselő neve is kimaradt a lajstromból. Példa erre mindjárt *Hutyra* tanár esete, a ki mint a földmivelési minister kiküldöttje vesz részt a congressuson. Magyarország belügyi ministeriumának delegáltja *Chyzer Kornél* közbejött akadályok miatt nem lehetett jelen, őt *Reisz Gedeon* közegészségügyi felügyelő helyettesiti, a közoktatásügyi tárcza s általában a kormány képviseletében *Korányi Frigyes* van itt, a ki egyszersmind a budapesti egyetem és a sanatorium-egyesület delegáltja is. Egyetemünk részéről megjelent a congressuson még *Kétly Károly* tanár, a sanatorium-egyesület részéről pedig e sorok irója. A székes fővárost *Schermann Adolf* tiszti főorvos reprezentálja. Jelen vannak még magyar részről: *Friedrich Vilmos* főorvos és *Juba Adolf*.

A német birodalom minden zugából itt vannak a társadalom összes rétegeinek képviselői, világos dokumentumául annak, hogy ez a föld, melyben *Brehmer* angol nyomon indult tanitása oly termékeny talajra akadt, ma tényleg igazi, tulajdonképeni otthonává vált a tuberculosis elleni gyors védekezésnek. Erdeklödik és képviselteti magát a congressuson a német politikai világ, a közoktatás, a gazdaközönség, az ipar, a hadügy, a tengerészet, a kereskedelmi világ, sőt még a posta is. Poroszországgal élükön Bajorország, Szászország, Württemberg, Baden, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg, Braunschweig, Szász-Meiningen, Szász-Altenburg, Szász-Coburg-Gotha, Anhalt, Schwarzburg-Sondershausen, Schw.-Rudolstadt, a Reuss-herczegség, Lübeck, Bréma, Hamburg küldötték el delegáltjaikat. Orvosi kamarák és orvosegyesületek, fürdők, városok, jótékonysági egyletek, betegsegélyző pénztárak, rokkantbiztositó egyesületek, egyetemek, biztositó társulatok képviselői az egész német birodalomból egyaránt itt vannak, hogy okuljanak és felebarátaikat oktassák, miként és minő sikerrel kell és lehet a tüdővész pusztitásainak gátot vetni. A német vörös-kereszt számtalan fiókja s a sanatoriumegyesületek légiója ex offo ott szerepel a résztvevők sorában.

Ennek a nagyszabású congressusnak, melyet a „Centralverein“ érdemes titkára, *Pannwitz* törzsorvos hozott össze, f. hó 23-dikán volt az első mozzanata: az ismerkedő estélye a „Reichstagsgebäude“ kolossalis fogadó termeiben. Feketében megjelent urak és világos toilettü hölgyek vidám sokasága töltötte meg az impozáns központi kupolacsarnokot és a környező oszlopos folyosókat, hol már ez alkalommal sanatoriumok festett, rajzolt és photographált képei, tervvázlatai stb. voltak kiállitva. Az óriási birodalmi sassal diszitett mennyezetü buffet a szomszédságban vidám barátkozásra hivta a tagokat, a kik másnap a föld legnagyobb csapása ellen készülnek szövetkezni. *Leyden, Dettweiler* ott sürögtek a vendégek között, derült arczczal csinálva a honneur-öket.

A megnyitás 24-dikén délelőtt valóban nagy diszszel folyt le. A „Reichstagsgebäude“ nagy üléstermében már vagy 1500 ember lehetett együtt, mikor megjelent pontban tizenegy órakor kiséretével a németek császárnéja. Az egész közönség néma felállással üdvözölte a magas vendéget, *Posadowsky-Wehner* gróf megnyitja az ülést, melyről a szász-weimári és badeni nagyherczegné telegraphice mentették ki elmaradásukat. Majd *Ratibor* herczeg, azután Berlin város polgármestere üdvözlik a megjelenteket: „welche erschienen sind, um ein grosses nationales Unternehmen zu fördern“, utóbb pedig a delegáltak fejezik ki a koronás védnöknő és a congressus megalkotói iránt tiszteletüket. *Waldeyer* a kön. Friedrich Wilhelm-Universität küldötte szól először, utána az Egyesült Államok képviselője katonai diszben alig hallhatólag, angolul, mond beszédet, azután *Brouardel* lép a szónoki emelvényre. Már mikor nevét hallja a gyülekezet és felolvassák, hogy a franczia köztársaság küldöttje, frenetikus taps zúg fel. Majd *Stewart*, Nagybrittánia és Irland egyesült királyságok nevében szól, *Maragliano* genuai tanár rettenetes német kiejtéssel olvas fel egy üdvözlő beszédet, melyért mégis bő elismerés jutalmazza, v. *Kusy* „das Kaiserthum Oesterreich“ nevében emel szót s mikor felhivják, rögtön megjegyzi mellettem egy csinos német kisasszony (szintén a congressus tagja): „und Ungarn nicht?“ . . . Magyarország tudniillik külön mutatkozott be a congressusnak *Korányi Frigyes* ékesszólásával, a minek jó hatását a hallgatóságra menten igazolta a rögtön jutalmazó taps. Miután még *Berthenson Leo*, az orosz czár udvari orvosa mondott Oroszország nevében köszönetet a meghivásért, következett *Leyden* tanár bevezető beszéde, melynek végeztével *Pannwitz* titkár jelentette be részvéttel *Bacelli* elmaradását, a ki Rómából telegrammal mentette ki magát. Bejelentette továbbá, hogy a congressusnak több mint 2000 tagja van, köztük 200-on felül hivatalos kiküldött. Berlin városa a megnyitó nap estéjére meghivta a congressust a „Rathhaus“ termeibe, 25-dikén délután pedig *Hohenlohe-Schillingsfürst* herczeg rendez saját parkjában kerti ünnepélyt tiszteletükre. Ugyanaznap este diszelőadás a császári operában. Kihirdette még a titkár, hogy egy bőkezű polgár nemeslelkűsége lehetővé tette a congressus vezetőségének egy *3000 márkás congressusi* jutalom kitüzését, melyet a folyó év deczember végéig a „Centralverband“-hoz benyujtott legjobb népszerű munka a tuberculosis elleni védekezésről fog elnyerni.

Ezután a tiszteleti tagok megválasztása következik. Magyarország részéről ilyenül egyhangúlag *Korányi Frigyes* jelöltetvén ki, még határozatba megy, hogy Viktória királynőnek, a ki épen a megnyitás napján tölti be 80-dik születésnapját, üdvözlő telegrammot küld a gyülekezet, valamint telegrammal üdvözli az összes német sanatorium-egyesületi védnököket és védnöknőket is.

12 óra 25 perczet mutatott a nagy gömbölyű fali óra a német birodalom képviselőházának falán, mikor a császárné a congressust meghajlással üdvözölve, a termet odahagyta s a komoly tudományos tárgyalások megkezdődtek.

Kuthy dr.

Kimutatás

a Kézmárszky tanár igazgatása alatt álló egyet. I. sz. szülő és nőbeteg klinika 1895—1896. évi működéséről.

Közli: *Bäcker József* dr. egyetemi magántanár.

Midőn klinikánk tapasztalatait gyakorló-orvos társainkkal folytatólagosan közölni óhajtjuk, az áttekintés megkönnyitésére ezúttal nagyobb anyagot, t. i. az 1895. és 1896. esztendőét egyesítettük. Mellőztük az 1897. évet, mely klinikánk életében csak átmeneti jellegű. T. i. a régi intézet helyén fölépült modern új klinikának csak néhány kórterme állott még rendelkezésünkre, s ez okból a szülőosztály fölvétele csaknem az egész év folyamán szünetelt: működésünk — de ez is korlátok között —, csakis a gynaekologiára szoritkozott. Ily viszonyok között ezen esztendő nem illett bele kimutatásaink keretébe, s ezért, mint átmeneti időszakot külön fogják ismertetni tanársegéd társaim jövő kimutatásai.

Jelen dolgozatom az egyetemi első szülő- és nőbeteg-klinika *régi intézetének* utolsó két esztendejéről számol be.

***

I. Szülészet.

Eddigi kimutatásaimban, támaszkodva klinikánk két évtizedes tapaszlataira és eredményeire, mintegy axiomaként bátorkodtam (a gyakorlat érdekeit tekintve) kimondani: „hogy a szülőnőt csupán egy veszedelem fenyegeti, — a kivülről jövő infectio“. Ezen állásfoglalásunkhoz hiven ajánlottam, hogy a subjectiv antisepsisre fektessük a fősúlyt, vessük el a prophylactikus hüvelyöblítéseket, mint rendszert, csupán szoros indicatio esetében alkalmazzuk, pl. bűzös kifolyás, előrement gyanús tisztaságú vizsgálat stb. eseteiben.

Pedig „a leányzó nem halt meg, csak aluszik!“

1897. márczius havában *A. Hofmeier*, a würzburgi egyetem nagynevű tanára „Die Verhütung des Kindbettfiebers in den geburtshülflichen Unterrichtsanstalten“ czim alatt czikket irt,[1] melyben tekintélyének egész súlyát veti latba a prophylactikus hüvelyöblítések védelmére. Bizonyításra az egészséges nők normális szülését követő gyermekágyakat használja és hogy szavainak nagyobb súlyt adjon, prophylactikus hüvelyöblitést végező négy klinika anyagát egyesiti (Würzburg, Marburg, Halle és Budin párisi klinikája) és azt mondja:

„Wir haben also eine Gesammtzahl von 11,042 Geburten mit prophylactischer Scheidendesinfection mit *einem* Todesfall an Infection nach *normaler* Geburt oder unter Einrechnung meines oben genannten fraglichen Falles *zwei!*“

Tehát 11,000 szülésre 1, ill. 2 halálozás! Ugyanebben a czikkben azt olvassuk, hogy *összes* morbiditása 9·2%, de ebből csak 2·1% a *puerperalis* megbetegedés kimutatható helybeli elváltozással.

Ugyancsak 1897. junius havában jelent meg *A. v. Rosthorn* prágai tanár közleménye[2] klinikájának gyermekágyi statistikájáról, mely szintén a prophylactikus öblitések javára billenti a mérleget, mert az 1891. okt. 1—1897. márcz. 31 terjedő időben csak az utolsó 10 hónap alatt mellőzték az öblitéseket, s akkor is rosszabbak voltak az eredményeik. A hat év anyaga: 5676 szülés; ebből 5546 a klinikán folyt le és pedig 90·55% spontán. A morbiditásról ezt irja:

„Gesammtzahl der Erkrankungen an Wochenbettfieber 303 = 5·33%, von dieser kommen in Abzug, weil ausserhalb untersucht, oder fiebernd eingebracht: 90 Fälle. Es verbleiben somit *auf Rechnung der Klinik 213 Fälle von Fieber im Wochenbette* = 3·75%.

Oly fényes eredmények, a minőkről mi még álmodni sem merünk!

Ezek után szinte igazat kell adnunk *G. Kalmus*nak, a ki a C. f. G. 1898. 19. számában ezt irja:

„Die brennendste Frage auf dem Gebiete der Geburtshilfe ist zur Zeit wohl diejenige der Scheidendesinfection.“

Csakugyan a fenti statistikák láttára talán a legészszerübb és tisztességesebb eljárás volna mellünket verve beismerni tévedésünket, a kik ily fényes eredményeket elérni soha sem tudtunk. És talán kötelességünk lett volna azonnal megkezdeni a prophylactikus hüvelyöblítéseket, hogy 11,000 szülőnő közül csak egyet veszitsünk.

Ha még sem tettük ezt, ha Rosthorn és Hofmeier közleményei után egy évvel még mindig a régi sablon mellett maradtunk, annak oka az, hogy nem elégedtünk meg a fenti kiszakitott nagy mondásokkal, áttanulmányoztuk mindkét közleményt és meggyőződtünk arról, hogy statistikákat összehasonlitani nem szabad, mert a statistika tojástáncz, a mit nem egyforma ügyességgel járunk.

Nagyon messzire vezetne, ha részleteznők kritikánkat, s belemélyednénk e statistikák összeállitási módjába. De mégis kötelességemnek tartom nehány szembeszökő tény kiemelését, nehogy a nagyhangú phrasisok megtévesszék az eredeti közleményeket nem olvasó gyakorló orvost.

Hofmeier és társai jó statistikájának alapja az, hogy csakis azon haláleseteket veszik tekintetbe, a melyekben az infectiosus folyamat *rendes* szülés után *egészséges* nőnél fejlődött ki. A rendes szülés fogalmába tartozik, hogy semmi beavatkozásra szükség ne legyen, s a nő láztalanul, testi épsége teljességében, minden gyanus folyás nélkül jöjjön a klinikára, a nélkül, hogy odakünn megvizsgálták volna. Már most megérthetjük a statistikát. A Hofmeier összeállította 11 ezer szülésben szerepel a saját klinikájának 3000 szülése is 1 kérdéses esettel, mint halálozással. Az eset nem a halálozás dolgában kérdéses, mert az absolut bizonyossággal bekövetkezett, de kérdéses abból a szempontból, hogy beveendő-e a statistikába, mert az illető nő terhessége alatt gonorrhoeában szenvedett s mivel az újabb vizsgálatok szerint a gonorrhoeából puerperalis septicus infectio fejlődhetik, — tehát az ilyen sem irható a klinika rovására. Mindazonáltal Hofmeier bevette kérdéses halálesetnek. *De ezen 1 kérdéses haláleset mellett a tényleges összes halálozása a 3000 szülésre 21 = 0·7%!*

[1] Sammlung klin. Vortr. 177. füzete.
[2] Monatschr. f. Geb. u. Gyn.-ban.

Van-e létjogosultsága az ilyen összeállításnak? Nem tekintve azt, hogy a statistika összeállításának ezen *módja* teljesen hibás, sehogy sem irhatjuk alá az *elveket*, a melyek szerint készül.

Hibás a *módja*: mert ha Hofmeier elvül állitja föl, hogy statistikájába csupán az egészséges nők normális szüléseit veszi be, úgy ez nemcsak a megholtakra áll, hanem az élve maradottakra is. Vagyis más szóval azt az 1 kétséges halálesetét nem szabad a 3000 szüléséhez viszonyitania, a hol vegyesen vannak egészséges és beteg nők, spontán vagy segélylyel szültek, hanem ki kell válogatnia a 3000 szült nő közül ép oly rigorositással, mint a haláleseteknél azokat, a kik teljesen egészségesek voltak, spontán szültek, intézeten kivül nem vizsgáltattak stb. pl. 1000 esetet, s azt mondani, hogy ezek közül egy meghalt septicus infectio következtében.

De mi a statistika-csinálásnak, más szóval az esetek kiválogatásának ezen *elveit* sem fogadhatjuk el.

Mi a gyermekágyi statistikák czélja?

Bebizonyitani azt, hogy szülés körül követett eljárásaink kielégitők.

Általános igazság gyanánt föl kell vennünk, hogy a puerperium infectiosus betegségeinek forrása a szülés, ill. a terhesség utolsó heteire vezethető vissza. Természetes tehát, hogy a különféle eljárások összehasonlitására olyan statistika volna a legmegfelelőbb, a mely csakis azon eseteket ölelné föl, a hol a klinikai kezelés előtt nem lett még fertőzve a vagina; és ez alapon igaza volna Hofmeiernek, hogy az intézeten kivül vizsgáltak kirekesztendők. Csakhogy ez keresztül nem vihető, mert nem ellenőrizhető. Igy az 1894. kimutatásomban említettem U. Róza esetét. A terhesség VI. havában jelentkezett abortus tüneteivel. Okul csak azt vallotta be, hogy hasára esett; állitólag intézeten kivül senki sem vizsgálta. Spontán szült egy maczerált magzatot. Már 20 perczczel szülése után kirázta a hideg, s a gyermekágy 5. napján septicus peritoneitis tünetei között meghalt. Meg vagyunk győződve, hogy mesterséges abortus áldozata volt, és semmi positiv adatunk nem lévén, a halálesetet a klinika rovására kellett irnunk. Viszont egész sora szül klinikánkon (talán minden 3-dik) a kit intézeten kivül bába vagy orvos vizsgált és szülése mégis rendes lefolyású, pedig ez esetekben sem teszünk egyebet, minthogy 2 liter sterilizált vizzel egyszer kiöblitjük a hüvelyt. De hány olyan szülőnő van, ki saját maga belenyúl a vaginájába, vagy röviddel szülés előtt coitust végzett, és ezen esetek mégis a nem vizsgáltak rovatába jutnak.

Azt tehát — kivételes eseteket leszámitva — el nem dönthetjük, hogy a szülőnő inficiálva jött-e be a klinikára, tehát az esetek ez alapon való kiválogatásának nincsen gyakorlati haszna.

Még kevésbbé érthető, hogy miért rekeszszük ki az operált, nem spontán lefolyó eseteket? Hiszen épen ezek az eljárásnak a próbakövei! Ha aseptice járok el, egészen közömbös, hogy a vizsgáló ujjamat, vagy az egész kezemet, vagy akár műszert viszek-e be a genitaliákba?! A szülés körüli eljárás sebkezelés s ennek helyt kell állania a komplikált esetekben is. Igaz ugyan, hogy az utóbbiak között több olyan van, melynél a lethalis veszedelem nagyobb, mint rendes szülésnél, de ez minden klinikán egyforma, s minden szakember tudja, tehát legjobb nem válogatni ki ezen eseteket sem.

De összehasonlitani 2 klinikát, melyek közül az egyik változatlanul közli az eredményeit, a másik meg kiválogatja az eseteit, — nem szabad, mert ily módon soha sem fogjuk egymást megérteni.

Igy pl. Hofmeier utolsó 1000 szülésére 9 haláleset jutott, és pedig: 1. elvérzés placenta praevia után; 2. halál uraemia következtében; 3. elvérzés a lepényi időszakban; 4. halál 3 órával symphyseotomia után; 5. halál szük medencze és tympania uteri mellett ruptura uteri következtében; 6. halál a gy.-ágy 4. hetében embolia vagy szivhűdés folytán; 7. elhanyagolt haránfekvés, tetania és tympania uteri, légembolia; 8. sepsis acutissima folytán halál a gy.-ágy 2. napján; szülés alatt láz, forceps; 9. spontan szülés után a gy.-ágy 7. hetében pyaemia következtében beálló halál.

Eseteit igy felsorolva, azt mondja Hofmeier: „Während also die 7 ersten Todesfälle mit puerperaler Infection nichts zu thun haben, starben die beiden letzten Wöchnerinnen: die eine an acustester Sepsis am 2. Tage, die andere an puerperaler Pyaemie in der 7. Woche nach der Entbindung.“ Kifejti azután, hogy tulajdonképen egyik sem esik a klinika rovására, mert az előbbinél fogóműtét történt, az utóbbi gonorrhoeás volt.

De ha közelebbről megtekintjük az első hét esetet, azt látjuk: hogy a 4. esetben tympania uteri volt; az 5. esetben *tympania uteri és lázzal* jön a szülőnő a klinikára, tallérnyi méhszájon át perforálják a fejet, azután csak *7 óra mulva* végezik a kranioklast-extractiót, a melynél a cervix a hólyaggal együtt bereped és a beteg 24 óra mulva collapsus tünetei között elhal. A 6. esetben spontán szülés után 3 órával a placenta manualis leválasztása történik; a gyermekágy 3. napjától: *puerperalis endometritis*, később thrombosis (tehát minden esetre septikus alapon!) a jobb alsó végtagon; a beteg 20 napig lázas, 25. napon fölkel s a 27. napon emboliában (mely a septikus thrombus következménye!) meghal.

Mi eddigi statistikáinkban az ilyen esetekre nem mertük rámondani, hogy „diese Fälle mit puerperaler Infection nichts zu thun hatten“. Mi azt mondottuk volna, hogy ezen 1000 szülésre 5 septikus haláleset jut!

Ezért nem tartjuk megengedhetőnek a statistika adatainak kiválogatását, mert látjuk, hogy mennyire tért nyer itt az individualis fölfogás. Ha mégis megteszi valaki saját gyönyörűségére, az ellen semmi kifogásunk, de ne hasonlitsa össze adatait más klinikáéval, mert ily módon a komikummal határos ellentmondások támadnak. Igy Hofmeier összehasonlító táblázatában saját klinikáját az első helyre teszi, a budapesti I. szülőintézet a 12. helyre szorul. És mit látunk? Az első helyen álló würzburgi klinikának „egy kérdéses halálesete“ mellett 3000 szülésre 21 az összes halálozása — holott a 12. helyre szorult, hüvelyöblitést rendszeresen nem végező budapesti klinikán 1893—1896. lefolyt 3813 szülésére az *összes* halálozás 16, a septikus pedig csak 6 = 0·15%. És ha Hofmeier számitási módját vesszük alapul, úgy azt mondhatjuk, hogy a 3813 szülésre 0 a halálozás, mert egy sem halt meg olyan, a ki egészségesen jött be s rendes, spontán szülésen ment keresztül. Tehát eredményeink minden módon aránytalanul jobbak, mint a prophylactikus öblitéseket végező Hofmeieré.

De ha már a sectióval is ellenőrizhető halálozási statistika megbizhatatlan, mit szóljunk a morbiditas statistikájáról, mikor ennek tulajdonképeni fokmérője a jól végzett hőmérés és ezt tudvalevőleg a legtöbb szülészeti klinikán ápolószemélyzet végezi!

Érdekesek az idézett *Kalmus* összehasonlító sorai: Ahlfeld morbiditása subjectiv antisepsissel 41·3%, hüvelyöblitésekkel: 38%, Steffek-é 19·4, ill. 6·5%, Hofmeieré 9·2%, Krönigé 25·9, ill. 36·2%, Leopoldé 9·7%, ill. 17·2%, sőt 20%, Meermanné 7%, s a mint fönntebb láttuk Rosthorné 3·75%.

A mi 3813 esetünkre az összes megbetegedés 19·33%.

De nem a komikummal határos-e, hogy a mi 19·33% morbitásunk megfelel 17, ill. 0·44% összes és 6, ill. 0·15% septicus mortalitásnak, holott a Rosthorn fényes 3·75% morbiditása mellett a prágai klinika (5676 szülés) összes mortalitása: 50 = 0·88%, s ezek közül puerperalis lázban halt el 22 = 0·38% (tehát csaknem annyi, mint a mi összes mortalitásunk) és ebből saját szavai szerint 9 = 0·16% esik a klinika rovására (tehát annyi, mint a mi *összes* septicus mortalitásunk!)

Hogy értsük meg ezeket az ellentmondásokat — hogy adjunk hitelt ezeknek az adatoknak?

Azt hiszem, hogy az elmondottak után senki sem vádolhatja klinikánkat a maradiság vádjával, ha nem követtük Hofmeier és társainak hivó szózatát, hanem megmaradtunk

régi, kipróbált eljárásaink mellett, s ugyanezt ajánljuk gyakorló orvostársainknak is!

***

Az 1895. és 1896. években klinikánkon 1995 szülés folyt le.

Láztalanul folyt le a gy.-ágy	1573 esetben	=	78·85%
1 napig volt lázas „ „	209 „	=	10·47%
2 „ „ „ „ „	82 „	=	4·11%
több „ „ „ „ „	127 „	=	6·37%
közvetetlenül szülés után meghalt	4 „	=	0·20%
	1995		100·00%

gyermekágyasaink közül elhalt 3 = 0·15%
összes halálozásunk ... ... 7 = 0·35%

Ha pedig előző két kimutatásunk anyagával egyesitjük a fenti számokat, úgy 1893. január 1-től 1896. deczember 31-ig 3813 szülésünk volt. És pedig:

láztalanul folyt le a gyermekágy	3076 esetben	=	80·67%
1 napig volt lázas „ „	339 „	=	8·89%
2 „ „ „ „ „	157 „	=	4·12%
több „ „ „ „ „	234 „	=	6·14%
szülés előtt vagy közvetlenül utána meghalt	7 „	=	0·18%
az összes halálozás 1893—1896	17	=	0·44% és pedig
a puerperiumban halt el	10	=	0·26%
septikus folyamatban halt el	6	=	0·15%

Olyan eredmények, miket bátran oda állíthatunk akármelyik nagy külföldi klinika statistikája mellé, mindig fényesen fogják igazolni a prophylactikus hüvelyöblítések fölösleges voltát.

Az 1895—1896. évek halálesetei a következők:

1. *M. Viktorné* 24 éves I. P. 1895. márczius 14-dikén d. u. 11 ó. 30 p. vétetett fel (276/254 f. sz.) eszméletlen állapotban. Odahaza 4 eklampsiás rohama volt. Az éj folyamán másnap reggel 7 ó. 44 p.-ig 6 roham. Mindegyik roham után 1 morph. inj. (0·01) és chloroform-narkosis. A 6. roham után a tüdővizenyő folytonos súlyosbodása miatt a szülést befejezzük. Egy ujjnyi méhszáj miatt accouchement forcé Dührssen szerint. Episiotomia után a méhszájat kétoldalt a boltozatig bemetszük, s burokrepesztés után 2 farfekvéses macerált magzatot egymásután extrahálunk. Méhüregöblítés s a metszett sebek egyesítése. Félóra mulva szülőnő meghalt.

2. *G. Anna Mária*, 23 éves I. P. Fölvétetett 1895. május 1-én d. u. 6 ó. 30 p. Intézeten kivül bába vizsgálta; fölvételkor: 37·4° C.; hüvelyöblítés 2 liter steril vízzel. Méhszáj 2 ujjnyi, II. haránfekvés I. állás, köldökzsinór előesett. Symphysis meredek, c. d. = 10·2, c. vera = 8—8·5. Fordításhoz készülünk, e közben elhal a magzat s decapitatiót végzünk, mit megnehezit a szük medencze. Placenta spontán távozása daczára vérzés; bimanualis massage, forró irrigatio, majd egy jobboldali, boltozatig menő cervixrepedés egyesítése. A vérzés ezután sem szünik; pulsus romlik: az uterust és vaginát kitömjük jodoform-gazezel. Jó contractio. Félóra mulva a tampon átivódott, erős szivárgás. Anaemia acuta, pulsus filiformis s egy óra mulva bekövetkezik a halál. A másnap megejtett sectiónál a mérsékesen összehúzódott méhben a tampon mellett véralvadék nem található. A vagina felső részletében a ny. hártya egyes szabálytalan foltokban hiányzik, hámtól fosztott, a submucosa és paravag. szövet feketés-vörös véralvadékoktól áthúzódott. A vaginában kbl. 30 gr. fakó vörös laza véralvadék.

A vérzés forrása tehát a vagina hámlehorzsolásából támadt parenchymás vérzés volt.

A halálos elvérzést *haemophiliára* kellett visszavezetnünk.

3. *É. Zsófia*, 19 éves, I. P. 1895. november 5-dikén d. e. 6 ó. 50 p. jött a klinikára. I. kf. 5 percz mulva *eklampsia* tör ki, mely 2 órán belül 4 izben ismétlődik. Szokott kezelésünk daczára az oedema pulmonum képe rendkivül súlyossá válik, ezért 2 ujjnyi méhszájon át perforáljuk a magzatot s kranioklasttal lassan kihúzzuk. Eleinte szépen tágul a méhszáj, majd kétoldalt bereped. E repedéseket 1—1 catgutöltéssel egyesítjük. D. u. 37° C. — 140 p.

A II. napon	d. e.	37·0	— 140,	d. u.	38·8 — 140
III. „	„ „	37·5	— 120,	„ „	37·7 — 92
IV. „	„ „	37·5	— 92,	„ „	38·1 — 104
V. „	„ „	37·0	— 88,	„ „	37·6 — 100
VI. „	„ „	37·8	— 96,	„ „	37·8 — 84

VII. napon d. e. 38·4—104. Hátát és hasát fájlalja (eddig közérzet jó), nyelve bevont, fogbenyomatot megtartja; felső végtagokon rángatódzás. D. u. 38·4°, 120 pulsus, gyomortáj érzékeny, has erősen puffadt. 2 széke volt.

VIII. napon d. e. 37·5—120, d. u. moribunda, pulsus: 140. Estefelé bal bordaizület fájdalmas, duzzadt, felette a bőr piros; bal kéztőizület fájdalmas, elváltozás rajta nincsen.

IX. napon d. e. 37·5—120. Kéztő is duzzadt. D. u. 4. ó meghal.

A rendkivül érdekes lefolyású septikus infectio esetének boncleletéből kiemelem, hogy a bal ureter kétszer vastagabb volt, mint a jobb; septikus endometritis és metrolymphangioitis. Phlegmone a retropharingealis, retrooesophagealis, a bal előkar és a bal külboka kötőszövetében. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum.

Részletesen közöltem a gy. ágyat, hogy lássuk, miszerint a legsúlyosabb infectio esetében, áttéti góczok egész sora mellett a gyermekágyas 7 napon át subjective elég jól érezte magát s az objectiv tünetek is csak a két utolsó napon fejlődtek ki.

4. *V. Anna*, 19 éves, II. P. 1896. márcz. 10. d. u. 5 órakor vétetett föl. Előző héten vért köpött. Éjjelenkint izzad, forrósága van. Jobb tüdőcsúcsban fölvételkor érdes, megnyult, hangos kilégzés. Spontan szült egy kora magzatot. A gyermekágy első 4 napja láztalan, rendes lefolyású. V. napra virradó éjjel erős légszomj, gyötrő, száraz köhögés, erős szúrás a mellkasban. Diffus hurut a tüdőkben. V. nap 38·2, VI. nap 37·7. Mivel a tüdőbeli folyamat nem javul, folytonosan gyötrő köhögés kinozza, áttesszük a II. belklinikára, hol egy hét mulva meghal.

A sectio chronicus endocarditis és insufficienta mellett a szivizomzat nagyfokú zsíros degeneratióját állapitotta meg. A jobb tüdőben infarctus haemorrh. Azonkivül: endometritis diphtheritica et putrida puerperalis, a nélkül, hogy a méh falában vagy a medencze kötőszövetében, nyirkutaiban a legkisebb elváltozás kimutatható lett volna. Sehol metastasis.

Ezen esetünkben a halálokot tisztán a *szívbajra* vezethetjük vissza.

5. *F. Jánosné* 25. I. P. 1896. márcz. 22. d. e. 10 ó. hozatott be; otthon *3 eklampsiás* rohama volt. 10 óra 7 percztől d. u. 4 ó. 45 p.-ig 4 roham. Mindegyik után 1 morph. inj. (0·01) és chlorof. narkosis. Ekkor megszünnek a rohamok, s 32 óra mulva föllépnek a szülőfájások s 6 óra mulva magától megszül egy halott, érett magzatot. A szülés után 3 órával újból kap egy eklampsiás rohamot, mely május 24. d. e. 10 órától d. u. 6-ig *még öt izben ismétlődik*. Másnap 39° C., 124 p., mindkét tüdő fölött nagy hólyagú szörcszörejek. A III. és IV. napon 37·4—37·9° C., 106—116 pulsus. Az V. napon d. u. 39·1°-ra ugrik a hőmérsék, köpete véressé lesz, légzés 44, felületes; következő napon a pneumonia tünetei mind kifejezettebbek lesznek s VII. napon d. u. meghal.

6. *L. Ferenczné*, 31 éves, III. P., kinél már a II. partust perforatióval fejezték be, 1896. okt. 30. d. u. 6 ó. 45 p. Újpestről hozták a klinikára, szűken 3 ujjnyi méhszájjal; II. kf. Medenczeméretek: 26, 28, 21. Négy órával később d. u. 11 ó. 5 p. eltünőfélben levő méhszáj mellett megreped a burok, fej rögzitve. A fájások nem feltünő erősek, ezért exspectative járunk el. Okt. 31. d. 4 e. ó. csekély vérzés; a szülőnő halaványy, pulsusa 120, légzése szapora. A vizsgálat ruptura uterit derit ki: fej a bemenetből kitért, méhszáj

3 ujjnyira összeesett. 37·3°—120 p. Szívhangok nem hallhatók. Óvatos narkosis. A fej külső rögzitése mellett perforatio a Naegele-ollóval és nehéz kranioklast-extractio. A magzattal kbl. $^1/_2$ liternyi vér ürül. Placenta kihozása kézzel. Complet repedés az elülső falon és baloldalt, kbl. a belső méhszáj magasságában. A hüvelybe előesik a cseplesz s nem helyezhető vissza. Provisorikus tamponálása az uterus- és vaginának, s előkészülünk a laparotomiára, a mi közel 3 órát vesz igénybe. Hasmetszés; véralvadék a belek között. A repedés a méh elülső falán horizontaliter összeköti a kétoldali ligamentum latumot, sőt jobb oldalon 5—6 cm.-nyire folytatódik a peritoneumra és megnyitja a parametriumot. A cervix ép hátsó falát 4 összekapaszkodó fonállal lekötjük s e fölött a méhet lemetszszük. A cervix csonkján az elülső falat a hátsóhoz tűzzük és peritoneummal befödjük. A műtét vége felé jelentkező collapsus d. u. 5 órakor halálra vezet.

A sectio annyiban volt érdekes, hogy a symphysis belfelületén egy jó babnyi, meglehetősen éles exostosist mutatott, mi a conj. verát 9 cm.-re szűkitette. Valószinűleg ezen tövis uzurálta a méh falát s igy inditotta meg a váratlanul bekövetkezett rupturát.

7. *M. Julianna*, 22 éves, II. P. 1896. decz. 19. d. u. 4 ó. jelentkezett a terhesség VI. havában szülőfájásokkal. Állitólag előző napon munkaközben lepték meg a fájások s intézeten kivül már két izben kirázta a hideg. Fölvételkor: 40·3°—120 p. 4 óra mulva megszül. A szülés előtt megvolt magas hőmérsék csak a halál bekövetkezésének napján (XII. nap, decz. 31.) enged. Csaknem állandóan 40—41° között ingadozik. A sectio endometritis diphtheritica mellett a venosus sepsis tiszta képét adta.

Haláleseteink tehát a következők:

1. eklampsia — oedema pulmonum;
2. elvérzés haemophilia következtében;
3. eklampsia — sepsis;
4. vitium cordis — infarctus pulm;
5. eklampsia után pneumonia;
6. ruptura uteri — elvérzés;
7. sepsis.

Vagyis septikus halálozást positive két esetben állapithatunk meg, — de egyik sem esik a klinika rovására. Az egyik súlyos eklampsia kapcsán lépett föl és ismeretes az eklampsiások és vesebetegek nagy hajlandósága infectióra — a másik pedig abortussal jelentkezett és már fölvételekor 40·3° volt a hőmérséke, mely folytatódott az egész gyermekágy alatt. Volt még egy 3. esetünk is, a hol infectiónak semmi klinikus tünete nem volt, de a sectio endometritis diphtheriticát derített ki a szív chronikus betegsége és tüdőinfarctus mellett; de mivel a 12 napot élt gyermekágyasnál sem a méh falában, sem a parametriumban genyedésnek vagy csak oedemának is nyomát sem találtuk, azt hisszük, hogy ez esetben az állitólagos endometritis puerperalist halál-oknak nem vehetjük.

Tehát a statistika minden válogatása és szépitgetése nélkül nyugodtan kimondhatjuk, hogy a klinikán dívó aseptikus eljárások egy esetben sem bizonyultak elégteleneknek, annak daczára, hogy a rendszeres prophylactikus hüvelyöblítéseket elvetettük, s ha öblítettünk is, erre a czélra mást, mint steril vizet nem használtunk, pedig Hofmeier szerint ez teljesen haszontalan eljárás.

***

Ugyanaz, a mit a halálozás statistikájára állitottunk, áll a *megbetegedésekére* is — hogy t. i. nem hasonlithatók össze. Egységes alapot találni nagyon nehéz. Nálunk orvosok végzik a hőmérést — tehát pontosak az adataink s a kisebb hőemelkedések sem kerülik ki figyelmünket. Másutt, igy Hofmeiernél is, ápolónőkre — egyes klinikákon a folytonosan változó inspectiós hallgatókra hárul ez a föladat, a mi nagyon is devalválja az adatok megbizhatóságát. Ehhez járul az esetek kiválogatása. Mindenki tudja, a ki valaha statistikát összeállitott, hogy mily nehéz az esetek mérlegelése a fejlapok alapján, mikor még a közvetlen betegészlelés alkalmával is igen sok esetben lehetetlenség kétséget kizáró módon megállapitani, hogy a láz a gyermekágyi folyamatra visszavezethető-e? Hány esetben látjuk, hogy hőemelkedés mutatkozik, a hasat kissé puffadtabbn ak találjuk s a vulvában kis ulcust. Az utóbbit megtisztogatjuk és Ol. Ricinit rendelünk. A beteg azontúl láztalan. Máskor semmit sem találunk, s a Ricinus ismét csodát művel. Hova sorozzuk ezen eseteket?

Őszszel, télen akárhányszor náthás, köhög a gyermekágyasoknak egész sora: mert lázasok, megvizsgáljuk a genitaliákat is és kis figyelemmel minduntalan találunk ulcust is, de azért eldöntetlen marad, hogy ez okozza-e a lázat?

Ezért jobb eljárás hiányában még mindig a legtanácsosabbnak tartom a megbetegedések statistikájának olyatén összeállitását, hogy külön választjuk az 1., 2. és több napon át tartó lázas eseteket. A dolog természetében rejlik, hogy az előbbi két csoport könnyű megbetegedés, a mely felületesebb észlelés mellett elkerülheti a figyelmet. A 3. csoport minden klinikán föl lesz ismerve, s ez szolgálhat összehasonlitásul, annál is inkább, mert ebben a csoportban az esetek osztályozása sem oly veszedelmes: a tünetek a tartós megbetegedésnél jobban kiválnak s igy elkülönithetők volnának a puerperalis és nem puerperalis alakok. Mi azonban még itt sem tartjuk tanácsosnak az esetek különválasztását, mert minden válogatás nélkül is eléggé szembetünik az arány. Több napig volt lázas 6·42% gyermekágyasunk: ez a szám megfelel Hofmeier és Rosthorn jó adatainak.

Hogy mily nehéz az esetek lelkiismeretes mérlegelése sectio nélkül, arra például szolgálhat K. Etel. (1896 1077/1002) esete. Lázzal jött a klinikára (38·6°) s említi, hogy már két nappal előbb kirázta a hideg. Szülés alatt fölemelkedik a hő 39·5°-ra. Spontan szül egy élő magzatot. A gyermekágy első hetében csaknem állandóan 39·0—40·7° közt ingadozik a hőmérsék. Semmi physicalis elváltozás, folyása nem bűzös. Természetesen az első napokban kiöblitjük a méhet, de eredmény nélkül. A 4. naptól köhécsel, de nem köp ki semmit. A mellkas vizsgálata negativ (igaz ugyan, hogy az ilyen súlyos beteg gyermekágyasnál tökéletlenül lesz végezve). Hatodik naptól kevés véres köpet. A IX. naptól engednek a lázak, a XIII-diktól teljesen láztalan. Nyolcz napon át tartó 40° lázak daczára a pulsus soha sem több a 110 nél. Az eset szigorú mérlegelése után nyugodtan merjük állitani, hogy a betegség nem függött össze a puerperiummal — lappangó pneumonia lehetett. Igen, de a lázak elmulásakor bűzös folyás jelentkezett, mely egy hétig eltartott. Jelentéktelen puerperalis zavar, de elegendő arra, hogy az osztályozást megzavarja!

Ezen és hozzá hasonló 100 meg 100 eset az oka, hogy *a gyermekágyi statistikának sarkalatos föltétele, hogy válogatás nélkül, minden eset belékerüljön!*

Hofmeier többször idézett dolgozatában ismételve hangsúlyozza, hogy rendkivüli jó eredményeit a morbiditas terén a prophylactikus öblögetéseknek köszöni, de ezek mindig desinficienssel, nevezetesen sublimat-oldattal végzendők.

Álláspontunk még ma is az, hogy az infectiosus anyag vagy a lochiákban, illetőleg a nyálkahártya fölszinén van, vagy pedig bejutott már a mélyebb szövetrétegekbe is. Előbbi esetekben teljesen elegendő a mechanikus eltávolitás, az utóbbi esetben a szervezetre kell biznunk a mikroorganismus elleni harczot — tehát inkább kerüljünk mindent, a mi a szövetek épségét csorbitja, ellenálló képességét lefokozza, mint pl. a sublimat és minden desinficiens!

Olyan desinficiens, a mely hatásos és a mellett teljesen ártalmatlan volna a szövetekre, nem létezik!

Tételünk bizonyitására, hogy ott, a hol a szülőcsatornát ártalmas anyagoktól kell megszabaditani, a mechanikus desinfectio mindig elegendő, — úgy mint eddig is tettem, ma is az észlelt eseteknek egész sorozatát hozhatom föl.

1. Özv. L. Jánosné 1896. decz. 5. 38·7° hőmérsékkel és 104 pulsussal jelentkezett. Abortus incip. mens. IV. Két óra

mulva már 39·3° — 108. Tíz órával később szülés, de a placentát kézzel kell kihozni vérzés miatt. Utána kiöblítjük a méhet 2 liter steril vízzel. A gyermekágy láztalan.

2. Z. Mária 1896. decz. 26. vétetett fel láztalan állapotban. Spontán szülés. A gyermekágy láztalan a VI. napig, ekkor d. e. 39·6° — 100, d. u. 40·0 — 116. A méhből este 7 ó. ökölnyi véralvadékot és kis burokrészletet hozunk ki, a méhet 3 liter steril vízzel kiöblítjük, mire 5 óra alatt deferveskál a beteg s azontúl láztalan.

3. G. Lázárné 1895. nov. 30. jött be láztalanul és spontán szül. A gy.-ágy I. napján d. u. 39·6° — 144 p. exspectatio. II. nap d. e. 38·7° — 120, d. u. 40·0 — 116, nyelv száraz. Az elülső ajkról egy leszakadt necroticus jó babnyi szövetet az ujj nyomása alatt leválasztunk; a méhből egy jó ökölnyi véralvadékot és tenyérnyi burokrészletet hozunk ki. Ezen esetben steril víz hiányában 4 liter hideg rendes *vízvezetéki* vízzel öblítettük ki a méhet. Utána teljesen zavartalan a gyermekágy.

4. R. Róza 1895. jan. 16. vétetett fel a kitolás időszakában. Spontán szült. Első 2 nap láztalan. A III. nap délutánján 39·5° — 100 p. magától kijött a hüvelyből egy gyermekökölnyi, nem bűzös véralvadék. IV. nap d. e. 37·6° — 88 p., d. u. 4 órakor 40·1° — 128 p. Ekkor 2 ujjnyi méhszájon át az érzékeny méh üregéből tenyérnyi szagtalan burokrészletet hozunk ki s utána a méhet 3 liter steril vízzel kiöblítjük. Azontúl láztalan.

5. J. Jolán a terhesség IV. havában, abortus incompletus tüneteivel 1898. dec. 2. vétetett föl. Hőmérséke 40·1° C., pulsusa 124. Tizennégy napja vérzik. D. u. 7 ó. takarítjuk ki ujjal a méhet, utána 2 liter steril vízzel kiöblítjük. Este 10 órakor még 40·6° — 116 p., nem teszünk semmit. Éjfél után 2 órakor már 37·9° — 108 p. s azután láztalan négy napon keresztül, a mikor ismét apróbb hőemelkedések lépnek föl, melyek minden kezelés nélkül elmulnak.

Az a kérdés, hogy ezen esetekben, midőn ilyen szembeszökő módon nyilvánult az öblögetések jó hatása, tényleg mi gyógyítottuk-e meg a beteget, vagyis, hogy a beavatkozásaink nélkül súlyosabb szövődmények fejlődtek-e volna? Azt hiszem, hogy nem. Mi csak azt tettük öblögetéseinkkel, a mit a természet maga is megtesz — de lassabban — hasonló esetekben, t. i. a rá nézve ártalmas anyagokat egyszerűen kiküszöböli. Áll ez első sorban az abortusokra. Egész sorát hozhatjuk föl az eseteknek, a hol a szülés alatt, talán egy bomló véralvadék behatása alatt magas lázak lépnek föl s a gyermekágy mégis zavartalan, holott semmit sem desinficiáltunk, csakis a vis naturae működött. Ilyen eseteink:

6. B. Lajosné 1895. jan. 30. vétetett föl. III. P. abortus incip. m. IV. Hő fölvételkor 37·9 — 104 p. Jan. 31. d. e. 8 ó. 39° — 100; d. e. 11 ó. spontán megszületik a magzat; d. u. 4 ó. 38·7° — 96. Febr. 1. d. e. 9 ó. 30 p. exprimáljuk az igen bűzös placentát s a *hüvelyt* kiöblítjük 2 liter steril vízzel. 12 ó. 39° — 88 p. D. u. 4 ó. 38·2° — 84. Febr. 2. d. e. 37·5° — 84, d. u. 38·4° — 64, azontúl láztalan. Méhüregöblítés az egész idő alatt nem történt.

7. M. Julia IX. P. 1896. junius 12. vétetett föl 38·3° hőmérsékkel; pulsusa 120. Abortus m. V.—VI. Spontán lefolyás. Gyermekágy: I. d. e. 37·3° — 100; d. u. 40° — 112. Folyás nem bűzös. Exspectatio. II. nap d. e. 38·8° — 96; ugyanekkor a vulvából Péan-nal kihúzunk egy tenyérnyi burokrészletet. Azontúl láztalan.

8. Igen érdekes volt B. Mária esete. 1896. nov. 1. vétetett föl. III. P. sensoriuma zavart. Grav. m. V—VI. Hő fölvételkor 42·2° (pontos mérés!), pulsusa 132. Egy hét óta beteg, hasa fáj. Látva a súlyos képet, a legrosszabbra voltunk elkészülve. Fölvétele után 5 perczczel a pete in toto kiesik a vulvából. Nem csinálunk még hüvelyöblítést sem. 7 óra mulva még 39° — 120; másnap láztalan. Harmadnap 39·2 — 112, d. u. 38·3 — 96. Ugyanekkor mogyorónyi bűzös véralvadék távozik és azontúl láztalan.

Hasonló lefolyású eseteket nagy számmal hozhatnánk föl. Ha már most valaki ilyen viszonyok között sublimattal vagy más desinficienssel öblöget, meg van győződve, hogy gyógyítólag működött, pedig ezt a szerepet elvégzi maga a természet. *Mi siettethetjük a természetes lefolyást méhüregöblítéssel, a midőn mechanice gyógyítunk, a desinficiensre semmi szükségünk sincsen!*

A mi az abortusokra áll, ugyanaz érvényes a visszamaradt burokrészletekre is. Ezen kimutatásunk anyaga is azt bizonyítja, a mit már megelőző két kimutatásunkban is hangoztattunk, hogy a puerperalis lázas megbetegedések zömét a szülőcsatornának, főként a vulvának sérülései és peterészek illetve véralvadékok visszamaradásai okozzák. Mindezek ellen a legtöbb esetben semmi tenni valónk nincsen; a hozzáférhető szennyezett sebeket tisztán tartjuk és nyugodtan megvárhatjuk a spontán gyógyulást. És midőn ezt hangoztatjuk, azzal a meggyőződéssel teszszük, hogy vele a gyakorlatot szolgáljuk. Mert a klinikai életre közömbös volna az ilyen beavatkozás, mint a peterészek kihozatala: a nagy személyzetben mindig akad valaki, a ki teljesen aseptice elvégezheti a beavatkozást. De nagy fontosságú tény ez a vidéki gyakorló orvosra nézve, a ki fertőző betegségekkel, tisztátalan sebekkel érintkezve, sokszor van inficiált állapotban, — és mindenesetre többet használ betegének, ha exspectative jár el. Holott ha azt tanítanók, hogy minden lázas beteg szülőcsatornáját desinficiálni kell, úgy megalkuszik a körülményekkel s esetleg tisztátalan kézzel is hozzáfog egy abortus befejezéséhez esetleg burok kihozatalához és általa valódi septikus infectio okozójává lesz!

***

Az 1995 szülőnő közül I. P. volt: 1010 = 50·63%, mp.: 985 = 49·37%.

A *I. P.* közől láztalan gyermekágya volt 750-nek = 74·26%, lázas: 258 = 25·54% (2 szülés után meghalt.)

A *mp.* közől láztalan volt a gyermekágy 823 = 83·55% esetben, lázas: 161 = 16·35% (szülés után 1 meghalt).

A *gyermekágy láztalanul*, tehát 1573 = 79% esetben folyt le, ezt

rendes	szülés előzte meg	1268-szor =	80·61%,
rendellenes	„ „ „	305-ször =	19·39%.

A *lázas* gy.-ágyak száma 419 = 21%. Ebből

rendes	szülésen ment keresztül	293 =	69·93%,
rendellenes	„ „ „	126 =	30·07%.

Említettük már eddigi kimutatásainkban, hogy a *visszamaradt burkot* csak akkor távolítjuk el, ha vérzést okoz. Igy visszahagytuk 104 esetben. E közül láztalan volt a gyermekágy 63 esetben = 60·58%, lázas: 41 esetben = 39·42%. Ezen lázak azonban csak ephemer jellegűek voltak, csak nehány esetben tették szükségessé a burkoknak a gyermekágyban való eltávolítását és tartós zavarra, általános, vagy helybeli infectióra soha sem adtak alkalmat.

Burokkihozatalt vérzés miatt 10 esetben végeztünk szülés után. 8 esetben (= 80%) láztalan és 2 esetben (= 20%) lázas volt a gyermekágy.

Gátsérüléseinket még mindig silkwormguttel egyesítjük. A 2 év anyaga 185 eset. Ebből 141 (= 76·22%) láztalan és 44 (= 23·78%) lázas gyermekágyon ment keresztül. Hogy a lázak legnagyobb része csekély jelentőségű volt, azt bizonyítja a következő összeállítás: teljesen egyesült: 149 = 80·54%, felszinesen szétvált: 34 = 18·38% és teljesen szétvált: 2 = 1·08%. Minden esetre jó eredmény, tekintetbe véve, hogy a gátvarrásokat csaknem kivétel nélkül kezdők végezik.

Episiotomiát 13-szor csináltunk. 11 esetben (= 84·62%) láztalan, 2-szer (= 15·38) lázas volt a gyermekágy. Teljesen egyesült 11 = 84·62%, felszinesen szétvált: 2 = 15·38%. Episiotomiáink mind egyoldalúak voltak.

Az itt fölsorolt adatok is azt bizonyítják, a mit eddigi kimutatásainkban is hangoztattunk, hogy puerperalis megbetegedéseink általában könnyebb jellegűek, a szüléssel össze-

függő kisebb sérülések, zúzódások, vagy peterészek visszamaradásai által okozvák. Ezért több a lázas a primiparák között, a rendellenes szülések után és burkok visszamaradásakor.

***

A született *magzatok* száma: 1989.
Élve született: 1829, halva sz.: 93, maceráltan: 67.
Érett: 1539, kora: 370, éretlen: 80.
Fiú: 983, leány: 983, ? nemű: 23.
Törvényes: 430, törvénytelen: 1559.
Fekvésre nézve:
I. kf.: 1180; II. kf.: 578; ? kf.: 32.
I. fejtetőf.: 7; II. fejtetőf.: 9. I. arczf.: 5.
II. arczf.: 5. *Összesen fejfekvés: 1815.*
I. egysz. farf.: 26; II. e. ff.: 12, I. tök. kett. ff.: 15;
II. t. k. ff. 7; I. tökéletl. kett. ff.: 5; II. tkletl. k. ff. 1;
I. tök. lábf.: 9; II. tök. lf.: 4; I. tökéletl. lf.: 11;
II. tkltl. lf.: 8; ? farf.: 4. *Összesen medenczevégű fekvés: 102.*

Harántfekvés: 24. (Evolutio spontanea: 1, partus conduplicato corpore: 1.) *? Fekvés: 48.*

Rendellenességek: Abortus: 29; utczai szülés: 8; iker: 16, eklampsia: 5; atoniás vérzés: 10; placenta praevia: 6; asphyxia: 31; köldökzsinór előesése: 15; hydrocephalus: 2; hydramnios: 3; mola hydat.: 1; centralis gátrepedés: 1.

Operatiók: Gátvarrás: 185; episiotomia: 13; abortus befejezése: 19; expressio foetus: 22; extractio kézzel: 55; fogó-műtét: 16; Ritgen: 4; lábrafordítás: 18; fejrefordítás: 2; perforatio: 7; decapitatio: 4; placenta leválasztása rendes szülés után: 5; sectio caesarea: 4; Dührssen-féle tamponade: 1; amputatio supravag. post rupt. uteri: 1; mest. koraszülés: 4; mest. abortus: 1.

***

Klinikánk működésében és irányában a tárgyalás alatt levő két esztendőben lényeges változás nem történt: igy tehát a rendellenességekkel szemben folytatott eljárásainkat és operatióink menetét illetőleg utalunk előző kimutatásainkra, — e helyütt csak arra szorítkozunk, hogy érdekesebb eseteinket röviden ismertessük.

***

Szembeszökő tény jelen kimutatásunkban az *eklampsiások* nagy halálozása. A mig 1893 és 1894-ben 4 eklampsiás közül egyet veszitettünk el, 1895 és 1896-ban 5 közül 3-at (= 60%). Ezen körülmény is azt bizonyitja, hogy az eklampsiával szemben követett eljárásaink elbirálására mily kevéssé értékesithető a statistika. Az esetek súlyossága szerint lényegesen módosulnak eredményeink. Évek hosszú sora óta eklampsiával szemben vezérelvünk az exspectatio. Minden roham után 1 morphium-injectiót adunk 1%-os oldatból, s roham után 15–20 perczig felületes chloroform-narcosist alkalmazunk. Csak akkor operálunk, ha könnyű műtétre van kilátásunk. És azonos kezelés daczára 2 évről 2 évre 25%-ról 60%-ra ugrott föl a halálozásunk. A 3 halálesetet föntebb már részletesen ismertettük. E helyütt csak a belőlük levonható tanuságra hivatkozunk, arra t. i., hogy az újabban ismét hangoztatott irány, miszerint eklampsiánál minél előbb be kell fejezni a szülést — téves. A véletlen úgy hozta magával, hogy 2 esetünkben a súlyos rohamok kapcsán fejlődő tüdőoedema miatt be kellett fejeznünk a szülést: egyik esetben egy ujjnyi méhszáj mellett Dührssen-féle bemetszésekkel, a másik esetben hasonló körülmények között 2 ujjnyi méhszájon át kellett perforálnunk. Az első betegnél műtét után $^1/_2$ órával a komatosus állapotot a halál váltotta föl, a másik a műtét okozta sérülések és zúzódások helyéből kiinduló septicus processus következtében halt el a gyermekágy IX. napján. És hogy a szülés befejezése nem jelenti az eklampsia végét, arról tanuskodik harmadik halálesetünk, hol spontan befejeződött a szülés, de utána még 5 eklampsiás rohama volt, és pneumonia ölte meg a gyermekágy VII. napján. Ezen esetek alapján még inkább ragaszkodunk eddigi fölfogásunkhoz, *hogy eklampsiánál várakozó eljárást kövessünk, tüneti kezelést folytassunk, és csak akkor operáljunk, ha a műtét föltételei ki vannak fejezve!*

***

Magasfogót két esetben alkalmaztunk: 1. *G. Anna,* 31 éves, IV. P. 1896. jan. 5. d. e. 8 ó. jelentkezett a klinikán, I. P.: abortus; II. P. „orvosi segélylyel" élő gyermek; III. P. spontan, élő gyermek.

Most I. kf.; medenczeméretek: 25, 27·5, 19·5.

Jan. 5. d. u. 1 órakor 3 ujjnyi méhszájnál megreped a burok. Jan. 6. d. e. 10 ó. 45 p. méhszáj eltünőfélben; u. a. napon d. u. 4 ó. már teljesen eltünt. D. e. 11 ó. fej a bemenetre fekszik s igy marad este 10-ig. Varratok nem tapinthatók a nagy fejdaganaton keresztül, de úgy látszik, mintha a fej hátsó falcsontfekvéssel igazodott volna be. Hőmérsék 37·5°, szivhangok jók, de a méh alsó szakasza elvékonyodott s a jobb lig. ut. rot. húrszerűen feszül. Craniotomia előtt fogókisérlet a Breuss-féle fogóval. Első izben lecsúszik, másodizben magasra tolva a kanalakat, szilárdan fogjuk a fejet, s 4—5 erős húzással a bemeneten keresztülhúzzuk s a Breuss-féle fogóval a balra hátra tekintő kis kutacskát a haránttátmérő végpontja elé forgatva, a fogót levesszük. A fej további kifejtése Ritgen szerint. A magzat 53 cm., 4050 gr, livid asphyxiában született, bőringerekre légzik, — de másnap d. u. 7 ó. meghal. A sectio a halál okát a fogó hatására vezette vissza, mert az occiput pars condyloideája elvált a pars squammosától; kimutatható volt azonkivül a cerebellum contusiója, intermeningealis vérzés, épügy az oldalsó- és a IV. agygyomrocs üregében; ecchymosisok a pleurán, pericardiumon stb.

2. *K. Róza,* 29, éves, II. P., a ki 7 év előtt spontan szült élő gyermeket, 1896. nov. 1. d. e. 6 ó. 45 p. vétetett föl. I. kf. Medenczeméretei: 22, 26, 17. C. d. 10·2. D. e. 10 ó. 30 p. négy ujjnyi méhszájnál megreped a burok. D. u. 5 ó. méhszáj még mindig csak 4 ujjnyi; fej a bemenetbe ékelődött, a méhszáj ajkai incarcerálva. Nyilvarrat a bal ferdében, közelebb a symphysishez; baloldalon a mélyebben fekvő kis kutacska, — a nagy kutacska el sem érhető. Jobb csipőkeresztvájulatban kitapintható a bal fül. Hátsó falcsontfekvés. A méh alsó szakasza elvékonyodott, mindkét gömbölyű szalag húrszerűen feszül még a fájdalomszünetben is. Hőmérsék 38°, pulsus: 88. Ruptura uteri fenyegető tünetei miatt d. u. 6 ó. narcosisban fogókisérlet. A Breuss-fogót a medencze haránt átmérőjére alkalmazva, a jól rögzített fejet 3 erős tractióval áthúzzuk a medenczebemeneten s kis kutacskájával forgatjuk a symphysis felé; ekkor a fogót levéve, expressióval születtetjük meg a Busch-féle III. állásban lévő fejet. A magzat azonnal sir. Hossza 50 cm, súlya 3700 gr.

Vérzés. Oka a méhszáj jobb szélétől a hüvelyboltozatba terjedő repedés, a mit 4 csomós catgut-varrattal egyesitünk. A gyermekágyban apróbb lázak; fölkelés a 14. napon.

Tehát mindkét magasfogó-műtétünk rendes, vagy a rendeshez közelálló medenczénél, a magzat hibás beigazodása okozta (hátsó falcsontfekvés) téraránytalanság miatt végeztetett. Egy esetben sikerült a magzat életének megmentése. De ezt is haladásnak kell tartanunk, tekintetbe véve, hogy e nélkül csakis a craniotomia, tehát mindkét magzat életének kioltása jöhetett volna csak szóba. Az elhalt magzat bonczlelete pedig arról győz meg, hogy a magasfogótól csakis ott várhatunk eredményt, a hol kisebbfokú a szűkület, mert különben a magzat fejének roncsolása lép előtérbe. *A magasfogó is csak a szülőfájásokat pótolja, csak abban különbözik a rendes szülő fogótól, hogy mélyebben alkalmazható a szülőcsatornába: tehát reá is állanak az általános szabályok s igy téraránytalanság kiegyenlítésére nem használható.*

***

Kraniotomiáink közül igen érdekes a következő eset:

H. Jakabnét, 33 éves, IV. P.-t 1896. decz. 24. d. e. 8 ó. 30 p.-kor hozták be a vidékről (1 órai kocsiút). Előző szülései rendes lefolyásúak voltak. Medenczeméretei: 24, 27·5, 18·5. Szülőnő feltünő halaványy, arczine fakó, hőmérséke 37°, pulsusa 142. Előadja, hogy magzatvize decz. 21. d. u. 5 ó. folyt el. Decz. 23. több izben sikertelen fogókisérlet történt. Fölvételkor: Köldök magasságában áll a contractionalis gyürű, a jobb lig. ut. rot. állandóan feszül; az igen kinyult fej egy része a m. bemenete alatt, erősen egymás alá tolt koponyacsontokkal. A hüvely alsó harmadában jobboldalt tallérnyi, baloldalt krajczárnyi kerek, élesszélü seb.

Kraniotomiát végezünk, könnyü extractio. Physometra. Öblögetés 8 liter steril vízzel, miközben kiderül, hogy a cervix mindkét oldalon a boltozatig berepedt, de ezenkivül elül is van a contractionalis gyürü magasságában egy ujjat befogadó nyilás. Konyhasós infusio 2 literrel, mire a már eltünt pulsus tapinthatóvá lesz. Melegítés, konyak. Első 4 nap: hőmérséke 38·2—38·8, pulsusa 120 körül. Vizelete zavaros, miért is hólyagöblítéseket végezünk. Ötödik nap délután 39·4—124, feltünik, hogy a hólyagöblítés vize a hüvelyen át folyik ki: fistula ves. vag. Egyúttal decubitus a kereszttájon. Az ötödik naptól a tizennegyedikig a hőmérsék d. e. 38·0—38·8, d. u. 39·0—39·8, a pulsus 100—126 között. Rendszeres hüvely- és hólyagöblítések. Igen kifejezett kolpitis diphtheritica; öblítésnél tenyérnyi nekrotikus darabok ürülnek A szülés előtt észlelt hüvelysebek mély, tömött szélü üreggé alakultak át. A vizelet folyton csurog, de fokozatosan tisztul. Rendkivül súlyos képet nyujt a decubitus, mely a tizennegyedik napon a keresztcsont felöli szélétől genyes folyást produkál. A tizenötödik naptól a hőmérsék alább száll: egy héten át délutánonkint még subfebrilis, azontúl láztalan, csak koronkint mutatkozik 38—38·1° hőmérsék. Huszadik napon: a hüvelyboltozat tele van levált, elmálló, hártyás czafatokkal, melyek csak a portio körül tapadnak, s könnyen kihúzhatók, urátokkal incrustáltak, büzösek. A jobboldali hüvelysebből borsónyi nyiláson át a méhszonda a medenczén kivül halad s a tompor táján emeli ki a bőrt. Abscessus; incisio: ellennyilás a tomporon, mely egy le- és egy hátrafelé haladó 2 ágú üregbe visz. Drainage gazzal. Az üreg a vagina felől jól átvizsgálható. Ezentúl láztalan. A huszonhetedik naptól necrotikus czafatok már nem ürülnek.

Február 13. a necrotikus folyamat teljesen megszünt s a decubitus is tisztán sarjadzik. Febr. 22.: vagina szük, falai kissé feszesek, de egyenletesek, simák, fornix felé kúpszerüen szükül. Portio elsimult. Méhszáj ujjhegynyi, méhtest rendes nagyságú, antevertált mozgatható. Parametriumok a fornix és a hasfalak feszessége miatt tisztán át nem tapinthatók. Febr. 25: az incisióból és a vaginából nem ürül már geny, csak vizeletszerü folyás. Márczius 13. a boltozat zúgában kis nyilás, melyen át a sebészi szonda 10—12 cm.-re halad bal- és fölfelé; ezen szonda nem érinti a hólyagba vitt kőkutatót: *fistula uretherica l. s.* Márcz. 15-én, 3 hónapos betegség után gyógyultan hagyta el a klinikát.

Esetünkben érdekes, hogy a sok, avatatlan kézzel végzett manipulatio (fogókisérletek) okozta súlyos infectiósus betegségből, mely csaknem az egész medencze kötőszövetének genyes széteséséhez vezetett, minden desinficiens alkalmazása nélkül, tisztántartással és steril vizes öblögetésekkel sikerült teljes gyógyulást elérnünk. Sőt közelfekvő azon föltevésünk, hogy talán épen ezen indifferens, tisztán mechanikus eljárásunknak köszönhető, hogy a gyógyulás teljesen sima, normalis hüvelyfalakat eredményezett, minden heges szükület nélkül.

Érdekes esetünkben még az, hogy a szülés okozta trauma hólyag- és urether-fistulát okozott, de az előbbi a gyermekágyi processus kapcsán teljesen elzáródott. Az urether-fistula a különben indolens természetű parasztasszonynak kellemetlen nem volt s igy sebészi kezelést nem tett szükségessé.

***

Sectio caesarea-t négy izben végeztünk. Eseteink a következők:

I. T. Amália, 22 éves, I. P. 1895. márczius 7. vétetett föl. 112½ cm. magas, 36 kilogramm. Utolsó tisztulása julius végén volt. Igen későn kezdett járni, gyermekkorában folyton betegeskedett; 14 testvére közül öt él és egészséges, de mind rachitis jeleit mutatja. Stat. praes. Homlok szögletes. A felkar- és czombcsontok igen rövidek, vaskosak, kissé görbültek. A térdek érintkeznek, de az alszárak kifelé domborodnak. Clavicula erősebben görbült. Sternum rendes hajlású. A nyaki csigolyák lefutása rendes, de a tövisek erősebben kiemelkedők. A háti csigolyákon igen erős *lordosis*, miáltal a hát közepén egy öklöt befogadó üreg támadt, melynek legmélyebb pontja kbl. a 7. háti csigolya táján van s e pontnak a sternumtól való távolsága 11 cm. Körülbelül a 10. háti csigolyától a gerinczoszlop ismét erősen kiemelkedik és a *kyphosis*-nak legkiemelkedőbb pontja a 3. lumbalis csigolya. Az utolsó borda 1 ujjnyira közeliti meg a crista ileit. A keresztcsont állása már meglehetősen normalis, csak a farcsikcsont mutat erős kampószerű görbülést. A farpofák fedik a végbélnyilást.

Sp. Il.: 25·5, Cr. Il.: 27, Diam. intertroch.: 29·5, C. e.: 16·0, a *kimenet haránt átmérője: 6·5*. C. d.: 9. Symphysis rendes állású, 5 cm. magas, a linea terminalis csaknem egyenes lefutású, igen könnyen végig tapintható.

Magzat feje a bemenet fölött mozgatható, I. kf. Tehát kifejezett kyphotikus medenczével volt dolgunk s *a sectio caesareára absolut indicatio* volt.

A műtétet május 4. végeztük d. u. 1 órakor, mivel a délelőtt folyamán a rendes szülőtevékenység kezdetét vette. Ligatura nélkül in situ metszük át a méhet, és a placentát találjuk; leválasztása után fejénél extraháljuk a magzatot. Utána a méh kifejezett contractio nélkül jól retrahálódik, de mivel ennek daczára állandó a vérzés, az uterinák digitalis compressiója mellett végezzük a méh összevarrását, az egész méhfalon át vezetett csomós selyemvarratokkal. Konyhasós infusio. A magzat 41·5 cm., 2420 gr., ma is él. Az anya gyógyulása teljesen zavartalanul folyt le.

II. *T. Ferenczné* G. Kati, 33 éves nőt 1894. okt. 28. vettük fel először a klinikára azzal a panaszszal, hogy terhesnek érzi magát (első izben) de két hét óta mindent kihány, alhasi és deréktáji fájdalmai vannak. A hasban két tumort találtunk: az egyik jobb oldalon emelkedik ki a medenczéből s eléri a crista magasságát, bal széle két ujjnyira haladja túl a linea albát, másfél gyermekfejnyi, kőkemény, sima felszinü, alig mozgatható. Ettől balra, a köldököt 1½ ujjal meghaladó, emberfőnyi elastikus tumor foglal helyet, melynek legalsó pontján, a hüvely felől alig elérhető magasságban a méhszáj érezhető. Per rectum: a tumor balfelé jól elhatároltnak látszik, összefüggés közte és a méhnyak között ki nem deríthető, de hátulsó és jobb széle erősen a medencze falához szorul, úgy hogy ujjat közbe vezetni nem sikerül, sőt a tumortól kötegek követhetők a jobb old. lig. tubero- és spinoso-sacraliákhoz. Ez alapon diagnosisunk: *Gravida mens. V. Osteochondroma lig. spin. et tub. sacralium.*

Nov. 30. megérezte a magzatmozgásokat. Deczember hónaptól állandóan a klinikán tartjuk s csaknem folytonosan fekszik heves fájdalmai miatt, melyek főszékhelye a has, de a derékba és czombokba is kisugároznak. 1895. január havától állapota némi javulásnak indul.

Április 29. szülőfájásokat kap és *absolut indicatio alapján végezzük a sectio caesareat.* Az előbbi kórtörténetben vázolt módon könnyen végezhető a műtét. A magzat él, 49 cm., 3250 gr. Midőn a kiürített méhet a hasfalak elé húzzuk, kiderül, hogy a belső méhszáj magasságában jobboldalt és hátul egy gyermekfejnyi fibroma ül, mely intraligamentosus, csaknem retroperitonealis fekvésü és az adhaesiók nagy tömegével van a medencze falához rögzitve. Tompa leválasztása az adhaesióknak s igy nagy nehezen a hasfal elé hozzuk egy részét s gummi ligaturát alkalmazva a tumor alá a méhnyakra, a méhvel együtt amputáljuk. A csonkot extraperitonealiter elhelyezve, kiszegjük a hasseb alsó zugába. Has-

varrat, kötés. D. u. a kötés átázott s fölbontatván, a csonkon parenchymás vérzést találunk s Paquelinezzük.

Hat napon át láztalan. Hetedik nap d. u. 38·4 s azontúl esténkint kisebb hőemelkedések. Kilenczedik naptól kurtitjuk a csonkot. Május 11. d. e. 39·2, d. u. 3 ó. rázó hideg után 40·8°, 144 pulsus. Május 12. d. e. 37·3°, d. u. újból rázó hideg, 40·3°, nyugtalan, sokat hány; május 13. d. e. 37·2, d. u. rázó hideggel 41·6°—160 p.; május 14. egész nap láztalan. A csonkot a lándzsa fölött eltávolitjuk.

Igy válságos helyzete eltartott naponta egy rázó hideggel május 18-ig, midőn a csonk teljes eltávolitása s a ligatura kihúzása után megkaptuk a magyarázatot, mert a mélyből három evőkanálnyi bélsárral kevert geny ürült. Ezután a hüvelyen át távozik a folyadék egy része irrigatio közben. *Tehát a ligatura, melyet igen mélyen kellett alkalmaznunk, egy odaszorult bélkacsot usurált s azonkivül a hüvelyboltozatot is átvágta.* Ezentúl láztalan. Néha hányingerei vannak. A bélsár a hasseben át ürül, de mindinkább kevesebb s az üreg is szükülésnek indul. Már-már azt hittük, hogy a fistula spontan elzáródik, midőn junius vége felé újból apró, 38—38·7° hőemelkedések mutatkoznak. Julius 17. hasa újból fájni kezd, majd láztalan állapot mellett sok hányás lép föl, mi ellen gyomormosást alkalmazunk.

Julius 19. állapota súlyosbodik s a belső bélelzáródás tünetei fenyegető módon lépnek föl. Abban a hitben, hogy az elzáródás közvetetlenül a végbélhüvely-fistula fölött van, directe anus praeternaturalis képzésére határozzuk el magunkat s párirányosan metszünk be a balold. lig. Poupartiival. Az ejtett hasseben át igen puffadt vékonybelek nyomulnak elő s szenyes zavaros savó ömlik a has üregéből. A vastagbelet fölkeresve, azt teljesen összeesettnek találjuk. Az elzáródás tehát magasabban lévén, kénytelenek voltunk a sebet a régi hasseb mentén szeglet irányában meghosszabbitani s a beleket kipakkolni. Az elzáródás helyét közel a coecumhoz találtuk meg: egy vékonybélkacs szorosan a hasfalhoz volt nőve s itt szögbetört s szárai között átcsúszott s periton. adhaesiokkal constringálva lett egy másik vékonybélkacs. Az adhaesiókat szétválasztva, átjárhatóvá lesznek a belek s visszasülyesztve őket, zárjuk a hassebet. A pulsus, mely már műtét alatt sem volt tapintható, minden infusio és aetherezés daczára nem tért vissza s este 8 ó. beteg meghalt.

Ezen viszontagságos esetünk, bár halállal végződött, a sectio caesareák statistikáját nem rontja: mert a műtétet három hónappal követő lethalis kimenet azoknak a nyomorúságoknak a lánczolatából eredt, melyek oly sokszor fűződtek a fibromák extraperitonealis csonk kezeléséhez s ez okból a haláleset nőgyógyászati statistikánkat, nevezetesen a myomotomiáét fogja terhelni.

III. Esetünk: *Sz. Mária*, 29 éves, I. P. Fölvétetett 1896. április 20. Utolsó menses: 1895. nov. 28., — decz. 2. Öt nappal fölvétele előtt érezte meg a magzatmozgásokat.

A 113 cm. magas nőnél a felső háti csigolyák erős lordosist mutattak. Az alsó háti csigolyák a lumbalis gerinczoszloppal erős kyphosist alkottak, melynek legkiemelkedőbb pontja kbl. a 2. lumbalis csigolya volt. A keresztcsont felső része kissé hátrafelé dőlt, a farcsikcsont horogképűen görbült. A testen rachitis tünetei, több helyütt hegek a bőrön, Sp. Il. 24·5, Cr. Il. 26, C. e. 15·5, Sp. post. 10. Conj. diag. 13 cm.; a linea terminalis mindkét oldalon csaknem egyenes lefutású, könnyen végig tapintható. A szükület legkifejezettebb a medencze kimenetében. A két tuber ischii közé két ujj alig fektethető be, távolságuk 5·5 cm.

Ily szükület mellett már veszélyesnek látszott a mest. koraszülés megindítása is s elhatároztuk, hogy megvárjuk a terhesség végét s akkor végezzük az absolute javalt császármetszést.

Ennek időpontja 1896. szeptember 7. következett be, midőn este 11 órakor 1 ujjnyi méhszáj mellett végeztük a műtétet.

A műtét typice folyt le. Utána a bal ovariumot 2 összekapaszkodó fonállal lekötjük s levágjuk; de az igen rövid csonk kicsúszik a kötésből és kényszerítve voltunk 3, részben a méh falán átvezetett körülöltéssel csillapitani a vérzést. Mivel pedig a jobb ovariumot is igen rövid kocsán kötötte a méhhez, megelégszünk azzal, hogy a jobb tubát szorosan lekötjük egy selyemfonállal.

Műtét után teljesen láztalan reconvalescentia s okt. 6. gyógyultan távozik a beteg klinikánkról. Hónapok mulva szivbaja miatt fölkereste beteg a II. belgyógyászati klinikát, a hol rövid idő mulva szívhűdés ölte meg. A sectio kapcsán sikerült klinikánk gyüjteménye számára megszerezni a rendkivül érdekes kyphotikus csontvázat.

A boncz lelet adataiból a legtanulságosabb az volt, hogy a *műtétnél lekötött bal tuba lumene teljesen átjárható volt újból.* Tehát a tuba lekötése nem egyenértékű a castratióval; úgy látszik a lekötő fonal csekély utólagos meglazulása elegendő, hogy a lekötés helyén kevés nedvkeringés megakadályozza a lekötött rész sorvadását s elhegesedését; s utóbb a fonal felszivódása után a régi állapot következhetik be.

IV. *K. Eszter*, 24 éves nőt 1896. nov. 4. vettük fel. II. P. Először 3 év előtt szült perforatio útján. 147 cm. magas; Sp. Il. 23·5, Cr. Il. 27 0, C. e. 18, c. d. 8·9, c. v. = 7·3? II. kf. méhszáj bőven ujjnyi. Nov. 5. alig vannak fájásai. Nov. 6. d. u. 6 ó. méhszáj $1\frac{1}{2}$ ujjnyi, fej magasan a bemenet fölött.

Nov. 7. d. e. 6 ó. 20 p. *eklampsia*, utána 1 cgr. morph. s mélyebb narkosisban vizsgálat: méhszáj 3 ujjnyi, fej a bemenetről könnyen leemelhető, gyermekökölnyi fejdaganat. Hólyag üres. Nov. 7. d. e. 8 ó. 2. eklampsiás roham. A kevés csapolt vizelet fehérje tartalma: 2·4‰.

II. fokú medenczeszükülettel és eklampsiával levén dolgunk, mivel a magzat élt, lábrafordítást kisértünk meg. Ezt azonban meghiusítja azon körülmény, hogy a különben is szűkült medenczében a jobb synch. sacro-iliaca táján, a linea terminalis magasságában egy kbl. 1 cm.-re a medence lumenébe beugró tövis foglal helyet, mely a kéz bevezetését lehetetlenné teszi. Mindeme viszonyok a medencze szükületi fokát jelentékenyen emelik s a perforatio absolut indicatiója forog fönn. Tekintve azonban azt a körülményt, hogy a III. fokú szükület mellett, különösen eklampsiás nőnél a perforatio 3 ujjnyi méhszájon át nem enyhébb beavatkozás a sectio caesareanál, az utóbbira, mint a magzat életét is respectáló műtétre határoztuk magunkat. A műtét typice folyt le, a magzat (50·5 cm., 3150 gr.) algid asphyxiában született, de 32 Schultze-lóbálásra föléledt, s ma is él és igen jól fejlődik. Ezen műtétnél is lekötöttük mindkét tubát, nem ismervén még a III. esetünk sectio-leletét. A műtétet zavartalan gyógyulás követte, csak vesebaja javult lassan. Még 1897. január havában is 1—2‰ volt a fehérnye a vizeletben, ezért a II. belgyógyászati klinikára tettük át, a hol teljesen meggyógyult.

Tehát 4 sectio caesareánk közül 3 absolut, 1 relativ indicatio alapján lett végezve. A 3 absolut indicatióra esik 2 kyphotikus és 1 tumoros medencze. Minden esetünk gyógyult.

***

Mesterséges abortust egy esetben inditottunk meg, nephritis miatt. Az eset a következő:

P. Jánosné, V. Gravida 1895. szept. 30. vétetett fel a klinikára. Eddigi szülései rendes lefolyásúak voltak, a II. gyermekágyban 8 hétig feküdt. Jelenleg a terhesség hatodik havában van; erős bőrvizenyő különösen a bokákon, alkaron, a szempillákon és a nagy szeméremajkakon. Vizeletben bőven fehérnye.

Október hónapban naponkint alkalmaztunk forró fürdőket (32—34° R.) s utána begöngyöléseket és tejkúrára fogtuk a beteget, de minden eredmény nélkül, sőt a hónap vége felé kinzó fejfájások, hányingerek léptek fel, s a nagy szeméremajkak vizenyője még fokozottabb mérvben mutatkozott. E miatt nov. 3. a terhesség megszakitására határoztuk el magunkat s bougiet vezettünk a méhbe. A fájások eleinte renyhék voltak; 2. nap egy köhögési roham alkalmával a bougie kicsúszott s

újat kellett alkalmaznunk, mire nov. 4. megszületett az élő — éretlen (38 cm. 850 gr.) magzat.

Október hónapban 5—7‰ között ingadozott a vizelet fehérjetartalma. A gyermekágy zavartalanul folyt le, de mivel a fehérje mennyisége még állandóan 4—6‰ között maradt, további gyógykezelés czéljából áttettük a II. belgyógyászati klinikára, a hol teljesen meggyógyult.

Esetünk annyiban érdekes, hogy a míg rendes körülmények között a vesebaj gyógyítása czéljából megindított eljárások a szülést is elő szokták idézni, itt egy hónapon át rendszeresen alkalmazott forró fürdők és bepakkolások a petét nem bántották, s a betegség súlyosbodása miatt külön kellett megindítanunk a terhesség megszakitását czélzó eljárásokat.

A mesterséges koraszülés megindítására négy izben volt alkalmunk:

I. *V. Imréné*, ugyanaz, a kinél már másodfokú medenczeszükület miatt 1893. és 1894-ben megindítottuk a koraszülést, a mint erről előző két kimutatásomban volt alkalmam referálni. 1895. julius 15. ismét ebből a czélból vettük föl. Számítás szerint a terhesség 32—33. hetében lehetett. 16-dikán alkalmazzuk a bougiet. 4 óra mulva lép föl az első fájás, de igen renyhén. 27-dikén még egy bougiet vezetünk be, egy nappal később, 18-dikán d. e. 10 órakor 3 ujjnyi méhszáj mellett könnyű forditás (fejről lábra) bimanualis fogásokkal és extractio. A magzat 42 cm., súlya 1620 gr., él, de még aznap d. u. 2 ó. 30 p. meghal. A gyermekágy zavartalan.

II. *Sch. Györgynét* 1895. decz. 17. vettük föl. VII. Gr: Első izben ikerszülés, spontán, magzatok elhaltak. 2. P. spontán ma is élő fiú. A III—VI. szülésnél minden magzat szülés közben elhalt, állitólag farfekvés következtében. Medenczeméretei: Sp. Il.: 23·5, Cr. Il., 27·5, C. e. 17·5, Conj. diag. 10·8, C. v. 9.? Fel kellett vennünk, hogy a 4 utolsó szülés szerencsétlen lefolyását a relativ téraránytalanság okozta, ezért a terhesség 35. hetében, decz. 23. bougie bevezetésével megindítottuk a szülést. Két órával később az első fájás mutatkozott s ettől számítva 28 óra mulva elülfekvő pulzáló zsinór miatt eltünt méhszáj mellett megrepesztjük a burkot s extraháljuk az élő, 45 cm., 2420 gr. leánymagzatot. A gyermekágyas kilenczedik napon jól fejlődő magzattal hagyta el a klinikát.

III. *F. Sománé* 1896. április 21. jelentkezett. Először terhes. 132 cm. magas, coxalgiás medenczével. Medenczeméretek: Sp. Il. 22, Cr. Il. 21. Trochanterek: 27, C. e. 15, C. diag. 10. Promontorium igen magas. C. verát 8-ra becsüljük.

A II. fokú szükület miatt április 21. indítjuk meg a szülést (utolsó menses 1895. aug. 24—28.) bougie bevezetésével. Két óra mulva az első fájás; ápr. 22. renyhe, félóránkint ismétlődő fájások; április 23. méhszáj átbocsátja az ujjat, s igy a pete alsó polusát leválasztjuk; április 24. az előző napon végzett manipulatio után jelentkező fájások ismét renyhébbek lesznek s ezért még egy bougiet vezetünk be, mire a fájások újból erősbödnek; ápr. 25. d. e. 9 ó. méhszáj két ujjnyi, mire nagy terjedelemben leválasztjuk a petét; fej még magasan: Öt perczczel később megreped a burok, a fej beilleszkedik, jó fájások mutatkoznak, d. u. 4 ó. 30 p. méhszáj eltünő félben van s este 10 ó. megszületik a 45 cm., 2400 gr. élő fiúmagzat.

