Negyvenharmadik évfolyam. 32. szám. *Budapest, 1899. augusztus 6.*

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

Walla Béla: Közlemény az I. számú női klinikából (Kézmárszky tanár.) Császármetszés fundalis harántmetszéssel. 381. l.

Ostermayer Miklós: Herniologiai közlemények. 383. l.

Varga Géza: Közlemény a szt. Rókus- (új dolog-) kórház XI. (fiók-) osztályából. Rendelő orvos: Török Lajos dr. egyet. m. tanár. Unguentum cinereum labdacsok (pilulae hydrarg. ciner.) adagolása syphilis ellen. 385. l.

Tárcza. *Donogány Zakariás:* A laryngo-rhinologia Párisban. 387. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Bókay Árpád, Kétly Károly, Korányi Frigyes:* A belgyógyászat kézikönyve 387. l. — *Lapszemle. Terrile:* Vaskészítmények bőr alá fecskendezése. 388. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Gyermekvédő-congressus. — Kérelem — A nyitravármegyei „Ágoston-közkórház" kimutatása. — Hazai fürdők személyforgalma. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. 388. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sz. női klinikából (Kézmárszky tanár).

Császármetszés fundalis harántmetszéssel.

Közli: *Walla Béla* dr. poliklinikai tanársegéd.

A „Centralblatt für Gynaecologie" 1897. évi 20-dik számában Fritsch a császármetszéskor új méhmetszést ajánl, a mely a funduson harántul fut. Ezen metszés előnyeit felsorolva megemlíti, hogy ezen eljáráskor a hasseb magasabban ejthető meg és így hernia képződésétől sem kell annyira tartani. A méh kigördítése után a hasseb felső részét jól el tudta zárni, úgy hogy mütétel közben a hasüregbe semmi sem folyt be, az teljesen tiszta maradt. A vérzés feltünő kevés volt. A magzatot könnyen extrahálta. A méh sebe a fundus megkisebbedésével feltünően megrövidült. A varratok a vérzést jól csillapították, minthogy azok a méh izomzatában futó ereket derékszögben találták.

Mindezen előnyöknél fogva *Fritsch* ezen metszés gyakorlását és megvizsgálását az orvosi közönség figyelmébe ajánlja.

Fritsch ajánlata óta már többen végezték ezen fundalis metszést és tapasztalataik alapján csak kevesen nyilatkoztak ezen eljárás ellen.

G. Braun[1] esetében a fundalis harántmetszésnek semmi előnyét sem tapasztalta. A hassebet ép oly mélyen, mint a hosszmetszésnél, 7 cm.-re a symphysis felett kezdte meg, mert állítása szerint, ha magasabban ejti meg, a méhet nem tudta volna kigördíteni. Egyáltalában azt hiszi, hogy ha valamivel magasabban, úgy mint *Fritsch*, 9 cm.-re a symphysis felett kezdjük a metszést, még nem tettünk sokat herniaképződés ellen. A vérzés nagy volt, a mit azonban nem tulajdonít a fundalis harántmetszésnek, mert az primaer fájdalomgyengeség oka volt.

Everke,[2] a ki még Fritsch közlése előtt végzett egy esetben fundalis harántmetszést, a leghatározottabban elitéli azt. Az ő esete szerencsétlenül végződött. A méh sebe rosszul gyógyult, szélei necrotizáltak, úgy hogy a has- és méhüreg között communicatio támadt és a beteg a méhsebből kiinduló infectio következtében pusztult el. Ő azt állítja, hogy a méhseb egyesítésére alkalmazott selyemvarratok a spermatica ágait comprimálták és így a seb közepe hiányos táplálkozás következtében necrotizált, a necrosis pedig communicatiot okozott a méh- és a hasür között, a minek következtében a méhürből kiinduló másodlagos infectio támadt. Szerinte a hosszmetszéskor, ha a méh sebe nem is gyógyul per primam és abscessus keletkezik, az a hasfallal való összetapadás következtében kifelé fog ürülni, a mint hogy azt egy másik esetében tényleg észlelte is és nem tör át, úgy mint a fundalis metszéskor, a hasüregbe, vagy kedvező esetben a bélbe. Ezenkivül hátrányosnak tartja még a fundalis harántmetszést azért is, mert elhelyezésénél fogva könnyen hozzátapadhat a gyomor, bél vagy cseplesz, a minek következtében a gyermekágyban megkisebbedő méh azokat a kis medenczébe vongálja. Az említett szervek ezen dislocatioja pedig később sok zavart okozhat. A hosszmetszéskor ellenben az összenövés csak a has sebével jöhet létre és az így mintegy ventrofixált méh zavart nem okoz.

G. Braun-on és *Everke*-n kivül még csak *Riedinger*-nek[1] van aggodalma a fundalis harántmetszéssel szemben, ámbár két esetében szerencsésen végezte azt és előnyeit is tapasztalta. Az egyik esetében a méh magasan a hasfalhoz rögzítve maradt és itt az az aggodalma támadt, hogy mit fog ebben az esetben csinálni, ha egy későbbi terhesség alatt complicatiok (abortus, retentio placentae) jönnek közbe? A másik aggodalma ezen eljáráskor az, hogy nem teljesen aseptikusan végzett műtételkor a méh és a has sebvonalainak másodlagos összetapadása következtében a beteg későbbi complicatiok árán életben maradhat.

A többi számos operáló, ú. m. *Johanowsky*,[2] *Knauer*,[3] *Clemenz*,[4] *Hain*,[5] *Kirchhoff*,[6] *Siedentopf*,[7] *Winkler*,[8] *Müller*,[9] *Reyinga*,[10] *Schröder*,[11] *Cryzewicz*[12] a fundalis harántmetszésnek eddig még csak előnyét tapasztalta.

Minthogy egy-egy eset kapcsán nyert tapasztalatokból érdemleges következtetéseket vonnunk nem lehet és minthogy egy-egy operáló a sectio caesarea terén nem bir olyan nagy anyaggal, hogy abból saját maga végérvényesen következtethetne, szük-

[1] Centralblatt für Gyn. 1897. Nr. 45.
[2] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. VI., H. 1.

[1] Centralblatt für Gyn. 1898. Nr. 29.
[2] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. VI. 4.
[3] Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 49.
[4] Centralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 10.
[5] Wiener klin. Wochenschr. 1897. Nr. 52.
[6] Deutsche med. Wochenschr. 1898. Nr. 39.
[7] Centralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 4.
[8] Centralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 4. (Ref.)
[9] Centralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 9.
[10] Centralblatt f. Gyn. 1898. Nr. 29. (Ref.)
[11] Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. VII. 2.
[12] Centralblatt f. Gyn. 1899. Nr. 12.

séges, miszerint az egyes operálók eseteiket és az azokból vont tapasztalataikat közöljék, hogy azokat egybevetve, az eljárás felett itéletet alkothassunk.

Ez indított engem arra, hogy f. é. február hó 17-dikén az egy. I. számú női klinikán fundalis harántmetszéssel végzett sectio caesarea esetet közöljem.

Sch. A. 22 éves I. P. 1899. február hó 16-dikán d. ü. 9 óra 20 p.-kor vétetett fel a klinikára. Előadja, hogy 4 éves korában kezdett járni; első tisztulását 14 éves korában kapta meg, mely azután 4 hetenkint 3—4 napi tartammal rendesen jelentkezett; utolsó tisztulása 1898. május hó 8—12-dikéig volt; először érzett magzatmozgásokra nem emlékszik vissza. Szülési fájásai felvétele napján (február 16-dikán) délelőtt kezdődtek. Felvételekor a status következő volt: A kis termetű nőn (jobb lábán állva 143·8 cm., bal lábán állva 139·1 cm. magas) mindenütt a rachitis jeleit találjuk. A fej idomtalan nagy; homlok szögletes; lépcsőzetes nyakszirt; scoliosis dorsalis jobbra; kifejezett angulus Ludovici; csomós bordavégek; keresztcsont felső fele erősen megdőlt, alsó vége horogszerűen mellfelé görbült; erős lordosis, vízszintes fekvésben az ágyéktáj alatt az ökölbe szorított kéz átvihető; genu varum rachiticum bilaterale, nagyobb fokban jobb oldalt, jobb térdizület lötyögő, czomb és sípcsontok kard-alakúak, a jobb czombcsont és tibia rövidebb. A medencze méretei: Sp. il. 25·0, Cr. il. 25·0, C. ext. 16·5, C. diagon. 8·6, Sp. post. 7·5. Az arcus pubis tág; a keresztcsont függélyes irányban felső részletében befelé domborodik, alul horogszerűen mellfelé görbült, haránt irányban domború. A linea terminalis mindkét oldalon egy ujjal is könnyen végig tapintható. A promontorium erősen beszögell és alacsonyan áll. A portio vaginalis elsimult, a méhszáj szűken ujjnyi, a burok ép. Élő magzat a terhesség végén I. k. fekvésben, a medencze bemenete felett mozgatható fejjel. Hőmérsék 37·4, pulsusok száma 100. Ritka gyönge fájások.

A felvett jelen állapotból látható volt, hogy itt olyan fokú téraránytalanság van a magzat feje és a medencze között, a mely a szülést per vias naturales a magzat életének épségében tartásával lehetetlenné teszi. Ezen III. fokban általánosan szük lapos rachitikus medenczén keresztül a magzat fejét csakis megkisebbítve húzhatjuk ki. Tekintve azonban azt, hogy a medencze nemcsak az egyenes átmérő irányában, hanem a többi átmérők irányában is tetemesen megszűkült, előrelátható, hogy a fej megfúrása után az extractio bizonyára oly nehézségekbe fog ütközni és a szülőutak oly fokú zúzódásával fog járni, a mely az anyára nézve a mai viszonyok között rosszabb prognosist nyújt, mint a sectio caesarea, nem is tekintve azt, hogy a perforatioval a magzatot elveszítjük.

Mindezeknél fogva a szülő nő beleegyezésével relativ indicatio alapján a császármetszésre határoztuk el magunkat és azt másnap délelőtt, a midőn a méhszáj 2 ujjnyira kitágult, véghez is vittük.

A szokásos desinfectio után, a szülőnő vízszintes elhelyeztetése mellett, a linea albán körülbelül 20 cm. hosszú metszést ejtünk, a melynek hosszabb fele a köldök fölé jut. Ezután kigördítjük a méhet és a hassebb felső részét muzeux-kel provisorice zárjuk. Most a funduson a tubák tapadási helye előtt 1½ cm.-nyire körülbelül 15 cm. hosszú harántul futó metszést ejtünk, a mely a placentát közel a széléhez éri. A méhseb a metszés után erősen tátong, a vérzés minimalis annak daczára, hogy a placentát értük és annak nagy felülete a méh faláról levált. A placenta szélénél megrepesztjük a burkokat és a magzatot jobb lábánál megragadva könnyen extraháljuk (a magzat kisebb fokú algid asphyxiában születik, a melyből azonban 30 Schultze-féle lóbálásra feléled és hangosan sír). Közvetlenül a magzat extractioja után a méh hirtelen retrahálódik, a placenta legnagyobb része leválik és a méh sebéből kidudorodik; vérzés alig van. Most még a méhhez tapadó placentarészletet leválasztjuk és a burkokkal együtt eltávolítjuk. Ezután kisebb fokú atoniás vérzés mutatkozik, a mely azonban a méh dörzsölésére és forróvizes leöntésre hamar szünik (csak az atoniás vérzés alatt tartotta a segéd ujjaival rövid ideig comprimálva a cervixet). E közben a méh összes rétegein áthatoló, körülbelül 7 catgut-varratot alkalmazunk és azok csomózása után néhány felszines varratot helyezünk el. A most már jól retrahálódott méhet visszahelyezzük és föléje borítva a csepleszt, a hassebet az összes rétegeken áthatoló silkwormgut-varratokkal egyesítjük.

A gyermekágy majdnem teljesen zavartalanul folyt le; csak egy izben a 10-dik napon délután emelkedett fel a hőmérsék 38·4 fokra, a nélkül azonban, hogy ennek okát megtaláltuk volna. A hasvarratokat még ugyanaz nap távolítottuk el. A hasseb per primam egyesült. Miután a gyermekágyas még néhány délután subfebrilis volt, csak a 21-dik napon engedtük felkelni. A 26-dik napon gyógyultan hagyta el az intézetet.

A gyermekágyast elbocsátása alkalmával megvizsgálva azt találtuk, hogy a hasseb hege 15 cm. hosszú és alsó vége 11 cm.-nyi távolságban van a symphysis felső szélétől. A kisökölnyi méh még a nagy medenczébe ér fel, fundusa 4 cm.-nyire van a hasseb alsó zuga alatt, minden irányban szabadon mozgatható, a hasfallal, vagy hasüri szervekkel való összetapadása ki nem deríthető, nem érzékeny; a parametriumok szabadok.

A megszületett magzat leány, 49·5 cm. hosszú, 3240 gr. súlyos és fejkerülete 34·7 cm. Érdekes nála, hogy ép burkok és a medencze bemenete felett szabadon mozgatható fej mellett, a fejen configuratiot találtunk. A homlok és nyakszirtcsont szélei a falcsontok alá a bal falcsont széle a jobb falcsont széle alá tolódott; a bal falcsont mérsékesen, de igen észrevehetőleg lelapult.

Elbocsátásakor, tehát a 26-dik napon a magzat súlya 3515 gr. volt; a bal falcsont lelapulása még kis mértékben látható.

Ha most végig tekintünk a mütétel lefolyásán, arra a tapasztalatra jutunk, hogy mindazon előnyöket, a melyeket *Fritsch* közleményében megemlít, megvalósítva látjuk ebben az esetben is.

A hassebet még magasabban ejtettük meg, mint a hogyan azt *Fritsch* tette. A metszésnek kétharmad része a köldök fölé és csak egyharmad része jutott a köldök alá, kezdete pedig a symphysis felett 11 cm.-re van. A hasseb ezen magas elhelyezésének daczára a méh kigördítése sikerült, ellentétben *G. Braun* azon véleményével, hogy a hasseb magas elhelyezésekor a méhet nem lehet kigördíteni.

A méh kigördítése után a hasüreg annyira el volt zárható, hogy abba semmi sem folyt be és így az teljesen tiszta maradt.