A gyermekágy negyedik napján a hőmérsék egyszer felemelkedett 38·6°-ra, de különben zavartalanul folyt le és tizedik napon anya és gyermek egészségesen hagyta el a klinikát.

A IV. esetben ismét coxalgiás medencze adta az indicatiót. *Sz. Istvánné* 1896. márcz. 9 vettük fel, II. terhessége 5. havában. I. terhessége is a klinikán folyt le; kora magzatot szült, mely megszületése után néhány perczczel meghalt. A jobb láb rövidülése 2·6 cm.; medenczéje a bal ferde irányában van eltólva. A szülést május 18. indítjuk meg bougieval. Egy óra mulva első fájás; fájások eleinte jók, de d. u. 8-tól másnap (május 19.) d. u. 3-ig renyhék; május 19. d. u. 11 ó. méhszáj eltünt s megreped a burok; 40 percz mulva megszületik a 43·5 cm., 1950 gr. fiúmagzat, a ki 6 óra mulva meghal. A gyermekágy láztalan.

A mesterséges koraszülés megindítására tehát mindig bougiet használtunk. Eseteink részletes ismertetése egyúttal annak bizonyítására is felhasználható, hogy mily nagy fontosságú az aseptikus eljárásoknak pontos keresztülvitele. Mert a bougie bevezetése még nem jelenti a szülés gyors bekövetkezését. Napok telhetnek bele, a míg a méh kiürül. A fájások erősbítésére mindig elégségesnek bizonyult a pete hozzáférhető részének leválasztása s esetleg még egy bougie bevezetése, mely más oldalról választja le a petét a méh faláról. A bougie bevitele előtt hallgatózás által iparkodtunk meghatározni a placenta tapadásának helyét, nehogy abba az irányba végezzük a bevezetést.

Hogy a szülés mesterséges megindításával csakis 50%-ban értünk czélt, mert két magzat, bár élve született, de pár óra mulva elhalt, ennek okát abban a tényben találhatjuk meg, hogy szülészeti ismereteinknek leggyöngébb oldala, a terhesség időszámitása s igy annak az időpontnak megállapitása, a midőn beavatkozzunk. A rendelkezésünkre álló menstruationalis és egyéb adatok rendesen nem eléggé megbizhatók s a magzat nagyságának megitélése a hasfalakon és a méhen keresztül olyan bizonytalan, individualis valami, a mi mindig alkalmat fog adni a tévedésekre.

II. Női betegségek.

Klinikánk nőbeteg-osztályán az 1895. és 1896. években 339 beteget ápoltunk. És pedig:

Fejlődési hiba	1	eset
Méh és hüvely helyzetváltozása	27	„
Lobos bántalom	83	„
Ektopikus terhesség	10	„
Méhdaganat	119	„
Petefészekdaganat	62	„
Hólyag- és húgycsőbaj	8	„
Különfélék	29	„
Összesen	339	eset.

A) Fejlődési hibák.

E fejezetbe egy esetünk tartozik, de ritkasága és érdekessége szükségessé teszi a részletes ismertetést.

G. Józsefné (1896. 35. sz.) márcz. 24-én vétetett föl.

24 éves. Első tisztulását 16 éves korában kapta meg, mely azóta 4 hetenkint jelentkezett, 2—3 napig tartott. Négyszer szült. I. P. 5 év előtt halott, II. P.?, III. P. 1½ év előtt abortus a 2. hónapban, IV. P. egy év előtt, halott magzattal. Szülések és gy.-ágyak rendes lefolyásúak, kivéve a IV.-et, midőn orvosa placenta-leválasztást végzett, mire négy hétig feküdt lázak miatt.

Öt év óta (tehát első szülése óta) veszi észre, hogy alhasában baloldalt daganata van, mely folyton nő; ezen idő óta fájdalmai is vannak alhasában és derekában, melyek menstruatiókor fokozódnak.

Vizsgálatkor azt találtuk, hogy a kicsiny méhtestet jobbra és előre tolja egy a medencze bal felét egészen, s a jobb medenczefélt is részben elfoglaló gyermekfőnyi elastikus tumor, melyre a portio vaginalis félholdképű redő alakjában reáfekszik. A daganat a méh supravaginalis részével függ szorosan össze, de tőle függetlenül kissé mozgatható. Ezen daganat fölött és vele szorosabb összefüggésben az alhason át egy a köldököt elérő sokgöbű tumort találunk, melynek egy ökölnyi részlete az alhast baloldalt erősen előre domboritja, kis fluctuatiót mutat s próbapunctióval belőle nyákos-kocsonyás csokoládészerű folyadékot nyerünk. Ezen vizsgálati lelet alapján baloldali intraligamentosus ovariális kystomára tettük a diagnosist, és április 9. végeztük a laparotomiát.

Hasmetszés után a tumorról lefejtettük a rá nőtt cseppleszt; az intraligamentosus jelleg fölismerése után fölhasítjuk a tumort fedő peritoneumot és a kihámozáshoz fogunk, miközben megreped a bal inguinalis tájban fekvő tumor és belőle sűrű kátrányszerű vér ömlik. A megnyilt üreget kitakarítva és átöblítve, konstatáljuk, hogy egy ujjnyi résen át kommunikál a daganat felső részletét alkotó göbbel, melyből hasonló tartalom ürül. Ezután leválasztva a peritoneumot, a tumort nehézségek árán kifejtjük a colon descendens mesenteriumából, melybe belénőtt s a flexura táján a béllel szorosan összenőtt, úgy hogy több szalagszerű képlet átmetszése vált szükségessé. Ekkor fogunk hozzá a daganat alsó részletének kihámozásához, mely mélyen lenyult a medencze kötőszövetébe és kifejtését szivós, heges környező szövete igen megnehezíti s több helyütt az olló használatára szorulunk. Végül egy rétegbe jutva, úgy hámozódik ki erős húzásra, mint a fibroma a fészkéből s ezáltal a jobboldalt fekvő méhnek bal széléről a belső méhszáj magasságában lefejlik. A méhvel krajczárnyi felületen függött össze. A tumor helyén nagy gyermekfőnyi üreg marad, melynek peritonealis széleit a hasseb alsó zugába kiszegve, az üreget jodoformgazzel kitömjük. De még ez előtt az üreg teljes elzárását akadályozó uterust a kis cystás degeneratiót mutató jobb ovariummal együtt alapján 3 összekapaszkodó varrattal lekötve, lemetszük.

Az eltávolított tumorok pontos megvizsgálása kiderítette, hogy uterus bicornis duplex-szel volt dolgunk. A jobb szarv volt székhelye az előrement terhességeknek. A bal atresiás volt és haematometra, valamint haemato-salpinx fejlődésére vezetett, s így alkotta a sokgöbű tumort.

A beteg a $1^1/_2$ órás műtét vége felé collabált s 11 óra mulva meghalt. A sectiónál az elhalálozás okát megtaláltuk az előrehaladt tüdőtuberculosisban, de igen érdekes volt a genitaliák fejlődési rendellenességén kivül azon körülmény, hogy a bal vese és vesemedencze a hozzátartozó húgyvezérrel egyetemben hiányoztak.

Esetünk a fejlődési rendellenességek legritkább alakjai közé tartozik, mely azonban a fogamzást és gestatiót nem zárja ki. Valószinű, hogy a haematometra és haematosalpinx a jobb uterus ismételt teherbe esése közben és után fejlődött, de ilyen fokban nem állott fenn, mert a partust a medenczét elfoglaló tumor lehetetlenné tette volna. Az irodalom áttekintése arról győz meg, hogy a legtöbb hasonló esetben a diagnosis téves volt (fibroma uteri-val zavartatott össze), csupán a műtét kapcsán derült ki a dolgok tényleges állása.

B. A méh helyzetváltozásai.

Klinikánk óriási ambulantiájának anyagát első sorban az idevágó esetek képezik. Tulajdonképen ezen esetek mindig a deviatio és lobos bántalmak kórképének combinatióját mutatják. A deviatio tiszta esetei, vagyis midőn a mobilis méh változtatta helyzetét, nem soká veszik igénybe működésünket: vagy egyáltalán nem okoznak kóros symptomákat, vagy pedig egy ülés alatt végezhetünk velök, előrehozhatjuk és pessariummal helybentarthatjuk őket. Igazi ténykedésünk, türelmünk kipróbálása ott kezdődik, a hol perimetritikus adhaesiók, az adnexumoknak lobos zsugorodásai mutathatók ki a helyét változtatott méh mellett. Ezen eseteknél észleljük a localis és reflectorikus zavaroknak egész sorozatát. Szilárd meggyőződésünk, hogy mindama esetekben, melyek acut lobosodás képeit nem mutatják, nem a méhnek egyszerű helyzetváltozásában van a bajok igazi oka, hanem azokban a peri- és parametrikus hegekben, melyek a peritoneumot vongálják, a medenczebeli szervek szabad mozgását megakadályozzák. Ennek megfelelően nem az a tulajdonképeni törekvésünk, hogy a méhet minden áron anteflexióba hozzuk, hanem az, hogy ezen összenövéseket, hegeket eltüntessük. Ha ezt elértük, akár a méh előrehozása is feleslegessé válna, hacsak prophylaxisból nem, nehogy újból összetapadások támadjanak.

Daczára a lázas törekvéseknek, melyek a fenti czél felé operativ úton törekedtek, tökéletesebb és egyszerűbb módszer nincsen, mint a Thure-Brandt-féle massage. Alapföltétele türelem az orvos és a beteg részéről! Néha hónapokat igényel, kivételesen szüneteket tartva, ismételve kell hozzá fordulnunk. A kivitelét ismertettem már előző kimutatásaimban; az ismétléseket elkerülve, itt csak egy körülményre mutatok reá, mely alkalmas arra, hogy az eljárás hitelét lerontsa. *A Thure-Brandt-féle massage a legpontosabb szakismereteket igényli, tehát csak az fogjon hozzá, a ki a gynaekologiában tökéletesen jártas: a viszonyokban való tökéletlen járatlanságra vall az, a mivel a gyakorlatban minduntalan találkozunk, hogy t. i. a házi orvos a massagera szoruló női betegét bábához, vagy svéd gymnastához utasítja.* Hogy a bába csak kuruzsló számba megy e téren, azt orvosnak tudnia kell, és nem lehet eléggé kárhoztatni a hatósági orvosok indolentiáját, a melylyel eltűrik, hogy a bábák országszerte gynaekologikus manipulatiókat végeznek, pessariumokat alkalmaznak stb. De nem tartom a T.-B.-féle massage végezésére hivatottaknak a svéd gymnasztákat, orthopaedeket, vagy bármi néven nevezendő masseuröket sem. Mert a T.-B.-féle massagenál nem a nyers erő, a gyúrás a fő, hanem a kezelő orvosnak a gynaekologiában teljesen járatosnak, a massage közben előforduló minden váratlan esélylyel szemben készen kell lennie. Hányszor fordul elő, hogy az első óvatos massageok után derül ki, hogy a méh közelében, vagy szorosan hozzátapadva van egy pyosalpinx, vagy általában adnextumor, mit hivatlan kéz könnyen megrepeszthet. A Thure-Brandt-féle massaget csak arra biznám, a ki a gynaekologiát operativ úton is űzi, a ki ismeri a medenczebeli szerveknek lobos, egyedül laparotomiáknál tanulmányozható képét. Hogy ezen conservativ fogásokban, s azok helyes alkalmazásában még a gynaekologusok közől is mily sokan járatlanok, annak legjobb bizonyítéka a lázas keresése újabb és újabb operativ beavatkozásoknak.

A számtalan eset közől, mely klinikánk ambulantiáját igénybe veszi, csak elvétve akad egy-kettő, kinél hosszabb-rövidebb idő alatt czélhoz ne jutnánk. *Igy 1895. és 1896-ban retrodeviatio miatt 6 beteget vettünk csak föl a klinikára.* Az egyik (1896 : 160) fölvétele után jelentkező haemoptoë miatt áttétetett a II. belgyógyászati klinikára. Kettőt (1896. 40. és 108.) massagezsal kezeltünk és teljesen czélhoz jutottunk, az előbbinél pessarium alkalmazásával, az utóbbinál a nélkül is.

Két esetünkben fordultunk az operatióhoz:

1. S. Borbála (1895. 92. sz.) 24 éves, kétszer szült, (I. P. 2 év előtt, II. P. egy év előtt) szülései és gy.-ágyai rendes lefolyásúak voltak. Utolsó szülése után 14 napra erősebb munka közben tojásnyi daganat jelentkezett a szeméremrésben. 1894. aug. 7. klinikánk ambulatoriumát kereste föl; diagnosisunk: descensus ut. retrofl. Cysto- et rectocele. Massagezsal előre hoztuk a méhet majd gyűrűt alkalmazunk, de a méh minden gyűrű fölött hátra húzódott, s igen sok zavart okozott hólyag és keresztcsti fájdalmak képében. 1895. jul. 5. munkaképtelensége miatt operatióra vettük föl. A méh curettage-a után a cystocele miatt ovalis lebenyt praeparálunk le az elülső hüvelyfalról; ezután föltoljuk a hólyagot, megnyitjuk az elülső Douglast, s a hólyagot azonnal peritoneummal fedjük. Számos laza adhaesiót szétválasztva a méh hátsó falán, s a medencze falához tapadt ovariumokat is leválasztva, előre döntjük a méhet, s 2 elsülyesztett silkwormgut-varrattal rögzitjük a paravaginalis kötőszövethez, s e fölött egyesitjük a hüvelysebet.

Beteg zavartalanul gyógyult, aug. 4. hagyta el a klinikát, s mivel azóta nem hallottunk felőle, valószinűleg jól érzi magát. Hogy ezen esetünkben miért nem vezetett czélhoz a massage, ezt az operatio kideritette; a számos adhaesio összetapasztotta a Douglas visceralis és parietalis peritoneumát. Ezen esetekben igen sokszor hatástalan a massage. A méh az összenövés daczára előre is hozható, de magával húzza a rectumot is, s ez utóbb a gyűrű fölött is hátravongálja a méhet.

2. V. Mari (1895. 9.) 28 éves nő kétszer szült. II. P. 4 év előtt. Spontan szülések, mindkét gyermekágy lázas. Fehér

folyása, alhasi és keresztcsonti fájdalmai, gyakori vizelő ingere 1894. február havában hozták ambulantiánkra. Retroflectált méhet találtunk, laza adhaesiókba ágyazva. Néhány napi massage után előre hozhattuk, de hónapokon át folytatott pessarium-kisérlet eredménytelen volt. A hüvely konikus volta miatt egyik gyűrű sem tartotta helyben a méhet, azonkivül mindegyik decubitust okozott. Mivel 1894. második felében menstruatiói igen sok kellemetlenséget okoztak, 1895. január havában curetteztük, de eredmény nélkül. Ezért április 23. a *vaginaefixatiót* végeztük rajta.

Sagittalis metszéssel nyitottuk meg az elülső hüvelyfalat, a hólyagot feltoltuk, megnyitottuk az elülső Douglast, s miután a peritoneummal befedtük a hólyagot, golyófogóval a sebbe húztuk a fundus uterit s 4 csomós silkwormgut-varrattal odatűztük a hüvelysebbe. Quoad operationem zavartalan a gyógyulás. Majd ismét föllépnek alhasi fájdalmai, menstruationalis rendetlenségei, és még 1895. okt. 30. újból kürettezzük. Nemsokára ismét jelentkeznek vizelési nehézségei, s alhasi fájdalmai munkaképtelenné teszik, s e miatt másfél hónapon át kell őt a klinikán tartanunk. A bal ovarium jó diónyi érzékeny tumorrá alakult, s fájdalmassága csak heteken át folytatott rendszeres massagera szünt meg.

Tehát 2. esetünkben daczára az operatio jó lefolyásának, kimaradt a gyógyulás, újból a massagehoz kellett fordulnunk, mert az alapbaj a lobos bántalom volt, a mit a hibás helyzet korrigálása nem javított meg. És ez a retrodeviatiók megoperálásának Achilles sarka. A mérleg egyik serpenyőjében van a teljesen bizonytalan prognosis: soha sem igérhetjük meg a jó eredményt, — s a másik serpenyőben van a műtét veszélyessége (mert megnyitja a peritoneumot), mely sehogy sem áll arányban a bajjal. Mindezek alapján a ventrofixatiót kell ma is azon kivételes esetek műtétének tekintenünk, a hol a conservativ kezeléssel nem jutunk czélhoz, de a panaszok beavatkozást igényelnek. Asepsissel ez sem lényegesen súlyosabb beavatkozás, de legalább pontosan, akár Paquélinnel égethetjük át az adhaesiókat, megtekinthetjük az adnexumokat, s azok teljes vagy partialis eltávolításával biztosithatjuk a gyógyeredményt.

Hatodik esetünk complicatiójának ritkasága által köti le figyelmünket.

V. Jánosné (1895. 51. sz.) 22 éves parasztasszony kétszer szült. Utoljára $1^1/_2$ év előtt. Szülései és gyermekágyai rendesek voltak. Utolsó tisztulása 1894. decz. 20. volt. 1895. január vége felé alhasában daganatot vett észre, mely lassan nagyobbodott; majd járása nehezebb lett; márcz. elején pár csepp vér ment el tőle. Azóta csak derék- és keresztcsonti fájdalmai vannak. Április 20. vettük föl a klinikára. A portio vaginalist a symphysis mögött, kissé jobbra találtuk: $1^1/_2$ cm. rendes consistentiájú. A supravaginalis rész közvetetlenül átmegy egy emberfőnyi, elastikus hosszúkás tumorba, mely felső határával 2 ujjnyira megközeliti a küldököt, s ily módon az alhasban kivülről is tapintható mint egy gyermekfőnyi daganat. A daganat alsó fele azonban kontyszerűen a portio mögött a medencze üregébe nyomul, ledomboritja a hátsó boltozatot, s benne apró részek tapinthatók; a tumor ki nem emelhető, a kisérlet fájdalmas. Tehát a terhesség 5. havában levő *uterus retroflectálva, partialisan incarcerálódott*, vagy más szóval a retroflectált terhes uterus azon ritka esetével volt dolgunk, a hol a fixatio nem teljesen oldódott meg, de azért az uterus le nem nőtt részei a nagy medencze felé kiemelkedve és kinyúlva helyet adtak a pete fejlődésének. A nőt megfigyelés czéljából fölvettük a klinikára. Hőmérséke estenkint subfebrilis volt. Két heti benntartózkodás után azonban elbocsáttatását követelte, s annak daczára, hogy föltártuk előtte helyzete súlyos voltát, eltávozott azzal az igérettel, hogy (közel lakván a fővároshoz) roszabbodás esetében azonnal visszajön. De nem láttuk többé. Utólag értesített orvosa, hogy a szülés alatt elhalt. A vajudás megindultakor csak bábát hivatott, orvosi segitséget csak akkor kért, a mikor már collapsusban volt. Minden valószinűség szerint ruptura uteri támadt.

2. *Descensusok, prolapsusok:* 21 eset. A 21 idevágó eset közől ötnél kisebb fokú descensust találtunk rövid idővel a szülés után fiatalabb nőknél, s mivel mindegyiknél közel a végbélig terjedő, 2 esetben arra is folytatódó gátrepedést találtunk, megelégedtünk a gát helyreállításával. Minden esetben Lawson-Tait szerint operáltunk. E műtéti móddal évek óta elért eredményeink igen jók. Csak arra kell ügyelnünk, hogy elég magasan s oldal felé is jó mélyen hatoljunk a fölfrissitéssel. Egyesítés előtt rendesen a vaginalis lebenyt megkurtítjuk Varrásra nehány elsülyesztett catgutvarratot, — de a gátra mindig silkwormgutöt használunk. Mind az öt esetünk per primam intentionem gyógyult. Typikus prolapsus-műtétre 16 esetet vettünk föl. Ezek közül 4 operatio előtt eltávozott.

Egy 55 éves nőnél szivbaj miatt narkosist nem alkalmazhattunk, de másrészről gyöngesége miatt nagyobb vérzéssel járó műtétnek sem mertük kitenni, s igy a provisorikus Freund-féle műtéthez fordultunk, 7 silkwormgut-gyűrűt alkalmazva a hüvelyfalba. Az eredmény nem volt tartós, pár hónap mulva újra előesett a méh, de legalább azt elértük, hogy ezen pár hónap alatt megerősödött s hozzáfoghattunk félév mulva narkosis nélkül a radikális prolapsus-műtéthez. Ezen eseten kivül még 10 esetben radicaliter operáltunk: minden esetben csináltunk kolporrhaphia anteriort és kolpoperineoplasticát a Simon-Hegar-féle fölfrissitéssel, és 3 esetben még amputatio colli-t is. Minden esetünk p. p. i. gyógyult, második műtétre egyszer sem volt szükségünk.

Külön kell ismertetnem egy esetünket, melyben totalis exstirpatiót végeztünk.

K. Istvánné B. Julia, 2-szer szült. I. P. 21, II. P. 17 év előtt. 9 év óta száll le a méhe, 42 éves; havi baja 1894. julius havától 1895. márcziusig nem volt. Alhasi fájdalmai vannak. 1895. márcz. 23. vétetett föl a klinikára (42. f. sz.). Márcz. 30. narkosis alatt megejtett vizsgálat lelete a következő: hüvely teljesen kifordulva, a vulva előtt $1^1/_2$ ökölnyi tumort alkot; uterus-szonda $9^1/_2$ cm.-re halad a méhtestbe, melynek fundusa még a vulva előtt tapintható. Tökéletes cystocele. A tumor nem tolható vissza a medenczébe, mert a keresztcsonttól jobbra, szorosan odanőve a medencze falához egy gyermekfőnyi, meglehetősen elastikus tumor foglalja el a méhüregét, melynek consistentiája nem egyforma. Szabad része cystikus, a medencze felé eső része merevebb. A méh fundusától a tumorig irón vastag kocsán követhető. Próbapunctio tiszta genyet ad. Diagnosisunk: Prolapsus uteri totalis, pyosalpinx adhaerens l. d. Ápr. 4. végeztük az operatiót. Először kolporrhaphia anteriornak megfelelő divergaló 2 metszést teszünk, melyeket a portio előtt nem hozunk össze, hanem végpontjaikat a tumor oldalsó és hátsó falán futó körkörös metszéssel egyesitjük. Leválasztva az elülső hüvelyfalat, föltoljuk a hólyagot, a mi nehezen sikerül a kötőszövet porczszerű merevsége miatt. Az excav. ves.-ut. megnyitása előtt lekötjük s átvágjuk a parametriumokat, megnyitjuk a Douglast, majd végül az excavatio ves.-ut. t. Most a ligamentum latumot mindkét oldalon átvágva, eltávolitjuk az uterust. A sebnyilást szétfeszitve, szemünk előtt van a kettős edényzettséget mutató, a medencze hátsó falához erősen adhaerált tumor. Tokját behasitva, megpróbáljuk a kihámozást, miközben megreped és igen büzös eves folyadék ömlik. A cysta üregét kiöblitve és sublimatos tupferekkel jól kitörülve, pontos desinfectio után kihámozzuk a tumort. Ezután találjuk meg a jobboldali ugyancsak erősen adhaerált gyermeköklönyi pyosalpinxet, melyet szintén eltávolitunk. Végül vékony csomós selyemvarratokkal egyesitjük a kolporrhaphia anteriort, a peritoneumot kiszegjük a hüvely falához, s jodof. gaze tampont alkalmazzunk. Ápr. 26. teljesen gyógyulva hagyta el a kórházat.

Kitünően észlelhettük ezen esetünkben, hogy a zsugorodó parametrium és ligamentum csonkok mily pompásan húzzák vissza az előbb teljesen prolabált hüvelyt, a mely a hegzsugorodás teljes befejeztekor semmit sem különbözött az egyéb okokból végzett exstirpatio vaginalis uteri után keletkező képtől.

C) Lobos betegségek: 83 eset.

És pedig:

Vaginalis cysta	1	eset
Endometritis és metritis	50	„
Exsudat. peri- et parametr.	16	„
Adnexumok betegségei	8	„
Tuberculosis	8	„
Összesen	83	eset

A vaginalis cysta (1895. 127. sz.) az elülső hüvelyfalban székelt. Minden valószinűség szerint retentionalis, lobos eredetű volt. Fölhasítás után a tömlő falát kiszegtük a vagina falához.

2. **A méh lobos bántalmai közől:** Két esetben dysmenorrhoikus zavarok miatt történt a fölvétel. Az egyiknél (1896. 96. sz.) stenosis orif. ext. miatt discissiót végeztünk jó eredménynyel Fritsch szerint: a méhszáj széleinek keresztalakú bemetszése után támadt 4 lebenykét Paquélinnel égettük le.

A másik beteg curettage czéljából vétetett föl (1896. 70. sz.), de műtét előtt eltávozott.

Endometritis post abortum: 12 vétetett fel. Valamennyi curettage útján lett meggyógyitva.

Endometritis és metritis chronicával: 36 beteget vettünk fel. Egy (1895. 87. sz.) curettage előtt távozott. Metritis chronica subacut lobja, ill. észlelés czéljából három betegünk volt fölvéve: 1895: 13. 1896: 13. és 88. sz. Ezen esetekben operativ beavatkozásra nem volt szükség. De 32 esetet épen ezen czélból vettünk fel, mert az ambulans kezelés elégtelennek bizonyult a részben rendetlen időben, részben túlhosszú ideig tartó menstruatiók ellen. Ezen lobos betegségek ambulans kezeléseinél az endometrium kezelését (chlorzink-, acetum-, cupr. sulf.-, salicyl- stb. oldatokkal, Playfair-sonda vagy Braun-fecskendő segélyével) rendszerint csak akkor végeztük, hogy ha az adnexumok felől acut vagy subacut lob veszedelme ki volt zárva. Ha endometritis és metritis chronica mellett perimetrikus összenövések vagy az adnexumok lobos tumorai is jelen voltak, úgy főfigyelmünk oda irányult, hogy ezen összetapadásokat massage útján megszüntessük. A massage támogatására rendszerint a 40° R. meleg hüvelyirrigatiókat is igénybe vettük. De az említett 32 esetben a vérzések megakadályozására activabb eljáráshoz kellett fordulnunk, főleg azért, mert szegénysorsú bejáró betegeink a menstruatio alatti teljes nyugalmat nem vehették igénybe. Mind a 32 esetben curettaget végeztünk. A kikapart nyálkahártya a Ruge-féle endometritisnek mindhárom alakját mutatta. A curettage czéljából tágitást soha sem vettünk igénybe, a kis curette-tel minden esetben czélhoz jutottunk. Kaparás után minden esetben tiszta Oleum Martis-oldatot fecskendeztünk Braun-féle fecskendővel a méhbe. Az utókezelés az endometritis chronicát fentartó ok szerint különböző volt. Hat esetben retroflexio, 9 esetben fibromyomák kisebb alakjai ellen a fősúlyt a massagera fektettük. A többi esetben, az endometritis tisztább alakjainál több héten keresztül jodinjectiókat alkalmaztunk (hetenkint egyet) s ott, hol perimetritis is volt jelen, massage-zsal kombináltuk a kezelést.

3. Exsudatum peri- et parametricummal 16 beteget vettünk fel. Hét esetben (1895. 55., 126. és 1896. 2., 9., 39., 53., 174. sz.) részben savós, részben fibrinoplastikus volt a tumor és conservativ kezelés mellett gyors javulás mutatkozván, a sebészi beavatkozástól elállottunk. Ezen eseteinkben a kezelés az acut stadiumban: teljes nyugalom mellett jégtömlő alkalmazásában állott, a heveny tünetek megszüntével massage, forró irrigatio és sósfürdő voltak a fő gyógyító eszközeink.

Kilencz esetben fordultunk műtéti beavatkozáshoz:

a) *Cs. Árminné* (1895. 34. sz.) tizennegyedszer szült 35 éves nőt 1895. márcz. 8. vettük fel. Panasza volt, hogy 1894. decz. 24. lefolyt utolsó szülése óta rázóhidegei és forróságai voltak, melyek csak 3 hét óta szünetelnek. Jobboldalt az ingv. tájon már áttört az exsudatuma, de újra benőtt. St. pr.: A jobb ing. tájon ökölnyi fluctualó daganat emelkedik ki; a bőr felette kékes. E tumorral összefüggésben és mögötte a köldököt 3 ujjnyira megközelitő, a medencze jobb felét is elfoglaló resistentia. Márcz. 9. narkosis alatt a Poupart-szalaggal párhuzamosan ejtett metszéssel megnyitottuk a daganatot, melyből 300 gr. tiszta sárga, nem bűzös savó ürült. A kis ökölnyi üreg alapja kőkemény. Jodoformgaze-tamponade. Három nap mulva a bal inguinalis tájon támadt duzzanat, majd apró (—38·8°) hőemelkedések kiséretében ez is megpuhult s márcz. 25-dikén megnyithattuk. Innen kbl. 100 gr. sűrű geny ürült ki. Április 23. bocsátottuk el, midőn még diffus, nem érzékeny resistentia volt a medenczében.

b) *G. Gáspárné* (1895. 52. sz.), 31 éves, négyszer szült nő (utoljára $3^1/_2$ év előtt) április 24. vétetett fel. Egy hó óta alhasi és kereszttáji fájdalmai vannak. A valamivel nagyobb uterus mögött (mely retrovertált, mérs. mozgatható) tumor foglal helyet, mely a hátulsó hüvelyboltozatot hüvelykujjnyi vastag, harántirányú lécz alakjában ledomboritja. Exsud. in cavo Douglasii. Próbapunctióval genyet aspirálunk. Másnap narkosis alatt sagittalis metszéssel megnyitjuk a hátsó fornixon át a tályogot, melyből híg geny ürül. Az üreg kis ökölnyi. Sebszélek kiszegése, tamponade. Láztalan lefolyás. Május 9. elbocsátjuk tisztán sarjadzó üreggel.

c) *Z. Éva*, 24 éves, egyszer szült, 11 hó előtt. Felvétetett 1895. jun. 25. A gyermekágy 3. hetében kilelte a hideg s hosszabb időn át voltak forróságai. Szülés után 4 hónapra megkapta a havi baját és azóta 3 hetenkint 14 napig vérzik. Tiz nap óta újra vannak naponkint ismétlődő rázóhidegei s alhasában szúró fájdalmak. Vizsgálatnál az alhas egészben resistens, egy tumor tölti ki, mely 1 ujjnyira megközelíti a köldököt, undulatiót mutat; mindkét oldalon a spina magasságáig terjed. A tumor alsó polusa a méh mögött a medenczébe nyomul s az egész hátsó hüvelyfalat erősen a symphysis felé nyomja. A hüvelyen át megejtett próbapunctióval zavaros savót nyerünk. Jun. 22. narkosis alatt a hátulsó hüvelyfalon kbl. 4 cm. hosszú sagittalis metszést ejtünk; a nyiláson át közel félliternyi zavaros savó ömlik. A tumor belsejéből nagy mennyiségben leválaszthatók 3—4 mm. vastag szivós álhártyák. Közelebbi vizsgálat kideriti, hogy a daganat a bal lig. latum lemezei között fejlődött s az erősen felemelt méh mellett, a már megnyitott tumor mellett van még egy nagyobb göb, melynek falát ugyancsak a tumor felől átroncsoljuk s az egész üreget pontosan átöblítve, jod.-gazzel kitömjük. Láztalan lefolyás. Jul. 23. bocsátjuk el: az incisio helyén ujjhegynyi sarjadzó hely, a méh mellett balra és mögötte a tumor helyén diffus resistentia.

d) *B. Pálné* (1895., 101. sz.), 25 éves, 0 P., aug. 26. vétetett fel. 1894. novembertől 1895. február haváig havi baja kimaradt. Ez időtől 2—6 hetenkint jelentkező 1—2 napig tartó vérzés. Áprilistól julius végéig magzatmozgásokat érzett. Négy hét óta ágyban fekvő beteg; erős fájdalmak az alhasban, két hét előtt lázai is voltak. Vulva livid, rendesnél nagyobb, sinistroversióban levő méhtest. A jobb medenczefelet egy gyermekfejnyi, a hüvelyboltozatot ledomboritó elastikus tumor foglalja el, mely erősen odafekszik a hasfalhoz s egy ujjnyira megközelíti a köldököt és benne a hátsó hüvelyboltozaton át kis babnyi göbök tapinthatók. A hasfalon át megejtett próbapunctióval sűrű zöldessárga genyet nyerünk. Az anamnesis és a leirtak alapján jobboldali tubaris terhességre tettük a diagnosist, mely elgenyedt. Aug. 29. narkosis alatt végezzük a műtétet. Mivel a tumor fölött a hasfalakat redőzni, elmozdítani nem sikerült, azt vettük fel, hogy teljes összenövés van a tumor és a hasfali peritoneum között s ezért a hasfalon át iparkodunk megnyitni oly módon, hogy a Poupart-szálag mentén, 2 cm.-rel fölötte készítünk egy 6 cm. sebet. A peritoneum átmetszése után kiderül, hogy a daganat sehol sincsen összenőve a hasfali peritoneummal. Attól tartva, hogy laparotomia útján nem tudjuk megvédeni a hasüreget a kiömlő genytől, a hassebet egyelőre steril kötőszerrel be-

födjük, s per vaginam folytatjuk a műtétet. A jobboldali hüvelyboltozatot a portiótól ferdén hátrafelé haladó metszéssel rétegenkint átvágjuk s azután kemény, heges gerendezetek között vastag rétegen át tompán furakodnak előre egy ujjal, mig a meglehetősen magasan fekvő tumorba jutunk, melyből közel 300 grmnyi sürű, sárga, szagtalan geny ürül. Az üreg szabályos falú s felső határán újból egy kis gyermekfejnyi gömböt tapintunk, melynek falát a tumor felől átbökve, közel 200 gr. genyet üritünk ki. Még egy 3. hólyagszerű képletet, mely a bal csipőkereszt-vájulatba nyúlik, átbökve, egy nagy szabálytalan üreget nyerünk, mely semmit sem vérzik. Átöblítése után kitömjük jodoformgazzel. Végül a hassebet egyesitjük. Teljesen láztalan lefolyás mellett az üreg gyorsan kisebbedik, gyógyultan távozik október 2.

Tehát az extrauterinalis terhességre semmi sem vallott a műtétnél. Lehet, hogy ez volt a kiinduló pont s a pete teljesen eltünt, de a kép, mit a műtétnél nyertünk, tiszta képe volt a parametritikus tályognak: a kötőszövet gerendezetei között 3 góczban helyet foglaló genygyülem.

e) Ozv. K. Miksáné, 47 éves, hatszor szült (utoljára 21 éves korában), 1896. jan. 4. lett felvéve. 1895. jun. havában kirázta a hideg s azóta beteg. Esténként most is vannak hőemelkedései, azonkivül a bal czombra is kisugárzó alhasi fájdalmai. Baloldalt az alhasban egy kis emberfejnyi, nyomásra kissé fájdalmas daganatot találtunk, mely a rendesnél kissé nagyobb méhet előre és jobbra tolva, a bal és hátsó fornixot mérs. ledomboritja. A daganat határai diffusak s oly benyomást nyerünk, mintha az egész Douglas a bántalom keretébe volna vonva. A daganatot a med. faláról leemelni nem sikerül, diffus resistentia köti hozzá. Felvétele után öt napig láztalan. Hatodik nap rázó hideggel felemelkedik a hő 40·6°-ra s alhasában baloldalt fájdalmak lépnek fel. Utána két napig ismét láztalan. Jan. 13. műtét narkosis alatt. A hátulsó boltozatot haránt irányú metszéssel átvágjuk s a tumort környező infiltrált parametriumot ujjal roncsoljuk el a tumorig, melyből kbl. 500 gr. geny ürül (hig, zöldes sárga, fád szagú). Az üreg fala sima, kis emberfejnyi. Öblités után jodoformgaz-tampon. Láztalan lefolyás. Az üreg elég gyorsan szükül. Febr. 21.: az incisio ujjat átbocsátja, az üreg kis gyermekökölnyi, tisztán sarjadzó. Azontúl ambulanter öblitjük még néhány hétig.

f) K. Róza, 34 éves, I. szült. (17 év előtt), 1896. febr. 5. vétetett fel. 1894. decz. végén kirázta a hideg és utána 3 hétig lázai voltak esténkint, mialatt alhasa jobboldalt egyre nagyobbodott, végre „valamije“ felfakadt s a hüvelyből eleinte igen bűzös, sürű, mostanában hig geny ürül. Az egész medenczét diffus resistentia tölti ki, melyben az uterust sem lehet elkülöniteni. A portio mögött, mely kissé jobbra van eltolva, ujjhegynyi behúzódás tapintható, melyen át a kutató a Douglasba jut, honnan bűzös, hig geny ürül. Febr. 8. narkosis alatt a már meglevő nyilást késsel tágitjuk, hogy az ujj a tályogüregbe bevezetbető, melyből sok, czafatos geny ürül. Az üreg szabálytalan alakú, falain sarjszövetek. Tamponade jod.-gazzel. A lázak ezután sem szünnek meg. 39—40° esti hőemelkedések váltakoznak subfebrilis hővel. Eközben az üreg tojásnyira kisebbedik. Márcz. 3. saját kérésére eltávozik. Esetünkben a tumor faláról vett részlet fiatal sarjszövetnek bizonyult; a genynek tub. bacillusokra történt megvizsgálása negativ volt, de mégis, mivel a lázaknak egyebütt okát nem találtuk, nem zárkózhatunk el attól a gondolattól, hogy a tályog tuberc. eredetű volt.

g) T. de K. (1896. 90.) jul. 2. jött a klinikára. 0 P. Május 18. hirtelen rosszul lett: légzési nehézségek, majd alhasi fájdalmak lepték meg, később önkivületi állapotba is esett. 4—5 nap mulva alhasi fájdalmai igen fokozódtak s rá nemsokára orvosa tumort talált alhasában, mely azóta folyton növekszik. Reggel subfebrilis, esténkint 38—39°. Az alhasban egy, a köldökig érő daganatot találtunk, mely felfelé éles, oldalfelé elmosódott határú. A felszine sima, kemény, nem fájdalmas, kivéve a bal Poupart-szalag mentén egy gyermektenyérnyi részletét. A hüvelyboltozatot szélesen ledomboritja egy élénken fluktuáló daganat, mely a kivülről tapintottnak alsó pólusa, de consistentiájuk teljesen különböző. A tumortól balra és előre van a kis virginalis uterus, a daganattal szoros összefüggésben. Próbapunctióval a hüvelyen át tiszta sárga savót nyerünk. Műtét jul. 3. narkosisban. A hátsó boltozaton át sagittalis nyilást készitve, kbl. 100 gr. savó ömlik, s ekkor jutunk az alhason át tapintott kemény daganatnak alsó polusára, mely közvetetlenül a méh mögött foglal helyet. Ebbe a nagy tumorba késsel beszúrva, 100 gr.-nyi sürű, sárga, szagtalan geny ürül. A szúrt nyilást tompán kitágitjuk két ujj számára és porhanyó, ürjáratos taplószerű szövetbe jutunk, melyben egy gyermekökölnyi üreget készitünk. Átöblités, jod.-gaz-tampon. Hőmérsék eleinte subfebrilis. Jul. 9. a daganat már csak gyermekfejnyi, 18-dikától egy hétig magasabb (— 40°) lázak, majd csökkennek s aug. első felében már teljesen láztalan. Eltávozik aug. 8.: geny nem ürül, a tumor ökölnyi, nem érzékeny. Ezután ismételten használta a budai sósfürdőket. Ma már csak kis resistentia jelzi a tumor helyét.

h) K. Mária (1896., 104. sz.) szept. 5. vétette fel magát. 37 éves, I. szült, 4 hét előtt. Betegsége a gy.-ágy 2. napján kezdődött, a 10. naptól rázóhidegek is voltak. Hasában fájdalmakat érez. A hátsó boltozatot szélesen ledomboritotta egy másfél ökölnyi, fluctuáló daganat, mely szorosan ráül a rendesnél nagyobb uterus hátsó falára. Az uterus két szélétől a medencze fala felé ujjnyi kemény resistentia követhető. September 7. narkosis alatt sagittalis metszéssel megnyitjuk a hátulsó hüvelyboltozatot. Hig geny volt a tartalma. Átöblités steril vizzel, gaz-tamponade. Láztalan lefolyás. Okt. 4. távozik: semmi kifolyás, a seb teljesen behegedt, környezete puha, resistentia sem tapintható.

i) K. Julia (1896. 137.) fölvétetett okt. 27. 0 P. Egy év előtt baloldalt alhasában erős szúró fájdalmakat kapott. Ekkor 2 hónapig feküdt, de utóbb fájdalmai megszüntek s jól összeszedte magát. Két hónap előtt újból fölléptek a fájdalmak s azóta folytonosak. (Három hó előtt havi baja 5 hétig ki volt maradva, s megjelenésekor a szokottnál erősebben vérzett.) A portio vaginalist erősen a symphysishez szoritotta egy az egész hátulsó hüvelyboltozatot szélesen ledomboritó kemény daganat, melynek körvonalai lefelé a hüvely középső harmadáig, oldalt a medencze faláig terjednek, fölfelé elmosódnak, de úgy látszik, hogy a medenczéből kiemelkedik. Homályos fluctuatio. Vizsgálat igen fájdalmas. Per rectum: a tumor mélyen leterjed a sept. recto. vag.-ba, mindkét Douglas-redő infiltrált. Próbapunctio: zavaros, szalmasárga savó. Fölvétele után 1 hétig észleljük, láztalan, de fájdalmai egyformák, a tumor nem változik. Nov. 4. narkosis alatt a hátsó boltozaton sagittalis metszéssel hatolunk át s azután kemény, heges szöveten ujjal tompán furakodunk a tumorba, melyből kb. 150 grmnyi hig, sárgás-zöldes geny ömlik. Az üreg meglehetősen sima, egyenletes falú, nehány recessussal ellátott. Öblités, kitömés jod.-gazezel. Zavartalan lefolyás. Nov. 21. távozott; váladék nem volt a hüvelyből, a tályogüreg diónyi, körülötte gyermekökölnyi resistentia. Azontúl forró irrigatiókat és sósfürdőket használt.

A medenczebeli genyedéseknél a baj előrehaladtával a legtöbb esetben pontosan el nem dönthető a kiindulási pont s az sem, vajjon a para- vagy a perimetrium van-e első sorban a betegség körébe vonva? Az esetek többségében nincs is ennek gyakorlati jelentősége: a pelveo-peritonitis rendesen a hashártya mellett a kötőszövet megbetegedését és genyes szétesését is jelenti s teljesen megfelel a gyakorlat igényeinek, ha a *„medencze-tályog“* gyüjtő kifejezésbe mindnyáját összevonjuk. Hogy tényleg genyedő folyamattal van-e dolgunk, a legjobban útba igazít a *próbapunctio.* Egy vastagabb tűvel biró Pravaz-fecskendővel a hüvelyboltozaton át beszúrunk a tumorba s aspiráljuk a supponált folyadékot. Az eljárás absolut tisztaság mellett teljesen veszélytelen s minden aggodalom nélkül végezhető Ha a próbapunctio genyet derített ki, úgy a legtanácsosabb idővesztegetés nélkül megnyitni a tályogot, mely különben is a medencze üregében örökös életveszedelemben tartja a beteget. A tályogot ott nyitjuk meg, a hol legkönnyebben hozzáférünk. Legtöbbször a hüvelyboltozaton

keresztül. E czélból a műtét terét tükrökkel szabaddá téve, legczélszerübb csak a hüvelyfalat metszeni át késsel, azután tompán, ujjal fúrjuk át a sokszor igen vastag kötőszöveti beszűrődést, a lobgátat. A nyilást jó tágra kell csinálnunk, széleit kiszegjük, hogy az utókezelés, a rendszeres öblögetés könnyen végezhető legyen. Mi ezen medenczebeli tályogoknál is rendszerint úgy jártunk el, mint mastitis-operáltjainknál: t. i. a megnyitott tályogüreget lazán kitömtük jodoformgazezel s ezt bennhagytuk 4—8 napon keresztül. A tampon ily késői eltávolításakor rendszerint tetemesen megkisebbedve találtuk a tályogüreget, csökkentnek a genyproductiót. Ezentúl naponta kiöblítettük eleinte steril vízzel, később, ha a genyedés szünőfélben volt, folytonosan erősbödő chlorzink-oldattal ($^1/_2$—5%). A teljes gyógyulás 6—8 hetet szokott igénybe venni.

Ezen medenczebeli tályogok megoperálása a leghálásabb gynaekologikus operatiók közé tartozik: pillanatnyi hatása kitünő és rendszerint éveken át tartó sorvasztó betegségnek vesszük elejét. Szabályszerint már az utókezelés tartama alatt a test gyarapodása s az arczszin javulása szembeszökik.

4. **Az adnexumok lobos megbetegedései** miatt 8 beteget vettünk föl; ezek közül az egyik (1896. 128. sz.) csak a diagnosis megállapítása czéljából vétetett föl, további gyógykezelése ambulanter történt. Egy másik esetben (1896. 124. sz.) egy emberfönyi hydrosalpinx miatt műtétre vettük föl a beteget, de a klinikán való tartózkodása alatt a tumor az uteruson át kiürült s az operatio feleslegessé vált.

Adnexum-tumorok miatt 6 izben végeztünk laparotomiát. Eseteink a következők:

a) *T. Istvánné* (1895. 3. sz.) 26 éves, 0 P. jan. 5. vétetett föl. 4 év előtt ment férjhez, azóta beteg. Gonorrhoeája van. Kétoldali adnextumor. Heves derék- és alhastáji fájdalmai vannak, melyek a conservativ kezelésre sem javulnak. Műtét: jan. 10. Laparotomia. Mindkét tumor a pókhálószerű adhaesiók tömkelegébe van ágyazva s főtömegüket a dilatált, megvastagodott falú tuba alkotja. Mindkét ovariumban kis cystás degeneratio. Teljesen láztalan reconvalescentia után jan. 31. gyógyultan hagyja el a kórházat.

b) *Cs. Imréné* (1895. 7. sz.) 29 éves, III. P., utolsó szülése 5 év előtt volt. Két év óta beteg. Baja rendetlen vérzésekkel kezdődött. Hat hét óta heves kereszt- és alhasi fájdalmak. Fölvétel: jan. 15. Jobb tuba kisujjnyira megvastagodott s átmegy egy másfél gyermekökölnyi, kissé egyenetlen felszinű, karélyos, érzékeny daganatba. Baloldalt tojásnyi adnex-tumor. Műtét: jan. 19. Laparotomia. Mindkét tumor a méh mögött, a Douglasban foglal helyet és adhaesiókkal egymáshoz nőtt. Nehéz kihámozás, lekötés s a tumorok lepaquélinezése. Ezen esetünkben érdekes volt, hogy műtét előtt 4 napon át észlelve, a betegnek estenkint 38·3—38·6° láza volt, minek magyarázatát a műtét megadta, mert a belek élénken belöveltek voltak s rajtok, de főként a csepleszen egész krajczárnyi genyes, rostonyás, lazán tapadó izzadmány-foltok voltak, miket steril vízzel gondosan lemostunk. A műtét után peritonitisnek semmi tünete sem volt, a hőmérsék csak 3. napon este emelkedett 38·4°-ra, különben az első 5 napon át 37·9—38·1° között ingadozott, azontúl láztalan volt. Febr. 9. tökéletesen egészségesen hagyta el a klinikát.

c) *K. Antalné* (1895. 10. sz.) 26 éves, 0 P., jan. 24. vétetett föl. Hat év óta szenved rendetlen vérzésekben s a menstruatio rendellenességeiben. A méh mellett jobbra egy másfél gyermekfejnyi elasticus tumort találtunk, mit kystomának véve föl, jan. 30. laparotomia útján távolítottunk el. A diagnosis téves volt. Bal oldalon laza adhaesiókba ágyazva kis ökölnyi hydrosalpinxot találtunk, a jobboldali, cystának tartott tumor főrészlete is a kitágult, savóval telt tuba volt, szorosan összenőve a kis cystás degeneratiót mutató ovariummal. Teljesen láztalan lefolyás után febr. 17. gyógyultan hagyta el a klinikát.

d) *B. Sándorné* (1896. 26. sz.) 44 éves, V. P. (Utolsó 18 év előtt.) Három hónap előtt hirtelen rosszul lett s ez idő óta daganat fejlődik a hasában, mely heves fájdalmakat okoz. A hüvelyboltozatot ledomborítja egy, a köldökig érő kemény elastikus daganat, mely a méhvel szorosan összefügg; utóbbi a tumor bal szélén mint kis göb tapintható. Ovarialis cystát vettünk föl. Észlelés alatt állott márcz. 7—24. Teljesen láztalan volt. Márcz. 24. laparotomia. A tumor pyosalpinxnak bizonyult, mely környezetével, belekkel és csepleszszel szorosan össze volt nőve, kihámozása nehéz, fala többszörösen be is szakadt, s a műtéti térre geny is jutott, mely ellen a szabad hasüreget compressekkel védtük. A kihámozott intraligamentosus tumor köpenyét pontosan megtisztogatva, kivarrtuk a hasseb alsó zugába s Mikulicz-tampont alkalmaztunk. Teljesen láztalan lefolyás. A tampont 8. napon távolitottuk el. Az üreg gyorsan zsugorodott s a beteg április 20. gyógyultan hagyta el az intézetet.

e) *F. Józsefné* (1896. 130. sz.) 36 éves, egyszer szült (abortus 17 év előtt, mely után $5^1/_2$ évig csaknem folytonosan vérzett). 5 év óta hasában folyton növekedő daganatot érez. Az anteflectált, kissé nagyobb, nem érzékeny uterus mindkét oldalán találtunk egy daganatot. A baloldali gyermekökölnyi, göbös, egyenetlen, kemény tumor szorosan odafekszik a méhhez és a méh tubaris sarkától egy ujjnyi vastag köteg követhető a tumorba. Jobb oldalon egy ökölnyi hurka alakú képlet húzódik többszörös kanyarulattal a méh felé. Mindkét tumor érzékeny. Diagnosis: salpingo-oophoritis l. sin. Hydrosalpinx l. d., mit az okt. 24. végzett laparotomia is beigazolt. A baloldali tumor kihámozása adhaesióiból sok nehézséget okozott; főtömegét alkotta a megnagyobbodott, kis cystás degeneratiót mutató ovarium, melyre bél módjára kanyarodott a tetemesen kitágult tuba. Jobb oldalon a tuba dilatatiója csak a peripheriás részletre szorítkozott, az uterinalis végén $2^1/_2$ cm. hosszúságban egészen rendes. Teljesen zavartalan gyógyulás. Távozott: nov. 24.

f) *W. Mórné* (1896. 165.) 31 éves nőt decz. 17. operáltuk. Diagnosisunk j. o. intraligamentosus kystoma ovarii volt. Műtét közben derül ki, hogy a tumor az adnexumok lobos daganata. Felül cystikus, adhaerált belekkel fedett, alsó részlete a jobb medenczefélbe van ékelve és tömött tapintatú. Kihámozása igen nehéz; e közben megreped s alsó részletéből (abscessus ovarii) geny ürül. Baloldalt tojásnyi adnextumor. Műtét után peritonitis purulenta fejlődött, mely 2 nap alatt megölte.

Ezen eseteken kivül 2 nem operált esetünk volt:

g) *Özv. Sz. Józsefné* (1896. 128. sz.) 28 éves, 3 év előtt rendes szülésen és gy.-ágyon ment keresztül. Egy hét óta heves alhasi fájdalmai vannak, igen elesett. Egyúttal rendetlen vérzései vannak. Fölvettük okt. 12., de a folytonosan ájuldozó betegnél diagnosist nem tehetünk a nagy érzékenység miatt. Egy heti fektetés és Priessnitz alkalmazása után (teljesen láztalan) megvizsgáljuk, az uterus kissé nagyobb, tőle balra egy kis ökölnyi, jobboldalt tojásnyi, diffus resistentiától körülvett adnextumort találunk, mely magán hordja az acut megbetegedés minden tünetét, ezért operativ beavatkozás mellőzésével exspectativ eljárást, később ambulanter massage-kúrát végezünk.

h) *R. Károlyné* (1896. 124.) esetében csak azt emelem ki, hogy egy közel emberfönyi hydrosalpinx, mely miatt operatióra vettük föl a beteget, a klinikán való fekvése alatt (2 hét) teljesen eltünt, csak diffus resistentia maradt a helyén. Ezzel kapcsolatban csak kissé bővebb, napokon át tartó vizes folyást vett észre a beteg, mely a menstruatiót követte.

Ezen, a klinikai észlelés és beavatkozás tárgyául szolgáló 8 eseten kivül tömegesen kezeltük a lobos adnexumokat ambulanter: Acut és subacut stadiumban antiphlogistice, inveterált alakoknál massagezsal. Utóbbinak kitünő eredményeit láttuk. A gyógyulás nem tökéletes, csak symptomatikus. A tumort környező s a medenczebeli szervekhez kötő adhaesióknak legalább egy részét szétmasszálva s a tumort szabadabbá téve, rendkivül sokat könnyíthetünk a beteg közérzetén. Csak nem kell a kezelést egyfolytában hónapokig vinni. 4—5 hetes cyclusokban többször megismételjük. Neurastheniára hajlamosaknál a belső ujjat a végbélbe alkalmazzuk.

Ezen conservativ kezelésekkel meg lehetünk elégedve: annál inkább, mert tapasztalás szerint idővel az adnextumorok rendszerint maguktól is indolensabbá válnak s a betegnek tűrhető existentiát biztosítanak. Ezért csak oly esetekben fogtunk az operativ beavatkozásokhoz, midőn vagy a munkaképtelenség adta meg az indicatiót, vagy pedig diagnostikus tévedés adta kezünkbe a kést. Utóbbi 3 esetben történt meg; mindkét esetben a tuba zsákos daganatai adtak alkalmat az ovarialis cystával való összetévesztésre. Az egyik esetben savós, kettőben genyes volt a tartalom. Utóbbiaknál tehát minden módon indikált volt a műtét. A salpingosalpinx serosa esetében talán elkerülhettük volna, mert hogy ezen tumorok mily rohamosan ürülhetnek ki a méhen keresztül, ennek szép példája 8. esetünk. Csakhogy épen a hydrosalpinxoknak ovarialis cystáktól való elkülönítése sokszor igen nehéz, sőt teljesen lehetetlenné válhatik. A gyanus eseteket mindenesetre legczélszerűbb volna észlelés alatt tartani, de ez a szegénypraxisban — épen a munkaképtelenség indicatiója alapján — kivihetetlen igen sok esetben és ez magyarázza meg az esetleges tévedéseket.

Quoad operationem 5 esetünk szerencsésen végződött. A mennyire sorsukat tovább követhettük, állapotukban lényeges javulás következett be. De végleges itéletet mondani ezen műtétek értéke fölött igen nehéz. Volt már alkalmunk látni olyan eseteket, hol a csonkexsudatum a vele járó zavarokkal csak $1—1^1/_2$ év multán jelentkezett. Az ilyen újból megbetegedők pedig nem mindig keresik föl ugyanazt a klinikát, a hol az operatio történt s igy az epikrisis igen nehéz. Az irodalom szemmel kisérése azonban a mellett tanuskodik, hogy az adnextumorok miatt végzett laparatomiák nem igen felelhettek meg a hozzájuk fűzött reményeknek, mert 1. az efajta laparotomiák száma évről évre fogy és 2. a vaginalis totalis exstirpatiók száma, tehát a megbetegedett uterus együttes eltávolítása — emelkedőben van!

5. **A medenczebeli, ill. hasűri szervek tuberculosisa** miatt 8 beteget vettünk föl. Egyet rövid észlelés után (1896. 85. sz.) áttettünk a II. belklinikára, 7-et megoperáltunk, és pedig 4-et hasmetszés útján, 3-at per vaginam megnyitva.

Hasmetszéseink rövid kórtörténetei a következők:

a) A. Anna (1895. 18. sz.), 27 éves, 0 P. 3 év előtt emeletről esett le, azóta fáj a dereka és baloldala. A virginalis méh mellett jobboldalt egy gyermekfejnyi, kemény, gömbalakú, sima felszinű daganat. Baloldalt s a méh mögött egy tojásnyi, elastikus tumor. Műtét február 25. Laparotomia. Mindkét tumor teljesen belek közé van ágyazva. Rendkivül vastag, szivós adhaesiók. A jobboldali bélconglomeratumnak magja egy tojásnyi cysticus tumor. Baloldalt a belek leválasztásakor szivacsos tömegbe jutunk, mit mogyorónyi-diónyi tömegekben távolitunk el. E közben beszakad egy vékonybélkacs is, de isolálás s resecálás a nagy fokban elváltozott vékonybélkacson nem sikerül, ezért kivarrjuk a hasfalba. Beteg collapsus tünetei között harmadnapra meghal. A szövettani vizsgálat a medenczét kitöltő chronicus tuberculosist derített ki, mely valószinűleg az adnexumokból indult ki.

b) E. Mihályné (1895. 190. sz.), 40 éves, IX. szült, utoljára 6 év előtt. 4 hét óta nő a hasa. Haskerület 96 cm., szabad hasvíz, melyben tisztán nem tapintható, csak sejthető mindkét ovarium táján egy tumor. Explorativ laparotomia. Nov. 8. Két ujjnyi nyiláson át tapintjuk ki a hasüreget. Az egész peritoneum kölesnyi-kendermagnyi szemcsékkel van behintve. Egy darabot kimetszve, a hassebet zárjuk. Szövettani diagnosis: peritonitis plastica tuberculosa. Zavartalan reconvalescentia.

c) K. Ferenczné (1896. 65. sz.), 23 éves, 0 P. Négy hónap óta daganat nő a hasában. A gyomorgödörig emelkedő tumor 2 részletből látszott állani. Határai elmosódottak. Gyanús tünet, hogy a tumor fölött a köldök táján dobos a kopogtatás hangja. Május 23. végezzük az explorativ laparotomiát. A peritoneum vastag, kemény, a hasfalhoz tapadt belekkel szorosan összenőtt, szemcsékkel fedett (górcső alatt peritonitis tuberculosa chronica). Hasfalat bezárjuk. Junius 11. bocsátjuk el a beteget.

d) Zs. Józsefné (1896. 66. sz.), 25 éves, III. P., utoljára 2 év előtt. Három hónap óta lázak kiséretében alhasi fájdalmai vannak. Hasa nő. Hydrops ascites. Parametriumok resistensek, baloldalt a méh mellett egy ujjnyi vastag, a medencze felé kiszélesedő göbös tumor; jobboldalt egy kis tojásnyi daganat. Tuberculosis perit. et adnexorum diagnosissal fogtunk jun. 11. a műtéthez. Az egész peritoneum szemcsézett, a hasfalon $^1/_2$ cm.-re megvastagodott. Belek több helyütt csomókba állottak. Mindkét ovarium megnagyobbodott s úgy, mint a megvastagodott tubák, szemcsézettek. Az asciticus folyadék kibocsátása után a hasüreget elzárjuk. A peritoneumból kivágott darab szövettani diagnosisa: peritonitis tuberculosa.

E 4 eseten kivül *3 izben per vaginam nyitottuk meg* a tumort. És pedig:

a) D. Józsefné (1895. 54. sz.), 20 éves, 0 P., 5 hó óta beteg, heves alhasi fájdalmakkal. 2 hó óta fekszik. Intermittáló lázai vannak. A cachexiás beteg medenczéjében a portio körül az egész boltozatot ledomboritó tumor foglal helyet, mely jobboldalt elmosódott körvonalakkal egész a köldökig emelkedik. Próbapunctio savót produkál. Exsudatum intraperit. serosum diagnosisával fölvettük ápr. 27. Május 1. a hátsó boltozaton át megnyitunk egy gyermekfőnyi, szabálytalan alakú tumort, mely pyogen hártyával bélelt; baloldalt a tumor belsejében taplószerű szövetet találunk, melyből górcsői vizsgálatra lecsípünk (typicus képe gümőkórnak). Az üreget azután rendszeresen öblögettük. Beteg állandóan intermittáló, majd remittáló rendetlen lázakban szenved, folyása bő, még akkor is, midőn jun. 26. elhagyja a klinikát. Délvidékre utazott, hol még egy évig élt s hallomás szerint tüdőtuberculosis kórképével halt meg.

b) S. Mária (1895. 102. sz.), 27 éves, egyszer szült 6 év előtt. Egy év óta hasa növekedik. Félév óta heves alhasi fájdalmak miatt fekvő beteg. A méhet balra eltoltnak találtuk. A jobb medenczét kitöltötte egy másfél ökölnyi daganat, mely a méh mögött diffus resistentia képében balra is átterjedt. A tumor alakja s helyzete alapján pyosalpinx volt a diagnosisunk. Fölvétel aug. 27. Csaknem állandóan lázas. Esténkint — 39°. Szept. 21. átvágjuk a hátsó boltozatot s vastag kötőszöveti gerendezeteken ujjal tompán áthaladva, bejutunk az üregbe, melyből szenyes-szürkés eves váladék ürül karfiolszerű növedékekkel vegyest, melyek a tumor faláról válnak le. Utóbbiak górcső alatt óriás sejtekkel ellátott gümős terménynek bizonyultak. Műtét után a lázak egy hétig változatlanok, azután csökkennek, de azért esténkint 38—38·5. Daczára a folytonos öblögetéseknek, az üregből állandóan igen bő eves folyás ürül. Beteg nov. 4. távozott. További sorsa ismeretlen.

c) Sz. Istvánné (1895. 145.), 21 éves, 0 P. Juliusban 3 hétig vérzett. Azóta nem menstruál, de hasa nő és fájdalmas. A méh bal szélével kis almányi, a medencze fala felé diffus határokkal biró tumor függ össze, mely a méhvel együtt mozog. Grav. extraut. kérdéses diagnosisával vettük föl. Esténkint — 39·3°-ig emelkedő lázak. Nov. 26. a portiót baloldalt körülmetszszük és a paracervicalis kötőszöveten át tompán behatolunk a tumorba, mely szabálytalan alakú, kb. gyermekökölnyi sima falú üreg, telve eves folyadékkal és túrós czafatokkal. A szöveti vizsgálat positiv adatot nem lelt. Az esti lázak azután is fönnállanak. Jan. 14. egy eltávozott nagyobb czafat kétségtelenné teszi a diagnosist: *salpingitis tuberculosa*. T. i. laza reticularis kötőszövet képezi az alapszövetet, a mely mindenütt sűrűn gömbsejtesen infiltrálva, tág vér- és nyirokerekkel van ellátva. A felületet szabálytalan lefutásban hengerhámsejtek egyszeres rétege fedi; egyes nagyobb bemélyedéseket kibélelő hámsejtek bizonyos mirigyszerű külemet kölcsönöznek a képnek; a hámsejtek alatti kötőszövetben több helyütt sarló alakú magkoszorúval rendelkező óriás sejtek s ezek környezetében epitheloid jellegű kötőszöveti sejtek foglalnak helyet.

Az elmondottakból látható, hogy egy esetet leszámítva, diagnosticus tévedéssel fogtunk a műtéthez, vagy legalább is a műtéttől vártuk a diagnosist. A tuberculoticus elváltozások fölismerését nagyon megnehezíti azon körülmény, hogy az adnexumok gümős betegségei egyszer a lobos betegségeknek, máskor a rosszindulatú elfajulásoknak kórképét öltik magukra; ha pedig a peritoneum is megbetegedett, úgy a gyorsan növekvő ascites zavarja meg a pontos vizsgálatot.

Eddigi tapasztalataink szerint a belső genitaliáknak és a peritoneumnak gümős megbetegedéseinél műtéti beavatkozástól semmit sem várhatunk. Azon esetekben, hol a peritoneumon disseminált góczok képében jelentkeztek a gümők, az ascitikus folyadéknak laparotomia útján való kiürítése semmivel sem ad jobb eredményt, mint az egyszerű punctio. A savó rövid idő mulva újra meggyülik. Azon esetekben pedig, midőn a gümős folyamat a beleket egy vagy több csomóba egymáshoz tapasztotta, a laparotomiával még kevesebbet érünk el, mert senkinek sem fog eszébe jutni a belek különválasztása, esetleges tályogoknak felkutatása. A folyamat a műtét után változatlanul tovább terjed. Az adnexumok primaer megbetegedésével, hogy a peritoneum intact volta mellett exstirpálhattuk volna őket, egyszer sem találkoztunk. Rendszerint legalább is a medencze peritoneuma megbetegedett már s ilyenkor az adnexumok eltávolítása a mint czéltalan, úgy veszélyes is, mert az elváltozott szövetben úgy a kihámozás, mint a varrás veszélyes vérzésekre vezethet. Még kellemetlenebb esetek, midőn ily téves diagnosis alapján per vaginam nyitunk meg gümős tumort: a nélkül, hogy a beteg fájdalmait enyhítettük, lázait megszüntettük volna, helyzetét még tűrhetetlenebbé tettük, mert az incisio helyéről bő eves kifolyás fog mutatkozni.

Mindezek alapján a belső genitaliák tuberculosus megbetegedéseit „noli me tangere“ gyanánt tekintjük s a hol gyanunk van rá, s reméljük az exstirpatio lehetőségét, egyedül a laparotomiát tartjuk javaltnak.

D) Graviditas extrauterina. Haematoma.

Tíz esetünk feküdt a klinikán. Egyet exspectative kezeltünk, hatnál laparotomiát végeztünk, három esetben a vaginán át operáltunk.

Exspectative kezelt esetünk a következő:

K. Dávidné (1895. 150.) háromszor szült. Utoljára 1895. okt. 16. abortált a második hónapban, de utána nagy fokban anaemiás lett, heves alhasi fájdalmak lepték meg, úgy hogy orvosa belső vérzést diagnoszkált. Deczember 5. vettük fel, a midőn a Douglasban egy diffus határú, a medenczét kitöltő, a méhet a symphysishez szoritó tumort találtunk. Két hónapig tartó absolut nyugalom után február 2. még ökölnyi a tumor, de élesen határolt és keményebb; próbapunctióval zavaros savót nyertünk. Február 16. hagyta el a klinikát, hogy odahaza sósfürdőket használjon.

Ezen esetben minden valószinűség szerint az október hónapban lefolyt állitólagos abortusnál csakis a decidua született meg s intrauterinalis terhesség nem is volt jelen.

Hüvelyen át megoperált eseteink a következők:

1. *P. Józsefné* (1895. 120.) 28 éves, egyszer szült két év előtt. Juliusi havi baja elmaradt, augusztus óta vérzik s egyúttal alhasában jobb oldalt daganat fejlődését észlelte. Szept. 19. vettük fel, midőn a méh jobb szélével szélesen összefüggő gyermekfejnyi daganatot találtunk, mely keménykés, élesen körülirt. Láztalan, de folyton heves alhasi fájdalmai vannak s erősen vérzik. Ezért az igen anaemiás nőnél a további várakozást veszélyesnek tartva, szept. 30. műtétre határozzuk magunkat; a daganat consistentiája s a tumornak két héten át észlelt állandó nagysága alapján a vérzés megállapodását s a thrombusképződés befejezett voltát véve fel, per vaginam végezzük az incisiót. Az üregből sok régi véralvadékot szedünk ki, majd a pete függelékeit könnyen lefürészeljük a tömlő faláról; az embryo hiányzott. A művelet közben csekély vérszivárgás, mely öblögetésre megszünt. Műtét után collapsus lépett fel, mely daczára minden kezelésnek, d. u. 5 ó. 30 p. exitus lethalisra vezetett.

A sectio halál-oknak a nagyfokú, általános szegényvérűséget vette fel. A petetömlőt megkérgesedett kötőszöveti fal alkotta, melybe beszájadzott a megrepedt jobb tuba.

2. *K. Józsefné* (1895. 132.) 30 éves, III. P. (utolsó P. 3 év előtt). Két év óta alhasi fájdalmak, hasa nő. Szeptember 21. abortált, azóta vérzik. Felvétetett október 18. A méhet a symphysishez nyomja egy, a hátsó hüvelyboltozatot ledomboritó gyermekfejnyi, hullámzó, nem érzékeny daganat, mely felfelé kiszélesedve, mint másfél emberfejnyi tumor a köldökig ér. Négy napi láztalan állapot után október 22. műtét. Sagittalis átmetszése után a hátsó boltozatnak piszkos meggyszinű véres savót nyerünk, (3—400 gr.) mely régi vérolvadékokkal kervert. E tumor felső falából egy ujjnyi nyilás vezet a felső tumorba, melyből szintén ürül kevés véralvadék. Kiöblités, jod. gaze-tampon. Műtét után folytonos lázas állapot: esténkint 39—40° közti hőmérsék; ezért nov. 11-én a bal inguinalis tájon haladunk be a tumorba (periton. par. et viscer. összetapadtak), melyből kb. $^3/_4$ liter túrós, híg, sárgás-zöldes, kissé büzös geny ürült. A tályogüreg több rekeszű, szabálytalan alakú. Utána teljesen láztalan a 2. naptól kezdve, és decz. 6. gyógyultan hagyja el a klinikát.

3. *B. Simonné* (1896. 121. sz.) 28 éves, II. P. (utoljára 1892-ben). Juliusban mensese elmaradt. Augusztus végén görcsszerű fájdalmak után négy napig vérzett. Azóta két izben rohamszerű alhasi fájdalmak. Felv. szept. 26.: méhtől jobbra gyermekökölnyi, a méhnél kocsányosan összefüggő tumor, a bal parametriumban és a Douglasban resistentia. Okt. 19. elbocsátjuk, mert vérzései 3 heti fekvés után megszünnek, a tumor kisebbedik. Nov. 16. újból felvesszük hasfájdalmakkal és lázakkal (esténkint 38—39·6°), vizsgálatnál a méh jobb szélével összefüggésben egy gyermekfejnyi, göbös, mérs. fluctuatiót mutató tumort találunk. Nov. 17. műtét: a tumort a hátsó boltozaton át megnyitjuk; a daganat cystosus, falát ujjal döfjük át; telve van véralvadékkal és vörhenyes savóval. Tőle jobbra egy kis ökölnyi tumor. A választó falat ujjal átbökve, innen is véralvadék ürül. *Minden esetre haematosalpinx volt.* Deczember 15. gyógyultan távozott.

Laparotomiával kezelt eseteink a következők:

1. *G. Klára* (1896. 166. sz.), 28 éves, 0 P. Hat év előtt havi baja 6 hónapig kimaradt; azután 1 hónapig vérzett. Öt éven át jól volt. Három hó óta folyton vérzik, fájdalmakkal. Felvétetett decz. 14. A méhet a symphysishez szoritja egy a hátulsó boltozatot szélesen ledomboritó, elastikus, érzékeny tumor, mely a medencze felé jól elhatárolt és felfelé egy sok göbü, kiszélesedő tumor alakjában a köldökig ér. Észlelés alatt áll decz. 29-ig. Esténkint — 38·4° ig emelkedő lázak. Decz. 29. műtét. A tumor haematosalpinxnak bizonyult és teljesen belek és a cseplesz közé volt ágyazva. A szakadékony falak nehéz kifejtése után a méh jobb szélével összefüggő csonkot lege artis ellátjuk s tekintettel az előrement lázakra, Mikulicz-tampont alkalmazunk. Este 38·9—116. Másnap láztalan, de pulsusa 128-ra emelkedik. Harmadik nap láztalan állapot mellett filiformissá válik a pulsus s collapsus tünetei között meghal. A sectio kezdődő peritonitis fibrinosa mellett mindkét vena renalisnak tökéletes thrombosisát derítette ki.

2. *N. Borbála* (1896. 76. sz.), 33 éves, III. P., utolsó szülése 4 év előtt. Junius 3. azzal jelentkezett, hogy hat hónapos terhesnek érzi magát; terhessége 3. havában néhány napig vérzett, u. a. „bélgyuladás miatt“ több héten át feküdt. Állitólag jun. 2. elfolyt a magzatvize s folytonosan szülőfájásai vannak. Az igen elgyengült nőnél a köldököt egy ujjnyira meghaladó, az összehúzódó méh consistentiájára emlékeztető tumort találunk, mely előtt, csaknem a köldök magasságában egy lúdtojásnyi, az uterus alakjával biró göböt találtunk. A tumorban magzatrészek nem voltak tapinthatók; alsó segmentuma gömb alakban teljesen kitöltötte a kis medenczét, úgy hogy portio vag. sem volt tapintható.

Hüvelyen át végzett próbapunctióval friss vért nyerünk. A betegnél felvételkor filiformis volt a pulsus s camphor-injectiókkal láttuk el, már a vitalis indicatio alapján végzett műtét előtt. A belek között sok friss laza véralvadék. A graviditás székhelye a jobb tuba s benne egy öt hónapos, kissé macerált magzat. A tumor kihámozása látszólag könnyű, de a mélyben és hátsó falán szivós adhaesiókba jutunk. A tömlő eltávolítása után derül ki, hogy a flexura sigm. 10 cm. részleten csak a mucosa maradt meg, sőt ezen is van egy babnyi folytonosság-hiány. Ezen bélrészlet resectiója. Beteg a műtét után félórával halt meg.

3. *P. Antónia* (1896. 34. sz.), 28 éves, egyszer szült 6 év előtt. Márcz. 8. alhasi fájdalmak kiséretében hirtelen eszméletét vesztette. Harmadnapra vérezni kezdett s ez még felvételkor (márcz 22.) is tart. Eleinte többször kirázta a hideg. A közel kétszer akkora méhtest bal szélével rövid széles kocsány útján függött össze egy közel emberfejnyi, egyenetlen felszinű, elastikus, kissé mozgatható tumor. Márczius végeig esténkint lázas, ill. subfebrilis. Azontúl láztalan. Műtét április 17. A tumor haematosalpinxnak bizonyult; kihámozása nehézségek árán sikerül s teljesen eltávolíthatjuk. Gyógyulás zavartalan.

4. *K. Istvánné* (1896. 43. sz.), 25 éves, háromszor szült (utoljára két év előtt, állítólagos abortus a harmadik hónapban). Április 11. hirtelen rosszul lett, görcsös hasfájdalmai voltak (márcziusi havi baja elmaradt), melyek azóta két izben ismétlődtek. Felvétel április 18. Az uterus jobbra van eltolva, háromszorosa a rendesnek. A Douglasban egyenetlen felszinű, puha, helyenkint göbös tumor, mely külsőleg a középvonaltól kissé balra, három ujjnyira megközeliti a köldököt. Mindkét emlőben savó. Észleljük április 29-ig. A tumor nőtt: a középvonalban a köldökig ér, baloldalt meghaladja. Ápr. 29. műtét. Laparotomia. A tumor a bal tuba vérrel telt tömlője. Nehéz kihámozás után eltávolítjuk s helyére Mikulicz-tampont alkalmazunk. Május 13-ig láztalan, azontúl remittáló jellegű lázak (rendesen d. u. 38 - 38·5, két izben 39·5), hányás, majd bélvérzések lépnek fel s műtét után 5 héttel, jun. 3. meghal. Sajnos, a sectiót a család nem engedte meg, de minden esetre dyssenteria volt a halál oka.

5. *J. Józsefné* (1895. 68. sz.) jun. 1. vétetett föl. 35 éves, IV. P. (utolsó 9 év előtt), 1892. januártól októberig nem volt havi baja. Terhesnek vélte magát. Okt. elején szülőfájások léptek föl, mire egy hétig vérzett, és magzatmozgásai megszüntek. Spontán tejcsurgás. 3 hónapon át rendetlen vérzések, 1893-tól menstruatiója rendes; hasa leapadt, de derék- és alhastáji fájdalmak kínozzák. Vizsgálatnál a másfélszer nagyobb uterust kissé balra eltolva, s jobb szélével összefüggésben egy két emberfejnyi elastikus sima felszinű, kissé mozgatható daganatot találtunk, melyet anamnesis alapján extrauter. pete tömlőjének diagnoskáltunk.

Műtét jun. 10. A belekkel fedett tumort in toto a hasseb elé gördítve, öt vékonybélkacsot és a vakbelet róla lefejtve, a tumort, mely mellett a rendes ovarium foglal helyet, eltávolítjuk. Épúgy eltávolítjuk a haematosalpinx-szá alakult bal adnexumokat is. A daganat tubaris tömlőnek bizonyult, melyben sárgás vörhenyes pépes folyadékban a magzat-csontváz darabjait megtaláltuk. Zavartalan gyógyulás.

6. *Sz. Andrásné* (1895. 96. sz.) 32 éves, II. P. (utoljára 3 év előtt). Utolsó menses ápr. elején. Jun. elején alhasi görcsök léptek föl, s bal oldalt daganat képződését észlelte. Azóta rendetlen vérzések. Fölvétel julius 11., a midőn a fölpuhult méh mellett egy emberfejnyi tumort találunk, mely tubaris graviditas tüneteit mutatja. Műtét jul. 13. a diagnosist beigazolta. Kbl. 4 hónapos élő magzatot távolítunk el. Erős vérzés miatt a tömlőt kihámozzuk, mi sok nehézség árán sikerül. Műtét után anaemia acuta tünetei, melyek a rendes kezelésre némileg engednek ugyan, de 2. nap hő 38·7—38·1, a pulsus folytonosan emelkedik s 3. nap este collapsus tünetei közben exitus lethalis. Sectio diagnosisa: peritonitis fibrinoso-purulenta.

Ezen esetek kapcsán kell fölemlítenem *T. Betti* esetét (1895. 86. sz.), ki 1896. jun. 24. vétetett föl. 32 éves 0 P. Havibaja november hónapban maradt el, s azóta jobb oldalt daganata fejlődik. A vizsgálatnál tényleg egy extrauterinalis cystikus tumort találtunk; extraut. grav. diagnosisával fogtunk jun. 4. a laparotomiához, mely kideritette, hogy közvetetlenül a IV—V. hónapos rendes uterinalis graviditas mellett egy tumor van közvetlenül a méh mellett: baloldali hydronephrosis, emberfejnyi nagyságban. A hassebet azonnal bevarrtuk, s a nő a terhesség végén rendesen megszült klinikánkon.

Szükségesnek tartottam eseteink részletezését, hogy megérthetővé tegyem a halálozás nagyságát. A méhenkivüli terhességek eseteiben a legnagyobb veszedelem abban rejlik, hogy a betegek oly kivérzett állapotban kerülnek a klinikára, hogy a legkisebb vérvesztés, mely a műtét kapcsán elkerülhetetlen, halálukat okozhatja. Ilyenek voltak P. Józsefné (1895. 120. sz.) és N. Borbála (1896. 76. sz.). Egy harmadik halálesetünk dyssenteria következtében állott elő (1896. 43. sz.), mely a műtétet követő 3. héten, eddigi teljesen jó lefolyás után lépett föl és 2 hét mulva a beteg halálát okozta. Negyedik és 5. esetünkben (G. Klára, 1896. 166. sz. és Sz. Andrásné 1895. 96. sz.) alkalmasint a tömlő volt már septikus tartalmú, s ez vált végzetessé a műtét alatt. Hogy a szervezetben a kiömlött vér mily gyorsan bomlik, arra klassikus példa a vaginán át megoperált K. Józsefné (1895. 132. sz.) esete, kinél egymással kommunikáló 2 tömlő volt. Az egyik per vaginam lett megnyitva, s konstatáljuk, hogy a másik tumorba is ujjal behatolhatunk, s tartalma: vér. Utóbbi azonban várakozásunk ellenére nem ürült ki a jelzett nyiláson, sőt lázak léptek föl. Ezért nem egészen 3 hét mulva külön föltárjuk s ekkor már turós, sárgás-zöld genyet tartalmazott.

A véletlen szeszélye, hogy kimutatásunk anyagát adó két év ily súlyos esetekben bővelkedik. Ez azonban semmi esetre mérvadó a méhenkivüli terhességek prognosisára, mert ezzel szemben hivatkozhatunk saját előző két kimutatásunkra, melyekben ugyancsak 9 ektopikus terhesség szerepelt, 5 esetben vált szükségessé a laparotomia, s egy esetet sem vesztettünk el.

Talán nem egészen megfelelő, hogy ezen fejezetben egyesitettem az ectopikus terhességgel nem csupán a haematomákat, hanem a haematosalpinx eseteit is, vagyis egyűvé hordtam a méhenkivüli terhesség positiv és gyanitott eseteit. A haematosalpinxok eseteiben is rendesen ki nem zárható az extr. terhesség. Egy korai pete teljesen fölszivódhatik, a decidua átalakulhat ugyannyira, hogy a microscopikus vizsgálat sem talál positiv támpontot ott, a hol az anamnesis határozottan extraut. graviditásra gyanus. Ezért, de még azon okból is, hogy a symptomatologia és a therapia tökéletesen egybevág az extrauterinalis terhességével, gyakorlati szempontból tartottam czélszerűnek az egyesitést.

E) Méhdaganatok.

1. *Fibromyomák.*

A két év anyaga 55 eset. És pedig: észlelés alatt állott: 9, Apostoli szerint kezeltetett: 1, curettage-zsal: 3, per vaginam operáltatott: 25 (24 eset enucleatio és polypus-lecsavarás, 1 eset totalis extirpatio), per laparotomiam: 17 (= 2 castratio, 2 enucleatio + castratio, 13 radicalis műtét).

Észlelés alatt állott eseteinkből (*1895:* 27, 99, 125, 143, 159, *1896:* 18, 29, 91, 150. sz.) érdekesebb az utolsó (1896. 150. sz). Egy 42 éves nő azzal a panaszszal jelentkezett, hogy 3 hó óta igen nehezen vizel. A vizsgálat kideritette, hogy a méh hátsó falából egy gyermekfejnyi fibroma nőtt ki, mely a méhet retroversióba hozva, incarcerálódott. Kétheti massage-kúra után sikerült a méhet daganatostól kiemelni, s egy Hodge gyűrűvel anteflexióban megtartani, mire panaszai teljesen eltüntek, s a climaxhoz különben is közel álló nőnél további beavatkozásra nem volt szükség.

A villamozást M. Máriánál (1896. 41. sz.) próbáltuk meg. A daganat emberfejnyi volt. Vérzések ellen villamoztuk az anoddal (60—75 MA.) különös eredmény nélkül.

Vérzéscsillapitás czéljából interstitialis fibromáknál 3 izben fordultunk *curretage*-hoz (*1896:* 10, 84, 133). Curettage után heteken át folytattuk a jodinjectiókat. A tüneti eredmény igen jó volt. A kikapart nyálkahártya mindegyik esetben az endom. glandularis képét adta.

A daganatnak *partialis eltávolitását per vaginam* 24 esetben végeztük. És pedig 17 esetben (*1895:* 56, 69, 88, 91, *1896:* 12, 37, 44, 72, 83, 95, 98, 100, 102, 112, 139, 145, 171) diónyi-lúdtojásnyi daganatot egyszerű lecsavarással, ill. a kocsánnak ollóval, néhány esetben écraseurrel történt átmetszése után távolitottunk el. 7 esetben (*1895:* 6, 72, 121, 154, *1896:* 93, 94, 115. sz.) ökölnyi-gyermekfejnyi submucosus tumorrészleteket a tok meghasitása után darabolás útján hoztunk ki. Minden esetünk reactio nélkül gyógyult.

Vaginalis mütéteink sorában kiemelendő még egy *totalis exstirpatio*. B. Mórné (1896. 58. sz.) klinikánkon 1880-ban a rendes prolapsus mütéten átesett, de $1^1/_2$ év óta baja kiújult, s méhe most nem helyezhető vissza, mert megakadályozza egy, a méh hátulsó falából kiinduló ökölnyi myoma és egy almányi jobboldali ovarialis cysta, melyek a medenczébe ékelödtek. A mütétet a hüvelyfal bőséges resectiojával kötöttük egybe. A gyógyulás zavartalanul folyt le, s a ligamentumok csonkjai a hüvelyt szépen visszahúzták és rögzitették a medenczébe.

Per laparotomiam operált eseteink a következők:

1. *Castratiok:*

a) *R. Józsefné* (1895. 15. sz.) 30 éves, egyszer szült 8 év előtt. Emberfejnyi interstitialis daganat. Febr. 5. castratio. Bal ovarium kocsánja igen kicsiny. Vérzéscsillapitás több körülöltést igényel. Zavartalan lefolyás. Daganata nem nő tovább, vérzései megszüntek.

b) *K. Jenőné* (1896. 159. sz.) 33 éves 0 P., emberfejnyi daganattal. Erős vérzések. Decz. 9. castratio. Lefolyás teljesen láztalan, de egy hasfali tályog, majd subjectiv panaszok miatt 1896. febr. 7. fekszik a klinikán. További sorsát nem tudom.

2. *Enucleatio + castratio:*

a) *H. Szabina* (1895. 4. sz.) 32 éves 0 P. Állandó hasfájdalmak miatt jelentkezett. Jun. 24. mütét. Előbb enukleálunk a fundusból egy kocsányos másfél gyermekfejnyi tumort, azután castratiót végezünk. Lefolyás zavartalan, de láztalan állapot mellett baloldalt csonkexsudatum fejlődik, mely közérzetét még $1^1/_2$ év mulva is zavarja.

b) *W. Árminné* (1895. 16. sz.) 33 éves 0P. Erős vérzésekben szenved és heves alhasi fájdalmai vannak. Mütét: febr. 21. A gyermekfejnyi tumort bennhagyjuk, egy tojásnyi, subserosus göböt eltávolitunk, s castratiót végezünk. Rendes lefolyás. Csak márcz. 21. lép fel erősebb vérzés, mely egy nap alatt megszünik. További sorsa ismeretlen.

Radikalis mütéteink a következők:

a) *T. Istvánné* (1895. 14. sz.). Emberfejnyi interstit. fibroma, mely profus vérzéseket okoz. 2 éven át folytatott conservativ kezelés eredménytelen. Febr. 9. laparotomia. A tervezett castratio az ovariumok rövid kocsánja miatt kivihetetlen. Supravaginalis amputatio, *extraperitonealis csonkkezelés*. Csonk teljes eltávolitása márcz. 3. Gyógyultan távozik márcz. 22.

b) *K. Károlyné* (1895. 36.). Mütét indicatiója a tumor absolut nagysága. Haskerület 105, tumor 2 ujjnyira megközeliti a processus ensiformist. Laparotomia: márczius 18. A tumor 2 részletből áll: mindkettő görögdinnye nagyságú és a méh hátsó falával gyermektenyérnyi felületen függ össze, a belső méhszáj fölött. A jobboldali nagy darabon a mesocolonba nőtt. Kihámozás után igen nagy üreg marad vissza. Paquélinezés és körülöltések daczára kis vérszivárgás: Mikulicz tampon. A méh intact marad; hátsó falán sikerül a csonkképzés, a daganatok lemetszése után. Április 1-ig apróbb lázak, azontúl rendes hőmérsék. Április 4. kötésváltoztatásnál a váladék bőven bélsárral kevert. Ezentúl állandóan ürül bélsár; az üreg folytonosan kisebbedik s beteg junius 19. jó erőbeli állapotban kis bélsár fistulával hagyja el a klinikát, melyből csak koronkint ürül faeces. Idővel spontán begyógyult.

c) *R. Jánosné* (1895. 47.). Daganat 3 ujjnyira a köldök fölé emelkedik. Heves menorrhagiák és fájdalmak miatt április 17. laparotomia. Csonk ellátása *Zweiffel szerint*: 8 ligaturával. A hőmérsék és pulsus egyenletes emelkedése és nagy nyugtalanság közben meghalt április 20. A sectio nagyfokú szegényvérűségen kivül kétoldali pneumonia hypostaticát és kezdődő általános hashártyalobot derített ki.

d) *M. Józsefné* (1895. 61.) sokgöbü daganata 3 ujjal haladja meg a köldököt. A daganat rohamosan nő. Laparotomia május 18. A daganat a méh hátsó falából kiindulva egészben retroperitonealis, a radix mesenterii közé nőtt. Kihámozás közben erős parenchymás vérzés támad; elsülyesztett varratok csillapitják, s utóbb egyesitjük a radix mesenteriit. A méh hátsó faláról *csonk nélkül* vált le a tumor. Helyének Paquelinezése, nehány körülöltés. *Castratio*. Mütét vége felé collapsus. Meghal u. a. nap este 10 ó. A sectio jobb o. hydronephrosis és tüdő-emphysema mellett igen nagyfokú anaemiát talált.

e) *D. Vazulné* (1895. 114.) 54 éves, III. P. Utolsó menses 1 év előtt. Tiz év óta hasa folytonosan nő. Vizsgálatnál az uterus-szal egy tömeget képező sokgöbü daganatot találunk, mely 3 ujjnyira közeliti meg a proc. ensiformist. Mütét szept. 11. Chrobak szerint. Typikus mütét, zavartalan lefolyás.

f) *W. Nándorné* (1895. 115.) kis emberfejnyi tumorral 9 év óta igen heves vérzésekben szenved. Szept. 26. laparotomia. Rendkivül sok béladhaesio s peritonealis összenövés miatt a kiszabaditott tumor erősen roncsolt. *Extraperitonealis csonkkezelés*. Lázak közben pneumonia, majd empyema fejlődött, melylyel egy hónappal később, okt. 21. áttétetett a II. belklinikára, hol Dollinger tanár sikerrel megoperálta.

g) *S. Istvánné* (1895. 118.). Emberfejnyi tumor; fájdalmak. Mütét: okt. 3. *Supravaginalis amputatio*, a csonk ékalakú kimetszése s egyesitése. Zavartalan gyógyulás, okt. 25. távozik.

h) *Sz. Maximné* (1896. 16.). Climaxban növő daganat, tumor nagy emberfejnyi. Laparotomia: febr. 26. A tumor teljesen intraligamentosus. Kihámozása közben a méh is igen roncsolódik, s ezért a tumor eltávolitása után supravaginalis amputatio. A daganat fészke mélyen lenyúlik a kis medenczébe: folytonos parenchymás vérzés. Széleinek kiszegése, *Mikulicz-tamponade*. Zavartalan lefolyás. Április 16. távozik, a midőn még egy szondát befogadó csatorna vezet az üregbe.

i) *G. Antalné* (1896. 27.). A köldököt egy ujjnyira meghaladó, heves fájdalmakat okozó tumor. Laparotomia: márcz. 28. *Chrobak szerint retroperitonealis csonkkal*. Zavartalan lefolyás. Távozik: ápr. 22.

j) *A. Józsefné* (1896. 61.). Haskerület: 108. Indicatio a beavatkozásra: tumor absolut nagysága. Laparotomia junius 1. *Retroperitonealis csonkképzés*. A tumor súlya: 9 kilo. Zavartalan gyógyulás. Távozott: jun. 25.

k) *Z. Salamonné* (1896. 67.). A tumor nagysága megfelel egy VIII. hónapban terhes méhnek. Mütét: jun. 9. Supravag. amputatio, csonk kezelése *Chrobak szerint*. Első naptól esténkint lázas, 5. nap a pulsus rohamos rosszabbodása közben meghal. Sectio: peritoneitis fibrinoso-purulenta universalis.

l) *F. Károlyné* (1896. 110.) 24 éves, köldökig érő, heves fájdalmakat okozó, folytonosan növő daganat. Mütét: szept. 23. Retroperitonealis csonkképzés *Chrobak szerint*. Zavartalan gyógyulás. Elbocsáttatott: okt. 13.

m) *S. Györgyné* (1896 116.). Emberfejnyi daganat, mely erős fájdalmakat okoz. Mütét *Chrobak szerint* okt. 8. A lefolyást a hasseb felszines szétválása zavarta. Nov. 16. gyógyulva távozott.

Végül ide kell soroznunk *T. Ferenczné* esetét is, kiről már a „Szülészet“ fejezetében szólottunk. Graviditas mellett a medenczébe ékelt fibroma absolut szükületet okozott; a sectio caesarea kapcsán a myomát is eltávolitottuk, extra-peritonealis

csonkkezeléssel, mely ugyancsak a beteg halálát okozta csaknem 3 hónappal a műtét után.

Tehát a fibromyomák kezelésénél a lehetőség határain belül még mindig a conservativ eljárásokkal iparkodunk czélhoz jutni. A tünetek ellen küzdünk s így iparkodunk a climacteriumig segíteni a beteget. Ha nem sikerül ezen tervünk, első sorban a castratiót veszszük tervbe, melytől már eddig is igen sok esetben láttunk szép eredményt. De sajnos, épen fibromák mellett a castratio sokszor igen nagy technikai nehézségbe ütközik. Ez esetekben fordulunk a radicalis műtéthez. Ezidei kimutatásunkban a radicalis műtétek száma szaporodott. Nem azért, mintha könnyebben reá állottunk volna a műtételre, hanem mert ambulantiánk rohamos emelkedése mellett több oly súlyos eset került észlelésünk alá, hol más eljárás már nem segíthetett. Épen ezért, mert eseteink mind kivérzett, elgyengült betegek, részben complicált összenövésekkel, radikalis műtéteink túlnyomó része igen nagy technikai nehézségeket okozott s ez a magyarázata annak, hogy halálozásunk nagyobb, mint azoké, a kik minden fibromának nevezhető tumort megoperálnak.

Az extraperitonealis csonkkezelést csak szükségből és kivételesen alkalmaztuk. A betegek bizonytalan sorsa ezen műtéti módnál eléggé kiviláglik rövid sorozatunkból is. Legjobban meg voltunk elégedve a Chrobak-féle retroperitonealis csonkkezeléssel, melyet ez idő szerint egyik legtökéletesebb eljárásnak tanultunk megismerni.

2. *Carcinoma uteri.*

E lapok hasábjain két év előtt megjelent dolgozatomban részletesen ismertettem a méhrák körül szerzett tapasztalatainkat. Az ismétlések elkerülése czéljából lehetőleg rövidre fogom e fejezetet, a mit annál könnyebben megtehetek, mert akkori kimutatásomban az 1895. év anyaga is benfoglaltatik.

1895 és 1896-ban 64 méhrákban szenvedő beteget vettünk föl. Ezek közül

20—30 év között volt	7	64
31—40 „ „ „	24	
41—50 „ „ „	20	
51—60 „ „ „	11	
61—70 „ „ „	2	

Szülések szerint:

0 P.	6	VIII. P.	2
I. P.	12	IX. P.	3
II. P.	9	X. P.	1
III. P.	11	XI. P.	0
IV. P.	7	XII. P.	0
V. P.	4	XIII. P.	1
VI. P.	4	XIV. P.	1
VII. P.	3		

A betegség székhelye szerint:

Portio carcinoma	40	64
Cervix „	17	
Corpus „	7	

A corpus carcinomában szenvedők között egy volt 50 évesnél fiatalabb, 4 volt 51—60 között és 2 hatvanon fölül.

A portio és cervix carcinomában szenvedők közül (57 eset) 30 inoperabilis volt és meg kellett elégednünk az excochleatióval, 27 még alkalmas volt a radicalis beavatkozásra.

Corpus carcinomás betegeink közül 1 volt inoperabilis, hatnál elvégezhettük az exstirpatiót. Az egy meg nem operált beteget is radicalis műtétre vettük föl, de a narkosisban megejtett vizsgálat kiderítette a parametriumok infiltratióját.

Excochleatióink annak daczára, hogy két izben a Douglas is megnyilt, zavartalanul folytak le.

Totalis exstirpatióinkra (33 eset) három haláleset jut, melyek mind az 1895. évre esnek s így jelzett közleményemben már ismertetvék.

Eddigi közleményünkben még nem szerepelt eseteink között egy sincsen, mely különös casuistikus értékkel birna. Typikus esetek voltak, a már ismertetett módon operálva; csak annyiban tértünk el, hogy a hol csak lehetett, elzártuk a hüvelyboltozatot. Mindegyik zavartalanul gyógyult, a szomszédos szervek egy esetben sem sérültek meg.

F) Az ovarium álképletei.

62 esetet vettünk föl. Ebből jóindulatú tumor volt: 44, dermoid: 4, malignus: 14.

A *44 jóindulatú* daganat közül: kystoma ovarii simplex et multiloculare: 32; cysta parovarialis: 3; c. tubo-ovarica: 2; papilliferum: 6.

Jobboldali volt a tumor: 23, baloldali: 18, és kétoldali: 2 esetben.

Korra nézve a jóindulatú daganatok viselői közül a legfiatalabb volt: 17 éves, 20—30 év között volt: 20; 31—40 között: 10; 41—50 közt: 9; 51—60 közt: 4.

Nem engedte magát megoperáltatni: 2.

A 42, jóindulatú daganat miatt megoperált közül meghalt: 4 (= 9·52%). És pedig:

1. *M. Ferenczné* (1895. 112.), 42 éves nőnél egy baloldali, gyermekfejnyi, a kis medenczében adhaesiók közé ágyazott tumort távolítottunk el laparotomia útján. Elég könnyű műtét. Legmagasabb hőmérséke 3. nap este 37·8. Pulsusa eleinte 110—120 között. de már 4—5. nap 80—90 között. Feltünő körülmény a hányási ingerek további fönnállása és hogy a szelek távozása és a székletét megindulása csak igen nehezen, 5. napra indul meg. 6. nap székét ismételve maga alá bocsátja, 7. nap láztalan állapot mellett pulsusa folyton rosszabbodik és meghal. Kórboncztani diagnosis: peritoneitis purulenta incipiens.

2. *F. Józsefné*, 49 éves (1896. 15. sz.). Operáltatott febr. 15. A környezettel mindenütt összekapaszkodó baloldali cysta nehéz kifejtése. A kocsány régi csavarodást mutat. Cysta tartalma: régi véralvadékok. Műtét alatt peritonitis. Beteg meghalt 8. napra. (Fejlapja és kórboncztani jegyzőkönyve az intézet költözködésekor elvesztek s így a közelebbi adatok hiányoznak.)

3. *K. Ignáczné* (1896. 57. sz.) 43 éves. Oper. május 8. Intraligamentosus jobboldali cysta kihámozása. A tasak részbeni összevarrása és elsülyesztése. A beteget gyomorfekélyből eredő gyomorvérzés 4. nap megölte. A sectio az operatio terrenumát ép úgy a hashártyát rendesnek találta.

4. *R. Mártonné* (1896. 97. sz.) 47 éves, szept. 3. lett megoperálva. Emberfejnyi fibromás uterus mellett egy óriási multilocularis kystoma. (Haskerület: 129 cm.) A petefészekdaganat nehéz eltávolítása után a hátsó falán peritoneumtól teljesen megfosztott, folytonos parenchymás vérzést mutató uterust is Chrobak szerint eltávolítjuk. Műtét után lázak. Harmadnap, halál előtt: 40·3°. Pulsus már műtét előtt 120—132, műtét után 128, s a második naptól 150—160. Folytonos hányás, haspuffadás. A sectio a has üregében közel félliternyi vért, mint utóvérzés eredményét találta s az elhalálozást erre vezette vissza. Az utóvérzés a peritoneumtól fosztott helyekről, mint parenchymás vérzés támad. Fölismerését megnehezitette azon körülmény, hogy pulsusa már műtét előtt való napokon is igen rossz, 120—132 között ingadozó volt.

Többi esetünk részletezésétől hely szűke miatt elállok. Csak röviden fölemlítem, hogy *kocsáncsavarodást* 8 izben észleltünk. Egy esetben a cystával együtt egy teljes csavarodást szenvedett el a méh is (1895. 94. sz.); a csavarodás a belső méhszáj táján volt.

Intraligamentosus cystát 9 esetben találtunk.

28 esetben a másik ovarium is beteg volt (legtöbbször kis cystás degeneratio) s igy *castratio* végezése vált szükségessé.

Mikulicz-tamponade-ot kétszer alkalmaztunk. Egyszer parenchymás vérzés és egy esetben gyanús cysta-tartalom kiömlése miatt.

Fölemlítésre méltó még *W. Jánosné* esete (1896. 77.) is. A 27 éves 0 P. nőt junius 25-én laparotomizáltuk egy jobboldali, másfél emberfejnyi multilocularis cysta miatt. Sima műtét. Műtét után 4 ó. 37·9°—86 p. Jól izzadt. Este 11 órakor: 37·2°—144 pulsus filiformis. Nyelv száraz, beteg kissé apathikus. Nem szédül, végtagjai nem hűvösek. Nyálkahártyák rózsaszínűek. Morphium-injectióra nyugodtan alszik s pulsusa lassan erősbödik, reggel 4 ó. 120. Másnap hőmérséke 37·5—37·8°, pulsusa 136 körül, sokat hány. Ez a magas pulsusszám megmarad, sőt emelkedik a 3. napon is (140—148 perczenként). A 2 nap alatt 1—1 morphium-injectio mellett 71 camphor-olajos injectiót alkalmaztunk. A hányások ellen jégzacskót kapott a gyomorra és néhány cocain-injectiót a gyomortájra. 3. nap glycerines beöntésre a szelek bőven távoztak. 4. nap a pulsus még 132—136, de rythmikus, telt, mire a camphor-injectiókat beszüntetjük. 5. naptól a pulsus 110 fölé már nem emelkedett s a további gyógyulás zavartalan.

Ezen shockszerű tüneteknek ily hosszú időn át való fennállását eddig nem volt alkalmunk észlelni. Kiemelendőnek tartom azt a körülményt, hogy a szivhűdés ellen való küzdelmünkben a beteg megnyugtatására sohasem mellőztük a morphiumot, melyet klinikánk hasonló körülmények között a szívizgatók mellett alkalmazni soha el nem mulaszt. Az agyvérbőséget elősegítő hatásánál fogva mindig hathatós elősegitője a shock ellen való küzdésünknek. Ezen körülményt különösen kiemelendőnek tartom, mert gyakorló orvostársaink rendszerint igen félnek a morphiumnak alkalmazásától hasonló körülmények között — meggyőződésünk szerint indokolatlanul.

Négy dermoid tömlőt exstirpáltunk. Korra nézve: kettő volt 20—30 között, egy 30—40 között, egy 40—50 között. A daganatok mind egyoldaliak voltak és pedig 1 baloldali, 3 jobboldali. Két tumor tisztán dermoid volt; 1 csak kis részletét alkotta egy sokgöbü colloid kystomának és egy esetben a dermoid tumor mellett rosszindulatú papillomát is találtunk. Egy esetben észleltünk fél kocsánczsavarodást. Meghalt 2 betegünk:

1. *S. Lipótné* (1895. 43.). A műtétet követő 3. napon. A sectio heveny peritonitis fibrinosán kivül még endoarteritis chronica deformans et atrophia brunea myocardiit talált.

2. *O. Bálintné* (1896. 148.), kinél a műtétet csak az complicálta, hogy a tumort teljesen födték a reá nőtt belek. A beteg hőmérséke 37·8°-ot egyszer sem lépte túl. Hányásai a 3. napon megszüntek. 5. naptól kezdve koronkint heves oldalfájások kinozták. 8. napon véres székletét mutatkozott, kevés hasmenéssel (naponta 2—4 szék). Ez időtől pulsusa szaporodik, collabál és 13. napon meghal. A sectio dysseuteriát állapította meg a halál oka gyanánt, elfekélyesedett tüszőkkel, melyek egyike a flexura sigmoideában a bélfalat perforálta és septikus peritonitist okozott.

Rosszindulatú petefészekdaganat miatt 15 esetben voltunk kénytelenek operatiót végezni. Korra nézve:

20—30	év között	volt	...	...	...	...	3
31—40	„	„	„	...	...	...	3
41—50	„	„	„	...	...	...	4
51—60	„	„	„	...	...	...	4
61—70	„	„	„	...	...	...	1

Egy esetünkben sarcoma, a többiben carcinoma különféle alakjai szerepeltek. Öt esetben intraligamentosus volt a daganat.

Négy esetben csak explorativ laparotomiát végeztünk, tiz esetben a daganatot vagy teljesen, vagy részletében eltávolitottuk per laparotomiam, s egy esetben diagnostikus tévedés alapján kolpotomia útján nyitottuk meg. Az utóbbi a következő:

F. Julia (1895. 110) 29 éves, 0 P. szept. 3. jelentkezett, hogy 2 hó óta munkaképtelen alhasi fájdalmak miatt. A cervix jobb szélével összefüggésben ökölnyi, homályosan fluctuáló daganatot találtunk, diffus határokkal. 10 napi észlelés: ismételve lázas (—38·8°). Exsudatum parametriticumra gyanakodva, szept. 13. kolpotomiát végezünk, s a merev, törékeny tumorban 2—3 evőkanálnyi eves folyadékot találunk. A kivett szövettörmelékek górcső alatt bolyhos ráknak bizonyultak. Műtét után láztalan, hasfájdalmai megszüntek s két hét mulva gyógyulatlanul távozik.

A per laparotomiam operált esetek közül egy esetben a tumor szorosan összenőtt a hólyaggal (1895. 20) úgy, hogy a hólyagfalnak egy tallérnyi részlete resecálva lett. A hólyagfalat a mucosa fölött csomós selyemvarratokkal egyesitettük s fölötte második rétegben a peritoneumot összevarrtuk. Reactio nélkül gyógyult.

Egy másik esetben a carc. ovarii reáterjedt a vékonybél egyik kacsára is, és 5 cm. részlete lett resecálva. Ezen eset halállal végződött.

14 laparotomiánk közül elhalt 9. És pedig:

1. *M. Illésné* (1895. 1), 52 éves. Laparotomia explorativa jan. 7-dikén. A hasfali és zsigeri peritoneumon kölesnyi-kendermagnyi sárgás és rózsaszinü göbök. A belek egymással és a hasfallal összetapadva. Hat napig láztalan, 7. nap 38°, pulsusa romlik s 8. nap meghal. Sectio: endoarteritis chron. def. aortae, carcinomásan degenerált j. o. cystoma ovarii, áttéti góczok a peritoneumon és beleken.

2. *Sch. Jánosné* (1895. 58), 61 éves. Eves tartalmú cystocarcinoma papillif. ovar. dextri. Tumor teljes kihámozása nem sikerül (intralig.), kivarrása a hassebbe. Cystafolyadék a hasüregbe is jut. Másnap meghal. Peritonitis septica.

3. *S. Lipótné* (1895. 65), 58 éves. Laparotomia explorativa. Peritoneum telve metastasissal. Utána 7 napig láztalan. 4 első nap hányt, aztán nem. 8. nap 39·4° hőmérsék mellett pulsusszám hirtelen szaporodik, s u. a. nap meghal. Sectio: cystocarcinoma papillare az ovariumokban, számos metastasissal a hashártyán, különösen a medenczében, melyek necrosis által származó központi lacunákkal ellátottak, s ezek egyike a hasüregbe áttört: eves peritonitis.

4. *R. Anna* (1895. 95), 49 éves. Belek közé ágyazott cystocarcinoma ovarii. Ez esetben volt a bélresectio. Eves tartalom a hasüregbe is jutott. Másnap meghal. Sectio: peritoneitis acuta fibrinosa.

5. *N. Sándorné* (1895. 122), 42 éves. Cystadeno-fibroma ovarii. Összenövések tömkelege miatt igen nehéz műtét. Utána lázak (— 38·9°), szapora pulsus, haspuffadás. Meghal 3. nap. Sectio: peritonitis septica.

6. *R. Pálné* (1895. 131). 54 éves. Laparotomia explorativa október 29. Igen sok ascitikus folyadék. Medenczét teljesen kitölti göbös egyenetlen felszinü tumor, mely a medenczével szorosan összenőtt. Genitaliák részletei föl nem ismerhetők. Noli me tangere. Egy hétig utána láztalan. Majd apróbb lázak (38—38·5) jelentkeznek, s nov. 9. a varratok kiszedése után a hasseb bő genyes váladék kiürülése közben egész hosszában szétválik; peritoneum egyesült. Utána láztalan. Nov. 17. hát- és keresztcsonti fájdalmak lépnek föl, majd nov. 20. collapsus tünetei mutatkoznak, s 25. meghal.

Sectio: carcin. ov. utr.; metast. in lobo dextro hepatis. Peritonitis fibrinoso-purul. Pneumonia hypost.

7. *S. Hedvig* (1896. 14), 23 éves. Műtét febr. 17. Carc. medull. ov. sin. A rendkivül törékeny tumort darabokban távolitjuk el. A reconvalescentiát apróbb hőemelkedések zavarják. Márcz. 10. az alhas baloldalán kis resistentia mutatkozik jó közérzet mellett. Márcz. 11. oedema a bal lábon. Az alhasi resist. mind kifejezettebb lesz, márcz. 27. a köl-

dököt 2 ujjnyira meghaladja; majd hányások lépnek föl, pulsusa szaporodik, s ápr. 7. (7 héttel műtét után) láztalan állapot mellett meghal.

Sectio: tumor medullaris peritonei, glandular. retroperit. mesaraicarum, diaphragmatis, pleurae parietalis cum peritonitide chronica et pleuritide haemorrh. Thrombosis venae crur. sin.

8. *J. Károlyné* (1896. 28), 23 éves, 0 P. beteget 1896. márcz. 15. vidékről küldték föl klinikánkra méhenkivüli terhesség diagnosisával. Igen nagy ascites, — cachexia; amenorrhoea 1895. junius óta. A hasban igen könnyen mozgó sok göbü tumor, mely magzattestre emlékeztet. Könnyű műtét márcz. 18. Teljesen szabad 2 old. sarcoma ovarii. Műtét után subfebrilis, de pulsus szaporodik s 4. nap exitus.

Sectio: carcinoma pylori simplex cum infiltratione gland. lymph. in prop. ventriculi, pancreatis, aortae et gl. mesaraic. Metastases multipl. ossium. Atrophia, anaemia univ.

Érdekes az esetben, hogy a gyomor-carcinomának semmi klinikus tünete nem volt jelen és hogy az ovariumok sarcomás elfajulása mellett a gyomorban carcinoma volt.

9. *F. Jánosné* (1896. 152), 59 éves. Több rekeszű papillomás cysta collum-myomával. Exstirpatio. Nehéz műtét. Másnap meghal. Sectio deriti ki, hogy az S. Romanum falában is van carcinomás infiltratio, épp úgy a retroperitonealis mirigyekben is.

A malignus tumorok óriási halálozását érthetővé teszi e szomorú sorozat. A betegek túlnyomó része az 50-es években van s a cachexia kifejezett képével jelentkezik. Ismételve láttuk, hogy már a laparotomia explorativa után bekövetkezett a halál. Sok esetben a rossz indulatú álképlet metastasisai az emésztőszerveket támadják meg s inanitio folytán hal meg a beteg. Hozzájárul mindeme súlyosbitó körülményekhez még az is, hogy ott, a hol még technikailag kivihető a műtét, rendszerint a legnagyobb nehézségekkel kell megküzdenünk s a műtéttel járó traumát, a hosszú narkosist a legtöbb beteg nem birja ki.

Önkéntelenül fölmerül ilyen viszonyok között a kérdés, hogy érdemes-e megoperálni ezen betegeket? Ha a statisztika javítása a czélunk, úgy nem! Műtéteink jóeredményei nem csupán az emberi hiúság követelményei: elengedhetetlenül szükséges volna, hogy ne discreditáljuk az ovariotomiát ezen reménytelen esetekkel, hogy az igazán műtétre szoruló betegeket el ne ijeszszük a rossz eredményeinkkel.

Ezen theoretikus álláspontot azonban megdönti azon gyakorlati tapasztalat, hogy még a rosszindulatú álképletek egynémelyike is meggyógyitható a műtéti beavatkozás útján. De mivel az esetek többségében vizsgálati módszereink elégtelenek annak eldöntésére, hogy a tumor exstirpatióra alkalmas-e vagy nem, nem marad más hátra, mint laparotomia útján dönteni el a kérdést. Sok esetben még igy is csalódunk. A mi első pillanatra kiirthatónak látszik, a műtét folyamán legyőzhetetlen technikai akadályokba ütközhetik s magyarázatát adja a nagy halálozásnak.

E szomorú körülmények között némileg vigasztaló az a tudat, hogy ezeknek a betegeknek veszteni valójuk nincs, hiszen legtöbbször ők maguk sürgetik a beavatkozást és legrosszabb esetben is hetek vagy hónapokkal előbb szabadulnak meg az úgyis kinteljes élettől.

Ezen reménytelen esetekkel szemben dús kárpótlást nyújt nekünk az a néhány beteg, kiknél malignus tumor eltávolítása után maradandó gyógyulást sikerült elérnünk.

G) Húgycső és hólyagbajok.

Fölvétetett 8 beteg; és pedig: 1 papillomata orif. ext. urethrae, 1 carcinoma orif. urethrae és 6 hólyagsipoly.

A papillomat ollócsapással távolitottuk el s utána hosszabb időn át lapis-pálczával érintettük a visszamaradt sarjadzó fölszint. (1896. 7. sz.)

A carcinomát tojásnyi tumor alakjában Sz. Józsefné 80 éves, egyszer szült nőnél észleltük. (1895 21. sz.) Az exstirpatiónak áldozatul esett az urethra fele is, mert már rákos beszürődést mutatott. A resecált urethra nyákhártyáját kiszegtük. Láztalan lefolyás. További sorsát nem ismerjük.

A hat fistulás közül 2 nem hagyta magát megoperálni. 4 esetben végeztünk műtétet. És pedig:

1. *F. Krisztinának* (1895. 44.) borsónyi fist. ves.-vag.-a a felfrissités után silkwormgut-öltésekkel lett egyesitve. Zavartalan gyógyulás.

2. *N. Pálné* (1895. 71.) jó krajczárnyi fistulával jelentkezett, mely a hüvelyboltozatban van és a portio vag. bal szélén, egy, a fistulában végződő Emmet-repedés útján a cervix-szel kommunikál. Első műtétünk volt typikus Emmet-műtét a portio helyreállitására. Ezen a kivánt sikerrel járó műtét után a fistula zárását ugy végeztük, hogy a hüvelyfalat körüskörül lefejtve a hólyagról, előbb vékony selyemvarratokkal egyesitettük a hólyagot, s e felett silkwormguttel a hüvelyfalat. Zavartalan gyógyulás.

3. *N. Józsefnénél* (1896. 79.) egy ujjnyi fistula vesico-vaginalist direct felfrissités után egyesitettünk Silkwormguttel. Teljes egyesülés.

4. *Cz. Józsefné* (1896. 142.) esetében szintén direkt felfrissitéssel egy műtéttel zártunk el egy kis fist. ves. vag.-t.

H) Különfélék.

1. **Carcinoma vulvae.** 2 eset:

a) M. Józsefné (1896. 151.). A tumor magában foglalja a clitorist, az urethra külső harmadát s a bal nagy ajkat. Teljes kimetszés után egyesités λ-alakú sebvonalban. Urethra maradványa igen rövid. Nyálkahártyáját kiszegjük. Prima intentio, — de incontinentia urinae.

3 hónap mulva újból jelentkezik. Recidivának semmi nyoma. A hólyagba vezető ujjnyi nyilást felfrissités útján szükitettük, s ez által elértük azt, hogy csak járáskor jelentkezett vizeletcsepegés. Igy bocsáttatott el; $^1/_2$ év mulva még recidivamentes volt.

b) F. Jánosnénál (1896. 50.) kraurosis vulvae mellett a jobb nagyajkon gesztenyenagyságú carc. göb volt jelen. Kiirtás; gyógyult. További sorsa ismeretlen.

2. **Osteomalacia.** 2 eset; mindkettőnél (1895. 33. és 93. sz.) castratiót végeztünk. Egyik esetben gyorsan jelentkezett a javulás, a másik — periodusa bár elmaradt — még 2 év mulva is szenvedett csontfájdalmakban.

3. **Ecchinococcust** 2 izben észleltünk. Mindkét eset eléggé érdekes arra, hogy röviden ismertessem.

a) E. Gyuláné 31 éves nő (1895. 49. sz.) rendkivül elgyengült állapotban, hordóalakú, igen nagy hassal vétetett fel április 8. Elmondta, hogy II. szülése után, mely 5 év előtt volt, hasában jobb oldalt egy daganat támadt, mely azóta egyre nő. Hónapok óta fekszik, lélegzete igen nehéz, mindent kihány.

A hasban egy sokgöbü, részleteiben undulatiót mutató tumort találtunk; ascites nem volt. A hüvelyboltozatot a tumor úgy kitöltötte, hogy combinált vizsgálat nem volt kivihető. Láztalan. Ovarialis daganat diagnosisával ápr. 10. hozzáfogunk a műtéthez. A tumor a hashártyával mindenütt szorosan összenőtt. Megnyitása után chitinhártyák, s tömlők ürülnek. A hozzáférhető részeket megnyitva, válaszfalakat szétroncsolva, jó 2 emberfejnyi üreg támad a has bal felében, mely a bal vesetáj felé folytatódik. A has jobb felében levő tumorokat, tekintettel a beteg gyenge állapotára, egyelőre nem bántjuk. Öblités, nyitott kezelés. Ezen első műtét után a beteg eléggé jól összeszedte magát. Öblitéseknél hártyák, tömlők ismételten távoztak. Május hónapban esténkint subfebrilis a hőmérsék. Május 25. rázóhideg után 39·8—128 és collapsus. Másnap

tűrhető az állapota. Május 27. cocain-anaesthesia mellett megnyitjuk a has jobb felében levő nagyobb tumorokat is. Ezen műtét után is öblögetéseknél ismételve ürül geny és ecch. tömlő, de a beteg gyöngesége nem javul, hasmenések lépnek föl, majd hányások is, és junius 19. marasmus tünetei között bekövetkezik a halál.

A sectio az általános sorvadáson kivül ecchinococcus multiplexet talált a májban, lépben és hasüregben. A májbeli ecchinococcus-tömlő a gyomorfalát átfúrta. A belek csaknem pókhálószerűen sorvadtak.

b) *B. Ferenczné* 45 éves IX. P. esete (1896. 146.) nem olyan tiszta. Félév óta derék- és alhastáji fájdalmak kinozzák. Két hó óta ereje rohamosan fogy. Találunk nála egy, a medenczét a crista magasságáig teljesen kitöltő tumort, mely a genitaliákat teljesen fölemelve a hasfalhoz szorítja, a hol a méh és petefészkek a vékony hasfalon keresztül kitünően tapinthatók. A tumor nemcsak a hüvelyt szoritja előre, de a végbelet is balra, és előre nyomja, tehát részben a rectum mögé fejlődött. Homályos fluctuatio. Felvétele után magas lázak. Műtét: nov. 17. A tumort a vagina felől fölhasitva, rendkivül bűzös, csatornaszagú eves folyadék ömlött s benne sok, chitinhártyára emlékezhető hólyag, melyen azonban a rothadás miatt microscopice a szöveti structurát fölismerni nem sikerült. Az üreg pontos öblögetése után a lázak megszüntek, s öt hét mulva gyermekökölnyi egyenetlen falú tumorüreggel távozott, melybe ujjnyi nyilás vezetett. Ezen esetben, bár szövettani bizonyitékunk nincs is reá, a tumor szokatlan helye, s a macroscopikus lelet alapján, a medenczekötőszövet ecchinococcusát kellett felvennünk.

Ezen eseteken kivül még 18 esetben észlelés czéljából vettünk fel betegeket, s vagy diagnosis nélkül távoztak, vagy egyéb baj miatt más osztályra tétettek át. Igy R. Paula (1896. 155.) egy nagy hastumor mellett jelentkező morbus mac. Werlhofii miatt, — R. Imréné, ki curettage czéljából vétetett fel (1896. 160.), haemoptoë miatt tétetett át a II. belgyógy. klinikára.

Kimutatásom befejeztével kedves kötelességemnek tartom, hogy mélyen tisztelt volt főnökömnek, Kézmárszky Tivadar egy. ny. rendes tanár úrnak az anyag átengedéséért ez úton is kifejezzem igaz köszönetemet.

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

Negyvenharmadik évfolyam. 24. szám. *Budapest, 1899. junius 11.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Feleki Hugó: A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai. 286. l.
Csillag Jakab: Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról. Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio. 288. l.
Reusz Frigyes: Közlemény a berlini egyetem II. belgyógyászati klinikájáról. Igazgató Gerhardt dr. egyet. tanár. Landry-féle felhágó hűdés egy esete. 289. l.
Friedrich Alajos: Áthatoló koponya-löseb gyógyult esete 291. l.
Tárcza. *Tihanyi Mór*: Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére. 292. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Temesváry Rezső*: Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Magyarországon. 293. l.

Hetiszemle és vegyesek. Védekezés a pestis ellen. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése. — A főváros egészsége. — A Bródy Adél-gyermekkórház évi jelentése. — A m. kir. államvasutak betegsegélyző pénztára. — A kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem. — A Machlup Adolf üdülőház. — Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikája. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A budapesti általános poliklinika. — Pap Samu. — Elhunyt. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 294. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai.[1]

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

A húgycsőkankó antiparasiticumokkal való kezelésének eszméjét a modern antiseptikus sebkezelés sikerei szolgáltatták, már oly időben, midőn a blennorrhoea aetiologiája tekintetében még nagy zavar uralkodott.

Hiszen tudjuk, hogy még két évtized előtt is nemcsak hogy a blennorrhoea pathogen gombáját nem ismerték, hanem számos neves szakférfi egyáltalában kétségbe vonta, hogy e bántalmat specifikus virus okozná és annak létrejöttét a legkülönbözőbb ártalmak következményének tulajdonították.

A Neisser-féle diplococcus pathogen természetének kiderítésével intensivebb módon indult meg a törekvés a kankónak baktericid, illetőleg gonococcuselemésztő szerekkel való orvoslása irányában és egy tíz év előtt megjelent közleményem „Antiparasitikus gyógymód a heveny blennorrhoea kezelésénél“ czím alatt már az ez irányú kisérletek nagy sorozatával számol be.

A carbol, resorcin, thymol, naphthol, bórsav, kalomel, hydrarg. salicyl., sublimat, jodoform, thallin stb. akkor ünnepelték diadalaikat egyes szerzők jóvoltából, kik e szerek csodás hatásáról, a kankónak néhány nap alatt elért gyógyulásának eseteiről tettek jelentést. Ugyanekkor már megemlékezem *Friedheim*nak Neisser klinikáján végzett kisérleteiről (1889), melyek a legtöbb baktericidnek hirdetett szernek a gonococcussal szemben való hatástalanságát, illetőleg jelentéktelen hatását derítik ki abban a concentratioban, a melyben azok a húgycsőben alkalmazhatók. Egyedül az argentum nitricum bizonyult feltétlenül megbizható antigonorrhoicumnak: a gonococcust gyorsan elemészti és a kankós folyamatot néhány hét alatt meggyógyítani képes, ha azonnal alkalmazzuk. *Friedheim* e szernek kezdetben 1 : 4000, később 1 : 2000 oldatban való alkalmazását ajánlja; a bántalom első napjától kezdve a rendes kankófecskendővel injiciáltassék, később a kezelés bórsav vagy egyéb adstringensek befecskendésével combináltassék.

Ugyanekkor (1889) *Neisser* maga is a legmelegebben ajánlja a fentjelzett eljárást, mint a kankó abortiv kezelése módját acut blennorrhoea minden esetében, hangsúlyozván, hogy legkevésbbé sem kell tartanunk attól, hogy az elülső húgycsőből pathogen gombákat juttatunk hátrafelé, mert, ha a gonococcus a befecskendések által hátra is tolatnék, ez már élettelen állapotban jut oda és így a bántalom tovaterjedését előmozdítani nem képes. Nevezett szerzők szerint a jelzett gyors antiparasitás kezelés úgy az urethritis post. létrejöttét, valamint complicatiok felléptét inkább korlátozni, semmint elősegíteni képes és ezért az injectiok egyes szövődmények (epididymitis stb.) fennállása esetén is sikerrel folytathatók.

A fent jelzett, e tárgyról szóló közleményemben összefoglalván az irodalmi adatokat és a magam tapasztalatait, következtetésemet ekképen összegezem: Az ismert, desinficiáló hatással biró és e hatás alapján antigonorrhoicumnak ajánlt szerek közül csak igen kevés bir a húgycsőben alkalmazható concentratio mellett gonococcuselemésztő tulajdonsággal. A gonococcussal szemben parasiticid hatást tanusító szerek sem birják a bántalmat kezdeti stadiumában megakasztani és noha számos esetben a rendszeres kezelésre kiváló sikerrel alkalmazhatók, nem nyújtanak lehetőséget arra, hogy a teljes gyógyulás elérésére egyéb, bár antiparasitás hatással nem biró szereket igénybe venni kénytelenek ne legyünk. Rendszeres antiparasitás gyógymódról addig, míg csak az ismert gyógyszerek állanak rendelkezésünkre, szó nem lehet.

Az ezóta lefolyt évtizedben mindezideig a Neisser által inaugurált kezelési módok dominálnak. A szakférfiak túlnyomó része elfogadta Neisser ama felfogását, hogy tekintve a gonorrhoeának specifikus gomba által való létrejöttét és terjedését, ezen pathogen gombának mielőbbi elpusztítása legyen a therapia első teendője. A gonococcus ott, a hol elérhető, *antiparasitás* szerek alkalmazása által mielőbb veszélytelenné teendő.

Az *adstringens* szerekkel való kezelési módnak elve tudvalevőleg az volt, hogy a localis szerek applikálásával várjunk, míg a lob csillapodik és várjuk be a gyorsan a mélybe hatoló gonococcusoknak a genynyel való felszinre jutását és eliminálódását, mert a genyedésnek adstringensekkel való elnyomásával a jelzett vis medicatrix naturae kedvező hatása szenved csorbát. Az adstringensnek későbbi applikálása pedig azt czélozta, hogy a nyálkahártya lobos elváltozásainak csökkentésével egyúttal a talajt a gonococcus szaporodására alkalmatlanná tegyük. Mindezen szempontokkal ellentétben, mint említők, a gyors antiparasitás beavatkozás elve hódított tért és ennek követői közé tartozik ez idő szerint a szakirodalom legtöbb neves művelője.

A jelzett antiparasitás és *helytelenül abortivnek nevezett* eljárás alkalmazása közben kiderült, hogy a theoretice czélszerűnek

[1] Előadatott a Budapesti Poliklinika 1899. február 24-diki tudományos estélyén.

vélt gyógyító mód abban az alakban, a minőben azt Neisser legelőször proponálta, t. i. az arg. nitr.-nak azonnal való alkalmazásában, gyakorlatilag be nem válik; nemcsak azért, mivel sok esetben a lobjelenségeket fokozza és heves fájdalmakat okoz, hanem az észlelt eredmények ki nem elégítő voltánál fogva sem. A siker elmaradását egyes szerzők azon vizsgálatok által megállapított körülményre vezették vissza, hogy a gonococcus már a bántalom első napjaiban a nyálkahártya mélyébe hatol, az alkalmazásban levő gyógyszerek pedig mélyre terjedő hatást kifejteni nem képesek, legkevésbbé az arg. nitr., mely a fehérjékkel csapadékot képez.

Ezért igen kedvező fogadtatásra talált a *Schäffer* által 1894-ben ajánlt új ezüstpraeparatum, az *argentamin* (aethylendiamin-ezüstphosphat), mely azon tulajdonsággal bir, hogy a fehérjékkel képezett csapadékot alkotó részei által ismét feloldja, úgy hogy hatását a nyálkahártya mélyében is kifejtheti. Az argentamin Schäffer szerint az eddigi antigonorrhoeás szereket desinficiáló hatás tekintetében felülmúlja. A befecskendéseket szintén a bántalom első napjától kezdve alkalmazza 1 : 4000 töménységű oldattal. A gonococcusok rendszerint már 6—8 nap alatt a váladékból eltüntek, urethritis post. csak ritkán fejlődött ki. Némi hátránya, hogy a nyálkahártyát kevéssé irritálja. 1895-ben *Aschner* publicált 22 e szerrel kezelt kóresetet; hatás tekintetében jobbnak tartja az arg. nitr.-nál, úgy, hogy az argentamin 10—5-ször hígabb oldatának ugyanazon hatása van, mint az arg. nitricum fordított töménységű oldatának és e mellett kevésbbé kellemetlen subjectiv jelenségeket okoz. A gonococcusok 10—12 nap alatt pusztultak el. Ezzel szemben *Krösing* azt irja, hogy az argentamin használata mellett az esetek egy részében még 19 nap mulva lehetett a váladékban gonococcusokat találni és az esetek nagy számában a gonococcusok eltűnése után egy időre újból ki lehetett azokat a váladékban mutatni.

Az ezüstpraeparatumok kétségtelenül észlelhető desinficiáló hatását szem előtt tartva, a törekvés ezóta következetesen oda irányult, hogy egyéb alkalmas ily vegyületek előállításával jusson a therapia az eddigieknél megfelelőbb ezüstkészítményekhez. *Jadassohn* 1895-ben *argentumcasein = argonin* név alatt ismertetett egy újabb ezüstkészítményt, mely az eddigiektől abban tér el, hogy az ezüstnek fehérjével való összetételét képezi 4·2% ezüsttartalommal; oldata sem fehérjével, sem konyhasóval csapadékot nem képez, minek következtében a mélybe is terjedhet. 1—2%-os oldatban ajánlotta befecskendésekre. A jelzett szer szintén talált dicsérőkre, de csakhamar kiderült, hogy hatását jelentékenyen befolyásolja azon körülmény, hogy gyorsan bomlik, az ezüst az oldatból kicsapódik és minthogy az argentumpraeparatumok hatékonysága éppen ezüsttartalmuktól függ, az ilyen szétbomlott készítmény természetesen hatástalanná válik. E hiányon segítendő a höchsti gyár *argonin L.* (lösliches Argonin) név alatt új ezüstfehérjekészítményt hozott forgalomba, mely argentum nitr. és tojásfehérjének összetétele és 10% ezüstöt tartalmaz. Állandó készítmény; az ezüst nem csapódik ki belőle és nagy ezüsttartalmánál fogva intensivebb hatású is mint a régi argonin. *Jadassohn* az eredeti (régi) argonintól kitünő eredményeket látott, így urethritis ant. 21 esete közül az első héten 14, a 2—4. hétben pedig a többi 7 gyógyult meg. Hasonlóképen dicsérik e szert *Boltz* (1896), *Swintbourne* (1896), *Lewin* (1896). Utóbbi szerző szerint a gonococcusok 2—6 nap alatt már el szoktak pusztulni. *Krösing* szerint a gonococcusok átlag 9½ nap alatt eliminálódtak. *Jellinek* az argonin L.-től jó eredményeket látott, ámbár egyes esetekben a bántalom tartama a gonococcusok eltünése után is még jó hosszúra nyúlt. 1%-os oldat használata mellett 3—9 nap alatt constatálhatta J. a gonococcusok eltünését. Majdnem valamennyi esetben a teljes gyógyulás elérésére adstringens szereket is volt kénytelen alkalmazni és utóbbi szereknek applikálását azon időtől kezdve ajánlja, midőn a gonococcusra való vizsgálat többször egymás után negativ leletet nyújt. E combinált kezeléstől e szerző szerint gyors és biztos sikert várhatunk.

1897-ben *Werler* a *Credé* által a sebészi gyakorlatban használt *itrol* (czitromsavas ezüst) alkalmazását ajánlja a gonorrhoea abortiv kezelésére 1 : 10,000—1 : 4000 oldatban. Az injectiok mielőbb megkezdendők és 24 óra alatt 4—5-ször végzendők. A befecskendezett oldat 10 perczig marad a húgycsőben. A gonococcusok gyorsan pusztulnak, mivel e szer a nyálkahártya mélyébe hatol a szöveteknek sérülése nélkül. Irritatio tünetei nem jelentkeznek. *Herz* (1897) Haslund osztályán végzett kisérletei alapján az itrol hatását a blennorrhoeánál nem tartja kedvezőnek. A tapasztalt eredmények nem oly jók, mint minők a szokásos befecskendező szerekkel elérhetők.

Az összes ezüstpraeparatumokat ez idő szerint dominálja az 1897-ben *Eichengrün* által előállított és ugyanekkor Neisser által melegen ajánlott *protargol* (ezüstprotein). E szer *Neisser* szerint mind ama tulajdonságokkal bir, melyeket egy kitünő antigonorrhoeás szertől elvárunk: jelentékeny ezüsttartalmánál fogva (8·3%) kitünő desinficiens, fehérjével csapadékot nem képezvén, hatása a szövetekben mélyre kiterjed, e mellett a nyálkahártyát semmiképen sem irritálja és állandó készítmény, azaz hosszú állás mellett sem bomlik. Azon a módon alkalmazva, a mint azt Neisser proponálja, fényes eredményeket birt e szerrel elérni, vagyis, szavaival élve, soha semmiféle szertől jobb eredményeket nem tapasztalt, mint a protargol alkalmazásától. Megkivánja azonban, hogy e szerrel úgynevezett prolongált injectiok végeztessenek, azaz a gyógyszer a szokásosnál hosszabb ideig (10—30 perczig) maradjon a húgycsőben. ¼%-os oldattal kezdjük a kezelést és gyorsan felmegyünk 1%-os concentratioig.

Barlow (1897) szintén nagy dicsérettel emlékszik meg a protargol antigonorrhoeás hatásáról, mely szer alkalmazása mellett a bántalom sokkal ritkábban terjed át a húgycső hátulsó részére, mint az egyéb szokásos szerek használatánál. Kiemeli, hogy a nyálkahártyát nem irritálja. *Benario* (1897) laboratoriumi kisérleteket végzett a protargollal és kimutatta, hogy ½0%-os oldatának egy cm³ mennyiségét 9 cm³ agárhoz adva, e talajon a bakteriumok nem tenyésznek. B. a protargol toxikus tulajdonságait tanulmányozandó, e szer 10%-os oldatából 2 cm³-nyit nyullal megitatott és kiderült, hogy sem az oesophagusban, sem a gyomorban maró hatás nem volt észlelhető. Gonorrhoeás betegeknél a gonococcust 10—14 nap alatt látta a váladékból eltünni; a váladék képződése 8 nap alatt igen csekély mértékre csökkent. *Ruggles* Frank és Lewin poliklinikáján észlelte a protargolnak hatását a gonorrhoeával szemben. 15 eset közül hatban a gonococcusok egy nap alatt véglegesen eltüntek, 5 esetben 2 nap alatt, 2 esetben 3 nap alatt és 2 esetben 4 nap alatt tüntek el a váladékból. Csak két esetben, hol prostatitis gonorrhoica jelenlétét állapította meg, voltak a gonococcusok később újból a váladékban kimutathatók. Hasonló kedvezően nyilatkozik a protargolról *Frank* maga (1898) e szernek száz esetében való alkalmazása után. Ugyancsak kedvező hatást látot a protargoltól *Strauss* (1898) és *Schwerin* (1898), de az előbbi csak 20 nap multán észlelte a gonococcusok eltünését. Hangsúlyozza, hogy a pathogen gombának eltünése még nem jogosít fel bennünket a localis kezelés abbahagyására. Schwerin a gonorrhoeás cystitisek kezelésére is ajánlja a protargolt 1%-os oldatban minden oly esetben, melyben az arg. nitr.-ot a beteg nem türi.

Welander (1898) szintén helyet foglal a protargol dicsérői között. Urethritis anteriornál sok esetben abortiv hatása volt, egyes esetekben a gonococcusok már néhány órával a protargolnak befecskendése után teljesen eltüntek. Abortiv kezelés czéljából azonban erős, legalább 3%-os oldat alkalmazandó. Leghelyesebb, ha az orvos maga végzi a befecskendést, még pedig eleinte naponta kétszer; az oldat körülbelül 10 perczig maradjon a húgycsőben. Ha 3—4 nap mulva gonococcusok nem mutatkoznak, úgy elegendő naponta egy befecskendést végezni 1%-os oldattal. 7—8 nap mulva gyenge adstringens szerekkel végezzen a beteg injectiokat. Ily kezelés mellett csak két esetben jött létre urethritis posterior. Az urethritis totalisnál szintén alkalmazható a protargol, öblítések alakjában. E szerző a protargolt praeventiv szerként is ajánlja alkalmazni gyanús nővel végzett coitus után. Szerinte, ha néhány órával ily gyanús coitus után a protargol 4%-os oldatából néhány cseppet az urethrába juttatunk és ott 10 perczig hagyjuk, akkor bizonyosnak tekinthető, hogy a gonococcusok elemésztetnek és a blennorrhoea létrejötte megelőzhető. *Finger* (1898) szintén kisérletezett a protargollal. Acut urethritis ant. 34 esetében alkalmazta. Ezek közül a bántalom 22 esetben (64%) maradt az elülső húgycsőrészletre localizálódva és csak 12 esetben (36%) terjedt át a pars post.-ra.

Stark (1898) 2—3 hét alatt gyógyítja meg protargollal a kankót; soha urethritis post.-t nem látott létrejönni e szer alkalmazása mellett, úgy hogy kitünő antiblennorrhoicumként ajánlhatja. *Somogyi B.* (1898) 110 eset kapcsán számol be a protargol hatásáról; az eseteknek csak 22·8%-ában terjedt át e szerrel való kezelés mellett a bántalom a pars post.-ra. Háromszor napjában alkalmaztatta, 1/2%-os oldatban mindig 1/2 óráig tartó prolongált injectio alakjában. Acut esetekben a protargolon kivül más szert nem használt.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról.

Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio.

Csillag Jakab dr. kórházi gyakornoktól.

Az e közleményben foglaltak czélja egyrészt az ulcus venereum oktanában az utolsó évtizedben elért eredmények összefoglalása és részben utánvizsgálata, másrészt az ulcus venereum és a prostitutio közötti viszony tanulmányozása volt.

I.

Ezeknek megfelelőleg először azon vizsgálatokkal foglalkozom, melyek az ulc. ven. oktanára vonatkoznak:

Az ulc. venereum oktanában már 1889 előtt is általános volt *Kaposi*, *Finger* és ennek követői kivételével a mai felfogás, hogy az ulc. ven. egy önálló kórfolyamat, melynek sem a lueshez, sem a gonorrhoeához, sem valamely más genyedő folyamathoz semmi köze nincs. Ezen felfogásból kiindulók voltak azon vizsgálatok az önálló és egységes kórok után, melyeket *Ferrari* és *Mannino* (1885) majd *De Luca* (1886) és ezek előtt még mások is végeztek és melyek ma már csak historikus becsüek, miért bővebben itt nem foglalkozom velük; *Ducrey A.*[1] (1889) volt az első, ki új vizsgálati irányával nagy lépéssel vitte előre az ulc. ven. oktanát. Miután kisérleti úton meggyőződött arról, hogy művi talajokon az ulc. ven.-ból kitenyészthető mikroorganismusok egyike sem képes az ulc. ven.-ot előidézni, azon gondolatra jutott, hogy az ép emberi bőrt fogja talajul felhasználni tenyésztési kisérleteire és ennek megfelelőleg typikus veneriás fekélyekből sorozatos oltásokat végzett ép bőrre 15 generation keresztül. Az ily módon nyert oltási pustulák genyjét górcsővel és tenyésztéssel szorgosan vizsgálva azt észlelte, hogy míg a közönséges ulc. ven. genyben volt mikroorganismusok az oltási pustuláknak az eredeti sankertől való távolodásával arányosan fogynak, végül teljesen eltünnek, addig egy mikroorganismus állandóan jelen van, bármeddig is végzi az oltásokat. E mikroorganismus egy 1·48 μ hosszú, 0·50 μ széles, rövid, mindkét végén szépen legömbölyített, gyakran oldali behúzódást mutató és ilyenkor 8 alakú bacillus, mely rendesen 4—8 vagy több tagú csoportokban, de néha egyenkint vagy párosával, leginkább genysejtek között, de azok plasmájában is található. Jól festődik fuchsinnal, methylviolettel, gentiana violával, nem festhető Gram és Kühne methodusai szerint, nem tenyészthető semmiféle művi talajon és eljárással. 39—40° C. elég hosszú behatására virulentiája megszűnik, miről D. oly módon győződött meg, hogy három 39—40° lázas betegnél az oltások negativ eredményt adtak. D. ezen bacillusokat más fajta genyes folyamatnál nem találta és így vizsgálatának conclusioja, hogy *az ulcus venereum kóroka egy élő specifikus mikroorganismus*, mely a felsorolt tulajdonságokkal bir és mely csakis az ulc. ven. genyjében és itt állandóan jelen van.

Krefting R.[2] (1891) 23 oltási sankerpustula genyjének vizsgálata alapján megerősíti *Ducrey* bacillusleletét és csak annyi eltérést talált ez irányban, hogy a bacillusok nagyobb csoportban inkább a genysejtek plasmájában vannak, míg a genysejtek között csak magányosan fordulnak elő. Szerinte szintén e bacillusok az ulc. ven. okai.

Egy további nagy haladást tett *Unna P. G.*[3] (1892) az ulc. ven. bacillus tanában. Míg ugyanis *Ducrey* és *Krefting* csakis az oltási sankerpustula termelte geny vizsgálatára szorítkoztak kizárólag, addig Unna a sanker *szövetét* vizsgálta és pedig meglepő eredménynyel. Öt typikus sankert vizsgálván meg, ezek mindenikének metszeteiben egy és ugyanazon sajátságos morphologiájú bacillust találta, mely bacillus igen kicsiny, rövid, 1¼ μ hosszú, 1/3 μ széles, szélei nem legömbölyödöttek, mindig lánczokat képez, melyek a sejtek között kigyóznak és pedig a sanker felületén ezzel párhuzamosan is, de az ép szövet határán merőlegesen haladnak a mélybe. A sanker szövetében mintegy tiszta culturában vannak jelen. Másfajta fekélyes szövetben sohasem voltak találhatók. Tenyésztésük nem sikerült, mindazonáltal a sanker okozóinak tartja, mert a *sanker szövetében mindig és csakis ebben és pedig mintegy tiszta cultura alakjában oly elrendeződésben találhatók, mely az ulc. ven. pathologiáját úgy klinice, mint histologice világossá teszi.* Unna még akkor nyitva hagyta azon kérdést, vajjon az ő általa felfedezett és a Ducrey által kimutatott bacillusok *azonosak-e*, a mennyiben ez iránt csak igen tartózkodóan nyilatkozott készítményeinek első bemutatása alkalmával és első ez irányú czikkében.

Unna leletét a sankerszövetben még 1892-ben megerősítették *Quinquaud* és *Nicolle M.*,[4] majd *Petersen O.*[5] (1893) közönséges sanker letörült felületéről és alávájt szélei alul nyert genyet vizsgálva, *állandóan* megtalálta a Ducrey-féle bacillust és *kivételesen* az Unna-féle lánczalakú bacillust is és a két alakot azonosnak tarja; az alakbani eltérést onnan magyarázza, hogy a szövetbeli lánczok a genyben szétestek vagy praeparáláskor szétdörzsöltettek. A bacillus oktani jelentőségét illetőleg, daczára negativ tenyésztési kisérleteinek, meggyőződése az, hogy az ulc. ven. előidézője, mert ulc. ven.-on kivül sem syphilises, sem más fekélyes folyamatnál nem találta, mert *Ducrey* Nápolyban, *Krefting* Christiniában, ő maga Szt.-Péterváron egymástól függetlenül ugyanazt a bacillust találták ugyanazon folyamatnál állandóan és ezt véletlennek sem tekintheti. *Riviére*[6] számos *inoculatiós sankerpustulából származó genyben* mindig megtalálta a Ducrey-Unna-féle bacillust és azonosaknak tartja azokat. *Petersen W.*[7] sankerek metszeteiben megerősíti Unna streptobacillus leletét; sohasem találta ezeket a syphilis első nyilvánulásában és bár tenyésztésük neki nem sikerült, felvehetőnek tartja, hogy a streptobacillus Unnae és az ulc. ven. között okozati összefüggés van. Hogy a streptobacillus és a Ducrey-féle bacillus azonosak-e, az iránt nem tudott dönteni. *Colombini P.*[8] vizsgálatai közönséges, valamint oltási sankerpustulák váladékaira és sankerszövetre vonatkoznak, melyek alapján úgy a *Ducrey*, mint *Unna* leletét megerősíti és a két alakot azonosnak tartja, miután mindkettőt ő is csak ulc. ven.-nál találja, Kühne és Gram szerint egyik sem festődik és egyik sem tenyészthető az ismert talajokon, mindkettő hajlamos a lánczképződésre, mely már a genyben is látható, de első sorban a szövetben jut érvényre. *Audry Ch.*[9] oltási sankerpustulákban minden esetben eredeti sankerekben csak akkor találta meg úgy a Ducrey, mint az Unna-féle alakot, ha az nem a *praeputialis úrben, a vulvában* vagy a női húgycsőben székelt. Szintén az azonosság mellett nyilatkozik *Spietschka*,[10] *ki* 2 sankerszövet vizsgálatával erősíti meg *Unna* leletét.

A mint a felsorolt vizsgálatokból látjuk, ezek mind megerősítik részint a Ducrey, részint az Unna streptobacillus-leletét, részint pedig mindkettőt és majdnem kivétel nélkül megegyeznek abban, hogy a két különböző bacillusalak egy eredetü és a kik az azonosság kérdésével behatóbban foglalkoztak, az alaki különbséget a helyi viszonyok (geny, szövet), a festékek és festési eljárások különbözőségének tulajdonították, végül mindannyian feltételezik, hogy a bacillus és az ulc. ven. között okozati összefüggés van.

1895-ben azután maguk a bacillus felfedezői is nyilatkoztak a két bacillusalak azonossága tárgyában. *Ducrey*[11] újonnan felvéve a vizsgálat fonalát és sorozatos oltásokat végezve, az így keletkezett sankerpustulákat kimetszette és sorozatosan vizsgálva azokat, így elég alkalma nyilt meggyőződnie az azonosság felől, mint a hogy szerinte nem is tételezhető az fel másképp, ha egy teljesen megtisztított lágyfekély váladékában csak egyféle mikroorganismus található és ugyanannak szövetében szintén csak egyféle. *Unna*[12] az eddigi vizsgálatok eredményét böven magában foglaló és kritizáló czikkben válaszolva *Ducrey*-nek, szintén elismeri az azonosságot.

*

Az újabbi vizsgálatok, melyeket *Petrini*,[13] *Rille*,[14] *Buschke*[15] és mások végeztek, mind megerősítik a fenti vizsgálatok eredményeit. Sőt maga *Finger*[16] a *több virus* tanának hirdetője is megengedi már a valószinűségét annak, hogy az ulc. ven. és a sankerbacillus között összefüggés van.

Mi magunk a vizsgálatot már 1894-ben megkezdettük, a midőn több sorozat *oltási sankerpustula genyét* vizsgálván meg, az ez által nyújtott eredmény alapján mi is *megerősíthettük már akkor Ducrey leletét*, de a vizsgálatot közbejött akadályok miatt teljesen be nem fejezhetvén, annak fonalát 1897-ben újonnan felvettük. Ez alkalommal vizsgálataink anyagát a szt. Rókus-kórház V. orv. (nyilv. prostituáltak) osztályán megfordult betegek *ulc. venereumainak* és a *genitaliákon előforduló másnemű fekélyes folyamatoknak váladékai* és fekélyes alapjukról vett *vakarékai*, végül *kimetszett sankerek szövete* képezték. Geny- és vakarékvizsgálatot végeztem összesen 181 esetben, melyek közül 124 klinice részint biztosnak (81 esetben), részint kérdésesnek vett (43 esetben) ulc. ven. volt, a többi 57 eset megoszlott luetikus efflorescentiák, exulcerált herpes genitalis, ulc. traumaticum, ulcera combusta, ulc. portionis vaginae, perifolliculitis, impetigok, excoriatiok, erosiok, exulcerált Bartholini-mirigy abscessus stb. között. Fekély-szövetvizsgálatot 15 esetben végeztem.

Kezdetben néhány ulc. ven. esetben csak a felületen fekvő sárgás lepedéket (genyet) vizsgáltam, de ez esetekben a górcső csak kivételesen adott positiv eredményt, mert az ily készítmények legtöbbjében annyi sok mindenféle mikroorganismus volt — és itt tekintettel kell lennünk arra, hogy a vizsgált anyag a mikroorganismusok millióitól ellepett női genitaliákról származott —, hogy azokban a sankerbacillusnak Ducrey-féle alakját (a lepedékben főleg erről lehet szó) a legszorgosabb keresés mellett sem tudtam biztosan felismerni, még Gram-féle festéssel sem, a miért azután áttértünk a vakarék vizsgálatára. A sankerfelületnek nedves tamponnal jól leitatása után (de nem annyira, hogy vérezzék) sebsonda vésős végével vagy a sankeralapot vagy a sanker alávájt széleit vakartuk meg és az így nyert vakarékot mérsékelten vékony rétegben tárgylemezre kenve, szárítás és fixálás után Sahli-féle methylenkékkel (tömény vizes methylenkék 20 r., 5%-os natr. borac. oldat 16 r., aqua dest. 25 r.) 1½—2 perczig festettem, azután vízzel jól leöblítve és szárítva vizsgáltam.

Az *ulc. venereumból származó* ilyen készítményekben csak igen ritkán és gyéren fordultak elő idegen mikroorganismusok, azonban a Ducrey-féle alak is, mely így már könnyebben volt felismerhető, rendesen csak gyér számban és számos esetben egyáltalán nem volt található, míg a streptobacillust a legtöbb esetben ki tudtam mutatni, a minek demonstrálására álljon itt a 81 klinice biztosnak vett ulc. ven. górcsői lelete: csak a streptobacillus Unnae-t 40-szer (49·38%), ugyanezt és a Ducrey-féle alakot együtt 16-szor (19·75%), csak a Ducrey-félét 6-szor (7·4%) és végül 5 esetben az egyiket (3-szor a Ducrey-félét, 2-szer az Unna-félét) biztosan megtaláltam, míg a másik kétséges maradt. Tehát míg az Unna-féle streptobacillust 58-szor (71·6%) találtam meg, addig a Ducrey-félét csak 25-ször (30·86%).

Kitünik ezen kimutatásból az is, hogy közönséges (továbboltások által meg nem tisztított) *sankerváladékban 81 eset közül 67-szer, tehát 82·71%-ban találtam meg a Ducrey-Unna-féle bacillust* és csak 14 esetben (17·29%), nem tudtam azt vagy egyáltalán megtalálni, vagy nem mertem biztos jelenléte mellett dönteni; meg voltak azonban ezen negativ eredményének is az okai és pedig a már emlitetten kivül (a sok mikroorganismus zavaró hatása) 1. hogy csakis kezeletlen eseteket vizsgálva, rendesen egyszerre két készítményt vettem, és ha ezekben esetleg nem találtam, már másodszor néha nem volt alkalmam az újravételre, miután a fekély már kezelés alá lett véve, a mely számos esetben a fekélynek teljes kimetszéséből, vagy különben annak teljes kidörzsöléséből állott; 2. hogy a 81 eset közül néhányban klinikai tévedés lehetett és végül 3. néha az ulc. ven. már a gyógyulás stadiumában került szemeink elé, a midőn hiába kerestem a bacillust.

Az 57 genitalis, nagyrészt fekélyes laesionál 3 esettől eltekintve *nem találtam a Ducrey-Unna-féle bacillust*. Az első két eset egyike exulcerált secundaer papulának, másika sclerosisnak lett klinice felvéve, de a streptobacillust megtalálván, mindkét eset vegyes infectionak (ulc. ven. + lues) bizonyult, a 3-dik eset ulc. traumat.-nak lett felvéve, de itt is megtalálván a streptobacillust, az eset diagnostikai tévedésnek bizonyult.

Eddig *15 kimetszett sanker szövetét* vizsgáltam meg. A metszetek festésére kezdetben Sahli-féle methylenkéket használtam, melyben 2—5 perczig festettem, azután vízben a festékfölösleget kiöblítettem és víztelenítés- s színtelenítésre — nem állván még akkor más rendelkezésemre — absolut alkoholt használtam és daczára annak, hogy a vizsgálók a streptobacillus festésénél a szövetben az alkoholt annyira perhorreskálják, mindjárt a legelső metszetben megtaláltam az egész tisztán és jól festett streptobacillusokat, és mondhatom, hogy később, midőn az Unna-féle összetett methylenkéket és más színtelenítő folyadékokat is használtam, sem kaptam első alkoholos készítményemnél jobbat és tisztábbat a bacillusokat illetőleg. A mi az eredményt illeti, a *15 sanker közül 13-nak metszeteiben* oly elrendeződésben és lefutásban, a mint azt *Unna*, *Spietschka* és mások leirták, *megtaláltam a streptobacillus Unnae*-t.

Tenyésztési kisérleteket ez ideig nem végezhettem.

Ha ezen az ulc. ven. oktanára vonatkozó, úgy az oltási sankerpustulák genyét, mint a közönséges sankerek vakarékát és szövetét, valamint a nem sankeres genitalis fekélyes folyamatok termékeit magában foglaló vizsgálatainkat áttekintjük, látjuk, hogy azok eredménye megegyezik az eddigi vizsgálatokéval és így mi is csatlakozunk az ulc. ven. oktanát ma már majdnem általánosan uraló felfogáshoz, mely a következő:

Az ulcus venereumot csak egy virus okozza. Ezen virus a Ducrey-Unna-féle bacillus, mert minden bármely számú tagból álló, sorozatos oltás által megtisztított sanker genyjében, vakarékában és szövetében állandóan csak ez található, a meg nem tisztított közönséges sanker genyjében és vakarékában, habár más mikroorganismusok társaságában, az esetek legnagyobb számában kimutatható, szövetében tiszta cultura alakjában és oly helyzetben van, mely az ulc. ven. klinikai képét és kórszövettanát előttünk teljesen világossá teszi (Unna), mivel sehol más természetű fekélyben és ezek bármely productumában eddig kimutatható nem volt és mivel ezek alapján, daczára a müvi tenyésztési kisérletek negativ eredményének, nincs okunk és jogunk feltételezni azt, hogy oly mikroorganismusok és hatányok (Finger) idéznék azt elő, melyeknek jelenléte teljesen hiányozhatik a folyamat létrehozásánál.

(Folytatása következik.)

Közlemény a berlini egyetem II. belgyógyászati klinikájáról. Igazgató Gerhardt dr. egyet. tanár.

Landry-féle felhágó hűdés egy esete.

Reusz Frigyes dr. volontair assistenstől.

(Vége.)

Bár a Landry-féle paralysis sokszor képezte beható megbeszélés tárgyát, bátorkodom jelen eset kapcsán néhány általános megjegyzést tenni. Landry maga, s az őt követő szerzők a megbetegedés helyét tisztán a gerinczvelőben keresték. *Eichhorst*, *Strümpell*, *Eisenlohr*, *Pitres* és *Vaillard*, *Leyden* és *Déjérine* vizsgálataik alapján a környi idegrendszerre terelték a kutatók figyelmét s csakhamar uralkodóvá vált azon nézet, hogy egy parenchymatosus neuritis ezen kóralak létrejötténél jelentékeny szerepet játszik, még pedig oly módon, hogy a gerinczvelői megbetegedés az által keletkezik, hogy az idegekben már fennálló lobos folyamat a gerinczvelőre egyszerüen átterjed *(Krewer, Leyden, Goldscheider)*, e mellett némelyek azon véleményüknek adtak kifejezést, hogy a Landry-féle paralysis tulajdonképen nem más, mint egy heveny felhágó neuritis *(Centanni, Ross, Nauwerk* és *Barth)*.

Huzamosabb ideig útjában állott a betegség pontosabb localisatiojának azon körülmény, hogy Landry maga, s utána más szerzők jelentékeny száma a betegség klinikai képét úgy irták le, hogy az izmok villamos ingerlékenysége a betegség egész lefolyása alatt a rendes maradt *(Bernhardt, Westphal, Kahler* és *Pick, Eisenlohr)*. *Jaffé* esete volt az első, melyben Erb nagy

fokban leszállított ingerlékenységet talált. Ezen megfigyeléshez csatlakoznak: *Schultz* és *Schultze* esete teljes elfajulási reactioval, azután *v. Leyden, v. d. Velden, Pick, Russel, Jolly, Burghart* és *Lindsay Steven* esetei. Minden más az irodalomban közölt, s ily értelemben vizsgált esetben normalis ingerlékenység van feljegyezve. *Jolly* ezen ellentmondást azzal igyekszik magyarázni, hogy a betegség gyors lefolyása mellett az elfajulási reactio a legtöbb esetben nem fejlődhetik ki. Azt hiszem azonban, hogy ha az irodalomban közölt eseteket átvizsgáljuk, nem fogunk ezen magyarázattal megelégedhetni, mert oly esetek mellett, melyeknél az elfajulási reactio nagyon hamar, pl. már az ötödik napon lépett fel *(Leyden, v. d. Velden, Jaffé)*, találunk más súlyos lefolyású eseteket is, melyeknél annak daczára, hogy a halál csak a 17. napon következett be *(Goebler)*, vagy hogy gyógyulás állott be, az elfajulási reactionak nyoma sem volt. Tekintve azon esetek túlnyomó számát, melyekben nem lépett fel elfajulási reactio, fel kell tennünk, hogy a normalis ingerlékenység megmaradása a Landry-féle paralysis rendes tulajdonságai közé tartozik, s akkor az ettől, mint rendes formától eltérő eseteket talán következőkép magyarázhatjuk.

A Landry-féle hüdéshez elég közel álló kóralak úgy a gyermekek, mint a felnőttek heveny poliomyelitise. *Előbbinél aránylag gyakran esik meg, hogy egyes izomcsoportok, melyek ép oly tökéletesen hüdöttek, mint mások, nem indulnak sorvadásnak, nem mutatnak elfajulási reactiot,* s később visszanyerik teljes mozgékonyságukat. Kennedy egy gyermekeknél előforduló, monoplegikus jelleggel biró betegséget irt le, melyről Leyden és Goldscheider felteszik, hogy a poliomyelitis egy enyhe alakja; ezen esetekben sem követi elfajulás a hüdést, mely különben biztos gyógyulásba megy át. *Tehát egy oly betegségnél, melynek kórboncztani alapja minden kétségen felül a mellső szarvak mozgató idegsejtjeiben található, szintén előfordul, hogy hosszabb időn át teljesen hüdött izmok nem mutatnak elfajulási reactiot.* Ha most még meggondoljuk, hogy a poliomyelitis anterior acuta a Landry-féle hüdéstől már az által is különbözik, hogy előbbinél a hüdések hirtelen lépnek fel és mindjárt a legmagasabb fokot érik el, feltehető, hogy a poliomyelitis acutánál egy gyorsan fejlődő, erélyesen ható toxikus anyag hatását látjuk, míg a paralysis asc. acutánál egy lassabban fejlődő s kevésbbé erélyes méreg hatása előtt állunk. Vagyis ezen betegségnél a mozgató idegsejt csak lassanként s csak oly mértékben bántalmaztatik, hogy ideiglenesen működésképtelenné válik, de nem betegszik meg annyira, hogy megbetegedését az ideg s az izom elfajulása követné. Valamint azonban a poliomyelitis acutánál a megbetegedés intensitásában ingadozások lehetségesek lefelé, azonképen lehetségesek ingadozások a Landry-féle hüdésnél is, persze itt már mindkét irányban. Vagyis kezdve azon esetektől, melyekben teljes hüdés egyáltalában nem jön létre, egészen azon esetekig, melyeknél jól kifejlődött elfajulási reactiot találunk, mindenféle változat lehetséges. Azt hiszem, alig szükséges arra utalnom, hogy az imént mondottak a Landry-féle paralysisnek többnyire halálos kimenetelével nem ellenkeznek, mert a halálos kimenet felidézésére elegendő, ha a légzőizmok mind egyszerre, nagy fokban paretikusokká lesznek, s nem szükséges, hogy azok teljesen hüdöttek legyenek.

Miután tehát a motorikus idegsejt heveny megbetegedése elfajulási reactio nélkül is folyhat le, ennek kimaradása nem akadályozhat minket abban, hogy a szóban forgó betegségnél a kóros elváltozásokat az alsó motorikus neuronban keressük. Igy tehát eljutottunk ama fennebb érintett s már sokszor megvitatott kérdéshez, vajjon eme motorikus neuron környi vagy központi részében, vagyis az idegsejtben, illetve a mellső gyökökben és idegekben van-e a betegség székhelye.

Mint fentebb említettük, Landry s az őt követő első szerzők a paralysis ascendenst oly gerinczagyi megbetegedésnek tekintették, mely abban semmi kimutatható nyomot sem hagy hátra. Tekintettel az ezután közölt positiv leletekre, ezen definitio nem maradhatott meg, bár még mindig nagy számmal közöltettek oly esetek, melyekben a gerinczvelő vizsgálata teljesen negativ eredményt adott. Midőn pedig a kutatók figyelme a környi idegekre tereltetett, egyszerre megszaporodott azon esetek száma, melyekben neuritis parenchymatosára *(Leyden)* mutató jelek voltak találhatók, sokszor teljesen normalis gerinczagyi lelet mellett. Ezen esetek másként nem voltak magyarázhatók, mint azon felvétellel, hogy a paralysis ascendens nem egyéb, mint egy felhágó heveny neuritis, mely magyarázat az első pillanatban kielégítőnek látszik. De ha meggondoljuk, hogy azon régebb módszerek, melyekkel az idegsejtekben végbemenő elváltozások megállapítására rendelkeztünk, egyáltalában nem alkalmasak arra, hogy velük kisebbfokú változásokat mutassunk ki, míg azon módszerek, melyekkel a velőshüvelyt vizsgáljuk, aránylag sokkal érzékenyebbek voltak, akkor talán nem fogjuk ezen eseteket oly absolut bizonyító erejüeknek tekinteni. Mert ha Eisenlohr arra figyelmeztet bennünket, hogy nem elegendő az idegrostokat keresztmetszeteken vizsgálni, hanem friss osmium-savas praeparatumok is készítendők: joggal követelhetjük ma, *hogy a gerinczvelőt csak akkor tekintsük normalisnak, ha a Nissl-féle methodussal is negativ eredményt adott.* Tehát ezen tekintetben úgy a régibb, valamint az újabb dolgozatokat is csak akkor vehetjük mérvadóknak, ha ezen követelménynek megfelelnek.

Göbler esetének kivételével mindazon esetek, melyekben a Nissl-féle methodus alkalmaztatott, positiv eredményeket adtak. S ha az olyanoktól, mint *Marinesco* és *Oettinger, Marinesco, Marie* esetei, mint ide nem tartozóktól el is tekintünk, még mindig fenmaradnak *Burghart, Bayley* és *Eving, Ballet* eseteinek s a jelen esetnek positiv eredményei. Igaz, hogy az egyes esetekben leirt változások nem egyöntetüek, de ezen körülmény horderejét ma még nem vagyunk képesek megitélni.

Ugy gondolom, az eddig mondottak bizonyító ereje elegendő annak felvételére, hogy *az úgynevezett Landry-féle felhágó hüdés eseteiben a hüdéseket feltételező kórboncztani tünetek a mellső szarvak mozgató idegsejtjeiben keresendők.* De a környi idegekben talált elváltozások gyakorisága mellett nem lehet a neuritis parenchymatosát hallgatagon mellőznünk, sőt inkább fel kell tételeznünk, hogy a két kóralak között valamely összefüggés látszik. Különben talán egy elsődleges neuritis parenchymatosa ezen esetekben nem is olyan gyakori, mert a górcsövi vizsgálat gyakran nem lesz képes eldönteni, vajjon egy másodlagos elfajulással vagy egy önálló elsődleges parenchymatosus neuritissel van-e dolgunk. Ilyen másodlagos elfajulás pedig könnyen csatlakozhatik a Landry-féle paralysis eseteiben a sejt heveny megbetegedéséhez, s itt azért emeljük ki különösen, hogy ezen megbetegedés heveny, mert sok szól a mellett, hogy a parenchymatosus neuritisben is csak annak kifejezését látjuk, hogy az idegsejt már beteg, akkor pedig ezen értelemben a neur. parenchymatosa is csak másodlagos elfajulás.