A méhseb megejtésekor a vérzés kevés volt. A placenta levált része csaknem szárazan emelkedett ki a sebből és csak a magzat extractioja után volt annyi vérzés, mint a mennyi a placentaris időszakban rendes körülmények között is szokott lenni, pedig a cervix ez alatt nem volt comprimálva. A később támadt kisebb fokú atoniás vérzés egyáltalában nem hozható összefüggésbe a fundalis metszéssel, mert ilyen fokú atoniás vérzést a méh gyors kiürítése alkalmával per vias naturales is gyakran tapasztalunk.

A magzat extractioja rendkivül könnyü volt. A burokrepesztés után a láb mintegy a kezünkbe esett és az extractiot a a retrahálódó méh is támogatta. Hogy a könnyü és gyors extractio daczára a magzat mégis asphyxiában született, az annak tulajdonitható, hogy a metszés a placentát érte. A méh a metszés körül hirtelen retrahálódva a placentát nagy felületen leválasztotta és így a magzattól való hirtelen oxygen elvonás annál idő-előtti légzést váltott ki. Az operatio alatt a szülőnő vízszintes fekvésben volt. Véleményem szerint Trendelenburgban a magzat extractioja még könnyebb lett volna.

A méh retractiojával a körülbelül 15 cm. hosszú méhseb 9—10 cm.-re rövidült meg, úgy hogy 7 mély és néhány felszines varrat a sebszéleket pontosan egyesítette és a vérzést teljesen csillapította.

Feltünő volt, hogy a varrást a sebvonal irányánál fogva, a mennyiben az a mütőre merőlegesen esett, nagyon kényelmesen lehetett végezni. A méhseb egyesítésére cumollal sterilizált catgut csomós varratokat használtunk, a melyek a méh össszes rétegeit, tehát a deciduát is felkarolták. A cumollal teljesen megbízhatóan sterilizálható catgutot tartjuk erre a czélra a legalkalmasabb varróanyagnak. A catguttal a sebszéleket elég szorosan lehet összeilleszteni és felszivódása a sebszélek összetapadása után elég gyors. Selyemmel való egyesitésnél a sebszélek, főleg ha a varratok sürün feküsznek egymás mellett és erősen vannak meghúzva, necrotizálhatnak, de primaer infectio nélkül nem esnek szét,

ellentétben *Everke* ama nézetével, hogy szerencsétlenül végződött esetében a communicatiot a méh s a hasür között a necrosis okozta és csak azután származott a méh üregéből kiinduló másodlagos infectio.

Egy sectio caesarea-esetünk *Everke* nézetét megdönti.

1896. szeptember hó 7-dikén Sz. M. 29 éves I. P. kyphoscoliotikus nőn absolut indicatio alapján sectio caesareat végeztünk. Az in situ megejtett hosszirányú méhseb egyesítése az egész méhfalon áthatoló csomós selyemvarratokkal történt. Zavartalan reconvalescentia után 4 hétre beteg elhagyja a klinikát; tüdőhurutja miatt, melyhez szívgyengeség tünetei társultak, a II. belklinikán gyógykezelteti magát, eleinte mint bejáró beteg, majd fokozódván nehéz légzése, felvétetik és pár nap mulva tüdőoedema tünetei között éppen két hónappal a műtétel után elhal.

A sectio általános oedemán kivül egyéb megbetegedést nem constatál, a méhre vonatkozólag azonban a *Genersich* tanár úr által kiállított boncziegyzőkönyv megemliti, hogy jobb vége kissé ki van húzódva és a csepleszszel és a hasfallal összefort; ott van a méh sebe, a mely a funduson hosszirányban halad és a méh hátsó falára is átterjed. Az izomszövet fakósárga elszínesedésben van, mely sajtos szétesésre emlékeztet, de még elég szívós és jelenleg is vastag fonállal egymáshoz foglalt. A fakó, elhalt, mogyorónyi tömeg metszlapja részben tömött, részben egészen lágy, mindamellett szívós (nem morzsolékony). Ezen elhalt rész határa egészen éles és kissé pirosabb szövet által képeztetik. A mikroskopi diagnosis: Egyszerü necrosis reactiv lobosodással.

Ebből látható, hogy nemcsak a harántirányú fundalis metszésnél, a midőn a varratok az ereket derékszögben találják, hanem a hosszirányú metszésnél is származhatik necrosis, ha a varratok sürün vannak elhelyezve és túlságosan meg vannak húzva; továbbá, hogy a necrotizált részek, hacsak primaer infectio nincsen jelen, nem esnek szét, tehát communicatio sem jön létre a méh és a hasür között, a minek következtében a méh üregéből sem jut váladék a hasüregbe és így másodlagos infectio sem származhatik.

Az operatio után a 26-dik napon véghez vitt vizsgálat eredményéből kitünik, hogy a jól visszafejlődött méh fundusával még a medencze bemenete felett fekszik. A méh ezen magas elhelyezésének oka még a gyermekágy 26-dik napján a medencze szük voltában keresendő, minthogy a hasfallal való összetapadása ki nem deríthető. A méh olyan fokban mozgatható, a nélkül, hogy mozgását a hasfal követné, miszerint az azzal való összetapadása kizárható, a mit még az is megerősít, hogy a has zárása előtt a csepleszt a méhre borítottuk. Hogy vajjon a méh valamely más hasüri szervvel összetapadt-e vagy sem, bizonyosan eldönteni nem lehet, de minden esetre figyelemre méltó azon körülmény, hogy a méh contourjait a fundusban is, tehát a méhseb körül is élesen tapintottuk és a gyermekágyasnál hasüri szervek dislocatioját feltételező tüneteket egyáltalában nem tapasztaltunk.

Herniologiai közlemények.

Irta *Ostermayer Miklós* dr., sebész a „Charité“ kórházegyesület rendelő intézetében Budapesten.

I.

Properitonealis sérv két ritka esete.

Habár a properitonealis sérvekről szóló casuistica *Krönlein*[1] alapvető munkái óta nem egy érdekes és tanulságos esettel lényegesen felszaporodott és ezen egészben véve nem is oly igen gyakori sérvnem keletkezési módjára és symptomatologiájára vonatkozó ismereteink boncztani és kórodai részletek pontos leirása által tetemesen bővültek, úgy mégis egyrészt ezen sérvnem kiváló gyakorlati fontossága, másrészt az első esetnek rendkivüli ritkasága és a másodiknak mégsem oly gyakori előjövetele, nemkülönben egyes igen érdekes részletek jogosulttá teszik a következő két eset közlését.

[1] Archiv für Chirurgie XIX. kötet 408. lap és ugyanott XXV. kötet 548. lap.

I.

Hernia inguino-properitonealis sin. quadrisaccata. Incarceratio duplex. Herniolaparotomia cum operatione rad. Bassini. Sanatio.

L . . . Ferencz 16 éves kőfaragólegény Leobenből felvétetett a sebészi osztályra 1893. junius 23-dikán. A beteg előadja, hogy 10 éves korában a bal lágyéktájon egy daganatot vett észre, melyet képes volt mindig visszatolni. Háromszor sérvkizáródási rohama volt. (Hányás, székrekedés, a daganat megnagyobbodása és fájdalmassága.) Ezen tünetek majdnem mindig elmultak három óra lefolyása alatt. Junius 22-dikén délutáni 1 órakor a sérv futás közben hirtelen nagy fájdalmak közt kijött és megdagadt; ugyanazon napon a beteg többször hányt. Székrekedés. Szelek nem távoznak. Junius 23-dikán délutáni 1/25 órakor történt a beteg felvétele. (Ugyanazon délután ezen eseten kivül még két kitárt czombsérvet operáltam; mind a három egymásután jött és általam operáltatott, mi minden esetre csak ritkán fordul elő.)

Jelen állapot: Jól táplált, korának megfelelőleg erőteljesen fejlett legény. Nyilt jobboldali lágyékcsatorna. A bal lágyéktájon czitromnagyságú, valamivel a középen alul befüződött, feszesen rugalmas tapintatú, érintésnél fájdalmas, dobos kopogtatási hangot adó daganat. A daganat alsó, a befüződés alatti részét a sorvadt here képezi. Ugyanazon az oldalon a Poupart-szalag felett ezzel párhuzamosan fekvő, kolbászalakú, két helyen befüződött, a hasfalat kidomborító, feszesen rugalmas, dobos kopogtatási hangot adó, körülbelül 15 cm. hosszú, a spina ilei ant. sup.-ig terjedő, nyomásra fájdalmas daganat. A sérvkapu környéke igen fájdalmas. *Kórisme:* Kizárt lágyéksérv, mely, tekintve az imént leirt viszonyokat, combinálva van properitonealis tasakkal. Tekintettel ezen utóbbi körülményre, visszahelyezési kisérleteket nem is tettünk, hanem rögtön hozzáfogtunk a sérvmetszéshez.

Műtét: A metszést a scrotalis daganat hossztengelyével párhuzamosan végeztük. Rétegenkinti kikészítés után megnyitjuk a sérvtömlöt, melyből kevés, tiszta, sárgás sérvvíz kifolyik. A sérvtömlő fenekén az atrophizált here a tömlőn kivül fekszik, ezt befelé domborítván. A sérvbennéket egy kékesen festenyzett, egészséges vékony bélkacs képezi; a különben heves kizáródás a külső lágyékgyürünél székel. Az élesen előreugró gyürünek óvatos bemetszése után ujjammal a lágyékcsatornába behatoltam, hogy a hasfalat kidomborító dag mibenlétéről felvilágositást szerezzek magamnak. Következőket találtam: először egy mindenütt sima és sikamlós felületü tasakot, melybe a külső sérvtömlőben lévő bélkacs hatolt. Másodszor a belső sérvtömlőnek tölcsérszerüen keskenyedő fenekén egy gátszerüen előugró erős, kemény gyürütől körülvett, körülbelül babnyi nagyságú nyilást, a melybe a sérvtömlőben lévő bél oly hevesen volt beleszorulva, hogy a herniotom bevezetéséről szó sem lehetett. Az utóbbit contraindicálta egyszersmind a kizáródási helynek a hasfalak mögötti mély fekvése. A belső sérv elhelyeződésének teljesen megfelelt a külsőleg észrevehető daganat a Poupart-szalag felett. Nemkülönben harmadszor: ezen belső főtasaktól két másodlagos tömlő ágazott el, t. i. egy nagyobb paravesicalis, mely a hólyag mellett a kis medenczébe mélyedt, egy tág nyilással és egy másik kisebb keztyüujjalakú, körülbelül 6 cm. hosszú, a főtasak fenekéből kiinduló és lefelé terjedő, a mutatóujj számára átjárható közlekedési nyilással. A nagyobb paravesicalis tömlőben a főtömlőből behatolt vékonybélt találtunk, míg a basalis keztyűalakú tasak sérvvízzel volt telve. Utóbbi különben a vizsgálat alatt böven folyt a mélyen fekvő tömlőkből.

Hogy débridement-t és gyökeres műtétet végezhessek, a sérvmetszésből kiindulólag párhuzamosan a Poupart-szalaggal és a praeperitonalis főtasak hossztengelyével is párhuzamosan felhasítottam a hasfalat a spina ilei ant. sup.-ig a belső sérvtömlővel együtt, ennek abdominalis nyilásáig, mire a kizáró gyürüt pince haemostatique-kal előhúztam és kivülről befelé átmetszettem. Ezután az ép belet, melyen a befüződési barázdákat az ujjak közti dörzsölés által eltüntettem, reponáltam, a sérvtömlöt pedig az abdominalis nyilás mögött lekötöttem és lemetszettem. Erre a sérvtömlöt kiöblösödéseivel együtt nagy fáradsággal a környezetből kikészítettem (igen nehezen ment az ondózsinórról való leválasztás, mivel a sérvtömlő egyenlőtlen, gerendaszerü megvastagodásokat

*

mutatott) és Bassini-féle gyökeres sérvműtétet végeztem. Az elsülyesztett varratokat silkwormmal, a külső sebvarratot selyemmel végeztem; alagcsövezés és jodoformgaze-wattakötés. Szelek csak a következő napon távoztak.

Junius 25-dikén. A beteg jól érzi magát, éhes. Esti hőmérsék 37·2.

Junius 30-dikán. A sebfolyamat teljesen láztalan. A varratok és drainek eltávolíttatnak. A drainhelyeket kivéve, a seb teljesen begyógyult.

Julius 4-dikén beteg gyógyultan elbocsáttatott.

Ez esetet főképen azon körülmény teszi érdekessé, hogy *több tasakú* properitonealis sérvtömlő egy abdominalis nyilással van jelen, mihez hasonló leletet tudomásom szerint eddig még nem közöltek, a mennyiben az összes, általam ismert properitonealis sérvekről szóló esetekben mindenütt csak egyszerű properitonealis sérvtömlőről van szó, úgy a hernia inguino-, mint a cruro-properitonealisnál. Hogy többrekeszű és különböző nagyságú, praeformált hashártyatasak a lágyéktájakban, a fossa iliacában és a húgyhólyag mellett előjön, azt már *Rokitansky*[1] öreg emberek boncolatánál több ízben megállapította; ezek mindig üresek voltak. Ilyen hasi zsigerekkel telt tasakokat, tehát typikus sérveket (belső retroperitonealis sérvek) szintén észleltek egyes szerzők, mint *Linhart* és *Bär* esetei bizonyítják, ezek azonban mindig csak egyedül állottak fenn a nélkül, hogy egyidejűleg külső (lágyék- vagy czomb-) sérvvel lettek volna combinálva. Esetünk az első, a melyben egy inguino-properitonealis sérvnek belső, properitonealis tömlője többrekeszű, többtasakú.

A mi a jelen esetben ezen sérvnem keletkezését illeti, a legvalószínűbb, hogy úgy a lágyék-, mind a properitonealis sérvtömlő a priori, tehát elsődlegesen egymás mellett, tulajdonképen együttesen jelen volt, ámbátor az sem vonható kétségbe, hogy az inguinalis sérvtömlő másolagosan a properitonealis tömlőből képződött ennek kiöblösödése (Ausbuchtung) folytán.

Esetünkben érdekes még a kétszeres kizáródás, t. i. az egyik a külső lágyékgyűrűnél, a másik a properitonealis tasaknak abdominalis nyilásánál. Ezen igen érdekes körülményre különben még vissza fogunk térni.

Hogy properitonealis sérvek eseteiben a kényelmes és biztos débridement kedvéért és a gyökeres sérvműtét végrehajtása czéljából herniolaparotomiát végzünk, az magától értetődik.

II.

Hernia incarcerata cruro-properitonealis. Herniotomia cum exstirpatione sacci hernialis. Sanatio.

P . . . Zsigmond 40 éves czukrász, kihez 1895. márczius 18-dikán hivattam, előadja, hogy évek óta van sérve, mely eddig semmiféle nehélyeket nem okozott és mindig visszahelyezhető volt.

Tegnap óta nehezebb munka következtében künn van, megdagadt és fájdalmas. Mult éjjel többszörös hányás, székrekedés; szelek akadálytalanul távolodnak.

Jelen állapot: a középnagyságú, mérsékelten táplált beteg fájdalmakról panaszkodik a jobb lágyéktájon. Ugyanitt egy kisalmanagyságú, gömbölyű, korlátoltan eltolható, nagyobb felével a Poupart-szalag alatt elterülő daganat látható. Annak kórismézése, hogy vajjon lágyék- vagy czombsérv, nem volt oly könnyű a dagnak magas fekvése miatt, de a lágyékcsatorna üres és nyilt volta biztosan engedte megállapítani a sérv minőségét. Fölötte a bőr rendes. A has nincs felfuvódva.

Sérvmetszés chloroform-narkosisban. Rétegenkénti kikészítés. A könnyen megvastagodott sérvtömlő felhasításakor körülbelül evőkanálnyi mennyiségü vöröses, véres savó ömlik ki és napvilágot lát egy tyúktojásnagyságú bélrészlet, mely rostonyás hártyával van fedve; ennek eltávolítása után a bélnek serosája veresen aláfutva tünik elő, csúcsán feketésvörösen elszínesedve, egyenlőtlenül, duzzadtan; azonban elhalásról szó sincs. Meglehetős nehéz débridement után megkíséreljük a bél visszahelyezését, mi azonban a tömlő felső részében székelő akadály miatt nem sikerül. A hasür felé tolt bél ugyanis egy medialis fekvésü paravesicalis, a cruralis sérvtömlőből eredő tasakba jut, mely a hasürrel egy nyilás útján közlekedik, a melyben a properitonealis tömlőben levő bélkacsnak szárai vannak, melyek mellett a mutatóujj első percze kényelmesen betolható. A belső sérvkapú széle hosszú pince-szel rögzíttetik és a hasfal a sérvmetszésből kiindulólag a szükületen túl felhasíttatik. Erre következő kép tárul fel szemeink előtt: a Poupart-szalagnak belső fele fölött egy tyúktojásnál nagyobb, properitonealisan a húgyhólyag mellett fekvő tasakot látunk, mint oldalsó elágazását a cruralis sérvtömlőnek, mely az utóbbival a cruralis gyürü segélyével közlekedik és tetejében a sérvmetszés által megnyittatott. Ezen tasakban egy vékonybélkacs fekszik, melynek tetején a cruralis sérvkapúban kizáródott, a már említett felületbeli elváltozások által jelzett bélrészlet terül el. A kizáródott rész csak a mesenterium tapadási határáig terjed, tehát a bél perifériájának csak egy részét illeti, miért is jelen esetben bélfalsérvről, lateralis herniáról van szó. Úgy a cruralis, mint a properitonealis sérvtömlörész a hasürrel közös nyilással közlekedik, melyet a hasmetszéssel felhasítottunk, tágítottunk, úgy hogy most a visszahelyezés könnyen volt végrehajtható. Az abdominalis sérvkapúgyürü nagyon mozgékony, úgy hogy pince-szel megfogva, a cruralis gyürün át a sebbe húzható. Miután a sérvtömlőt az abdominalis gyürü mögött dohányzacskó-varrattal lekötöttük, a kétszeres sérvtömlőt kiirtottuk. Sebvarrat selyemmel és alagcsövezés. Esti hőmérsék 37·6°. Éjjel volt az első székletét.

Márczius 29-dikén. Láztalan seblefolyás. Első kötésváltoztatás. A varratok és drainek eltávolítása. A seb a drainnyilásokat kivéve per primam gyógyult.

Április 2-dikán a beteget gyógyultan bocsátottam el a gyógykezelésből.

Ezen eset a kétségkivül ritka cruro-properitonealis hernia prototypját mutatja. *Krönlein* már említett munkájában csupán egy esetet tudott felmutatni. Ezóta kétségkivül a cruroproperitonealis sérvnek több esete került megfigyelés és közlés alá.

Mint ritka, a properitonealis sérvnemnél eddig még nem észlelt tüneményt, a lateralis sérv előjövetelét, kötelességemnek tartom kiemelni.

Említésre méltó ezen esetben azon körülmény, hogy a hasfalnak a Poupart-szalag felett előforduló, a properitonealis sérvdaganat által előidézett kidomborodása, megkülönböztetésül az első esettől, hiányzott; miért is a mennyiben ezen daganat fontos diagnostikus támpontot képez a properitonealis sérvek kórismézésében, a valódi tényállásnak felismeréséről a sérvmetszés előtt szó sem lehetett, annál kevésbbé, mivel a külső sérvdaganat, a czombsérv, a kizárt sérv összes jellegzetes tüneteit mutatta s ekként ok nem volt arra, hogy a kizáródás székhelyét, kiindulási pontját másutt keressük. Hogy második esetünkben a hasdaganat hiányzott, annak okául felvehető egyrészt a properitonealis tömlőnek paravesicalis, mély, a kis medenczébe elbujt volta, másrészt a rectusizmok fibrosus tapadási végeinek feszessége, nagyobb ellenállása, mely a mellső hasfalnak a rugalmas tömlőbennék általi kidomborítását megakadályozta. Ha a kizáródás székhelye a belső sérvgyürünél lett volna, akkor meglehet, hogy a bélnek a gázok által előidézett nagyobb tágulása, tehát a sérvdaganatnak erősebb feszültsége, nagyobb térfogata következtében az alsó hastáj középső harmadában könnyen diffus kidomborodás vagy legalább tapintható resistentia a mélyben jött volna létre.

Végül a properitonealis sérveknél előforduló kizáródás localisatiojáról szeretnék egyet-mást megjegyezni. Az eddigi megfigyelések szerint (*Krönlein, Rossander, Neuber, Trendelenburg, Bolling, Oberst* stb.),[1] a mennyire ezek előttem ismeretesek, a kizáródás székhelye mindig a belső sérvgyürünél, a properitonealis tömlőnek a hasürbe vezető nyilásánál volt. Egy általam észlelt és mütett esetben, melyet annak idején a „Wiener med. Wochenschrift"-ben (Nr. 26—28. p. 194) és ezen folyóiratnak 1893-dik évi 34. számában közöltem, szintén így volt. Ez tehát a rendes, ez a szabály. Jelen két esetünk azonban másról tanuskodik. Az első esetben, mint már említettük, kétszeres incarceratio volt jelen (a külső és belső sérvgyürünél), a másodikban a kizáródés kizárólag és a rendestől eltérően a cruralis gyürünél volt, míg a belső sérvkapu a benne lévő bélkacs két szára mellett a mutató-

[1] Handbuch d. speciellen path. Anatomie. II. köt. Bécs, 1842. 165. oldal.

[1] Albert's Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre. Bécs, 1885.

ujjat kényelmesen átengedte. Ha mi ezen, a rendestől eltérő körülmény magyarázatát meg akarjuk kisérleni, véleményem szerint egy dolgot kell szemünk előtt tartani, t. i. mindkét sérvkapú egymáshozi caliberviszonyait. Ugyanis hogyan történhetett az az első esetben, hogy a bélkacsnak kizáródása úgy a külső, mint a belső sérvkapunál létrejött? Nézetem szerint akként, hogy mindkét sérvkapunak átmérője megközelítőleg egyenlő volt, tehát az incarceratiot előidéző momentum mindkét sérvkapunál ugyanazon caliberviszonyokat találta, miért is a kizáródási tünetek úgy a befüződés intensitására, mind pedig ennek a bélen észlelhető következményes állapotaira nézve is (a befüződési barázda mélysége, a bél szine, felfúvódása stb.) kell, hogy analogiát mutassanak. És a mütéti lelet csakugyan egyenlő tág sérvkapukról, egyenlő mély barázdákról (mindkét sérvkapú szélei élesen előreugrók voltak) és a bélen egyenlő elváltozásokról tanuskodik. Ezenkivül a kórelőzményben a kizáródás hirtelen keletkezéséről is van szó; mindez a mellett szól, hogy mindkét kizáródás egyidejűleg, elsődlegesen jött létre.

A kizáródás másodlagos keletkezésére a külső sérvkapunál csak akkor lehetne gondolni, ha az tágabb lett volna, mint az intraabdominalis, és pedig akként, hogy a belső, a szükebb sérvkapunál kizáródott bél, mely a kizáródás pillanatában és az ezt közvetlenül követő időben a külső, a tágabb sérvkapúban kényelmesen hever, csak a bélkacsnak fokozódó felfuvódottsága és duzzanata következtében tényleg incarcerálódik. Ebben az esetben azonban a befüződési barázdák alakja, különösen mélysége különbséget mutatna, míg a bélen észlelhető többi, a vér- és béltartalom keringési zavarai által előidézett elváltozások, mint szin, fény, duzzanat, felfúvódottság stb. mindkét részen egyenlők lehetnének, mivel a magasabban fekvő, a sérvkapú szükebb voltánál fogva hevesebb incarceratio az egész előcsett bélkacsra vonatkoznék, az egész kizáródott bélrészletet uralná.

Hogy miért jött létre második esetünkben a kizáródás a külső, a cruralis sérvkapunál, ennek az oka ismét csak a két sérvkapú egymáshozi caliberviszonyában keresendő. A külső sérvkapúnak nagyfokú szük voltáról, viszonyítva ezt a belsőhöz, már a mütéti leletben megemlékeztünk — mi különben a czombsérveknél rendesen előfordul — és míg a belső olyannyira tág volt, hogy a bélkacs mellett kényelmesen dughattuk bele mutatóujjunkat, addig a külsőben a bél oly hevesen volt beszorulva, hogy csak nagynehezen és kiváló óvatossággal voltunk képesek a débridement végrehajtása czéljából a herniotomot bevezetni.

A kizáródás a properitonealis sérveknél az eddigi megfigyelések szerint, mint említettük, rendesen a belső intraabdominalis sérvkapunál jön létre. Ennek okát az eddigi szemlélődéseink szerint csupán a belső sérvkapú szükebb voltában, kisebb átmérőjében kell keresnünk. Az eddigi esetekben ugyan a két sérvkapú caliberviszonyaira semminemü tekintettel nem voltak a szerzők, mert a kizáródásnak a belső sérvkapunál való rendes előjövetele ezt szükségessé nem tette; egyébiránt ez máskép nem is lehet. Legelső esetem is ezt bizonyítja, mert itt is a kizáródás az intraabdominalis sérvkapunál volt, míg a külső oly tág, oly kényelmes volt, hogy a külső sérvtömlőben fekvő bélkacs az előbbi felhasításakor, daczára annak, hogy a scrotalis sérv a kizáródás összes tüneteit mutatta, hirtelen, még mielőtt meg lehetett fogni, minden débridement nélkül a properitonealis tasakba, a hasfalak mögé visszacsúszott. Ezen nézetemet különben a legtöbb properitonealis sérv keletkezéséről szóló *Streubel-Krönlein*-féle theoria támogatja, a mennyiben arra nézve, hogy properitonealis sérv létrejöjjön, első feltétel az ostium abdominalenak hegesen szükült volta, akár lágyék-, akár czombsérvről legyen szó, mely körülmény meggátolja, hogy a sérvbennék mechanikusan ható erőkifejtésnél — mint gyakori erőszakos visszahelyezési kisérletek, czélszerütlen sérvkötők viselése — a hasürbe kitérjen, miáltal a sérvtömlőnyaknak a belső lágyék- vagy czombgyürütől való leválása és a sérvtömlőfalnak properitonealis, azaz a hasfal és parietalis hashártyalemez közé való kiöblösödése idéztetik elő. És hogy az esetek legnagyobb részében ezen ostium abdominalenak szükebbnek kell lennie, mint az ostium externumnak, ezt legjobban bizonyítja a külső sérvgyürünek gyakran ismétlődő tágitása, melyet a betegek a visszahelyezési kisérletek által okoznak. Igy tehát a properitonealis tömlőnek abdominalis nyílása ezen manipulatiok által legkevésbbé sem érintetik, mert a külső sérvnek tartalma sohasem a hasürbe, hanem csak a pro peritonealis tasakba tolatik, miáltal a belső sérvgyürünek, mely a visszahelyezéssel járó tágitásokat kikerüli, elég alkalma van annyira összehúzódni, hogy a passage csupán az átvonuló bélben megmarad.

Közlemény a szt. Rókus- (új dolog-) kórház XI. (fiók-) osztályából. Rendelő orvos: Török Lajos dr. egyet. m. tanár.

Unguentum cinereum labdacsok (pilulae hydrarg. ciner.) adagolása syphilis ellen.

Varga Géza dr. kórházi gyakornoktól.