Ezek alapján azon eseteknek jó részét, melyeket a „neuritikus“ formához szoktunk számítani, a „medullaris“ formához kellene áttennünk, mert a megbetegedés kiinduláspontját mégis a gerinczvelő képezte. Ezzel pedig csökken azon esetek száma, melyekben Landry-féle paralysist megelőzőleg neuritis állott fenn s csökken ezen utóbbi fontossága is e betegség pathogenesisében. Különben is valószinütlennek tünik fel előttem, hogy a Landry-féle felhágó hüdés oly módon keletkeznék, hogy az idegekben már fennálló lobos folyamat a gerinczvelőre egyszerüen átterjedne. Mert azon körülményt, hogy e két betegség kóroktana ugyanazon kórokozó momentumokat tünteti fel, úgy is magyarázhatjuk, hogy ugyanazon körülmények és hatányok képesek úgy az idegsejteket, mint az idegrostokat beteggé tenni. Elegendő itt talán az idült alkoholmérgezésre utalni, mely neuritist oly gyakran okoz, s mely egyszersmind igen gyakran okoz kóros elváltozásokat a mozgató idegsejtekben is, de ezenkivül más neuritis eseteknél is mutattak ki elváltozásokat az idegsejtekben *(Marinesco, Soukhanoff)*. S hogy idegsejt és idegrost ugyanazon behatásokra szenved, elég érthető, miután ugyanazon histologikus egységnek részeit képezik. Ezek alapján úgy gondolom, hogy a *neuritis parenchymatosa csak mint erősen disponáló momentum szerepel, de sőt talán csak annak kifejezése, hogy az idegsejt maga is már bizonyos fokban megbetegedett s ellenálló képessége csökkent, s hogy a Landry-féle paralysist egy új kórokozó behatás váltja ki.*

A betegségnek eme közvetlen oka azonban mai napig sem ismeretes. Bernhardt mondta ki először, hogy ezen betegség alighanem valamely mérgezés által okoztatik s nézetét csakhamar általánosan elfogadták. Később a bakteriologia előhaladásával azon nézet került felszinre, hogy ezen hypothetikus méregnek mikroorganikus eredetünek kell lenni, s egyes szerzők a legkülönbözőbb bacteriumokat találták egyrészt a gerinczvelő állományában *(Baum-*

garten, Curschmann, Marinesco-Oettinger, Eisenlohr), másrészt a környi idegekben *(Centanni)* vagy a vérben *(Burghart)*. *Hlava* coccusokat tenyésztett a gerinczvelőből, a nélkül, hogy azokat a metszetekben megtalálta volna, épen úgy, mint jelen esetünkben. Felemlítendő még, hogy többször constatáltatott ezen betegséggel egyidejüleg tuberculosis (pl. *Eisenlohr, Burghart)*. Ezen esetek, de főleg saját észleletük alapján *Marinesco* és *Oettinger* tagadják a Landry-féle paralysisnek mint egységes kóralaknak létjogát, s csak egy „tünetcsoport"-nak tartják, mely a legkülönbféle okok által idéztethetik elő. Ugy gondolom, arra nem is lehet senkinek se ellenvetése, ha saját esetünket s még talán egy-két másikat tényleg csak egy ilyen tünetcsoportnak tekintjük, de ezzel még nincs bebizonyítva az, hogy ninesen egy egységes kórokozó. Mert ha ezen pár esetet leszámítjuk, még mindig marad az eseteknek egy nagy csoportja, mely egybevágó klinikai tüneteket mutat fel, s melyeknél a kórboncztani tünetek közötti különbség nem nagy. Sőt lehet az is, hogy ezen különbség is csak fokozatinak tekintendő. Ezen klinikailag egységes csoportnak megfelelő kórboncztani tünetek megközelítőleg súlyosságuk szerint rendezve a következők: Csekélyebb változások a mellső szarvak idegsejtjeiben (melyek csak a Nissl-féle módszerrel mutathatók ki), az edények vértelt volta, fehérvérsejtek kezdődő kivándorlása, elszórtan fellépő kereksejtek, a tengelyfonalak duzzadása, izzadmány az edény közötti ürökben, súlyosabb elváltozások az idegsejtekben, szemcsés sejtek fellépése, nagyobbfokú kereksejtes beszűrődés, a véredényfalak elfajulása. Ezen sorozat végére tehát azon elváltozások volnának teendők, melyek egy heveny diffus gerinczvelőlobnak felelnek meg.

Az eddig mondottakat röviden a következőkben foglaljuk össze:

1. A paralysis ascendens acuta (Landry) név alatt ismert betegségnél a hüdések oka a mellső szarvak mozgató idegsejtjeinek megbetegedésében keresendő.

2. Ezen megbetegedés csak az esetek kisebb számában ér el oly intensitást, hogy elfajulási reactio által követtetnék.

3. Az elülső gyökerekben s környi idegekben talált elváltozások sok esetben csak oly másodlagos tüneteknek tekintendők, melyek az idegsejt megbetegedését követik.

4. A polyneuritis parenchymatosának főleg csak erősen praedisponáló szerepet tulajdoníthatunk.

5. Sok eset, mely ezen betegség neve alatt iratott le, s főleg azok, melyeknél a gerinczagymetszetekben bakteriumokat mutattak ki, nem tartoznak ide.

6. Azonban van az eseteknek egy nagy csoportja, mely a közös klinikai tünetek mellett meglehetősen egybevágó kórboncztani leletet is mutat fel.

Irodalom.

Ballet. Med. Week. 1895. III. 526. l. — *Barbacci e Campacci.* Riv. di path. nerv. e ment. 1897, Fasc. 8. — *Baumgarten.* Arch. für Heilkunde. XVII. 245. l. — *Bayley and Eving.* New-York med. Journ. 1896, LXIV. 5. l. — *Behrend.* Centralblatt für Nervenheilkunde 1895. — *Berger.* Degen. d. Vorderhornzellen des Rückenmarkes bei der Paralyse. Berlin, 1898. — *Bernhardt.* Berl. klin. Wochenschrift. 1871, 561. l. — *Burghart.* Charité Annalen. 1897. 129. l. — *Centanni.* Ziegler's Beitr. zur path. Anat. 1890, VIII. 358. l. — *Curschmann.* Verhandl. des 5. Congr. für innere Med. 1886, 473. l. — *Déjérine.* Comptes rend. 1878. V. 87. l. — *Eichhorst.* Virchow's Archiv. 1893, CXXIX. — *Eisenlohr.* Virchow's Archiv. 1878, LXXIII. 73 l. — *Eisenlohr.* Deutsche med. Wochenschr. 1890. — *Göbler.* Münch. med. Wochenschr. 1898. 959. l. — *Goldscheider* und *Flatau.* Normale und pathol. Anat. der Nervenzellen. Berlin, 1898. — *Hlava.* Extr. des arch. bohêmes de méd. IV. Fasc. 2. Ref. Schmidt's Jahrb. 1891. 244. l. — *Jaffé.* Berl. klin. Wochenschr. 1878. 653. l. — *Jolly.* Deutsche med. Wochenschr. 1894. 281. l. — *Kennedy.* Leyden és Goldscheider után idézve. — *Kahler* und *Pick.* Arch. für Psychiatrie. X. 313. l. — *Krewer.* Zeitschrift für klin. Med. 1897. XXXII. — *Landry.* Gazette hebdom. 1859. VI. 472. l. — *v. Leyden.* Zeitschrift für klin. Medic. 1880, 413. l. — *v. Leyden.* Allgem. Zeitschrift für Psych. 1875. 537. l. — *v. Leyden* und *Goldscheider.* Die Erkrankungen des Rückenmarkes. Wien, 1897. — *Marinesco.* Comptes rendus de la soc. de phys. biolog. 1895, nov. 30. — *Marinesco* et *Oettinger.* Semaine méd. 1895. 6. sz. — *Marinesco* et *Marie.* Bulletin et mémoir. de la soc. méd. des Hôpit. de Paris. 1895. október. — *Nauwerck* und *Barth.* Ziegler's Beitr. zur path. Anat. V. 1. l. — *Neppi.* Goldscheider és Flatau után id. — *Pitres* et *Vaillard.* Arch. de physiol. 1867. II. 150. l. — *Putnam.* Boston med. and surg. Journ. 1889. Bayley és Eving után id. — *Ross.* Diseases of nerv. syst. — *Russel.* Arch. de med. Nov. 1883. Bayley és Eving után id. — *Schultz* und *Schultze.* Arch. für Psychiatrie. 1882. XII. 458 l. — *Soukhanoff.* Nouvelle Iconogr. de la Salpétrière. 1897. Goldscheider után id. — *Strümpell.* Arch. für Psychiatrie 1883. XIII. — *v. d. Velden.* Deutsches Arch. für klin. Med. 1887. XIV. 678. l. — *Westphal.* Arch. für Psychiatrie. 1875. V. 765. l.

Áthatoló koponya-löseb gyógyult esete.

Nagyobb agyveszteséget okozó, a koponyát teljesen átfúró lött sebek igen ritkán gyógyulnak; egy ilyen igen ritka és tanulságos esetem volt a vezetésem alatti közkórházban, s azért azt röviden a következőkben közlöm.

B. J. 28 éves pénzügyőr f. év április hó 12-dikén mulatozás után hazatérve ágyába feküdt és szolgálati, élesre töltött lőfegyverével (Werndl-karabély) magát halántékon lőtte; az ugyanazon szobában alvó társa csak a fegyver leesése és a sebesült vergődése okozta zajra ébredt fel. A segélyül hivott orvos a sebesültet öntudatlan állapotban hanyattfekve találta s míg jobb oldalán kevesebb vérben szétroncsolt agyállományt talált, bal oldalán nagy vértócsában sok szétroncsolt agyállományt és állitólag ujjnyi vastagságú és alakú agydarabot is talált. A sérült orrán, száján és két sebéből erősen vérzett.

Felvételnél a sérült eszméletlenül fekszik, puha érverése 60 perczenkint, láza nincs. Jobb oldalon a járomcsont halánték nyúlványa felett, a külső szemgödri széltől 2·5 cm. távolban egy kerekded, kisujjam hegyét könnyen befogadó bőrseb, mely körül a bőr lőporszemcsékkel és korommal kevert véres agyállománynyal van fedve. Bal oldalon a két külső szemzugon áthaladóan képzelt egyenes vonaltól 4 cm. magasban, a tarhely közepétől 9 cm. távolban a homlokdudor mögött egy diónyi, mérsékelten hullámzó, de nem pulzáló daganat közepén csillagosan átszakadt bőr sebe képezi a löveg kimeneti nyilását. Mindkét seb mérsékelten vérzik. A kimeneti nyiláson át képzelt függélyes az előbb képzelt vizszintessel a külső szemgödri széltől 4·5 cm.-re keresztezödik, e szerint a lőcsatorna iránya: jobb oldalról alulról, mellülről, baloldalra ferdén hát- és felfelé halad, úgy, hogy míg baloldalon valószinűleg a nervus opticust] zúzta szét és a koponyaűrön kivül halad, baloldalfelé mind hátrább és fennebb hatolva körülbelül a középső homlok tekervény középharmadát fúrja át. Tüzetesebben megnézve az arczot, feltünik, hogy a jobb szem elődülled és a jobb arczfél kifejezéstelenebb, mint a bal.

A sérülés körülbelül reggel 3—4 óra között történt, a beteg eszméletlensége délelőtt 11 óráig tart, ekkor az addig nyugodtan fekvő beteg kezével kapkod, értelmetlenül mormog, majd magyar és tót nyelven keverve összefüggés nélküli szavakat mond. Erősen kidülledt jobb szemét érintve féktelenül lármáz. A pupillákon differentia ki nem vehető; kapkodásaiban és türelmetlen mozdulataiban mindenik végtagja egyenlő erővel vesz részt. Délutánra lecsillapul, mélyen alszik, érintésre könnyen ébred fel, kérdésre értelmetlenül mormog, bal oldalra fordul, tovább alszik.

Április 12-dikén. A kötést véres savó egészen átnedvesitette, az eltávolításnál a kimeneti nyilásból kávéskanálnyi, vérrel kevert agyállományhoz hasonló anyag nyomul ki, ezt górcsővel megvizsgálva, szemcsés sejtek között egészen határozottan kivehető vérsejtekkel telt hajszáledényreczét találtam. A beteg állandóan alszik, álmában czivódni látszik, sokat mormog, kérdésre ad feleletet, de érthetetlen szavakban.

Április 13-dikán. A beteg öntudatra ébredt, pulsusa 78, teltebb, kérdésre egyenesen felel, tudja, hogy melyik évben vagyunk, de azt, hogy melyik hónapban, nem; mérsékelt fejfájásról panaszkodik és a jobb szemét érintve, élénken kiált „fáj! fáj! nagyon fáj!" Órámat elébe tartva, felszólításra vontatottan, de helyesen olvassa le, a fali óra ketyegését jól hallja és felszólításra kezével helyesen utánozza ritmusát. Kérdéseimre helyesen mondja meg korát, nevét, állását, tudja, hogy mióta van a pénzügyőrségnél, tudja ki a főbiztosa, tudja, hogy a kórházban van; de hogy betegsége mi és miképen keletkezett, nem tudja. Feleletei olyan vontatottak, rövidek, mint a milyent az álmából felriasztott és még az álommal küzdő kelletlenül ad.

Április 16-dikán. Napról napra aluszékonyabb, a kötés kevésbbé nedvesül át, kötésváltásnál az ellen tiltakozik: „én aludni akarok" kifejezéssel iparkodik annak kellemetlenségeitől menekülni. Pulsusa 48, láza nincs, jobb szem erősebben dülledt, a felső szemhéj teljesen takarja azt, a jobb arczfél a hűdést kifejezettebben mutatja, száját kitátani és rágni nem bir, kérdésre igen vontatottan ad választ; nem tudja mikor alszik és mikor van ébren.

Április 19-dikén. Az utolsó három nap alatt pulsusa szaporább napról napra, ma már 120; láza állandóan nincs, a sebekből vörhenyes genyszerű anyag bőven szivárog. Bárha igen türelmetlen, felszólításra felül magától, jobb szemében igen erős fájdalmai vannak, azzal mit sem lát, de fel sem tudja nyitni, hozzányúlni nem enged, élénken kiált és védekezik. Sokat, de éberen alszik, alvás közben sokat mormog.

Április 21-dikén. Szivverés 100, értelmesen és elég előzékenyen felel, igen álmos, szemeit nyitva a jobb szem félig csukva marad.

Április 28-dikán. Kevesebbet alszik, szívverés már 80, élénkebb, rágni még mindig nem képes.

Május 5-dikén. Kérdésekre élénken felel; de értelme zavart, emlékező képessége nagy hiányokat mutat, majd katonának, majd pénzügyőrnek véli magát, állítja, hogy naponkint jár haza szolgálattétel végett, mert Szeniczen van, főbiztosának nevét nem ismeri. Be kell rukkolnia a katonasághoz; de nem tudja miért. Tudja ugyan, hogy

április 11-dikén történt vele valami; de nem tudja, hogy le esett-e, vagy ő maga, vagy másvalaki sértette meg; Nagy-Tapolcsányban sohasem volt, ismeri, hogy orvosa vagyok; de betegtársait pénzügyőröknek nézi. A bemeneti sebe nagy részben behegedt, a kimenetin a dag teljesen megszünt, abból még kevés beszáradó savós váladék szivárog ki.

Május 12-dikén. Napról napra élénkül, a rendes visit alkalmával felül, ma már künn is járt, járása nagyon bizonytalan; a kimeneti nyilásból most bőven geny ömlik és abból két lencsényi csontot távolítottam el. A bemeneti nyilás alig kendermagnyi sarjszövetet mutat.

Május 29-dikén. Egészen víg, rendesen jár, jól rág, a nap legnagyobb részét künn a szabadban tölti, betegtársaival élénken társalog, látogatóit mind felismeri, fájdalma nincs, de a jobb szemét még érinteni sem engedi; a bemeneti nyilás teljesen behegedt, a kimenetiből újra csak igen kevés gyorsan beszáradó savó szivárog ki, ezen nyilás alig kölesnyi és kevesebb mértékben van behúzódva, mint a túloldali. Értelme, emlékezőképessége helyes.

A míg a bal arczfélkifejezés teljesebb, a szem teljesen nyitott és a homlokon is némi redőzés vehető ki, a jobb arczfél alvó ember képét mutatja, a szem félig csukott, az arczredők elsimultak és az egész jobb arczfél megnyúltnak látszik. Füttyhangot tisztán ad, de csak a bal ajkrészlet redőződik, homlokát sem haránt, sem hosszanti redőkbe szedni nem képes, csupán felfelé nézésnél lehet kivenni, hogy a jobb szemöldív visszamarad és a bal valamivel feljebb emelkedik.

Szeme előtt tárgyat mozgatva, felszólításra balszemével helyesen kiséri; de a jobb szeme csak korlátolt mozgásokat tesz, egy darabig követi ugyan a bal szemet, de azután megáll; legnagyobb a korlátoltság felfelé, a mely irányban a pupilla a félig csukott szemhéj alá nem emelkedik. A jobb szem, daczára hogy spontan fájdalmai nincsenek, a legkisebb érintésre is igen fájdalmas, úgy hogy a szemhéjat felemelni nem lehet és így a félig csukott szem tükrözése majdnem kivihetetlen, főleg mert a pillák is a látható pupillát beárnyékolják és a nyert képet zavarják. Két alkalommal kisérlettem meg a tükrözést, az nagy fájdalmat okozott és e miatt mindkétszer csak pillanatnyi áttekintést engedett; egyik alkalommal elefántcsontfehér alapon láttam két középvastag szétágazó edényt, a másik alkalommal ugyancsak oly fehér alapon három, a papilla nagyságánál kisebb, rendetlen, szögletes, a szem rendes háttér színének megfelelő piros foltot. A bal szem háttere normalistól eltérést nem mutat.

Május 29-dikén távozott a beteg; egészben véve kevesebb intelligentiával biró egyén benyomását teszi, de állásának megfelelő az, tudása mit sem változott, végtagjai egyenletesen erősek, azokon különbség nem vehető ki.

Jelen esetben tehát a nagyfokú agyroncsolás daczára a szellemi és testi működésben zavar nem állott be, a részbeni zavarokat (a jobb szem látásképességének elvesztése és jobb arczfél hűdése) nem a központ, de a környi idegek szétroncsolása okozta.

Friedrich Alajos dr.
kórházi igazgató főorvos Nagy-Tapolcsányban.

TÁRCZA.

Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére.[1]

Míg *Platon* olyannak képzelte a világot, a milyennek ő maga szerette volna, addig *Aristoteles* a világot a maga valóságában kutatta; *Rafael* (1483—1520) az athéni bölcsészeti iskolát ábrázoló híres falfestményén, mely a vatikánban látható, ezt úgy fejezte ki, hogy *Platon* kezével az égre, *Aristoteles* a földre mutat. *Aristoteles* előtt a bölcsészek „a priori“ állapították meg rendszerüket és azután ennek keretébe akarták szoritani a tényeket, *Aristoteles* ellenben az egyedül helyes utat felismerte és tanait épen úgy, mint már előtte *Hippokrates*, a természeti tünemények megfigyelésére, a tapasztalatra alapitotta és ez által az empyrikus szellemet Európában meghonositotta. Az inductiv okoskodásnak is ő volt megtemtője, de e bizonyitási forma nála még nagyon kezdetleges volt (ἐπαγώγη), ezenkivül a „syllogismus“ név alatt ismeretes formáját a deductionak is ő alkotta meg, valamint ő határozta meg legelőször a tudományos definitio és divisio elméletét is. Az emberi művelődés fejlődésének terén páratlanul áll *Aristoteles* dicső alakja és neve minden emberi tudományágnak, de különösen a természettudománynak és az orvostannak történetében fényes helyet foglal el.

Aristoteles Kr. e. 384-ben született *Stageira* vagy *Stagiros* nevű kis görög gyarmatvárosban, a mely Thrakiában, a *Chalkidike* félsziget keleti partján feküdt, a mai *Stauro* város helyén. Atyja *Nikomachos* híres orvos volt, a ki *Asklepios* nemzetségéből származtatta magát és Makedonia fővárosában, *Pellá*-ban működött, mint *II. Amyntas* makedon király udvari orvosa és bizalmasa. *II. Amyntas* király legifjabb fia, *Fülöp*, a későbbi nagy király már gyermekkorában megszerette *Aristotelest*, a ki játszótársa volt és később is annyira becsülte, hogy fiának, *Sándornak* nevelését reá bizta. Miután *Aristoteles* 17 éves korában atyját elvesztette, Athenbe ment és húsz éves korától fogva tizenhét éven át *Platon*-nak volt tanitványa. *Platon* őt az iskola eszének nevezte, de mivel *Aristoteles* a mesterének tanait sok tekintetben kifogásolta, ez 347-ben bekövetkezett halálakor nem őt, hanem kedvencz tanitványát, *Speusippost* tette meg utódjává az akademia élén. Mesterének elhalálozása után *Aristoteles* beutazta Kis-Ázsiát, 343-ban pedig *Fülöp* makedon király felhivására elvállalta a 12 éves trónörökösnek *Sándornak* nevelését.

Sándort négy éven át ennek 16 éves koráig oktatta és oly nagy hatással volt tanitványára, hogy ez még akkor is, midőn úgyszólván az egész ismert világnak ura lett, volt tanitóját barátjának tekintette és öt fejedelmi bőkezűséggel támogatta tudományos kutatásaiban.

Plinius szerint bárhova jutott el *Nagy Sándor* világhódító hadjáratai közben, ezer ember mindig azzal foglalkozott, hogy *Aristoteles* számára összegyüjtse az illető vidék állatainak és növényeinek néhány példányát, mások állitása szerint pedig *Nagy Sándor* 800 talentumot vagyis körülbelül két millió forintot adott *Aristotelesnek*, hogy lehetővé tegye az ő nagyszerű tudományos kutatásait és igen dús könyvtárának összeállitását, a mely az első nagyobb könyvgyüjtemény volt Hellasban. *Aristoteles* 335-ben, 49 éves korában visszatért Athenbe és ott a *lykeion* nevű gymnasium kertjében, a mely nevét onnan nyerte, mivel *Apollon Lykeios* szentélyének szomszédságában volt, bölcsészeti iskolát nyitott; a „*liczeum*“, „*lycée*“ elnevezés ma is használatban van számos európai nyelvben felsőbb tanintézetek jelzésére. Ezen lykeion nevű kert árnyas fasoraiban sétálgatva, tárgyalta tanitványaival a bölcsészeti kérdéseket és ezért az ő iskoláját, a lykeiont, *peripatetikus*-iskolának is nevezik (περιπατέω = sétálok). Reggelenkint nehezebb és elvontabb bölcsészeti themákat tárgyalt bizalmas körben, az előrehaladottabb tanitványai előtt; ezek voltak esoterikus vagy akroamatikus előadásai. Esténkint pedig nagyobb hallgatóság előtt, az ú. n. exoterikus vagy akroatikus előadásaiban, rhetorikai, aesthetikai, jogi vagy politikai kérdéseket szokott tárgyalni. E működését megszakitás nélkül tizenhárom éven át folytatta Athenben és ezen idő alatt irta meg nagyszámú tudományos műveinek legnagyobb részét. Azonban rövid idővel *Nagy Sándor* halála után, a mely a Kr. e. 323. év junius havában következett be, Athenben a makedonellenes párt túlsúlyra emelkedve, üldözni kezdte *Aristotelest* és az istentagadás (ἀσέβεια) vádját emelte ellene, épen úgy, a mint ez hetvenhét évvel előbb *Sokrates*-sel történt volt. Ekkor *Aristoteles* azon kijelentéssel, hogy meg akarja menteni Athent attól a szégyentől, hogy egy újabb merényletet kövessen el a bölcsészet ellen, elhagyta Athent és az Euboia-szigetén lévő Chalkisban telepedett le, de alig egy évi ott tartózkodás után 322-ben idült gyomorbetegség, valószinűleg gyomorrák következtében meghalt. Utolsó szavai ezek voltak: „Meztelenül jöttem a világra, kételyek között éltem és bizonytalanságban halok meg.“

Aristoteles műveinek száma, a melyeket részint párbeszéd, részint értekezés alakjában szerkesztett, állitólag az ezret közelitette meg, de ezeknek legnagyobb része elveszett és nevezetesen a párbeszédekből alig maradt valami reánk. Míg az előtte élt görög bölcsészek a gondolataikat versformában, vagy legalább színes költői képekben fejezték ki, addig *Aristoteles* megteremtette a szabatos tudományos prózát. Iratait legkedvesebb tanitványának, az eresosi *Theophrastos*-nak hagyományozta (*Eresos* a Sporádok közé tartozó *Lesbos* sziget egy városa volt), ettől ezeket tanitványa *Neleos* örökölte, a kinek halála után örökösei családi kincs gyanánt őrizték őket, és mivel attól tartottak, hogy a pergamosi királyok, a kiknek alattvalói voltak, és a kik szenvedélyesen gyüjtötték a könyveket, ezeket elkoboznák saját könyvtáruk számára, a könyvtárt egy pinczében tartották elrejtve. Midőn azután egy századdal később egy gazdag könyvkedvelő athéni polgár, *Apellikon* e könyvtárt megvette, az iratok nagy része a pincze nyirkossága és különböző rágcsáló állatok pusztitása következtében már tönkrement volt. Később *Apellikon* könyvtárával együtt ezek az iratok is *Sulla* római hadvezér birtokába kerültek, a ki Rómába vitette és több példányban lemásoltatta őket és ekként útját egyengette ott a peripatetikus bölcsészet behatóbb tanulmányozásának. A másolatoknak egy példányát *Sulla* a rhodosi *Andronikosnak*, a római peripatetikus iskola akkori fejének adta, a ki e műveket rendezte és közzétette az első században Krisztus előtt. *Andronikos* négy csoportba osztotta *Aristoteles* műveit. Az első csoportba (τό ὄργανον = segédeszköz) a logikát tárgyaló műveket sorolta, a másodikba a természettudományi munkákat (τὰ φυσικά), a harmadik csoportba az elvontabb tárgyú bölcsészeti műveket osztotta be és mivel ezek a természettudományi értekezések után következtek, *metaphysikai* műveknek (τὰ μετὰ τὰ φυσικά) neveztettek el, és azóta ez a kifejezés „metaphysika“ általában hasonló bölcsészeti művek jelzésére használtatik, végre a negyedik csoportba az erkölcstant tárgyaló munkákat (τὰ ἠθικά) sorolta.

Aristoteles az ember czéljának a boldogságot mondotta, a melyet csak a szellemi tevékenységben és a belső derekasságban lehet feltalálni. Míg *Sokrates* és *Platon* úgy határozták meg az erényt, hogy ez a jónak tudásában áll, addig *Aristoteles* szerint az erény lényege abban rejlik, hogy az ember akarata állandóan a jó felé legyen irányitva és a törekvésében az arany középutat el ne hagyja. *Aristoteles* azonfelül, hogy a logikát, poetikát és rhetorikát rendszerbe foglalta, igen becses államtudományi munkákat is irt, a melyekből itt csak azt emlitem fel, hogy *Platonnal* ellentétben, a ki a bölcsészek aristokrata uralmának volt szószólója, a legczélszerübb kormányformának az észszerűen berendezett demokratiát hirdette.

Aristoteles fenmaradt természettudományi művei közül a legnevezetesebbek a következők:

1. *Φυσικὰ* = Physica (nyolcz könyvben). E műben az anyag, erő és mozgás fogalmait fejtegeti és a világegyetem berendezéséről és az égi testek mozgásáról szóló tant adja elő.

[1] Szemelvény *Tihanyi Mór* dr.-nak a budapesti kir. orvosegyesület 1899. május 20-diki ülésén tartott előadásából.

2. *Περὶ ζώων ἱστορίας* = De historia animalium = *Állattan.* Ezen óriási mű, mint *Plinius* irja, negyven könyvből állott, de ezekből reánk csak tiz könyv maradt.

3. *Περὶ ζώων μορίων* = De partibus animalium = Az állatok szerveiről (négy könyvben).

4. *Περὶ ζώων γενέσεως* = De generatione animalium = Az állatok keletkezéséről.

5. *Περὶ ψυχῆς* = De anima = A lélekről (három könyvben).

6. *Περὶ αἰσθήσεως καὶ περὶ αἰσθητῶν* = De sensu et sensili = Az érzésről és az érzékelhetőkről (négy könyvben).

7. *Περὶ γενέσεως καὶ περὶ φθορᾶς* = De generatione et corruptione = A keletkezésről és enyészetről (két könyvben). E műben az elemek tulajdonságait tárgyalja és kimutatja, hogy az elemek különböző kapcsolata útján keletkeznek az összes létező tárgyak.

8. *Μετεωρολογικὰ* = Meteorologia (négy könyvben). E műben csak kisebb részében foglalkozik a meteorologiai tüneményekkel, főként pedig vegyi, földtani és csillagászati kérdéseket tárgyal.

Aristoteles kisebb természettudományi értekezései közé, a melyeket a scholastikusok *„parva naturalia“* név alatt foglaltak össze, tartoznak a következők:

9. *Περὶ νεότητος καὶ περὶ γήρως, περὶ ζωῆς καὶ θανάτου* = De senectute et juventute, de vita et morte = Az ifjúságról és öregségről, az életről és halálról.

10. *Περὶ μνήμης καὶ περὶ ἀναμνήσεως* = De memoria et reminiscentia = Az emlékezőtehetségről és a visszaemlékezésről.

11. *Περὶ ὕπνου καὶ περὶ ἐγρηγόρσεως* = De somno et vigilio = Az alvásról és az ébrenlétről.

12. *Περὶ ἐνυπνίων* = De insomnüs = Az álomképekről.

13. *Μακροβιότητος, καὶ μικροβιότητος* = De longitudine et brevitudine vitae = A hosszú- és rövidéletűségről.

14. *Περὶ τῆς κοινῆς τῶν ζώων κινήσεως* = De communi animalium motu = Az állatok mozgásáról általában.

15. *Περι ζώων πορείας* = De animalium incessu = Az állatok járásáról.

Két nagyobb orvostani munkája — sajnos — már az ókorban elveszett.

A magyar irodalomban *Aristotelest* — sajnos — még alig ismerik, a mennyiben magyar nyelvre eddig csak kevés műve van lefordítva — *Aristoteles* műveinek magyarra fordítása terén legtöbb érdeme volt *Haberern Jonathán* tanárnak, *Haberern J. Pál* kartársunk boldogult atyjának —, pedig művei nemcsak kitünő szellemi gymnastikául szolgálhatnak, hanem az emberi tudásnak még soká ki nem meritheto tárházát képviselik.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Temesváry Rezső: Előitéletek, népszokások és babonák a szülészet körében Magyarországon. Budapest. Dobrowsky és Franke. 1899. Ára 2 korona.

Az orvosi ethnographia két okból értékes. Először is fontos kiegészitő része az orvostörténelemnek. Az ethnographia által leirt szokások és babonás eljárások javarészt egy régibb korszak gyógytudományának maradványai, vagy legalább is carricaturái, a melyek legtöbbjéről sikerül is kimutatnunk, hogy mikor állott az még a „modern“ magaslaton; míg némelyikük keletkezése már túl esvén a történelmileg felkutatható távolságon, róluk felvilágositást már nem is találunk. Másodszor pedig a jelen állapotok hiányait fedezi fel az ethnographia mindenütt ott, a hol ilyenek vannak. Hazánk mai culturája még nem akadályozza meg az ilyen adatok gyüjtését, bár „iam proximus ardet“, a civilisatio nemsokára lehetetlenné teszi azt.

Az összegyüjtött adatokat szemügyre véve az olvasó maga elé varázsolhatja a multat s maga tapasztalhatja a jelenben, hogy valamikor *mint volt*, s ennyiben Temesváry munkája orvostörténelmi értékü; a mennyiben pedig megláthatjuk belőle, hogy a mi volt, az még mindig *meg is van*: socialis értékü; mert meglevő hiányokat tárva fel, azokat a segitségnek is hozzáférhetőbbekké teszi.

Nem lenne érdektelen egyszer a társadalom müvelt osztályának ethnographiájával is foglalkozni; mert a laikus publicum in toto még a humoralpathologia világában él s a legmodernebb dolog: a Kneippismus, a legvaskosabb humoralpathologián, a kakochymián épült fel. A corpus Hippokraticum és a Galenus tanaiban foglalt nézetek még mindig virágzanak; mennyivel inkább tehát az orvoslás körébe eső babonák, melyek felburjánzása sokkal későbbi időre esett. Még a XVII. században is — bármily örökbecsü orvosi felfedezéseket is köszönjünk annak — sok volt a babona. De különösen alkalmatos talaj volt hozzá a szülészet, mert gyakorlatától az orvosok távol tartották magukat, a bábák kiképzése pedig ugyancsak gyarló volt; még ama század utolsó éveiben is Németország sok helyén a polgármesterné vizsgáztatta le őket!

Az egyrészt századokon át felhalmozódott, másrészt a cultura, specialisan a bábaügy rendezésével gyérülő adatokat T. tanulságos és szórakoztató könyvbe foglalta össze s ezzel a lehanyatló század culturtörténetének megirta egy érdekes fejezetét. Egyenkint tárgyazza könyve: a havi vérzés, meddőség, fogamzásellenes eljárások, terhesség, szülés, vérzés, gyermekágy, szoptatás és az újszülött körüli előitéleteket, népszokásokat és babonákat; mindmegannyiról exact adatainak legioja szól, melyek mint eljárások valamennyien a népszellemnek következetes megnyilvánulásai s a melyektől csak nagynehezen tartható vissza s szoktatható le a lakosság az általuk amúgy is bizalmatlansággal s kelletlenül fogadott bábák által. Hát még a hol ilyenek nincsenek! Mindezen adatok az ország összes vidékeiről, megbizható kezekből (első sorban nagyszámú orvosoktól s azonkivül bábáktól) erednek s azok gyüjtése — *számszerint 12,000 adaté* —, beosztása s feldolgozása oly sok időbe, fáradságba került és oly lelkes tárgyszeretetet tételez fel, hogy nagy hálával tartozik T.-nak az orvostudomány, s nem kisebbel a közegészségügyi administratio, melynek nagyon megkönnyitette munkáját az által, hogy feltárta az ország különböző területeinek különféle hiányait, főleg a szülőnők ellátása körül, a kiket még mindig nagy mértékben pusztit a gyermekágyi láz. Az a sok „segitség“, melyben a szülőnőt részesitik — nem tekintvén még a szülést physiologikus folyamatnak —, a mint látható, csaknem mindig előitéletes eljárásokból, babonából áll.

Valóban nehéz dolog lenne tanácsot adni T.-nak, vajjon könyvét idegen nyelvre lefordítsa-e vagy sem? Mert míg egyrészt hazánk közegészségi állapotának elmaradt szomorú viszonyaiba korlátozatlan betekintést enged, másfelől az orvosi ethnographiának olyan kis remekműve az, hogy sajnálnók azt elzárni az idegen nyelvű érdeklődők elől.

Gy—y.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. junius 9.

✳ **Védekezés a pestis ellen.** Az Egyptomban fellépett pestis behurczoltatásának megakadályozása végett a kereskedelmi minister a következő rendeletet adta ki:

Tekintettel az Alexandriában előfordult pestisesetekre, a m. kir. bel-, pénz- és földmivelésügyi minister urakkal, valamint az osztrák cs. és kir. kormánynyal egyetértőleg, a pestis Egyptomból való behurczolásának megakadályozása végett az Egyiptomból származó következő árúknak és tárgyaknak behozatalát és átvételét megtiltom:

1. Használt fehérnemű, ócska és viselt ruhanemű (személyes használatra szolgáló holmik), használt ágynemű. A mennyiben ezen tárgyak útipodgyászként, vagy lakhelyváltoztatás következtében mint költözködési tárgyak szállittatnak, azok a határ átlépésnél az egészségrendőri vizsgálatra és eljárásra nézve fennálló külön határozatok alá esnek.

2. Rongyok, ideértve a hydraulikus erővel összesajtolt azon rongyokat is, a melyek mint kereskedelmi czikkek nagy mértékben szállittatnak.

3. Használt zsákok, szőnyegek és már használatban volt himzések.

4. Friss, vagy levegőn nem tökéletesen száritott, valamint meszezetlen vagy gypsszel, arzénnel vagy egyébként nem kezelt nyers börök.

5. Friss (nyers) állati nyerstermények, mint csontok, körmök, paták, hólyagok, friss, nem száritott, vagy nem sózott belek, a menynyiben az említett tárgyak állati hulladékok, továbbá szőr és sörte.

6. Haj.

A felsorolt árúk vagy tárgyak átvitele az esetre, ha azoknak a szomszédos külföldi átviteli, illetve beviteli területre való beviteli engedélyezése igazoltatott, csak úgy engedhető meg, ha azok űrzár mellett oly módon vannak csomagolva, hogy útközben azoknak mindennemű kezelése lehetetlen.

Ezen rendelet azon napon lép hatályba, a melyen az az illető vám-, illetve révhivatalok tudomására jut.

Budapest, 1899. évi junius hó 5-dikén.

Hegedüs, s. k.

E rendeleten kivül a kereskedelmi minister még a következő rendeletet is intézte a m. kir. tengerészeti hatósághoz:

Az Alexandriából való tengeri érkezésekkel szemben követendő eljárás alapját az 1887. évi velenczei értekezlet határozmányai állapitják meg. E szerint:

A hajókkal szemben ezen értekezletnek a VIII. czim alatt foglalt határozatai értelmében a gyanús hajókra vonatkozó intézkedések alkalmaztatnak, orvosi vizsgálat, fertőtlenités, a fenékviz eltávolitása és a hajón levő vizkészletnek élvezhető friss ivóvizzel való pótlása (visite médicale, desinfection, évacuation de l'eau de cale et substitution d'une bonne eau potable à celle qui est enmagasinée à bord).

A hajó utasai felett az elindulás napjától számitva 10 napon át foganatositandó felügyelet akként hajtatik végre, hogy ha az utazás 10 napnál rövidebb ideig tartott s a hajó egészségi viszonyai az értekezlet határozmányaiban jelzett esetekben az első orvosi vizsgálat eredményei szerint kedvezőtleneknek mutatkoznak, az orvosi vizsgálat a hajón, vagy valamely tengeri veszteg-intézetben ismételtetik.

A hajónak és az utasoknak ez által feltételezett visszatartása, valamint ennek tartama, az orvosi megvizsgálás eredményéhez képest, esetről esetre rendeltetik el.

Az ily visszatartás időtartama akként állapittatik meg, hogy az az utazási idővel együtt rendesen legfeljebb 7 napot tehet ki.

Ha valamely hajó utazásának ideje 10 napnál tovább tart, a szabad forgalomhoz való bocsátás minden korlátozás nélkül történik, feltéve, hogy a hajón netalán tapasztalt kedvezőtlen egészségi visszonyok különleges intézkedésekre nem jogosítanak.

A velenczei egyezmény egyéb határozmányai érintetlenül maradnak és szigorúan alkalmazandók.

A behozatali tilalmakra nézve külön rendelet adatott ki.

Jelen rendeletem ez évi junius hó 3-dikán 37,622. szám alatt kiadott rendeletem helyébe lép.

Ezenkivül az Egyiptomból érkező és továbbmenő utasoknak az illetékes helyhatóságok tudomására juttatása és további orvosi megfigyeltetése végett a magyar királyi tengerészeti hatósághoz még a következő rendelet intéztetett:

Abból a czélból, hogy a fertőzött vidékekről érkező utasoknak orvosi megfigyeltetése iránt szükséges intézkedések foganatosítása minél hathatósabban biztosíttassék, a tengerészeti hatóság kötelességévé teszem, hogy az Egyiptomból érkező és az országba, avagy külföldre továbbmenő utasok érkezéséről az érdekelt helyi hatóságot s az illetékes törvényhatóságot, illetve a megfelelő közigazgatósági hatóságot esetről esetre táviratilag értesítsék.

* * *

⁂ **A magyar orvosok és természetvizsgálók** idei — immár XXX. — vándorgyülésüket Szabadkán fogják megtartani. A gyülés programmja a következő: augusztus 26-dikán szombaton: ismerkedési estély; augusztus 27-dikén, vasárnap: délelőtt: ünnepélyes megnyitóülés; augusztus 28-dikán, hétfőn: délelőtt: szakülések, este: tudományos estély; augusztus 29-dikén, kedden: délelőtt szakülések, este: tudományos estély; augusztus 30-dikán, szerdán: délelőtt: szakülések, este: tudományos estély; augusztus 31-dikén, csütörtökön: délelőtt: ünnepélyes záró-ülés. Kirándulások lesznek: Palics-fürdőbe, Belgrádba, az Aldunára és Marilla-völgybe. A vándorgyülés tagja lehet mindenki, ki az orvosi, természeti és rokon-tudományokat müveli vagy kedveli. A résztvevés díja 5 frt, melyért a tagok a vándorgyülésről szóló munkálatokat megkapják. A tagsági díj vagy augusztus 15-dikéig Szalkai Gyula dr. pénztárnokhoz (Budapesten, II. kerület, Lánczhid-utcza 2. sz.) előre beküldendő, vagy a személyes beiratkozásnál augusztus 24-dikétől kezdve Szabadkán, a vándorgyülési irodában fizetendő le. A vándorgyülés tagjai a m. kir. államvasutak és az ezek kezelése alatt álló vasutak, valamint a kassa-oderbergi vasút vonalain következő kedvezményben részesülnek: az I-sö osztályon II-od osztályú egész, a II-dik osztályon III-ad osztályú egész, a III-dik osztályon II-od osztályú féljegygyel utazhatnak, a vándorgyülés pénztárnoka útján a jelentkezés, illetve résztvevés díjának beküldése alkalmával szerezhető igazolvány alapján. Minden iránt, a mi a vándorgyülésre vonatkozik, a központi választmányi titkároknál (Prochnov József dr., Budapest, VIII. kerület, József-körút 55. sz. és Nuricsán József dr., Budapest, VIII. kerület, Rökk Szilárd-utcza 28. sz.) tudakozódhatni, úgyszintén a vándorgyülésen tartandó előadások náluk bejelenthetök. Az orvosi szakosztályban, melyet Genersich Antal tanár nyit meg, már eddig körülbelül 60 előadás van bejelentve.

* * *

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. május hó 21-dikétől 1899. május hó 27-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 474 gyermek, elhalt 286 személy, a születések tehát 188 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2481 beteg, szaporodás 749, csökkenés 844 maradt e héten végén ápolás alatt 2386. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 7, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 6, agykérlob 12, agyvérömleny 3, rángások 7, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 55, tüdőgümő és sorvadás 42, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 17, méhrák 8, Bright-kór és veselob 11, angolkór 3, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 8, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. május 28-dikétől junius 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 4), himlőben 8, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 28 (meghalt —), vörhenyben 36 (meghalt 5), kanyaróban 104 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 27 (meghalt 2) trachomában 18, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 51 (meghalt —), orbánczban 16 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

‖ **A Bródy Adél-gyermekkórház berendezése** — a mint azt Grósz Gyula dr. főorvos jelentésében az 1898. évről olvassuk — az elmult évben teljesen be lett fejezve; az ágyak száma jelenleg 117. Az elmult évben 819 fekvő beteget ápoltak és pedig a belgyógyászati osztályon 575 beteget (ezek közül volt 137 diphtheriás és 105 skarlatos), a sebészeti osztályon 164 és a szembeteg-osztályon 80 beteget. A 819 beteg összesen 21,824 ápolási napot töltött az intézetben, melyekből egy betegre átlag 26 nap jutott. A 819 fekvő beteg közül volt 178 fizető (118 izr. és 60 más vallású) és 641 ingyenes (291 izr. és 350 más vallású). A 178 fizető beteg 3539 ápolási napot (átlag 20 nap), a 641 ingyenes beteg pedig 18,285 ápolási napot (átlag 28 nap) vett igénybe. A közös kórtermekben kezeltek 758 beteget; ezek közül 135 volt fizető (82 izr. és 53 más vallású) és 623 ingyenes (286 izr., 337 más vallású). Különszobára kisérővel 61 beteg vétetett fel; ezek közül volt 43 fizető (36 izr., 7 más vallású) és 18 ingyenes (5 izr., 13 más vallású). A 61 különszobás összesen 646 napot töltött a kórházban. A 819 kórházi beteg közt volt nemre nézve 440 fiú és 379 leány; korra nézve 40 egy éven aluli, 176 1—3 éves, 320 3—7 éves és 283 7—14 éves. Ezen 819 fekvő beteg közt volt 528 budapesti és 295 vidéki, illetőleg idegen. Összesen 96 haláleset fordult elő, a mi 11·8%-nak felel meg. A betegek közül azonban 29 haldokolva hozatott a kórházba. Ezen számot levonva az előbbiből, marad 67 (8·2%), a mely halálozási százalék elég kedvezőnek mondható. Kórbonczolás 31 esetben történt. Ezeket *Preisz Hugó* tanár végezte. Az elmult évben a kórház nyilvános rendelésein összesen 7664 bejáró beteg kezeltetett. Himlőelleni védőoltásban részesült 210 gyermek. A belgyógyászati osztályon 5226 bejáró és 575 fekvő beteg kezeltetett, összesen tehát 5801 beteg. A sebészeti osztályon 1298 bejáró és 164 fekvő beteg kezeltetett, összesen tehát 1462 beteg. A sebészeti osztályon végzett műtétek száma 609. A szembeteg-osztályon 1140 bejáró és 80 fekvő beteg fordult meg, összesen 1220 beteg. A szembeteg-osztályon végzett műtétek száma 90. Az elmult 1898-dik évben összesen 128 diphtheria-eset volt. Ezen 128 eset közül 125-nek a kezelése az 1898-dik évben fejeztetett be, 3 eset maradt az 1899-dik évre. A 125 eset közül 104 meggyógyult és 21 meghalt, a mi 16·8%-nak felel meg. Csakhogy ezen 21 elhalt eset közül volt *6* olyan, a mely haldokló állapotban hozatott be a kórházba és a felvétel után néhány óra mulva halt meg. *Levonva tehát a 6 haldokolva behozottat, marad 119 eset közül 15 haláleset, a mi 12·6%-nak felel meg.* Valamennyi esetben a serumtherapiát alkalmazták. A serumon kivül 50 diphtheriás croup-, illetőleg tiszta croup-eset közül 35 esetben végeztek intubatiot. Ezen 35 eset közül gyógyult 16 és meghalt 10. Csakhogy az utóbbi számban *5 gyermek* foglaltatik, a kik *haldokló állapotban* hozattak a kórházba, *ezeket tehát levonva, marad 30 eset és ezek közül gyógyult 16 (53·33%) és meghalt 14 (46·66%)*. A kórház orvosi személyzete következő volt: *Grósz Gyula* dr. igazgató főorvos, *Alapy Henrik* dr., *Móhr Mihály* dr. rendelő orvosok, *Frank Arthur* dr. alorvos, *Benda Adolf*, *Kelemen Dávid* dr. segédorvosok, ifj. *Szenes Zsigmond* dr. gyakornok.

⊕ **A magyar kir. államvasutak betegsegélyző pénztára** — mint azt az igazgatóság és felügyelő bizottság jelentéséből olvassuk — az 1898-dik év folyamán összesen 91,507 taggal birt. Előfordult 177,349 betegedési eset. Az egészségügyi szolgálatot a m. kir. államvasutak igazgatósága egészségügyi osztályának vezetése alatt 7 orvosi tanácsadó, 10 specialista szakorvos és 507 pályaorvos teljesitette. Ezeknek díjazására 188,666 frt 49 kr. fordíttatott; egy-egy beteg tehát átlag 1 frt 04 kr. orvosi díjba került és minden pályaorvos átlag 345—346 beteget orvosolt.

✕ **A kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetemen** a jövő tanévre rectormagnificussá *Fabinyi Rudolf* tanárt, orvoskari dékánná *Lőte József* tanárt, orvoskari jegyzővé *Buday Kálmán* tanárt választották meg s a közoktatásügyi minister e választást megerősítette.

⦶ **A Machlup Adolf üdülőházat** a Vörös-kereszt-egyesület megbizottai babarczi *Schwartzer Ottó* dr. főgondnok vezetése mellett átvették. Az épitkezés 26,226 frtba, a berendezés 4574 frtba került, melyeket a Machlup-féle alap kamatai fedeztek.

⊙ **A Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét folyó évi május havában 62 esetben vették igénybe 26 műtéttel.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét május hóban 976 esetben vették igénybe.

— **A budapesti általános poliklinikán** május hóban 3218 új beteg jelentkezett; az összes rendelések száma 12,135 volt. A laboratoriumban 47 vizsgálatot végeztek.

⊥ **Papp Samu** dr. országgyülési képviselő fürdőorvosi gyakorlatát Alsó-Tátrafüreden megkezdette.

† **Elhunyt.** *Merkler József* dr. Tolnamegye v. tb. főorvosa Budapesten; az elhunyt megyéjében közkedveltségnek örvendett és irodalmi működést is fejtett ki.

= **Megjelent.** *Hojbauer Ferencz* dr. „Magyar Bädeker“ 1899. II. évfolyama. Az összes hazai fürdők és ásványvizek útmutatója.

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

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

= Budapest. =

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő.** Iszapbegöngyölések és külön fürdők. Kö-, kád- és gözfürdők és uszodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla. Prospectust küld ingyen **az igazgatóság.**

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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XIX. rendes ülés 1899. május 27-dikén.) 295. l. — A berlini tüdővész-congressus. 296. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 297. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1899. május hó 27-dikén.)

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

(Folytatás.)

A tabeses ataxia gyógykezeléséről.

Bálint Rezső: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

Sarbó Arthur: A Frenkel-féle methodust szóló egy év óta alkalmazza; előadónak ezen gyógyeljárást illetőleg igen vérmes reményei vannak, mikor azt mondja, hogy a tabeses ataxia minden esetében eredményt ért el; kérdi, mióta alkalmazza?

Bálint: 6 hónapja.

Sarbó Arthur: Szóló a tabeses ataxiának minden esetében nem alkalmazza, mert nem lehet alkalmazni, mert eredményt nem ér el vele.

Előadó az indicatiok közül egyet elfelejtett hangsúlyozni, s ez a hypotonia; mikor a tabeses a paralytikus szakban van, akkor a Frenkel-féle methodussal eredményt elérni nem lehet, csak azt, hogy a beteg az ágyban a kis gyakorlatokat pontosan elvégzi, a nélkül, hogy lábait dobálná, de sem állni, sem járni nem képes.

De ha az eseteket megválogatjuk, akkor eredményt érünk el.

Felhivja szóló a figyelmet arra, a mit különben már *Frenkel* is hangsúlyozott, hogy t. i. a praeataktikus szakban tanitsuk be a beteget ezen kis gyakorlatokra, minek prohibitiv hatása lenne; hogy tényleg igy áll-e a dolog, azt szóló nem tudja; minden esetre fontos ezt a gyakorló orvosnak tudnia, mert a betegnek nem nagy fáradságába kerül s otthon is szépen elvégezheti: reggel, este 10 perczig folytassa és végezze azt; ezzel elérjük azt, hogy ha ataxiássá lenne, akkor ezen gyakorlatokat már tudja.

Mikor az ataxia már fejlődőben van, ne alkalmazzuk ezen methodust, mert akkor beáll a hátránya, mire előadó nem fektetett súlyt, hogy t. i. rosszabitja az ataxiát, mert kifárasztja a beteget.

Az eljárást magát illetőleg, szóló az első héten betanitja a kis gyakorlatokat, melyeket azután a betegre bíz teljesen, s hónapokon keresztül végezteti; szóló maga pedig az állás és járás tanitását veszi elő.

Mondta szóló, hogy előadó reményei túlvérmesek, s ezt igazolja előadónak azon mondása, hogy a Brach-Romberg-tünet eltünt; szóló véleménye szerint, míg a beteg lát, addig tud járni, de a mikor sötétbe jön, újból inog; a bemutatott betegnél a Brach-Romberg-tünet megvan.

Felhivja szóló a figyelmet a courbature-tünetre is, mely abban áll, hogy a beteg gyengeségérzésről panaszkodik, ezt ne téveszszük össze a fáradsággal, mert mig ez utóbbi contraindicálja a Frenkel-methodus gyakorlását, előbbi nem; a betegek petyhüdtnek, bágyadtnak, fáradtnak érzik magukat, érzik, hogy biztosan járnak s mégis arról panaszkodnak, hogy gyengülnek s a methodussal nincsenek megelégedve; ezt tart néha órákig, napokig, vagy hónapokig is, de a gyakorlatok mégis növelik a beteg egyensúly-biztosságát.

A Frenkel-methodusnál legrövidebb idő hat hét, mely alatt feltünőbb eredményt érünk el, s osztja szóló előadónak nézetét, hogy a beteg intelligentiájától s akaraterejétől sok függ.

Azon nézeten van szóló, hogy a methodus alkalmazható, arra való esetekben szép eredményeket tudunk vele elérni, de az indicatiokat sokkal szükebb határok közé kell szorítani, mint azt előadó tette.

Bálint Rezső: Az indicatiok közül felemlitette a hypotoniát, azt mondotta, hogy szükséges ép psychikus működés, jó látás s elegendő izomerő, vagyis ne legyen túlságos nagy hypotonia.

Fejlődő ataxiánál minden szerző contraindicáltnak tartja a *Frenkel*-methodus alkalmazását s igy szóló ilyen esetekben meg.sem próbálta.

A bemutatott betegnél nem mondta szóló, hogy a Brach-Romberg-tünet megszünt, csak azt, hogy lényegesen javult.

Thiersch-féle transplantatioval gyógyitott heges gégeszükület esete.

Alapi Henrik: A most 5½ éves fiú 1897. szeptember 27-dikén vétetett fel a Bródy Adél-gyermekkórház diphtheriás osztályára, hol nehéz légzés miatt azonnal intubáltatott. A tubus eltávolitása naponkint megkisértetett, de mig eleinte 3—4 óráig tudott a cső nélkül lélegzeni, ez az idő napról napra rövidült, söt október 4-dikén a tubus kihúzása után a fiú azonnal fuladozni kezdett, miért is bemutató *október 5-dikén secundaer (alsó) légcsőmetszést* végzett rajta. A Bókay által oly eredményesen inaugurált eljárást: a tracheotomia utáni időben naponkint pár órára intubálást, ez esetben egy közbejött tüdőlob miatt nem lehetett alkalmazni, midőn pedig november 10-dikén intubálni próbálták, már a legvékonyabb cső is csak a gége közepéig volt vezethető. A gégetükörvizsgálatnál a gége a hangszalagokig vált láthatóvá, e részletben semmi hegképződés. Vékony angol katheter kissé a hangszalagok alá hatolt, de tovább nem volt vezethető. Kétségtelen volt, hogy a diphtheritis és intubatio együttes hatása folytán decubitus keletkezett, melynek gyógyulása nagy mérvben szükitő heget eredményezett. Miután e strictura alulról, a canule helyéről sem sikerült áthatolni, bemutató *december 27-dikén laryngofissiot* végzett mély chloroform-narcosisban, lelógó fejtartással, tampon-canule alkalmazása mellett. Az első légcsőporcz, a gyűrűporcz és a paizsporcz alsó felének átmetszése után láthatóvá vált a tömött, kiterjedt hegszövet, melyet egész hosszában átmetszvén, bemutató a canule helyén selyemfonalat vezetett a légcsőbe, innen a strictura át a gégébe, orrgaratűrbe és az orron át ki, a fonál két végét az arczon összekötötte. E fonál segélyével végezte a tágitást 2—3 naponkint pár napon át, olyformán, hogy a fonál egyik végére Phillips-féle vezető bougiet kötött, ezt a fonállal áthúzta a nevezett úton, azután tágitó bougiet csavart rá, melynek bevezetése ily módon könnyen sikerült. Daczára annak azonban, hogy a tágitással felment a 23 Charrière számig, eredményt elérni nem lehetett, mert a fiú másképen, mint a trachealcanule-ön át, nem volt képes lélegzeni.

Ez okból végezte rajta bemutató a *második laryngofissio műtétét* 1898. julius 14-dikén. Ugyancsak lelógó fej mellett, mély narkosisban átmetszette — előzetes lekötés után — a paizsmirigy isthmusát s felhasitotta a légcsőnek a sipoly fölé eső egész részletét, a gyűrűporczot és a paizsporcz alsó felét. A gége széttárása után kiirtotta az egész szükitő heget, úgy hogy egy körkörös, körülbelül 1 cm. magas anyaghiány maradt vissza, melynek alapját a szabadon fekvő perichondrium képezte. Az anyaghiány alatt és felett a nyákhártya és nyákhártyaalatti szövet sorvadt és zsugorodott volt. Ekkor — hogy újabb sarjképződésnek és ebből újabb szükület keletkezésének elejét vegye — bemutató az anyaghiánynál valamivel nagyobb Thiersch-féle lebenyt metszett a czomb belfelületéről és ezt, sebfelületével kifelé forditva, egy a gége lumenének megfelelő jodoformgaze-henger köré illesztve, az egészet benyomta a gégébe, úgy hogy a lebeny sebfelülete a gégebeli sebfelületre pontosan ráfeküdt, mire két ideiglenes öltéssel a gégét elzárva, a műtétet befejezte.

Midőn egy hét mulva felületes narcosisban a gégét újra feltárta és a tampont kivette, a lebeny a seb egész kiterjedésében meg volt tapadva, mire kürtös canule behelyezése után a gégét és lágyrészsebet véglegesen elzárta. A gyógyulás per primam történt, 4-ed napra a fiú elzárt külső nyilással egy óráig, 6-od nap pedig már egész napon át tudott légzeni. Augusztus 1-sején a kürtös canule eltávolittatván, a fiú naponkint pár órára intubáltatott. Az utókezelésben sok baj volt egy az álhangszalagokon — tehát jóval a szükület helye felett — fejlődött lobos duzzanattal, később, midőn ez nagyobbára visszafejlődött, a tracheotomia sebének gyógyulása folytán keletkezett megszükülléssel, melyet intubálással kellett leküzdeni; daczára ennek azonban teljes gyógyulás következett be, a sipoly május 5-dikén behegedt s a gyermek bár csak suttogó hangon beszél, per vias naturales akadálytalanul légzik.

Az a kérdés, vajjon követésre méltó-e a leirt műtét? Ismeretesek a heges gégeszükületek kezelésének nehézségei; ismeretesek azok a fényes eredmények is, melyeket az e téren úttörő Bókay János ért el hasonló esetekben részben egyszerű, részben laryngofissioval kombinált intubatio segélyével. Bemutató e szép eredményeket a nyálkahártya boncztani viszonyaival próbálja magyarázni; hogy t. i. mig a gége nyálkahártyája helyenkint igen szorosan tapad alapjához, addig a légcső nyálkahártyája lazább levén, meg van adva a lehetőség, hogy tubus bentartása mellett ráhúzódjék az anyaghiányra. A bemutatott esetben azonban az anyaghiány oly nagy volt s a szomszédos nyákhártya is annyira el volt hegesen változva, hogy bemutató attól tartott, miszerint a gyógyulás e módja ki van zárva. Ezért alkalmazott transplantatiot, melynek eszméje *Gersuny*-tól ered, ki 1896-ban kisérlette meg eljárását egy 18 hónapos gyermeknél, azonban csak féleredménynyel, a mennyiben a gyermek kilégzeni tudott ugyan, de belégzeni nem volt képes, úgy hogy még ma is canule használatára van utalva.

E szerint a bemutatott eset eddig az egyedüli, melynél átjárhatlan heges gégeszükület gyógyitása transplantatio segélyével sikerült; s bemutató azt véli, hogy hasonló esetben, t. i. nagy anyaghiány, továbbá a szomszédos nyákhártya heges elváltozása esetén az eljárás minden esetre követésre méltó.

Grósz Gyula: Az eset a ritkábbak közül való: a gyermek súlyos diphtheriás crouppal hozatott be a kórházba; 9 napon át intubálva volt, s miután a végleges extubatio nem sikerült, tracheotomia végeztetett nála; utána pneumonia lépett fel; a gégében levő decubitusokból stricturák fejlődtek, a melyek következtében a décanulement nem sikerült, e miatt két izben laryngofissio végeztetett, egy izben transplantatioval, a gége lumene fokozatosan tágittatott előbb bougiekkal, később intubatio segélyével, a gége képletei ismételten kezeltettek, míg végre a gyermek teljesen meggyógyult, azaz a gégén át nyugodtan és jól légzik, bár rekedten, de érthetően beszélni tud.

A mi szólót ezen érdekes és tanulságos lefolyású eset bemutatása alkalmával felszólalásra készteti, az a következő. Álláspontját kivánja jelezni abban a kérdésben, hogy mikor végezzük intubatiós eseteinkben a secundaer tracheotomiát.

A secundaer tracheotomia időpontjának meghatározását illetőleg a szerzők — tudvalevőleg — két csoportra oszlanak; a szerzők egyik

csoportja (*Escherich*, *Ranke*, *Widerhofer*, *Heubner*) a secundaer tracheotomia időpontját akkor látja elérkezettnek, a mikor a negyedik vagy ötödik napon a végleges extubatio nem végezhető, a mikor — véleményük szerint — az intubatio további folytatása által decubitus fejlődhetik. Ezen szerzők tehát a decubitus fejlődésétől való félelmükben mintegy prophylactice végzik a secundaer tracheotomiát.

A szerzők második csoportja (*O'Dwyer* és iskolája) ellenben secundaer tracheotomiát csak gyéren végez és az operativ beavatkozást csak akkor tartja indicáltnak, a mikor már súlyosabb jellegű decubitus kétségtelen jelen van, tekintet nélkül az intubatio tartamára. Az amerikai szerzőkhöz csatlakozik e tekintetben *Bókay*, *Biedert*, *Galatti* és mások. Az utóbbiaknak számos esetben sikerült az intubationak hosszú időn át való folytatása által a beteget a véres műtéttől megóvni.

A maga részéről is csatlakozik szóló a szerzők ezen utolsó csoportjához azok alapján, a miket eddig az intubatio gyakorlása körül észlelt.

Igaz ugyan, hogy az utolsó két év alatt összesen 77 intubatio közül 7 esetben végeztek secundaer tracheotomiát, tehát eléggé gyakran. Az operativ beavatkozást azonban mindezen esetekben súlyos decubitus kétségtelen jelenléte tette indicálttá.

Ezen 7 eset közül az egyikben a 7-dik, egy esetben a 8-dik, három esetben a 9-dik, egy esetben a 11-dik és egy esetben a 12-dik napon végeztük a secundaer tracheotomiát. Ezek mind oly esetek voltak, a melyekben kétségtelen jelei voltak jelen a súlyos decubitusoknak. Mindezen esetekre jellegző volt az, hogy a végleges extubatio nem volt végezhető, hogy az extubatio időtartama mind rövidebb és rövidebb lett és végre, hogy a gyermekek a tubust gyakran kiköhögték, és egyes esetekben még benlevő tubus mellett is a légzés stenotikus volt, a nélkül, hogy ezen stenosist nagyobb fokú bronchitis vagy pneumonia jelenléte magyarázta volna.

Nem lehet ezúttal czélja szólónak a decubitusok fejlődéséről, a decubitusok fellépésének okairól és mindazon praedisponáló körülményekről bővebben szólani, a melyek a decubitusok fejlődésénél szerepelnek, csak egy körülményre figyelmeztet.

Voltak esetek, a melyekben a decubitusnak kétségtelen klinikai jelei voltak jelen és mégsem tartották szükségesnek a secundaer tracheotomiát, természetesen nem voltak — vagy jobban mondva nem lehettek — azok súlyosabb jellegű decubitusok.

Az esetek a következők:

1. H. K. 1 éves; felvétetett 1897. szeptember 18-dikán kiterjedt torokdiphtheriával, súlyos stenotikus tünetek miatt intubáltatott.

Szeptember 19-dikén intubálva van.

Szeptember 20-dikán délelőtt 10 órakor extubatio, 48 órai intubatio után déli 12 órakor ismét intubatio.

Szeptember 21-dikén d. e. 11 órakor extubatio, ismét 23 órán át volt intubálva.

Szeptember 26-dikán este 6 órakor ismét intubatio, 27-dikén reggel 8 órakor extubatio, 14 órán át intubálva.

Szeptember 27-dikén d. e. 11 órakor intubatio, 28-dikán reggel 9 órakor extubatio, 21 órán át intubálva.

Ezután már nem kellett többé intubálni. Az első intubatios időtartam összesen 71 órát tett ki, a mely alatt valószinűleg decubitus fejlődött, a mely hegképződéshez vezetett, úgy, hogy 5 nappal később újból kellett intubálni összesen 35 órán át,

Hogy még akkor nem volt teljesen meggyógyulva a decubitus, azt az a körülmény is bizonyítja, hogy körülbelül 2 héttel később újból lépett fel stenosis, a mely miatt 2 izben néhány órán át intubáltatott. A gyermek légzése teljesen felszabadult és megyógyult.

2. R. E. 3½ éves; felvétetett 1898. május 19-dikén diphth. fauc. c. laryng. croup.-val. Felvétel napján intubatio; 6 napon át intubáltatott, összesen 40 órán át feküdt a tubus a gégében. 10 nappal később újból lépett fel nagyfokú stenosis, a mely miatt 2 napon át többször kellett intubálni.

A mikor az első intubatiot végezték, csekély akadály volt a gégében, a melynek leküzdése után bő vérzés lépett fel. Ezen 2 intubatiós nap után a légzés teljesen felszabadult, a gyermek meggyógyult.

3. W. A. 8 éves; felvétetett 1898. november 1-dikén diphth. fauc. c. laryng. croup.-val. Igen súlyos eset volt, 3 napon át összesen 28 óráig volt intubálva; a 2-dik intubatio alkalmával nagy álhártyát expectorált. 7 nappal az utolsó intubatio után gégetáj nyomásra nagyon érzékeny, bő genyes, véresen csikolt köpetet űrit, a mely néhány napon át ismétlődik. A hang lassan tisztul. Gyógyult.

4. W. A. 7 éves; felvétetett 1899. február 25-dikén diphth. fauc. c. laryng. croup.-val.

Első nap két izben végeztetett pillanatnyi intubatio; mindkét alkalommal hosszú, a bronchusok apró elágazódását mutató álhártyát űrített. 2-dik nap ismét pillanatnyi intubatio vált szükségessé. Ezután többé nem kellett intubálni. 5-dik nap gége és trachea érintésre fájdalmas; időnkint erős köhögési roham, a mely közben véres genyes köpetet ürít. Ez több napon át észleltetett. Gyógyult.

Mindezen esetekből azt látjuk, hogy még rövid ideig tartó, sőt pillanatnyi intubatio után is fejlődhetik decubitus, és pedig egyes esetekben olyan fokú, hogy újabb intubatio válik szükségessé, más esetekben pedig fejlődhetik decubitus, a mely minden beavatkozás nélkül gyógyul, a nélkül, hogy strictura-képződésre kerülne a sor.

Álláspontja tehát a secundaer tracheotomia időpontjának meghatározására vonatkozólag a következő:

Mindazon esetekben végzendő secundaer tracheotomia, a mikor súlyos jellegű decubitus kétségtelen jeleivel találkozunk, tekintet nélkül az intubatio tartamára, a mikor a végleges extubatio ki nem vihető és az extubatio időtartama mind rövedebb és rövidebb lesz, és végre, a midőn a gyermek a tubust gyakran kiköhögi, és egyes esetekben még benlevő tubus mellett is a légzés stenotikus, a nélkül, hogy ezen stenosist nagyobb fokú bronchitis, vagy pneumonia jelenléte megmagyarázná.

Bókay János: Constatálni kivánja, hogy ez az első eset az irodalomban, melyben heges gégeszűkület Thiersch-féle transplantatioval gyógyittatott meg; *Gersuny Galatti* esetében megkisérlette ezen eljárást, de eredménytelenül. Szólónak három gyógyult esete van, de más eljárás szerint operálta azokat, t. i. laryngotracheofissiot végzett s a heget átmetszette s daczára, hogy a gyógyulás eredményére büszke lehet, mert a betegek szép hanggal távoztak és jól légzenek, de ezen műtét, melyet Alapi végzett, sokkal idealisabb, szóló is ezután ezen methodust fogja követni.

(Folytatása következik.)

A berlini tüdővész-congressus.

II.

Öt nagy csoportra osztva tárgyalta a modern idők legnagyobb betegségével foglalkozó congressus az ő rengeteg anyagát, ú. m. I. a gümőkór elterjedése, II. aetiologiája, III. prophylaxisa, IV. a bántalom kezelése és V. a sanatoriumi gyógyitás csoportjában.

Sorra veszszük majd a megtartott és bejelentett előadások rövid foglalatját, hogy a congressus munkásságáról egészen hű képünk legyen.

I. A *gümőkór elterjedéséről* általában *Köhler* dr. (Berlin) szólott, a „Kais. Gesundheitsamt" igazgatója. A tuberculosis manapság az a fertőző bántalom, a mely év-év után legtöbb emberéletet követel áldozatul. Minden világrészben szerepelni látjuk. (Ezt különben F. H. *Burgess* londoni orvos már 1852-ben megjelent egy munkájában hangsúlyozza. Ref.) Európa országai között ma Anglia, Belgium és Olaszország a leginkább vannak megkimélve tőle, *Magyarország*, Ausztria és Oroszország lakosságában pusztit a *leghevesebben*. Valamely helynek magasabb szintájon fekvése, mint olyan — a nagyobb tengerszinfeletti magasság tehát — nem irányadó tényező a tuberculosis-pusztitás intensitására. (Ugyanezt igyekezett beigazolni e sorok irója Magyarországot illetőleg.) Férfiak inkább halnak el a betegségben, mint nők s legjobban tizedeli a kór a munkabiró kort. „Általános a tuberculosis szerepléséneк veszedelme, de a küzdelem vele szemben igaz reményre jogosít: *azokban a culturállamokban, melyek a bántalommal a harczot már felvették, a gümőkóros halandóság máris alábbhagy, észrevehető csökkenést mutat.*" *Krieger* (Strassburg i. E.) a különböző *foglalkozások* befolyását mérlegeli a tuberculosis terjedésére. Főképen elősegiti a betegség propagálását az a hivatás, mely az infectio nagyobb valószinűségével jár (betegápolás), továbbá az olyan, mely tüdőkatarrhusokra hajlandósit, mely a felső tüdőrészek kizárását a lélekzésből hozza magával és a melynél ülő életmódra lévén kárhoztatva az egyén, kevés izommunkát végez, szervezetét elsatnyulásnak teszi ki. *Gebhardt* (Lübeck) hangsúlyozza, hogy a tuberculosis oly nagy fokban szerepel a munkásnép dologra tehetetlenségének, invaliditásának előidézésében, hogy ez irányban a socialpolitikai törvényhozásnak másutt is legfőbb ideje volna a polgárok és az állam érdekéről gondoskodnia, csak úgy mint a hogy ez Németországban már megtörtént. *Schjerning* (Berlin) kiemeli, hogy a katonai egészségügy faktorainak is mindenütt foglalkozniok kell a kérdéssel. A jó lakásviszonyok, táplálás és testápolás keresztülvitele, az óvatos sorozás, a katonának a tüdővész legelső nyilvánulásai idején mihamarabb elbocsátása, sokat fogna lendíteni a hadsereg hygienején, mint a hogy Németországban már lendítettek is; a német hadseregben már 1892 óta határozott csökkenés jelentkezik a tuberculosis-mortalitásban. Érdekes volt *Schjerning*-nek az a kijelentése, hogy a katonák közül is azok pusztulnak leginkább tüdővészben, a kik szobázó életmódot kénytelenek folytatni: katonai hivatalnokok, zenészek, mesteremberek, pékek, stb.

Bollinger (München) természetesen az ő kedvencz thémájával, az *állati tuberculosis* kérdésével foglalkozott. A szarvasmarha és sertés gümőkórja — aetiologice identikus bántalom az ember gümős betegségével — enormis elterjedtségű és folyton ijesztő arányokban nő még napjainkban is a veszedelme. A sertéstuberculosis gyakorisága mutatja, mennyire mindennapos a tehéntejjel történő fertőzés, mert a sertések gümőkórja többnyire ennek útján mint etetési tuberculosis jő létre. Gümős állatok húsa valószinűleg nem épen gyakori vivője az infectionak, sokkal kevésbbé szerepel a tuberculosis átszármazásában állatról emberre, mint a tej és sterilizálatlan tejtermékek. Különösen veszélyes ez utóbbiak élvezete tuberculosisra hajlandó felnőttekre és gyermekekre nézve. Ez utóbbiaknak a nyirokmirigyekben localizálódó gümőkórja részben határozottan a táplálék útján bevitt fertőző csirákból származik. Az obligatorius húsvizsgálatról és a tejtermékek szigorú ellenőrzéséről a törvényhozásnak kell gondoskodnia.

Voigt (Frankfurt a. M.) a *tuberculosis-statistikák pontossága kautéláiról* szól (a halandósági táblázatokban az élők számához viszonyitandónak, továbbá nem és kor szerint különválasztandónak tartja a gümős halálozások számait), majd *Kuthy* (Budapest) a *tüdővész elterjedését Magyarországon* tárgyalja. Szines tabellák bemutatásával illustrálja, hogy a tüdőgümő egymaga több kárt tesz, mint az összes többi fertőző betegségek együttvéve, hogy a városok súlyosabban szenvednek a bántalomtól, mint a vidék, hogy Magyarország keleti és északi része (a hegyvidékek) kevésbbé van kitéve a tuberculosis-pusztitásnak, mint az alföldségek. Ez utóbbi jelenség okát kevésbbé az északi zóna kedvezőbb éghajlati viszonyaiban véli feltalálni, mint inkább a *lakosság kisebb sűrű-*

ségében a hegyes tájakon. Magyarország népsűrűségi mappája a tuberculosis-pusztulást jelző térképpel identikus helyeken mutat sötétebb szineket. *Schmidt* (Bern) szerint *Svájczban a tüdővészhalandóság* az utolsó 20 év folyamán lassan bár, de fokozatosan csökkent; egyéb szervek gümőkórja ellenben mind nagyobb arányban szerepel halálokul. Iparűző területek súlyosabb gümőkóros mortalitást mutatnak, mint a túlnyomóan földmíveléssel foglalkozók. Hegyvidékeken kevesebb a gümős megbetegedés. *Brauer* (Heidelberg) a *dohánygyárak* munkásai közt relative erősen dühöngő tuberculosis okaival foglalkozik. A gyári munkával járó egészségi ártalmak és a munkáslakások hézagos hygieneje együttesen ludasak a dologban. Hereditarius phthisises hajlandóságú egyének azután még hamarabb elbuknak a dohánygyárak falai közt az élet küzdelmeiben.

G. Meyer (Berlin) a *nyomdászok* gümőkórját tárgyalja. A tuberculosis-halandóságnak (1000—1000 előre számított) csökkenése Poroszországban és Berlinben a nyomdai munkásokra nem mutatkozik érvényesnek. Köztük a lélegző szervek betegségei egyáltalán igen gyakoriak (a férfiak közt az összes halálozások 40%-át ezek okozzák) s a recidivák is nagy számban fordulnak elő. *Stratmann* (Solingen) a *fémköszörűsök* tuberculosis-halandóságát ismerteti. 1895-ben a rajnai tartományban a 15 és 60 év között elhaltak 39·1%-a vesztette életét a gümős betegség révén, ennek keretében azonban Solingen kerület maga 47·7% tuberculosis-mortalitással szerepelt. A fémköszörűsök, e kerület lakosai főkép, átlag csak 35 évet élnek; a finom fémpor, a nyálkahártyákat kiszárító bécsi mészszel dolgozás, az előre dülő, összekuporodott testhelyzet, melyet a munka igényel — hozzávéve a bő pálinkafogyasztást —, bőven megmagyarázza a nagy tüdővészpusztítást. 24 megbetegedett munkás közül 15-nek a jobb tüdeje válik gümőssé, az, a melyet a meggörbülve ülés közben feltolt máj inkább comprimál. Jobb lakásviszonyokkal, a műhelyek alaposabb szellőztetésével (exhaustorok), a szárazon köszörülés lehető elkerülése útján, a pálinka-cultus gátolásával, s a munkások lehető válogatása révén, hogy csak az erősebb alkotásúak bocsáttassanak a veszedelmes foglalkozáshoz, lehetne a szomorú állapotokon segíteni. *Kuthy* dr.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A vér vastartalma meghatározásának jelentőségéről tartott előadást *A. Jolles* a „Wiener medicinisches Doctoren-Collegium" márczius 6-dikán tartott ülésén. Mindenekelőtt kifejti, hogy a vér vastartalmából a haemoglobin-tartalomra való következtetés nem engedhető meg; sikerült ugyanis kóros esetekben a vérsavóban is vasat kimutatnia, úgyszintén azt is, hogy a vér vastartalma és festőereje között kóros esetekben tetemes eltérések fordulhatnak elő. A továbbiakban arra utal, hogy a maggal biró szabad leukocyták is tartalmaznak vasat, s hogy talán épen a leukocyták azok, melyek a hajszáledényfalzaton keresztül vándorlásuk útján a szöveteket vassal ellátják és a vastartalmú végső termékeket a vérbe visszaviszik.

Azon irodalmi adatok felsorolása után, melyek a ferrometer használatára és használhatóságára vonatkoznak, s a melyek közül különösen *Jellinek* vizsgálatai érdemelnek említést, a melyek szerint csupán a haemometerrel és ferrometerrel végzett combinált vérvizsgálat adhat pontos eredményeket: áttér a vérsavóban esetleg jelenlévő vas meghatározásának módjára. 0·1 kcm. vért 4·0 kcm. 1%-os konyhasó-oldattal centrifugál, a nyert tiszta folyadékot platincsészében szárazra bepárolja és hamúvá változtatja; a további eljárás (savanyú kénsavas kalium hozzáadása és a ferrometer alkalmazása) már most ugyanaz, mint a melyet rendesen is használunk a vér vastartalmának meghatározására, azzal a különbséggel, hogy tekintettel a vérsavó valószinűleg csekély vastartalmára, higított összehasonlító folyadékot (2 kcm.-ben 0·01 milligramm vas és 0·1 gramm izzított savanyú kénsavas kalium) veszünk.

Ily módon két súlyos diabetes-esetben sikerült a vérsavóban vasat kimutatni és pedig 0.00033 illetve 0.00028 súlyszázaléknyi mennyiségben. Az összes vérrel nyert magas ferrometerszámok (91·4 illetve 86·5) kapcsolatban a vérsavóban kimutatható vassal a mellett szólnak, hogy az abnormis savanyú kémhatás folytán vörös vérsejtek nagyobb mennyiségben mentek tönkre, a mire a vér csekély alkalitása, továbbá a sok ammoniak és abnormis savak a vizeletben is utalnak. Anaemia két esetében szintén lehetett vasat kimutatni a vérsavóban, de csak quantitative már meg nem határozható nyomokban.

PÁLYÁZATOK.

8008/899. közig. sz.

Bács-Bodrogh vármegye bácskulai járásában kebelezett magyar, német és szerb nyelvű lakossággal biró **Bács-Kula** községében lemondás folytán megüresedett **községi orvosi** és az azzal egybekötött **kórházi orvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Ezen állás évi 700 frt fizetéssel van egybekötve, tartozik a megválasztott a szegényeket ingyen, a többi községi lakókat pedig 35 kr. látogatási díj mellett gyógykezelni, a halottkémlést azonban díjtalanul tartozik teljesiteni.

Felhivatnak az ezen állást elnyerni óhajtók, hogy kérvényeiket az 1876. évi XIV. t.-cz. illetve az 1883. évi I. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelve és nyelvismeretüket feltüntető kérvényüket alulirt főszolgabirói hivatalhoz f. évi **junius hó 17-dik** napjáig annál is inkább nyujtsák be, mert az azontúl érkezők nem fognak figyelembe vétetni.

Bács-Kula, 1899. évi május hó 12-dikén.

3—2 *A főszolgabirói hivatal.*

443/1899. sz.

A „**Budapesti Kerületi Betegsegélyző Pénztár**" igazgatósága a IX. kerület belterületére egy **ellenőrző orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Évi tiszteletdij 400 frt, mely összeg a szolgálati évek arányában emelkedhetik. Az igazgatóság fentartja magának ama jogot, hogy a megválasztandó lakhelyét kijelölhesse.

Folyamodványok a pénztár igazgatóságához (V., Koháry-utcza 4) **folyó hó 22-dikéig** benyujthatók. Bővebb felvilágositás nyerhető naponta a pénztár főorvosi hivatalában déli 12 órakor.

Budapest, 1899. évi junius hó 11-dikén.

4378/99. szám.

Nyitravármegye szakolczai járásába kebelezett és lemondás folytán megüresedett **radosóczi körorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állással 600 frt évi fizetés, 200 frt útiátalány és a szabályrendeletileg megállapitott díjak szedhetési joga van egybekötve.

A körorvos működési köréhez tartoznak: Radosócz, Vlcskován, Vidován, Lopassó, Vészka, Oreszkó, Chropó, Kis-Koválló, Szent-Istvánfalu, Czoborfalu, Mokrihaj, Kis-Pritersd és Tövisfalu községek. A halottkémi teendőket Radosócz és Vészka községekben látja el.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt folyamodványaikat **1899. évi junius 30-dikáig** alólirott főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

A választás határnapjáról a pályázók külön értesittetnek.

Holics, 1899. évi május hó 20-dikán.

3—3 *A főszolgabirói hivatal.*

Máramaros vármegye ökörmezői járásába kebelezett **szinevéri körorvosi állásra**, melyhez Szinevér község székhelylyel Szinevérpolyána, Alsó- és Felső-Kalocsa községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Tiszti fizetés 400 frt,
2. fuvardij 53 frt,
3. halottkémlésért Szinevér községtől 40 frt,
4. éjjeli látogatásért Szinevéren 1 frt, a többi községekben 2 frt; nappali látogatásért Szinevéren 50 kr., a körhöz tartozó más községekben 1 frt, és természetbeni fuvar,
5. kézi gyógytár kötelező tartása.

Ha a megválasztott orvost a magas kincstár alkalmazza, úgy onnan a következő illetményeket nyeri:

Tiszteletdij 200 frt.

Természetbeni lakás kerttel, 11 kat-hold rétilletmény, 42 ürm³ bükk tüzifa tövön az erdőben és a kincstár érdekében tett kiszálláskor a m. kir. erdészt megillető nap- és fuvardij.

E szolgálattal való megbizatás a nagyméltóságú földmivelésügyi m kir. minister úrtól kérvény útján külön nyerendő ki.

A választás határidejéül f. évi junius hó 16-dik napjának délelőtti 11 óráját Szinevér-községbe a közjegyzői irodához tűzöm ki.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **junius hó 14-dikéig** nyújtsák be.

Ökörmező, 1899. évi junius hó 1-én.

Szabó József, főszolgabiró.

3244/899. sz.

M.-Szlatina, Baja és Gyulicza községekből újonan alakitott közegészségügyi körben rendszeresitett és a szabályszerű látogatási díjakon felül Munck H. és fiai szlatinai birtokosok által a gyári orvosi teendőkért 1000 frttal, Gyulicza község részéről 72 frt 64 krral, Baja község által 38 frt 26 krral és M.-Szlatina község által 32 frt 17 kr., összesen tehát 1143 frt 7 kr. évi fizetéssel javadalmazott **m.-szlatinai körorvosi állás** a vármegye alispánjának f. é. május hó 27-dikéről 12,884. sz. a. kelt rendelete alapján betöltendő lévén, választási határnapul f. é. junius hó 26-dik napján d. e. 11 órára, M.-Szlatina községbe kitűzöm.

Pályázni kivánókat pedig felhivom, hogy törvényszerűleg felszerelendő pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb a **választást előző napon** nyújtsák be.

M.-Radna, 1899. évi junius hó 4-dikén.

Csubay Sándor, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **ÉDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

ÉDESKUTY L. **cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Negyvenharmadik évfolyam. 25. szám. *Budapest, 1899. junius 18.*

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

Korda Jenő: Közlemény Mann Jakab dr. igazgató-tanár szegedi m. kir. női klinikájából. A Schleich-féle eljárás alkalmazása nőgyógyászati műtéteknél. 298. l.

Márer József: Urethritis gonorrhoica 5 hónapos fiúgyermeknél. 300. l.

Feleki Hugó: A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai. 301. l.

Csillag Jakab: Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról. Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio. 302. l.

Tárcza. *Tihanyi Mór*: Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére. 304. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Németh Károly*: A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény magyarázata. 305. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésének állandó központi választmánya. — A VI. szünidei orvosi cursus. — Kinevezés. — Jakabházy Zsigmond. — Hazai fürdők személyforgalma. — Rosenthal Emil. — Elhunyt. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 305. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Mann Jakab dr. igazgató-tanár szegedi m. kir. női klinikájából.

A Schleich-féle eljárás alkalmazása nőgyógyászati műtéteknél.[1]

Irta: *Korda Jenő* dr.

Gyorsan és főleg fájdalom nélkül, ez a jelszó, a melyet minden lelkiismeretes jó sebész szem előtt tart; és mégis azt tapasztaljuk, hogy napról napra növekszik azon esetek száma, a midőn a teljes narcosist, az elaltatást mellőzik és méltán, mert a ki a rossz kimenetelü esetek statistikáját ismeri, a kit csak egyszer ijesztett a váratlanul beálló asphyxia, vagy zavart munkájában talán a legkritikusabb időpontban a rossz légzés vagy kimaradó érverés, az korántsem tartja a narcotizálást oly veszélytelen valaminek, hogy azt derüre-borura alkalmazza; és hogy mily kellemetlen procedura ez magára a betegre nézve is főleg utóhatásaiban, annak legjobb bizonysága, hogy a legtöbb operálandó nem fél annyira egy újabb műtéttől, mint egy ismételt altatástól.

A fájdalmaknak a minimumra való csökkentése vagy teljes megszüntetése a műtét tartama alatt, a nélkül, hogy ez által a beteget veszélynek tennök ki, a legfontosabb kellék, a mi a műtét könnyü és szabatos kivihetőségére múlhatlanul szükséges, és a mivel már humanitásból is a betegnek első sorban tartozunk.

Ennélfogva örömmel üdvözli minden sebész azt a törekvést, a mely a bódító gázok belehelését elkerülhetővé teszi és tágabb tért nyit a távolhatásaiban sem veszélyes, sőt nem is kellemetlen helyi anaesthesiának; örömmel üdvözli Schleich infiltratiós eljárását, a mely a gyakorló orvosnak is lehetővé tesz ott és akkor, a midőn elég nagy vagy szakavatott segédlet rendelkezésére nem áll, seborvosi beavatkozást.

A Schleich-féle eljárást tudomásom szerint itt még nem igen alkalmazzák, legyen tehát szabad ezzel részletesebben foglalkoznom. Teszem ezt Mann tanár úr szíves megbizásából azoknak a kóreseteknek kapcsán, a melyek a szegedi m. kir. női klinikán 1898 óta az eljárás értékére vonatkozólag kisérlet és megfigyelés tárgyát képezték.

Alkalmazást nyert az eljárás *hasmetszéseknél*, a hol ezelőtt kivétel nélkül a chloroform-narcosist alkalmazták és a *gát- és hüvely műtételeinek* eseteiben, a hol ezelőtt a helyi anaesthesiát a cocainnak 10%-os vizes oldatával igyekeztek elérni oly módon, hogy egy Pravaz-fecskendőnyi oldat fecskendeztetett be két oldalt a nagy ajkak hátsó harmadába és oly eredménynyel, hogy az érzéketlenség nagyjában kielégítő volt ugyan, de a cocain-intoxicatio tünetei alig maradtak ki egy esetben is.

A Schleich-féle eljárással 1898. október eleje óta folynak nevezett műtéteknél a kisérletek, és habár nem nagyon sok még az adat, közlésüket mégis időszerünek tartjuk, főleg miután ezen eljárásnak épen a gynaekologiai sebészetben történt legmostohábbb alkalmazása. A megfigyelési adatok 29 esetre vonatkoznak, a melyek közt szerepel:

Prolapsus uteri completus	15
Descensus uteri, prolapsus vaginae	6
Descensus uteri, ruptura perinei	1
Fistula vagino-perinealis	1
Ruptura perinei completa (perineoplastica)	2
Laparotomia	4

[1] Előadatott a szegedi orvosegyesületben.

Folyó szám	A felvétel száma	Név, kor, szülések száma	Diagnosis	A végzett műtét	Az elhasznált folyadék mennyisége (cm³)	Az infiltratio ideje (percz)	A műtét időtartama (percz)	Eredmény	Lefolyás
1	9 1898/9	Z. Józsefné 62 éves VI. P.	Descensus uteri. Rectokele vaginalis	1898. X/11. Kolpoperineorrhaphia Simon-Hegar szerint	10	6	17	Teljes anaesthesia	Láztalan

Folyó szám	A felvétel száma	Név, kor, szülések száma	Diagnosis	A végzett műtét	Az elhasznált folyadék mennyisége	Az infiltratio ideje	A műtét időtartama	Eredmény	Lefolyás
					cm³	percz			
2	1 1898/9	A. Albertné 47 éves VII. P.	Prolapsus uteri completus	1898 X/19. Kolporrhaphia ant. catguttel, ovalis kimetszéssel. Tartama 15 p. Kolpoperineorrhaphia, sodronynyal, Simon-Hegar szerint	22	5	22	Teljes érzéketlenség	A műtét napján d. u. 38·3 C⁰
3	13 1898/9	K. Istvánné 39 éves II. P.	Prolapsus uteri completus	1898 X/20. Kolpoperineorrhaphia, mint előbb	10	5	15	Teljes érzéketlenség	Láztalan
4	14 1898/9	H. Jánosné 22 éves I. P.	Prolapsus uteri completus	1898 X/18. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphia, mint előbb	15	7	18	Teljes érzéketlenség	A műtét napján d. u. 38⁰ C.
5	17 1898/9	V. Erzsébet 33 éves I. P.	Fistula vaginoperinealis	1898 X/22. A fistula feletti hid átmetszése vájt kutató felett, a fistula heges falának felfrissítése után hüvely- és gátvarrat sodronynyal	9	6	22	A rendkivül érzékeny egyén mindig sír	X/23. d. u. 39⁰ C. 24. d. e. 37·4⁰ d. u. 38·6⁰
6	18 1898/9	Sch. Emánuelné 53 éves V. P.	Prolapsus uteri completus	1898 X/25. Kolporrhaphia ant. Tartama 20 percz. Kolpoperineorrhaphia	20	8	30	Teljes érzéketlenség	Láztalan
7	19 1898/9	Gy. Andrásné 45 éves IV. P.	Prolapsus uteri completus	1898 X/26. Kolporrhaphia ant. Tartama 15 percz. Kolpoperineorrhaphia	14·5	8	20	„	„
8	22 1898/9	P. Katalin 32 éves II. P.	Prolapsus uteri completus	1898 XI/8. Kolporrhaphia ant. Tartama 16 p. Kolpoperineorrhaphia	16	8	21	„	Láztalan, a műtét alatt és után bő izzadás
9	24 1898/9	G. [illegible]dámné 52 éves X. P.	Descensus uteri, prolapsus vaginae	1898 XI/14. Kolporrhaphia ant. Tartama 8 percz. Kolpoperineorrhaphia	11	5	15	„	Láztalan
10	29 1898/9	G. Jánosné 39 éves VII. P.	Descensus uteri, prolapsus vaginae	1898 XI/21. Kolporrhaphia ant. Tartama 12 p. Kolpoperineorrhaphia	18	8	25	A teljes érzéketlenség 20 perczig tartott	„
11	30 1898/9	L. Lajosné 39 éves XIV. P.	Descensus uteri, prolapsus et fibroma vaginae	1898 XI/29. Kolporrhaphia ant. Tartama 14 p. A nagy mandolányi fibroma a metszési vonalba bevétetik. Kolpoperineorrhaphia	18	8	19	Teljes érzéketlenség	A műtét napján d. u. 39·8⁰ C., 96 p. XII/10. a varratok eltávolításakor a gáton fekély és felszines szétvál.
12	34 1898/9	T. Henrikné 50 éves XI. P.	Prolapsus uteri completus	1898 XII/11. Kolporrhaphia ant. Tart. 12 percz. Kolpoperineorrhaphia	14	5	17	„	Láztalan
13	36 1898/9	L. Józsefné 30 éves	Prolapsus uteri completus	1898 XII/17. Kolporrhaphia ant. Tart. 16 p. Kolpoperineorrhaphia	16	6	23	„	A műtét napján d. u. 38·2⁰ C., 96 p
14	38 1898/9	V. Andrásné 20 éves I. P.	Ruptura perinei completa	1898 XII/22. Perineoplastica sodronynyal; a végből összevarrása catgut-tel	11	5	38	Teljes érzéketlenség 15 perczig	Láztalan
15	3 1899	L. Antalné 28 éves IV. P.	Prolapsus uteri completus	1899 I/14. Kolporrhaphia ant. Tartama 12 percz. Kolpoperineorrhaphia	16	5	33	Teljes érzéketlenség	„
16	6 1899	K. Jánosné 30 éves V. P.	Prolapsus uteri completus	1899 I/17. Kolporrhaphia ant. Tartama 11 percz. Kolpoperineorrhaphia	12	5	19	„	„
17	8 1899	F. Andrásné 48 éves VI. P.	Prolapsus vaginae ant. et post.	1899 I/18. Kolporrhaphia ant. Tartama 15 p. Kolpoperineorrhaphia	10	5	18	Teljes érzéketlenség 16 perczig	„
18	12 1899	H. Istvánné 50 éves VI. P.	Prolapsus uteri completus	1899 II/3. Kolporrhaphia ant. Tartama 10 p. Kolpoperineorrhaphia	14	5	14	Teljes érzéketlenség	„
19	16 1899	H. Anna 38 éves V. P.	Prolapsus uteri completus	1899 II/7. Kolporrhaphia ant. Tartama 12 p. Kolpoperineorrhaphia	17	7	22	„	II/7. este 38·5, 88 II/8. reg. 38·3, 84 este 38·6, 88
20	22 1899	B. Jánosné 29 éves V. P.	Descensus uteri; ruptura perinei	1899 II/18. Kolpoperineorrhaphia	14	4	18	„	Láztalan
21	21 1899	K. Györgyné 38 éves II. P.	Prolapsus uteri completus	1899 II/26. Kolporrhaphia ant. Tartama 10 p. Kolpoperineorrhaphia	22	9	28	„	„
22	28 1899	Sz. Mária 25 éves 0 P.	Prolapsus uteri completus	1899 III/4. Kolporrhaphia ant. Tartama 10 p. Kolporrhaphia post. Tartama 11 p. Kolpoperineorrhaphia	10	7	18	„	„
23	29 1899	M. Antalné 22 éves I. P.	Prolapsus uteri completus	1899 III/9. Kolporrhaphia ant. Tartama 15 p. Kolpoperineorrhaphia	15	8	18	„	„
24	35 1899	G. Józsefné 39 éves VIII. P.	Prolapsus vaginae ant. et posterior	1899 III/18. Kolporrhaphia ant. Tartama 11 p. Kolpoperineorrhaphia	18	9	14	„	„

Folyó szám	A felvétel száma	Név, kor, szülések száma	Diagnosis	A végzett műtét	Az elhasznált folyadék mennyisége	Az infiltratio ideje	A műtét időtartama	Eredmény	Lefolyás
					cm³	percz			
25	43 1899	T. Józsefné 35 éves IX. P.	Ruptura perinei completa 4 cm.-nyire a végbélbe	1899 IV/20. Perineoplastica. Hüvely- és gátvarrat sodronynyal; csomós végbélvarrat (6) catgut-tel	36	12	72	Teljes érzéketlenség	Láztalan
26	4 1899	B. Albertné 33 éves VII. P.	Kystoma ovarii sinistri (5½ lit. chocolade-barna folyadékkal). Kocsánycsavarodás jelezve	1899 I/22. Laparotomia. A hasfalak átmetszése és varrása a műtét végén, nemkülönben a kétszer csavarodott kocsány lekötése fájdalommentes; egyedül a nagyterjedelmű peritonealis összenövések leválasztása közben nyög időnként a beteg	12	5	30	Teljes anaesthesia	I/22. d. u. 38·8, 96 kimutatható ok nélkül II/12. elbocsátás
27	14 1899	G. Andrásné 36 éves IX. P.	Jobboldali dermoid-tömlő (14 liter bennék)	1899 II/5. Laparotomia. Egyedül a hashártya átmetszése és a daganat kocsányának vongálása közben csekély fájdalom. Ellenben a tenyérnyi széles kocsány lekötése és a hasseb egyesitése teljesen fájdalommentes	15	5	25	—	II/6. d. u. 38·8, 100 II/7. d. u. 38·5, 96 a bal lapoczka táján levő krajczárnyi furunculustól II/26. elbocsátás
28	32 1899	P. Sándorné 30 éves 0 P.	Kystoma ovarii sinistri (10 liter bennék)	1899 III/19. Laparotomia. A hasfalak átmetszése, kis terjedelmű tompa leválasztás, a daganat szúrcsapolása, a kocsány lekötése 4 részletben, a hasfal egyesitése étage-varratokkal. Egyedül a kocsány vongálásakor mérsékelt fájdalom	17	8	40	—	Láztalan IV/9. elbocsátás
29	36 1899	P. Sámuelné 38 éves IV. P.	Kystoma ovarii sinistri (15 liter bennék). Kocsánycsavarodás	1899 IV/6. Laparotomia. Fölötte nehéz leválasztás a hasfalról, a csepleszről és a belekről a tömlőfal ½ krajczárnyi darabjának visszahagyásával. Mérsékelt fájdalmat a beteg egyedül a kocsány és a jobboldali szintén elfajult petefészek vongálása alkalmával nyilvánított.	14	7	66	—	Négy napon át délutáni hőemelkedés (38—39). Még észlelés alatt van

(Folytatása következik.)

Urethritis gonorrhoica 5 hónapos fiúgyermeknél.

Közli *Márer József* dr. Nagy-Szécsényben.

Míg a vulvovaginitis újszülött és csecsemő leánygyermekeknél elég gyakori bántalom és a vulvovaginalis nyákhártya heveny hurutjában nyilvánul, mely többé-kevésbbé nyákos, takonyszerű és kivételesen genyes váladék productiojával jár és melyet — azt hiszem — mindegyikünknek gyakran volt alkalma látni, addig a csecsemő figyermekeknél az ennek analogonját képező urethritis catarrhalis igen ritkán előforduló megbetegedés és még ritkább bántalom az utóbbiaknál észlelt gonorrhoeás urethritis. Én 10 éves kiterjedt orvosi gyakorlatomban az urethrának gonorrhoeás megbetegedését eddig nem láttam és e körülmény szolgáljon mentségül, hogy az általam észlelt esetet, mint véleményem szerint igen ritkát, e helyütt közlöm. Teszem ezt annyival is inkább, miután sikerült a módot, illetve utat is kipuhatolnom, miképen lett ama szánalomra méltó kisded fertőzve és hogy reámutassak arra is, mennyire óvatosak legyünk abban, kinek kezére bizzuk csecsemőinket! Hogy pedig specifikus kankós és nem egyszerű catarrhalis bántalom állott fenn esetemben, annak igazolására górcsői vizsgálat — sajnos — nem áll ugyan rendelkezésemre, de a fertőzés kipuhatolt módja, a baj typikus lefolyása és az ezt kisérő tünetek határozottan a betegség specificitása mellett szólnak, a mit még támogat azon körülmény is, hogy Strauss Aladár dr. budapesti urologus barátom, kivel az esetet annak idején közöltem, Feleki Hugó dr. egyetemi magántanár úrral történt beható eszmecsere után szintén ama határozott véleménynek adott kifejezést, hogy a bántalom csakis gonorrhoikus lehet.

As eset következő: M. György, izraelita vallású, 5 hónapos, addig teljesen egészséges jól fejlett gyermek, kit anyja maga szoptat; szülei egészségesek, 2 testvére él és egészséges. Az anyának augusztus hó 12-dikén reggel a gyermek fürösztése alkalmával, melyet dadája, egy 18 éves erős, egészségtől duzzadó parasztleány az ő jelenlétében és felügyelete alatt eszközölt, feltünt, hogy a gyermek húgycsövéből egy fehéres folyadék szivárog ki, azonban ennek nagyobb fontosságot nem tulajdonítván, a dolgot csak harmadnap reggel, midőn a gyermek a szokottnál nyugtalanabb lett, feltünően gyakran vizelt s vizelés előtt nyugtalanul kapálódzva sírt, közölte velem, főképen aggódva a miatt, hogy a gyermeknek penise megdagadt. Augusztus 15-dikén következő stat. praesenst veszek fel: Korához képest jól fejlett fiúgyermek, hőmérsék és érverés rendesek, belszerveiben kóros elváltozás nincs jelen. A genitaliákon a lelet következő: A praeputium durványa — körülmetélt gyermekről lévén szó — különösen alul a frenulum táján dagadt, fénylő, a makkot takaró nyákhártya kissé fellazult, élénkpiros színü, helyenkint genynyel bevont, a sulcus coronariusban körös-körül egy vastag genygyürü van jelen. Az angulus peneoscrotalis tája és a czomb és borék közti bőr mindkétoldalt pirosak, helyenkint egyes genylerakódások vannak jelen. Az orificium urethrae externum nyálkahártyája kicsücsörödő, biborpiros, duzzadt; az urethrából gyenge nyomásra vastag tejfelszerű geny sajtolható ki; a penis félmerev állapotban van, a fossa navicularisnak megfelelőleg kissé nagyobb resistentia van jelen. A gyermek anyja és a dajka állítása szerint, a miről magam is meggyőződtem, gyakran, majd ¼—½ óránkint vizel, a mikor is mindannyiszor lábait görcsösen hasához húzva, szánalomra méltó sírás közben egynéhány csepp genytartalmú vizeletet ürít; a vizelet néha kissé vastagabb sugárban indul meg, azonban a mictio hirtelen elakad és a csecsemő nagy sivalkodás között még egy pár csepp tiszta genyt nyom ki, vagy pedig egy czeruzaszálnál is alig vastagabb tiszta vizeletsugár következik. A tenesmus a következő éjjel oly nagyfokú volt, hogy a mint megszámlálni alkalmam volt, 10—11 óra alatt 30 pelenkát használt fel, melyek némelyikén ama sajátszerű, a gonorrhoea váladékára jellegzetes zöldes-sárgás foltok voltak jelen. Ezen félremagyarázást alig engedő lelet után urethritis gonorrhoicát kórisméztem s miután az apa gonorrhoeás nem volt, az anya gonorrhoeája teljesen ki volt zárva és utóbbi fluor albusban sem szenvedett, gyanúm a kisdedet őrző „száraz“

*

dajkára irányult, ki is hosszú faggatás után bevallotta, hogy őt egy gonorrhoea florida miatt orvosi kezelésem alatt álló fiatal ember ismételten coitálta, azonban a módot, miképen fertőzte a kis beteget, bevallani semmiképen sem akarta, valamint nem engedte meg minden reábeszélésem daczára, hogy őt in venere megvizsgáljam. Én a fertőzést olyképen vélem létrejöttnek, hogy a dajka, ki az anya állítása szerint igen buja és ingerlékenynek látszott, a vaginájában levő gonorrhoikus váladékot ujjaival manustupratio útján vitte át a kisdedre, a mit a dajka, ki természetesen azonnal elbocsáttatott, közelfekvő okokból tagadott. Miután ily korban hasonló betegséget látni alkalmam még nem volt és az alkalmazott gyógyeljárás (meleg fürdő, dermatol-cocainbacillusoknak az urethrába való bevezetése) mellett a kis beteg állapota nem javult, sőt a gyermek a kellő nyugalom hiánya miatt mindinkább lesoványodott, jó színét elveszítette és étvágya is csökkent, szakszerű tanács végett fent nevezett barátomhoz fordultam, ki előtt még azon lehetőséget is szellőztettem, hogy a gyermek esetleg egy, a tractus urogenitalis valamely helyén székelő és itt beékelt kőben szenved, a mit Strauss Aladár dr. kartárs úr, Feleki Hugó dr. egyetemi magántanár úrral történt megbeszélés után teljesen kizártnak jelentett ki. Górcsői vizsgálatra küldendő váladékkal, mikép a nevezett kartárs óhajtotta, akkor, midőn az esetet szeptember hó első harmadában vele közöltem, többé nem szolgálhattam, mert bár a leirt egyéb tünetek úgyszólván változatlanul fennállottak, tárgylemezre felfogható genyt az urethrából nem voltam képes kinyomni, mert a geny csakis a mictio alkalmával jött és sohasem jutottam azon helyzetbe, hogy ép a vizelés pillanatában fogjam fel a genyt. Az említett kartárs urak ajánlatára ezentúl 2%-os acetum lithargyri-oldatnak naponta 3—5-ször az urethrába történő befecskendezése alkalmaztatott, míg a tenesmus ellen a kis beteg naponta 3 meleg fürdőt kapott. E kezelés alatt a vizelési inger és a genyes váladék mindinkább alábbhagytak és 6—7 hét mulva, midőn a kis fiú varicellát acquirált, teljesen megszüntek. Osztom Strauss Aladár dr. barátom abbeli nézetét, hogy ezek fellépte a gonorrhoeás bántalmat előnyösen befolyásolta.

Megjegyzem még, hogy az urethrából a betegség első három hetében kiömlő geny néha büzös volt, a nélkül, hogy egy para- vagy periurethralis tályog jelenléte megállapítható lett volna, a mennyiben sehol az egész urethra mentén, kivéve a fossa navicularisnak megfelelőleg, erősebb resistentia nem volt jelen. A varicella lezajlása óta a gyermek teljesen egészséges, vizelete tiszta, vizelési inger nincs jelen, a mictio erős, összefüggő sugárban történik és a kisded erőben is gyarapodott.

Az adott szíves felvilágosításokért úgy Strauss Aladár dr. barátomnak, mint Feleki Hugó dr. egyetemi magántanár úrnak e helyütt is köszönetemet fejezem ki.

A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

(Folytatás.)

Ezen adatokkal szemben *Dreyer* (1898) úgy e szer baktericid, valamint annak antigonorrhoeás hatásáról csak kevés dicsérettel emlékszik meg. Laboratoriumi kisérletei alapján nem tartja a protargolnak az urethrában alkalmazható oldatait erélyes bacteriumelemésztőnek; közölt klinikai adatai szerint pedig a gonorrhoea e szer alkalmazása mellett néha hónapokig is eltarthat és a gonococcusok az egyes esetekben még a kezelés második hónapjában is a váladékban kimutathatók voltak. A protargol 1%-os oldatát, melyet az idézett szerzők irritáló hatástól mentesnek jeleztek, D. eseteiben is többnyire jól tűrték a betegek, de néha ezen oldatnak irritáló hatását igen bő secretionak fellépése bizonyította, mely közvetlenül a fecskendés után jelentkezett. E szerző azon következtetésre jut, hogy a protargolkezelés nem helyezhető az eddig szokásos kezelési módok fölé és ezért e szerrel szemben csak exspectativ álláspontot foglalhat el. Ugyancsak kevés dicséretet mondanak e szerről *Bender* (1898), *Behrend* (1898) és *Bloch* (1898). Bender szerint a gonococcusok ugyan gyorsan tünnek el e szer alkalmazása mellett, de maga a kankós folyamat a protargollal egymagában teljesen meg nem gyógyítható, úgy, hogy adstringens szerek is kell, hogy alkalmaztassanak a bántalom későbbi idejében. Behrend acut és subacut esetekben alkalmazta a protargolt és azt tapasztalta, hogy nem felel meg a a tényeknek, hogy e szer soha irritatiot nem okoz, viszont alkalmazásával complicatiok létrejöttét megakadályozni képesek nem vagyunk; sőt e szernek gonococcusölő képességéről sem mondhat sok jót. Figyelmeztet, hogy a gonococcusra való vizsgálatot mindig kora reggel — nem pedig délelőtt, már alkalmazott injectio után — kell, hogy végezzük. Nem szabad azt sem felednünk, hogy a gonococcusok periodusos eltűnését adstringens szerek alkalmazása, megfelelő nyugalom stb. mellett is észlelhetjük. *Bloch* sem a protargoltól, sem a többi ezüstpraeparatumtól nem látott jó eredményt. Ő is kiemeli, hogy a gonococcusok megfelelő diaeta és absolut nyugalom mellett sokszor maguktól eltünnek; emlékeztet a Francziaországban szokásos tejdiaeta jó eredményeire és kikel az ellen, hogy a boroszlói iskola hívei, mint legutóbb Schäffer, az ezüstpraeparatumok következetes alkalmazását ajánlják, még akkor is, hogy ha ez hevesebb irritatio jelenségeit okozza. (Schäffer t. i. ezt mondja: „ha a lobos processus fokozása nem is kivánatos, úgy szívesen elnézzük ezt, ha a gonococcusokat gyorsan el birjuk pusztitani“, és más helyütt, hogy e kezelés folytatandó „akkor is, ha a lobos tünetek fokozásával látszólagos rosszabbodást idézünk elő“.) Bloch híve a belső szereknek (folia uvae ursi, folia bucco, továbbá a Tóde-féle keveréknek: folia malvae 100·0, radix althaeae, fruct. cannab. ind. āā 50·0, ebből egy evő kanállal 3—4 csésze theára és mint kiváló antigonorrhoicumot ajánlja a santal-olajat), befecskendező szerül pedig az ichthyolt és zincum sulfuricumot használja. *Bloch* és *Kaufmann* nagyobb közleményben (1898) laboratoriumi kisérletek alapján czáfolják Benario a protargollal végzett kisérleteinek megbizhatóságát és ugyancsak kétségbevonják e szer gyors desinficiáló képességét. *Rosenthal* (1898) a protargolt combinálva használja egyéb adstringensekkel és kisérletei nyomán azon következtetésre jut, hogy e szer, ha nem is mondható specifikumnak, jó antigonorrhoeás hatása kétségbe nem vonható.

1898-ban *Spietschka argentum orthophosphoricum* név alatt egy újabb ezüstkészitményt ajánl. E szer oldatai a fehérjét szintén nem csapják ki, ellenkezőleg a fehérjecsapadékot oldják. Még gyenge oldatok is (1 : 10,000) erélyes gonococcusölő tulajdonsággal birnak. Sp. e gyógyszert több, mint száz esetben kisérelte meg; acut esetekben 0·25—0·5 : 1000·0 oldattal kezdi az injectiokat, gyorsan emelkedik egeszen 0·25—0·5 : 100·0-ra. Az acut esetek többségében a gonococcusok 4—6 nap alatt eltűnnek; a váladék teljes megszünésére a gonococcus eltünése után adstringens szerek alkalmazandók. Dicséri e szer hatását chronikus esetekben is, a hol azonban egyéb gyógymódokkal combinálva alkalmazandó.

A nagy elterjedettségnek örvendő protargolnak jelentékeny vetélytársa a *Finger* iskolája által ajánlt *largin*. E szert Lilienfeld dr. bécsi chemikus állította elő és legelőször *Pezzoli* vizsgálta meg, úgy antiseptikus, mint antigonorrhoeás tulajdonságaira nézve. E szerző adatai szerint a largin ezüstnek és protalbinnak összetétele 11·1 ezüsttartalommal. Még 1 : 4000 oldatával is képes gonococcustenyészetet 10 percz alatt elölni. 1/4%-os oldattal kezdessenek meg az injectiok és mind concentráltabb oldatok — 1·5%-ig — alkalmaztassanak, prolongált injectiok alakjában. 37 ilykép kezelt eset közül 27-nél (vagyis 77%) nem állott elő urethritis posterior. A szer alig izgat és a váladék gyorsan csökken; a gonococcusok átlag 10 nap alatt eltünnek. A gyógyulás tartama urethritis acuta ant.-nál átlag 30 nap. Egyes esetekben ugyan hatástalannak bizonyult a largin is, de az esetek túlnyomó többségében, különösen friss urethritis ant.-nál gyors és kitünő eredményeket ért el vele. P. azon következtetésre jut, hogy e szernek gonococcusölő és a mélybe való terjedő képessége felülmulja az eddig ismeretes ezüst-fehérjekészítményeket, antigonorrhoeás hatása tekintetében pedig, ha a szó szoros értelmében vett abortiv szernek nem is mondható, minden esetre kimagasló azon tulajdonsága, hogy a lobos folyamatnak hátraterjedését sok esetben megakadályozni képes és e tekintetben az eddig használatban levő injiciáló szerek egyike sem éri utól. P. ezek alapján a largint legalább is egyenértékünek tartja a protargollal. *Kornfeld* (1898) 29 beteget kezelt larginnal, eleinte 2—5 perczig, később 15—30 perczig hagyta a szert a húgycsőben. 14 friss esetben az eleinte

bő és sűrű váladék mennnyisége igen gyorsan apadt, a gonococcusok néhány nap alatt eltüntek. A kezelés tartama átlag 30 nap. Csak egy esetben lépett fel urethritis posterior. 9 esetben, hol urethritis totalis állott fenn, az acut jelenségek lezajlása után ½—1% largin-oldatokkal öblítéseket végzett igen jó eredménynyel. Guyon-féle becsepegtetéseket 2%-os largin-oldattal szintén jól türtek a betegek. A többi 6 esetben chronikus gonorrhoea állott fenn; itt a largin nem nyujtott jobb eredményt, mint a szokásos kezelés arg. nitric.-mal. Szerző azon következtetésre jut, hogy a largin acut esetekben igen jó antigonorrhoeás szer, de ajánlatos, hogy a gonococcusok eltünése után még körülbelül egy hétig adstringens szerek is injiciáltassanak.

Ezzel beszámoltunk ama készítményekről, melyek mint az antiparasitás gyógyító eljárás eszközei az utolsó évtizedben a kankó therapiáját uralják és melyek mellett egyes szerzők által szintén antiparasitás hatásuk alapján ajánlott más injiciáló szereknek csak jelentéktelen elterjedési kör jutott osztályrészül. Az itt felsorolt, bár nagyszámú, de ellentmondó irodalmi adatok nem igen adnak módot, hogy a kankótherapia ezen ezüstdecenniumának gyógyszereiről elfogulatlan véleményt alkothassunk.

Alább meg fogjuk kisérelni saját tapasztalataink és kisérleteink alapján összefoglaló birálatunkat kifejteni és ennek megfelelően e szereknek indicatioit megállapítani.

Ezt megelőzőleg azonban az antiparasitás kezelésnek az eddigiektől eltérő vágányon mozgó orvosló módszerek egynémelyikével kell még foglalkoznunk. Elterjedettsége alapján tulajdonképen csak egy eljárás igényelhet még bővebb méltatást s ez a blennorrhoeának kalium hypermanganicum-irrigatiokkal való kezelése, az úgynevezett *Janet-féle gyógyeljárás*, mely párhuzamosan az ezüstkezeléssel, hasonlóképen mint abortiv gyógymód lett ajánlva. Ezen kezelési mód jellegét egyrészt az alkalmazásban levő szer, másrészt e szer applicálásának módja adja meg. Irodalma oly tengernyi, hogy azt a maga teljességében felsorolnunk nem lehet. Az utolsó években tartott orvosi congressusokon és a szakliteraturában annyiszor szerepel, hogy az ide vágó adatok közül csak a legfontosabbakat méltathatjuk. *Janet* 1892-ben publicálta először új eljárását, melyet később módosított és melynek elvei újabb publicatioja szerint, a következők: a gonorrhoeának heveny, subacut és chronikus időszakra való felosztása nem helyes, hanem e bántalmat aetiologiai principiumok alapján kell felosztanunk, *a)* a gonococcus bevándorlási időszakára, *b)* az aseptikus időszakra, mely a szöveti elváltozások fennállásának stadiumára vonatkozik és *c)* a másodlagos infectio szakára. J. szerint a kezelés első teendője a gonococcusok elpusztitása, lett légyen a gonorrhoea bármely stadiumában is, midőn kezelés alá kerül. Mikor e pathogen gomba eliminálódott, törekvésünknek oda kell irányulnia, hogy a fennálló szöveti elváltozások eltüntessenek és ha más bacteriumok által okozott infectio is fennáll, úgy ezen másodlagos, illetőleg vegyes fertőzést okozó mikroorganismusoknak megfelelő antisepticumokkal való eltávolítását kell czéloznunk. Janet szerint tehát bármely stadiumban is van a gonorrhoea, első sorban megállapítandó, vajjon a pathogen gomba még kimutatható-e és ennek fennállása esetén mindenekfelett annak a szövetekből való eltüntetésére kell törekednünk. Ezen gombának elpusztitására a *kalium hypermanganicumot* ajánlja, mely a kezelés első napjától kezdve *irrigatiok* alakjában alkalmazandó. A szer 1 : 4000—1000—500 langyos oldatban applicálandó a következő modus szerint: Egy-két liter ürtartalommal biró irrigateurt használunk, mely két meter hosszú gummicsővel van ellátva és utóbbinak végére conicus üvegillesztéke van alkalmazva. A húgycső elülső részének a kiöblítésénél az üvegirrigateur a hanyatt fekvő beteg testétől számítva 0·80 m. magasságnyira függ. Ha az egész urethra öblítendő, akkor az irrigateur 1·30 m. magasságnyira emeltetik.

A pars *anteriornak* a kiöblítése minden nehézség nélkül sikerül. Az irrigateur üvegillesztéke beszoríttatik az orificiumba és gyors egymásutánban távolíttatik ismét el. Az *egész* húgycső kiöblítése úgy az orvos, mint a beteg részéről már némi fortély alkalmazását igényli, arról lévén szó, hogy a húgycső, illetőleg a hólyag záró-izomkészüléke elernyesztessék oly czélból, hogy az irrigálásra szolgáló oldat hydrostatikai nyomásánál fogva a hólyagba hatolhasson. Az így a hólyagba jutott oldatot a beteg vizelési actussal kiüríti.

Az öblítés a szokásostól tehát abban különbözik, hogy katheter nélkül juttatjuk a gyógyszert a hólyagba. Némely betegnél a gyógyszernek behatolása elég könnyen sikerül, ha a beteg begyakoroltatik záróizmai elernyesztésére az által, hogy mély lélegzetet vesz vagy czélszerübben az által, hogy úgy viselkedik, mintha vizeletét ki akarná bocsátani. Érzékeny egyéneknél, vagy pedig ott, a hol e mivelet a záróizmok ellenállásánál fogva így nem sikerül, előzetesen cocain applicálása szükséges. Ez eljárás foganatosítása előtt az orificium és környéke antiseptikus oldattal desinficiálandó és a műtét után ugyancsak antisepticumokba mártott gyapotgomolylyal fedendő be. Eleinte Janet ez öblítéseket az első 5 napon minden 5 órában végeztette, 1895-ben a következő alkalmazási rendszert irja elő:

Nap	Reggel		Este	
1.	pars ant. urethrae	1 : 1000	pars ant.	1 : 4000
2.	pars ant. urethrae	1 : 3000	pars ant.	1 : 4000
3.	urethra totalis	1 : 2000	urethra tot.	1 : 4000
4.	urethra tot.	1 : 2000		
5.	urethra tot.	1 : 2000	urethra tot.	1 : 2000
6.	urethra tot.	1 : 2000		
7.	urethra tot.	1 : 1000		
8.	urethra tot.	1 : 1000		
9.	urethra tot.	1 : 1000		
10.	pars ant. urethrae	1 : 500	urethra tot.	1 : 1000

A mennyiben ezen 10 nap alatt gyógyulás be nem következnék, illetőleg újabb kórtünet jelentkezése esetén egy 10—12 öblítésből álló második sorozat következik, 1 : 1000 oldatokkal, 24 órai időközökben.

Ezen eljárás az acut esetekre vonatkozik és pedig oly esetekre, a hol csak urethritis ant. állapittatott meg; a hol urethritis totalis áll fenn, ott mindjárt a kezelés első napjától kezdve öblítjük ki az egész húgycsövet; utóbbi eljárás alkalmazandó a chronikus esetekben is. Az acut esetekben J. szerint ezen eljárás abortiv hatással lesz, ha azt a „phlegmonosus stadium“ előtt veszszük alkalmazásba, illetőleg, ha az acut gonorrhoea okozta szöveti elváltozások még nem jelentékenyek. Peracut gonorrhoeánál ez eljárás nem alkalmazandó, illetőleg bevárandó az idő, midőn a nagyfokú lobos jelenségek eltüntek.

Janet a kalium hypermang. ezen gyenge oldatainak hatását abból magyarázza, hogy az azzal való öblögetésekkel a nyálkahártyának oedemáját idézzük elő bőséges savós secretioval, a mi által egyrészt a gonococcusoknak az urethrából való eliminálódását mozdítjuk elő, másrészt pedig a nyálkahártyát a gonococcusok szaporodására alkalmatlan talajjá alakítjuk át.

Azon fényes eredményekkel szemben, melyeket J. és utána mások elértek, több szerző balsikerekről számol be. Az eljárás hivei ez idő szerint azonban elég nagy számúak és egyesek valóságos fanatismussal és eléggé nem sajnálható túlzások árán magasztalják ez eljárás hatását, jóformán egyedüli rationalis gyógymódnak hirdetvén azt a kankónak oly sokféle változatosságot feltüntető összes alakjainál.

Azon szerzők közül is, kik publicatioikat nagyobb statistikai adatokkal kisérik, csak azokra fogunk hivatkozni, kik a J. eljárását annak módosított alakjában használják, minthogy a régebbi módszer szerint a legtöbb szerző részben annak eredménytelenségét, részben veszélyes voltát hangoztatja, utóbbi alatt az általa okozható súlyos complicatiokat értvén.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról.

Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio.

Csillag Jakab dr. kórházi gyakornoktól.

(Folytatás.)

A Ducrey-Unna-féle bacillus *morphologiai sajátságai* saját észleleteim szerint *a)* a *genyben*: átlag 1·5 μ hosszú, 0·2—0·4 μ széles, éles contourral biró, legömbölyített, igen gyakran oldali befüződést mutató, miáltal piskótaalakú, úgy a sejtek között, mint

a sejtplasmában egyenkint vagy különböző számú csoportokban, csak igen kivételesen rövid (5—8 tagból álló) lánczalakban fordul elő, a midőn a láncz egyes tagjai a most felsorolt tulajdonságokkal birnak (éles contour, legömbölyített vég, középi behúzódás); *b) a vakarékban: ha ez a felületes necrotikus rétegből származott*, a lánczalakot megszaporodottnak találjuk, a genyben domináló csoportos (Ducrey-féle) alak mellett. A lánczok 20—30, de néha 100 és még több μ hosszúak, egyedül vagy 2—5 sorban haladnak egymással párhuzamosan, vagy eltérnek egymástól, vagy egymással összekeveredve nagyobb tömeggé olvadnak össze. Lefutásuk néha egyenes, majd hullámzatos, máskor meg egész láttereket behálózva, a legkülönbözőbb görbületű vonalakat irják le, de mindig a sejtplasma között maradnak. Az egyes lánczszemek nagysági dimensioi és egyéb alaki tulajdonságai itt is megegyeznek még nagyjában a csoportos alak tagjaiéval, azért itt tanulmányozható legjobban az átmenet a lánczalakból a Ducrey-féle alakba. Ha a vakarék *mélyebb rétegekből* származott, a csoportos alak már csak igen ritkán és csakis extracellulaer, néha egyáltalán nem található. A lánczok elrendeződése és menete ugyanaz, de az egyes tagok éles contourjukat elvesztették és ezért a szélek és végek minősége nem vehető ki mindig tisztán, a méretek valamivel megkisebbedtek, a hosszúság 0·2—0·3 μ-rel, a szélesség 0·1—0·2 μ-rel. Ugyanitt elég gyakori kép az, hogy a lánczok mintegy isoláltan a környezettől, valamely homogen, methylenkékkel igen halványan kékre festődő anyagba ágyazva tünnek elő. *c) A szövetben* a metszet *legfelső, necrotikus rétegeiben* úgy egyenkint, mint csoportokban extra- és intracellulaer, valamint a metszet felületével párhuzamosan is, de leginkább arra merőlegesen, a mélyebb rétegek felé irányuló lánczokkal is találkozunk, a *mélyebb* necrobiotikus rétegekben azonban csakis merőlegesen vagy kissé ferdén az ép szövet felé haladó, de azt nem, csak a plasmasejtréteget érő, ebben eltünő egyszeres vagy többszörös, a szövet sejtközötti nyirokhézagokban hullámzatosan haladó, soha a sejtplasmába nem hatoló lánczokat látunk. A véredényekben sohasem láthatók.

A bacillus *további sajátságai:* Mindkét alak virulens; a streptobacillus ezen virulentiáját érvényesítve látjuk ama szövetpusztításban, mely épen a sankert jellegzi; a csoportos alak virulentiáját pedig legjobban a *Ducrey* és *Krefting* oltásai bizonyítják, kik mindig positiv eredményt kaptak, daczára annak, hogy a pustulát fedő hámréteg eltávolítása után csakis a legfelületesebben fekvő genyet oltották át, mely csakis a Ducrey-féle csoportos alakot és csak igen kivételesen a lánczalakot is tartalmazza és így, ha Unna szerint ezen alak már a degeneratio stadiumában van is, de virulentiája még mindig megvan. 39—40° C. hosszabb behatására életképessége megszünik (Ducrey). Semmiféle müvi talajon ez ideig még nem tényeszthető.* Gram és Kühne szerint nem festhető, *száraz készítményen* az összes lúgos anilinfestékkel, de legjobban a Sahli-féle és az Unna-féle összetett methylenkékkel festhető. A Nicolle-féle kettős festés nem más, mint a készítmény festése Gram szerint és utánfestés Ziehl-Neelsen-féle 5%-os carbol-fuchsinnal, midőn a sankerbacillus vörösre, a többi bakterium pedig kékre lesz festve. A bacillusnak a *szövetben való festésére* többféle eljárást ajánlottak és ez épen bizonyíték annak, hogy a bacillusoknak a szövetben való jól festése nem a legkönnyebb feladat. *Unna* maga négyféle eljárást ajánlott. I. *Egyszerű festés:* 1. *a)* a metszetek alkoholból közvetlenül tárgylemezre tétetnek és vízzel való befedésük után itatóssal leitattatnak, majd levegőn egészen kiszáríttatnak, *b)* festés tárgylemezen ½ óráig polychrom methylenkékkel,** *c)* leöblítés vízzel, midőn a metszet is lemosatik, *d)* színtelenítés glycerinaether-** keverékkel néhány pillanatig és kiöblítés vizzel, mely procedura többször ismétlendő, *e)* szorgos kimosás vízben, *f)* alkohol, *g)* felvilágosítás ol. terebenthinae rect.-mal, *h)* canada-balzsam. 2. *a) b)* mint előbb, *c)* 1% arsensav 5—10 másodperczig, *d)* leöblítés vízzel, *e)* absolut alkohol, *f)* ol. terebenth. rect., *g)* canada-balzsam. II. *Kettős festés*: 1. *a)* savanyú fuchsin (1%-os) egy éjszakán át, *b)* kimosás vízben, *c)* leszárítás, *d)* methylenkék ¼ óráig, *e)* arsensav (1%-os) 5—10 másodperczig, *f)* víz, *g)* alkohol, *h)* bermagott-olaj, *i)* canada-balzsam; 2. *a)* megszárítása a metszetnek, *b)* festés methylenkékkel 10 perczig, *c)* víz, *d)* concentr. tannin-oldat, 1%-os savanyú fuchsin āā 15 perczig, *e)* absolut alkohol, *f)* bergamott-olaj, *g)* canada-balzsam. *A Quinquaud-Nicolle-féle eljárás következő: a)* Festés 4—5 perczig carbolsavas methylenkékkel (0·5 gm. methylenkék, 10·0 gm. alkohol, 100·0 gm. víz, 1·0 gm. carbolsav), *b)* kimosás vízben, *c)* néhány pillanatig gallussavtól mentes tanninba tétel, *d)* aether 1·0 + aqua. dest. 10·0. *e)* víz, *f)* alkohol, *g)* xylol, *h)* balzsam. Saját eljárásomat már említettem.

* E sorok már a szerkesztőségben voltak, midőn *Brocq* és *Leuglet* a franczia dermatol. és syphiligr. társulatnak 1898. nov. 10-diki ülésén a Ducrey-Unna-féle bacillusok tiszta culturáját bemutatták és ezekkel végzett positiv oltási eredményről referáltak.

** Csak *Grübler*-nél kapható.

A sankerbacillus hatásmódja a szövetre. *Unnanak*[17] köszönhetjük mai tudásunkat a sankerbacillus bevándorlási módjáról a szövetbe és amaz elváltozásokról, melyeket az ép szövetben előidéz. Vizsgálatai szerint a folyamat a következő: A felhám egy szakadási helyére jutva, a bacillusok lánczalakban húzódnak a coriumig, mialatt egy részük elhalván, fehér vérsejt kivándorlást idéznek elő és így egy finom genycsatorna létesül, mely felül az elpuhult szarórétegben végződik, a mélyben pedig egy kis subepidermoidalis abscessusban. Közben a corium vér- és nyirokedényei kitágulnak a kis abscessus körül, ugyanezt egy széles plasmaszövetből álló réteg, mely majdnem tisztán szép plasmasejtekből és nagyobbodott orsósejtekből áll, mintegy magába ágyazza. A genycsatorna körüli kissé oedemás tövises rétege a felhámnak meglazul a papillaris rétegről. Majd a streptobacillusoktól áthálózott abscessus folyton növekedve teljes egészében leemeli a felhámot a papillaris rétegről és létrejön a sankerpustula (természetesen csak akkor, ha a hámhiány elég kicsiny volt, mert különben azonnal sankeres felületet kapunk). Végül a felhám teljesen ellöketik és előttünk áll a még éles szélű, eléggé sima felületű, sárgásan belepett anyaghiány. Ez alatt a plasmaszövetréteg még inkább kiszélesedett minden irányban. A bacillusok is a beoltás helyétől kiinduló sugárirányban az abscessus fenekén, illetőleg a fekély alapján tovább haladnak a plasmaszövetben az ép felé és ezen sugárirányú haladásuknak megfelelőleg necrotizálják a fekély alapját tovább, miáltal a még nem necrotizált és egy kissé kiemelkedő szövetrészletek váltakoznak azon szövethiányos árkocskákkal, melyek a necroticussá lett és kihullott szövet helyén keletkeznek. Így jön létre a fekélyalap egyenetlensége, továbbá azon külszíne, mintha kis árkocskák volnának rajta keresztül-kasul húzva, és hasonlatossága a szurágott deszkához. Közben a legfelületesebb necrotikussá és detritussá átalakult szövetzonában folyton pusztulnak a bacillusok, miáltal a fehérvérsejt kivándorlás fokozódva állandóan fennáll, majd virulentiájuknak csökkenése áll be és megindul a fekély reparatioja, és miután a fekélyalap a granulatios szövethez nagyon hasonló plasmaszövetből áll, gyorsan halad előre és rövid idő alatt beáll a hegesedés. Ha azonban a bacillusok virulentiája nem szünik meg teljesen, *hanem csak meggyengül,* akkor a fekély felülete elsimul ugyan és a necrotikus legfelső réteg a minimumra reducáltatik, de a fekély alapját képező plasmaszövet túlburjánzik, esetleg gombaszerűen túlemelkedik a bör niveaujából és előttünk áll a sanker egyik rendetlen alakja: *az ulcus elevatum.* Nekünk a mult év folyamán 2 ambulans férfibetegnél volt alkalmunk az ulc. ven. ezen alakját észlelni és mindkét esetben megtaláltam a streptobacillust a vakarékban, a mi nem erősíti meg Unna leletét, ki csak a csoportos alakot találta gyéren a felületen, míg a lánczalakot nem. A *follicularis* sankerről a második részben bővebben lesz szó.

A Ducrey-Unna-féle bacillus diagnostikai értéke. Hogy van-e szükség egyáltalán a sankerbacillus kimutatására diagnostikai czélból és hogy mely esetekben van erre szükség, arra már részben megfeleltek *Rouanet*,[18] kinek egy a regio supraclavicularison ülő sanker esetében *Audry* mutatta ki a Ducrey-féle alakot, *Emmery és Sabourand*,[19] kik egy nyelvsanker váladékában és falának szövetében mutatták ki a sankerbacillust, *Krefting*,[20] ki egy ujjsankerben, mely klinice panaritiumnak lett felvéve, mutatta azt ki és *Deutsch A.*,[21] ki phimosis alá rejtőző fekélyekre a fitymaürből kifolyó genyben talált Ducrey-féle alak alapján csinálta a sankerdiagnosist; ha még ezekhez hozzávesszük a mi 43 kérdéses ulc. ven. esetünket, melyek az összes ulc. ven.-nak körül-

belül 1/3-át képviselték, és melyek közül a sankerbacillus lelete alapján 20 eset tényleg sankernek bizonyult és figyelembe veszszük a második részben a vaginalis és portionalis sankerről mondandókat, akkor körülbelül mindazon esetek előttünk állanak, melyekben szükségesnek látszik a klinikai diagnosisnak a górcsövi bacillaris lelettel való megerősítése. Ezek *az extragenitalis sanker-esetek, a klinice kérdéses esetek, sankerre gyanús folyamatok oly helyeken, hol a klinikai vizsgáló eszközök nem nyujthatnak elég támpontot a diagnosis biztos megállapitására és végül, ha a sanker nem praedilectionalis helyeken székel,* mint a vagina falai és a portio vaginalis.

A kérdés ezek után még csak az, szükséges-e a sankerbacillus mindkét alakját kimutatnunk minden esetben, vagy elégséges-e csak az egyik kimutatása és ha ez utóbbi eset áll, melyik az, mely egyúttal a feltétlen biztosítékot nyujtja. Ezekre kivánok most, a mennyire anyagom ezt megengedte, felelni.

Midőn az ulc. ven. váladékának a sankerbacillusra való vizsgálatával t. főorvosom megbizott, csakis a *Ducrey* és *Krefting* eziránytú czikkeit ismertem még és mivel a vizsgálatot azonnal megkezdettem, egy sorozat női közönséges ulc. ven.-nál csakis a Ducrey-féle alakot kerestem mindaddig, míg a bacillusra vonatkozó irodalom többi általam hozzáférhető részét is átvehettem. Ezen vizsgálati sorozat eredménye azonban, mint már az oktanra vonatkozó vizsgálatomnál is kiemeltem, semmiképen sem elégitette ki várakozásunkat, mert daczára annak, hogy a Ducrey-féle alak góresői képét már 1894-ben ismertem oltási pustulák genypraeparatumaiból: azon esetekben, hol minden másféle microorganismus is volt a fekély felületén és igy a készitményen is, nem tudtam biztosan felismerni a többi között még Gram-féle festéssel sem ezen alakot, azon esetekben pedig, hol csak kevés másfajta microorganismus társaságában volt jelen, rendesen kétségem maradt az iránt, vajjon nem valamely más, a Ducrey-féle alakhoz hasonló microorganismussal állok-e szemben, mert sok és sokféle helyről származó készitményt vizsgálván, akadtam akárhányszor oly microorganismusokra is, melyek morphologiailag alig különböztek a Ducrey-alaktól és ily esetekben csak a Gram-féle festés nyújtott bizonyos mértékben megnyugtatást. Egészen biztos csak azon esetben voltam, hogy tényleg ezen alakot találtam, hol a sanker makroskopikus diagnosisa nagyon valószinü, vagy egészen biztos volt, hol a bacillusok nagy számban voltak jelen és más fajta microorganismus nem zavarta a képet.

Ezen első vizsgálati sorozatból származó legtöbb készítményt félretettem és később, midőn már az Unna-féle alakot is megismertem, újólag átvizsgáltam azokat, a midőn tényleg kiderült, hogy több esetben ott, hol nem mertem előbb a készítményben jelen volt Ducrey-alak alapján górcsőileg ulc. ven.-ot diagnostizálni, egész könnyüséggel megtehettem azt az Unna-félének a készítményben feltalálásával.

Ezen, de főleg a későbbi vizsgálatok teljesen meggyőztek tehát arról, hogy *a sankerbacillus Ducrey-féle alakja alakilag nem oly egyedül álló, hogy összetéveszthető ne volna más microorganismusokkal,* de viszont meggyőztek arról is, hogy *az Unna-féle alak, a streptobacillus morphologice oly typikus és characteristikus, annyira elüt minden más bakteriumtól, hogy 2—3-szori látása után szinte lehetetlen fel nem ismerni,* a mi feleslegessé is teszi a Gram-festést és nagy időnyereség, habár az is igaz, hogy keresése néha fáradságos és igénybe veszi a vizsgáló türelmét, mert egy készítményben néha csak egy helyen található, vagy egy helyen sem és ilyenkor 2—3 készítményt kell átnéznünk, de ha már egyszer megtaláltuk, sohasem kell kételkednünk a valódisága felett.

Az én tapasztalataim tehát a sankerbacillus diagnosticai értéke körül következők:

1. Közönséges sankernél csak az Unna-féle streptobacillusnak van értéke.

2. Ha sanker van tényleg jelen, nem a sanker alapját fedő lepedékben, hanem az alapból vett vakarékban fogjuk biztosan megtalálni a streptobacillust.

3. A streptobacillus positiv lelete biztos criteriuma az ulc. venereumnak.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére.

(Folytatás.)

Miként *Platon*, úgy *Aristoteles* is a bölcsészet feladatát a dolgok lényegének és végső okainak megismerésében kereste, de míg *Platon* az igazi valóságot az eszmékben kutatta, addig *Aristoteles* kimondotta, hogy a tárgyak eszméi nem létezhetnek az illető tárgyaktól függetlenül, hanem minden egyes tárgy önmagában létező valóság (οὐσία) és az összes egynemű létező tárgyak összegét fejezi ki a fogalom. *Aristoteles* is minden létezőben, mint a világegyetemet átható isteni szellem alkotásában és a létező tárgyaknak minden változásában vagyis minden természeti tüneményben, a czélszerűséget kereste. A sophisták ellen megvédte az érzéki benyomások megbizhatóságát és kimutatta, hogy nem az érzékszervek csalfasága, hanem az érzéki benyomások útján létrejövő képzetek hibás kapcsolata vezeti az embert tévútra.

Aristoteles felismerte, hogy a tudáshoz vezető út a megfigyelés és a kisérletezés; a tárgyak közös tulajdonságai abstractiojának segitségével szerezhető meg a tapasztalás, és a tünemények okainak kutatása képezi a tudomány feladatát; e czélból minden tárgynak három főtulajdonságát kell megismerni, ú. m.: az anyagot (ὕλη), az alakot (εἶδος) és a mozgást vagy nyugalmat (κίνησις és ennek ellentéte a στέρησις, szószerint a mozgástól való megfosztottság).

Míg *Platon* a formát, mint a tárgyakat létrehozó eszmét az anyagtól függetlennek képzelte, addig *Aristoteles* szerint a forma lényeges ugyan, de csak az egyes létező tárgyakban van meg, nem pedig ezektől függetlenül. A forma lényege, lelke ugyan a létező tárgyaknak (ἐντελέχεια, ἐνέργεια), de a tárgyak létrejövetelének lehetőségét (δύναμις) az anyag adja meg; midőn az eszme az anyaggal egyesül és az anyag az isteni szellem kisugárzó részét képző eszme behatása alatt formát ölt, keletkeznek a létező testek. A *mozgás* szerinte *nem más, mint a lehetőségnek valóban létezővé válása.* A szerves lények, tágabb értelemben a növények és égi testek is, önmagukban hordják a mozgás elvét (αὐτὸ ἑαυτὸ κινοῦν), és e mozgató erőnek, a léleknek ép oly eszköze az általa mozgatott test, miként pl. a szem a látóerőnek eszköze. Az embernél úgy, mint az állatoknál általában, úgy a mozgató, mint az érző erő és vágy (ἀρχὴ κινήσεως καὶ αἰσθητικὴ ἀρχὴ) a szivben székel. Minden mozgás végső oka az istenség, az önmagát gondoló világszellem, a mely mindent mozgató, de nem mozgó való és anyagtalan, de tökéletes forma, az absolut jó, a mely már puszta létezésével, nem pedig a világra irányuló akaratával és irányító erejével hat. Minden mozgó test oda iparkodik, a hol mintegy otthon van és e közben gyorsuló mozgást végez, ha pedig e helyről külerő segélyével eltávolittatik, úgy mozgása lassubbodó; csak a körpályán végzett mozgás egyenletes. *Aristoteles* szerint az idő és tér végnélkül osztható és ezért nem fogadta el a *Demokritos*-féle parányelméletet, mert nem tudott képzelni oly kis részecskéket, a melyek többé nem oszthatók.

Aristoteles is azt tanitotta, hogy a földi, sublunaris világot (τὰ ἐνθάδε) négy őselem: a tűz, levegő, viz és föld alkotja. E négy őselem az aetherből származik; az aether (*πέμπτον στοιχεῖον,* quinta essentia) sem nehéznek, sem könnyűnek nem mondható, körpályán mozog és a túlvilágnak (τὰ ἐκεῖ) képezi az alapanyagát. A gömbalakú és balról jobb felé mozgó világegyetem közepén mozdulatlanul van elhelyezve a szintén gömbalakú föld.

Az állati testben a négy őselem vegyülése útján keletkeznek az egynemű részek (ὁμοιομερῆ μόρια), ilyenek a zsir, velő, hús, tej, porcz, csont stb. Ezen egynemű részek combinatioja folytán jönnek létre azután a szervek (τὰ ἀνομοιομερῆ μόρια). *Aristoteles* az állati test szerkezetének megismerése végett igen behatóan foglalkozott állatok bonczolásával, valamint állatokon vivisectiokat is végzett és ekként *megteremtette az összehasonlító boncztant.* A *Περὶ ζώων ἱστορίας* czimű alapvető nagy állattanában annyi pontos észleletet és oly sok helyesen leirt adatot találunk, hogy a tiszteletreméltó munka még ma is csodálatot kelt fel bennünk. Embert azonban sohasem bonczolt és ennélfogva az emberi szervezetnek csak külsőleg látható részeit irta le pontosan és ő maga is azt mondja az állattan első könyvének 16-dik fejezetében, hogy az ember belső szerveit pontosan nem lehet ismerni, hanem ezekre csak az emberhez hasonló állatok bonczolásával szerzett ismeretekből lehet analogia útján következtetni. Összehasonlító boncztani kutatásaiból felismerte, hogy a növény- és állatvilág egy fokozatosabban mind tökéletesebbé váló fejlődési sorozatot képez, melynek legfelsőbb pontját az ember foglalja el. (Ὁ ἄνθρωπός ἐστι ζῶον πολιτικόν = Az ember eszes állat.) A növényeket az ő lelkük — anima vegetativa — csak a táplálkozásra és szaporodásra képesiti, az állatok még érző és önkéntes mozgásra képesitő lélekkel is birnak — anima sensitiva —, az embernél pedig ezekhez még a gondolkodó ész — anima rationalis — járul.

A *Darwin*-theoria alapját képező evolutio eszméjét különben már *Empedokles* (504—443 Kr. e.) is hangoztatta és azt mondta, hogy a világ keletkezésekor előbb a növények jöttek létre és csak azután fejlődtek fokozatosan az állatok.

Aristoteles a szervezet mozgató, érző és gondolkodó központjának a szivet tekintette. E felfogás határozottan visszaesést képvisel, mert már a krotoni *Alkmaion* (a 6 században Kr. e.), valamint *Hippokrates* (miként ezt a *Περὶ νούσου ἱερῆς* czimű művében kifejtette) tudták, hogy az érzés, akarat és gondolkodás központja nem a szivben, hanem

az agyban van. *Aristoteles* ellenben az agyat egy vértelen és hideg szervnek tartotta, a mely a szív és vér túlságos melegének lehűtésére szolgál, a mennyiben éppen úgy, a mint a gőzzé átalakult víz, ha lehül, visszanyeri eredeti alakját, illetőleg halmazállapotát és eső alakjában hull alá a felhőkből, úgy csapódnak le a hideg agyban a gőzzé vált vérből a nyákos folyadékok, a melyek azután catarrhusok alakjában (*καταῤῥοος* = lefolyás) jelentkeznek. *Aristoteles* felemlíti azt is, hogy a két féltekéből álló és kettős hártyával burkolt agyban egy üreg van, és hogy az összes állatok között az embernek van aránylag legnagyobb agya. Az ember testét szerinte az egyenes járás, a kezek, továbbá a jól kifejlett beszédszerv és az agy nagy volta jellemzik.

A szív mintegy akropolisa, központja a testnek és egyetlen vérrel biró állatnál sem hiányzik. A szívet három üregből állónak irta le, a mennyiben a pitvarok válaszfalát nem ismerte. A szívben termeltetik a test melege, a melynek élesztése végett a levegőből pneuma jut a tüdőkbe, onnan pedig a bal szívbe, honnan az arteriákon át a testben szétáramlik. A szív melege (*ἔμφυτον θερμὸν*) felforralja a szívben levő vért, a melynek egy része gőzzé válván, megfeszíti a szív falát, a mire ez ruganyossága folytán összehúzódik és a vért a venákba löki. A szív e kitágulása okozza a mellkas tágulását is, a minek következtében levegő tódul a mellkasba, illetőleg a tüdőkbe. Ekként a vér, mely a test tápláló folyadéka, a szívből az egész testben szétáramlik és a különböző testrészeket megnedvesíti és táplálja; de a vér visszafolyásáról vagyis a vér keringéséről *Aristotelesnek* sejtelme sem volt. A véredények lefutását igen hibásan irta le. A tüdőket szivacsszerű képleteknek tartotta, a melyeknek az a feladata, hogy a szív túlságos melegét lehűtsék; ennek bizonyítására felemlíti azt a különben helyes észleletét, hogy ha az állatnak melege van, gyakrabban vesz lélekzetet.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Némethy Károly: A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló törvény magyarázata. Budapest. Pesti könyvnyomda-részvénytársaság, 1899. Ára 1 frt 50 kr.

A nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898: XXI. törvényczikknek az emberbaráti és közegészségügyi igazgatás terén korszakot alkotó fontossága, valamint közigazgatási összes hatóságainknak, különösen az egészségügyi hatóságoknak, intézményeknek és közegeknek e törvény folyamatban levő végrehajtásánál közvetlenül érdekeltsége valóban szükségessé tette, hogy mindezek — sokrendbeli nehéz feladataikra nézve — az idáig nélkülözött megbizható útmutatáshoz jussanak.

Ez útmutatást nyujtja *Némethy Károly* dr. belügyministeri osztálytanácsos, a ki a betegápolási új törvény előkészitési és végrehajtási munkálatainál hivatalosan részt vevén, a törvény hű magyarázatára kiválóan hivatott.

Szerző nem elvont kérdéseknek, nem egyéni nézeteknek fejtegetését, hanem azt tűzte ki föczéljául, hogy igazán gyakorlati értékű munkát adjon az érdekeltek és érdeklődők kezébe.

Felhasználta és megfelelően átdolgozta e munkájában a rendelkezésre álló összes hivatalos anyagot: a törvényt előkészitő tárgyalások, a törvényjavaslat indokolása és mellékletei, a képviselőházi bizottsági és a parlamanti tárgyalások, a végrehajtási rendelelek anyagát, valamint a multból eredő azokat a rendeleteket, ministeri és közigazgatási birósági elvi jelentőségű határozatokat, melyek az 1898: XXI. törvényczikkel behozott új rendszerben is megállanak, és a melyek a betegápolási új törvénynyel vagy végrehajtási rendeleteivel szerves összefüggésben állván, ezeknek mintegy kiegészitő részeiül tekinthetők.

A munka kidolgozásánál azt a helyes rendszert követte szerző, hogy az új törvény genesisének előrebocsátása után elsőben is minden megszakitás és hozzáadás nélkül közli a törvény teljes szövegét; azután a törvény minden egyes §-át a végrehajtási rendeletek odavonatkozó pontjaira való utalás mellett bő magyarázatokkal látja el; végül a megfelelő kiegészitések kiséretében, egész terjedelemben közli az állandó jellegű végrehajtási rendeleteket, nevezetesen: 1. a kórházakról, 2. a közalapok terhére történő gyógyszerrendelésről és gyógyszerkészitésről, 3. a szegénység igazolásáról és a gyógyszerek kifizetési módjáról, 4. az elhagyott gyermekek gondozásáról, 5. a községi közsegélyezésről szóló belügyministeri szabályrendeleteket.

A nyilvános betegápolással kapcsolatos egészségügyi és emberbaráti igazgatásnak alig van egyetlen oly fontos kérdése, melyet szerző e munkájában szakszerű alapossággal, de a mellett a laikusokra nézve is teljesen érthető és élvezhető modorban ne tárgyalna.

A munkához a sok széljegyzeten kivül bő tartalomjegyzék és kimerítő betűrendes tárgymutató van csatolva. A külsőleg is igen tetszetős kiállitású munka teljesen megfelel mindazoknak az alaki kellékeknek, melyek egy ilynemű munka áttekinthetőségét előmozditják.

A meleg ügyszeretettel és nagy szakavatottsággal megirott munkát igy nemcsak az összes közigazgatási hatóságok, valamint a hatósági és magánorvosok, kórházak és gyógyintézetek, betegsegélyző pénztárak, gyógyszerészek, de mindazok, kik az ez idő szerint kiválóan aktuális emberbaráti kérdések iránt érdeklődnek, élvezettel fogják olvasni és eredményesen tanulmányozni.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. május hó 28-dikától 1899. junius hó 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 500 gyermek, elhalt 271 személy, a születések tehát 229 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. junius 4-dikétől junius 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 17 (meghalt 5), himlőben 3, (meghalt —), álhimlőben 3, bárányhimlőben 20 (meghalt —), vörhenyben 68 (meghalt 5), kanyaróban 98 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyikban 23 (meghalt 3) trachomában 15, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 10 (meghalt 1), orbánczban 13 (meghalt 3), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

✳ **A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésének állandó központi választmánya** folyó évi junius 7-dikén tartott ülésén *Chyzer* elnök a szabadkai vándorgyülés eddigi előkészületeiről tett jelentést. Majd *Dulácska* alelnök bemutatta a Kovács József-érem szabályzatának kidolgozására kiküldött bizottság jelentését és tervezetét. A szabályzat 6 czikkből áll; az első az érem alapitását és czélját, a második az érem és mintájának leirását adja; a harmadik czikk 500 frtos alapitványról szól, a mely összegnek két évi kamatja (40 frt) az érem és veretés költségeit fedezi, tekintve, hogy ez idő szerint két évenkint tartatik vándorgyülés. A negyedik czikk az érem kiadásáról intézkedik és pedig úgy, hogy az érem az alapitás évében orvostudományi, a következő vándorgyülésen természettudományi vagy társadalmi előadásnak, illetve előadónak adandó ki. Az előadót a központi választmány bizza meg előadás tartásával. Az előadás vagy a megnyitó, vagy a záró ülésen tartandó. Az ötödik czikk a vándorgyülés megszünésekor az alapitvány hovafordításáról, a hatodik az alapitó oklevél elhelyezéséről intézkedik.

A központi választmány a tervezetet nehány stilaris módositással elfogadta. Ezután még néhány folyó ügyet intéztek el.

⊙ **A VI. szünidei orvosi cursus** folyó évi szeptember 6-dikától 19-dikéig tartatik meg. Iránya elődjének irányával teljesen megegyező. Programmjában ismétlő jellegű és újabb vívmányokat ismertető collegiumok foglaltatnak, melyek közül mindenki szüksége szerint választhat és ez alapon a reá nézve leghasznosabb programmot állithatja egybe. Az előadások az egyetem klinikáin és intézeteiben, továbbá a székes fővárosi kórházakban, a budapesti poliklinikai egyesület rendelő helyiségeiben és sanatoriumában, a pesti izraelita kórházban, a Bródy Adél-gyermekkórházban és egyebütt lesznek; e helyeken 58 előadó vezeti a résztvevők elé a nevezett intézetek gazdag anyagát és dús felszerelését. A szünidei orvosi cursus beirató díja 30 forint, a mi augusztus 30-dikáig a cursus titkárához küldendő. Ezen díj lefizetésével az illető belép a cursus hallgatói közé és a programmnak bármely és akárhány előadását minden díj nélkül hallgathatja. Bővebb útmutatást a végrehajtó bizottság által szerkesztett „Tervezet“ ad, úgyszintén *Schaffer Károly* dr. egyetemi magántanár, a cursus titkára (Budapest, IV., Calvin-tér 4., augusztus 1-től IV., Lipót-utcza 36), még pedig levélben, a cursus ideje alatt naponként d. u. 2—3 óra között szóbelileg is.

⚒ **Kinevezés.** Jász-N.-K.-Szolnok vármegye főispánja f. hó 6-dikán történt beiktatása alkalmával *Lippe Albert* dr. járásorvost, *Hubay Miklós* dr. szolnoki városi főorvost, *Papp Gábor* dr. kórházi igazgató orvost és *Kalavszky László* dr. kisújszállási városi orvost *vármegyei tb. főorvossá* nevezte ki.

‖ **Jakabházy Zsigmond** dr.-nak a kisérletes gyógyszerhatástanból és a gyógyszerismei szövettanból a kolozsvári egyetemen magántanárrá képesitését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyta.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Herkulesfürdő* (VI/9.): 1481; *budai Erzsébet sósfürdő* (V/28.): 174; *Tátrafüred* (VI/1.): 56; *Új-Tátrafüred* (VI/6.): 60.

♀ **Rosenthal Emil** dr., a bécsi és lyoni facultás tagja, 7 év óta nyáron *Ischlben* (Kreuzplatz 10) és télen *Nizzában* (rue Masséna 13) gyakorol.

† **Elhunyt.** *Bonyhai Hegedüs Kálmán* dr. mihályi-i körorvos junius 8-dikán 35 éves korában.

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

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (Városligeti fasor 9. szám). Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső**, a vízgyógyászat magántanára a budapesti egyetemen.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

Budapest

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 négyszögméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásviz naponkint négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üditőfürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld *az igazgatóság.*

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. (XIX. rendes ülés 1899. május 27-dikén.) (XX. rendes ülés 1899. junius 20-dikán.) 306—307. l. — A berlini tüdővész-congressus. 307. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1899. május hó 27-dikén.)

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

(Vége.)

Lénárt Zoltán: Miután a gégében végzett Thiersch-féle transplantatio ez idő szerint új s eddig nem gyakorolt műtéti eljárást képez — a bemutató esetén kivül csak Gersuny-nak egy esete lelhető fel az irodalomban —, a mely eljárás szóló véleménye szerint hivatva van arra, hogy a gégesebészetben haladást jelentsen: érdekkel birhat, ha szóló az egyesület engedelmével egy általa *Navratil* osztályán operált hasonló esetről beszámol, a melyet a magyar fül- és gégeorvosok mult csütörtöki ülésén mint gyógyultat mutatott be.

Míg a bemutató esete azt igazolja, hogy a Thiersch-féle transplantatio a gége heges szűkületének megszüntetésénél a legjobb eredményt adja, szóló esete azt mutatja, hogy ez eljárás ott is kitünően beválik, a hol a gégében és légcsőben circularisan ülő tumorok kiirtása után nagy nyálkahártyadefectusok származnak, a melyeknek heges gyógyulása stricturaképződéshez vezetne, ha a hiány hámmal nem boríttatnék.

A laryngologiai szempontból is igen érdekes eset röviden a következő:

Folyó évi márczius 7-dikén egy 24 éves földmives vétetett fel a Rókus-kórház gégészeti osztályára, a kinek panaszát kifejezett stenotikus légzés képezte, a mely koronkint — különösen hevesebb mozgás után — veszélyes jelleggel birt. A baj a beteg előadása szerint három évvel ezelőtt rekedtséggel kezdődött, a melyhez most egy év előtt nehéz légzés társult, a mely miatt az időközben katonának besorozott beteget, mint szolgálatra képtelent elbocsátották.

Az erőteljesen fejlett, jól táplált beteg mellkasi szervei épek, gyermekkori betegségekre nem emlékszik, luese sohasem volt. Orr és garat normalis. A gégetükri vizsgálatnál a hangszálagok alatt mintegy 3 cm.-nyire egy circularis duzzanat látható, a mely a gége bemenetét — a középen lévő körülbelül lúdtollszár vastagságú rést kivéve, a melyen keresztül a légzés történik — egészen elzárja, halvány rózsaszínű, felülete természetesen egyenetlen. A résen bevilágitva látható, hogy mélyen leterjed a gége üregébe, alsó határai azonban nem állapithatók meg. Sondavizsgálatnál lágy tapintatúnak mutatkozik. A duzzanat és a hangszálagok között lévő nyálkahártya sima, normalis, a hangszálagok catarrhalisan belöveltek, különben épek, teljesen szabadon mozognak, a bal álhangszalag kissé duzzadt s rajta két, körülbelül lencsenagyságú, rózsaszínű, egyenetlen felületű excrescentia látható. A hang fátyolozott, de erőteljes. A légzés hangos, a beteg ajkai és körmei kissé cyanotikusak.

A tumor felülete és azon összefüggés, a mely a tumor és a bal álhangszalagon ülő két excrescentia között valószinűnek tünik fel, arra a felvételre vezetett, hogy itt egy papilloma multiplex-szel van dolgunk. A diagnosis biztositása érdekében, a histologikus vizsgálat megejtése végett a Krause-féle késsel két darabkát kivágott a tumorból; e részek a Pertik tanár úr vezetése alatt álló egyetemi kórboncztani intézetbe küldettek s a vizsgálat papillomát diagnostizált, megerősitve a klinikai diagnosist.

A tumor kiterjedése, mélyen fekvő helyzete, de különösen azon tapasztalat, hogy a gégepapillomák igen nagyfokú recidiválási hajlammal birnak, eleve kizártnak mutatták az endolaryngealis operatiot s az extralaryngealis beavatkozást indicálták.

Ennek megfelelőleg az operatiot április 7-dikén a következő módon hajtotta végre: A betegnél először mély tracheotomia végeztetett, a mely után a légcső Trendelenburg-canule-lel tamponálva lett s ezen keresztül történt a narcosis. Ezután kettéhasitotta a pajzsporczot, majd a gyűrűporczot is és mert akkor látható lett, hogy a tumor mélyen leterjed a tracheába s a kapott rés nem nyújt elegendő tért annak kimetszésére, a pajzsmirigyet annak előzetes lekötése után az isthmusában kettéhasitva, a tracheát is kettéhasította közel a tracheotomiás sebig, körülbelül a 7. légcsőgyűrűig; ily módon tisztán láthatóvá vált az egész eltávolitás.

A gége nyálkahártyája a hangszálagok alatt gyepágyszerűleg kiemelkedő, rendkivül sűrűn egymás mellé helyezett, bársonytapintatú, szürkésvörös papilloma tömegtől volt borítva, a mely circularisan egy centimetertől három centimeterig változó szélességben, szabálytalan szélekkel, élesen elhatárolva emelkedett ki az ép nyálkahártya niveauja fölé s mélyen leterjedve a légcsőbe, annak körülbelül a 7-dik gyűrűjénél végződött.

A dolgok ily állása mellett legczélszerübbnek mutatkozott az elváltozott nyálkahártyát kiirtani, a mi egyedül óvhatott meg a recidivától, azért késsel körülmetszette a beteg részt és késsel és csipeszszel óvatosan lefejtette az egész papillomatömeget alapjával együtt. Igy egy nagy circularis nyákhártya-defectus keletkezett, a melyet magára hagyni a bekövetkező hegesedés és az ezzel járó stricturaképződés veszélye miatt nem lehetett, azért a nyálkahártya fosztott sebfelületét, a vérzés alapos megszüntetése után, a bal karról vett Thiersch-féle börlebenyekkel befödte és sterilgaze-hengerekkel óvatosan leszorította. A gége nyitva hagyatott s csak a börön alkalmaztak néhány egyesítő varratot.

A beteg ezentúl öt napon keresztül gyomorcsövön át lett táplálva, a kötés négy napig változatlanul maradt, hogy elkerültessék a veszély, a melynek a lebenyek ki lettek volna téve az által, hogy kötésváltoztatásnál eltolódhattak volna helyükről. A negyedik napon látható volt, hogy az implantált lebenyek megtapadtak és élnek. A gyógyulás ezután simán haladt előre, a beteg kisebbfokú bronchitisen kivül minden complicatio nélkül kitünően tűrte el az egész beavatkozást.

Április 25-dikén a granuláló nyaki seb még nyitva maradt része secundaer varratokkal egyesitve lett, a nélkül azonban, hogy a porczokat is varrni kellett volna, mert ezek ekkor már teljesen összenőttek.

Május 12-dikén a canule be lett dugaszolva, a beteg teljesen szabadon, kitünően lélegzik, a mi miatt május 18-dikán a canule véglegesen eltávolittatott s a trachealis sipoly sparadrap-csikokkal zárva lett.

A beteg gégéje május 25-dikén, a bemutatás napján kisebbfokú belöveltségen kivül egészen normalis, a hangszálagok egy niveauban vannak, a gége és légcső fala egészen sima, a tracheotomiás és nyaki seb teljesen begyógyult, a légzés absolute szabad, a hang még kissé fátyolozott, de erőteljes.

(XX. rendes ülés 1899. junius hó 3-dikán.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Lévai József.**

Pseudohypertrophia musculorum progressiva esete.

Deutsch Ernő: K. G., 9 éves fiúgyermek 1899. május 28-dikán mutattatott be a Stefánia-gyermekkórház rendelésén azon panaszszal, hogy daczára annak, hogy végtagjai az utolsó években nagymértékben izmosodtak, a beteg azokat használni alig képes.

5 éves koráig állitólag teljesen egészséges volt; ötödik évében typhus abdominalison ment át; a reconvalescentiában járása nehézkes, tántorgó volt. Fekvő helyzetből csupán önmagán felkúszván volt képes felállani; később erre is képtelen lett. E tünetekkel karöltve az alszár izomzata rohamosan növekedett teriméjében. Két év előtt a felső végtagok izmai részben hasonló elváltozásokat mutattak s ezekkel párhuzamosan izomerejük gyengült. A családban hasonló bántalom nem fordult elő.

A gyermek magaviselete idiotiát árul el; kérdésekre csak hosszas nógatás után, félszegen felel. Tapintó-, hő- és fájdalomérzés a rendestől eltérést nem mutatnak; felületes reflexek megtartottak, patellar- és Achilles-inreflexek nem válthatók ki. Az izmokat volumenük szerint három csoportba oszthatjuk:

1. teriméjükben erősen megnagyobbodott, pseudohypertrophikus izmok, melyek villamos ingerlékenysége mindkét áramfaj iránt gyengült. E csoportba tartozó izmok közül a legszembeötlőbbek: m. temporales, a nyelv izomzata, m. supraet infraspinati, teretes minores, deltoidei, alkar izomzata, solei, gastrocnemii;

2. normalis villamos ingerlékenységet mutató ép izmok, mint: a nyak-, kéz-, has- és czombizmok;

3. gyengült ingerlékenységet mutató sorvadt izmok; ilyenek: m. orbicularis oris, bicipites brachii, pectorales majores és hosszú hátizmok. Az izmok sem fibrillaris rángásokat, sem elfajulási reactiot nem mutatnak.

A gyermek állni, járni, fekvő helyzetből felkelni képtelen; a hátizmok atrophiája nagyfokú háti görnyét eredményezett. Mindkét láb equino-varus helyzetben. A gyermek szervezete egyébként ép és egészséges.

Myopia operált esete romlott közellátással.

Vermes Lajos: Pár hóval ezelőtt hozzászólásképen jelentést tett 3 rövidlátóság miatt operált esetről, hol a közeli látás nagy fokban szenvedett. Az egyik azon esetek közül egyáltalán nem volt kielégitő, mert a látásjavulás a távolban is elmaradt, sőt rosszabbodott.

Jelenleg egy újabb eset csatlakozik ezekhez. Ezen egyén bal szemén 1 év előtt operáltatott Bécsben rövidlátóság miatt. A rövidlátóság foka nem állapitható meg jelenleg. Jobb szemén most 12·0 D rövidlátása van. Állitása szerint azonban munkánál a bal szemét használta csupán. Finomabb munkát, varrást, himzést is végzett. Jobb szemével sohasem látott jól. E szem $v = {}^{6}/_{70}$.

Jelenleg az operált szemen a cornea külső-alsó quadransában egy linearis heg látható, a melyhez az iris vastag fonál által rögzitve van. A pupilla közepe fekete, szélén kis cataracta secundaria. Üvegtesthomá-

lyok, a chorioidea diffuse atrophiás, a centrum ép. Látása távolra a beteg állítása szerint lényegesen javult és igen kielégiti őt. Convex 3·0 D v = 6/30!! de hozzánk ma azon kéréssel jött, hogy elvesztette azon képességét, hogy varrjon, olvasson stb., mig azelőtt tűbe is be tudott fűzni és ez reá nézve, ki nincsen jó módban igen fontos volna. A közeli látás vizsgálata azt deritette ki, hogy a beteg convex 7—8 D-val Csapodi tábláinak X—XI-dik csoportját tudja csak nehezen olvasni, azt is 10—12 cm. távolból. Az ophthalmometrikus mérésből a corneának astigmatismusa, daczára a benőtt irisnek, 0·25 D.-t tesz csak ki és igy ez a látásrosszabbodás megmagyarázásánál elesik. Azt hiszi szóló, hogy azon érv, hogy a közeli látást meg fogja a beteg még tanulni, nem tarthatja már magát, mert egy év leforgása alatt ez nem sikerült neki.

Mindezekből kitünik, hogy a rövidlátóság operálása nem tartozik azon műtétek közé, a melyeket a legmelegebben szabad ajánlani és meg van győződve, hogy a folyton felmerülő újabb és újabb felismert hátrányai a műtétnek alkalmasak lesznek az enthusiasmust e műtéttel szemben megcsappantani.