A syphilis gyógykezelése, daczára annak, hogy a higany mint specifikus szer általánosan elismert, mégis mindig kutatás tárgyát képezi. Változtatunk a gyógyanyagon is, a higany különböző sóit véve alkalmazásba, de változtatunk a gyógymethoduson is. Gyógyszereinket, a higanyt és a sóit a bör felületére alkalmazzuk reákenés, bedörzsölés, reátapasztás, befüstölés, fürdők által, vagy a bőr alá, illetőleg az izomrétegbe fecskendezzük oldatok alakjában, végre labdacsokban, porokban és oldatokban adjuk belsőleg őket. Az eddigi methodusok közül az inunctio-kúra gyógyhatása tekintetében általános elismerésnek örvend, sőt a legtöbb szakorvos az összes antisyphilitikus eljárások közül ezt teszi hatékonyság tekintetében első helyre. De a bedörzsölési gyógymódnak számos hátránya van. Ilyen például az, hogy sok beteg odahaza nem birja alaposan elvégezni a bedörzsölést, nem lévén külön szobája. A beteg ugyanis titkolni óhajtja baját s ha nem rendelkezik a megfelelő helyiséggel, feltételesen vagy sehogysem végzi a bedörzsölést. A bedörzsölési kúra ezenfelül nem csekély kitartást és akaraterőt igényel, a melylyel nem rendelkezik minden beteg. Ezen és hasonló okoknál fogva igen gyakran az inunctios kúrát nem birjuk keresztülvinni. Az injectio-kúrának igen nagy hátránya a fájdalmasság, a mely miatt számosan visszautasítják a higanyadagolás ezen formáját, az oldhatlan sók, valamint a szinhigany befecskendezésének azonfelül az a hátránya van, hogy teljesen kivül esik számításunkon, hogy mikor szivódik fel a befecskendezett gyógyszer és mily mennyiségben. Ennek folytán a szervezetbe hozott higanyraktárból általunk többé nem módosítható viszonyok közt hirtelen indulhat meg a higanyfelszivódás és veszedelmes mérgezési tünetek léphetnek fel. A legegyszerübb, legkevésbbé feltünő és a betegre nézve legkellemesebb volna a higany belső adagolása. De ezen eljárás a hatás intensitása és gyorsasága tekintetében messze mögötte áll a fentieknek s e mellett kellemetlen mellékhatásai vannak az emésztési szervek részéről. Ha azonban sikerülne egy oly praeparatum elkészítése, mely hatásra nézve nem állna messze mögötte az inunctio- és injectio-gyógyeljárásnak s e mellett az emésztési szerveket sem támadná meg túlságosan, ez nemsokára kiszorítaná a többi gyógyeljárást, mivel az antisyphilitikus gyógyeljárást mindenféle accidentalis kellemetlenségeitől megfosztaná.

Ezen irányban dolgozott *Anuschat*, a ki azon elvből indult ki, hogy feltéve, hogy a higany gőz alakjában fejti ki antiluetikus hatását a testre való bedörzsölésnél, feltéve továbbá azt, hogy a higany zsírral keverve belső adagolásnál az epe emulsionalis erejénél fogva finoman lesz elosztva, a bél nyákhártyája által felszivatik, a véráramba jut s itt gőzalakjában fejti ki hatását. A szinhigany belső adagolásánál tehát Anuschat szerint a födolog az, hogy megfelelő dosis zsír legyen jelen s az epe müködése normalis legyen. E tényre támaszkodva magából a higanyfémből pilulákat construált, melyekkel syphilisnél kitünő hatást ért el. Ennek megfelelőleg Anuschat a következő pilulákat ajánlja: Rp. Hydrarg. metallic. pur. *5·0,* Lanolini *10·0,* Extinque Hg. exactissime terendo. Radicis althaeae qu. s. ut. f. pilulae Nr. 100. *DS. 2-szer napjában 1 labdacsot.*

Tehát 1 pilula = 5 cm. higanyt tartalmaz s Anuschat szerint ez megfelel 3 gm. ungu. cinereumnak. Napjában 2 szemet ad be s megfelelő zsíros táplálékról gondoskodik. Egy kúrához 60 pilula, tehát 30 napi adagolás szükséges s tapasztalatai szerint ez idő alatt az összes tünetek visszafejlődnek. Szerinte a Hg. ciner. belső-

leg adagolva egyenértékű az inunctio-kúrával, sőt felülmulja azt annyiban, hogy semmiféle kellemetlen mellékhatása nincs. Anuschat adatait megerősiti Silberstein is a Therapeut. Monatshefte juniusi számában közzétett czikkében. Ő a pilulákon annyiban változtatott, hogy előbb egy kenőcsanyagot készíttetett, t. i. az ungu. lanol. hydr. ciner.-ot, ebből liquirit., mucil. gummi arab. s glycerin hozzáadásával készitik a pilula-massát.

Az így előállított labdacsokkal ugyanolyan eredményeket ért el, mint Anuschat, sőt ő még tertiaer luesnél is, mint a közzétett kórtörténetek is mutatják, kitünő hatást ért el. Tekintve e szép eredményeket, főnököm, Török dr. egyetemi m. tanár úr felszólítására, kinek e helyen is legforróbb köszönetemet legyen szabad kifejeznem, kisérleteket tettem a Pil. hydr. cinerei-vel (vagy röviden pilulae cinerei, szürke pilulák), úgy a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár rendelő intézetében, mint a poliklinikán s a dologkórházban.[1] A pilulák kétféle higanydosissal készültek. Vannak 5 centigrammosok és 2·5 centigrammosok. Az előbbiekből kettő, az utóbbiakból négy a napi adag. Oly egyéneknél, a kik hasmenésre hajlamosak, ajánlatos az utóbbiak alkalmazása, még pedig úgy, hogy kezdetben csak két 2·5 centigrammos pilula vétessék pro die. Az eseteket kisérletezésemnél válogatás nélkül használtam fel úgy, a hogy jelentkeztek. A betegek az 5 centigramm labdacsokból napjában 2 szemet vettek be, egyet ebéd, egyet vacsora közben, két hétig, azután rendszerint 8 napig pihentek, s azután két hétig ismét 2 szemet vettek be naponta. Kellemetlen melléktüneteket, így hasmenést, stomatitist nem okozott a gyógyeljárás. Csak két esetben fordult elő 4—5-szöri hasmenés egy napon. Ezen esetben azonban a betegek tévedésből üres, vagy majdnem üres gyomorra (reggeli után) vették be a pilulákat. Előre mondhatom, hogy eredményeim mögötte állnak úgy Anuschat mint Silberstein eredményeinek. A tünetek eseteim legnagyobb részében igen lassan fejlődtek vissza, sőt hetekig stagnáltak, úgy, hogy sok esetben kénytelenek voltunk a kúrát félbeszakítani s inunctios kúrára áttérni, melynek alkalmazására a tünetek rohamosan visszafejlődtek. Az eseteket, melyeket észleltünk két csoportba osztottam.

1. Azon esetek, hol a pilulák prompt hatást fejtettek ki.

2. Hol a szer hatása lassú volt, vagy a hol a pilulák egyáltalában nem fejtettek ki számba vehető hatást, ide osztottam továbbá azon eseteket is, a melyeknél kezdetben megindult a *tünetek* visszafejlődése, de nemsokára stagnatio következett be úgy, hogy más erélyesebb gyógyeljáráshoz, az inunctios kúrához kellett folyamodnunk. Megjegyzem, hogy az esetekben nem szorítkoztunk kizárólag a pilulákra, hanem szükség esetén helyileg is kezeltünk.

I. Azon esetek, hol prompt hatottak a pilulák, a következők:

1. T. F. 36 éves szerelő. Lues. 1898. október 7-dikén. Nyolcz hét előtt infectio, akkor egy tourt kent, jelenleg condyl. lata ad anum et scroti, roseola az egész testen, szétfoszlott papulák az alsó ajkon, fejfájás, álmatlanság, általános mirigybeszürődés. Rendeltetik szürke tapasz. Kerpel-féle szürke pilulák napjában két szemet. Október 17-dikén fejfájás megszünt, jól aludt, condyl. visszafejlődésben. Roseola halványabb. November 9-dikén az összes tünetek visszafejlődtek. A gyógykezelés tartama ezek szerint 32 nap volt.

2. J. 34 éves gyári munkás. Október 4-dikén. Condyl. lata ad scrotum, ad anum et radic. penis. Angina, általános mirigybeszürődés. R. szürke tapasz. Kerpel-féle szürke pilul. Október 14-dikén a tünetek nagyrészt visszafejlődőben, különösen a condyl. lata ad anum laposabbak lettek. Kisfokú glossitis lépett fel. Pilulák kihagyattak. Október 20. glossitis visszafejlődött, ismét pilul. November 10.: az összes tünetek visszafejlődtek. Gyógykezelés tartama 36 nap.

3. Kl. J. 20 éves, kárpitos. November 5-dikén. 1½ év előtt infect., most a nyelv hegyének baloldalán és a torokban plaque-ok. R. Pil. November 22. Tünetek visszafejlődtek.

4. Z. P. Szeptember 26. Sclerosis a jobb mandulán, általános roseola, mirigybeszürődés. Angina. November 6. a tünetek visszafejlődtek.

5. R. J. Szeptember 21. 5 hó előtt infectio, kórházban feküdt 7 hétig, 40 kenést végzett. Papulae scroti. Erosiones lab. super. et inf. Általános mirigybeszürődés. R. Pilulák. Október 12. tünetek visszafejlődtek. Gyógyulás 21 nap alatt.

6. P. J. Szeptember 19. Condyl. lata ad anum. Infectio 7 hó előtt, akkor 25 bedörzsölést végzett. R. Kerpel-féle szürke pilula. November 2. Condyl. lata sokkal laposabbak, általános érzés kitünő. Október 15. Tünetek visszafejlődtek. Gyógyulás 36 nap alatt.

7. K. Gy. 30 éves. Szeptember 15. 1 év előtt infectio, a midőn is 30 injectiot kapott. 4 hó előtt 30 kenést végzett. Jelenleg általános mirigybeszürődés. Plaque-ok ad tonsillas. Osteokopikus lábfájdalmak. R. Pilulák. Október 5. tünetek visszafejlődtek. Fájdalmak teljesen megszüntek. Gyógyulás 20 nap alatt.

8. K. F. 50 éves, magánzó neje. Infectio 3 év előtt. Az infectio után kenőkúra, azóta többször higanypilulák (sublimat) és jodkalium belsőleg. 8 hónap előtt a jobb láb hátán a második új töve tájékán fekély keletkezett, mely azóta a köröm felé és a láb háta felé terjedt. 1898. julius 22-dikén egy a hüvelykujjtól a 4. és 5. ujjközig félkörben terjedő 2—3 millimeternyi széles, egyenetlen, mély és körülbelül 4—5 millimeternyi széles, egyenetlen tömött és alávájtszélü, szalonnás lepedékkel fedett s a lábhát mellső harmadában lefutó fekély van jelen, a melytől mellfelé a lábhát, a hüvelyk első perczének és a második lábujj mind a három perczének háti részének bőre hegszerüen változott át s helyenként apró, tömött, keloidszerü kiemelkedéseket mutat. A jobb térd alatt és tőle befelé az alszáron egy gyermektenyérnyi területen több borsónyi, barnáspiros, a bőr niveaujában fekvő göb. Julius 27-dikétől kezdve szürke pilulákat vett a beteg, helybelileg pedig 5%-os arg. nitric. ételések s fehér praecipitatkenőcscsel való kötések alkalmaztattak. Szeptember 10-dikén, azaz 43 nap alatt körülbelül 70 pilula bevétele után teljes gyógyulás.

II. Azon esetek, melyekben a fémhiganypilulák nem használtak, illetve lassú hatást fejtettek ki. E csoportnál megjegyzem, hogy sok esetben az első napokban a pilulákra a tünetek visszafejlődésnek indultak, de ezután a hatás megállott, csak hatásosabb szerelésre fejlődtek vissza teljesen.

1. J. K. 18 éves, kéjnő, a kórházba felvétetett szeptember 21-dikén. Első infectio. Papulae ad labia majora et minora, általános papulo-maculosus kiütés az egész testen, általános mirigybeszürődés, angina. Rendelés: kenőkúra. Helybelileg emplastrum cinereum. Az első bedörzsölésre általános dermatitis artificialis, miért is a kenőkúra abbanhagyatott.

Október 12-dikén dermatitis visszafejlődött. R. Pilulák. November 26-dikán a condyl. laposabbak, visszafejlődésben. November 5-dikén semmi elváltozás. November 15-dikén semmi elváltozás. Áttérünk injectio-kúrára.

2. P. O. 22 éves fodrász. Augusztus 25-dikén sclerosis, melyet 2—3 hét előtt vett észre. Papulo-maculosus kiütés az egész törzsön és arczon, mirigyek megnagyobbodtak. Condyl. lata ad anum et scroti. R. Higanytapasz, pilulák. Október 12-dikén papulák halványodtak, laposabbak, különösen az arczon.

Október 20-dikán a papulák legnagyobbrészt lelapultak vagy laposabbak s pigmentfoltokká alakultak át, de a visszafejlődésben stagnatio állt be, úgy hogy kenőkúrát rendeltünk el.

3. V. S. 19 éves lakatos felvétetett a dologkórházba 1898. október 10-dikén. Sclerosis a praeputium bellemezén. Általános roseola, angina. R. szürke pilulák. Empl. ciner. Szeptember 22-dikén a roseolák feltünően halványabbak. Sclerosis laposabb s feltisztult. Szeptember 29-dikén: Status idem. Október 5-dikén: Stagnatio állandó. Kenőkúra lett elrendelve.

4. G. J. 30 éves napszámos. Infectio ezelőtt két évvel. Antiluetice kezelve nem lett. Jelenleg igen nagyszámú félkrajczárnyi egész tallérnyi kifoszlott papulák a végbél körül s a scrotumon. Papulák a torokban, felső és alsó ajkon. R. Empl. ciner. Étetés arg. nitr.-mal a torokban. Szürke pilulák. Szeptember 22-dikén condylomák feltünően laposabbak, papulák a torokban tünőfélben. Szeptember 30-dikán állapot ugyanaz. Október 16-dikán 60 pilula elhasználása után a papulák laposabbak, de el nem

[1] A pilulákat Anuschat előirása szerint Kerpel Vilmos budapesti gyógyszerész készítette, ki azokat még gelatinával vonván be, igen csinosan állitotta ki.

tüntek. Angina. Kenőkúra lett rendelve. November 30-dikán 40 kenés után a beteg gyógyult.

Ha az itt példaképen felsorolt kórtörténeteket végig tekintjük, a melyekkel egyéb tapasztalataim is összevágnak, ekkor azt hiszem, hogy az alábbi következtetéseket vonhatjuk le belőlük:

Tagadhatatlan, hogy a fémhiganyt zsíros vívő anyagban tartalmazó szürke pilulák hatékony antisyphilitikus gyógymódot képeznek. Bizonyságot képeznek erre nézve a fentebb az I. csoportban közölt esetek. Jótékony hatásukat a bőr syphilisének úgy secundaer, mint tertiaer alakjainál fejtik ki, e mellett igen kellemes, egyszerű gyógyeljárást képeznek, a mely a betegek akaraterejével szemben nem támaszt nagy igényeket, mely elég egyszerű arra, hogy a betegek könnyen megértsék és keresztül vigyék, s a melynek véghezvitele a betegek részéről semmi akadályokba nem ütközhetik, mivel sem feltünő, sem fájdalmas, és kellemetlen mellékhatásoktól kellő alkalmazásánál ment.