A szem közegeinek fényáteresztése. Kamarás pápaszemek.[1]

Schulek Vilmos: (Az előadást a „Szemészet" melléklet egész terjedelmében közölni fogja.) Előadó vizsgálatait a szem közegeiben végbemenő fényelnyelésre is kiterjesztette. Chardonnet óta e czélra phothographus lemezeket használnak; az előző munkálatokról Widmark művében található összefoglalás. A kérdés tisztázása czéljából a szarúhártya, a csarnokviz, a lencse, az üvegtest s a szem összes közegeinek fényáteresztését spectrograph-fal vizsgálta. Ezek tanulmányozásából azt következteti, hogy 1. a szarúhártya a beeső fényen keveset változtat, az üvegtest alig valamit vagy mint a csarnokviz épen semmit sem; 2. az összes közegeken keresztül ment fény és a belőle előállított színkép olyan, mintha a lencse egymagában működnék; 3. az ép ember lencséje fiatal s öregkorban majdnem egyformán vágja el a színkép ibolyántúli részét, a hyperibolya ellen védi a retinát, maga az ibolyántúli fényt elnyeli, de ebben saját szövete az évek folyamán, a mint azt az előadó véli, kárt szenved; 4. a lencse által felfogott fény gyermekeknél részben a színjátszás képében jelenik meg újra, öregeknél az elnyelt fény energiája egészen átalakul; a látóhártyára azonban fiatal s öregeknél egyaránt leszűrt fény jut; 5. a fiatal lencse szintelen, az öreg sárga, a fiatal színjátszó, az öreg nem; 6. kivételesen, sőt nem ritkán az öreg korban különösebb megnövekedése a megsárgulásnak és vele együtt diffus megrövidülése az elnyelési színképnek fordul elő; a lencsemag közepének különösebb megsűrűsödésétől függ az, a mit néha a kéregben végbemenő, de más természetű elváltozások követnek. Többféle jelenség a mellett szól, hogy a kosmikus befolyások közül a sugárzó energia a lencsére ártalmat képvisel. A sárgulást az erősebb fénybehatás, a kéregelzavarodást a túlnyomó hyperibolya okozhatná, miben táplálkozási zavar is valamennyire szerepel.

Előadó a hullaszemeken tett vizsgálódásainak azon eredményét, hogy a szem közegei a *színkép ibolyántúli részét* a H vonaltól gyorsan apasztják, a L vonalon túl pedig alig engedik át, élőn is ellenőrizni kivánta. E czélból számos egyént spectroskoppal és spectrograph-fal vizsgált. A látható színkép vége relativ fogalom azon határokon belül, a melyeket Helmholtz körülir. Widmark ezirányú kisérleteinek ismertetése után saját vizsgálatainak eredményekép kifejti, hogy ő kisebb értékeket kapott, mivel égfénynyel dolgozott, mig Widmark 3000 normal gyertyafénynyel. A két szem között az ibolya határa különböző lehet, sőt külső körülmények szerint ugyanazon szemen is ingadozó.

Rövidlátó egyén szemét s ugyanazt lencsenélküli állapotában vizsgálva a lencse által előidézett különbséget λ 25-nek találta. Widmark öreg egyénekre vonatkozó adataival szemben azon gyanúját fejezi ki, hogy azokat már a szürke hályogra való előkészülés befolyásolhatta. Előadó azt hiszi, hogy öregeknél a szürke hályog készülődéses szakát a színképnek a H vonalig s alája való megrövidüléséből lehet felismerni. Ezen felismerés pedig nagy jelentőségű, mert, ha az öregkori hályog nagy részt az ibolyántúli fénytől származik, akkor a valódi hályog képződését ultraibolya ellenes pápaszemek állandó viselésével ki lehet tolni.

Előadó továbbá a *kamarás pápaszemek* szerkesztéséről s azok indicatioiról szól. Triphenylmethannak 35%-os xylolos oldatával töltött 2·5 mm. rétegű kamarás pápaszem előállitható volt, de nitrobenzol számára még nem. Az anaktinos pápaszemet indicáltnak tartja 1. villanyos fénynél, magnesium lámpánál; 2. naptányérba nézéskor, jégmezőkön járáskor, festőknek szabadban való dolgozáskor; 3. hámorokban, kohókban; 4. a szem elülső részének gyuladásainál; 5. haladó pterygium esetében; 6. chorioiditis és retinitisnél; 7. káprázás ellen; 8. kezdődő szürkehályog eseteiben; olyanoknak, kiknek egyik szemén már van hályogjuk; hályogos szülőktől származóknak; olyanoknak, kiknek színképük a H vonalon nem terjed túl; 9. aphakiásoknál; 10. némely iridectomiáknál; 11. erytropsia eseteiben; 12. neurastheniások s photophobiásoknál. Hogy az új védőszernek a szem pathologiában mi hasznát lehet venni, a klinikai kipróbálás feladata lesz. Physikalis és physiologiai viszonyai azonban tisztán állanak.

Előadó végül összefoglalást ad a sugárzó energia quantitativ és qualitativ viszonyairól a látóhártyához. A kamarás pápaszemek optikai exstinctio okozása nélkül chemiai exstinctiot czéloznak.

[1] Lásd a márczius 18-dikán és április 22-dikén tartott előadásokat is.

A berlini tüdővész-congressus.

(Folytatás.)

II. *Aetiologia. Flügge* tanár (Boroszló) a *Koch-bacillus jelentőségét* a következőkben karakterizálja. Ez az egyedüli közvetetlen oka az emberi gümőkórnak. Az emlős állatok tuberculosisa, nevezetesen a gyöngykór, ugyancsak a Koch-bacillus szereplésének tulajdonitandó, ellenben a szárnyasok gümős megbetegedése az emberi tuberculosissal — tudásunk mai állása szerint — nem identikus. A bacillus tuberculosis obligát parasita, csakis az emberi és állati szervezetben fejlődhetik tovább. A külvilágba csaknem kizárólag a *tüdőbajosok köpetével*, továbbá a gyöngykóros szarvasmarha *tejével és húsával* jut. *C. Fränkel* (Halle a. S.) szerint a szervezeten kivül a tuberculosis mikrobája hovatovább tönkremegy, főkép a *nap- sugarak behatása alatt;* az emberek *nem* túlságosan fogékonyak irántas csakis akkor fejlődik ki a kór, ha már *nagyszámú gümőbacillus* jutott a testbe, mint leggyakrabban történik, a tüdők útján. Az átterjedés egyik emberről a másikra leginkább a *négy fal között* történik, zsúfoltan lakott, tisztátalan, naptól be nem sugárzott, kevés levegőjü helyiségekben.

Pfeiffer tanár (Berlin) a *kevert fertőzésről* szól. A tüdőtuberculosis csak aránylag rövid ideig maradj komplikálatlanul. Csakhamar hozzászegődnek a gümőbacillushoz más mikrobák, különösen streptococcusok, melyek azután okaivá válnak a hektikus lázaknak. A *kevert fertőzésü tüdőbajos* kellő elővigyázat hián veszedelmessé válhatik még a complicatio nélkül való, tisztán tüdővészes egyénre is. Fokozott gondosságot és némileg más elbánást igényel a kezelése is. *Löffler* (Greifswald) szerint a *veleszületett tuberculosis oly ritka*, hogy a praxisra nézve teljesen figyelmen kivül hagyható. A mint hogy egyrészről természetes immunitás létezése a tuberculosissal szemben nem igazolható be, másrészt az örökölt hajlandóság, dispositio felvételére sincs eddigelé elég alapunk. Annyi azonban tény, hogy a lélegzőszervek más bántalmai, emésztő rendszerbeli bajok és táplálkozási anomaliák elősegitik a gümőkór kifejlődését.

W. Hesse (Dresden-Strehlen) *új eljárást* ismertet a *Koch-bacillus könnyebb tenyésztésére.* Ő az agart pepton helyett az ú. n. *„Nährstoff Heyden"*-nel készíti, ezen a tápláló talajon azután 2—3-szor oly gyorsan nőnek a bacillusok s a köpetből való kitenyésztés is könnyebb. (A „Nährstoff Heyden" folyóssá tett albumin; tulajdonságaira nézve a coagulált albumin és somatose között áll.) Hasonlókép igen érdekes volt *Birch-Hirschfeld* (Boroszló) előadása a *tüdővész első időszakáról.* 32 egészen kezdeti stádiumban lévő tüdőtuberculosis esete közül (melyekben az egyén véletlen szerencsétlenség vagy más hirtelen halálok következtében került sectiora), 4 esetben interstitialis miliar-tuberculumok voltak felfedezhetők, *28 esetben* peddig biztossággal kimutatható volt, hogy a *gümős folyamat első székhelyét középnagyságú bronchusok nyálkahártyarészletei tették.* Ez a primaer bronchialis tuberculosis rendszerint valamelyik (főképen a jobbik) „tüdőcsúcs hátulsó részletében" üt tanyát, abban a tüdőterületben, mely a bronchus apicalis posterior elágazásához tartozik. Azért ebben, mert ez épen lélegző szervünk legkevésbbé mobil része és annyival inkább ebben, mert a nevezett bronchuságak a nagy tüdőfejlődés idején (a pubertás kora körül) beható kedvezőtlen egészségügyi viszonyok hatása alatt sokszor csenevészek is maradnak s az illető tüdőterület levegővel való ellátása még jobban szenved. *Brieger* (Boroszló) kifejtette, hogy a garat mandoláinak hyperplasia-képe alatt olykor tuberculosis rejtőzik s ez a localisatio az elsődleges és kezdetben egyedüli is lehet. v. *Zander* törzsorvos egy aetiologikus statistikát közöl 312 gümös betegről. Közülök 116-nál (37·3%) valószinűen kimutatható volt a fertőzés és pedig az összes esetek 20·1%-ában a vérszerinti rokonok (szülők, testvérek) révén, 6·7%-ában a házastársak révén.

Az aetiologiai előadások sorát 3 franczia fejezte be. *Lannelongue* és *Achard* a tuberculosis *traumás localisatioját* illetőleg végzett vizsgálataikról számoltak be, majd *Arloing* és *Courmont* lyoni tanárok a tuberculosis *sero-diagnostikáját* ismertették. Felette érdekes volt hallani, hogy a Koch-bacillus homogen folyós culturái *agglutinatiot* mutatnak a gümőkóros ember és szarvasmarha vérsavójával. 8—12 napos culturákat naponta jól rázogatva, kissé nehezen ugyan, de mégis homogen folyós tenyészetet nyerhetünk, mely azután *minél enyhébben afficiált tuberculosus szervezet* vérsavójával elegyitjük, *annál feltünőbb* agglutinatiot árul el. Szerzők 106 klinikai gümőkór-eset közül 96-ban kaptak agglitunatiot, csak 10 lázas, cavernás, igen súlyos esetben maradt el az agglitunatio jelensége. 60 egészségesnek látszó ember közül 26-nak a vérsavója agglutinatiot okozott, ennek a 43%-nak szerintük *latens tuberculosisa* volt a kisérletkor. A százalékszám körülbelül egyező is azzal, a melyet a tuberculin-próba annak idején adott (*Beck*). A latens gümőkór felderitésében s a korai diagnosis felállitása körül nagy szerepre hivatottnak tartják *Arloing* és *Courmont* az ő eljárásukat. *Courmont* még egy érdekes közlést tett a *nem Koch-bacillus által előidézett* emberi gümőkóresetekről. Két typusos klinikai és pathol. anatomiai képet adó tuberculosis-esetben nem volt Koch-bacillus felfedezhető, ellenben igenis jelen volt egy *a tengeri malacz pseudotuberculosisának* pálczikájához igen hasonló streptobacillus. Az ilyetén esetek még felette homályosak és kevéssé ismertek.

III. A *prophylaxis* általános szabályait *Roth* (Potsdam) fejtegette. Igen nagy jelentőséget tulajdonit a *sanatorium nevelő hatásának* a betegre s utóbb közvetve a népre. A felvilágositó iratok terjesztésén kivül a *tanitóság közreműködése* lesz hatalmas eszköz a józan prophylaxis kivitelében. Az átterjedés direct megelőzésére *eltiltandó* volna, hogy olyan egyének, a kiknek köpetében Koch-bacillus kimutatható, másfajta *beteg ápolásával*, másrészt esetleg *élelmiszerek készítésével vagy árusításá-*

val foglalkozzanak. Záros határidő alatt volna *minden tuberculosus megbetegedés bejelentendő*, nem csupán a gümőkór okozta halálesetek. A *köteles desinfectio* megtörténte előtt nem volna szabad a lakást, a hol tuberculosus egyén lakott vagy meghalt, másnak kiadni. *Heubner* (Berlin) kifejti, hogy a gyermekkor tuberculosisa, mely az élet első két esztendejében mindig súlyosan folyik le, csaknem kivétel nélkül *fertőzés* eredménye. Főleg inhalatiós fertőzés s ezért a *gyermeket a legszorgosabban kell óvnunk a tüdőbajos felnőtt társaságától.* Gyermekkertek, árvaházak, iskolák, intézetek, pensionatusok, gyermekkórházak ne fogadjanak be gümőkóros alkalmazottat falaik közé. Különösen nagy a tuberculosis szülők gyermekeinek hajlandósága a gümős megbetegedésre. Ezt a hajlandóságot diaetetikus úton kell lassacskán leküzdeni. *Kirchner* tanár (Berlin) a *tuberculosis szerepét a házasodás körül* tárgyalja. A nemi élet, a terhesség, a gyermekágy lappangó tuberculosist gyakran változtat manifestté, a házastársak között történő fertőzés elég gyakori, a gyermekek infectioja a tuberculosus szülők részéről sokszor előfordul, főkép, ha a család sanyarúbb anyagi viszonyok között el. Kivánatos volna, hogy tuberculosisra gyanús anamnesisű egyéneknek a *túlkorai házasságkötés* ne engedtessék meg, gümőkóros embereknek pedig csak betegségük 2 esztendei megállapodása után volna szabad magukat családi életre adniok. Ehhez természetesen a közönség ilyetén *nevelése* vezethet csak el. A már fennálló házasságban a veszélyek elkerülésére felvilágositandó volna mind a két fél. A beteg házastárs vigyázzon a köpetére és legyenek saját külön használati eszközei. A lakásba sok levegő és napsugár jusson be s mindenkép a legnagyobb tisztaság uralkodjék ottan. Ha az anyagi viszonyok ezt nem engedik meg, úgy a beteget mielőbb sanatoriumba kell szállitani, a környezet érdekében is.

Rubner (Berlin) a *lakás* útján történő prophylaxist illetőleg megfelelő *lakástörvényt* óhajt. Műhelyekben porozó munkák csak külön jól szellőzött helyiségekben legyenek végezhetők s ott is az ártalmas foglalkozásokra csak erős testalkotású, tuberculosisra emberi megitélés szerint nem disponált egyének bocsáttassanak. A közönség egyáltalán nagyobb tisztaságba nevelendő belé. *von Leube* (Würzburg) kórházakban az apró nedves köpetrészletecskéknek köhögés alkalmával a levegőbe jutását úgy óhajtja meggátolni, hogy a beteg, mikor köhögni kezd, *vattagomolyt* tartson a szája elé; az ápoló személyzet ágyazás és szobatisztogatás közben mullból készült álarczot viseljen. A „contactinfectio"-tól az ápolót, orvost megóvandó, minden érintkezés után a kezek karbolos mosását javasolja. Ezen — tagadhatatlanul kissé túlzott — rendszabályok mellett szükségtelennek tartja a kórházban a gümős betegek szigorú elkülönitését, ámbátor a separatio mindenkor előnyös, már a betegnek magának az érdekében is. A „phthisis-szoba" azután legyen a legtöbb levegőjű és legnapsugarasabb, hozzácsatlakozik valamelyes szabad fekvőhely: veranda, esetleg a kertben barakkok a levegő-kúrára.

C. Schütze (Borlachbad-Kösen) ajánlatosnak tartja a betegsegélyző pénztár szempontjából is, hogy a pályaorvosok (mint ez a porosz államvasutaknál tényleg megtörténik) minél előbb küldjék sanatoriumba a tüdőbajos alkalmazottakat. *Baer* (Berlin) az iszákosság megszorítása mellett emel szót a tüdővész prophylaxisa érdekében. Az alkoholismus annyira csökkenti a szervezet erejét, hogy még a sanatoriumokban is csak a legnagyobb elővigyázattal véli megengedhetőnek a szesz alkalmazását gyógyitó eszközül. *Malvoz* a belga ingyenes bakteriologiai laboratoriumok (Liège, Mons, Gand, Louvain, Bruxelles, Anvers) jelentőségét ismerteti a tuberculosis elleni küzdelemben. *Michaelis* (Berlin) megtanit rá, hogy a *diazoreactio* bizonyos elővigyázati szabályok betartásával *következtetést* enged a tüdővész *prognosisára*. Kifejezett diazoreactio a vizeletben = prognosis mala, az ilyen beteg, a mig kevés sanatoriumunk van, már nem volna az intézetbe felveendő. A sanatoriumnak a kezelő orvoshoz intézett kérdőivében tehát, melylyel egy felveendő betegről magát még az utaztatás előtt informálni akarja, a diazoreactio pontja felveendő. *Berger* (Hannover) a gümőkór elleni küzdelem tényezőit az *iskola* részéről 6 pontba foglalja össze. Az iskola-épület berendezése, a tanitók és tanulók hygienéje, az előadás maga, az iskolaorvos működése mindmegannyi tekintettel kell hogy legyen a helyes védekezésre, s lehetőleg befolyásolni kell a gyermekek életmódját az iskolán kivül is.

Schumburg (Hannover) előadása után a vásári húspróbák esetleges fertőző voltáról *J. Ritter* gyermekorvos (Berlin) ismét a gyermekek védelmével foglalkozott a tüdővészes megbetegedés ellen. Ismerteti azt az életrevaló eljárást, melylyel szegényebb családok csenevész gyermekeit aránylag kevés emberbaráti áldozattal lehet megerősíteni az élet küzdelmére. Kivül a városon, nem nagyon távol tőle, fedett tornáczszerű egyszerű alkotmány létesitendő valami mezőn. Odagyüjtendő a kedvező időszakban egész délutánokra bizonyos számú gyermek. Ha nem esik, egész künn, ha esnék, a tornácz védelme alatt szabad levegőn töltik a csemeték a nap felét, közte nedves hideg edző ledörzsölést kapnak, methodikus mellkasfejlesztő gimnastikát végeztetnek velük, napfürdőkben részesülnek, hozzá tápláltságukat szabad zsirsavakkal megszerzett olajjal, kevés vas adásával emelik s a jó eredmény sohasem marad el. *Weismayr*, az allandi sanatorium direktora, a sanatoriumok jelentőségét fejtegeti a közvetlen *szomszédságra* nézve. Tüdőgyógyintézetekről ki van mutatva, hogy ezek a környékük hygienejét emelik (*Nahm*), a nyilt gyógyhelyekről azonban nem s mégis az utóbbiaktól nem fél senki, sőt üdülni és szórakozni vágyók is seregestől keresik fel, pl. a Riviera gyógyállomásait. A köpet eltakaritására vonatkozólag megjegyzi, hogy az tőzeggel keverve *elégetendő* vagy *mészszel* kell e czélra szolgáló czementezett medenczékben ártalmatlanná tenni. A gyógyhelyeken követeljünk a tejelárúsitótól igazolványt arra nézve, hogy tehenei állatorvosi szakértő vizsgálaton estek át a gyöngykórt illetőleg. Mihelyt egy tejtermelő kiirta czégtáblájára, hogy kontrol alatt álló tehenei vannak, a concurrentia rá fogja szoritani valamennyit az állatorvosi ellenőrzés igénybevételére.

Meyer (Berlin) a tuberculosis prophylaxisáról szól a *nyomdai munkások* között. Az inasokat csak pontos orvosi vizsgálat után vegyék fel. Tanuló évei alatt oktassák belé a foglalkozása hygienejébe: mily szorgosan kell *kezeit és száját tisztán* tartania, mily gonddal szükséges a lélekzőszervek legkisebb bántalmainak rögtöni kezelése, az alkoholos italoktól való tartózkodás minő fontos és igy tovább. *Lehmann* (Kopenhagen) elmondja, hogy 1835—39 között 3·62‰ volt a *dán fővárosban* a tüdővészhalálozás, 1880—84 között 2·89‰, 1895—98-ban pedig 1·86‰. Körülbelül hasonló menete volt ugyan az összes mortalitásnak (1835—39 : 26·5‰, 1880—84 : 23·3‰, 1895—98 : 17·5‰), mégis a 80-as évek eleje óta a *tuberculosis mortalitásban* még intensivebb *gyors tempójú esés* mutatkozik, mint az összes halandóság terén. A jelenség a *gümőbacillus felfedezésével* a bántalom prophylaxisában beállott változásnak tulajdonitható. *Lazarus* (Berlin) a *könnyű* gümőkór-eseteket *sanatoriumba* küldendőnek tartja, a súlyosabbakat kórházban helyezné el, de nem külön osztályokon, mert ez egyrészt, mint elővigyázat, felesleges túlhajtás, másrészt pedig az ily külön kórházi osztály, a sanatoriummal szemben, csakhamar a „gyógyithatatlan tüdőbajosok menedéke" hirébe juthatna s a beteg nem szivesen lépne falai közé. (De viszont a *sanatoriumot* az odavaló beteg *annál szivesebben* keresné fel. Ref.) *Juba Adolf* dr. (Budapest) az *iskolából eltávolitandónak* tartja a gümőkóros egyént; a tanitás hajlékainak már épitése körül tekintettel kiván lenni a tüdővész prophylaxisára, a növendékeknek az utolsó évben alapos oktatást óhajt adatni az idevágó hygieneből. Az iskola különben azzal, hogy az acut fertőző bántalmak tovaterjedése ellen küzd és a tanulók szervezetének gondozását is feladatai közé számitja, máris szolgálatába szegődött a tüdővész elleni védekezésnek.

A. J. Martin (Páris) a magánlakásokban is kötelezővé tenné a köpőedények használatát s a beteg által beszenyezett tárgyak fertőzetlenitését. *S. v. Unterberger* (Zarskoje-Selo) *számos olcsó*, ú. n. *házi sanatorium* berendezése mellett emel szót, mert szerinte a nagy tüdőgyógyintézetek sohasem fogják az összes gyógyulható tüdőbajosokat befogadhatni. *Léon Derecq* (Páris) főkép a *sürübb lakosság közt* tartja szükségesnek elsőben is a *gyermekkor védelmét* a tuberculosis ellen. Igen sok gümős bántalma a felnőttnek még *gyermekkori fertőzésre* vezethető vissza: „preserver l'enfant *à ses heures de réceptivité*, c'est attaquer le mal dans sa racine".

Igen érdekes volt *Portucalis* perai orvosnak az a tapasztalata, hogy az intercurrens *lueses infectio jóindulatúvá teszi a fennálló phthisist.* Előadó tehát felveti a Koch-bacillus és a syphilis virusa *antagonism sának* kérdését s a kétféle fertőző anyag egymással való annullatiójának gondolatát. *Nocard* (Alford) az *állati tuberculosis* korlátozásának módjait taglalja. Itt is a szarvasmarhák között oly csekély szerepet játszik a direct átöröklés, hogy a gümőkórt a praxis szempontjából *tisztán fertőzés útján terjedőnek* vehetjük. A beteg állatot tehát el kell különiteni, főleg a borjút azonnal az ellés után külön kell választani gyöngykóros anyjától. A lappangó gyöngykór felfedezésére okvetetlenül szükséges a tuberculin-oltás legalább évenkint egyszer ismételve. A gyanús szarvasmarha mihamarabb levágandó vagy, s ez a legenyhébb postulatum, jegygyel látandó el, melyről felismerhető legyen, hogy csakis a vágóhid számára legyen értékesithető. *Hambleton* angol előadásban hangsúlyozza, hogy minden, *a mi a tüdők capacitását csökkenti*, hajlandósit tuberculosisra. Szükséges tehát a tüdők kellő gyakorlása, káros az elégtelen testmozgás s a feszes ruházat.

Donshue (Syracuse, Amerika) közléséből megtudjuk, hogy New-York-államban magában évente 12,000 lakosnál több pusztul el gümőkórban. A baj terjedését fertőzés útján magyarázza meg, de *ha a köpetről gondoskodás történik, veszélytelennek tartja az egészségesek együttélését tüdőbajos beteggel.* Az inhalatiós fertőzés lehetőségét egyesek nagyon túlozva adják elő. A napsugarakban pl. hatalmas gátja van a phthisis terjedésének. Nagy igaza van előadónak, mikor azt mondja: „ . . . the saving power in nature, for if there were none such in regard to consumption, *the human race would have become extinct long ago*". A fertőzés elkerülésére pedig nem kevésbbé helyesen mondja: „*education* will be the only escape from growing evils".

Igen jeles munkáról tesz tanuságot *Obermüller* (Berlin) tanulmánya a vásári *tej és vaj gümőbacillus-tartalmáról.* A tehenek közt is a *leggyakrabban előforduló betegség* napjainkban a *gyöngykór*, melyet *Villemin* már a 60-as években párvonalba helyezett az ember tuberculosisával. Ma *Bollinger*, *Eulenburg*, *Gerlach*, *Harms*, *Klebs* stb. vizsgálataiból tudjuk, hogy a *gyöngykór bármely alakjánál virulens tuberculosis-bacillusok* jelenhetnek meg a *tehéntejben.* S a baj mindig nő, mert a *gyöngykór terjed.* Előadó 1895-ben egy rationalisan vezetett nagy tejgazdaságból, mely Berlinnek naponta 80,000 liter tejet szállit, keverék-tejet vett vizsgálat alá. A centrifugálás útján nyert tejfölrétegből $^1/_2$—1 cm^3-t, és az üveg fenekén meggyült (egy platin-kacsra való) kevés üledéket állatokba oltotta s ezek 30%-a 11—13 hét alatt a legsúlyosabb gümőkórban elpusztult. A befecskendezéshez felhasznált tej a *gyermektáplálásra szánt legjobb és legdrágább* fajtából való volt, melyet leólmozott üvegekben árúsitottak. 1897-ben tette közzé *Obermüller* azt az észleletét, hogy *összes berlini vajpróbái virulens tuberculosis-bacillusokat* tartalmazóknak bizonyultak. Neki ment természetesen erre az egész sajtó, *Lydia Rabinowitsch* pedig, az „Institut für Infectionskrankheiten" gyakornoka, a vajbacillussal való összetévesztéssel vádolta előadót. Csakhogy *Obermüller* vaj nélkül inficiálta az ő kóranyagát az állat peritonealis üregébe, a *Petri*-féle vajbacillus pedig igy izolálva semminemű kárt nem tesz. 1898 elején azután sikerült előadónak a centrifugált vajból nyert anyaggal oltott

állatok kóros képződményeiből a tuberculosis pálczikáit tisztán kitenyészteni. 1898 végén azután *Koch* is bizonyította, hogy a német császárváros minden vajpróbája gümőbacillusokkal inficiált. Minden esetre számba veendő itt, hogy Berlin egy erősen gyöngykóros terület közepén fekszik, de azért általában követelhető, hogy a *tejtermelésre a legnagyobb gond fordíttassék*. Ez az iparág teljesen *reformálandó*. Csakis iskolázott *szakembernek* legyen szabad *tejgazdaságot* folytatnia. A tej egyszerű forralása nem bizonyos, hogy jól megvéd-e a gümős fertőzéstől. Biztosabb eljárások a *Soxleth* készüléke útján történő, a *Neuhauss*-féle sterilizáló eljárás áramló gőzzel, valamint a *Kleeman*-féle pasteurizálás. Gyermekek csakis szakember által vezetett tejtermelő-forrásból láttassanak el, keveréktej csupán *pasteurizálva* legyen árúsítható és *vajat csak pasteurizált tejfölből* engedjenek meg forgalomba hozni (ezzel sokkal tarthatóbb is lesz). Végül állami ellenőrzés alá helyezendő az obligat tuberculin-oltás keresztülvitele.

Maar dr. (Ansbach) az *állati tuberculosis* korlátozására szükségesnek tartja: 1. az állattenyésztők kellő felvilágosítását az istállók helyes építéséről, szellőzéséről, világításáról, tisztántartásáról és desinfectioját illetőleg. Foglalkozniok kell ezzel a kérdéssel rövid, népies iratoknak, az iskoláknak, vándortanitóknak és hirlapi közleményeknek. 2. A dolog technikai részében kellő útbaigazitást kell a tenyésztőnek adni. Jó épületterveket istállóinak újjáépítésére vagy átalakítására kapjon ingyen az államtól vagy egyesületek útján. 3. Legyenek az istállók hygienejét szigorúan körüliró állatorvos-rendőri szabályzatok. 4. Az állam és erre való egyesületek nyujtsanak anyagilag is segedelmet a fennálló viszonyok megjavítására s 5. legyenek istállódijak, kitüntető oklevelek a közjó érdekében is buzgólkodó, legszebben haladó gazdák számára (egy „*király-díjból*“, melyet egy ló gyors futásáért odavetünk, mennyi ilyen praemium kitelnék!).

Virchow tanár (Berlin) még hozzáteszi, hogy *külföldi szarvasmarha* csak a *tuberculin-próba kellő megállását tanusító irás felmutatásával* legyen a határokon át behozható.

A tejelő marha minden esetben vettessék alá a tuberculin-próbának s ha ez mégsem történt meg, az illető állat teje *nyers állapotban ne legyen árúsítható*. A disznóhúst illető kontrol-szabályzat pedig szigorítandó volna, tekintve, hogy igen gyakori a sertésben a nyirokmirigyek tuberculosisa. A prophylaxis fejezetét *Siegheim* (Berlin) előadása zárta le az *irodai alkalmazottak* egészsége megóvásának módjairól a tuberculosissal szemben. Irodai munkára csakis ép tüdejű egyének bocsáttassanak ab ovo. Az összes dolgozóhelyiségekben vizet tartalmazó köpőcsészék legyenek, fölötte figyelmeztető nyomtatványok, melyek a zsebkendőbe vagy földre köpést tiltják. A falak embermagasságig lemosható olajfestéssel látandók el, az építésnél minden szögletképzés lehetőleg kerültessék. A pallót linoleummal fedjük be s az iratcsomókon a por lerakodását bőséges szellőzéssel (természetes ventilatio, mesterséges szellőző készülék) kell meggátolnunk. A déli szünet idején az összes helyiségek erősen átszellőzendők és padlójuk felmosandó. Az actacsomókat nem szabad dobálni vagy épen a dolgozó helyiségben verni ki belőle a port, ez a kiporolás mindig a szabadban kell hogy történjék s az iratok legjobb, ha zárt szekrényekben helyeztetnek el.

Ime, ilyen látszólagos aprólékosságok is szóba kerültek a nagy berlini congressuson, mely felé az egész művelt világ érdeklődése odafordult. És joggal. A tuberculosis ellen indított önfentartási küzdelem csak úgy lehet igazán sikeres, ha a legkisebb részletekig kidolgozzuk a defensiva tervét s itt valóban el lehet mondani, hogy nincs a kérdésnek pontja, a mely elég jelentéktelen lenne ahhoz, hogy a nagy czél elérése érdekében figyelemre ne volna méltatandó.

Kuthy dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

216/1898. eln. szám.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére nagymélt. magy. kir. belügyminister úrnak folyó évi junius hó 7-én kelt 60,558/VI. b. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvos urakat, kik ezen **400** frt fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel és világitással díjazott, ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal folyamodványaikat **1899. évi junius hó 30-dikáig**, déli 10 óráig nyujtsák be.

Pozsony, 1899. évi junius hó 10-dikén.

1—1 *Dr. Pantocsek József*, igazgató.

29,458/1899. szám.

Nyitramegye **privigyei** járásában egy 1100 frt évi fizetéssel javadalmazott **trachomaorvosi állomás** betöltendő. A kik ez állást elnyerni kivánják, felhivatnak, hogy orvosi oklevelük és a trachomaorvosi cursus sikeres végzéséről szóló bizonyitványukkal felszerelt kérvényeiket az alispáni hivatalba f. évi **junius hó 30-dikáig** küldjék be. A pályázók közül előnyben fog részesittetni azon orvostudor, a ki a trachoma kezelésével már hosszabb idő óta foglalkozik, miért is felhivatnak a pályázók, hogy ebbeli működésüket igazoló okmányaikat kérvényükhöz csatolni el ne mulaszszák.

Nyitra, 1899. évi junius hó 8-dikán.

1—1 *Alispáni hivatal.*

4898/1899. szám.

A **Kúnszentmiklós községben** lemondás folytán üresedésben álló **egyik orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állással egybekötött javadalmazás:

1. Állandó évi fizetés 500 frt;

2. a puszta-orgoványi trachomások gyógykezeléséért az ideig, mig annak szüksége fennforog, vagy esetleg, mig a nevezett puszta az anyaközségtől közigazgatásilag el nem válik, évenkint 300 frt;

3. egyszeri látogatásért, helyben nappal 30 kr., éjjel 60 kr.; tanyákon nappal 60 kr., éjjel 1 frt és a szükséges fuvar;

4. egyszerű bizonyitvány kiállitásáért 50 kr., látleletért 2 frt.

A megválasztandó orvos a puszta-orgoványi trachomások gyógykezelése czéljából köteles önköltségen a helyszinére hetenként leutazni, a mikor az orgoványiak az iziaki vasútállomáshoz érte fuvarost küldenek.

Azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivom, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket **ezen év julius hó 1. napjáig** hivatalomhoz bemutassák.

A képviselőtestület választó közgyülése julius 2-dik napjának d. e. 11 órájára hivatik össze.

Kúnszentmiklós, 1899. junius hó 11-dikén.

2—1 *Szondy Dénes*, főszolgabiró.

5454/1899. kig. szám.

A **Mohács** nagyközségben lemondás folytán megüresedett, illetőleg f. évi julius 31-dikével megüresedő **községi orvosi állásra** az 1886:XXII. t.-cz. 82. §-a értelmében pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. Utólagos havi részletekben fizetendő évi 500 frt fizetés;

2. látogatás díja nappal 50 kr., éjjel 1 frt.; a halottkémlés díja 50 kr.

Megjegyzem, hogy az 1876:XIV. t.-cz. 20. §-a értelmében 7 évnél fiatalabb gyermekek után, ha ők, vagy a fizető kötelesek vagyonosak, a fenti látogatási díjnak csak fele jár.

Szegény betegek ingyen gyógyitandók.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy törvényes minősitésöket igazoló kellően felszerelt kérvényöket és pedig — ha szolgálatban vannak — fölöttes hatóságuk útján, **nálam f. évi junius hó 26-dikáig** nyujtsák be.

A választást f. évi junius 27-dikén d. u. 3 órakor fogom Mohácson, a községházában megejteni.

Mohács, 1899. évi junius hó 11-dikén.

1—1 *Szinkovich*, főszolgabiró.

1308. szám.

Az **erdődi** törvényhatósági **magánkórháznál** kinevezés útján betöltendő **igazgató orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Minősités tekintetében az 1883. évi I. t-cz. 1., 19. §§-ai irányadók.

Javadalmazás kétszáz forint évi fizetés, lakás, fütés és világitás.

Pályázati kérvényeket **julius hó 15-dikéig** átveszek.

Nagy-Károly, 1899. junius 10-dikén.

2—1 *Gróf Hugonnai Béla*, főispán.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr **ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ száraz kivonat rekeszekben à 1 kg. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kilo.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs
Budapest, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

Negyvenharmadik évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1899. junius 25.*

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

Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. Az orrsövény elhajlásainak és léczeinek műtevése a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással. 310. l.

Korda Jenő: Közlemény Mann Jakab dr. igazgató-tanár szegedi m. kir. női klinikájából. A Schleich-féle eljárás alkalmazása nőgyógyászati műtéteknél. 311. l.

Feleki Hugó: A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyító módjai. 312. l.

Csillag Jakab: Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról. Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio. 314. l.

Tárcza. *Tihanyi Mór*: Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére. 316. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Mosler:* Enststehung und Verhütung der Tuberculose als Volkskrankheit. 317. l. — *Lapszemle. Lippi:* Az orexin hatása a terhesek hányásánál. 317. l. — Lépfene-fertőzés 317. l. — *Gabrilowitsch*: Tüdővérzésre hajlamos egyének kezelése. 317. l. — *Feilchenfeld*: Túlságos nevetés következtében fejlődött szivbaj. 317. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Hazai fürdők személyforgalma. — A budapesti Császárfürdő kimutatása. — Magántanári megerősítések. — Az egyetemi II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum. — Herczel dr. — Baumgarten dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Sarbó Arthur dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 317. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Újabb gyógyszerek és gyógymódok. 1. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

I.

Az orrsövény elhajlásainak és léczeinek műtevése a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással.

Irta: *Baumgarten Egmont* egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.

Ama számos műtétmodor között, melyek az orrjáratokat elzáró sövényelhajlások és cristák gyógyítására vezetnek, már évek óta előnyben részesítem a vésővel való eljárást és azt utóbbi időben kizárólagosan felnőtteknél alkalmazom is. A gyermekkorban többnyire porczos, hátra kevésbbé terjedő sövénydeviatiok fordulnak csak elő, a melyeket chromsav-edzés által megpuhítok és ily módon tüntetek el, vagy pedig egyszerűen a késsel kimetszek. Felnőtteknél úgy a galvanocaustikát, nemkülönben az electrolysist megkisérlém többszörösen, azonban már a gyógykezelés alatt, részben az eljárás fájdalmas volta, máskor a kellemetlen utóhatás, legtöbbször azonban a betegek türelmetlensége miatt kénytelen voltam a véres műtétre áttérni. Azt is megtettem, hogy főleg a csontos léczeket lefürészeltem, mindannyiszor azonban mégis azt tapasztaltam, hogy a levésés a legrövidebb eljárás. A trephinnel és electromos motorral való műtevést, melyet többen igen melegen ajánlottak, eddigelé igaz még nem gyakoroltam, mióta azonban a vésővel való eljáráshoz a Schleich-féle érzéstelenítést is alkalmazom, nincs okom ezen sokkal egyszerűbb s kevésbbé fájdalmas műtéti eljárástól eltérni, főleg pedig azért nem, mert a rendes előkészítés után, illetve a szabályszerűen végzett Schleich-féle érzéstelenítő eljárás mellett sohasem voltam kénytelen a vérzés miatt a műtétet megszakítani, hanem képes vagyok azt a lehető legnagyobb nyugalommal, mondhatni fájdalom nélkül végezni és a mellett a műtét területét áttekinthetően ellenőrzeni.

Sokáig azon voltam, főleg a magángyakorlatban, hogy a nyálkahártyát megtartsam s abból lebenyt képezve, azt a műtét után ismét a sebfelületre ráilleszszem. Eme eljárásnak bizonyára azon előnye van, hogy a seb könyebben gyógyul és hogy ezen a helyen a sövény fala meg nem vékonyodik, sőt egynémelykor egy majdnem kikerülhetetlennek látszó perforatiotól is megóv.

Ez okból már megelőzőleg vagy a késsel metszettem körül a képzendő lebeny mellső szélét és egy darabját leválasztottam, azután véstem és a levésett porcz- vagy csontrészletet a lebenyről leválasztottam, és ezek után a lefejtett lebenyt a sebfelületre egész szélességben ráborítottam. Minthogy a késsel való körülmetszés közben igen erős vérzés jött létre, igen gyakran be kellett érnem azzal, hogy első nap a lebenyt részben leválasztottam és az orrt tamponáltam másnapig. Többnyire ezek után a vérzés szünetelt és én képes voltam mérsékelt vérzés mellett a műtétet másnap befejezni, de megtörtént az is, hogy egynémely esetben ez a harmadik napig is elhúzódott. A késsel való körülmetszés helyett a galvanocaustikát vettem igénybe, mely azonban a cocainozás daczára sokkalta érzékenyebb beavatkozás, de a vérzés hiánya miatt határozott előnynyel bir az előbbi felett azért, mert a lebenykészítés után rögtön hozzáfoghattam a műtét további dolgaihoz.

Az utóbbi időben azonban a lebenyképzéstől elállottam, mert a tamponálás, ha arra kell ügyelnünk, hogy a lebeny jól ráfeküdjék, igen nehezen vihető keresztül, nemkülönben az igen erős vérzés a munkát felette zavarja. A lebenyképzést többek között azért is abbahagytam, mert a mostani nagyobb beteganyagnál, mely a poliklinikán rendelkezésemre áll, meggyőződtem arról, hogy siker és gyógytartam dolgában nincs különbség az eredeti és ezen műtétmodor között. Az egyszerűbb elhajlások a poliklinikán aligha kerülnek műtevés alá s rendszerint társulnak hozzájuk erősebb csontléczek, máskor ez utóbbiak maguk is képesek az orrjáratot teljesen kitölteni, a mi gyakran oly mérvet ölt, hogy a kagyló és csontlécz között nem vagyunk képesek sondát átvezetni s voltak esetek, hol a két képlet össze is nőtt. Ezeknél már megelőzőleg le kellett mondanom a lebenyképzésről s így azt anélkül kellett végeznem s tapasztalnom, hogy sokkal egyszerűbb a nélkül operálni, s hogy a lefolyásban nincs különbség. Ennélfogva a lebenyképzést a cristák műtevésénél mellőzöm és csak az egyszerű deviationál tartottam meg, különösen azon esetekben, hol attól kellett tartanom, hogy az átfúródás létrejöhet s hol az ily lebeny óvó szolgálatot teljesített ez irányban.

Ezelőtt csakis oly sövényelhajlásokat és léczeket operáltam meg, a hol az orrnak igen nagy szükülete forgott fenn, a melyet némelykor maga a beteg ujjával kórismézett, továbbá, ha asthma vagy erős fejfájásról panaszkodtak a betegek, vagy ha kínzó pharyngitis sicca esete állott fenn. Ily műtét mindig sok időt vett igénybe s a vérzés oly nagy mérvü volt, hogy tamponálni kellett s a műtétet másodnap vagy nem ritkán harmadnap lehetett csak befejezni. A betegek is nehezen szánták rá magukat, mert daczára az erős cocainozásnak, a műtét fájdalommentesnek nem volt mondható. Voltak betegek, kik utólagosan nem igen

nevezték fájdalmasnak e műtétet, de a legtöbben erősen nyögtek vagy jajgattak ezalatt. Mióta a Schleich-fele módszert használom, a műtétek száma emelkedett, minthogy a műtétet teljesen, vagy csak kis mérvben kell fájdalmasnak jeleznem s emellett a vérzés a műtét alatt igen csekély s csak néhány perczig tart. Ama sok sövényelhajlás és lécz, mi miatt a fülosztályon a betegnek még a legvékonyabb cathetert se lehet bevezetni, sem pedig levegődouchet véghez vinni, képezi nagy contingensét műtéti eseteimnek.

Kezdetben az eredeti Schleich-oldatot használtam, azonban az utóbbi időben kizárólagosan csak a physiologikus oldatot (mely áll: Natr. chlorat 6·0 Aqu. destill. 100·0, Eucaini 0·2), miután pedig ezen oldat úgy az érzéstelenítésnek, mint vértelenítésnek egyaránt megfelel s nem kell félnünk e mellett a cocain mellékhatásától, ennélfogva ezen oldatot nagyon is ajánlhatjuk. Máskülönben egyszerű konyhasó-oldat eucain nélkül is megteszi hatását. Az eljárást be kell gyakorolni, mert ha azt nem szabályszerüen végzik, miként azt eleinte tapasztaltam, akkor csak fél hatás mutatkozik.

Jelenleg, miután többféleképen kisérleteztem, a következő módon járok el: Legelőször a műtétül szolgáló nyálkahártya-területét 10%-os cocain-oldattal dörzsölöm be, hogy a tü beszúrása ne fájjon és ne vérezzék. Én az eredeti Schleich-féle fecskendőket használom a gummigyürükkel és mindjárt hajlított tüvel csinálom a beszúrást. Miután az eszköz kifogástalan működéséről tudomást szereztem s azt carbol-oldatban vagy aetherben desinficiáltam, megtöltöm és a tüt abba a helybe szúrom bele, a hol a vésőt rátenni akarom; e mellett arra kell ügyelni, hogy a hegyes, vékony tü óvatosan a nyálkahártya alá mintegy felcsúsztattassék és pedig akként, hogy kezdetben az erősebb nyomás mellett a folyadék ki ne csurogjon, hanem úgy, hogy az mindjárt a nyálkahártya alatt szétmenjen s azt mindenütt hátul, felül s alul felemelje és elszintelenítse. Ha az elhajlás és lécz a sövény mellső részében van, akkor ez az eljárás a legtöbb esetben elégséges, ha azonban a deviatio és crista szélesebb, akkor két befecskendezést végzek, egyiket inkább felfelé, a másikat lefelé, mindenkor egy félfecskendővel. Azonban, ha az elhajlás és lécz jócskán hátraterjed, akkor a fecskendő tüjét hátrafelé a nyálkahártyában is kell előretolni, vagy pedig a görbült tüvel feljebb hátrafelé újabb két injectiot kell csinálni. Már a befecskendezéseknél meg lehet itélni, vajjon az illető nagyon érzékeny-e vagy nem, az utóbbi esetben a hátsó befecskendezéseknél végül a fecskendőt kissé megemelem s még némely helyeken befecskendezek a mélybe, a mi a porcznál könnyen sikerül, a csontban azonban ki nem vihető. Ha a lécz az orrjáratot jócskán megtölti s ha a kagylóval össze van nőve, mégis sikerül a teljesen görbült tüt a deviatio vagy lécz mögött beszúrni, mert felül vagy alul mindig keskeny hasadék van jelen.

A befecskendezés után várok egy darab ideig, egy-két másodperczet, ha a beszúrási pontok vérzenek, akkor ez alatt tamponálok.

Minél szélesebb a csontlécz, annál szélesebb vésőt használok s puszpángfakalapácscsal, melyet hacsak lehetséges egy segéd kezel, gyorsan vésem le a deviatiot és csontléczet a maga egész szélességében és hosszasságában, miközben arra ügyelek, hogy a véső ne nagyon mélyre hatoljon, de ne is hagyjon maga után valamit, a minek nem kell ott maradnia, e mellett majdnem semmi, vagy igen kis vérzés van, a porczból semmi, a csontból kevés. A mellülről történő vésés majdnem fájdalmatlan, hátul, ha a lécz nagyon kemény, csak kissé fájdalmas.

Az utóbbi 50 esetben, melyet Schleich-féle eljárással végeztem, sohasem kellett a műtétet félbeszakítanom, miként az előbb itt-ott megesett, minthogy a betegnek nagy fájdalma volt, hanem képes voltam, habár egynéhány betegem megijedt és sápadt lett, a műtétet be is fejezni. A véső helyzetét folytonosan változtatom a műtét alatt, míg minden simára le van vésve, a mi néhány percz alatt készen is van, mert képes vagyok a műtéti területet folyvást áttekinteni. Az utolsó vésőcsapás után igen jól érezhető, hogy az ellenállás megszünt s rendszerint a levésett darab a hátsó rész nyálkahártya részén függ, a mit azután csontollóval egy csapásra lemetszek s ha a csontlécz igen széles volt s az alsó vagy felső szélek kiállanak, akkor ezeket ezzel együtt végignyirom.

Most már a műtéti területet letapintom és végigtekinthetem s mindenki nem győzi eléggé csodálni, hogy néha egyáltalában nincs vérzés.

Mégis, caveant consules, mert ez a Schleich-féle eljárás hatása és ez a hátránya is, hogy később erősebb vérzés állhat be. Miután az első operatiok alkalmával majdnem semmi vérzést nem tapasztaltam, az orrüreget 20%-os jodoform-gaze-zel tamponáltam ki, mint az rendesen műtétek után szokásos, néhány órára rá azonban erős vérzés miatt fellármáztak, vagy azért is, hogy a gaze hátrafelé kicsúszott Az utólagosan betett tampon megszüntette rendszerint a vérzést, de a mennyire csak lehet, a tamponváltoztatást 24 órán belül el kell kerülni, annál is inkább, minthogy a tampon kicserélése a műtét napján vagy aznap éjszakáján nem tartozik a kellemetességek közé, már csak az amúgy is ijedt betegnek fájdalmassága miatt sem.

A műtét utáni tampon szabályszerű behelyezése főleg a széles léczeknél a sövény hátsó részében ép oly fontossággal bir, mint maga az operatio és ha az oly pontossággal történik, mint ha igen nagy vérzés volna szóban, akkor a Schleich-féle eljárás ezen kellemetlen utóhatása is elkerülhető. Egy másik hátránya az, hogy egynéhány beteg a műtét befejezése felé hirtelen elhalványodik annyira, hogy őket néhány perczre le kell fektetni. Vajjon ezen ájulások az injectiotól vagy pedig az eucaintól vannak feltételezve, azt nehéz eldönteni, azelőtt többször észleltem ájulást a műtét közben is, még akkor is, ha igen kevés cocaint, vagy ha semmit sem használtam. Ennélfogva azt hiszem, hogy az ájulások az ijedtségből származnak, mert valószinüleg igen kellemetlen érzet lehet az, ha nem is fáj, de ha valakinek az orrában a porczon és csonton kalapálnak és a legtöbb operált neurasthenikus. Ha a tampon jól van behelyezve s a beteget utasítjuk a csendes viselkedésre, nemkülönben arra, hogy keletkező vérzés esetén állandó nyomást gyakoroljon ujjaival az operált oldalon befelé hatólag, akkor nem szokott oly vérzés fellépni, mely szükségessé tenné a tampon kicserélését. Egyébként az annyira kellemetlen hátracsúszását a gazetamponnak az orrgaratürbe vagy a szájba, szintén el lehet kerülni, ha gyapottal kibélelt vánkosalakú zárótampont készítünk a gazecsík végére, melyet be lehet vezetni, mert a műtét után arra elegendő hely is van. Eme eljárás az orrkagylótúltengések amputatiojánál, különösen a hátsó vég eltávolításánál, igen jó szolgálatot tett. Sohasem volt szükség Belloque-féle tamponálást végeznem; az utóbbi időben, midőn a vérzés igen erős volt, alkalmam nyilt az „Epistaxis“-ról szóló munkámban oly melegen ajánlt Penghawar D'jambi-t alkalmazni s azzal a vérzést elállítani oly esetben is, hol a Belloque-tampon eredménytelen volt.

(Folytatása következik.)

Közlemény Mann Jakab dr. igazgató-tanár szegedi m. kir. női klinikájából.

A Schleich-féle eljárás alkalmazása nőgyógyászati műtéteknél.

Irta: *Korda Jenő* dr.

(Vége.)

Az általunk észlelt ezen esetek ismertetése után legyen szabad áttérnem a *Schleich-féle eljárás* vázolására, a mely lényegében abból áll, hogy a műtét területén az összes szöveteket infiltrálja oldatainak a szövetek közé fecskendezése által. Használja erre a czélra a konyhasónak 0·2%-os vizes oldatát, melyhez különböző százalékban cocaint és morphiumot ad.[1] Ezeknek hozzáadási százaléka szerint háromféle oldatot használ és pedig:

A legerősebb (I-es számú), itt a konyhasó-oldat 100 gm.-jában 0·20 cocain és 0·02 morphium van. Középerős (II-es számú), ugyanoly mennyiségű konyhasó-oldatban 0·10 cocain és 0·02 morphium van. Leggyengébb (III-as számú), ebben csak 0·01 cocain és 0·005 morphium van 100·0 gm. konyhasó-oldatban.

Schleich az esetek legnagyobb számában a II-es számú oldatot ajánlja használni; az I-es számút csak akkor, ha gyul-

[1] *Haberern J. Pál*: „Nagyobb műtétek helybeli érzéstelenitéssel.“ Orvosi Hetilap 1897. 45. sz. — *F. Kleinhans.* Monatsschrift f. Geburshülfe und Gynäkologie. 1898. B. VII. H. 6.

ladás folytán a szövetek igen érzékenyek, a III-as számút ellenben akkor, ha igen nagy területet kell infiltrálni, hogy a nagyobb mennyiségü folyadék elhasználásával is csak kevés használtassék el a narcoticákból.

Az anaesthesia létrejöttét elősegítik az oldat által okozott ischaemia; az oldat által előidézett nagyobb nyomás, a melynek folytán az idegelemek is nyomatnak és így azok vezetőképessége csökken; az oldat alacsony hőmérséke; és végre localis vegyi hatás az idegállományra.

Az infiltrált terület vizenyössé lesz és rögtön érzéktelenné válik mindennemü sebészi beavatkozással szemben.

A mi az oldat tisztaságát (csiramentessé tételét) illeti, Schleich minden 100·0 gm.-hoz 2 csepp 5%-os carbolsavat ad. Ennek daczára Hofmeister néhány nap mulva penészculturákat látott. A kórodán 70—80 C.°-nál refractionált sterilizálásnak alávetett oldat van használatban és egyszer sem oszthattuk Schleich és mások ama véleményét, hogy eme magas hőmérsék az oldat érzéstelenitő hatását megszünteti.

Az infiltrálásra $2^1/_2$, 5 és 10 cm^3 ürtartalmú *fecskendők* szolgálnak. Rendes körülmények között közönséges Pravaz-fecskendöt is lehet használni, de mert némelykor, különösen heges szövetekben vagy csonthártya alá, nagy nyomást kell kifejteni, Ruge ajánlatára oly fecskendőket készittettek, a melyeken a tük bizonyos mellékkészülékkel rögzithetők és az egyenletes infiltrálás elérhetésére — a mi a jó eredmény érdekében igen fontos kellék — a dugóra csavar van alkalmazva, a melynek segélyével az előre tolható és a fecskendőben levő folyadék egyenlő nyomással cseppenkint üríthető ki.

Az infiltrálás történhetik egy vagy több *beszúrási helyről*. Schleich úgy jár el, hogy az első beszúrási helyről annyit fecskendez be, míg egy kis bulla képződik, ennek határán ismét beszúr és így tovább, míg az egész terület felszines infiltratioját el nem érte; a mélyebb rétegeket csak a megejtett bőrmetszés után fecskendezi be. Mikulicz kiindulva abból, hogy a sok beszúrás könnyebben nyit kaput a fertőzésre, oda módositotta Schleich eljárását, hogy ő az első beszúrási helyről infiltrál hosszú tüknek fokozatos előretolásával és ő, valamint mások is, kiindulva azon tapasztalatból, hogy az átmetszett bőr alatt, a fesztelen rétegekben igen nehéz az infiltrálás, az összes rétegeket egyszerre infiltrálja.

Visszatérve a fentebb elősorolt esetekre — melyekben kivétel nélkül Schleich II. számú oldata jött alkalmazásba —, az *eljárás technikája*, miként az a klinikán gyakorlatban van, a gáthüvely-mütéteknél a következő volt: beszúrás a kis szeremajak megfelelő magasságán a bőr és nyálkahártya határvonalán lehetőleg a kevésbbé érzékeny nyálkahártyában, és a tűnek a gát felé való fokozatos előretolásával az összes részek infiltratioja. A második beszúrás a már beszürödött commissurában és a tü felfelé tolásával infiltratio a jobboldali kis szeméremajak congruáló magasságáig; végre egy-egy beszúrás a hüvely két oldalán a columnae rugarum két szélén a tünek a hüvelyben felfelé tolásával. A jól kivitt infiltratio után az előbb említett határvonal kisujjnyi vastagságban kolbászszerüen, oedematosusan meg van duzzadva. Az elhasználandó *folyadék mennyisége* természetesen változik az érzéktelenitendő terület nagysága szerint; eseteinkben 10—36 cm^3 használtatott el, az érzéketlenség teljes volt és csak kevés esetben tartott rövidebb ideig a mütétnél.

Ez különben meglehetősen tág határok között ingadozik, mert míg van eset (l. 14. eset), a midőn a beteg a mütét 15. perczében fájdalmat jelzett, addig Gerhardi 1 órás, Kolaczek 2 óráig tartó teljes anaesthesiáról emlékezik meg. Eseteink között is a majdnem 1 órát igénybe vevő laparotomia után a hasfalak zárásakor az operált fájdalomról nem panaszkodott.

Az *első beszúrás* helyét nem érzéstelenitettük, míg mások ezt is megteszik aethylchlorür, cocainjegecz vagy carbolsav érintésével, sőt Braaze erre a czélra egy külön készüléket szerkesztett, a mely lényegében egy fémlemez, a melyen aether párolog el. Kellemetlen *izgalmi tüneteket*, minöket némelyek állitása szerint némely betegnél az infiltratio okoz, mi sohasem észleltünk, ha annak nem tekinthető a 8. esetben beállott bő izzadás.

Az *érzéketlenség időtartama* mindenesetre függ az illető részek vértartalmától, továbbá az eljárás helyes kivitelétől és bizonyára a betegnek individualis reactiojától.

Kellemetlen vagy akármilyen *utóhatást* nem volt alkalmunk észlelni; az első eseteknél mutatkozó esti hőemelkedést valamely intoxicatio tünete gyanánt fogjuk fel, a mely felvétel mellett szól, hogy a későbbi esetekben, a hol az oldat, fecskendők és tük sterilizálása pontosabban vitetett keresztül, esti hőemelkedés többé nem fordult elő.

A gyógyulás minden esetben *per primam* történt.

A Noak által tapasztalt és leirt táplálkozási zavar az azt követő necrosissal eddig nem volt tapasztalható. Hogy azonban a szövetek feszülése folytán ez lehetséges, azt Braaze is bizonyítja irataiban, és azért nem is tartja czélszerünek ezen eljárást carcinománál vagy diabetikus egyéneknél, a kiknél a szövetek úgyis rosszul tápláltak, a fenyegető gangraena miatt.

A laparotomiákra nézve Schleich határvonalul tüzte ki azon eseteket, a hol a daganaton peritonealis összenövések vannak. Ezt szem előtt tartva, Mann tanár úr reservált álláspontot maradt, alkalmas egyszerü esetre várva; a 26. alatt leirt esetben azonban a betegnél, a kinél kocsánycsavarodás következménye gyanánt erős összenövések tételeztettek fel, mütét előtt oly kihagyó, silány, rossz volt a szív müködése, hogy altatás veszélyének kitenni nem lehetett, és kényszerüségből alkalmaztatott nála az infiltratiós eljárás. Az eredmény meglepő volt, a menynyiben a különben elég érzékeny beteg a hasfalak és peritoneum átmetszéseker semmi, és a daganat nagyterjedelmü odanövéseinek leválasztásánál is csak alig jelzett fájdalmakat. A kocsány lekötése és átvágásakor, valamint a hasseb varrása közben hasonlóképen nyugodt maradt.

A második hasmetszésnél is (27) az eredmény teljesen kielégitő volt, a mütéti tér teljesen érzéketlen volt, és a mütétet csupán folytonos nevetésével zavarta a beteg.

Teljesen nyugodt magatartást tanusított a hasmetszések harmadik esetében is a beteg, a ki az egész különben egyszerü mütét alatt egy jajszóval vagy egy mozdulattal sem nyilvánított fájdalmasságot.

Legtöbb biztatásul a jövőre szolgál azonban a 4. (29.) eset, a hol a nagy, $15^1/_2$ liter ürtartalmú tömlő fala egész terjedelmében elől a hasfalhoz, hátul a belekhez lapszerüen, szervesült álhártyákkal volt odanöve, és mégis ezt a nehéz, hosszú ideig tartó leválasztást is nyugodtan türte a beteg, a ki pedig nem tartozott azok közé a nyugodt, phantomszerü objectumok közé, mert a másik, szintén elfajulásnak indult petefészek előhúzására bizony elég élénken reagált. A mi tapasztalásaink eredményei ezek után olyképpen foglalhatók össze, hogy a Schleich-féle eljárás a távolhatás tekintetében teljesen veszélytelen; helyi alkalmazása egyszerü és a beteg által jól türetik; szóbajövő kellemetlen utóhatástól ment; a beszürődött terület tökéletes érzéketlenséget tüntet fel a sebészi beavatkozással szemben; a sebfelület egyesülési viszonyaira káros befolyással nincsen; végre hasmetszéseknél, a hol hatása természetesen csak a hasfalaknak mindenkor pontosan elérhető érzéktelenitésére szorítkozik, erősebb és nagyterjedelmü összenövések eseteiben is alkalmazható a hashártyának eseteinkben tapasztalt és valóban nem képzelt tolerantiájánál fogva.

Az eljárás tehát oly jó, a betegre nézve annyira veszélytelen, az orvosra nézve annyira kényelmes és annyira megkönnyíti a mütétet és tesz feleslegessé minden nagy segédletet, hogy méltán igényt tarthat a kisérletezésekre minél szélesebb alapon, a mikor is a felszaporodott tapasztalások halmazából az eljárás kivitelének határai, az alkalmazás javaslatai szabatosabban lesznek megállapithatók.

A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyitó módjai.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

(Folytatás.)

Az első franczia urologiai congressuson, 1896-ban, *Janet* kijelenti, hogy a gonorrhoea mindazon eseteiben, melyekben hevesebb jelenségek, különösen pedig a húgycső jelentékeny duzzadá-

*

sának tünete, fenn nem állottak, sikerült neki a folyamatot abortiv eljárása által megakasztani. A kezelés tartama alatt a betegeknek csak jelentéktelen kifolyásuk volt és minden szövődménytől mentesek maradtak. Azon esetekben, midőn az orvos és a beteg részéről hibák nem történnek, 8—12 nap alatt teljes eredmény érhető el, egyéb esetekben is a nyálkahártya jelentékeny elváltozásaira nem kerül a sor, mivel a rendszeresen folytatott öblítések által a gonococcusoknak nem jut elegendő idő azon elváltozások létrehozására. Janet szerint kezdetben az öblítések csak az urethra ant.-ra terjesztessenek ki, de gyakran szükségessé válik, hogy néhány nap mulva az egész húgycső öblíttessék. *Guiard* szintén meg van elégedve a Janet-féle eljárással, de azt igen fájdalmasnak találván, az oldatot 1 : 5000—6000 contentratioban alkalmazza (erősebb oldattól súlyos complicatiok, mint vizeletretentio, prostatitis stb. létrejöttét észlelte) és irrigateur helyett fecskendőt használ. Csak oly esetekben látott sikert, hol a betegek a bántalom első napjaiban jelentkeztek; ha a bántalom már csak a 4. nap elteltével kerül kezelés alá, akkor a Fournier ajánlotta systematikus kezelés belső és localis szerekkel eredményesebb. *Noguès* nem látott kedvező eredményeket a Janet-féle eljárástól oly betegeknél sem, kiknél a bántalom az abortiv kezelés minden feltételeit nyújtotta és kiknél az öblítést a húgycső hátulsó részeire is kiterjesztette. Csak néhány esetben volt gyors eredmény elérhető, a többieknél az öblítések abbamaradására a kifolyás ismét hevesebb volt és a bántalom oly lefolyást vett, mintha semmi nem történt volna. Egy betegnél, kinél a kalium hyperm.-mal való számos öblítés semmi eredménynyel nem járt, két arg. nitr.-os öblítésre gyógyulást észlelt. *Eraud* hasonló véleményen van. Azt hiszi, hogy egyéb szerekkel végzett öblítések ugyanoly sikerrel járnak, mint a kalium hyperm.-irrigatiok; sőt a közönséges befecskendezésekkel végzett párhuzamos kisérletek megejtése után nem volna képes eldönteni, vajjon a kettő között van-e hatás tekintetében különbség. *Desnos* a bántalom kezdetén csak az elülső húgycsövet öblíti ki, mivel a húgycső hátulsó részének öblítése cystitis, prostatitis, sőt prostatatályog létrejöttére szolgáltathat okot. Egészen friss esetekben a Janet-féle eljárás jó eredményekkel járhat.

A legutóbbi (1898) franczia urologiai congressuson *Motz* kijelenti, hogy a Janet-féle abortiv eljárást kezdetben csak a pars ant.-ra kiterjedőleg használta, de minthogy meggyőződött, hogy az esetek egy nagy részében a bántalom ily kezelés mellett is hátraterjed, ez idő szerint az egész húgycsőnek kiöblítését ajánlja és ily eljárás mellett betegei 9—14 nap alatt gyógyulnak meg. *Guiard* az urethritis post. korai fellépésére figyelmeztet, hangsúlyozván, hogy ez valószinűleg ép úgy, mint az urethritis ant., csak bizonyos incubatiós stadium letelte után nyújt észlelhető váladékot, ezért ő a kezelés kezdetétől fogva az *egész* húgycsövet öblíti nagy *fecskendővel*, előzetes cocainozás mellett és pedig 1 : 6000—1 : 10,000 oldattal.

A német természettudósok 1896-ban Frankfurtban tartott ülésén *Goldberg* jelentést tesz a Janet-féle eljárással elért jó eredményeiről. Ugyanitt *Galewsky* felemlíti, hogy ez eljárást akképen módosította, hogy az öblítéseket 1 : 10,000—2000 *arg. nitr.-oldattal* végezte *lágy katheteren* át. A legtöbb esetben jó eredményt ért el; complicatiok ritkák voltak.

Wossidlo (1896) hosszabb közleményben ismerteti azon eredményeket, melyeket a Janet-féle eljárással elért és kóresetei kapcsán azon következtetésre jut, hogy ezen kezelési módszer heveny és subacut esetekben elég gyakran kedvező eredményeket nyújt, a mennyiben a secretio gyorsan megszünik és a gonococcusok eltünnek, de a kezelés tartama előre meg nem állapitható. Ha az első 10 napon folytatott öblítések nem vezetnek czélhoz, e kezelés csak a beteg határozott kivánságára volna folytatandó. A chronikus gonorrhoea kezelésénél ezen módszer nem teljesiti azt, a mit Janet igér és megbizhatóság, valamint tudományos okadatoltság tekintetében mögötte áll az Oberländer-féle gyógyitó eljárásnak.

Möller (1896) 100 beteget kezelt Janet szerint, 64 esetben eredményesen, 36-ban eredmény nélkül. Hét esetben sikerült a folyamatot egy hét alatt meggyógyitania, de 24 esetben 15—55 öblítés után is lehetett még gonococcusokat kimutatni. Tiz esetben complicatiok léptek fel (6-szor haematuria, egyszer acut retentio, 3-szor prostatitis és epididymitis), úgy hogy az öblítésekkel fel kellett hagynia. Möller azt hiszi, hogy ez eljárással egészen friss esetekben az abortiv kezelés megkisérelhető és hogy subacut és idült esetekben is alkalmazható. Nem egészen friss, heveny esetekben a hatása nem szembeszökő.

Goldberg (1896) összegyüjti a Janet-féle eljárás irodalmi adatait és azokat a saját tapasztalataival egyetemben ismertetvén, e gyógymód lelkes szószólójakép mutatkozik be. Statistikája szerint, mely 611, részben általa, részben mások által kezelt esetről számol be, 10 napon belül gyógyult 60%; az összes esetek 90 százaléka ez eljárással meg volt gyógyitható. Saját 63 esete közül 30% gyógyult 10 napon belül és csak 4% nem gyógyult meg egyáltalában e kezelésre. A complicatiok csak saját eseteinek statistikájában vannak kellőkép kitüntetve, és az általa nagy óvatossággal és gyakorlottsággal végzett öblítések alatt egy esetben urethrorrhagia állott elő, 3 esetben epididymitis, 2 esetben másodlagos infectio és egy esetben 6 kiló testsúlyveszteség következett be. Goldberg az egyes szerzők által leirt sikertelenségeket és súlyos vagy gyakori complicatiokat részben Janet előirása be nem tartásának, részben a gyakorlottság hiányának rovására irja.

Barlow (1897) a Janet-féle eljárást *protargollal* végzi kaliumhyperm. helyett, jó eredménynyel; abortiv hatást a Janet-féle eljárással sohasem volt képes elérni. *Stark* (1897) jó eredményt látott a Janet-féle eljárástól, ha a naponta végzett irrigatiok mellett a beteg még 3-szor napjában 2% argonin-oldatot fecskendez be. A jó eredmények annak köszönhetők, hogy az öblítések által fellazult nyálkahártyában az argonin mélyre képes behatolni. *Charpentier* (1897) szerint a Janet-féle eljárás czélszerü, fájdalmatlan és a beteg által is végezhető kezelési módszer; abortiv hatását nem látta, de azt hiszi, hogy urethritis post. ritkábban áll elő és a bántalom tartama rövidebb, mint más kezelési módok mellett. *Niebergall* (1897) szerint minden friss esetben megkisérlendő a Janet-féle abortiv eljárás, feltéve, hogy nem állanak fenn heves lobjelenségek. A hátulsó húgycsőrészlet csak urethritis post. gyanúja esetén öblítendő. Contraindicatiok: cystitis, epididymitis, prostatitis, spermatocystitis, folliculitis. Különösen kórházi kezelésben részesülő betegeknél alkalmazható nagy haszonnal ezen gyógyitó eljárás. *Krzysztalowicz* (1898) 60 betegnél alkalmazta a Janet-féle eljárást. Két esetben epididymitis állott elő, egyszer a fennálló prostatitis fokozódása, több izben hólyagirritatio. *Neuhaus* (1898) azt tapasztalta, hogy a Janet-féle eljárás mellett a gonococcusok sok esetben egyáltalán nem eliminálódnak, úgy hogy más szereket kell alkalmazni. *Swinburne* (1898) dicséri a Janet-féle gyógymódot, ámbár gyakran okozott epididymitist, de e complicatiot a talán túlságosan erőltetett öblítések következményének tartja.

Mielőtt az eddig vázolt gyógyitó módok tüzetes birálására áttérek, néhány, az előbbiek mellett csak sporadikusan alkalmazott kezelési módszerről kell röviden megemlékeznem. Ilyen az antiparasitás gyógyeljárások azon módja, mely teljesen theoretikus alapon épült fel, az úgynevezett *thermotherapia*. Tudvalevőleg a gonococcus 45° C. mellett fejlődési képességét elveszíti, kulturák 40° mellett 6 óra alatt elpusztulnak. *Finger* lázas betegek nyálkahártyáján gonococcusokkal oltásokat végzett és ezek nem fogamzottak; e negativ eredmény szintén a magas hőfokra vezethető vissza. Állatoknál (kutyánál, nyulnál), melyek testhőmérséke magasabb az emberénél, a húgycsőbe történt oltások szintén nem fogamzanak meg.

Úgy látszik, hogy *Callari* (1896) ezen tapasztalatokból kiindulva végzett kankós betegeinél forró öblítéseket és a kezelt 20 beteg közül csak 3-nál nem észlelt eredményt. A forró vízzel való irrigálás ülésenként 10 perczen át történik, a nyálkahártyának cocainnal való érzéstelenítése után. *Jundall* és *Ahmann* Callarival szemben azt hiszik, hogy a gonorrhoeát melegnek applikálásával nem lehet meggyógyitani; abból, hogy a gonococcusok kulturái 40° mellett tényleg tönkremennek, még nem következik, hogy a nyálkahártyán, hol sokkal kedvezőbb viszonyok közt élnek, a nagy meleggel szemben szintén ily kevés ellentálló képességet fejtenének ki.

A helybelileg applikált antiparasiticumok és az ily irányú gyógymódok szempontjából nem érdektelen felemlíteni *Unna* álláspontját (1898). Szerinte az eredményes kankókezelés főfeltétele

az, hogy a kóros váladék *gyakori* időközökben távolíttassék el az urethrából. Anomaliának tarja, hogy míg a szokásos befecskendések naponta több ízben történnek, addig éjjel egy ily injectiot sem végeztetünk; e mellett éjjel a nyálkahártya a húgycsőben pangó genytől a vizelet kiürítése által sem szabadíttatik meg, minthogy a mictio éjjel rendszerint szünetel, vagy legalább is ritkább, mint nappal. E hátrányos körülményekhez végül hozzájárul az is, hogy a telt hólyag a bántalomra káros hatású erectiokat vált ki. Szerinte ebből magyarázandó, hogy a kankó reggel rendszerint rosszabbodást mutat. Ezért Unna a következő gyógyeljárást követi: A kankó első hetében 2 óránként végeztet befecskendezést és pedig éjjel-nappal.; a második héten 3 óránként, a harmadik héten 4 óránként és i. t. Ha ily kezelés mellett a gyógyulás nem is igen gyors, de a bántalom minden esetre kedvező lefolyást mutat, úgy, hogy Unna a régi gyógyszerek és eljárások applikálásával ezen kezelési methodus mellett kielégítő eredményekre hivatkozhatik.

A teljesség kedvéért néhány szóval megemlítendő, hogy egyes szerzők első sorban belső szerek applikálására fektetnek súlyt és így az utolsó években is a santal, copaiva, salol, urotropin, santalol, calomel, methylenkék stb. részint mint közvetlenül antiparasitás hatású szerek, részint mint közvetett módon antigonorrhoeásan ható gyógyszerek több szerző által melegen ajánltatnak.

Ezek után át kell térnem ama tapasztalatokra, melyeket az antiparasitás szerek és gyógyító módok alkalmazásával szerezni módomban volt. Az ez irányú kisérleteket egy-egy itt tárgyalt szernek felszinre kerülésével rendszeresen végeztem és az utolsó évben az összehasonlító vizsgálatok egy hosszú sorozatát fejeztem be. Több százra rúg azon esetek száma, melyekben a különböző szereket és gyógymódokat megkiséreltem és e czélra részben magánrendelésem, részben nyilvános rendeléseim beteganyagát használtam fel. (A tudományos anyag gyüjtésénél az osztályomon működő Strausz Aladár dr. poliklinikai alorvos volt segítségemre.) Sem czélszerűnek, sem tanulságosnak nem tartom e kisérletek statisztikai adatait egészükben közölni. Nézetem szerint ezen adatok száraz felsorolása sem kellő áttekintést nem nyujtana, sem megfelelő következtetésekre módot nem szolgáltatna. Csak szaporítanám vele a statistikai adatok ama nagy halmazát, melyek egy részére e dolgozatban hivatkozás történt és melyek, a mint láttuk, annyi szembeszökő eltérést mutatnak és annyi ellentmondó következtetésre adtak alkalmat. Vizsgálataimnál a következő rendszert követtem: Első sorban azt kutattam, vajjon az ajánlt új szer vagy gyógyító eljárás egyáltalában alkalmazható-e, azaz nem idéz-e elő oly szembeszökő kellemetlenségeket vagy károkat, a melyek a beteg iránti tekintetből a további applikálást lehetetlenné teszik. Ha a további alkalmazás rationalisnak mutatkozott, úgy a vizsgálatok első sorozatában én is azon ösvényen haladtam, melyen a többi szerző, t. i. kipróbáltam a szer antiparasitás hatását, illetőleg gonococcusölő képességét szorgalmasan megejtett bacteriologiai vizsgálatok végzésével és vizsgáltam e szerek, illetőleg gyógymódok hatását oly irányban, mennyiben képesek a bántalom enyhe, gyors és complicatioktól mentes lefolyását kedvezően, vagy kedvezőtlenül befolyásolni. E czélból tehát friss eseteket választottam, olyanokat, hol a bántalom csak rövid ideig állott fenn, hol urethritis post. még nem volt jelen és tekintettel voltam arra, hogy csak olyan betegek kerüljenek a kisérletezési sorozatba, kik azelőtt húgycsőbántalmon még nem estek át. Egyúttal mindig párhuzamos vizsgálatokat végeztem körülbelül hasonló számú beteg-nél, kiket adstringens szerekkel a régi szokásos módon kezeltem. A midőn a vizsgálandó szerek és eljárások hatásáról ily módon általánosságban véleményemet megalkottam, egy újabb betegcsoportnál tisztán klinikai álláspontra helyezkedtem, t. i. menten minden búvárlati következetességtől az új és régi szereket és eljárásokat a bántalom kezdetétől fogva kombinálva akkép alkalmaztam, a mint azt az egyes eseteknél a bántalom subjectiv és objectiv tünetcsoportjai szerint szükségesnek véltem; törekvésem oda irányult, hogy a bántalom lehető kedvező lefolyásának biztosítására az új antiparasitás szereket ép úgy, mint a régibb adstringenseket csak ott alkalmazzam, hol régibb tapasztalataim és fent jelzett újabb kisérleteim alapján azok alkalmazása czélszerűnek bizonyult, hogy a tünetek váltakozása szerint a szereket és az alkalmazási módszereket változtassam, e mellett tekintettel lévén úgy a belső szerek használatára, mint a localis beavatkozások hasznosnak ismert módjaira.

Nézetem szerint ugyanis a kankó kezelésénél törekvésünknek mindenek felett oda kell irányulnia, hogy a bántalomnak lehetőleg enyhe, és ha elérhető, gyors lefolyást biztosítsunk, és *hogy a folyamatnak a húgycső hátulsó részére való átterjedését megakadályozzuk, ha pedig ez már bekövetkezett, hogy az urethritis post.-hoz csatlakozni szokott szövődmények létrejöttének tőlünk telhetőleg útját álljuk.* Hiszen az urethritis totalis kifejlődése az újabb complicatiok egész sorozatának kútforrását képezheti és létrejöttének esetleges megakadályozásával a beteget a blennorrhoea legtöbb veszélyes szövődményétől megóvtuk. De urethritis post. fennállása esetén is képesek vagyunk megfelelő gyógyító eljárással és ártalmak lehető elkerülésével súlyos, néha soha többé teljesen nem múló szövődmények léttrejöttének elejét venni. Azok az eljárások és gyógyszerek tehát, melyek bennünket a jelzett két főtörekvésünkben támogatni képesek lesznek, *gyakorlati szempontból a valódi antigonorrhoicumok, lett légyen a gonococcussal szemben való viselkedésük látszólag bármily indifferens is.* A gyakorlatban egyedül a beteg érdeke lebegvén szemünk előtt, ezt semmiféle „souverain szer“ kedvéért feláldoznunk nem szabad. A gyakorlatban a követendő gyógyító eljárást minden egyes esetben függővé fogjuk tenni a bántalom fellépési módjától, lefolyásától és azon hatástól, melyet egyik vagy másik szer vagy helyi beavatkozás kedvező vagy kedvezőtlen irányban tanusít.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról.

Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio.

Csillag Jakab dr. kórházi gyakornoktól.

(Folytatás.)

II.

Vizsgálataim ezen második részében ama kérdésekkel foglalkoztam, melyek a prostitutio és az ulcus venereum között felmerülhetnek.

A prostitutio tudvalevőleg kétféle, az egyik közegészségügyi felügyelet alatt és ellenőrzés mellett üzi mesterségét, a másik annak kijátszásával; az előbbi a nyilvános, az utóbbi a titkos prostitutio. Megfejtendő kérdés volt tehát először: *a nyilvános vagy a titkos prostitutio, vagy mindkettő egyenlő arányban terjesztője-e az ulcus venereumnak?*

E kérdés megfejtésére a székesfővárosi fiókkórház XI. orv. fiók- (bujakóros) osztályának 1893. október havától 1897. április hó végéig, tehát 3½ éven át vezetett női beteglapjai állottak rendelkezésemre. Miután azonban ez idő alatt nevezett osztályon az ulcus venereum kórisméje kizárólag a klinikai kép alapján lett felállítva és miután részemről további vizsgálataimban lehetőleg a górcsői bacillaris leletnek megfelelő diagnosist vettem fel alapul, azon másik kérdés merült fel, vajjon a klinikai diagnosis megfelel-e mindig, vagy ha nem, mennyiben a górcsői diagnosisnak? Az ezen irányban végzett vizsgálataim az osztályunkon 1898. január 1-jétől márczius 7-dikéig jelentkezett 160 beteg kéjnőn a következő eredményt adták.

A klinikai kép alapján *biztos* ulcus venereum volt 26
„ „ „ *kérdéses* „ „ „ 17
A górcsői bacillaris lelet alapján *biztos* ulcus „ „ 24

és pedig oly módon, hogy a klinice biztosnak vett 26 közül csak egyet (3·84%) nem erősített meg a górcső, míg a 17 kérdéses közül négynél (23·5%) a górcső positiv eredményt adott. A mint ebből kitűnik, bátran elfogadható a klinikai kép alapján biztosnak vett ulcus venereum olyanul (szem előtt tartva, hogy nem egy specialis esetről, hanem esetek nagy számáról van szó), mert a mit esetleg a hibás klinikai diagnosis alapján többletként kapunk, az böven fedezve van a kérdésesnek vett ulcus venereumok által. Visszatérve ezután a főkérdésre, azt tehát oly módon oldottam meg, hogy a betegségre vonatkozólag csakis a klinikailag *biztosnak vett* ulcus venereumokat vettem tekintetbe, mert így biztosítva

láttam fenti vizsgálat alapján azt, hogy több ulcus venereum esetet nem vettem fel, mint a mennyi tényleg volt (a kérdéses esetekből származható többlet pedig úgyis arányosan oszlanék meg a különböző betegek között), a betegeket pedig 3 csoportra osztottam, és pedig először olyanokra, kik *maguktól jelentkeztek* felvételre, másodszor olyanokra, kiket a *rendőrség szállított be* és harmadszor a *kéjnők* csoportjára. Az első két csoporthoz tartoznak *a titkos*, a harmadikhoz *a nyilvános prostituáltak*. Ezek szerint volt a 3½ év alatt összesen:

		ulcus venereum
1. magától jelentkezett	274; ezek között	20 = 7·46%
2. rendőrileg beszállított	269; „ „	12 = 4·46%
összes titkos prostituált	543; „ „	32 = 5·89%
3. összes nyilv. „	280; „ „	63 = 22·50%
összes prostituált .	823; „ „	95 = 11·54%

A mint ezen adatokból kitűnik, a legkevesebb ulcus venereum (4·67%) a rendőrségtől beszállított titkos prostituáltak között fordult elő, daczára annak, hogy ezek kivétel nélkül rendőrorvosi vizsgálat alapján, melyre nem készülnek, hanem inkább meglepetnek általa, szállíttatnak a kórházba ép úgy, mint a nyilvános prostituáltak, tehát ezeknél várnók a titkos prostitutio betegségeinek valódi képét és nagyobb százalékát is az ulcus venereumnak, mint azoknál, kik önként jelentkeznek a kórházba felvételre, miután az ulcus venereum kisebb baj lévén és főleg a genitaliákon, inkább feltételezhető volna, hogy ilyennel nem fordulnak mindig a kórházhoz és így azok, a nélkül, hogy orvos elé kerülnének, spontan gyógyulnak. *Hammer*[22] kimutatásában (magától jöttnél volt ulcus ven. 4%, rendőrinél 6·9%, nyilvános prostituáltaknál 9%) így is találjuk ezt. Hogy az én kimutatásomban miért nincs ez így, annak biztos okát nem tudtam találni és csak valószinűnek tartom, hogy a dolog nálunk úgy áll, miszerint a rendőrségi betegek rendszerint már kipróbált egyének, kik nagyon jól tudják, mily súlylyal nehezedik rájuk a kényszergyógyítás és így lehetőleg óvakodnak attól, hogy genitális betegséggel rendőrséghez és így kórházba kerüljenek, míg a tudatlanabbak és járatlanabbak (rendesen olyanok, kik még kórházban nem voltak) megijesztve az ulcus venereumot kisérni szokott erős fájdalmaktól, gyorsabban keresik fel a kórházat.