Ezen nagy előnyei daczára nem hiszszük, hogy képes lesz kiszorítani a többi antiluetikus kúrát, nevezetesen a kenőkúrát. Az utóbbi hatására nézve tapasztalataink szerint messze felülmulja a szürke labdacsokat. A syphilitikus kórtünetek a kenőkúra hatása alatt összehasonlíthatlanul gyorsabban mulnak el, mint a szürke labdacsoknak használatánál. Bizonyos esetekben pedig sikerül a kórtünetek eltüntetése a kenőkúra által, midőn azok szürke labdacsok használatára vagy épen nem mozdulnak, vagy midőn bizonyos fokú javulás után a visszafejlődés megáll.

Mindezek alapján oda kell nyilatkoznunk, hogy a syphiliskezelésben akkor, midőn erősebb vagy gyors hatást akarunk elérni, a szokásos erősebb gyógyeljárásokhoz, első sorban tehát a kenőkúrához folyamodjunk. Ide számítjuk a syphilis másodlagos szakának első tüneményeit is, még ha azok kisebb jelentőségüek is, mivel azon elvet követjük, hogy minden esetben legalább egy erősebb kúrán vezessük keresztül betegeinket. Enyhébb recidivákat úgy a másodlagos, mint a harmadlagos syphilis csoportjából — esetleg ha szükségesnek tartjuk, a lappangási időszakot — a szürke labdacsokkal kezelhetünk. Ezeket azért helyezzük egyéb belső szereink fölé, mivel itt aránylag igen nagy mennyiségü higanyt oly formában kebelezhetünk be, melyet a gyomor és bél jól tür, tapasztalatunk szerint összehasonlíthatlanul jobban, mint más belsőleg veendő higanykészítményeink sokkal kisebb adagait. Az utóbbi okoknál fogva inkább ajánlható a szürke labdacsok használata, mint más higanykészítményeké, oly esetekben, a midőn a fentebb említett okoknál fogva a hatásosabb antiluetikus kezelési módszerek keresztül nem vihetők.

Ha tehát nem is osztjuk Anuschat és Silberstein nézetét és nem hiszszük, hogy a szürke pilulákkal a kezelés hatás tekintetében egyenértékü a kenőkúrával, mégis annyiból kell ezen kezelési módszer mellett nyilatkoznunk, hogy a syphilis gyógykezelésnél belsőleg alkalmazni szokott higanysók fölé helyezzük őket úgy hatásukat illetőleg, mint pedig abból a szempontból, hogy alig vagy épen nem okoznak kellő alkalmazásnál kellemetlen melléktüneteket.

TÁRCZA.

A laryngo-rhinologia Párisban.

A külföldet járó laryngologusok közül aránylag igen kevesen keresik fel a franczia szakembereket. Nem akarom e helyen ennek okát fejtegetni, csak annyit jegyzek meg, hogy sokakat elriaszt azon kicsinylő lenézés, a melyben az osztrák és német kartársak a franczíákat indokolatlanul részesitik. Én sem voltam minden előitélettől mentes, a midőn Párisba érkezém. Most azonban, egy félévi itt tartózkodásom után, annyira meg vagyok elégedve az itt tapasztaltakkal, hogy mulasztásnak tartom, ha valaki külföldi tanulmányútjában a franczíákat fel nem keresi. Nemcsak egyes intézetekben nyert kedvező benyomásaim késztetnek e nyilatkozatra, hanem főleg az, hogy a franczia fül-, orr- és gégebetegségekkel foglalkozók nemrég lefolyt congressusán az ország szakférfiait alkalmam volt együtt láthatni. Ez összejövetelkor az előadások magas szinvonalánál csak az általános (congressusokon majdnem szokatlan érdeklődés) volt nagyobb. Az 5 napig tartó congressuson 32 szerző 59 tárgygyal szerepelt, 4 idegen kivételével mind franczíák.

Ónodi tanár is jelentett be 2 felolvasást, melyeket azonban nem tarthatott meg. A casuistikus közleményektől eltekintve, a főfigyelem az orr melléküregeinek megbetegedéseire irányult; az itt kifejlődött érdekes vitáról más alkalommal számolok be.

E szerény tárcza keretében csak a párisi viszonyokat szándékom a magyar orvosi közönséggel megismertetni.

Hosszú időn keresztül csak egyetlen laryngologiai szakintézet volt a franczia fővárosban, ez a régi *Isambert*-féle a *Lariboisière*-ben, melyet később *Gouguenheim* prof. folytatott s mai nap is elsőrangú szinvonalon tart. Minthogy ez intézet a legismertebb a hasonló irányúak közül, részletes ismertetésére kiterjeszkedni nem fogok, csak egyes érdekesebb körülményt említek. A tükrözéshez fényforrásul *Drumont*-féle fény szolgál, mely egy hosszú csőben elhelyezett lencserendszeren át jut a megvilágitandó területhez. A reflector használatát egész feleslegessé teszi. Ez utóbbi pontban különbözik pl. a *Dundas-Grant és Lennox-Browne* által Londonban használtaktól; még a *Fränkel* demonstratio czéljaira szolgáló lámpa fénye is reflectorral vetittetik.

A fény igen éles és szép fehér, különösen alkalmas a légcsőtükrözésre; költséges voltánál azonban csak a tanár és segéd használja. Kiválóan szépek a falon függő ábrák, melyek a gége kóros állapotait tüntetik fel igen természetszerűen.

Itt is ép úgy, mint a többi intézetekben a fülészet a felső légutak betegségeivel együtt müveltetik, hasonlóan Angliához, sőt Észak-Amerikában még a szemészetet is ezen — már elég nagy — kalap alá vonják.

Az utolsó években szerfelett megnőtt a specialis rendelések száma s különös az, hogy legtöbbjük igen közel van egymáshoz. Csoportosan fordulnak elő, mint némely járványos betegségek. Egy ilyen endemiás hely a *Bod. St. Germain* és a *Szajna* közt fekvő terület jobbra a *Bod. St. Michel*től. Itt a legjobban megtámadott utczák a *Rue St. André des Arts*, *Rue des grandes Augustins*, *Rue Serpente*, *Rue Haute-feille*; csak névleg említek fel néhányat az ismertebbek közül: *Lubet-Barbon*, *Baratoux*.

A viz ugyanezen oldalán, nem messze van még a *Castex* rendelése a *Rue de l'école de médecine*-ben fekvő *Dupuytren muzeum*-ban; jól berendezett intézet, mindennap rendelés, hetenkint 3 egyetemi előadás. A *Quartier Latin* másik nagyobb intézete a *Luc*-é, hol szintén 2-szer hetenkint előadás van.

A legnagyobb és ennek daczára a külföldön alig ismert rendelés, illetve szakkórház, a *Marcell Lermoyez* dr. vezetése alatt álló laryngologiai, rhinologiai és otologiai osztálya a *Hopital St. Antoine*-nek.

Páris egyik legnépesebb iparos negyedében fekszik a *Rue du Faubourg St. Antoine*-ban. Az egész intézet még új; eltekintve az 1896. óta létező kis rendeléstől, csak 1898. márczius 1-jén kezdte meg működését. Legyen szabad e minden tekintetben kiváló intézménynyel kissé bővebben foglalkoznom. A szervezéskor mindenre kiváló figyelmet forditván, oly tökéletes fokot értek el, hogy hozzá hasonlót csak egyet ismerek, *Londonban a Gray's Inn Roadon levő „Central London throat and ear hospital"*-t, sőt még ennél is tágasabb és világosabb. Az osztály két emeleten van elhelyezve, egy különálló épületben.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: **Bókay Árpád** dr., **Kétly Károly** dr., **Korányi Frigyes** dr. Ötödik kötet. Húgy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akademia segélyezésével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

(Vége.)

Róna Sámuel a venereás és syphilitikus megbetegedéseket irta meg. Szerzőtől nehány év előtt hasonló tartalmú s nagyterjedelmű munka jelent meg, melyet annak idején az orvosi sajtó bőven méltatott s nagy elismeréssel fogadott. Az előttünk fekvő munka körülbelül 150 oldalon tárja elénk mindazt kivonatosan, a mit nagy munkájában megirt. Szerző helyes érzékére és nagy tájékozottságára vall, hogy ezen kisebb terjedelmű dolgozatában sem maradt semmi fontosabb el. A férfi és női húgyivarszervek kankója, a végbélkankó, a kankó szövődményei, az álkankó, a Bókay által leirt croupos húgycsőlob, a sanker és szövődményei, a syphilis szerzett és öröklött alakja, a reinfectio stb. mind behatóan ismertetésre találnak és csak elismeréssel lehetünk szerzőnek, hogy figyelemmel volt az e téren elég bőven felmerült újabb és legújabb vívmányokra. *Róna* irta meg egyszersmind a nemi élet zavarait férfiaknál, figyelemmel levén a kóros pollutióra, spermatorrhoeára, az impotentia coëundira s a sterilitas virilisre. Ezen fejezeteket is érdekesen, mindenütt saját észleleteire támaszkodva s a legújabb irodalmi adatok figyelembevételével irta meg.

A kötet utolsó szakasza a *bőr betegségeivel* foglalkozik. Szintén érdeme szerkesztőknek, hogy egy a belgyógyászattal foglalkozó munkában a bőr elváltozásainak elegendő tért nyitottak, a mit eddig közkézen forgó nagyobb munkákban sajnálattal nélkülöztünk. A bőrgyógyászat a belgyógyászattól külön nem választható, azoknak számtalan helyen sürü érintkezési pontjai vannak. Az előttünk levő szakasz egyszersmind fényesen dokumentálja, hogy *Schwimmer* szakmája árván nem maradt és hogy egy önállóan dolgozni képes kitünő fiatal gárda fölött rendelkezünk.

Ezen gárda seniorja, *Havas Adolf* irta meg *a bevezetést a bőrbetegségekhez, a bőr lobos betegségeit, a pangásos dermatosisokat, az érzeteg neurosisokat, a felbőr és függelékeinek betegségeit.* Megállapodott klinikus kitünő észlelő tehetsége nyilvánul az egyes kóralakok megrajzolásában, a ki mindenütt figyelemmel van a kórboncztani viszonyokra, a kórjóslatra és a legapróbb részletekre kiterjedő therapeutikus mozzanatok felsorolásánál a gyakorló orvos igényeit is szem előtt tartja. Egy elméletileg és gyakorlatilag egyaránt képzett buvár jeles munkája, mely orvosi irodalmunknak minden tekintetben díszére válik.

Tauffer Emil az *angioneurosisokat* irta meg, melyek között az újabb időben nálunk a szakkörök figyelmét lekötő *pellagra* is helyet foglal. A kitünően megirt fejezet az érdekelt orvosi körök figyelmét joggal van hivatva lekötni. Igen behatóan tárgyalja szerző többek között az *urticariát*, az *erythema* különböző alakjait, a *pemphigust*, *az impetigot*, *a rosaceát*, *a Dühring- és Köbner-féle* ritkább kóralakokat. A *trophoneurosisok* fejezetében a *herpes* és annak különböző alakjai foglalnak helyet. A fejezetek alaposan, szépen és áttekinthetően megirt volta a szerző jeles képzettségét documentálja és a szakirodalomban is tejes elismerésre számíthat.

A bőrgyógyászat néhány igen fontos fejezete *Török Lajos* szakavatott tollából került ki. Megirja a bőr *granulomáit*, melyek között a bőr *gümőkórja*, továbbá a *mycosis fungoides*, *a leukaemia és pseudoleukaemia cutis*, *a sarcoma idiopathicum multiplex* foglalnak helyet. A második főfejezet a bőr *desmomái*, melyben tekintettel van a *keloidra*, *a rhinophymára*, *fibroma molluscumra*, *lipomára*, *a xanthoma* különböző alakjaira, stb. Szerző jeles tehetségének, önálló felfogásának más dolgozataiban annyiszor adta tanújelét, hogy újabb munkái iránt mindig fokozott várakozással vagyunk, melyet szerző teljes mértékben kielégített. A histologiát a bőrgyógyászatban ő fektette nálunk szélesebb alapra; összes dolgozataiban mindig kórszövettani alapra támaszkodik és épen ennek köszönhető, hogy a tárgy beosztása sokkal helyesebb, semmint azt különben oly jeles szerzőknél, mint pl. *Auspitz*-nál is látjuk.

A bőrgyógyászat utolsó szakaszait *Nékám Lajos* irta meg. *A hajzat és verejtékmirigyek betegségei*, *a bőr pigmentatioja* kimeritően megirt fejezetek, melyek a gyakorlott bőrgyógyász kitünő megfigyelőképességéről és nagy tájékozottságáról tanuskodnak.

Nékám irta meg egyszersmind *az idegen élőlények* okozta bőrbetegségeket, melyben szerzőnek nagy kórboncztani tapasztalatai és ismeretei is teljes érvényre jutnak és bakteriologiai tudásának kifejtésére bő alkalom kinálkozik. E fejezetek nemcsak a gyakorló bőrgyógyász figyelmét fogják lekötni, hanem kórboncztani magas értékűknél fogva hazai irodalmunk e szakaszának is értékes kiegészitő részét fogják képezni.

A munka kiállítása kitünő és a magyar orvosi könyvkiadó-társulat, valamint Dobrowszky és Franke könyvkiadó czég áldozatkészségét dicséri. *Tauszk* dr.

II. Lapszemle.

Vaskészitmények bőr alá fecskendezésével tett kisérleteket *Terrile* Maragliano tanár klinikáján. Kisérleteihez ferrum arsenicosumot, ferrum citricum ammoniatumot és ferrum natriocitricum pyrophosphoricumot használt. A befecskendések alig fájdalmasak, egyéb lokalis vagy általános tüneteket sem okoznak. Az ilyen befecskendésekkel aránylag nagymennyiségű vas juttatható gyorsan a szervezetbe. A legczélszerübb adag 2·5—10 centigramm pro die. A legjobb eredményeket az arsensavas vas adta. (IV. Congresso medico regionale ligure.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. julius hó 16-dikától 1899. julius hó 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 450 gyermek, elhalt 242 személy, a születések tehát 208 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2320 beteg, szaporodás 752, csökkenés 816 maradt e héten végén ápolás alatt 2256. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 8, agyvérömleny 3, rángások 9, szervi szivbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 19, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 26, carcinomata et neoplasmata alia 18, méhrák 7, Bright-kór és veselob 7, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 9, erőszakos haláleset 7. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. julius 23-dikától julius 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt 3), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 19 (meghalt —), vörhenyben 36 (meghalt 6), kanyaróban 46 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 1) trachomában 15, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 25 (meghalt 1), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt —).

△ **Kitüntetés.** *Bossányi Béla* dr.-nak, a Szt. Lukács-fürdő főorvosának Ő Felsége a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a királyi tanácsosi czimet adományozta.

— **Gyermekvédő-congressus.** A f. é. szeptember havában Budapesten tartandó *gyermekvédő-congressus orvosi szakosztályának* eddig a következő előadások jeleztettek: *A) Hazaiak:* 1. *Faragó Gyula* dr.: Gyermekvédelem a születés előtt; 2. *Temesváry Rezső* dr.: Gyermekvédelem a születés előtt; 3. *Grósz Gyula* dr.: Az alkoholismus a gyermekeknél; 4. *Farkas Jenő* dr.: Játszó- és üdülőhelyek; 5. *Szegő Kálmán* dr.: A tengeri gyógyintézetek működése, tekintettel a jótékony intézetekre; 6. *Bókay János* dr.: A pertussis prophylaxisáról, különös tekintettel a tuberculosis terjedésére; 7. *Berend Miklós* dr.: Az újszülöttek helyzete a szülőházakban és kórodákon; 8. *Torday Ferencz* dr.: A görvélykórosak s a tengeri és gyógyfürdők; 9. *Vámos Gyula* dr.: A dajkaságba adott gyermekek orvosi felügyelete; 10. *Ötvös József* dr.: Gondoskodás elzüllött gyermekekről; 11. *Kende Mór* dr.: Az alkoholismusról; 12. *Erőss Gyula* dr.: A csecsemőkórházakról; 13. *Deutsch Ernő* dr.: A koraszülöttek gondozásáról; 14. *Csillag Gyula* dr.: Az alkoholismus a gyermekeknél, törvényhozási s társadalmi szempontból; 15. *Szalárdi Mór* dr.: A lelenczügy jelen állása Magyarországon; 16. *Berger Ferencz* dr.: A fogszú gyakorisága gyermekeknél, azoknak leküzdése. (Száj-ápolás); 17. *Szontagh Félix* dr.: A gümőkór prophylaxisáról a gyermekkorban; 18. *Thirring Gusztáv* dr.: A gyermekhalandóság Budapesten; 19. *Politzer Alfréd* dr.: Az angolkór prophylaxisáról; 20. *Politzer Alfréd* dr.: A csecsemők és szoptatónők védelme; 21. *Schuschny Henrik* dr.: A gyermekek szellemi megerőltetéséről; 22. *Goldzieher Vilmos* dr. tanár: A gyenge látással biró gyermekek iskolai oktatásáról. *B) Külföldiek*: 1. *H. Neumann* docens, Berlin: Die sociale Lage der unehelichen Kinder in Berlin; 2. *D. Biedert* tanár, Elsass: Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Nothwendigkeit; 3. *Rothschild H.* báró, Páris: A sterilizált tej alkalmazásáról a csecsemőknél; 4. *L. Concetti* tanár, Róma: Sur l'Enseignement de la Pediatrie dans les Universités; 5. *L. Concetti* tanár, Róma: Sur la morbidité et mortalité infantile dans la ville de Roma; 6. *Schabanoff Anna* dr., Szt.-Pétervár: La protection des enfants atteints d'affections chroniques en Russie.

♂ **Kérelem.** Tisztelettel felkérem az összes hazai kartárs urakat, szíveskedjenek irodalmi működésük összeállítását a nemsokára megjelenő magyar orvosi bibliographia czéljaira *mielőbb*, legkésőbb azonban szeptember 15-dikéig nékem beküldeni. Külön kérem összeállítani az önálló, vagyis könyvalakban megjelent dolgozatokat, és külön a folyóiratokban közölt czikkeket, megjelölvén, hogy különlenyomat készült-e belőlük. Az összeállításban feltüntetendő a könyv teljes czime (ha más nyelven is megjelent, úgy ezen czim is), megjelenésének helye és éve, esetleg újabb kiadásai. Kartársi tisztelettel Budapest 1899. augusztus hó 1-sején, *Győry Tibor* dr., IV., Zöldfa-utcza 21. sz.

= **A nyitravármegyei „Ágoston-közkórház"** segélyét *Nagy-Tapolcsányban* az 1898-dik év folyamán, mint azt *Friedrich Alajos* dr. közkórházi igazgató-főorvos kimutatásából olvassuk, 1039 beteg vette igénybe 40 nagyobb és 223 kisebb műtéttel. A kórházban mint alorvos *Fülöpp Ignácz* dr. működött.

⨯ **Hazai fürdők személyforgalma.** *Tátrafüred* (VII/30.): 926; *Új-Tátrafüred* (VII/30.): 695; *Szt. Lukács-fürdő* (VII/29.): 785; *Lubló* (VII/27.): 738; *Vihnye* (VII/24.): 780.

⊠ **Megjelent.** *A magyar szt. korona országai balneologiai egyesületének 1899-diki évkönyve*, összeállította *Löw Sámuel* dr. egyesületi főtitkár. A szokott gazdag tartalommal és külső diszszel kiállított füzet első része 19 tétel alatt az egyesület mult évi történetét adja, a második rész pedig a IX. balneologiai congressus 13 előadását közli az előadáshoz fűződött eszmecserével. — *Milhofer Sándor.* A szellemidézés önámítás. Budapest. Dobrowszky és Franke. 1899. Ára 30 kr. — *Szegő Kálmán* dr. gyermekorvostól: A tussis convulsiva megjelenése és lefolyása a tengerparton. — *Dr. Josef v. Körösy*: Zur internationellen Nomenclatur der Todesursachen. Kritische Bemerkungen zu Dr. Bertillon's Vorschlägen, Berlin 1899. — *Francken W.* dr.: *Scheveningen* la Plage, ses Bains. Photographiákkal és táblázatokkal illustrálva ismerteti a hires hollandi tengeri fürdőt. Haga. 1899.

† **Elhunyt:** *Laborfalvi Nagy Károly* dr. bányamegyei főorvos, törvényszéki orvos Abrudbányán f. év julius 28-dikán 56 éves korában. A megboldogult egyike volt a hetvenes évek elején graduált fiatal orvosok legjelesebbjeinek, ki a fővárosból vidékre távozva magának szép és áldásos működési kört és tisztelt nevet vivott ki. Nyugodjanak békében hamvai!

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

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 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató szakülés 1899. május 3-dikán.) 389. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (VI. rendes ülés 1898. október 13-dikán.) 391. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1899. május hó 3-dikán.)

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

(Folytatás.)

Laparotomizált esetek.

Elischer Gyula: Az első bemutatás tárgyalja T. A. 56 éves, hajadon, nullipara esetét, kinél három év óta rohamosan növekvő hasdaganat mutatkozott. Panaszai különösen nehéz légzésre vonatkoznak. Felvétele alkalmával a hordószerűleg kitágított alhasról a következő méreteket vették: a köldök körüli (legnagyobb) méret 96 cm., proc. xyphoideustól a symphysisig 48 cm., köldök és spinák között 27—29 cm. A has jobb oldalában egy körülbelül másfél emberfejnyi, a bordaívig terjedő, korlátoltan mozgatható, kemény és egy gyermekfejnyi porczkemény, sima felületű daganat, azonkivül homályosan a symphysis felett még több kisebb daganat tapintható. E leletet világosabban észleltük, a midőn beteget bal oldalára fektetve, a nevezett daganatot a köldök magasságáig érő szabad hasvizkórtól megkülönböztethettük. Hymen adert, annulare; vagina szűk, a bal hüvelyboltozaton át a bal medenczét kitöltő kemény dag tapintható. Vizsgálat közben véres, savós, bűzös kifolyás.

Diagnosis: Cystoma proliferum ovarii dextri. A beteg nagyfokú légszomja és kimerültsége miatt előbb Schleich-féle infiltratio mellett lett április 6-dikán a has megnyitva s több mint tíz liter tiszta savó kibocsátva. A mutatkozó fluctuáló daganatot megcsapolva, igen kevés colloid-folyadékot ürít, miért is a hassebet felfelé tágította. Igy sikerült a daganatot előbb a csepleszszel való összenövésektől felszabaditani s azután a tenyérnyire megvastagodott jobb ligam. latummal kigördíteni. E művelet alatt a teljes eszméletnél lévő beteg a belek legnagyobb részét kipréselte úgy, hogy azok visszahelyezése után a hasfalak provisorikus összetűzése volt szükséges. A csonk alákötése és a daganat eltávolitása. Utána látjuk, hogy az említett kisebb, keményebb daganatok a méhből erednek, s falába beágyazva vannak. Eltávolításuk csakis méhamputatio útján volt lehetséges, a melyet úgy hajtottak végre, hogy a beteget rövid időre elaltatták, ez alatt mindkét uterinát előzetesen alákötve a méhet csonkították. A méh űrét erélyesen kikanalazva, abba jodoformcsikot vezettek s felette a méh két lebenyét összevarrva, a csonkot peritoneummal vonták be. A hasseb elzáratván, erősebb nyomkötést alkalmaztak. A beteg néhány konyhasó-oldat csőrét kap. A gondolható legsimább gyógyulás. Ezen eset bemutatását indokolja azon körülmény, hogy egy nagyobb kiterjedésű kystadenoid pseudomucinosum mellett régibb keletű fibromata uteri voltak jelen s hogy a nagyfokú ascites nem annyira az előbbi daganatból eredt, de nem is a fibromáknak tulajdonitható, hanem a nagyfokú nyomásnak, melyet a kystadenoma az alhas visszereire gyakorolt.

A második eset 28 éves, munkás nejére vonatkozik, kiről röviden (az eset a közkórházi évkönyvben terjedelmesen lesz közölve) jelentheti, hogy kétszer rendesen szült; 1897. év márczius havában elmaradt a hószámja, terhesnek érezte magát, ugyanez év november havában a gyermekmozgások megszüntek, mire a beteg összeesett s ágyba került, szülését várva. Három hónapig feküdt, 1898. január havában havi vérzése visszatért, húsdarabféle részek távolodtak el, de a szülés nem indult meg. A beteg hosszas betegség után végre fellábadt, tisztulása 1898 nyár elején rendesen megindult s azóta pontosan jelentkezik, a terhesség fennállása daczára. 1898. junius elején állitólag a végbélen át gyermekcsontok távolodtak el. Azóta folyton fogy, munkaképtelen, lázas. Felvételénél az alhasban egy a köldököt 4 ujjnyira meghaladó, balról jobbra és felfelé húzódó daganatot tapintottak, melynek jobb felső polusa gyermekfej benyomását keltette, sőt annak kutacsait tapintatni vélték. A genitalis vizsgálat a méh részéről rendes viszonyokat tüntetett fel. Folyó évi márczius 30-dikán végezték rajta a hasmetszést Schleich-infiltratio mellett.

A daganat a méh jobb isthmusának megfelelő tubaris terhességnek felelt meg, a magzat teljes épségben volta mellett. A magzattömlő s méhkürt resecálása után jobbnak látták a csonkot — melynek belfelülete amúgy is rosszabb táplálkozási viszonyokat tüntetett fel — kivarrni. A gyógyulás simán folyt le. A kivarrt részlet erélyesen és egészségesen sarjadzik s nincs kétség az iránt, hogy a beteg rövid idő multán gyógyultan hagyhatja el az osztályt.

Súlyos garatsyphilis két esete.

Moskovits Albert: Az 52 éves nőbeteg 4 gyermeket szült, ezek közül 3 él és egészséges, egy „torokfájás"-ban halt meg. 10 év előtt vett először észre testén kiütéseket. Gyakran fájt a torka. Jelen baja 2 év előtt kezdődött, orrából bűzös váladékkal. Mult évi októberben kilyukadt az orra és perforálódott a kemény szájpad. Az orrhát diffuse vörösen elszínesedett. Az orrháton egy haránt behúzódás vonul végig, mely balfelől mélyebb, és egy szalmaszál-kaliberű nyilásba vezet, a melynek széle beszáradt csapadékkal, pörkkel fedett és a mely nyiláson sondával a szájba lehet jutni. Az orr bal szárnya kissé magasabban kezdődik, mint a jobb, úgy hogy az egész bal orrfél a jobbhoz képest felhúzottnak látszik. A kemény szájpad közepén mintegy 3 cm. hosszú, 1 cm. széles defectus. Az egész lágy szájpad hiányzik, csak a baloldali szájpad-ivekből látszik még egy-egy kis redő. Mindkétoldali idült conjunctivitis. Jobb alsó szemhéján kisfokú ectropium. A jobb térden gyermektenyérnyi sugaras heg, lejebb a tibia élén kis exostosis tapintható.

A második egy 22 éves prostituált nőbeteg, 2½ év előtt kent először Bécsben két tourt, 3 hó előtt újra kent 3 tourt. Jelen baja két hét óta áll fenn. A garat hátsó felének inkább a balfelén egy nagytallérnyi, éles, meredeken kiemelkedő szélű, sárgászöldes piszkos lepedékkel fedett anyaghiány, mely beterjed a garat mélyébe, úgy hogy alsó határa csak tükörrel látható. A bal tonsillán babnyi nagyságú, hasonló küllemű fekély. Beteg igen anaemiás, nagyfokban elgyengült.

Az okát ezen súlyos elváltozásoknak, a milyenek manapság aránylag ritkábban észlelhetők, abban kell látnunk, hogy az első eset soha egyáltalán nem lett antiluetice kezelve, a második pedig nagyon is fogyatékosan, a mennyiben 2½ év alatt összesen öt tourt kent. Therapia mindkét esetben — *Morelli* tanár rendelése szerint — jodolinsufflatio és belsőleg jodkali, a mely medicatio mellett a fájdalmasság csakhamar megszünik, a fekélyek megtisztulnak és a reparatio megindul.