Összehasonlítva ezek után a titkos prostituáltak összesége által nyujtott százalékot a nyilvánosokéval, igen feltünő ezek között a különbség. Míg ugyanis az észlelés alá került 543 titkos prostituáltnál csak 32-szer 5·89%-ban fordult az ulcus ven. elő, addig 280 nyilvános kéjnő között 63-szor, 22·5%-ban, tehát több mint négyszer oly gyakran, mint előbbieknél; oka nyilvánvalóan abban rejlik, hogy ezeknél a cohabitatio más-más férfiúval szintén sokkal gyakoribb, mint a titkosaknál és így a megfertőztetés lehetősége is ezzel arányosan növekszik.

Más arányban növekszik azonban a férfiak megfertőzésének valószinüsége a nyilvános kéjnők által, mint a titkosak által; azoknál ugyanis, mint fenti adatok mutatják, négyszerte gyakoribb az ulcus venereum, mint a titkosoknál, tehát már ez alapon négyszer nagyobb a férfiaknak általuk való megfertőzésének lehetősége, de azonkivül legalább is négyszer több férfiúval cohabitálnak mint azok, tehát *4 × 4 = 16-szor nagyobb a férfiak megfertőzésének valószinüsége a nyilvános, mint a titkos prostituáltak által,* mely felvételnek élénk demonstrálására álljon itt *Rónának*[23] 1891-ben poliklinikai ambulantiáján szerzett adata: 42 sankeros férfi közül 35 bordélyban, 7 magánosan lakó bárczás leánynál kapta meg a sankert, tehát egy sem titkos prostituáltnál.

Mindezek alapján az első feltett kérdésünkre azzal válaszolhatunk, hogy 1. *Budapesten az ulcus venereum terjesztője első sorban a nyilvános prostitutio;* 2. *a nyilvános prostituáltak szolgáltatta venereás megbetegedések között 22·5%-ban szerepel az ulcus venereum.*

Az első megválaszolt kérdés eredményéből kifolyólag a következő kérdés merült továbbá fel: *mely csoportja a nyilvános prostituáltaknak terjeszti leginkább és melyik legkevésbbé az ulcus venereumot?* Budapesten ugyanis a mai rendszer szerint a nyilvános prostituáltak 1. bordélyházbeliekből, 2. magánbárczásokból és 3. futóbárczásokból állanak.

A kérdés vizsgálatához a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi osztályának 1897. május hó 1-jétől 1898. február hó végéig kezelt, tisztán nyilvános kéjnőkből álló betegei szolgáltatták az anyagot. Az ulcus ven. diagnosisa május havától augusztus végéig részint csak klinikai, részint klinikai és górcsői, szeptember hótól kezdve február hó végéig első sorban a górcsői bacillaris leletre lett alapítva és pedig a sankerbacillus Unna-féle alakjának, a streptobacillusnak leletére, a mely, mint már az első részben hangsúlyoztam, feltétlen biztosítéka az ulcus venereum diagnosisának.

A vizsgálat eredménye havi táblázatos kimutatásban a következő volt.

Hónapok	Bordélyos			Magán-bárczás			Futóbárczás			Összesen		
	össz. beteg	ulcus ven.	%	össz. beteg	ulcus ven.	%	össz. beteg	ulcus ven.	%	össz. beteg	ulcus ven.	%
Május ...	40	8	20·0	27	4	14·81	2	1	50·0	69	13	18·84
Junius ...	24	5	20·83	21	6	28·57	3	—	—	48	11	22·91
Julius ...	30	7	23·03	20	7	35·0	4	—	—	54	14	25·92
Augusztus .	45	8	17·77	21	6	28·57	3	—	—	69	14	20·28
Szeptember	32	7	21·87	24	6	25·0	7	—	—	63	13	20·63
Október ...	40	11	27·5	21	9	42·82	2	—	—	63	20	31·74
November .	50	14	28·0	33	7	21·21	4	—	—	87	21	24·18
Deczember .	28	13	46·42	19	5	26·31	3	1	33·3	50	19	38·0
Január ...	52	9	17·30	20	3	15·0	4	1	25·0	76	13	17·23
Február ...	33	2	6·06	31	10	32·25	—	—	—	64	12	22·58
Főösszeg	374	84	22·45	237	63	26·58	32	3	9·37	643	150	23·32

Kiemelendő ezen táblázatos kimutatás végeredményéből 1. azon százalék, melyet az összes kéjnők ulcus venereumánál kaptunk; ugyanis a 643 kéjnő között 150 ulcus venereum fordul elő, azaz 23·32%-ánál az összes beteg kéjnőknek, tehát néhány tized különbséggel itt is ugyanaz a százalék, mint a melyet a megválaszolt első kérdés 2. pontjában a XI-dik orvosi fiók-osztályi anyagon kimutattunk, a mi ezen pontot itt is megerösiti, tekintettel főleg arra, hogy a két kimutatást egymástól teljesen függetlenül és más alapon is kiszámítottam.

A második kiemelendő tény az, hogy daczára a havi ulcus venereum %-ok labilis voltának, a bordélyosoknál (6·06—46·42%) és a magánbárczásoknál (14·81—42·82%) ezek végeredményükben mégis jelentéktelen eltérést mutatnak úgy a főösszeg százalékához, mint egymáshoz viszonyítva. Ugyanis 1897. májustól 1898. február végeig az összes beteg kéjnők *23·32*%-a, bordélyosoknak *22·45*%-a és a magánbárczásoknak *26·58*%-a szenvedett ulcus venereumban, a miből következik, hogy *úgy a bordélyos, mint a magánbárczás kéjnőknél az ulcus venereum egyenletesen van elterjedve és úgy az egyik, mint a másik egyforma terjesztője annak.*

Feltünő kicsiny: 9·37%-ot adnak azonban az első két alcsoporthoz képest a futóbárczás beteg kéjnők. Igaz ugyan, hogy összesen csak 32 került vizsgálat alá és ezen szám csekélynek látszik még arra, hogy belőle biztos következtetést vonhatnánk és megkivánja a további vizsgálatokat ez irányban, mégis azt hiszem, hogy a kimutatott % helyes, mert, mint tudjuk, ezen alcsoport tagjai nem a saját lakásukon, hanem szállodákban stb. üzhetik csak a prostitutiot és így érthető okokból ezeknél a férfiforgalom sokkal kisebb és így az ulcus venereum megszerzésének valószinüsége is, a minek legfőbb bizonyitéka különben az is, hogy a kimutatott 9·37% közel áll a titkos prostituáltak szolgáltatta %-hoz (5·89%), mely utóbbiak a prostitutiot körülbelül ugyanily módon, de mivel rendesen más foglalkozásuk is van, valamivel kisebb arányban üzik, a minek a % valamivel kisebb volta meg is felel.

Ezek szerint *az ulcus venereum terjesztését* a nyilvános prostitutio 3 alcsoportja között *legkevésbbé mozditja elő a harmadik, a futóbárczások csoportja.*

Ismert és ma már bizonyitásra nem szoruló tény, hogy foglalkozásra nézve idősebb kéjnők a gonorrhoea megszerzése iránt sokkal kevésbbé hajlamosak, mint a fiatalok. Ez indított annak vizsgálatára, vajjon nem létezik-e a *kéjnői foglalkozás*

tartama és az ulcus venereum között is ilyen vagy valamely más viszony?

E czélból az V. orvosi osztályon 1897. május 1-jétől 1898. február 28-dikáig feküdt 636 kéjnőt vizsgáltam meg oly módon, hogy ezen kéjnők mindegyikénél a prostitutio időtartamát feljegyeztük, majd ezen időtartamok szerint 3 főcsoportra osztottam őket és pedig az 1. csoportba azokat, kik egy éven belüli, tehát *kezdő* kéjnők voltak; a 2. csoportba azokat, kik 2—5 évig üzték mesterségüket és mint ilyenek *középkorúaknak* nevezhetők, és végül a 3. csoportba azokat, kik 6—25 év óta kéjnők, *azaz régi* prostituáltak, majd ezen csoportokból különválasztva és összeolvasva az ulcus venereumokat jelző kórlapokat, az így nyert és a főcsoportok által nyújtott számokból kiszámítottam a %-ot.

Ezek szerint eljárva, az eredmény a következő volt:

I. Csoport: 1 éven belüli kéjnő és pedig

				%-ot
1 hóig	107	ezek között volt ulcus ven.	19	17·76
1 hótól fél évig	115	„ „ „ „ „	38	33·04
fél évtől 1 évig	135	„ „ „ „ „	21	15·55
Összesen	357	ezek között volt ulcus ven.	78	21·84

II. Csoport: 2—5 évig volt kéjnő és pedig

2 évig	85	ezek között volt ulcus ven.	20	23·53
3 „	69	„ „ „ „ „	16	23·18
4 „	48	„ „ „ „ „	11	22·91
5 „	23	„ „ „ „ „	7	30·43
Összesen	225	ezek között volt ulcus ven.	54	24

III. Csoport: 6—25 évig volt kéjnő és pedig

6—10 évig	41	ezek között volt ulcus ven.	9	21·95
11—25 „	13	„ „ „ „ „	5	38·46
Összesen	54	ezek között volt ulcus ven.	14	26.92

Összes kéjnő 636; összes ulcus venereum 146, 22·92 %.

Ezen kimutatásból vonható következtetés abban áll, hogy a *kéjnők foglalkozásának időtartamával az ulcus venereum semmiféle viszonyban nem áll,* mert a mint az egyes főcsorportok végszázalékaiból látjuk, alig van lényeges különbség közöttük e tekintetben, és azon néhány százaléknyi emelkedés, mely a régi kéjnőknél mutatkozik, főleg a kezdőkkel szemben, annak tudandó be, hogy azok főleg luessel és ulcus venereummal küldetnek kórházba és gonorrhoea már csekély szerepet játszik náluk, míg a kezdőknél ez a leggyakoribb megbetegedés és így ezeknél minden egyes gonorrhoea-eset, melynél ulcus venereum nincs, csökkenti az ulcus venereum százalékát, a régieknél pedig épen ennek hiánya emeli azt. Az alcsoportok százalékainál észlelhető feltünő különbségek, tekintettel arra, hogy bennük semmi rendszer fel nem fedezhető, csakis a véletlennek tudandók be. Semmi esetre sincs a kéjnők foglalkozási idejének oly befolyása az ulcus venereumra, mint azt a gonorrhoeára nézve tapasztaljuk.

Kerestem az összefüggést a nők életkora és az ulcus venereum között is; az eredmény 5 évi cyclusokban következő volt.

16—20 éves volt 322 beteg, ezek között ulcus ven. 68 = 21·11%
21—25 „ „ 247 „ „ „ „ „ 62 = 25·10%
26—30 „ „ 54 „ „ „ „ „ 10 = 18·51%
31—35 „ „ 23 „ „ „ „ „ 6 = 26·08%
36—42 „ „ 9 „ „ „ „ „ 4 = 44·44%

Tehát itt is csak azt látjuk, hogy az ulcus venereum nem respektálva a kort, körülbelül egyenletesen van elterjedve úgy a fiatalabb, mint az idősebb kéjnőknél, hogy tehát azon laesiok, melyek az ulcus venereum virusának befészkelődésére elégségesek, egyformán létesülhetnek a korra való tekintet nélkül mindegyiknél.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Aristoteles hatása az orvosi tudomány fejlődésére.

(Vége.)

A test növekedéséhez, valamint a meleg termeléséhez és a testből kiürülő anyagok pótlására szükséges anyagokat a szervezet a táplálkozás (πέψις) útján kapja, a mely a test melegének hatása alatt történik. Az ételekből az emésztés útján kiválasztott tápanyagok a chylusban (ἰχώρ) a mesenteriumból a szívbe jutnak, a hol az a meleg hatása alatt és a pneumával vegyülve vérré válik, míg ellenben az emésztetlen anyagok részint bélsár alakjában, részint a veséken át vizelet alakjában kiválasztatnak; azt jól irta le, hogy a vesékből a vizelet az uretereken át a hólyagba jut és onnan a húgycsövön keresztül ürül ki. Boncztani tévedései közé tartozik azon állítása, hogy az embernek mindegyik oldalon nyolcz bordája van. A mellkas nemes szerveit, nevezetesen a szivet a gyomor kigőzölgéseitől szerinte a rekesz védi meg. A mozgó és érző képességet az egyes testrészek a pneuma útján kapják. A mozgás közvetitői az inak (νεῦρα). Az idegeket nem különböztette meg pontosan az inaktól és az idegeket belül üreseknek vagyis csöveknek (πόροι τοῦ ἐγκεφάλου) képzelte.

A hangképzés valódi módját nem ismerte, de a hippokratesi iskola azon tanát megerősitette, hogy a légcső átmetszése a hangképzést lehetetlenné teszi, és hogy az epiglottis annak meggátlására szolgál, nehogy az ételek a gégébe jussanak. Meglehetősen alapos volt hangtani elmélete: azt tanitotta, hogy a levegő lassú rezgései durva, gyors rezgései pedig magas hangot eredményeznek. A látóideget is ismerte és tudta, hogy ennek átmetszése vakságot okoz.

A férfi-szervezetnek legnemesebb és legtökéletesebb nedve az ondó, a sperma, a mely főleg vízből és pneumából áll,

Véleménye szerint a herék a szűziességet szolgáló szervek, mivel a tekervényes ondócsatornákban képződő ondót visszatartják; azért van szerinte az, hogy azon állatok, a melyeknek nincsenek heréik, a legnagyobb nemi ösztönnel birnak. *Aristoteles*, szemben *Herodotos* azon állításával, hogy a szerecseneknek ondója fekete, ezt is fehérnek találta. A női nemnél nem tételezett fel külön nemző anyagot, hanem azt tanította, hogy a menstruatio alkalmával kiürülő vér a spermával egyesülve megalvad és így származik az embryo. A méhben az embryo az anya véréből a köldökedények útján oly módon szivja fel a táplálékát, mint a hogyan a növény gyökerei útján táplálkozik. A hetedik hónap előtt a magzat nem életképes, a nyolczadik hónapban megszületett magzatok pedig csak Egyiptomban szoktak életben maradni. Tévesnek mondotta azt a nézetet, hogy a magzat a szerint lesz him- vagy nőnemű, a mint az általa is kétrekeszűnek tartott méhnek egyik vagy másik felében képződik.

Aristoteles sok fejlődéstani vizsgálatot végzett megtermékenyitett és kiköltés alatt levő tyúktojásokon. Leirta, hogy az ébrényben legelőször a pontszerűen lüktető szív (punctum saliens) és az ebből kiinduló edények képződnek; a „punctum saliens“ kifejezést jelenleg is gyakran használjuk még átvitt értelemben. Sok érdekes megfigyelést közölt az állatok nemzésére vonatkozólag, de azt a téves tant terjesztette, hogy alacsony rangú állatok rothadás vagy korhadás folytán bomló szerves anyagokból is fejlődhetnek, szóval az *abiogenesis* vagy *generatio aequivoca* lehetőségét hirdette, holott már *Pythagoras* (584—504. Kr. e.) azt tanitotta, hogy élő lények mindig csak hasonló élő lényekből keletkeznek nemzés útján.

Aristoteles a betegségek okait is kutatta és nevezetesen az időjárás, évszakok, szelek és a táplálkozás befolyását a szervezetre vizsgálgatta, de fejtegetéseiben gyakran hibás nézetekkel is találkozunk, így pl. azt irta, hogy oly sebek, a melyek rézeszközzel okoztattak, rövidebb idő alatt gyógyulnak meg, mint vas-szerszámmal okozott hasonló sérülések.

Aristoteles, miként az előadottakban vázolni iparkodtuk, bölcsészeti és államtudományi munkáinak megirásán kivül a természettudományok terén is igen nagy és alapvető irodalmi munkásságot fejtett ki. Nem kételkedhetünk abban, hogy az ezen műveiben összegyüjtött számtalan tudományos adatot nem kizárólag saját kutatásainak köszönhette, hanem jórészt más iróknak, előttünk részben ismeretlen műveiből meritette adatait, de ez nem csökkenti *Aristoteles* dicsőségét, mert így is igazán emberfölötti nagy munkát végzett. Míg tanitványa, *Nagy Sándor*, az ő korában ismert összes földrészeket meg akarta hóditani, hogy mindezen országokat és népeket a görög műveltség összeforrasztó hatalmával egy művelt monarchia körében egyesitse: *Aristoteles* hasonló czélt tűzött ki magának a szellemi élet nagy birodalmában. *Nagy Sándor* nem valósithatta meg ezen tervét, mert alig, hogy megszünt élni, nagy birodalma azonnal szerteszét bomlott, ellenben *Aristoteles*, a ki az összes ókori bölcsészek között a legjózanabb és legbehatóbb gondolkodó volt, elérte a czélját. A nagy vallásalapitókon kivül a világtörténelem nem mutathat fel egyetlen embert sem, a ki hasonló, óriási befolyást gyakorolt volna az emberiség szellemi fejlődésére, mint *Aristoteles*. Az ókorban és az egész középkoron át ő volt az emberiség tanitója és egyaránt nagy tekintélyben állott úgy a nyugati, mint a keleti népeknél, a kiknek nyelvére az ő műveit lefordították és számtalan kivonat alakjában is átültették. Igaz, hogy a középkori arabs és keresztény tudósok *Aristoteles*-nek félreértett tanaiból a leghibásabb következtetéseket vonták le, de e miatt *Aristotelest* épen oly kevéssé érheti gáncs, miként nem lehet pl. *Krisztus* magasztos tanait hibáztatni azért, mert a középkorban állitólagos követői az ő nevében hit helyett a vak fanatismust, az általa hirdetett szeretet helyett a gyülöletet és az igazság helyett a legbutább babonákat terjesztették. Annak bizonyitására, hogy mily megdönthetleneknek tekintették *Aristoteles* tudományos tanait, felemlitem, hogy pl. a franczia parlament még 1629-ben, XIII. Lajos király uralkodása alatt, halálbüntetés terhe alatt tiltotta az ő tanainak megtámadását és pl. még a mult század elején is egyes német egyetemeken minden tanárnak tanszéke elfoglalásakor eskűt kellett tennie arra, hogy előadásaikban nem fognak *Aristoteles* tanaitól eltérni. És ha ma az

emberiséget nem is tölti el többé az a rajongó elfogultság, a mely *Aristoteles* minden szavát szentirásnak tekintette, tiszteletünk az ő lángelméjének alkotásai iránt nem csökkent, mert tévedéseiben is gyakran az igazság csirái ismerhetők fel és ha a természettudományok ma több mint két évezreddel később, messze túl is haladták *Aristoteles* tanait, ezen eredményt az emberiség tőle tanulva, az általa tört utakon és az általa kijelölt eszközökkel érte el.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Mosler: Über Entstehung und Verhütung der Tuberculose als Volkskrankheit. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1899. Ára 2 márka.

Fenti czímmel nagyon időszerű munka hagyta el a sajtót épen most, a mikor úgyszólván az egész figyelme a gümőkór felé irányult a Berlinben lefolyt gümőkór-congressus révén. Mosler tanár, a greifswaldi egyetem belklinikájának igazgatója irta a munkát, melyben hét előadás keretében megismerteti a gümőkórra vonatkozó legfontosabb kérdések mai állását, igy az öröklékenységet, a közvetlen és közvetett fertőzést, a fertőzést gümőkóros állatoktól származó tápszerekkel, a lakáskérdést, az alkohol szerepét, a gümőkór diaetotherapiáját, úgyszintén a physikalis gyógyeljárst és a tüdőbeteg-sanatoriumokat. Végül tiz pontban összefoglalja az elmondottakból levonható következtetéseket.

A könyv a tárgy fontosságával arányban álló, nagy lelkesedéssel, vonzó és könnyen érthető modorban van megirva. Különösen ez utóbbi körülmény az, melyre a figyelmet felhivni óhajtanánk, a mennyiben szerzőnek úgylátszik az volt a czélja, hogy oly könyvet nyújtson, mely a műveltebb laikus kezébe is adható s ily módon hozzájáruljon a közönség felvilágositása, a gümőkórról táplált egyes helytelen felfogások megszüntetése tekintetében. Nem szükséges bővebben fejtegetni, hogy épen a gümőkór terjedésének meggátlásában, az ellene való czéltudatos küzdésben mily fontos szerep jut a helyes ismeretek terjedésének a nagy közönség között. Mint ilyen az előttünk fekvő könyv nagyon jó szolgálatokat tehet s azért ismételve felhivjuk reá orvosaink figyelmét, mert a munkának laikus körökben terjesztésével nagy szolgálatot tehetnek közegészségügyünknek.

II. Lapszemle.

Az orexin hatása a terhesek hányásánál. *Lippi* a „Gazzetta degli ospedali e delle cliniche“ f. é. márczius 9-diki számában néhány oly esetről referál, a melyekben az orexint a hyperemesis gravidarum leküzdésében kitünő sikerrel használta. Az erlangeni gynaekologiai klinika igazgatója, *Frommel* tanár volt az első, a ki az orexinnek a terhesek hányását megszüntető hatására figyelmeztetett és Lippi észleletei szintén megerősitik Frommel tapasztalatait. Lippi az orexinnek csersavas vegyületét alkalmazta. Egy terhességének harmadik havában levő nő, a ki már két hónap óta szenvedett csillapithatlan hányásban, négy napon át szedett $^1/_2$—$^1/_2$ gm. orexint és ez elegendő volt arra, hogy a hányás teljesen megszünjék. Előző három terhessége alkalmával ez a nő mindannyiszor a 4-dik hónap végéig szenvedett hyperemesisben. Egy másik esetben (graviditas 2 hónap óta), a hol a gyomorizgalmi jelenségeken kivül mérsékelt láza is volt a betegnek, Lippi 10 napon át pro die 0·60 orexint (két részletben) szedetett a patienssel és az illető e 10 nap alatt majdnem teljesen meggyógyult. Az orexin kihagyása után 6 napig reggelenkint volt még csekély hányási ingere, azután ez is elmult. Egy hysteriás nőnél, a ki először volt terhes, graviditása első hónapjának végén jelentkezett a csillapithatlan hányás, mely hysteriás görcsökkel váltakozott. A beteg 8 napon keresztül szedte az orexint (pro die $^1/_2$ gm.-ot) és teljesen helyreállt. Lippi ezen észleletei alapján az orexint a terhesek csillapithatlan hányása ellen melegen ajánlja.

Lépfene-fertőzés egy esetét közlik a jenai egyetem belklinikájáról; az eset egyrészt a szokatlan localisatio, másrészt a kedvező lefolyás miatt bir érdekkel. A 41 éves cserzőnél ugyanis az orrcsúcson történt a fertőzés; minthogy a közeli nyirokmirigyek is már meg voltak támadva, a prognosis nagyon rossz volt és a műtéti eljárástól is elállottak. Megkisérlették azonban a főleg orosz szerzőktől nagyon ajánlott subcutan carbol-befecskendezéseket. Naponként körülbelül 30 köbcentimeter 3%-os carbol-oldatot fecskendeztek részint a már necrotikus szövetbe, részint ennek környezetébe és a megtámadott mirigyekbe. 18 nap alatt 400 köbcentimeternél több carbol-oldatot használtak el, a nélkül, hogy mérgezés tünetei mutatkoztak volna. Egyidejűleg 50—55%-os kataplasmákat raktak a beteg helyekre, és pedig éjjel-nappal 10 perczenként váltogatva, továbbá excitansokat használtak nagy mennyiségben. Az első napokban a kórkép nem igen változott; 10 nap elteltével azonban a hőmérsék már rendes volt, az elhalt rész kezdett demarkálódni, a lobos vizenyő azonban még terjedt, le egészen a kulcscsontokig. Csak a negyedik hét elején állott meg teljesen a folyamat, a mikor is a carbol-befecskendéseket elhagyták, a kataplasmákat azonban még tovább rakták a gyógyulás bekövetkezéséig. Még megjegyzendő, hogy az orrváladékban ki voltak mutathatók a lépfene-bacillusok, a vérben azonban még nem. (Münchener medic. Wochenschrift, 1898. 48. sz.

Tüdővérzésre hajlamos egyéneknél *Gabrilowitsch*, a halilai császári tüdőbeteg-sanatorium vezetője jó eredménynyel használja az extractum hydrastis canadensist. Közvetlenül a vérköpés után két héten át naponkint 3-szor 30 cseppet vétet be, a 3. héten 2-szer naponkint 30 cseppet, a 4. héten pedig 1-szer naponkint 30 cseppet. Ezután még néhány héten át használtatja a szert és pedig oly módon, hogy a beteg hetenkint 2—3-szor vesz be 30 cseppet. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoznak, csupán a bélműködésre kell ügyelni, mert néha székszorulás áll be a szer használata következtében. (Berliner klin. Wochenschrift, 1899. 1. sz.)

Túlságos nevetés következtében fejlődött szívbaj esetét közli *Feilchenfeld*. A 13 éves leánykánál túlságos nevetés kapcsán félelemérzés és nehéz légzés lépett fel, mely néhány héten keresztül gyakran ismétlődött. A rohamok rendesen egy óra hosszat tartottak. A későbbi rohamok alkalmával a szivtompulat kifejezetten nagyobbodott volt és egy erős systolikus zörej is volt hallható; ezen tünetek a rohamok megszüntével visszafejlődtek. Szerző a rohamokat olyképen magyarázza, hogy az erős nevetés a diaphragmát erős működésbe hozta, a minek következtében a diaphragmán átlépő n. vagus izgalmi állapota, majd pedig paresise jött létre. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1898. 30. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. junius 23.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. junius hó 4-dikétől 1899. junius hó 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 482 gyermek, elhalt 287 személy, a születések tehát 229 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2284 beteg, szaporodás 801, csökkenés 810 maradt e héten végén ápolás alatt 2275. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 3, hökhurut 1, kanyaró 5, vörheny 8, himlő 1, typhus abdominalis 8, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 7, agyvérömleny 7, rángások 7, szervi szívbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 34, tüdőgümő és sorvadás 44, bélhurut és béllob 12, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák —, Bright-kór és veselob 4, angolkór 2, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 8, erőszakos haláleset 3. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. junius 11-dikétől junius 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 7), himlőben 3, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 25 (meghalt —), vörhenyben 73 (meghalt 2), kanyaróban 92 (meghalt 5), roncsoló toroklobban és torokgyikban 13 (meghalt 1) trachomában 9, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Balaton-Füred* (VI/9.): 571; *Tarcsa* (VI/13): 132.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1899. évi január 1-jétől május 31-dikéig 215 személy lakott és 108,396 személy fürdött.

× **Magántanári megerősítések.** A vallás- és közoktatásügyi minister *Dieballa Géza* dr.-nak a vér-, vese- és anyagcserebetegségek kór- és gyógytanából, *Tóth István* dr.-nak a szülészeti műtéttan és nőgyógyászati propaedeutikából és *Vámossy Zoltán* dr.-nak a pharmacologiai módszertanból a budapesti egyetemen magántanárrá képesítését megerősítette.

✳ **Az egyetemi II. szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét május hóban 121 esetben vették igénybe. Gyermekágyasok látogatásának száma 283 volt.

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

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

= Budapest. =

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő.** Iszapbegöngyölések és külön fürdők. Kö-, kád- és gőzfürdők és uszodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla. Prospectust küld ingyen **az igazgatóság.**

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/_2$2—$^1/_2$4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (VI., Podmaniczky-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyitására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1899. junius 19-dikén.) 318. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XXI. rendes ülés 1899. junius 10-dikén.) 319. l. — A berlini tüdővészcongressus. 319. l.

Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1899. junius 19-dikén.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak:

1. **Schulek Vilmos** l. t. „**Fényhatástani tanulmányok**: újabb közlemény“ című dolgozatát ismerteti. (Lapunk „Szemészet“ melléklete egész terjegelmében közölni fogja.)

2. **Schulek Vilmos** l. t. előterjeszti **Grósz Emil** dr. következő dolgozatát: **A hátgerinczsorvadás következtében keletkező vakság.**

A hátgerinczsorvadás kérdése *Romberg* (1851) és *Duchenne* (1858) óta a tudományos kutatás állandó tárgya volt, ennek ellenére a megoldása még ma sem sikerült. Az ezen bántalom kiséretében keletkező látóidegsorvadás tanulmányozása nemcsak a diagnosis korai megállapítására szolgáltat nagy jelentőségű adatokat, hanem az alapbántalom természetére is világot vet. E fontos szerepet már *Charcot* felismerte, de a nézetek a látóideg ezen bántalmáról még ma is eltérők, minek oka főleg abban van, hogy a hátgerinczsorvadásban elhaltak látóidegjeinek szövettani vizsgálását eddig csak kevés esetben végezték, úgy hogy az egész irodalomban *mindössze 12 leirás* található.

A kérdés tisztázása céljából szerző 4 év óta gyüjti az adatokat s eddig több mint 200 hátgerinczsorvadásban szenvedő beteg szemeit *s 18 e bajban* elhalt egyén látóidegjének szövettani vizsgálatát végezte.

Előző[1] e tárgyú dolgozataiban azon kérdéssel foglalkozott, hogy a központi idegrendszer ezen súlyos betegsége milyen tüneteket okoz a szemen s hogy a látóidegbajnak milyen anatomiai elváltozások felelnek meg.

Ezen dolgozat czélja, hogy a látóidegsorvadás közelebbi viszonyait, nevezetesen annak jellegét, szövetét s az alapbántalommal való összefüggését derítse ki. *E czélból 101 olyan klinikai esetet s 12 olyan anatomiai leletet tett újabb tanulmány tárgyává, a melyekben kifejezett látóidegsorvadást talált.*

A szemtükri kép kezdetben a látóidegfőnek ezen bántalomra jellegző szürkeségét, később az egyszerű látóidegsorvadás képét mutatja. Az első szak, mely az alapbántalom egyik legelső s legállandóbb tünete, sok ideig jó központi látással fennállhat, a második szakban azonban a a látás gyorsan hanyatlik. A bántalom progressiv jellegű s feltétlenül vakságra vezet.

A látóterek peripheriás szükülete, a két szem között előforduló nagy különbség arra utaltak, hogy a bántalom főszékhelyét a látóidegnek a keresztezésétől peripheriásabb részében keresse. Ennek megfelelően valamennyi szövettani úton vizsgált esetében a sorvadás a szemből felfelé fogyóban volt, sőt azt is sikerült kimutatnia, hogy a látótereknek megfelelően, a széli rostok mutatják a legnagyobb sorvadást. Maga az elváltozás az idegelemeknek kötőszöveti hypertrophia nélkül való sorvadásának bizonyult.

Azon körülmény, hogy a fejlődési rendellenességkép jelenlevő velős hüvelyű idegrostok eltünése a látás romlását és megszükülését megelőzi, valamint az ideghártya rost- és dúczsejt rétegének sorvadása az bizonyitják, hogy a látóidegbántalom kiinduló pontja a dúczsejtréteg s az agy felé fogyóban a neuron végéig, az agydúczig terjed.

A látóideg ezen sorvadása a gerinczagy elváltozásának coordinált tünete; ugyanazon ártalom, a mely a központi idegrendszer degenerálását okozza, az idézi elő az ideghártyáét is. Az ártalmat a vérerek közvetitik s minden jel oda mutat, hogy annak létrehozásában directe vagy indirecte a syphilis játszsza a legnagyobb szerepet.

3. **Kétly Károly** l. t. bemutatta **Győry Tibor** dr. „**Morbus Hungaricus**“ című tanulmányát.

4. **Bókay Árpád** l. t. bemutatja **Tangl Ferencz** állatorvosi főiskolai tanár „**Adat az emberi vizelet energiatartalmának ismeretéhez**“ című dolgozatát. Tangl a *Berthelot*-féle calorimetrikus bomba segítségével meghatározta az emberi vizelet égési melegét, tehát energiatartalmát, különböző táplálék mellett. Egyúttal gázanalytikai úton a vizelet C-tartalmát határozta meg és a Kjeldahl-féle eljárással a N-tartalmát. Vizsgálatai, melyek terjedelmesebb anyag- és erélyforgalmi vizsgálatoknak bevezetését képezik, a következő eredményekhez vezettek:

1. A vizelet $\frac{\text{Calor}}{N}$ és $\frac{C}{N}$ quotiensei jóval nagyobbak akkor, ha a táplálékban a szénhydratok túlnyomóak, mint akkor, ha a táplálék legnagyobb részét zsir képezi. A táplálék minősége tehát befolyásolja ezen quotiensek értékét. Az emlitett feltételek mellett a két quotiens változása egyirányú.

2. Mindkét quotiens izommunka közben nem változik, a mi összhangzásban a respiratiós gázcsere adataival jól megegyeztethető *Zuntz* theoriájával, mely szerint nyugalomban és izommunka közben a tápanyagoknak ugyanazon keveréke használtatik el, tehát azon tápanyagok, melyek kellő mennyiségben a szervezetnek épen rendelkezésére állanak.

5. **Bókay Árpád** l. t. előterjeszti **Hasenfeld Arthur** dr.-nak „**Miként befolyásolja a hypertrophiás billentyűbajos szív functioit és munkaképességét izomzatának zsíros (phosphoros) elfajulása?** című dolgozatát, mely a budapesti egyetemi gyógyszertani intézetben készült.

Anatomiai és klinikai észleletek mindinkább valószinűvé teszik, hogy billentyűbajos betegeknél a súlyos keringési zavarok igen gyakran nem annyira a billentyűdefectus, hanem inkább a szivizom megbetegedései által feltételezettek.

Mindeddig azonban nem tudjuk a megkivánható bizonyossággal, hogy a *billentyűbajos szívben* oly gyakran található *zsíros elfajulás mily befolyással van annak functioira és munkaképességére?*

Klinikai, valamint toxicologiai szempontokból fontos kérdésekre adják meg a feleletet *Hasenfeld* dr. kisérletei, melyeket *Bókay Árpád* tanár vezetése alatt végzett.

Kisérleti állatul házinyulak szolgáltak, melyeknél mesterségesen aorta insufficientiát hozott létre. A szív zsíros elfajulását 2—3 hónappal a billentyűbaj fennállása után phosphorral idézte elő.

Következő kérdések megoldását tüzte ki czélul:

1. Vajjon billentyűbajos állatok a phosphorral szemben a nem billentyűbajos állatoktól eltérőleg viselkednek-e? 2. A hypertrophiás szivizom tényleg nagyobb fokban van-e hajlamositva az elzsirosodásra, mint a normalis? 3. Miként befolyásolják az elzsirosodás különböző fokai az aorta insufficientiás szív functioit, erejét és munkaképességét közönséges munkánál és 4. fokozott munkával szemben?

A phosphormérgezést illetőleg azt tapasztalta szerző, hogy a billentyűbajos állatok a phosphorral szemben általában kevésbbé ellentállóak. Az aorta insufficientiás állatok a phosphor ugyanazon dosisaival lettek mérgezve, mint a controll-kisérletekre szolgáló normalis állatok (Fenyvessy és Hasenfeld). A phosphormérgezés súlyos tünetei (dyspnoë, collapshömérsék stb.) hamarább állottak be; számos billentyűbajos állat a mérgezést követőleg oly rövid idő alatt halt el, a mint azt normalis állatoknál ugyanazon mérgező dosis mellett nem tapasztalhatni.

Szerző egy további fontos és érdekes tapasztalata: hogy a phosphormérgezés következtében kifejlődő zsíros elfajulás billentyűbajos hypertrophiás szivekben rövidebb idő alatt ér el jelentékeny fokokat, mint normalis szervű állatoknál. Szerző ennek okát a túltengett szivizom által végzendő nagyobb munkában találja, a minek következtében oxygenszükséglete is nagyobb, mint a normalis szivizomé; a phosphormérgezés okozta elégtelen oxygenfelvétel tehát szükségképen nagyobb fokban válik érezhetővé, a mi azután a túltengett izomzat gyorsabb és nagyobb fokú elzsirosodásában nyer kifejezést.

A dolgozat azonkivül főleg magának a zsiros elfajulásnak az aortainsufficientiás szív erejére gyakorolt befolyásával foglalkozik.

A billentyűbajos szív izomzatának csekély és közepes elfajulásai a szívműködés szaporaságát nem módositották, az aorta insufficientiás szivzörejek intensitása nem változott, arythmia nem lépett fel. A nagyobbfokú elzsirosodás azonban már lényegesen alábbszállitotta a billentyűbajos szív erejét és az állatok az incompensatio tünetei között csakhamar elpusztultak.

A vérkeringési viszonyok pontos tanulmányozására a billentyűbajos phosphoros állatokon vérnyomási kisérletek történtek.

A középvérnyomás magassága a szivizomzat *csekély* vagy *közepes elfajulásainál* ugyanoly határok között ingadozott mint *Hasenfeld* és *Romberg* billentyűbajos egészséges izomzattal biró állatainál. A szivizomzat nagyobbfokú elzsirosodása esetén azonban a középvérnyomás igen alacsony értékeket mutatott. Szóval a nagyobbfokban elzsirosodott billentyűbajos szív már közönséges munka végzésére sem alkalmas.

Azon kérdésre, hogy a zsirosan elfajult billentyűbajos szív rendelkezik-e annyi *tartalékerővel*, mely őt *fokozott munkára* képesiti, szerző az által igyekezett megfeleni, hogy az aorta insufficientiás szív elé rövidebb vagy hosszabb időn nagyobb akadályokat gördítve, azt nagyobb munkára kényszeritette. Az igénybe vett eljárások közé tartozott: 1. 30 mp.-ig tartó asphyxia, 2. az orr nyákhártyájának faradikus izgatása, 3. a mellkasi aortának, a rekeszizom felett való, egész 1 óráig tartó leszorítása.

Ezen vérnyomási kisérletek azt mutatták, hogy a *mérsékelt fokban elzsirosodott billentyűbajos szív még fokozott munka végzésére is képes* és ezen munkában csaknem oly jól kitart, mint egészséges izomzattal biró aorta insufficientiás szív. *A jelentékenyebb fokban elzsirosodott aorta-insufficientiás szív* azonban *fokozott munka végzésére teljesen alkalmatlannak* bizonyult.

A vérnyomási kisérletek azonkivül újból bizonyitották — a mint azt *Fenyvessy* és *Hasenfeld* egy tavaly bemutatott dolgozatukban is hang-

[1] A tabes dorsalis tünetei a szemen. 1896. A tabeses látóidegsorvadás. 1897. Adatok a látóideg pathologiájához. 1898.

súlyozták —, hogy a phosphormérgezés előrehaladottabb stadiumában *érhüdéshez* vezet.

A vizsgálati eredmények rövid foglalata:

Billentyűbajos állatok a phosphormérgezést rosszabbul tűrik. A túltengett aorta insufficientiás szív a zsíros (phosphoros) elfajulásra hajlamosítva van. Az elzsírosodás mérsékelt fokai a billentyűbajos szív erejét sem rendes, sem fokozott munkával szemben nem befolyásolják. Jelentékenyebb fokú elzsírosodás esetén azonban a billentyűbajos szív ereje és munkaképessége lényegesen csökken és oly súlyos keringési zavarok lépnek fel, melyek azután a halál közvetlen okozóivá lesznek.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1899. junius hó 10-dikén.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Lévai József.**

Tuberculosis mucosae oris et labii.

Kőszeg Miksa: A beteg atyja él és egészséges; anyja 42 éves korában — a kezelő orvos kimondása szerint — gümőkórban halt el. Két testvére él és egészséges; egy Boszniában halt el. 19 éves korában, mint a praeparandia növendéke, puha chancret acquirált, mely néhány hét alatt begyógyult és más következményes tünetekkel nem járt. 1892-ben megnősült; felesége 4 izben volt terhes, az első terhesség az 5-dik hónapban abortussal végződött, a többi rendes lefolyású volt; a szülések normalisak. Három gyermeke él és egészséges. 1896-ban herpes zoster oculi et facialis miatt *Goldzieher* tanár bemutatta őt az orvosegyesületben. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik és nagyobb beteg állitólag sohasem volt. Jelen bajára nézve előadja, hogy körülbelül 3 hónappal ezelőtt a szájban a szájzughoz közel foszlányos érdes fekélyeket érzett, melyek azután kifelé az ajakra és szájzugra terjedtek. Ezek miatt április 28-dikán a „Ferencz József-kereskedelmi kórház" belgyógyászati osztályára vétetett fel, a következő jelenállapottal:

A beteg kissé lefogyott; mellkasi szervei semmiféle kopogtatási, sem hallgatódzási eltérést nem mutatnak. A beteg homlokán 3—4 apró, szabálytalan teknőszerű heg látható, melyek a herpes zoster maradványai. A bal felső ajak külső fele teriméjében megvastagodott, vele összefüggően a szájzugot övező és a pofára terjedő kissé vöröses-szederjesen elszinesedett, körülbelül tallérnyi infiltrált duzzanat látható, melynek a szájnyiláshoz közel álló felülete mákszem-kölesnyi és nagyobb halvány rózsaszínű szemölcsszerű granulatiokkal födött. Ezeknek ránczai között és rajtuk sárgás száraz lepedék látható. A bajusz szőrzete ritkult és könnyen kihúzható. Ezen fekélyesedés a szájüregbe folytatódik, a pofa nyákhártyáján körülbelül a II. molarfog tájáig, a hol szürkés-fehér hegfoltokat képez. Az alsó ajak belső részén fellazult piszkos erodált nyákhártya-terület közepén egy hosszúkás, egyenetlen, alávajt szélű, körülbelül 1½ cm. hosszú, 8 mm. széles sekély fekélyt látunk, melynek alapja piszkos mákszemnyi sarjakkal födött. Egyes helyeken 1—2 apró elszigetelt sárga, kölesnyi göböcske van jelen. A nyelv bal szélén fehéres infiltrált foltok vannak.

Az egész kórosan elváltozott terület mérsékelten tömött és éles határ nélkül megy át az épbe. Az áll alatt egy körülbelül diónyi mirigy, a sternocleidomastoideus mentén több babnyi, a könyökben és lágyékban apró mirigycsomók tapinthatók.

Ezen kórkép mellett diagnosisunk lues és tuberculosis között ingadozott s azért a beteggel 20 napon át egy inunctios kúrát végeztettünk. A higanykezelés, a szájüregnek sublimat-oldattal való öblítése, a fekélynek calomellel való behintése eredményre nem vezettek és így ama második feltevésünk lépett előtérbe, hogy tuberculosissal van dolgunk. Hogy ezt a diagnosist biztositsuk, május 20-dikán a megbetegedett szájnyákhártyából egy ily sárgás göböcskét tartalmazó részletet metszettünk ki, melyet *Minnich* dr. prosectornak adtunk át vizsgálat czéljából. Neki hosszas kezelés után sikerült egy óriássejt centralis részében több tuberculosis-bakteriumot kimutathatni, és ezen eredmény végérvényesen eldöntötte, hogy a szájnyákhártya tuberculotikus megbetegedésével van dolgunk.

Pancreascysta műtett esete.

Herczel Manó: W. J. 33 éves lithograph, született Nürnbergben, 5 év előtt vakbélgyuladásban szenvedett. 3 év óta gyomrában gyakran görcsös fájdalmakat érez, melyek 6 hét óta fokozódnak, különösen fekvéskor lépnek fel, ülésnél vagy járásnál csekélyebbek. Néhány hét óta hasában mindinkább növekedő daganatot vesz észre, mely sem spontan sem nyomásra nem fájdalmas, de őt nagyon nyugtalanitván, Herczelhez fordult és 1899. április végén a szt. István-kórházba vétette fel magát.

Felvételkor: A középtermetű, mérsékelten fejlett, kissé vérszegény és lesoványodott férfibeteg mellkasi szervei épek, hasa asymmetrikusan előmborodó, úgy, hogy a köldök feletti bal tájék legjobban prominál, a bal hypochondrium is a jobbhoz képest kitágult. A has kerülete legnagyobb a köldök felett. A hasnak ezen előmborodása egy gyermek fejnyi, gömbölyded, síma falú és hullámzó tumor által van feltételezve, melynek felső határa a bal bordaivet a bimbóvonalnál hagyja el és haránt szelve át az epigastriumot, a középvonalon 2—3 ujjal túlér, alsó határa valamivel a köldök alatt fekszik és lefelé domborodó vonalat képez. A daganat a légzési mozgásokat élénken követi, passive alulról felfelé eléggé mozgatható, hasonlóképen oldalirányban. A gyomor felfúváskor a tumornak medialis ²/₃-át, a vastagbél felfújva a daganatnak alsó részét foglalja el. A májtompulat normalis, a léptompulat a VIII. borda alsó szélén kezdődik, lefelé a XII. bordáig terjed, mellfelé összefolyik a tumor tompa kopogtatási hangjával. Vizelet napi mennyisége 1300 gm., fajsúlya 1016, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. A vér feltünő sötét, haemoglobin tartalma Gower szerint 105, tehát a rendesnél nagyobb, fehér vérsejtek száma 5200, vörös vérsejteké 3½ millió.

A daganatnak azon tulajdonsága, hogy a légzési mozgásokat élénken követi, hogy a léptompulattól el nem különithető, léptumor mellett, pancreas- és vesecysta ellen szólt. Másrészt azon körülmény, hogy a gyomor és vastagbél felfúvásakor a tumornak nagy részét elfödték és a colon a daganat alsó széle mentén vonult el, lépcysta ellen, retroperitonealis és inkább pankreastömlő, mint vesecysta mellett szólt. Ekként a valószinűségi diagnosis, mint az hasdaganatoknál néha a legszorgosabb vizsgálatnál is megesik, nagyon is ingadozott, még a beteg elaltatásakor is, mert ekkor ott bimanualis vizsgálatnál a lumbalis tájon hátul nem volt ugyan a daganat jól kitapintható, de erősebb nyomással oldalt kifelé tolván, azt határozottan a bal vese tájára lehetett nyomni.

Herczel a műtétet 1899. május hó 8-dikán chloroform-narcosisban hajtotta végre. A hasüreget a középvonalban 11 cm. hosszban megnyitván, kitünt, hogy a cystikus tumor retroperitonealisan fekszik, a gyomor teljesen fedi, nyargal rajta és alatta a colon vonul el. A lépet és veséket kitapintva, azokat épeknek találták. Most a gyomrot és csepleszt felhajtották, a harántrenesét lefelé húzták, mire a tumornak csekély segmentuma szabadon előmborodott. Ezen helyre rámetszve, szemölcsös felületű és a gyomor alá húzódó cystából 1300 gm., vége felé erősen zavaros és nyúlós sárgás folyadék ürült. Miután a tömlő falából szövettani vizsgálat czéljából egy kis darabot lemetszettek, a cystát a gyomor és vastagbél között, a köldök felett a hasfalhoz kivarrták, üregét steril gaze-zel tamponálták. A cysta benneke a pancreas-tömlőkre jellemző tulajdonságokkal birt; reactioja gyengén alkalikus, sav hozzáadása nélkül fehérjét emésztett (Boas-féle kisérlet), fajsúlya 1004, fehérjetartalma Esbach szerint 1½. Górcső alatt kevés fehér és vörös vérsejtet, sok teljesen elzsírosodott, olajcseppekből álló hámsejtet tartalmazott.

A tömlő fala Generich tanár úr vizsgálata szerint véredénydús kötőszövetből áll, mirigylemezek benne fel nem lelhetők.

A lefolyás zavartalan. A nyolczadik napon első kötésváltoztatás, varratok eltávolíttatnak, a tömlőben levő csik egészen száraz, naponkint kissé meghuzzák, a 15-dik napon teljesen eltávolítják, midőn kitünik, hogy az eredetileg gyermekfejnyi üreg kétujjnyi széles, 14 cm. mély csatornává esett össze, mely azután gyorsan telődött.

(Folytatása következik.)

A berlini tüdővész-congressus.

III.

(Folytatás.)

IV. A *therapia* fejezetében mindenekelőtt a *tüdővész gyógyíthatóságát* magát fejtegette *Curschmann* tanár (Lipcse). Szigorú anatomiai és histologiai értelemben vett gyógyulás ritka ugyan, de hegképződéssel, forradással egybekötött, a beteg tüdőrészlet bronchuságainak obliteratiojával járó megállapodása a folyamatnak mindennapi. És az esetek nagy contingense az *igazi gyógyulások* sorába tartozik klinikai szempontból, a mennyiben az eltokolt beteg részben a kórfolyamat stationaer, sőt retrograd, a tüdő egyéb részei pedig sértetlenek maradnak, az egyén munkabirását visszanyeri. Még nagyobb száma a betegeknek éri el az úgynevezett *relativ gyógyulást*, a hol localis kórállapot lappangó fennállása, sőt csendes tovakúszása mellett is, aránylag jó erőben, meglehetős munkaképességben van az egyén. Mindezek az eredmények legjobban a *hygienés-dietás* eljárással érhetők el, *annál kedvezőbb alakban, minél korábban diagnostizáltatik a baj s minél hamarább kerül a beteg kezelés alá, illetve jut sanatoriumba.* Közepes és előrehaladottabb korban azért gyógyul jobban a betegség, mert acutabb lefolyásai ilyenkor már egyáltalán ritkábban jelentkeznek. A gyógyulás feltételei közé specialis klimaviszonyok *nem* tartoznak. *Kobert* tanár (Rostock) az *orvosságos* therapiát tárgyalta a következő resumével: 200-nál több practikus orvos adatai mintegy 50,000 tuberculosus beteg medicinás kezeléséről megint csak oda concludálnak, az egész literatura áttanulmányozása újból csak azt igazolja, hogy a tüdővész ellen ható specifikus orvosszerünk nincs. A tüdőtől eltekintve a chirurgiás gümőkór-kezelésben a jodoform igen használható anyag, a mely felette jó szolgálatot tesz. Az *initialis tüdővészt* illetőleg a sanatoriumi therapiával oly sikereket érünk el, hogy itt *orvosságokra egyáltalán nincs is szükség.* Gége-, bél- és előhaladottabb tüdőtuberculosis eseteiben azután adjuvans medicamentumokat is igénybe veszünk (narcotica, stomachica, antipyretica, expectorantia, antidiarrhoeás szerek, leukocytosist okozó anyagok stb.).

Brieger (Berlin) a mellett tör pálczát, hogy a Koch-féle *tuberculin* (régi és új), mint főképen a másodlagos infectio nélküli tiszta tuberculosisra specifikusan ható szer, a tüdőgyógyintézetben szintén alkalmazandó volna. A tuberculosis-serumokról szerinte hasonlót még nem lehet mondani. Sir *Hermann Weber* (London), a tüdőbántalmak *gyógyklimás kezelésével* foglalkozó legnagyobb tekintélyek egyike, siet kijelenteni, hogy az intézeti gyógyitásmód a legtöbb esetben előnyösebb más eljárásoknál, a szegényebb néposztálynál a tuberculosis elleni védekezésben pedig egyenes postulatum. Ezután sorra tárgyalja a különböző éghajlatok befolyását a gümős megbetegedésekre. Tény az, hogy a nagyváros levegőjében is itt-ott önként gyógyul a tüdősorvadás, kedvezőbb viszonyok

között természetesen a restitutio gyakoribb. A magaslati klima ellenállóbb szervezetű egyéneknél elég jó eredményeket ad (melyek a sanatoriumoké mellett jócskán elmaradnak — a folytonos orvosi gondozás és felügyelet befolyása!), a sivatag tiszta száraz levegője, bőséges napsugara szintén előnyös hatással van, bár ott is csak a *nomád* törzslakosság nem ismeri a gümőbacillus munkáját; a tengermelléki gyógyklimás helyeken tartózkodás bizonyos esetekben nagy jogosultsággal birna, ha szigorú sanatoriumok állanának ott a fényes hotelek helyén.

A littoralis éghajlat, tengeri utazások főleg a scrophulosis gyógyításában játszanak nagy szerepet. A tüdővész kezelését illetőleg korunk egyik legnagyobb klimatotherapeutája ezzel végzi: „Az initialis tüdőgümőkór minden egészséges éghajlaton meggyógyulhat, a hazaiban is. Bizonyos klimaviszonyok előnyösebben hatnak ugyan, de a kedvező éghajlat orvosi felügyelet nélkül a legtöbbször insufficiens. A beteg vak bizodalma egy gyógyhely klimája iránt gyakran vezet ballépésekre, az állapot rosszabbodására és exitus lethalishoz. A betegek nagy részének sorsa legjobban zárt gyógyintézetekben lévén biztositva, számos sanatorium állítása nemzeti szükséglet a gümőkór elleni küzdelemben.

Ezután *Dettweiler* vázolta magát a *sanatoriumi kezelést*. Ha *Maragliano* genuai tanárnak egy később elhangzott előadását hallotta volna, hihetőleg megváltozik vala Falkenstein híres alapitójának nézete, hogy „nincs aetiologikus therapiánk a tüdővész ellen". *Dettweiler* a sanatoriumi kezelést exact és *észszerű therapiás empirián* alapuló eljárásnak mondja, mely feltétlen superioritással bir a többi gyógyitásmódok felett, a menynyiben a lehető legmagasabb százalékban ad absolut és relativ gyógyulást. Előadása végén a sanatoriumok vezető orvosainak qualificatiojáról szól annyival inkább behatóan, mert szerinte az orvosról bizvást elmondható, hogy: „mit ihm steht und fällt . . . die ganze Anstaltsbehandlung".

Winternitz (Bécs) 40 évi tapasztalata alapján jelenti ki a *vízkezelésről*, hogy tüdővésznél prophylactice és direct gyógyító agensként egyaránt hatalmas: gátat vet a retrograd metamorphosisnak, az étvágyat emeli, az appositio lehetőségét fokozza, a hektikus láz és éjjeli izzadások ellen jó fegyverünk, a szervezet védekező erejét gyámolító faktor. Sanatoriumokban feltétlenül igénybevevendő a hydrotherapia, melylyel előadó nyilt kezelésben is csaknem 80% javulást, stationaer megállapodást a kórfolyamatban és relativ gyógyulást ért el. *C. Schütze* (Borlachbad-Kösen) ugyancsak a tüdővész *vízzel gyógyításáról* szólván, hangsúlyozza az edző hatás jelentőségét, vérzésnél a hydrotherapiás beavatkozás stypticum, köhögésnél csillapító beavatkozás, stb.; az otthon is végezhető vízkúrába annyira belénevelendő volna a sanatorium minden ápoltja, hogy az intézetben szerzett edzettségét az életben továbbra is fentarthassa.

Hölscher (Mühlheim a. R.) a lélekzőszervek bántalmaiban a *guajacolcarbonat* és *kreosotal* hasznát dicséri (a bacillus számára állitólag rossz tenyésző talajt teremtenek és a mérges toxinok eliminálását a szervezetből elősegitik). *Cervello* (Palermo) *formaldehyd*-gőzök beleheltetése útján elért tapasztalatairól számol be (erősen oxydáló hatás!), *Hugo Weber* (St. Johann-Saarbrücken) elmondja, hogy tüdőbajosainak naponta 1—3-szor 10 gm. *vaselint* fecskendez a hátuk bőre alá, hogy a tüdőket bőséges CO_2 quantummal áraszthassa el (így még *cavernás* betegeket is teljesen meggyógyit!), *Landerer* (Stuttgart) az ő *fahéjsav*-kezelését ismerteti újból s ezzel akarja emelni a szervezet defensiv erőit a gümős fertőzés ellen (csak agyvelő- és agyvelőhártya-tuberculosisnál nem ért el eredményt a szerrel), *Philippson* (Hamburg) a Merck-féle *natr. parafluorbenzoicum* $3 \times 0{\cdot}5$ gm.-os dosisaival pro die gyógyitja a lupust, ámbár gyógyult esete *még* nincs . . . és igy tovább. *Sárfert* (Berlin) a tüdővész *operativ kezeléséről* (!) beszélt, a nélkül, hogy a dolog lényegéről bármit is mondott volna.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1308. szám.

Az **erdődi** törvényhatósági **magánkórháznál** kinevezés útján betöltendő **igazgató orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Minősités tekintetében az 1883. évi I. t.-cz. 1., 19. §§-ai irányadók.

Javadalmazás kétszáz forint évi fizetés, lakás, fűtés és világitás.

Pályázati kérvényeket **julius hó 15-dikéig** átveszek.

Nagy-Károly, 1899. junius 10-dikén.

2—2 *Gróf Hugonnai Béla*, főispán.

4898/1899. szám.

A **Kúnszentmiklós községben** lemondás folytán üresedésben álló **egyik orvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állással egybekötött javadalmazás:

1. Állandó évi fizetés 500 frt;

2. a puszta-orgoványi trachomások gyógykezeléseért az ideig, mig annak szüksége fennforog, vagy esetleg, mig a nevezett puszta az anyaközségtől közigazgatásilag el nem válik, évenkint 300 frt;

3. egyszeri látogatásért, helyben nappal 30 kr., éjjel 60 kr.; tanyákon nappal 60 kr., éjjel 1 frt és a szükséges fuvar;

4. egyszerű bizonyitvány kiállitásáért 50 kr., látleletért 2 frt.

A megválasztandó orvos a puszta-orgoványi trachomások gyógykezelése czéljából köteles önköltségen a helyszinére hetenként leutazni, a mikor az orgoványiak az iziaki vasútállomáshoz érte fuvarost küldenek.

Azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivom, hogy kellőleg felszerelt kérvényüket **ezen év julius hó 1. napjáig** hivatalomhoz bemutassák.

A képviselőtestület választó közgyülése julius 2-dik napjának d. e. 11 órájára hivatik össze.

Kúnszentmiklós, 1899. junius hó 11-dikén.

2—2 *Szondy Dénes*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **ÉDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemü emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

ÉDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Szliács.

Dr. GRÜNWALD MÓR, kir. tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján, e nyáron is (15-dik év) Szliácson mint **fürdőorvos** működik és szivesen ad e gyógyhelyet illető felvilágositásokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesitésről gondoskodva van.)

Balaton-Füred,

gyógyfürdő s a Balaton metropolisa Zala vármegyében.

Posta és távirda helyben.

Fürdőidény május hó 22-dikétől szeptember végéig.

Azon gyenge üdülők és mellbetegek, kik B.-Füred kedvező klimáját előbb élvezni akarják, már május 16-dikától itt minden kényelmet — meleg fürdők kivételével — találhatnak. Tiszta ózondús, enyhe egyenletes tóparti levegő; égvényes, sós, szénsavas, vasas források; juhsavó-, tej-, szőlő-, massage-gyógymód; szénsavas meleg pezsgő és szénsavas hideg fürdők, gőzfürdő, zuhanyok, balatontavi hidegfürdők és uszodák. Orvosi tekintélyek igen ajánlják: vérszegénység, görvély-, gümőkór, csúz, köszvény, légzőszervek hurutos bántalmai, rekedtség, vérköpés, gyomor- és bélhurut, máj- és lépvérbőség, női bajok és idegbántalmakban.

Elsőrangú fürdőintézet.

Hegyektől védett gyönyörű fekvés, díszes és czélszerű berendezés: gyógyterem, sétacsarnok, árnyékos sétányok, lombos park, fenyves liget, térzene, szini előadások, hetenkint tánczmulatság, élvezetes kirándulások, sétacsónakázás. Elegáns lakások a Balaton partján épült Ipoly-udvarban, az Erzsébet- és Klotild-udvarokban és a Grand Hotelban; csinos nyaralók. Jó és mérsékelt étkezés, table d'hôte: couvert **1** frt **50** kr. Szobák **40** krtól **5** frtig kaphatók. Junius 15-ig és augusztus 21-től a saison végéig a lakások 30 százalékkal, az étkezés a Grand Hotel éttermeiben 20 százalékkal olcsóbbak.

Vasúti állomások: Siófok és Veszprém; Siófoktól Füred gőzhajón 1 óra, Veszprémtől kocsin 1½ óra. Vasúti saisonjegyek 33⅓%-os kedvezménynyel, menettérti jegyek — 3 napra — féláron kaphatók. A fürdőintézet rendelő főorvosa **Dr. Huray István,** kir. tan.

Lakásmegrendelések — előleg beküldése mellett — **Lingl Valerián** fürdőigazgatóhoz intézendők Balaton-Füredre. A balaton-füredi ásványvíznek, mely mint étrendi viz is igen kedvelt, főraktárosa: **Édeskuty L.,** ásványviz-szállító Budapesten; ezenkivül kapható **Szemerey János**-nál Veszprémben és **Lichtnecker Antal**-nál Székesfehérvárott.

Prospektusokkal ingyen szolgál ***a fürdőigazgatóság.***

A 6595. számú

„Fürdőkészülék egyes testrészeknek forró levegővel vagy más módon való kezelésére"

czímű magyar szabadalom tulajdonosai: **Tallerman Lewis Ábrahám** és **Sheffield Evelyn Diana Tourneur** magánzók Londonban ezen szabadalmat **eladni** kivánják, illetve **gyártási engedélyeket** kiadni óhajtanak. Érdeklődőknek készséggel szolgálnak felvilágosítással:

Dr. Szilasi és Bernauer
szabadalmi ügyvivők,
Budapest, VIII. kerület, Baross-utcza 59. szám.

Tátra-Barlangliget.

Klimatikus gyógyhely 763 m. a tenger színe felett. Hidegvízgyógyintézet **Priessnitz-** és **Kneipp-rendszerrel**, meleg-, sós-, törpefenyő, lápfürdők. **Villamos fényfürdők,** mely új gyógymód az összes Tátrafürdők közül egyedül Barlangligeten van bevezetve és kitünő eredménynyel használtatik elzsirosodás, csúz, köszvény, zsábák ellen. Utolsó vasútállomás: **Szepes-Béla.** A telep a **Magas-Tátra** tövében, fenyő-erdők közepette fekszik, **ózondús, tiszta,** pormentes levegővel és gazdag sz klaforrással bir Az étkezés jó és o'csó; kocsik, hátaslovak és hegyi kalauzok rendelkezésre állanak. **A villamos világítással ellátott látványos cseppkőbarlang** minden nap többször megtekinthető. Bővebb felvilágosítással szolgálnak: **Budapesten a fürdőorvos KARAY GUSZTÁV dr., VI., Felső erdősor 34. Szepes-Bélán BOHUS BOLDIZSÁR,** igazgató.

Dr. KELETI és KULPIN
nyilvános borjú-himlő-nyirk termelő intézete
Békés-Csabán

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

1 phiola	3 egyénre	---	— frt 30 kr.	1 phiola	20 egyénre	---	1 frt — kr.
1 „	5 „	---	— „ 40 „	1 „	30 „	---	1 „ 40 „
1 „	10 „	---	— „ 60 „	1 „	50 „	---	2 „ — „

Tömeges oltásoknál megegyezés szerint, **oltóeszközök** a beszerzési áron, hitel novemberig.

Sürgönyczim: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

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

1 fióla 2—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

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.

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ
VASMEGYÉBEN.
Glaubersó tartalmú szénsavdús vasforrások.

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

Évad május 15-től szeptember 20-ig.

Az évad kezdettől junius 15-ig és augusztus 15-től szeptember 20-ig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágosítással szolgál és kivánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvizül ajánlható. Megrendelések olyan városokból, hol külön raktár nem létezik, a fürdőigazgatósághoz Tarcsára intézendők. **Posta- és távirdaállomás helyben. Vasuti állomás Felső-Eőr, a Szombathely-Pinkafői vonalon,** honnan a 30 percznyire (5·6 klmt.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyüléses bérkocsi ára 2 frt 25 kr., társaskocsin egy hely 40 kr.

A Blaud pilula jobb és czélszerübb alakban.

Tablettae Ferri protoxalati c. ars. Deér.
(Pro dosi 0·1 Ferr. protox. 0·0001 Ars.)

Chlorosis, anaemia stb. eseteiben sikerrel rendelt készitmény. A kis tablettek könnyen nyelhetők és a gyomorban könnyen szétesnek. Adagja naponta 3—6 darab.

Egy üvegben 100 tabl. ára 1 frt.
Kapható a készitőnél.

Dr. Deér Endre
„Jó Pásztor"-hoz cz. gyógyszertárában.
Budapest, IX., Soroksári-utcza 11/13. sz. és minden gyógyszertárban.

„Margit"
gyógyforrás.

Margitforrás-telep. (Bereg megye.)

A budapesti m. kir. egyetem vegyelemzése szerint kevés szabad szénsavat, ellenben sok szénsavas natriumot és lithiumot tartalmaz. Ezen tulajdonságai azok, melyek a hasonló összetételű vizek fölé emelik. Kitünő hatású **a légutak s tüdő hurutos állapotainál, különösen szivós váladék esetén; tüdővészeseknél, ha vérzésre való hajlandóság van is jelen, a „Margit-víz"** megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz kevés szabad szénsavánál fogva. Kiváló hatást látni tőle **a gyomor** és **belek hurutos állapotainál,** főleg azon esetekben, hol a fölös mennyiségben képződött sav oka a rossz emésztésnek.

A húgysavas sók lerakodását akadályozván, becses szolgálatot tesz továbbá **a hólyag hurutos** bántalmainál, **a kő- és homokképződés eseteiben,** miért is **a budapesti és bécsi egyetem orvostanárai,** mint az **orvosvilág egyéb előkelőségei** a legszivesebben használják, előnyt adnak a **„Margit"**-forrásnak a hozzá hasonló összetételű gyógyvizek fölött.

Mint ivóvíz
kiváló óvószernek bizonyult járványos betegségek idején, főleg typhus ellen.

Mint borvíz általános kedveltségnek örvend.

Főraktár:

Édeskuty L. ásványvíznagykereskedés
BUDAPESTEN. cs. és kir. udvari szállító. **BUDAPESTEN.**
Kapható minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben és vendéglőben.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 26. számához. 1. SZ. Budapest, 1899. junius 25.

UJABB GYÓGYSZEREK ÉS GYÓGYMÓDOK.

Szerkeszti BÓKAY ÁRPÁD egyet. tanár.

Tartalom: *Kétly László* dr.: Közlemény a m. k. tud. egyetem II. belkórodáról (Kétly Károly tanár). Néhány újabb gyógyszerről szerzett klinikai tapasztalatok. — *Tomka Samu* dr.: A pajzsmirigy használata a fülgyógyászatban. — *Lengyel Loránt* dr.: Aspirin. — *Kerntler Jenő* dr.: Az 1899. év első felében felmerült újabb gyógyszerek.

Közlemény a m. k. tud. egyetemi II. belkórodáról (Kétly Károly tanár).

Néhány újabb gyógyszerről szerzett klinikai tapasztalatok.

Közli: *Kétly László* dr. I. tanársegéd.

I. Heroin.

A morphinnak és egyéb narcoticáknak több esetben tapasztalt kellemetlen mellékhatásait elkerülendők, már régóta igyekeznek ezeknek pótszereiül oly gyógyszereket előállitani, melyek ezen mellékhatásoktól mentek legyenek. Egyike ezeknek a *heroin*, vagyis a *morphinnak diacetylestere*, mely vegyület Tausz F. dr. m. tanár úr által e lapok mult évi 2-dik számában már ismertetve volt, ami felment attól, hogy ez új szer chemiájával foglalkozzam. Főelőnye ennek a szernek a morphin felett az volna, hogy székszorulást nem okoz és sokkal kisebb adagokban is már hatást fejt ki. A vérnyomást nem befolyásolja semmi tekintetben s igy érzékenyebb egyéneknél sem befolyásolja állitólag a szivet és edényrendszert, mit morphinnál gyakran lehet tapasztalni. Állitólag a heroin az oxygen-szükségletet leszállitaná, a nélkül, hogy a morphinnál tapasztalt kellemetlen mellékhatásokat kifejtené. Sőt állitólag a heroin a morphinnál sokkal nagyobb fokban szállitaná le a hőmérséket is, a nélkül, hogy görcsokozó hatást fejtene ki, mit a codein nagyobb adagja gyakran okoz. Továbbá a lélegzésre nagyon csillapitólag hatna, a légzés számát csökkentené és a köhögési ingert nagy fokban csillapitaná. Állitólag kisebb fokban fájdalomcsillapitó hatása is lenne. Hogy e szernek tulajdonitott sok jó hatás közül melyik válik be a betegágynál, arra nézve az eddig közölt számos észleletből elég biztos képet nyerünk; *Dreser* és *Strube* állatkisérletei megerősitik, hogy a légzés lassúbb, erőteljesebb lesz, míg a vérkeringést és szivműködést nem befolyásolja. Ugyancsak *Strube*[1] Gerhardt berlini klinikáján kb. 50 esetben legnagyobbrészt phthisises betegnél próbálta ki e szert és annak jó hatását tapasztalta. Pilula és legnagyobbrészt por alakban alkalmazta pro dosi 0·005—0·01, pro die 0·02—0·05. A betegek e szert szivesen vették, a hatás legkésőbb ½ óra alatt beállott s 3—4 óra hosszat eltartott. Oly betegeknél, kik a köhögés miatt aludni nem tudtak, fenti adagokra jól aludtak. Cavernás betegeknél 3—4 óránkint ismételve az adagot, szintén altató hatást tudott elérni. Egynéhány esetben azonban nem sikerült a köhögést heroinnal csillapitani. Igy tehát altató hatása direkte nincs, mert ezen esetekben az álmatlanság oka a köhögési inger volt, kisebb fokú kábultságot és fáradtsági érzést azonban hoz létre. Fájdalomcsillapitó hatása Strube szerint nagyon csekély. Kellemetlen mellékhatásokat egyáltalán nem tapasztalt, a légzési szám csökkenése soha sem volt collapsusszerű, a légzés nyugodt és egyenletes maradt, pulsusszám nem változott, úgyszintén a hőmérsék sem befolyásoltatott. Hosszabb idei adagolás után a szer iránti megszokás mutatkozott, azonban az adagoknak 0·005—0·01-nyi emelésével a hatás újból elérhető volt. Strube szerint a heroin tehát indikálva volna dyspnoenél és köhögési ingernél. Strube szerint specificus hatása a légzési centrumra erősebb volna, mint a codeinnek, mig a morphinnal szemben előnye az volna, hogy kevésbbé fejt ki narcoticus hatást. *Dreser*[1] szerint a heroin a légzésre ép úgy megnyugtatólag hat, mint a codein, de ennél kevésbbé mérgező. A belégzés tartamát hosszabbitja meg és igy bronchitisben szenvedőknél a gázcserét javithatja. Az érzékenységre befolyással nincs, csak a mechanicus tüdőtágulási ingerületet csökkenti kevéssé.

Tauszk F.[2] a budapesti I. sz. belgyógyászati kórodán 16 esetben alkalmazta a heroint, főkép phthisises betegeknél. A hatás minden esetben csillapitó volt, a köhögési inger megszünt, vagy enyhült. Kellemetlen mellékhatásokat nem tapasztalt, hosszabb adagolás után a betegek kissé kábultaknak, álmosaknak érezték magukat, étvágyuk kissé csökkent. Hosszas adagolásnál az adagot emelnie kellett. Fájdalomcsillapitó hatást egyáltalában nem tapasztalt. Az alkalmazott adagok 0·005—0·01-ig váltakoztak pro dosi.

Frocet[3] a heroint 60 észleletben prompt és megbizható szernek találta köhögési inger csillapitására; a felső és alsó légutak bántalmainál, phthisisnél, asthma bronchialenál és kivált utóbbi esetben észlelt jelentékeny hatást. Szintén 0·005—0·01 adagokat ajánl pro dosi.

B. Turnauer[4] Dreser és Strube észleleteit erősíti meg, köhögési inger csökken, subjectiv dyspnoe szintén. A szer bevétele után mintegy 2 óráig alvási vágy és bágyadtság lepi meg a beteget. Phthisiseseknél és emphysemásoknál tapasztalta e hatást. Egy éltesebb arterio-sclerosisos asszonynál a heroin collapsusszerű tüneteket okozott.

Ezen körülményekből a heroinnak a bevezetésben felsorolt tulajdonságai közül főkép a köhögés csillapitó hatása konstatálható. Fájdalomcsillapitó hatása azonban teljesen hiányzik. Légzést csendesebbé teszi, a lélegzés számára és a pulsusra semmi befolyással nincs, hőmérséket nem befolyásolja. Azonban azt állitani, hogy a heroinnak ellentétben a morphinnal altató hatása nem volna, e közleményeket olvasva, nem lehet, a mennyiben az észlelők mind 1—2 óráig tartó kábultságról és álmosságról tesznek említést. Ezt pedig a már régóta használatban levő codeinnél tapasztalni nem lehet, noha ezt nagyobb adagban szokták alkalmazni. Egy-két esetben kellemetlen szédülés, rosszullét, sőt collapsusszerű tünetek is állottak be már igen kis adagra, mi codeinnél szintén igen ritka tünet. Hátrányul rovandó fel az is e közlések szerint, hogy hosszabb adagolás után — a betegek a szert megszokván — az adagokat emelni kell, míg a codeinnél, daczára, hogy azt mindjárt nagyobb adagban alkalmazzák, e megszokás ritkán szokott bekövetkezni. Mint látjuk mindezekből, a heroin különös előnyökkel a morphiumnak oly elterjedt és kipróbált pótszerével szemben, mint a codein, nem bir, igaz, hogy köhögéscsillapító hatása e közlemények szerint kitünően bevált már negyed vagy félannyi adagban, mint a codeinnél,

[1] Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin von Dr. G. Strube. Berlin. klin. Wchschr. XXXV. 45. 1898.

[1] Über die Wirkung einiger Derivate des Morphins auf die Athmung von Prof. Dreser. Arch. f. d. gr. Physiologie. LXXII. 9—10. old. 485. 1898.

[2] Heroin a morphin egy új pótszere. Tauszk F. m. tanár. Orv. Hetilap 1899. Újabb gyógyszerek és gyógymódok. II. 12. old.

[3] Frocet. Klinische Versuche über die Wirkung und Anwendung des Heroins. Centrlblt f. in. Med. 1899. Nr. XIII.

[4] B. Turnauer. Über die therapeutische Verwendung des Heroin. Wiener med. Presse 1899. Nr. XII.

de már ily kis adagban is a codeinnél nem igen tapasztalt kábulást, szédülést, bágyadtságot okoz, igaz hogy sokkal kisebb mértékben, mint a morphin, de ezért igazán altató hatást még nem fejt ki, mert az álom köhögéscsillapító hatása következtében áll elő. E hátránya mellett amint ezen közleményekből is kitünik, valóságos collapsusszerű tüneteket is okozhat, úgy hogy még igen kis adagokkal kezdve is, az orvosnak nagy kellemetlenségeket szerezhet.

E közleményekből azt látjuk, hogy a heroin a morphium pótszeréül alkalmazható oly esetekben, midőn köhögéscsillapító hatást akarunk elérni s ezen czélra már kis adagban hatékonysága, sokkal kisebb narcoticus hatása, továbbá az állatkisérletekből is bebizonyított indifferens volta a szív és edényrendszerre és igen kisfokú mérgező hatása a morphin fölé helyezi. De ezen czélra sokkal jobb szerrel rendelkezünk a codeinben, melynek előnyeit a heroinnal szemben kifejtettük. Máskülönben pedig a heroin a morphint semmiképen sem pótolhatja, mert a morphin legfőbb tulajdonságát — a fájdalomcsillapító hatást — teljesen nélkülözi. Mindezekből következik, hogy a heroin a morphin pótszereiül ajánlott újabb szerek közül nem felel meg teljesen a czélnak és igy nem is foglalhatja el az oly rég használt és kipróbált codeinnek helyét.

Ezen utóbbi nézetünket még inkább megerősitették a klinikán tett tapasztalataink.

Mi a heroint eddig 28 esetben alkalmaztuk fekvő betegeknél. Ezek közül 12 tuberc. pulmonum, 2 pneumonia, 1 emphysema asthmás rohamokkal, 1 bronchitis diffusa, 8 tabes és 4 különféle neuralgia esetében.

Az észleletek a következők :

I. Z. E. 20 éves varrónő. 6 év óta beteg. Igen kifejezett tuberc. pulmonum. A nagy köhögési ingerek 0·01 heroinra pro dosi, 0·03—0·04 pro die jól csillapodtak, éjjel nem zavarták, csak a váladék könnyű felszakadását akadályozván ; a heroinhoz pro dosi 0·02 stib. sulf. aur. adva, a köhögés ritka és a váladék felszakadása könnyű lett. Semmi kellemetlen melléktünet.

II. L. I. 28 éves szakácsnő. 5 hó óta beteg. Infiltratio apic. pulm. Nála egy hétig adtunk naponta 3—4-szer 0·01 heroint, azonban köhögése absolute nem csökkent, ekkor 0·02 codeint adtunk 3—4-szer naponta, mely a köhögést egyideig csökkentette. Később azután a köhögés csak morphin adagolásra csillapodott. Kellemetlen melléktüneteket a heroin nem okozott.

III. K. I. 18 éves pénztárnoknő. 3 hét óta köhög. Infiltratio apic. pulmon. Két hónapon át szedett codeint, mely köhögését csak kis fokban csökkentette, ezután egy hónapon át 0·01 heroint kapott 3—4-szer naponta, melyre köhögési ingerei nagyban csillapodtak, különösen éjjel alig köhögött, de nehezen szakadt fel a köpete. Ekkor a heroint pro dosi 0·02 stib. sulf. aur.-mal összekötve, a kevés köhögéssel könnyen ürítette köpetét. Kellemetlen melléktünetek nem voltak.

IV. Dr. H. A. 24 éves tanfelügyelő. Több izben köpött vért, atyja tbc.-ben halt meg, egy év előtt tüdő- és mellhártyalobja volt, jelenleg sokat köhög, éjjel izzad, néha lázas. Huzamos ideig szedett codeint, mely köhögését eleinte jól csillapította, később azonban alig hatott, sőt köhögésnél fuldoklási rohamai is voltak. Ekkor naponta 3-szor 0·01 heroint kapott, mire köhögése csillapult és fuldoklási rohamai elmaradtak. Kellemetlen melléktünet nem volt.

V. Sch. F. 37 éves ügynök neje. Tuberc. pulmonum. Hosszú ideig szedett codeint, naponta 3—4 × 0·02-t, de köhögését nem csillapította. Ekkor helyette kapott 0·01 heroint 3—4-szer naponta, de köhögését ez sem csillapította. Kellemetlen melléktünet nem volt.

VI. H. G. 19 éves segédtanító, kinél egy előrement jobboldali mellékhártyaizzadmány után egy év mulva vérköpés és tbc. pulmonum. Köhögése ellen 0·02 codeint, majd 0·02 dionint szedett, de e szerek köhögését csak kis fokban csillapították. Ezután 3-szor naponta 0·01 heroint kapott, de ez is köhögését csak kis fokban mérsékelte és teljes nyugalmat éjjelre sem biztosított. Kellemetlen melléktünet nem volt.

VII. H. I. 41 éves földmíves. Tuberc. pulmonum cum cavernis. Igen erős köhögése ellen, mely nem hagyta éjjel aludni, sőt ilyenkor fél—egy óráig tartó köhögési rohamokban lépett fel nála, 0·01 heroint kapott naponta 3—4-szer. Mindjárt első nap köhögését jól csillapította, sőt az éjjel rohamait 3—4 órára megszüntette s éjjel még 1—2 heroinporra az éjet nyugodtan töltötte. A herointól semmi kellemetlenséget nem érzett, pulsus és légzés, mely a heroin adagolás után több izben 10 perczenkint lett vizsgálva, változást nem mutatott. Hosszabb idő mulva codeint kapott 0·02-os dosisokban. Köhögését ez is csillapította ugyan, de éjjeli köhögési rohamai ismét jelentkeztek.

VIII. K. I. 23 éves napszámos. Diagnosis : cirrhosis hepatis, peritonitis tbc., cystitis, pyelonephritis és diffus bronchitis heves köhögéssel. Felvétel után 3 hónapra meghalt. Köhögése csillapitására eleinte codeint kapott 0·02 adagban, de ez köhögését csak kis fokban csillapította, ekkor helyette 0·01 heroin rendeltetett. A beteg a por bevétele után rosszul lett, feje fájt, szédült, gyomra émelygett, légzés, pulsus szapora lett. A második por után ugyanezen tünetek ismétlődtek, ezért 0·005 adagokat adtunk csupán ; ettől a beteg subjectiv tüneteket többé nem jelzett, azonban mint a következő pontos megfigyelésből kitünik, a pulsus kissé ritkábbnak s a légzés szaporábbnak mutatkozott ; ugyanis a heroin bevétele előtt 10 óra 20 perczkor pulsus 80, légzés 22 volt perczenkint, mig a 0·005 heroin bevétel után 10 óra 30 perczkor pulsus 80, légzés 22, 10 óra 40 perczkor pulsus 78, légzés 24, 10 óra 45 és 10 óra 50 perczkor, 11 órakor a pulsus állandóan 78, légzés 24 perczenkint. A köhögés ily adagok mellett valamivel jobban csillapodott mint a codein hatására.

IX. N. D. 58 éves bérkocsis. Emphysema, pulmonum, asthmarohamokkal, heves köhögéssel. Különböző köhögéscsillapító porokat kapott, melyek azonban rövid idő alatt elvesztették hatásukat. Legjobban hatott a heroin 0·01 adagokban 3—4-szer naponta. Köhögését jól csillapította, pulsusra, légzésre befolyással nem volt, kellemetlen mellékhatást nem okozott. Éjjeli asthmás rohamai ellen adott heroin hatástalan maradt, mig néhány csepp morphinra az szépen megszünt. Öt heti használat után a heroin már 0·015 adagokban sem csillapította a köhögési ingert s igy más szereket kellett alkalmazni.

X. P. J. 35 éves órás. Tuberc. pulmonum. 3 éve köhög. Köhögés csillapitására naponta 3-szor 0·01 heroint kapott, ez köhögését elég jól csillapította, semmi kellemetlen hatást nem okozott, pulsusra, légzésre befolyással nem volt. Később a heroint nála is stilium sulf. aur.-mal összekötve adagoltuk, mire a köpetet könnyen ürítette ki.