Erythema nodosum esete

Török Lajos: Az esetet azért mutatja be, mivel némelyek bizonyos összefüggést vesznek fel az erythemák és a syphilis között, egyik főérvül hozván fel, hogy a secundaer stadium elején szokott mintegy szabályszerűen fellépni; a bemutatott betegnél az erythema a tertiaer szakban lépett fel.

Adatok a pseudoleucaemia tanához.

Körmöczi Emil: A pseudoleucaemiával és az ehhez hasonló betegségek tanával, főnökeik *Hochhalt* és *Genersich* tanárok biztatására és megbizásából huzamosabb idő óta foglalkoznak. Ezen tárgyú munkálataikat nyilvánosságra is fogják hozni, most csak egy sajátos adeniafajról, melyeteddig a pseudoleucaemiához csatoltak, referálnak röviden.

Ezen czélból úgy osztották be az elmondandókat, hogy a klinikai részt szóló, a kórboncztani és kórszövettani részt pedig *Feldmann* tanársegéd fogja elmondani.

A pseudoleucaemia csoportjába tartozó betegségeket *Hodgkin* irta le először 1832-ben, sok mindenféle bajt foglalván ezen elnevezés alá, mit most már nem sorozunk ide.

Nem akar most szóló a közbeeső idők irodalmával foglalkozni, csak azt emliti fel, hogy manapság a pseudoleucaemia alatt oly betegségeket értenek, hol a szervezet nyirkszövete valamely ismeretlen ok folytán túlteng és ezen túltengés kiséretében cachexia lép fel.

Ha tehát most valaki a pseudoleucaemia diagnosisát fel akarja állitani, először constatálnia kell a nyirkszövet túltengését, mit különösen a lép, máj és mirigyek megnagyobbodása jelez, azután ki kell mutatnia, hogy ezen túltengés oka nem valamely ismeretes betegség kiséretében (tuberculosis, lues, leucaemia stb.) lépett fel. A pseudoleucaemia fogalmának ezen meghatározásából egyszersmind eléggé kiviláglik az is, hogy a pseudoleucaemia elnevezés gyüjtő elnevezés, mert igen valószinű, hogy a nyirkszövet túltengését létrehozó ismeretlen okok is többfélék.

Ezen ismeretlen okú mirigytúltengések között azonban mégis két csoport domborodik ki különösen. Az *egyik csoportnál* a kórkép mindenben megegyezik a leucaemiával, csak a vér aleucaemiás. A *másik csoport* az első csoporttól nagyon különbözik a klinikai tüneteket illetőleg, de azért mégis ide sorozták, mert nyirkszövettúltengés van jelen, minek okát kórboncztanilag, sőt kórszövettanilag sem tudták kideriteni.

Ezen második csoportozatot azután a klinikai lefolyás szerint, mint atypikus, mint lázas, mint heveny pseudoleucaemiát irták le, persze csak akkor, ha a lefolyás feltünően különös volt, mert máskép ezek felett napirendre tértek, hiszen mint mondani szokták, a pseudoleucaemia kórképe úgyis változatos.

Ilyen atypikus leucaemiák ismertetése elég gyakori az újabb irodalomban is, melyeknek részletezésére most nem tér ki, de nincs azokban tulajdonképen más leirva, mint hogy sajátos klinikai lefolyást mutató nyirkszövettúltengés volt jelen, minek a bonczolás és a szövettani vizsgálat sem derítette ki az okát.

Már régebben felmerült azon vélemény, hogy ezeket a kórképeket külön kell csoportosítani, *Pel* és *Ebstein* azért az olyan eseteket, hol sajátos, a febris recurrenshez hasonló lázmenet volt jelen: „Pseudoleucaemia mit recurrirendem Fieber-Verlauf", v. Clieson „Rückfall-Fieber" neve alatt irták le és egy sajátos infectiosus bajnak tartották. A másik csoportja az észlelőknek az atypikus pseudoleucaemiát tuberculosisnak tartotta, mert itt-ott a gümőkór szövettani elváltozásait találták. De határozottan nem tudták eldönteni a dolgot, mert sokan ezen elváltozásokat másodlagosnak vélték és arra utaltak, hogy van olyan

atypikus pseudoleucaemia eset, mely nyomát sem mutatja a tuberculosus szövettani elváltozásoknak és az egész szervezet egyáltalában tuberculosistől ment.

Körülbelül ez volt a kérdés állása, midőn előadók a pseudoleucaemiára kiterjedő vizsgálódásaik közepette egy ilyen esetet észleltek.

Egy gümőkóros beteget észleltek nagyfokú anaemiával. A bőr színe olyan volt, minő anaemia perniciosánál szokott lenni. A külső mirigyek alig voltak megnagyobbodva, a lép és máj csak kis fokban volt nagyobb, egészben véve pedig a kórképet a cavernalis tüdővész szokott kórképe dominálta, nagyfokú rendetlen lázmenettel. A bonczolásnál a tüdővész mellett pseudoleucaemiát találtak; különösen a belső mirigyekben, úgy hogy a pseudoleucaemia és a tüdővész együttes kórismézét kellett felvenni, a pseudoleucaemiára hasonlatos tumorok szövettani vizsgálata azonban nem mutatta a pseudoleucaemiánál rendesen találni szokott képet, hanem sajátságos nagy sejtek és azok csoportja által volt jellemezve.

Ime tehát volt egy olyan esetünk, melynél a nyirkszövet ismeretlen ok folytán túltengett és a melyet ennélfogva pseudoleucaemiának kellett volna tartani, de a pseudoleucaemiától mégis el kellett választani a szövettani lelet miatt. Még ingadoztak, hogy az esetet mikép itéljék meg, midőn egy második hasonló esetet észleltek.

Egy erőteljes, gümőkórral nem terhelt családból származó férfi, állítólag hirtelen megbetegedett. Szombaton még dolgozott, vasárnap kirázta a hideg, azóta dereka fáj és azért hétfőn a kórházba jött.

A beteg átvizsgálásánál a következő kóros elváltozásokat találták. A beteg lázas, a hőmérsék maximuma 39° C.; a bőrszín halvány, hasonlít a súlyos elsődleges vérszegényeknél előfordulni szokott bőrszínhez. A lép és máj nagyobb, a jobboldali inguinalis mirigyek 3—4-szer akkorák és úgy látszik, hogy a retroperitonealis mirigyek is nagyobbak. A betegség lefolyása röviden a következő volt. A láz az egész betegség alatt fennállt és este rendesen exacerbált, néha borzongás előzte meg, máskor 2—3 napig tartó láztalan időszak is volt. A láz kiséretében azután a mirigyek és pedig különösen a hasi mirigyek nőttek és ezek nyomása folytán az alszárak oedemásak lettek és derékfájdalmak is növekedtek. A cachexia és anaemia folyton erősbbödött, a köpetben tuberculosis-bacillus nem volt, sem a vérben malaria plasmodium.

Ilyen állapotban volt a beteg két hónapig. Ekkor jobboldali mellszúrás lépett fel frictio kiséretében. Pár napra rá exsudatum pleuriticum fejlődött ki, mely próbapunctioval tisztán savósnak bizonyult.

A beteg bonczolásra kerülvén, az exsudatum gümősnek bizonyult, a nyirkszövet túltengése pedig macroscopice a pseudoleucaemiához hasolitott, de itt is fel volt lelhető a szövettani vizsgálatnál azon sajátságos nagy sejtek halmaza, mely ezen esetet a pseudoleucaemiától megkülönböztette.

Ezek után már joggal azon véleményre lehetett jutniok, hogy az ismeretlen okból létrejött adeniák — vulgo pseudoleucaemiák — közt van egy sajátos féleség, mely klinikai tünetei miatt már régen mint atypikus iratott le, de a melyet eddig különválasztani nem tudtak, most azonban már ezen különválasztás a szövettani lelet alapján eszközölhető lesz.

Csakhogy szövettani vizsgálatot nem mindenki végezhet, azért nyilván ezen adeniaféleségnél is arra kell törekednünk, hogy a betegség lefolyási módozatait megismerjük és ez által a felismerést megkönnyítsük.

Az első esetek ellenőrzésére természetesen mindenkor szükséges lesz a szövettani lelet is, de ha a klinikai kép teljesen kiépül, akkor ez is elég lesz a felismeréshez.

Különösen ez a szempont vezette előadókat, midőn az irodalomból összeválogatták az idetartozó eseteket, megrajzolni iparkodtak ezen adenia klinikai lefolyását, mely vázlat nem végérvényes, de legalább tájékoztatást nyújt és útbaigazít.

Mielőtt azonban ezen klinikai vázlatot megirná, szükséges előrebocsátania, hogy az előzetes irodalom áttanulmányozása és eseteik klinikai, kórboncztani, kórszövettani és állatkisérleti alapon való vizsgálata *valószinűvé tette*, hogy ezen adeniafaj oka a tuberculosis olyan értelemben, hogy a tuberculosis virus egy a közönséges gümőkóros mirigyelváltozásoktól elütő micro- és macroscopikus képet hoz létre, mely körülmény volt épen oka annak, hogy azon adeniafaj gümős természetét nem ismerték fel.

Ezen felvételük helyessége mellett nagyon sok klinikai tény is szól, főtámasztéka mégis a kórboncztani és kórszövettani részben van és ezért ennek bizonyitgatásával szóló most nem foglalkozik.

Ezen sajátos adeniafajt, melynek valószinűleg a tuberculosis az előidézője, úgy látszik két nagy csoportra lehet osztani.

I. *Az adenia tuberculosa* (egyelőre ezen elnevezést használjuk ezen betegségcsoportozat jelzésére) *tiszta esetei.*

II. Az adenia tuberculosának a szervezet egyéb gümőkóros megbetegedésével complicált esetei.

Ez a második csoport ismét két részre osztható:

a) Ha az adenia tuberculosa mellett, csak az élet vége felé fejlődik ki a szervezet egyéb helyein is a tuberculosis (pl. terminalis gümőkóros pleuritis, peritonitis, enteritis, meningitis, vagy pl. egy acut miliar tuberculosis).

b) Ha adenia tuberculosa kezdettől fogva szövődik a szervezet idült gümőkórjával. A tiszta adenia tuberculosa esetek nagyon ritkák s ez természetes is, mert a gümőkórnál nagy mértékben megvan a terjedési hajlam. Azért a kórképet leginkább azon esetekből állithatjuk össze, melyeknél a tuberculosis egyéb nyilvánulása csak később lépett fel, mint a milyen a mi második esetünk is volt.

Ha ezen eseteket használjuk fel, akkor a klinikai lefolyás legtöbbször a következő:

A bántalom leginkább középkorú férfiakat, ritkábban nőket, még ritkábban gyermekeket támad meg. A betegek közül csak kevésnél mutatható ki a tuberculosis s terheltség (ilyen volt pl. *Renvers* esete).

A betegség általában véve kétféleképen kezdődhetik. I. A nyirkszövet túltengése huzamosabb ideig csak egy tájra szorítkozik és csak azután lép az általános adenia. (Ilyen volt *Tangl*, *Brentana* és *Weisz* esete.) II. Máskor a baj mindjárt általános adeniával kezdődik. Ez a fellépési módozat is jöhet lappangva vagy hirtelen. Ha lappangva jön, akkor legtöbbször a következőkép folyik le. Apró lázas mozgalmak lépnek fel, melyeket sokszor borzongás előz meg, azután a lázak erősebbek lesznek, cachexia és anaemia fejlődik és bizonyos idő mulva már constatálható lesz a lappangva kifejlődött adenia. Máskor az adenia láztalanul fejlődik és midőn a mirigydaganatok már bizonyos fokot elértek, egyszerre derék- és hasfájdalmak lépnek fel, nyilván a mirigyek nyomása folytán, azután erős lázak lépnek fel, lép és máj megnő és az adenia constatálhatóvá lesz. (Epstein esete és az előadott esetünk.) Az igy kifejlődött kórkép legpregnansabb tünete a láz. A láznak legtöbbször nincs meghatározott typusa s leginkább úgy szokott fellépni, mint azt a gümőkór septikus megbetegedéseinél látni szoktuk. Néha azonban a lázmenet olyanforma lefolyást vesz, mint febris remittensnél. Az irodalomban közölt esetek között több ilyen recurráló lázmenet van leirva. (*Pel*, *Epstein*, *Renvers*, *Völkers*, *Askanazy*), a mi azonban nem jelenti még, hogy ezen lázmenet a domináló, mert sok esetet, hol a lázmenet nem volt feltünő, nem irtak le, míg a visszatérő lázmenet rendesen figyelmet keltett. Előfordulhat ritka esetben az is, hogy a láz hiányzik. (*Weisz* esete.)

A második jellegzetes tünet a nyirkszövet túlszaporodása s a következményes lép- és májmegnagyobbodás. A mirigyek közül igen sokszor csak a belsők vannak megnagyobbodva, vagy legalább is nagyobb mértékben, mint a külsők. (*Pel*, *Renvers*, *Barbrock*, *Weishaupt* és az előadók esetei.) A mirigymegnagyobbodás azonban nem ér el, legalább a külső mirigyekben, oly fokot, mint valóságos pseudoleucaemiánál és a lép vagy máj megnagyobbodása sem oly nagyfokú, sőt előfordul az is, különösen a gyorsabban lefolyó eseteknél (*Hamen*, *Renvers*), hogy a lép- és májtompulat megnagyobbodása nem is mutatható ki.

A láz és az adenia fejlődésével együtt jár az anaemia és a cachexia is. Az anaemia úgy látszik semmi különösséget sem mutat, legfeljebb csak azt, hogy a bőr színe nagyon hasonlít az anaemia pernicosánál előforduló sajátos börszineihez.

A betegség subjectiv tünetei nem mondhatók valami súlyosaknak; különösen nem a betegség elején, gyengeség és láz az, a miről a beteg leginkább panaszkodik. Később a megnagyobbodott mirigyek által okozott nyomási fájdalmak, vagy a visszerekre gyakorolt nyomás folytán előálló oedemák súlyosbitják a kórképet. A betegség későbbi szakában azután az esetlegesen kifejlődött gümőkóros elváltozások symptomái uralják a kórképet, meg a nagyfokú gyengeség és cachexia.