XI. O. P. 23 éves kovács neje. Phthisis. Két éve köhög s vért már köpött. Eleinte köhögéscsillapitásra codeint kapott, de ez köhögését csak kis fokban mérsékelte, mig az ezután adott 0·01 heroinporok köhögését majdnem teljesen megszüntették minden kellemetlen melléktünet nélkül.

XII. Sz. L. 19 éves szolgáló. Két tüdőcsúcs infiltratiója ; sokat köhög, éjjel izzad, zöldes-sárgát köp, köpete néha véres, hasmenései vannak ; később cavernatünetek. Köhögés csillapitóul az első hónapban naponta 3-szor 0·03 codeint kapott naponta, mitől kevesebbet köhögött. Ezután két napig 3-szor 0·005 heroint kapott, de ekkor sokat köhögött s e miatt az adag 0·01-ra emeltetett. Második nap fejfájás és fülzúgásról panaszkodik (fülvizsgálat negativ). Ilyen adag mellett 52 napig a köhögés kevesbedett. Ekkor összehasonlitásul ismét codeint kap 0·01 adagokban 3-szor naponta három héten keresztül s ez idő alatt kevesebbet köhög, mint mikor heroint szedett. A harmadik hét végén éjjelente a köhögés annyira fokozódik, hogy morphinra volt szükség. Ezután ismét próbakép 40 napig heroint szedett 0·05 adagokban, azonban csekély hatás miatt az adag egész 0·015-re emelkedett, éjjel azonban még igy is morphinra szorult. Ezen adagok mellett a beteg el-elaludt és erősen kábultnak érezte magát és a légzés- és pulsusszám is befolyásoltatott oly módon, hogy a légzésszám 22-ről negyed óra alatt 25-re, 25 percz mulva 27-re emelkedik és csak egy óra mulva száll ismét 22-re, a pulsus pedig 20 percz alatt 92-ről leszáll 80-ra és 45 percz mulva még csak 86-ra emelkedik. Az arcz erősen kipirult, forró és a kábultság és álmosság a bevétel után csak egy óra mulva szünik meg. A köhögés a bevétel után 16 percz mulva megszünt s csak 45 percz mulva jelentkezett ismét. A hőmérsék nem befolyásoltatott.

XIII. K. J. 31 éves szolgabiró. Tuberc. pulmonum et laryngis. Köhögése csillapitására codeint kapott, mely köhögését kis fokban csillapította, mig az ezután 0·01 adagban 3-szor naponta szedett heroin köhögését igen mérsékelte, kellemetlen melléktüneteket nem okozott, de a por bevétele után pontos megfigyeléssel a légzésnek és pulsusnak mérsékelt szaporodását lehetett megfigyelni, mi azonban 20 percz mulva ismét normalis lett.

XIV. H. T. 45 éves lovász. 2 hónap előtt influenza után pneumoniát állott ki, s azóta baloldali szúrása, lázai s éjjel-nappal kinzó köhögési ingerei vannak, járásnál lélegzete nehéz. Baloldalt hátul az 5-ik bordától lefelé tompa kopogtatási hang, fölötte légzés nem hallható, köpet sárgás, kevés, próbapunctio negativ. Diagnosis : feloldódásban késlekedő pneumoniás infiltratio a bal alsó tüdőlebenyen. Erős köptetők adagolása mellett tompulat fokozatosan feltisztul, köpet bőven üríttetik, 3 hét alatt teljes gyógyulás áll be. Köhögéscsillapitóul eleinte codeinporokat szedett, de ezek a köhögést csak kis fokban csillapították és éjjel még morphinra is volt több izben szükség. Ekkor 0·01 heroinporokat adagolva, a köhögés erre sem csillapult, s e mellett morphin is szükségeltetett, főkép éjjel, sőt a heroin adagolásnál a beteg több izben rosszullétről, szédülésről, kábultságról panaszkodott. 0·005 adagra a tünetek ugyan nem mutatkoztak, de a köhögéscsillapító hatás is elmaradt.

XV. B. F. 39 éves takarítónő. Pneumonia crouposa pulm. dextri. Két napig codeint kapott 4—5-ször naponta, mely köhögési ingereit és oldalszúrását jól csillapította, azután próbakép 4—5-ször 0·01 heroint, melynek ép oly jó köhögés csillapító hatása volt.

XVI. O. P. 23 éves járásbirósági irnok. Infiltratio ap. pulm. dextri. Két éve köhög. Köhögéscsillapitásul hosszabb időn át 3—4-szer 0·02 codeint szedett, melyre köhögése elég jól mérséklődött. A próbakép adott 0·01 heroinporok a köhögést ugyanolyan kedvező módon befolyásolták, kellemetlen mellékhatások nélkül.

Ez eseteket áttekintve, azt látjuk, hogy 12 phthisisnél alkalmazva, két izben jó köhögéscsillapitónak bizonyult a heroin s ezért codein nem lett adagolva, öt esetben pedig

egyformán hatott codein és heroin, vagy pedig egyikük sem hatott; négy esetben a heroin jobban hatott, mint a codein, egy esetben pedig a heroin hatástalannak bizonyult, míg ellenben a codein rövid ideig jól hatott. Egy bronchitis esetében pedig a codein alig hatott, míg ellenben a heroin a köhögést csillapította ugyan, de 0·01 adagokban igen kellemetlen mellékhatásokat okozott (l. VIII. kórtörténet).

Egy emphysema-esetben a köhögést a heroin jobban csillapította, mint a codein, de az éjjeli asthmás rohamokat nem szüntette; öt heti adagolás után köhögéscsillapító hatása fokozott adag mellett sem érvényesült. Két pneumonia-eset közül egyikben épp úgy csillapítólag hatott, mint a codein, a másik esetben pedig mindkettőnek hatása igen mérsékelt volt, sőt a heroin köhögéscsillapító adagban kellemetlen mellék-tünetei miatt nem volt folytatható.

A VIII., XII., XIII. esetekben a pulsust és légzést is befolyásolta kisebb mértékben, sőt a VIII. esetben 0·01 adagban nagyobb mértékben szaporította meg a légzés- és pulsusszámát.

A XI., XIV. esetekben kellemetlen bágyadtságot és álmosságot fejtett ki.

Észleleteink alapján a heroinról azt állíthatjuk, hogy a tbc. pulmonum-esetekben köhögéscsillapító hatása ugyan eléggé megbizható és ritkán marad el, de e mellett nem minden esetben indifferens, a mennyiben kellemetlen kábultságot, szédülést és álmosságot is okozhat, sőt észleleteink szerint a légzés és szívműködésre sem közömbös, a mennyiben több esetben a légzést szaporítja, a pulsusszámot pedig csökkenti. Hőmérsékváltozást és székszorulást eseteinkben nem okozott.

Fájdalomcsillapító hatást a heroinnál mi is épp úgy, mint a fenti szerzők, több esetben alkalmazva nem találtunk. Minthogy pedig a morphin pótszeréül a codeinben olyan szert birunk, mely legtöbbször épp ily biztosan hozza létre a kivánt hatást s ily kellemetlen, sőt mérgező tüneteket a legritkább esetekben okoz, a heroint csak oly esetekben ajánljuk alkalmazandónak, midőn a codein adagolása eredménytelennek bizonyul s ekkor is csak a legnagyobb vigyázattal — különösen ambulans betegeknél — legfeljebb 0·005-nyi adagban.

Ámbár kevés számú, de pontos észleleteink, a bevezetésben felsorolt észleletekkel szemben a heroinra vonatkozólag végleges itéletre fel nem jogosítanak, de arra nézve, hogy a heroin a codeinnél nem jobb hatású és nem indifferens szer, H. Rosin[1] legújabban 48 ambulans betegen tett észleletei is nézetünk mellett szólanak, ki 33 esetben köhögéscsillapítás vagy légszomj ellen alkalmazta, 15 esetben pedig fájdalomcsillapítás czéljából. Összes esetei közül csak hatnál ért el positiv eredményt, ezek közül is öt esetben a később adott codein és morphin ugyanolyan hatást fejtett ki, a többi 42 betegénél az eredmény negativ volt heroin adagolásánál és ezek legtöbbjénél codein vagy morphin adagolásával eredményt ért el. 14 betegénél a heroin alkalmazásakor kellemetlen mellékhatásokat is észlelt: szédülést, fejfájást, hányást. Adatai helyességének ellenőrzéséül Rosin megbizható és idősebb betegeknél alkalmazta csupán e szert, kiknél meg lehetett győződve arról, hogy utasításait pontosan betartják és subjectiv érzésüket pontosan vázolják.

Rosin közleménye is hozzájárul tehát azon nézetünk támogatásához, hogy a heroin a morphinnak rég kipróbált, megbizható hatású, kellemetlen vagy mérgező tüneteket nem okozó pótszerével a codeinnel nem vetekedhetik.

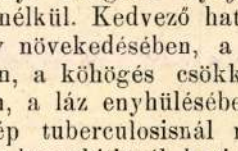
II. Thiocol.

A tuberculosis ellen évek hosszú során át ajánlott specificus szerek nagy tömege közül egyedül a *Sommerbrodt* által a therapiába bevezetett kreosot tartja fenn magát, ámbár igazán specificus hatást ennek sem lehet tulajdonítani. Tagadhatatlan azonban, hogy a tuberculosis összes tüneteire jó befolyást gyakorol s igy, noha a betegségre igazán gyógyitólag nem is hat, a Koch által kezdeményezett és azóta sokféle alakban felújitott és eddig be nem vált serumtherapiával szemben gyógyszereink közt elfoglalt positióját még eléggé biztosan megállja.

A kreosotnak penetrans szaga és égető ize azonban jó tulajdonságai mellett nagy hátrányára vannak, mert e miatt hosszabb adagolásnál a betegek undort éreznek iránta, étvágytalanokká lesznek, sőt mérgező hatást is tapasztaltak tőle.

Főalkatrésze a kreosotnak a guajacol, mely a carbolsavhoz közelálló vegyület s igy szintén edző hatással bir s a gyomor nyákhártyáját izgatja. E miatt az utóbbi években igyekeztek oly készitményeket előállitani, melyek a kreosot kellemetlen izét s izgató és mérgező tulajdonságait nélkülözzék. Ily alkalmas szernek bizonyult a már nagyban elterjedt és kipróbált guajacolcarbonat, melynek napi adagja 1—1·5 gramm. Erre nézve *Eschle* (Freiburg) kimutatta, hogy nagyobb adagokban nem szívódik fel a gyomorból s a bélsárral változatlanul távozik s ezért csak kis adagban nyujtható.

Ekkor újabb készitményt igyekeztek előállitani, a mely az emlitett hátrányok hiján alkalmas volna a kreosotot pótolni. Ilyen szert véltek feltalálni a Roche által készitett thiocolban, mely nem egyéb, mint guajacolsulfosav kalisója. Összetétele következő:



A thiocol kb. 60% guajacolt tartalmazó finom fehér por, ize eleinte keserű, majd édes, vízben könnyen oldható. *C. Schwartz*[1] szerint főelőnye a kreosot és egyéb guajacolpraeparatumok felett az, hogy teljesen szagtalan, a gyomornyákhártyát nem izgatja s a gyomorból jól felszivódik s igy nagy, esetleg 10—15 gr. nyi adagban nyujtható hosszú időn át kellemetlen tünetek nélkül. Kedvező hatását az étvágy fokozódásában, a testsúly növekedésében, a beteg általános közérzetének javulásában, a köhögés csökkenésében, éjjeli izzadások kimaradásában, a láz enyhülésében, esetleg megszünésében látta. Igy főkép tuberculosisnál nagyon ajánlja alkalmazását, de chronicus bronchitisnél, hasi hagymáznál és heveny bélhurutnál is siker el alkalmazta.

Rosbach[2] állatokon, főkép kutyákon végzett kisérletei alapján arra az eredményre jutott, hogy a thiocol kitünően felszivódó guajacolkészitmény, a mennyiben akár per os, akár subcutan nyújtotta azt, a napi mennyiség 72—72%-a felszivódásra jutott. Megvizsgálta továbbá a thiocolnak a vérre való hatását akként, hogy egy tárgylemezre cseppentett embervérhez különböző concentratiójú és physiologicus konyhasó-oldatban oldott thiocolt juttatott, mikor is a vörös vérsejtek alakjukat megtartva, szétesést nem mutattak. Spectroscoppal is megvizsgálta a thiocollal soká etetett állatok vérét és a normálistól semmiféle eltérést nem észlelt. Mindezekből következtetve, a thiocolt teljesen ártalmatlannak nyilvánitja.

O. Markus[3] 30 esetben alkalmazta a thiocolt s az eredményt kielégitőnek találta. Súlyban gyarapodtak a betegek, erejük visszatért, kellemetlen melléktünetek nem léptek fel, gyomor nem romlott, a láz, mely egyes esetekben 38—40 fokot is elért, teljesen megszünt a kezelés alatt, köpet mennyisége is csökkent. Közölt kórtörténet kivonataiból azonban kivehető, hogy betegei valamennyien a thiocol mellett még vasat is szedtek és hizlaló kurának voltak alávetve.

Jacke hat házinyúlon végzett kisérleteket thiocollal. Két hónapon át mindegyik 0·2 thiocolt kapott subcutan naponta. Az injectiók abscessust nem okoztak, a vizeletvizsgálat fehérjére és vérre negativ volt. A vérvizsgálat pedig kiderítette, hogy a vörös vérsejtek és a haemoglobintartalom minden esetben változatlan maradt, vagy valamivel növekedett. A ki-

[1] Erfahrungen mit Heroin von H. Rosin. Die Ther. d. Gegenwart. I. Jahrg. VII. Heft. Juni 1899. 248. S.

[1] Wiener klin. ther. Wochenschr. 1898. Nr. 19.

[2] Rossbach: Untersuchungen über Thiocol. Therap. Monatshefte 1899. Nr. 2.

[3] O. Markus. Würt. Med. Corresp.-Blatt. 1899.

sérleti állatok egész idő alatt teljesen jól érezték magukat, testsúlyuk 700 gr.-ról 1500 gr.-ra növekedett.

A thiocolnak e közleményekben felsorolt jó tulajdonságairól meggyőződendők, a klinikán következő 6 tuberculosis esetben alkalmaztuk:

I. Sz. S. 53 éves magánzó egy év óta folyton köhög s folyton soványodik, vért nem köpött, családilag nem terhelt, hasmenése nincsen, esténkint lázas. Mindkét csúcs infiltrált, sokat köhög. Eleinte 3-szor 0·5 gr., majd hosszabb ideig 3-szor 1 gr. thiocolt kapott, azonban sem a láz, sem a köhögés nem csökkent, általános tünetek nem javultak, ereje folyton gyengült s 3 hét alatt meghalt.

II. K. J. 18 éves pénztárosnő, 5 év óta vérszegény, 3 hete sokat köhög, éjjel izzad, köpete zöldessárga, étvágytalan s folyton gyengül. Mindkét csúcs infiltrált. A beteg egy darabig guajacolum carbonicum ol. Jec. Aselli āā 1·5 gr.-ot szedett pro die. Eleinte étvágya javult, de láza nem szünt meg s testsúlyban tovább is fogyott. Később 4-szer 0·5 gr. thiocolt szedett pro die, de a tünetek semmit sem javultak, láz, köhögés, izzadás, gyengülés tovább is fennmaradt, az étvágy pedig nem javult, sőt már ezen adagokra rosszabbodott, úgy, hogy étvágyjavítás czéljából amarumot kellett rendelni és a változatlan állapot hosszabb adagolás után a szer kihagyását vonta maga után.

III. M. K. 55 éves rajzoló, 10 hónap óta köhög, több izben vért köpött, lázas, éjjel erősen izzad. Mindkét csúcs erősen infiltrált. A beteg pro die 3 gr. thiocolt kapott, de 6 heti adagolás után, noha a gyomrot nem rontotta, az általános tünetek változatlansága és a localis tünetek tovaterjedése a szer kihagyását tette szükségessé, és a kreosot adagolása kiséreltetett meg. A beteg erre sem javult s 2 hónap alatt meghalt.

IV. Dr. H. A. 24 éves tanfelügyelő. Atyja tbc.-ben halt meg, egy év óta több izben vért köpött, azóta éjjelenkint izzad, folyton lázas, sokat köhög, erősen soványodik, gyengül. Mindkét csúcs erősen infiltrált. 3-szor 1 gr. thiocolt kapott pro die, de sem az általános, sem a localis tünetek nem javultak, az étvágy ugyan nem romlott, a testsúly azonban 5 hét alatt 47·80 kilóról 45·50 kilóra lefogyott. Ekkor a thiocolt elhagytuk.

V. Zs. E. 20 éves varrónő 3 hó óta köhög, kevés zöldes-sárga köpetet ürít, több ízben véreset. Mindkét csúcs infiltrált. Eleinte guajacolum carbonicumot szedett hatás nélkül, azután 3-szor 0·5 gr. thiocolt kapott pro die, de sem az általános, sem a localis tünetek nem javulván, thiocol elhagyatott és csak tüneti kezelés alkalmaztatott.

VI. Sch. F. 37 éves ügynök neje 2 és ½ év előtt kezdett köhögni és soványodni, éjjelenkint izzad, családilag terhelt, mindkét csúcs infiltrálva. Kapott 3-szor 1 gr. thiocolt pro die, lázai azonban nem változtak, köhögés nem csökkent, testsúly kis fokban kevesbedet. Hatás nem volt észlelhető.

VII. G. E. 47 éves nyelvtanár 3 év óta köhög, egy hónapja zöldes sárgát köp, éjjel izzad, étvágytalan s folyton soványodik. 3-szor 1 gr. thiocolt kapott pro die és 2 hónap alatt testsúlya 1 kilogrammot növekedett, köhögés ingere és köpete kevesbedett, erőbeli állapota növekedett és a helybeli tünetek a csúcsokban nem terjedtek tovább.

Ezeken kivül 4—5 esetben a thiocolnak mindjárt az első napokon való adagolásánál a betegek kellemetlen gyomorérzésről, étvágytalanságról panaszkodva, további adagolásától való elállásra kényszeritett.

Ezen eseteknél tapasztalt hatástalanság, sőt egy pár esetben az étvágy csökkenése, a betegeknek a szer iránt érzett ellenszenve, bennünk azon nézetet keltette, hogy a thiocolnak tulajdonított s a fenti közleményekben észlelt jó tulajdonságai túlzottak s hogy a guajacolum carboniummal szemben nem hogy előnynyel nem bir, de sőt legtöbb esetben ez ott is jó hatást fejt ki és a gyomor által jól türetik, hol a thiocol hatástalan, vagy pedig a gyomorra káros hatású volt. S így a guajacolum carbonicumot minden tekintetben a thiocol elé helyezzük, mely úgy látszik kisebb adagokban is fejt ki jó hatást s jobban is tűretik, mint a thiocol, s e mellett olcsósága is előnyére válik.

III. Pyramidon.

Az újabb antipyreticák között, melyeket a klinikán is alkalmaztunk, bizonyos esetekben elég biztos hatásúnak mutatkozott a pyramidon (dimethylamidoantipyrin), mely vegyileg az antipyrinnek, jobban mondva a pyraszolonnak egy új származéka. Mérgező volta azonban *Filehne* vizsgálatai szerint 4—5-ször oly erős, mint az antipyriné. Hidegvérűeknél és melegvérűeknél fokozott reflexingerlékenységet, görcsöket és később bénulást okoz. Kis adagok házi nyúlnál a vérnyomást emelik. *Lepine* szerint kutyáknál és tengeri malaczoknál a pyramidon után sok czukor jelenik meg az üteres vérben. Láztalan állatoknál a testhőmérséket a pyramidon nem befolyásolja, míg lázasoknál a hőt prompt viszi le, mely egy idő mulva ismét lassan emelkedik előbbi fokára. Egészséges embernél az érverést és hőmérséket a pyramidon alig befolyásolja. Ezt a mi észleleteink is megerősitik, legfeljebb néha az arcz kipirulása és csekély izzadás áll be, amit mi lázas betegeknél való hatásánál is többször észleltünk. 20 percz mulva a vizeletben kimutatható, a mennyiben vaschloriddal ibolya-kék szint ad. Antypreticus és toxicus adaga embernél egyharmada volna az antipyrinének.

Kionka szerint 0·30 adagra a láz 2 óra alatt 0·5—2·5 fokot esne. Hatására nézve közel állana az antipyrinhez s az első közlemények szerint az antipyreticus hatása felett állana az antineuralgicusnak. *A. Brandeis*[1] és *R. Landenheimer*[2] ellenben az ellenkezőt találták. Brandeis ugyan elismeri, hogy typhusosok lázánál antipyretice is hat, de hatása lassú és bizonytalan és sokkal gyakrabban mint más antipyreticáknál óriási izzadást, nagyfokú levertséget, sőt collapsust is észlelt. Landenheimer 100 esetben alkalmazva a pyramidont, azt főkép bizonytalan eredetű fejfájásoknál 0·30—0·50 gr.-nyi adagban jó fájdalomcsillapitónak tanulta ismerni. Továbbá igen jó hatásúnak tapasztalta az alkoholisták sokféle fejbántalmainál s polyneuritises fájdalmainál. Neurastheniánál és hysteriánál hatását csekélynek találta.

Mi e szernek fájdalomcsillapító hatását számos neuralgiánál, tabeses fájdalmaknál, különféle eredetű fejfájásoknál igen csekélynek és bizonytalannak találtuk, ellenben mint antipyreticumot idült tüdővészes lázaknál jó hatásúnak tapasztaltuk, mit a sok közül az alább közölt pár eset ecclatansan bizonyit.

I. T. A. 11 éves phthisis pulmonum cum cavernis és pneumothorax lat. dextriben szenvedő betegnél naponkénti hőemelkedések 38—40 fokig mentek fel. Láza ellen a pyramidont 0·15-nyi adagban kisérlettük meg, délután 3 órakor adva azt be, erre a hőmérsék egyenletesen száll le reggel nyolcz óráig 36·2 fokra, nagyobb izzadás és kellemetlen tünet nélkül. Másnap délben 38·7-ről este 8-ig 36·5-re szállt le egyenletesen a hő ugyanannyi adagra. Hat napig kétszer 0·15 adva, naponkint a reggeli hőmérsék 36 és 36·8° között, a hőmaximum 38·5 és 39·7° közt ingadozik. Ekkor két napig kétszer 0·30 antipyrint kapott, mely mellett a hőmérsék reggel szintén 36·8 volt, de este 39·9, 39·6-ra szökött fel. Ezután ismét kétszer 0·15 pyramidont szedve, a hőmérsék állandóan 36·2—38·8—39·6°-ig emelkedett fokozatosan reggeltől estig és ismét leszállt estétől reggelig. Ez esetben tehát a pyramidon nagyobb izzadást nem okozott, mint azt az oly jó hatású phenacetinnél rendesen tapasztaljuk, ami érthető abból, hogy a hőmérséket nagyon lassan 5—6—8 óra alatt szállítja le ily kis adagban a normalisra és a kis adagok mellett is a hőmérsék csak lassan, órák alatt emelkedik ismét fel.

Ez esetben véletlenségből 0·20 por helyett egyszer a beteg 2 gr. pyramidont kapott, minek következtében 24 óráig tartó collapsustünetek s a hőmérséknek több órán át 35 fokig való sülyedése állott elő. E véletlen bizonyitja e szernek nagyobb adagban veszélyes hatását, mely a többi ismert lázellenes szernél ily fokban nagyobb adagokban sem észlelhető.

II. Sz. L. 19 éves phthisis pulm. szenvedő beteg lázai ellen hosszabb ideig 0·5 gr. phenacetint alkalmaztunk, valahányszor a hő 38·5°-ot ért el, de ez esetben a phenacetinnek tapasztalataink szerint rendesen biztos hatása cserben hagyott, a mennyiben a lázat nem szállította le, csak néhány tized fokkal, sőt a rendestől eltérőleg igen rövid idő alatt a hő újból felszökött. Egyszersmind roppant erős izzadást okozott. Ezért a phenacetint kihagyva, ⅓ gr.-os pyramidont kezdtünk adagolni, valahányszor a hő 38·5°-ra emelkedett s ennek hatását feltünő jónak találtuk, a mennyiben a hőmérsék lassan csekély izzadás mellett rendesen 4 óra alatt 2 fokkal lejebb szállt és csak lassan s hosszabb idő alatt emelkedett ismét fel. 0·5 gr.-os pyramidontól a hő hamar leesett 38·5 fokról 35·9 fokra, ezért csak 0·30 adagokban adtuk hosszabb időn át, mindig eredménynyel.

III. K. J. 18 éves phthisises beteg lázai ellen hosszabb időn át szintén 0·50 gr. phenacetint kapott, ha a hőmérsék 39 fokig emelkedett.

A láz legtöbbször nagy izzadás közben leszállt 39·1-ről 37·5°-ra két óra alatt, de csakhamar ismét felszökött, úgy hogy többször kapott 5-ször is 0·5 gr. phenacetint 24 óra alatt. Az előbbi két esetben tapasztalt jó hatása miatt itt is a pyramidonra tértünk át, 0·30 adagban alkalmazva akkor, ha a láz 39 fok fölé emelkedett. A hőleszállító hatás itt is kitünően bevált, a mennyiben 3 napon át, a naponta egyszer alkalmazott pyramidon a lázas hőt az első nap 6, a második nap 4, a harmadik nap 2 óra

[1] A. Brandeis. Prager Med. Wochenschr. 1897. Nr. 49.
[2] R. Landenheimer. Ther. Mntheft 1898. április.

alatt fokozatosan nagy izzadás nélkül normalis hőfokra szállította le. Negyedik nap antipyreticumra nem is volt szükség, mert a hőmérsék maximuma 38·8 volt. Ezután szükség esetén hosszabb időn át alkalmazva ilyen adagban, a betegnél mindig a fentirt jó eredményt értünk el pyramidonnal.

IV. B. J. 12 éves phthisises beteg lázait, melyek 38—39 fokig emelkednek fel, naponta 0·20 pyramidonnal kezelve, igen szép eredményt értünk el, a mennyiben a lázak itt is minden kellemetlen hatás és nagy izzadás nélkül fokozatosan egyenletesen szállottak le a normalis hőfokra, a mennyiben átlag a hő 4 óra alatt 1—2·5 foknyi esést mutatott.

E négy részletesen közölt s általunk észlelt még több eset, bennünk azt a meggyőződést keltette, hogy a pyramidon phthisises lázaknál kis 0·15—0·30 adagokban minden kellemetlenség és veszély nélkül adható és a hőfokot lassan, egyenletesen leszállító és a leszállott hőnek csak lassú emelkedését megengedő hatásánál fogva igen jó antipyreticumnak mondható, mihez csekély izzasztó hatása is előnyösen járul. A lázat rendesen 2—3 óra alatt prompt 1·5—2 fokkal szállítja le s ily alacsony fokon 4—6 óráig is megtartja.

Egyéb lázas bántalmaknál, igy typhusnál, pneumoniánál, erysipelasnál hatását nem próbáltuk meg, mert nagyobb adagban a fent leirt véletlen folytán előállott collapsusszerű tünetek elkerülése miatt nem kisértettük meg, kisebb adagban pedig hatása igen csekély volt.

A pyramidont tehát phthisises és egyéb állandó lázzal járó idült bántalmaknál 0·15—0·20 – 0·30 adagban, szükség esetén naponta 3—4-szer, mint igen jó antipyreticumot ajánljuk, midőn, mint a fenti 4 esetünkből tapasztaltuk, olyan esetekben is jónak bizonyul, hol egyéb régebbi kipróbált antipyreticumok nem fejtenek ki ily minden kellemetlen tünet nélküli, a hőt lassan és tartósan lefokozó hatást, e tekintetben, mint tapasztaltuk, csak a citrophen hasonlítható hozzá.

IV. Citrophen.

A citrophen név alatt forgalomba hozott s 0·5—1·0 gr.-nyi adagban pro dosi egész 6·0 gr.-nyi napi adagban ajánlott antipyreticumot több esetben alkalmazva, vele elég jó eredményeket értünk el. A citrophen (czitromsavas phenitidin) *Treupel* vizsgálatai szerint erős antipyreticus hatását magas phenitidin tartalmának köszöni, mely a czitromsavhoz nagyon lazán van kötve. E tulajdonsága erősen mérgezővé teszi s igy a betegágynál való alkalmazásánál nagy óvatosságra int. A szernek állítólag erős analgeticus hatásáról nem szólhatunk, mert ezen irányban nem próbáltuk ki. Chemiai összetételénél fogva a phenacetinhez és acetanilidhoz áll legközelebb s mint ilyennek antipyreticus hatását vizsgáltuk kórodánkon.

Mi e szer hatását eddig kb. 15 esetben figyeltük meg, részben acut bántalmaknál (pneumonia, typhus, erysipelas), részben chronicus lázas bántalmaknál (tuberculosis, peritonitis tbc., myelitis, leucaemia). Ezen esetek egyikénél sem tapasztaltunk kellemetlen mellékhatást, sőt a próbaképpen szintén adott phenacetinnel szemben sokkal kevésbbé izzasztó hatását figyeltük meg. Eltekintve egy-két igen makacs s magas lázzal járó typhus abdom. esettől (első-második hét), hol egyéb antipyreticumokkal, sőt fürdőkkel sem birtuk a lázat leszállitani, mindig igen biztos hatását láttuk. Észleleteink szerint igen magas acut lázaknál 0·5 gr.-nyi, alacsony idült lázaknál legtöbbször már 0·30 cm-nyi adagban a hőmérséket 2—3 óra alatt rendesen 2 fokkal szállította le. Acut magas lázaknál a láz csak ismét 1—2 óra mulva emelkedett fel, míg idült bántalmaknál, főkép tüdővészesek lázainál a hőmérsék 4—5, sőt 6 óráig is meglehetős alacsony fokon maradt. A vele rokon phenacetin, melyet controlképen alkalmaztunk, az acut esetekben a lázat szintén nagy fokban szállította ugyan le, sőt néha gyorsabban, de a legtöbbször igen kellemetlen izzadást és bágyadtságot okozva és hatását nem találtuk oly tartósnak, mint a citrophenét, mert ha normalisra szállította le a hőmérséket, az gyorsan ismét felszökött. Egy-két esetben pedig 0·5 gr. phenacetin majdnem hatástalan volt ott, hol a citrophen jól hatott. Idült, főkép tüdővészes lázaknál pedig a phenacetin a hőt gyorsabban szállította ugyan le, de legtöbbször nagy izzadást okozva, mit citrophennél nem tapasztaltunk s hatása itt is tartósabb volt, mint a phenacetiné. Hatását 1 gr.-os lactophenin-adagokkal is összehasonlitottuk, de annak hatása úgy a hőleszállitás gyorsaságát, mint tartósságát tekintve, legtöbbször csekélyebbnek bizonyult. Acut lázaknál pedig legtöbbször hatást alig fejtett ki.

A betegek fejfájásról, szédülésről, rosszullétről, hányásról vagy nagyobb fokú izzadásról sohasem panaszkodtak, a szert szivesen vették. Collapsusszerű tüneteket alkalmazásánál soha sem észleltünk.

Észleleteink alapján tehát állithatjuk, hogy a citrophenben egy olyan antipyreticumot ismertünk meg, mely acut magas lázaknál 0·5 gr.-nyi, idült, főkép tüdővészes lázaknál 0·30 adagban, szükség esetén naponta 4—5-ször is alkalmazva, semmiféle mérgező hatást nem fejt ki, szívre és idegrendszerre káros befolyást nem gyakorol s a hőt lassan és biztosan — átlag 2 óra alatt 1·5—2 foknyival — szállítja le, acut esetekben 1—2, idült lázakat pedig átlag 5—6 órán át alacsony hőfokon tart s oly esetekben is kifejti hatását, melyekben az eddig ismert antipyreticák hatástalannak bizonyulnak.

Általunk tapasztalt biztos hatásánál és felsorolt jó tulajdonságainál fogva kivánatosnak tartanánk annak mentől szélesebb körben való elterjedését, különösen idült tüdővészes lázas betegeknél való alkalmazását, a hol kitünő hatásával egyedül csak a pyramidon vetekedhetik.

V. Aspirin.

Az *aspirint*, melyről az általános tudnivalókat e számban Lengyel Lóránt doktor úr ügytársam tollából találja meg a t. olvasó, a budapesti II. sz. belgyógyászati klinikán 12 heveny sokizületi csúznál és 6 esetben rheumás fájdalmaknál adagoltuk. A 12 heveny sokizületi csúz közül 4 esetben rögtön a betegség kezdetén aspirint alkalmaztunk por alakban 1 gr-ot pro dosi, 4—5, később 2—3 gr-ot pro die, s mind e betegeknél az aspirin igen jó hatású volt, ép úgy, mint a natrium salicylicum, fájdalomcsillapító, antipyreticus, lobellenes és specificus gyógyító hatást fejtett ki. Endocarditis egy esetben sem társult a bántalomhoz. A betegek sem fejfájást, sem fülzúgást, sem émelygést, sem hányást nem éreztek, a szivműködés egyáltalán nem befolyásoltatott, hosszú adagolás mellett sem. A salicyl a vizeletben rövid idő, legtöbbször 30—40 percz mulva kimutatható volt. A hatás különben legkésőbb fél óra alatt nagyon erős izzadás alakjában nyilvánult, mely a natrium salicylicumnál és salophennél tapasztalt izzadást jóval felülmulta. Még feltünőbb volt az aspirinnek e leirt minden kellemetlen mellékhatásoktól ment jó hatása a másik 8 sokizületi csúz esetében, hol is az aspirint akkor alkalmaztuk, midőn már a natrium salicylicum a gyomorra gyakorolt kellemetlen hatása és hányás előidézése miatt abbahagyatott. E betegek is a fönt említett adagokban por alakban az aspirint kitünően tűrték, a natrium salicylicum által okozott gyomortünetek megszüntek és a hatás minden tekintetben kiváló volt. Ez esetek némelyikénél hetekig tartó alkalmazása mellett sem észleltünk semmi kellemetlenséget. Összehasonlításul hosszasabb lefolyású esetekben salophent is adagoltunk s azt mondhatjuk, hogy e két szer hatása majdnem teljesen azonos, eredményeiben kitünő. Nekünk úgy tetszik, hogy talán az aspirin erélyesebben és gyorsabban hat, mit a gyorsan beálló nagyfokú izzadás is mutat.

Ezen acut polyarthritis esetekben azt tapasztaltuk, hogy ép úgy, mint a natrium salicylicum és salophen, az aspirin is akkor hat legerélyesebben és legtartósabban, ha az egyes adagokat nem nagy időközökben, hanem lehetőleg legalkalmasabban az esti órákban óránkint adva, alkalmazzuk. Igy fejti ki legerélyesebben úgy antipyreticus, mint fájdalomcsillapító hatását és biztosítja az éjjeli nyugalmat. Igy ritkán is volt szükség az izületek fájdalmasságát helybelileg csökkenteni.

Ugyancsak igen jó hatással alkalmaztuk az aspirint 1—2 gr.-nyi adagokban 8 különböző rheumás eredetű fáj-

dalomnál is. Ily adagban a fájdalmakat rendesen $^1/_2$—1 óra alatt megszüntette. Ezeknél a hőmérséket, szivműködést nem befolyásolta, kellemetlen tüneteket sohasem okozott s ez esetekben az izzadás is kisfokú volt.

Az összes esetekben a szert por alakban, ostyában adagoltuk s egy beteg sem panaszkodott, hogy igy kellemetlen izt érzett volna.

Ez eredményeink feljogositanak arra, hogy az aspirint mint a natrium salicylicumnak minden jó tulajdonságával és specificus hatásával biró, de ennek jóformán kellemetlen hatásától ment pótszerét melegen ajánljuk, sőt kivánatosnak tartjuk, hogy az a natrium salicylicumot egészen kiszorítsa a therapiából, különösen, ha hosszabb idei alkalmazás volna szükséges. Tagadhatatlan azonban, hogy a már régebben alkalmazásban levő salophent vele egyenrangúnak tartjuk s e kettőt egyformán ajánlhatjuk natrium salicylicum helyett.

Nézetünk szerint legalkalmasabban por alakban ostyában adható, vízben oldhatatlan lévén. Kisérletünk tárgyává tettük a nálunk Budai Emil dr. által 250 gr.-os üvegekben kapható solutio aspirini antialgetic. sec. Budai (az aspirin 5%-os vizes oldata meggysyruppal keverve) név alatt forgalomba hozott készitményt is, melyről véleményünk az, hogy ezen alakban az aspirin adagolásra nem alkalmas, a mennyiben fanyar, tartósan eczetes izéről magunk is meggyőződtünk; négy esetben alkalmazva a betegek is egybehangzóan ezen kellemetlen izről és tartós gyomorégésről panaszkodtak, sőt egyikük a második kanál bevétele után hányingert kapott s olyan undor fogta el iránta, hogy e szer bevételét megtagadta, mig az aspirint por alakban ezután is kitünően tűrte. A másik három beteg is 2—3 napi használat után étvágytalanná lett, folytonos rossz szájizről, émelygésről, savanyú felböfögésről panaszkodott, a mely panaszok az aspirinnek por alakjában való adagolásnál egyszer sem fordult elő. E szerint a Budai-féle aspirin-oldatot nem ajánlhatjuk s alkalmazásától mi is elállottunk.

A pajzsmirigy használata a fülgyógyászatban.

Előadta a közkórházi orvostársulat 1899. május 17-dikén tartott rendes ülésén *Tomka Samu* dr., közkórházi rendelő orvos.

A pajzsmirigy therapeuticus használatával és hatásával behatóan foglalkoztak a budapesti egyetemi gyógyszertani intézetben Vámossy Zoltán egyetemi gyógyszertani tanársegéd, majd ugyanott Irsai, Vas és Gara. Irsai tanár az élettani intézetben is foglalkozott a pajzsmirigy szerepével a szervezetben.

Az idevágó 1894—96. évi munkákban a pajzsmirigynek a fülgyógyászatban való alkalmazásáról még nincs említés téve.

Bár a legnagyobb skepsissel találkozik minden újonnan felmerült therapia, mégis rövid idő alatt sokoldalú alkalmazást nyert a pajzsmirigy, a mennyiben sokan örömmel üdvözölnek minden újabb szert, mert újabb reményeket táplálnak egyes épen nem, vagy alig gyógyítható betegségeket illetőleg.

Igy tehát a fülgyógyászok is kisérleteket tettek főként az annyira elterjedt és annyira kedvezőtlen kórjóslatú idült száraz középfülhurutnál és középfülsclerosisnál.

Vulpiusnak [1] feltünt, hogy myxoedemás betegek kórtörténetében gyakran említik a nagyothallást és hogy ezen betegségnél a nagyothallás a paizsmirigygyel való kezelés mellett minden egyéb helyi kezelés nélkül jelentékenyen javult. *Ewald*, [2] *Alt*, [3] *Brühl*, [4] *Bruck*, [5] *Politzer* stb. tettek kisérleteket a pajzsmirigygyel idült száraz adhaesiv középfülhurutokat illetőleg.

A tapasztalt eredmények egymástól igen eltérők. Amig Vulpius a legjobb véleménynyel van ezen szer felől, addig Brühl és Alt bár még szintén eléggé meg vannak elégedve, de már nincsenek tőle annyira elragadtatva, mint Vulpius; Politzert észleletei a szer elhagyására birták; Bruck pedig egyáltalán nem látott semmiféle eredményt a pajzsmirigytől. Én mindössze 10, illetve 11 esetben próbáltam meg a pajzsmirigy alkalmazását. 10 eset közül 5 középfülsclerosis, 5 idült száraz középfülhurut volt. Csekély az általam megvizsgált betegek száma, nem elégséges arra, hogy ebből a szer haszna felől nyilatkozni lehessen, nem is ez előadásomnak czélja, hanem az, hogy ezen szerrel való vizsgálataim eredményéről beszámoljak. A 10 eset mind híven kitartott a kezelés mellett, mert mindannyinak ultimum refugiumként tünt az fel, a mennyiben rajtuk minden képzelhető kezelést eredmény nélkül végigpróbáltak a fülorvosok. 7 betegnél — 5 sclerosis, 2 idült hurut — egyáltalán semmi hasznát nem láttam a pajzsmirigynek; 2 betegnél — idült száraz középfülhurut mindkettő — lényeges hallás-javulás állott be, a subjectiv tünetek is jelentékenyen javultak, az egyiknél a fülzúgás ritkábban lép fel, és nem oly erős többé, továbbá a fül és fej szabadabb, könnyebb lett, a másiknál a zúgás teljesen megszünt; egy idült száraz középfülhurut esetnél csak a subjectiv tünetek javulása konstatálható, a hallás változatlan rossz maradt. Három hét előtt ismét megkezdettem egy középfülsclerosisban szenvedő betegnél a pajzsmirigy alkalmazását, ezen 11-ik esetről azonban mit sem tudok, mert többször nem láttam a beteget.

A kerületi betegsegélyző pénztár rendelő intézetében kezeltem többeket e betegek közül és elismeréssel kell e pénztárról megemlékeznem, hogy e specificus szereket készséggel rendelkezésemre bocsátotta.

A szer hatását illetőleg még nem tudunk semmi biztosat, hisz jóformán a pajzsmirigy élettani hatása sem ismeretes. Több hypothesis van, a melyek közül nehányat röviden felemlitek.

Leichtenstern [1] véleménye szerint azon nézet nem áll megdönthetetlenül, mely szerint a pajzsmirigy bizonyos bomlási termékeket vesz fel a vérből és feldolgoz anyagokat, melyek a mirigynek működésképtelensége vagy hiánya folytán felhalmozódva a vérben, a szervezetre káros hatással vannak. Szerinte inkább érdemel előnyt a klinikai és kisérleti tapasztalatoknak megfelelőbben a mirigy secretorius működésére vonatkozó tan, hogy ugyanis a pajzsmirigy bár kivezető csatornával nem bir, mégis egy secernáló mirigy, mely oly anyagot készit és küld a keringésbe, mely az életre és az egészséges szervezetre a legnagyobb jelentőséggel bir. *Mendel* [2] szerint vagy úgy hat, hogy a mirigy beszedése által egy szer jut a szervezetbe, mely bizonyos élettani munkát kénytelen végezni, azt, a mely a hiányos vagy hiányzó pajzsmirigy miatt elmaradt, vagy úgy, hogy azon anyagok, a melyeket a bevett mirigy tartalmaz, arra szolgálnak, hogy az anyagcsere által képezett mérgeket a szervezetben közömbösitsék.

A kisérleti eredmények a mellett szólnak, hogy a pajzsmirigy működése egy méregnek felhalmozódását a szervezetben akadályozza meg.

Brühl a készitmény jódtartalmának tulajdonit hatást vagy pedig a pajzsmirigy és hallószerv közti functionális összefüggést supponál. *Vulpius* szerint a dobüregben újonnan képződött kötőszövet a pajzsmirigy behatása folytán felszivódhatik.

Nem ismerjük tehát a pajzsmirigy hatását, csak hypothesiseket állithatunk fel. Hisz tudjuk, hogy pajzsmirigy adagolása nélkül is olykor még évek mulva is szép javulás észlelhető az adhaesiv középfülhurutoknál. Javulhat a hallás és enyhülhetnek a subjektiv tünetek a pajzsmirigy folytán az által, hogy esetleg a dobüregben egy olyan folyamat következik be, melynek folytán az újonnan képződött kötőszöveti szalagok feszülése csökken és igy a dobhártya feszülése is kisebb lesz; vagy hogy a megszaporodott gömbsejtek zsirosan szétesnek és felszivódnak. Nézetem szerint a régi száraz középfülhurutok kapcsán oly

[1] Arch. f. Ohr. B. 45.
[2] Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem u. Kretinismus.
[3] Monatschrift f. Ohr. B. 12.
[4] Monatschrift f. Ohr.
[5] Zeitschrift f. Ohrenh. B. 32.

[1] Irsai. Orvosi Hetilap 1885, Ujabb gyógyszerek. Deutsche med. Wochenschr.
[2] U. o.

gyakran a bántalomba bevont tömkelegre nagyobb hatással lehet a pajzsmirigy, mint a dobüregre.

Két betegemnél tapasztaltam, hogy a thyreoidin-szedésnek abbahagyása után 8 hétre, illetve 5 hóra az elért hatás múlni kezdett; az egyiknél az enyhült subjektiv fültünetek fokozódtak, a másiknál a hallás is rosszabbodott. Ujbóli 100 tabletta szedésére ismét beállott a javulás és mint utóbb láttam, még hónapokon át fennáll.

Vulpius 0·3 gr. Merck-féle tablettát használ és 1 vagy 2 drbot ad naponta 4—5 hétig, 2—3 napi szünettel. Én is a Merck-féle preparatumot alkalmazom, olykép, hogy a beteg esténkint 0·1 gr. tablettát vesz egy hónapon át, ezután 3 hétig szünetel, újbóli 1 havi naponta 0·1 gr. tabletta szedése után ismét 3 heti szünet, a minek leteltével a hátralevő 30—35 tablettát beveszi a beteg.

A thyreoidea-szedésnek 2 első hetében 3 beteg a subjektiv tünetek könnyebbségét érezte, később e könnyebbülés még nagyobb volt; egy hó mulva a 3 közül 2 betegnél a hallás is szépen javult, a mely javulás később mindinkább fokozódott. A szivre és egyéb szervekre való figyelem mellett ily hosszú időtartamra terjesztettem ki a pajzsmirigy adagolását és kisebb adagokban, mert több szakorvos a nagyobb adagolás mellett kellemetlen melléktünetekről panaszkodott.

A pajzsmirigy-kezeléssel járó kellemetlen hatásokként említik: az erős szivdobogást, mellszorulást, szédülést, nagyfokú gyengeséget, félelemérzetet, gyomor-, bél- és idegbántalmakat, sőt még a halál bekövetkezését is.

A fül részéről pedig több esetben rendkivül erős fülzúgás lépett fel, a mely csaknem öngyilkosságba kergette a beteget.

E kellemetlen, sőt súlyos hatások a legtöbb esetben a thyreoidinnak csak túlnagy adagolásánál léptek fel. Az én eseteimben egyetlen betegnél sem találkoztam zavaró tünetekkel; egy betegemnél az azelőtti obstipatio helyébe rendes székletét lépett; lesoványodást nem észleltem.

A pajzsmirigygyel kezelt betegeim 40 éven alóliak voltak. Bruns kiemeli, hogy a pajzsmirigy-kezelés mellett a parenchymás strumák a gyermekkorban teljesen gyógyultak, a serdülő és fiatalabb korban feltünően visszafejlődtek. Vulpius elmélete szerint a súlyosabb középfül-hurutokat újonnan képződött gyenge kötőszöveti szalagok előzik meg, a melyek a pajzsmirigy-adagolásra visszafejlődnek, ha még újak és a bántalom kezdetleges, a mikor is az újonnan képződött kötőszövet még az élénk anyagcsere behatása alatt áll. Vulpius szerint tehát csakis a bántalom kezdetén járhat a pajzsmirigy-kezelés eredménynyel; ha az első 1—2 hét alatt nem látott hatást, abbanhagyta a pajzsmirigy-kezelést. Tényleg úgy tapasztaltam, hogy az első két hét alatt volt valami javulás, legalább a subjektiv tüneteket illetőleg azon esetekben, a melyekben a pajzsmirigy-kezelésnek hatása volt, de olyan esetem is volt, a melynél az első két hétben alapos volt a remény a javulást illetőleg, utóbb azonban mégsem járt eredménynyel.

Nem is állapitható meg ezen idült középfülhurutoknál, hogy mikor képződtek a kötőszöveti szalagok, hogy újak-e, vagy pedig már régiek. Ismeretes ugyanis, hogy ezen kötőszöveti hidak sok esetben egy egyszerű savós vagy nyákos hurut kapcsán még a secretorius időszakban nagy számban lépnek fel, más esetekben pedig a savós hurut lefolyása után. A fel nem szivódott váladék a nyákhártyával való hosszas érintkezés folytán annak állandó hyperaemiáját idézheti elő, a mely sejtsarjadzásra és kötőszöveti újképződésre vezethet. Sok esetben a savós hurut lefolyása után csak évek mulva képződnek ily szalagok.

Hogy mennyire kevéssé tudhatjuk, hogy mikor léptek fel ezen kötőszöveti szalagok, bizonyítja azon körülmény is, hogy sok esetben minden előző hurut nélkül interstitialis lob lép fel a dobüreg nyákhártyáján, a mely lappangva, alig észrevehető tünetekkel kezdődik és halad előre. A dobüreg nyákhártyája megkeményedik, zsugorodik, a hallócsontok mozgékonysága csökken és kifejlődött a sclerosticus középfülhurut nagyfokú nagyothallással. Igen soká fennállhat tehát már a fülbaj, mielőtt annak jelenléte ismeretes lett volna vagy mielőtt szakorvoshoz fordultak volna.

Az adhaesiv középfülfolyamatok, főkép pedig a lappangva fellépők kapcsán, valószinüleg ugyanazon trophicus zavarok folytán, sok esetben másodlagosan a tömkeleg is a bántalomba vonatik. Tudjuk, hogy a tömkelegben sorvadás, zsíros, colloid elfajulás következik be, a midőn a dobüregben a nyákhártyában sarjadzó gömbsejtek egészben vagy részben átalakulnak rostos kötőszövetté, majd az alapállomány zsugorodása, sclerosisa, atrophiája, esetleg elmeszesedése és kötőszöveti hidak képződése, a hallócsontocskák és főkép a kengyel ancylosisa következhetik be.

Nem fogadható el tehát azon nézet, hogy csakis a bántalom kezdetén járhat a pajzsmirigy-therapia eredménynyel, mert a hozzánk került esetek legtöbbnyire már nem frissek, azonkivül pedig éppen az idült középfülfolyamatoknál teszünk vele kisérleteket, a melyeknél minden egyéb kezelés cserben hagyott.

Indokolt azon kérdés, vajjon az újonnan képződött kötőszövet felszivódása okozta-e a bántalom javulását, továbbá, hogy valóban ezen kötőszöveti újképződmények okozták-e a nagyothallást? A fül boncolásai alkalmával azt találtam, hogy alig akad dobüreg újonnan képződött kötőszövet nélkül, ép vagy kóros dobhártya mellett, ép vagy kóros dobüregnyákhártya mellett. Nem képzelhetem el, hogy azon számtalan ember nagyot hallott volna, a kiknek a hallószervét felboncoltam vagy feldolgoztam és a kiknek dobüregében különböző vastagságú, újonnan képződött kötőszövet volt. Igen sok öreg embert vizsgáltam életben a bécsi szegényházban, a kiknek halála után a legtöbb esetben újonnan képződött kötőszövetet láttam a dobüregben azon esetekben is, a mikor életben, hogy úgy mondjam, a halál előtt a hallás jó volt. Vannak azonban esetek, a melyeknél oly sűrűn léptek fel a kötőszöveti szalagok az egyes dobüregfalak közt, a hallácsontok közt, egymás közt, a dobüregfalak, hallácsontok és dobhártya közt, hogy határozottan ezen kötőszöveti újképződményeket tekinthetjük a nagyothallás okának, mert a hallócsontocskákat legfőképp a kengyelt a dobüregfalhoz rögzitik és igy hangvezetési akadályt képeznek.

K. H. 38 éves férfibeteg, jól fejlett, belső szervei egészségesek, családjában senkinek sincs fülbaja. Azelőtt teljesen jól hallott, 8 év óta azonban hallása folytonosan gyengül és ezen időtől fogva időnként mindkét fülében zúgása van. Három év előtt vizsgáltam beteget először. A külhalljáratok elég tágak, a dobhártya mindkét oldalt kissé behúzódott, baloldalt a kalapács kissé hátrahúzódott, a dobhártya különben mindkét oldalt elég szép. A hangvillalelet: Rinne mindkét oldalt negativ, Weber balra lateralizált. Hallása következő volt: Suttogó szókat egyik fülön sem hallott, hangos szókat mindkét oldalt 10—15 cm. távolságra. A levegő a baloldali tubán kissé vékonyan hatolt a dobüregbe, bougirozásra később elég széles áramban. Az orrban rhinitis hypertroph., a garatban phar. granulos. van jelen, a mely szintén kezeltetett. Az idült száraz középfülhurutoknál szokásos kezelés mellett csakis a 2% pilocarpinaldatnak a tubán át a dobüregbe való befúvásától láttam némi eredményt, a mennyiben a hallásképesség converzáló szókat, illetőleg 50—60 cm.-re emelkedett.

A midőn tehát 1 évi kezelés mellett nem tudtam különb eredményt elérni, próbaként ajánlottam betegnek a pajzsmirigyet. 1897. márcz. 12-dikén vette be az első tablettát és szedte, természetesen a megfelelő ellenőrzés mellett, először április 12-dikéig, ezután abbahagyta április végéig, majd egész májuson át vette újból junius 20-dikáig terjedő szünettel; ezután harmadszor élt pajzsmirigygyel julius 25-dikéig.

A pajzsmirigykezelés által a zúgás egészen megszünt, a hallás is javult, a mennyiben j. o. 3 m., b. o. 2½ m.-re hallott hangos szókat; suttogást pedig j. o. 1 m., b. o. 70 cm. A jó hatás azonban csak vagy 5 hóig tartott a pajzsmirigy abbanhagyása után, ezután lassan, csaknem egészen visszafejlődött. Egy újabb pajzsmirigy-cyclus után a javulás ismét bekövetkezett és mint mult év szeptemberben láttam, a hallás változatlan jó volt.

Az elért eredmény elég jó, de a másik betegnél sokkal kedvezőbb.

L. N.-né 40 éves jól fejlett nőnek egyéb szervei egészségesek, szüleinek és rokonainak fülbaja nem volt, egyik nővére kivételével, ki igen rosszul hallott és 45 éves korában bélbántalomban halt meg. Beteg állitólag 6 év óta hall rosszul, azelőtt nem volt soha fülbaja, sem orr- vagy torokbaja, sem egyéb betegsége. 6 év előtt szülés után mindkét fülében nagy zúgás lépett fel, mindkét fülében nagyfokú nagyothallással.

A zúgás azon idő óta folyton, szünet nélkül fennáll, a rosszul hallás is mindjárt kezdettől fogva csaknem oly nagyfokú volt, mint a későbbi években. Beteg két év előtt keresett fel rendelésemen, a mikor is suttogást épen nem, a hangos beszédet csak közvetlenül a fül közelében hallotta. Azóta időközökben a kezelésnek mindazon részleteit megkisérlettem betegen, a melyek ily bántalomnál szokásosak, azonban a legcsekélyebb eredmény nélkül.

Jelen állapot: A külhalljárat mindkét oldalt elég tág, a dobhártya mindkét oldalt áttetsző, mindkét oldalt hátul-alól keskeny félköralakú homályosodással, mindkét oldalt a dobhártyán át a belső dobüregfalnak hátsó-felső része sárgásnak tetszik; a dobhártya és kalapács a Siegle-féle tölcsérrel jól mozgatható. A hangvillalelet: A Rinne-féle kiserlet mindkét oldalt negativ, Weber jobb oldal felé lateralizált; a magas hangvillát mindkét fülben jól, a mélyet gyengén hallja. A levegő mindkét tubán át széles áramban simán hatol a dobüregbe. Hallásvizsgálat: Suttogó szókat bal oldalt 3 m., jobb oldalt 4 meternyire hallja; converzáló szókat b. o. 5 m., j. o. 6—7 m. hall. A midőn tehát egyéb kezeléssel nem értem el semmi hatást, 1898. november 1-én betegnek pajzsmirigytablettékat rendeltem. Aznap vette az első tablettát, napjában 1 szemet november végéig; ettől deczember 20-dikáig tartó szünettel; majd újbóli január 20-dikáig tartó szedéssel; újbóli szünet február 15-dikéig, ettől márczius 15-dikéig ismét szedte a pajzsmirigyet. Két hó óta nem szedi, összesen 4½ hóig állott a pajzsmirigykezelés alatt. A mig a pajzsmirigykezelés előtt, mint beteg mondja, feje nehéz, zavart volt, a zúgás nagyfokú volt, addig ezen kezelés második hetétől fogva feje könnyebb, majd egészen könnyű és szabad lett, a fülzúgás mindkét fülben fennáll ugyan, de lényegesen gyengébb, csendesebb. A hallás ugyanoly jó, mint két hó előtt, és lényegesen jobb, mint a pajzsmirigyszedésnek első 3 hónapja alatt.

Aspirin.

Uj salicyl-készitmény.

Ismerteti: *Lengyel Lóránt* dr.

A salicylsav és natriumsója, a melyet főleg használunk, gyógyszereink legbecsesebbjei közé tartoznak. Eltekintve igen sokoldalú és elterjedt, használatától, az acut izületi gyuladásnál tudvalevőleg csaknem specificus hatást fejt ki, oly annyira, hogy a legtöbb szerző az acut lázas izületi lobnál éppen olyan specificumnak tekinti, mint a milyen a váltóláznál a chinin vagy a syphilisnél a higany. A salicylsavnak, illetve natriumsójának minden kiváló tulajdonsága mellett azonban vannak a szervezetre nézve kellemetlen mellékhatásai, melyeket minden orvos egyaránt tapasztalhat: gyomornyomás, émelygés mint helyi hatás; a távoli hatások közül nagyobb adagok után a csaknem mindig fellépő heves fülzúgás. Egyéni idiosyncrasia mellett már aránylag kis adagok mellett is kellemetlen általános mérgezési tüneteket észleltek: a szivműködés ritkulását és erélytelenségét, remegést, a hőmérséklet tetemes alászállását, collapsus-szerű állapotot. Ezen mellékhatások elkerülése volt a czél a salol, betol, salophen alkalmazásba vételekor s ezen czél elérése érdekében hozatott forgalomba az aspirin is, mely állítólag e kellemetlen mellékhatásokat nem fejti ki.

Az alábbiakban ezen utóbbi új gyógyszert óhajtanám röviden ismertetni és másoknak vele szerzett tapasztalatait a magaméival ellenőrizni. (L. ezen melléklet 5-ik oldalát is.)

Az *aspirin* (*acetylsalicylsav*) az eczetsavanhydridnek ($[C_2H_3O]_2\,O$) salicylsavra ($C_6H_4\,[O\,H]\,COOH$) való behatásakor áll elő és a következő formulája van:

$$C_6\,H_4 < \begin{matrix} COOH \\ O.CO.C\,H_3 \end{matrix};$$

tehát a salicylsav hydroxylja az *acetyl*-gyökkel van substituálva.

Az aspirin fehér, finom, tűalakú kristályú por, melynek olvadáspontja 135° C.-on fekszik, 37° C.-ú vizben körülbelül 1%-nyi oldódik. Alkoholban, aetherben éppen oly könnyen oldódik, mint a salicylsav. Salicylsavtól abban különbözik, hogy higitott vaschlorid hozzáadására kék színeződés nem lép fel. Az aspirinnek nagyobb tömegben gyenge, az eczetsavra emlékeztető szaga és kellemes savanykás íze van, mint erről magam is meggyőződtem.

Legnevezetesebb chemiai tulajdonságai közül itt az emelendő ki, melyen az organismusban való hatásának módja is alapul, t. i. hogy az aspirin savanyú oldatban nem, vagy csak alig számbavehető módon bomlik, de annál inkább megteszi ezt híg lúgokban. Így, ezen tulajdonságát ismerve, már a priori is feltehető, hogy az aspirin a savanyú gyomron változatlanul fog áthaladni és csak az alcalicus bélnedvben fog alkotórészeire: *salicylsavra és eczetsavra szétesni*. *Wohlgemuth*[1] mesterséges gyomornedvvel emésztési kisérleteket végzett, melyeknek eredményeképen kitűnt, hogy a mesterséges gyomornedvnek 2 órai behatása után a folyadékban szabad salicylsavnak mindössze nyomát lehetett kimutatni. Ezen kisérlettel szemben áll a másik az alcalicus bélnedvvel, midőn is már ½ óra mulva szabad salicylsav nyomokban kimutatható volt, 2 óra múlva pedig igen erős reactio állott elő. Szerző ezek után arra a következtetésre jut, hogy a gyomornak legalább két órai időtartamra volna szüksége, hogy az aspirinből szabad salicylsavat lehasítson; ez azonban a gyomor motoricus működését tekintve, kizártnak mondható és csak a bélben megy végbe a folyamat, melynek eredménye a salicylsav felszabadulása.

Ha e folyamat az organismusban tényleg így megy végbe, akkor el kell ismernünk, hogy az aspirin becses tulajdonságokkal van felruházva. Mint ismeretes, a salicylsavas natrium egyik legkellemetlenebb mellékhatása a gyomornyomás és émelygés, melyet a savanyú gyomornedv hatására kiváló szabad salicylsav okoz. Minthogy az aspirin a gyomron változatlanul halad át és csak a bélben bomlik, így ezen kellemetlen mellékhatás mellőzve volna. Másrészről a folyamat, melynél a szabad salicylsav keletkezik, az aspirinnél sokkal lassabban menne végbe, mint salicylsavas natriumnál; igy azután a felszivódás is lassúbbá és egyenletesebbé válnék és ez által a kellemetlen távolhatások, mint fülzúgás, szédülés is kisebb mértékben nyilvánulnának.

Valamely gyógyszer értékét azonban theoreticus fejtegetésekből és a szervezeten kivül végzett kisérletekből eldönteni nem lehet. A gyógyszer értékének megállapitásánál csakis a betegeknél való alkalmazásánál szerzett tapasztalatok lehetnek irányadók. Az aspirinre vonatkozólag a tapasztalatok még nem nagyszámúak, de a létezők eléggé biztatóak. *Wohlgemuth*[1] 10 általa észlelt esetről tesz említést. Végeredményben arra a következtetésre jut, hogy az aspirin ugyanazt a hatást fejti ki, mint maga a salicylsav, azonban a salicylsavas natrium adagolásakor fellépni szokott melléktünetek, mint gyomorpanaszok, étvágytalanság teljesen hiányzanak. *Witthauer*[2] 50 beteget kezelt aspirinnal, kiknél körülbelül 1½ kg.-ot használt el a szerből. Megjegyzi, hogy a betegek e szert mind szívesen vették, és azok, kik azelőtt már salicylkészitményeket kaptak, dicsérték e gyógyszer kellemes ízét. A szerző kipróbálta az aspirint izületi és izomrheumatismusnál, száraz és izzadmányos mellhártyalobnál, továbbá köszvénynél is. Azt tapasztalta, hogy a szer alkalmazása után polyarthritisnél minden esetben a hőmérséklet gyorsan alászállott, a fájdalmak és a daganat is gyorsan csökkentek. Fülzúgást csak egy anaemicus betegnél észlelt. Tapasztalatait összefoglalva, arra az eredményre jut, hogy az aspirin soha sem hagyta cserben a fájdalmak, a daganat és a láz befolyásolását illetőleg és sohasem fejtett ki sem a szivre, sem a gyomorra káros hatást. Az étvágy még azon betegeknél is állandóan jó maradt, kik a szert hosszabb ideig vették.

Néhány esetben nekem is volt alkalmam e szert próbára tenni (polyarthritisek, myorheuma), még pedig kielégítő eredménynyel, és ezek után a fentemlített észlelők nézeteit lényegben megerősítve látom magam előtt.

Különösen két eset az, a melyről részletesebben szeretnék beszámolni, mert e két eset a szer használhatóságát evidensül bizonyítja.

S. L.-né, 21 éves, raktárnok neje, beteg lett 1899. április 23-dikán, midőn is borzongás és utána fellépő forrósággal egyidejűleg heves

[1] Über Aspirin; Therapeutische Monatshefte Nr. 5, 1899.
[1] L. c.
[2] Aspirin ein neues Salicylpräparat. Heilkunde Nr. 7 1899.

fájdalmak léptek fel jobb könyökében és bal térdében. 4 gr. natrium salicylicumnak pro die való alkalmazása után a bal térd fájdalmassága csakhamar megszünt és a láz is alábbhagyott, de a jobb könyök fájdalmassága nemcsak hogy nem csökkent, hanem ahhoz még annak tetemes megdagadása és a bőrnek vörösen való elszinesedése is társult. Április 30-dikán szivcsúcslökés a bimbóvonalban, szivműködés felmagasztalt, a csúcs fölött érdes fúvó systolicus zörej; pulm. II. hangja ékelt. Május 7-dikén natrium salicyl helyett, mely a betegnek gyomorpanaszokat okozott, Clin-féle salicyl-oldat rendeltetett. Lázak megszüntek. Május 15-dikén jobb kar fájdalmassága és a duzzanat még nem csökkent. Szivcsúcslökés egy ujjnyira a bimbóvonalon kivül. Étvágytalanság, erős fülzúgás. Május 28-dikán ismét magas lázak; a bal középső kézközépujjperczi izület igen fájdalmas, duzzadt. Szivműködés a láz daczára ritka (bradycardia), a szivcsúcs fölött kifejezett galopprythmus, syst. és diast. zörej. Clin-oldat helyett rendeltetett 4 gr. aspirin pro die. 29-dikére a beteg jól alszik, láz, fülzúgás megszünt, közérzet jobb. Physikai viszonyok változatlanok. Junius 1-ére étvágy lényegesen javult, az orvosságot a beteg szivesen szedi. Az izületek fájdalmassága valamivel csökkent; szivműködés erélyesebb és sokkal rendezettebb, galopprythmus megszünt. Ettől kezdve állapota szemlátomást javul. 10-dikén jobb kar duzzanata tetemesen visszafejlődött, fájdalmassága csökkent, ugyanez a bal kéz izületein is. Szivműködés jó. Fülzúgás nincs. Étvágy jó. 14-dikén az izületek alig fájdalmasak; a duzzanat még fennáll, de igen csekély. A syst. és diast. zörej a szív fölött vesztett érdességéből és intensitásából; pulm. ékeltsége kisebb. Közérzet jó. A beteg továbbra is aspirinnel gyógykezeltetik.

E. M., 32 éves magánzó, beteg lett 1899. márcziusban. Észlelés alá kerül junius 4-dikén. Izületi fájdalmak, acut endocarditis, insufficientia bicuspidalis et aortae, folytonos lázak. Eddigi kezelés natrium silicylicummal. Étvágytalanság, erős fülzúgás.

Junius 8-dikán aspirin 4 gr. pro die. Junius 9-dikén láz csökkent; junius 10-dikén fülzúgás megszünt, közérzet, étvágy jobb; izületek fájdalmassága keveset csökkent. A beteg, ki a natr. silicyliumot rosszul tűrte, az új orvosságot szivesen veszi.

Junius 14-dikén állapota lényegesen javult, lázak megszüntek, izületek duzzanata és fájdalmassága csökkent. Közérzet jó. A beteg továbbra is gyógykezelés alatt marad.

Mint e két kórtörténetből kitünik, az aspirinnek e két esetben tényleg igen kedvező hatást kell tulajdonitanunk. Nem eléggé magyarázható dolog, hogy míg a salicylkészítmények hatástalanoknak bizonyultak, addig az aspirin adagolása után — pedig itt is a salicyl a hatóanyag — csakhamar lényeges javulás következett be, lázak megszüntek, az izületek duzzanata és fájdalmassága csökkent és *a szívműködés rendezettebbé vált*. Ez utóbbit fontosságánál fogva kiemelem. Ugyanis a natr. salicylicum nagyobb mennyiségekben és hosszabb időn át szedve, nem egészen közömbös a szivre; még kevésbbé ott, hol acut endo- és myocarditis folytán a szívműködés a normalistól különben is elütő. És tényleg első esetünkben egy ízben a szívműködés oly rendetlenné és erélytelenné vált, hogy a salicylt egyidőre kihagytuk, mely után a szív részéről javulás állott be. E javulás a szívműködés rendezettségét illetőleg aspirin szedése után megmaradt, sőt talán fokozódott, és ezért e sav úgy látszik a szivre káros mellékhatással nincs. Felemlithetem itt *Dreser* kisérleteit is, ki azt találta, hogy míg natr. salicyl.-oldat az izolált szivre bénitólag hat, addig aspirin hasonló concentratióban a szív munkaképességét fokozza. Az aspirinnek a szivre való hatásának eldöntésére eseteim nem elegendők; itt még további tapasztalatok szükségesek; ha a további tapasztalatok is hasonló kedvező eredménynyel fognak járni, akkor az *aspirin kiváló sajátságai közül egyike lesz a legfontosabbaknak az, hogy a salicyllal ellentétben a szivre még nagyobb adagokban sincs káros hatással*, mint ezt mások is kiemelik (*Witthauer*).

Amit még e két esetben tapasztaltam, az az, hogy a salicyl vétele után megromlott étvágy is csakhamar javult aspirin vétele után; a gyomornyomás, fülzúgás pedig nem jelentkezett. Megjegyzem, hogy többi esetemben, hol aspirint próbáltam, e kellemetlen mellékhatások szintén nem állottak be.

A mi az aspirin szedésének alakját illeti, legczélszerübb, ha 1 gr.-os adagokban, tisztán s ostyában szedik a betegek. Az aspirin vízben nem oldódik, csak akkor, ha kevés alkoholt teszünk hozzá. Az aspirin nyujtásának azonban ezen módja nem vált be (*Wohlgemuth*). Lehet az aspirint úgy is adagolni, hogy 1 gr. belőle 3—4 gr. porczukorral kevertetik és az egész egy evőkanál vízzel elegyittetik (Witthauer). A napi adag 4—5 gr.-ot bátran kitehet.

Tapasztalatainkat összefoglalva, mi is arra az eredményre jutunk, *hogy az aspirin a salicylnak igen jó készítménye, ennek kedvező tulajdonságaival felruházva, a nélkül azonban, hogy ennek kellemetlen mellékhatásait is kifejtené*, (vagy legalább is sokkal kisebb mértékben). *Különösen kiemelendő a szívre minden valószinűséggel teljesen ártalmatlan volta, mely különösen endo-, myo- és pericarditiseknél nagy fontosságú.*

Ezek után ajánlatos, hogy az aspirint mindazon bajoknál alkalmazásba vegyük, hol salicylátok adagolása van indokolva.

Az 1899. év első felében felmerült ujabb gyógyszerek.

Összeállitotta *Kerntler Jenő*.

Peronin. Sósavas morphinbenzylaether ($C_{17}H_{18}NO_2 . O . CH_2C_6H_5$). Előállitása a morphinból a Merck-féle chemiai gyár szabadalmát képezi. Nagy, fénylő, szintelen hasábokban és táblákban jegeczedő test, mely vízben nem, alkoholban, aetherben és benzolban jobban, de szintén nem tökéletesen oldódik. Jegeczei ferrichloridtól nem válnak kék színűekké. Hatása a codeinéhez áll legközelebb, a mennyiben csak igen kevéssé narcoticus hatású, a köhögési ingert azonban a codeinnál is nagyobb mértékben csillapitja. Ezen hatása oly szembetünő, hogy *Mayor*[1] szerint, ki házinyulakkal kisérletezett, nemcsak a peronin kisebb adagaira következik be, hanem nagy adagokra is, melyek már majdnem görcsokozók, s a melyeknél álmosság nincs jelen, sőt a reflexérzékenység is a legnagyobb mértékben fokozott. Ajánlják kisebb adagokban (0·01—0·02) a phthisisnél és szamárhurutnál jelenlevő köhögési inger megszüntetésére, nagyobb adagokban (0·05—0·10) mint csillapitót és hypnoticumot elmebetegeknél. A peroninnak nagy hátrányát képezi csekély oldhatósága, minélfogva bőr alá fecskendésre egyáltalában nem használható és belsőleg való adagolásánál is a következő formulát ajánlják:

Rep.

Peronini *2·0*
Saccharin. solub. *0·5*
Spiritus vini *100·0*
Aquae destill. qu. s.
Ut mensura sit *1000·0*
MS. Használat előtt jól felrázandó!

(Az egyes adagok méröhengerrel méretnek le; 5 grm.-ban (egy kávéskanál) 0·01, 50 grm.-ban 0·10 peronin foglaltatik.)

Dionin. Sósavas aethylmorphin ($C_{19}H_{23}NO_3HCl + H_2O$). Egy tömeges H-t egy aethylgyök helyettesit. A dioninnek a therapiában való alkalmazása azon tapasztalati tényen alapszik, hogy bizonyos vegyületekben, ha a methylgyököt aethylgyökkel tudjuk helyettesiteni, azok jobban és kifejezettebben hatnak bódítóan. Ép ezért, már akkor is, midőn a betegágynál dioninnel még nem folytak a kisérletek, várható volt, hogy e szer a codeinnél vagyis methylmorphinnél hatékonyabb lesz. E várakozásnak a dionin meg is felelt.

A dionin fehér, szagtalan, keserű izű, kristályos por, mely vízben jól (14 : 100), alkoholban még sokkal jobban (75 : 100) oldódik, továbbá oldható syrupus simplexben is, mi igen kellemes az adagolásnál. Ami a dioninnek chemiai magatartását illeti, felemlitendő, hogy az általános alkaloidkémszerek a dionint igen nagy higitású oldataiból is kicsapják; legkevésbbé érzékeny a dionin e szerek közül a phosphorwolframsavval szemben. A codeinnak többi reactióit adja, de ettől az által könnyen megkülönböztethető, hogy a dioninnek ammoniákcsapadéka sokkal több fölös ammoniák hozzáadására oldódik csak fel, mint a codeiné.

Úgy az állatkisérletek, mint a klinikai tapasztalatok, melyek *Mering*-től és különösen *Körte*-től[2] származnak, aki a dionint egyrészt phthisicusoknál, bronchitisnél a köhögés, emphysemáknál az asthma leküzdésére, másrészt általános fájdalomcsillapitónak alkalmazta, a dionin hatására nézve a következő eredményeket adták: A dionin igen megbizható szernek bizonyult a phthisisnél és chronicus bronchitisnél fennálló köhögési inger csillapitására, asthma bronch. és emphys. pulmon.-

[1] Rev. méd. de la Suisse 1898, jun. 20.
[2] Therap. Monatshefte 1899. január, 33. old.

nál az asthmaticus rohamok és dyspnoe megszüntetésére. A morphinnál sokkal kevésbbé hat narcoticusan, az álom legföljebb a fájdalmak megszünte folytán áll be, a bélhuzamra sincs kedvezőtlen befolyással és a morphinnál többször jelentkező kellemetlen melléktünetek sem mutatkoznak adagolására. A codeinnál sokkal erőteljesebben és tartósabban hat mint köhögéscsillapító; az expectoratiót nagy mértékben megkönnyíti. Mint általános fájdalomcsillapító a morphinnál kevésbbé megbizható, azonban adagolása bátran félbeszakítható, mert a vágyakozás utána, valamint abstinentialis tünetek nem lépnek fel. Ez egyrészt nagy előnyt biztosít neki a morphin felett, másrészt több orvos egybehangzó tapasztalata szerint alkalmassá teszi, hogy mint pótszer szerepeljen az idült morphinismus gyógyításában. A dionin még a phthisicusok éjjeli izzadását is jótékonyan látszik befolyásolni. Jó oldhatósága folytán úgy belsőleg, mint subcutan injectiók alakjában adható; a bőr alá fecskendés fájdalommal nem jár. Adható tehát mindazon esetekben, midőn a codein vagy morphin van indikálva; utóbbit természetesen nem mindig fogja helyettesithetni. Adagja 0·01 napj. 3-szor, vagy 0·03 este, a midőn álomhozó hatására számítunk. Rendelni leginkább oldatban, syrupban vagy pilulákban szokás, a következő módon:

Rp.
Dionini *0·3*
Aquae dest. *20·0*
MDS. 3× napj. 15 cseppet.

Rp.
Dionini *0·5*
Syrup. simpl. *100·0*
MDS. Este egy kávéskan.

Rp.
Dionini *0·3*
Rad. et succ. Liquir. *qu. s.*
Mt f. pilul. Nr. XXX.
DS. naponta 3—4 szemet.

Rp.
Dionini *0·3*
Aqu. dest. *10·0*
Mf. solut.
DS. Suo nomin. az orvos kezéhez. (este 1/2 – 1 Pravazzal.)

Acoin. Acoineknek nevezi *Trolldenier*[3] a guanidin-származékok egy sorozatát, mely helybeli érzéstelenítő hatással bir. Kisérleteit többféle ily készitménynyel végezte, melyek közül az általa C.-vel jelölt mutatkozott legjobb hatásúnak, mivel ez oldódik vizben legjobban. E készitményeket mind a Heyden-féle chemiai gyár Radebeulban állitja elő.

Hatása a cocain helybeli érzéstelenítő hatásával rokon, de állitólag sokkal kisebb távolhatásokat fejt ki, kevésbbé mérgező. Különösen szembe cseppentésre a bulbus érzéstelenitése czéljából műtétek előtt, továbbá kisebb operatióknál más helyeken is alkalmazható a Schleich-féle módszer szerint. A szemteke 1 : 200 – 1 : 100 oldatok egy-két cseppjére 1/4—1/2 óráig teljesen érzéstelen, a bőr és a mélyebb rétegek pedig azon helyen, hová a folyadék eljutott, érzéstelenségüket majdnem 1 óráig tartják meg. A következőképen ajánltatott az acoin rendelése:

Rp.
Acoini *0·05*
Aquae dest. *10·0*
Mf. solutio
DS. Szembe cseppentésre.

Rp.
Acoini *0·10*
Natrii chlorati *0·80*
Aquae dest. *100·0*
MDS. Suo nomine, az orv. kezéhez (bőr alá fecskendésre).

Nirvanin. Ily név alatt állitanak elő a Höchst-i festékgyárak egy vegyületet, mely az orthoform diaethylglycocoll összeköttetésének sósavas sóját képezi és helybeli érzéstelenítő hatással bir. A készitmény szintelen hasábokban jegeczedik, melyek vizben jól oldódnak. Kifejezett helybeli érzéstelenitő hatása van, a vele rokonhatású és régebben ismert orthoformnál az alkalmazás helyén kevésbbé izgat és kevésbbé mérgező, sőt antisepticus hatása is van. Az orthoform fölött könnyű oldhatósága folytán bir előnynyel, azonban mélyre terjedő érzéstelenítő hatása nincs; bőr alá fecskendésre 2—5%-os oldatai használhatók, a Schleich-féle eljáráshoz pedig 2—5‰-es oldatok.

[3] Therap. Monatshefte 1899. január, 36. old.

Chrysarobin- és pyrogallol-származékok. A bőrgyógyászatban igen jó eredménynyel alkalmazott chrysarobin- és pyrogallolnak azon hátránya van, hogy a bőrt erősen izgatja; ezen új készitmények előállitása azon szempontból történt, hogy a chrysarobin és pyrogallol ne eredeti alakjukban, hanem oly chemiai összeköttetésekben alkalmaztassanak, melyek vizben nem oldhatók, lokálisan nem izgatók, s a melyekből a hatóanyag lassanként hasad le és fejti ki hatását. Ily anyagok a chrysarobin triacetatja, az *eurobin*; tetraacetatja, a *lenirobin*; a pyrog llus-savnak pedig tri- és monoacetatjai, melyek *lenigallol*, illetőleg *eugallol* néven jönnek forgalomba. Azonkivül előállittatott még a pyrogallolnak salicylsavas összeköttetése, a *saligallol* és a resorcinmonoacetat *euresol* név alatt, mely utóbbiak azonban csekélyebb hatásúak.

Az *eurobin* vizben oldhatatlan, de jól oldódik acetonban vagy chloroformban; leginkább 10—20%-os oldatai használtatnak *eugallolal* kombinálva ecsetelésekre, mely alakban különösen idült bőrbajoknál, mint psoriasis, idült eczemák vagy herpes tonsuransnál mutatkoztak igen jó hatásúaknak.

A *lenirobin* hatása hasonló, csak gyengébb, ugyanily százalékos oldatai a fenti betegségek könnyebb alakjainál jöhetnek alkalmazásba.

Ezen chrysarobin-származékok sem a bőrön, sem a fehérneműn foltot nem hagynak hátra.

A *lenigallol* fehér, vizben oldhatatlan, csak alkaliákban oldódó amorph-por. Ezen tulajdonsága folytán a bőrt még igen concentráltan készített kenőcsök alakjában sem támadja meg. *Bottstein*,[4] ki behatóan foglalkozott ezen készitményekkel, ezt tartja legjobbnak és saját tapasztalatai alapján különösen idült eczemák- és psoriasisnál ajánlja, melyek magas százalékú lenigallol-kenőcsre gyorsabban gyógyulnak, mint a 10%-os pyrogallol-kenőcs használatánál. A lenigallollal bátran készithetők 3—30%-os kenőcsök vagy paszták.

Az *eugallol* egy syrupsűrű, sárgásbarna tömeget képez, mely vizben is, alkoholban is jól oldódik és a melynek a pyrogallussavhoz hasonló, az ép bőrön erősen lobokozó hatása van.

E készitmények leginkább a következőképen rendeltetnek:

Rp.
Eurobini
Eugalloli āā *15·0*
Chloroformii *70·0*
MDS. külsőleg.

Rp.
Lenigalloli *10·0*
Adipis suilli
Pastae Zinci āā *50·0*
MDS. külsőleg.

Hydrargyrum colloidale (Hyrgol). A mult félévben felmerült colloid-ezüsthöz csatlakozik ezen második colloid-fém, melyet először *Lottermoser* állitott elő. Pharmacodynamicus szempontból a colloidfémek annyiban bizonyultak jobb hatásúaknak, hogy lokálisan enyhén hatnak, nem izgatnak, igen jól szivódnak fel, pontosabban adagolhatók, miáltal toxicus mellékhatásaikat könnyebben lehet elkerülni. A colloid-higanynak, mint az *Werler*[5] tapasztalataiból is kitünik, legkiterjedtebb alkalmazása várható luesnél bedörzsölések alakjában, mivel az eddig használt ungu. hydrargyrinél sokkal hamarabb bedörzsölhető s utána higany-eczemák még sohasem fordultak elő; adható azonban bármily más alakban is, mint pilulákban, oldatban, tablettákban és tapaszokban. Bedörzsölésre 10%-os kenőcsből egyszeri alkalommal 3 gr. használandó el; a pilulákat 0·01 gr. tartalommal szokás készíteni; subcutan injectiókra 1—2%-os oldatok használatosak; Werler a kenőcs rendelését következőleg ajánlja:

Rp.
Hydrarg. colloidalis *10·0*
Aquae dest. *15·0*
Cerae albae *10·0*
Adipis benzoati qu. s. ad *100·0*
Mf. ungu. DS. külsőleg, bedörzsölésre.

[4] Therap. Monatshefte 1899. január, 26. old.
[5] Berliner klinische Wochenschr. 1898. 937. old.

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