Ezek volnának azok, melyeket ezen adeniaféleségről nagyon is összefoglalva elmondani akart és most egész röviden szóba hozza azon pseudoleucaemia csoportját is, melyről azt mondotta, hogy az a leucaemiához mindenben hasonlit, csak a haematologikus leletben nem.

Ezen csoport szövettani és állatkisérleti alapon való vizsgálatánál azt láttuk, hogy ezen betegségnek semmi köze a tuberculosishoz, vagy az adenia tuberculosához és a vér vizsgálatánál semmi jelre nem akadtak, melyből azt lehetne következtetni, hogy a pseudoleucaemia a leucaemia egy előszaka. Itt azonban megjegyzi azt, hogy eseteiket 2 év előtt észlelték még és akkor még szó sem volt a *Löwit* által újabban publicált haemamoebákról.

Egész röviden összefdglalva véleményük ezen sajátos adeniafajra vonatkozólag a következő:

I. A nyirkszövet túlszaporodásának van egy nyilvánulása, mely klinikai lefolyásában, de leginkább kórboncztani tüneteiben a pseudoleucaemiát feltünően utánozza. Ezen sajátos adeniafaj különösen a bántalom klinikai tüneteiből és kórszövettani képéből ismerhető fel és a szűkebb értelemben vett pseudoleucaemiától különválasztandó.

II. Ezen adenia kóroka a tuberculosis, mely tétel végleges megszilárditásához azonban még azon feltételek beváltása szükséges, melyről a kórboncztani részben lesz szó.

III. Az úgynevezett atypikus pseudoleucaemiák legnagyobb része valószinűleg idetartozik.

Feldmann Ignácz: A *Körmöczi Emil* által klinikai szempontból ismertetett eseteket — Genersich Antal dr. tanár szives megbizásából — előadónak volt alkalma részletesebb kórboncztani, kórszövettani és bakteriologiai vizsgálat tárgyává tenni.

Az I-ső esetnél — Sz. M. 30 éves középtermetű férfi hullája — (boncz. 1897. november 8-dikán) a következő főbb eltérések voltak: a hulla lesoványodott, feltünően halvány, kissé sárgás. A nyakon, különösen a supraclavicularis tájon, mindkét oldalt mogyorónyi-diónyi mirigycsomók tapinthatók. Az alszár alsó harmada és a lábhát mindkét oldalt oedemás. A hasűrben 1½ liter tiszta sárga savó, hashártya sima, fénylő. A bal mellüregben 200 gr. tiszta savó. A vérszegény és hátul savósan beszűrődött bal tüdő felső lebenyének egy ökölnyi részletében bab-mogyorónyi, ellentálló csomók tapinthatók, melyek nagyobbára szívós, palaszürke, kisebb részben halvány-sárgás és vöröses-szürke szövetbe ágyalt szürke és fehér szemcséket tartalmaznak; a csúcsban egy diónyi, szívós falzatú barlang, melynek léczezetes belfelülete nagyobbrész palaszürke, foltonkint azonban sajtosan és meszesen beszűrődött, fehéres. A hörgök nyálkahártyája duzzadt és belövelt. A jobb tüdő egész

kiterjedésében hártyásan odanött, általában hasonló a balhoz, csakhogy caverna nincs benne és a gümös beszűrődés kisebb terjedelmű.

A hörgmirigyek mogyorónyiak, palaszürkék, részben azonban fehéres-szürkék és bennök egy-egy lencse-borsónyi, fehéres, száraz, sajtos és az egyikben egy meszes gócz van.

Az interbronchialis, mediastinalis, jugularis, supraclavicularis és hónalji mirigyek mogyoró-diónyira megnagyobbodtak, tömörek, szívósak, halvány-sárgások, vagy fehéres-szürkék s egyik-másikban kendermaglencsényi tömött, sárgás-fehér, átlátszatlan góczok és néhol egy-egy meszes csomócska látható. Az említett mirigyek túlnyomó részében azonban sajtosodásnak semmi nyoma.

(Folytatása következik.)

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VI. rendes ülés 1898. október 13-dikán.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

(Vége.)

Némai: Én a legutóbbi időkben nem vagyok többé barátja gégetuberculosisnál a sebészi beavatkozásoknak; mert ha el is érünk nagy fáradtsággal kikaparás és tejsavkúrák mellett eredményt, azt a betegek nem sokkal élik túl. Én endolaryngealis úton a fedett infiltratumokhoz nem nyúlok, csak a fekélyekhez, nehogy a fedett infiltratumokat kezelvén, fekélyekké változtassam át, annál kevésbbé, mert nem igen reménylem, hogy ezeket teljesen ki tudnám kaparni.

Hogy a gége felhasítása után a gégetuberculosis kikanalaztassék sebészi elvek szerint úgy, mint a csont- és porcztuberculosis, ezt elvi alapon ellenezni nem lehet, hanem meg kell jól válogatni az eseteket, nehogy az operált beteg 1—2 hónap mulva tüdőtuberculosisban pusztuljon el. Természetes, hogy az esetek megválogatása és az indicatiok felállítása mindig az illető orvos belátásától függ.

Gégetuberculosisnál, ha szűkületre vezetett, üdvös a tracheotomia, mert ekkor a gége nyugalomba lesz helyezve és a tüdő is több oxygent kap. *Schmidt* idevágó tapasztalatai megegyeznek az enyéimmel. Én gégetuberculosisnál, ha stenosis is van jelen, a tracheotomiát indicálom, még pedig nem in ultimis, hanem még idejekorán, mint gyógytényezőt a gégetuberculosis ellen. Innen már csak egy lépés választ el a gége felhasításától és kikanalazásától.

A bemutatott esetekben véleményemmel nem akarok ugyan praejudikálni, de én ezen betegek egyikénél sem nyitnám meg a gégét és pedig a II. esetben azért, mert a folyamat jóindulatúnak látszik, mely jodolbefúvásra, tejsavkezelésre javulni szokott; de ha valaki ennél az esetnél azt tartja, hogy alkalmas arra, hogy gégéje felhasíttassék és kikanalaztassék, akkor én a beavatkozást contraindicáltnak nem tartanám, ahhoz teljesen hozzájárulnék, már csak azért is, hogy ez által tapasztalatokat szerezzünk, miután a betegeknek ez által úgy sem ártanánk.

Az I. esetben a fáradság hiábavaló volna, mert ezen nőbeteg, ha ma nem is lázas, de később biztosan lázas lesz és baja súlyosbodni fog; igaz, hogy nála keveset koczkáztatnánk. *Baumgarten*-nel nem vagyok egy véleményen az endolaryngealis curettement-t illetőleg.

Zwillinger: Ismerjük a *Krause*, *Heryng*, *Schmidt* és mások eredményeit, melyeket tuberculosisnál a tracheotomia és a gégének nyugalomba helyezésével elértek; a mi a laryngofissiot és a gümös részek eltávolítását illeti, theoretice lehetségesnek tartom, hogy vannak olyan esetek, melyekben az általános állapot ezen beavatkozásokat megengedi, de az utógondolatom e mellett az, hogy a műtét az általános állapotot károsan befolyásolja.

A sebészi beavatkozást illetőleg ma már olyan polypragmasia fejlődött ki, mely ellen állást kell foglalni, mert a gégében már túlsokat tesznek.

Az I. esetnél az endolaryngealis úton való kaparás és tejsavkezelés helyes volna.

Polyák: Ha larynxtuberculosisnál sebészi beavatkozásról van szó, akkor elméletileg ugyanazon indicatiók és feltételek állanak az endolaryngealis műtétekre, mint a laryngofissio útján végzettekre, azon hozzátétellel, hogy utóbbinál a kilátások az alapos kitakarítást illetőleg minden esetre biztosabbak.

Az ilyen beavatkozás elhatározásánál tehát kevésbbé fontos a műtéti eljárás módja. Irányadó itt első sorban a szervezet és a tüdők állapota, mert sebészi beavatkozást végezni ott, a hol tartós eredményre nincs kilátás, könnyelműség volna.

Ismeretes önök előtt, hogy bő alkalmam volt a larynxtuberculosis kezelésével Görbersdorfban töltött 3 évi tartózkodásom alatt foglalkozni. Curettement-t ez időben gyakran végeztem és azzal, valamint a tejsavkezeléssel nagyon meg voltam elégedve. Azt kell mondanom azonban, hogy ugyanezen eljárások iránt, mióta a sanatoriumot elhagytam, daczára annak, hogy ez úton a legtöbb fekélyt ideig-óráig most is sikerül elhegesedésre birni, lassankint elhidegültem azért, mert az egészen más természetű fővárosi gyakorlatban, különösen a szegénypraxisban, ezen beavatkozásoknak hasznát az általános állapotra minél ritkábban láttam és a betegek a gége minden ápolása vagy javítása daczára elpusztulnak — tüdővészben.

A gége kezelésének sarkkövét tehát az a kérdés képezi, hogy birjuk-e egyidejűleg a tüdőbeli folyamat javulását és az általános állapot emelését is elérni. Sanatoriumokban, a hol ez irányban lehető kedvező feltételek vannak, indicált ennélfogva a larynxtuberculosis sebészi kezelése is, természetesen itt is csak jól megválogatott és jó prognosist nyujtó esetekben, a hol tudjuk, hogy a beteg a kínos kezelést nem hiába tűri, megvan a tartós eredmény reménye: a hol ez nincs meg, ott én sem intra- sem extralaryngealiter nem operálnék, mert azt az érvet nem fogadhatom el, hogy a beteg úgy sem veszithet semmit.

A dolgok mai állása mellett, midőn a sanatoriumi kezelés reménye még évekre van kitolva, a sebészi beavatkozás határait részemről nagyon megszorítom. A gégét illetőleg csak körülirt folyamatoknál végzem, a hol a porczok vagy izületek még nem betegek és miliaris eruptio nincs, mindezt pedig azon további feltétel mellett, hogy a beteg tartósan láztalan, az erőbeli állapot és táplálkozás kielégítő legyen, ne legyen bélcomplicatio jelen és a tüdőbeli folyamat se legyen nagykiterjedésű. Contraindicálom a sebészi beavatkozást mindazon esetekben, a hol a tüdőbeli folyamat már a fellágyulásnál tart, a hol már szörtyzörejek, bármily apró hólyagúak is, hallhatók. Tulajdonképen csak oly eseteknél szeretek beavatkozni, a hol a tüdőfolyamat nem hajlamos a szétesésekre, az ú. n. fibrosus phthisiseknél, melyeknek prognosisa aránytalanul kedvezőbb.

A curettement indicatioit tehát véleményem szerint jobban meg kellene szoritani, például a fedett infiltratumokat illetőleg én is teljesen *Némai* álláspontjára helyezkedem, annyival is inkább, mert arra, hogy ez úton minden kórosat biztosan eltávolíthassunk, a dolgok mai technikája szerint biztosan számítani nem lehet.

Ilyen alapból kiindulva természetesen az említett megszorítások mellett semmikép sem ellenezném adott esetekben a laryngofissiot, hiszen a kikaparás és tejsav ez úton adhatja a legbiztosabb eredményeket. Teljesen csatlakozom *Navratil* tanár úr azon nézetéhez, hogy az eljárás megválasztása az esettől függ.

A mi az I. esetet illeti, itt sebészi beavatkozást többé indicáltnak nem tartok azért, mert itt az epiglottison miliaris gümő-eruptio van, itt tehát nemcsak a localis, hanem az általános prognosis is nagyon kedvezőtlen.

Baumgarten: A két beteg úgy lett bemutatva, hogy a tüdők állapota még jó és így nem tettem különbséget a két beteg között. Bemutató úr a külső műtétet ajánlotta, nekem csak endolaryngealis műtétekről van tapasztalatom, az ilyen eseteknél ismételten kell beavatkozni a kettős curette-tel. Én operálni csak ott szoktam, a hol a folyamat még körülirt, ilyennek láttam a folyamatot az I. esetnél; az, hogy itt az epiglottison is van 1—2 gümő, az nem határoz, ezeket ki lehet irtani, hiszen amputálhatjuk az egész epiglottist is.

Navratil: Nagyon mellette vagyok annak, hogy gégetuberculosisnál minden olyan mód megkisértessék, a mely enyhébb és szelidebb, és a mi hozzátartozik, hogy a beteg erejének növelésével is hassunk. Egy körülirt infiltratum vagy fekélynél azonban, ha meggyőződtünk arról, hogy más úton nem akar javulni, például helyi kezelésre — mindig az egész szervezet tekintetbe vételével — nem fejlődik vissza, vagy stationaer marad, akkor hive vagyok a sebészi beavatkozásnak, kivéve azon eseteket, a hol a tüdőbántalom nagyfokú.

A jelen esetre vonatkozólag *Baumgarten* azt mondta, hogy inkább endolaryngealis úton, *Némai* pedig tekintettel az infiltratum fedett voltára, sehogy sem avatkoznék be. Mi itt már mindenféle kezelést megkisérlettünk, a beteg régóta van kezelés alatt és azt láttuk, hogy a bántalom nem változott, stationaer maradt, az általános állapot kielégítő, láz nincs, a beteg nem is köhög olyan nagyon, szóval ellenálló képessége elegendő arra, hogy sebészi beavatkozás tárgyát képezze; inkább csak az a kérdés, hogy endolaryngealis úton, vagy gégefelhasítás útján operáljuk-e meg. Tekintettel a nagy göbcsékre, valamint arra, hogy nem vagyok arról meggyőződve, hogy endolaryngealis úton a gümös góczokat teljesen eltávolíthatom-e, végezem itt a laryngofissiot és ezen utóbbi beavatkozás csak látszólag nagyobb behatás, mert tapasztalatom szerint a prompt végzett laryngofissio, melynél olyankor, ha nagyobb reactiotól tartunk, szükség esetén a tracheotomiát előrebocsátjuk, tuberculosisnál sem veszélyesebb a curettenél.

Ha ezen esetben előbb az endolaryngealis műtétet kisérteném meg és az eredményre nem vezetne, akkor elvesztenem az extralaryngealis úton elérhető eredmények feltételét, mert akkor már gyengültebb lenne a beteg.

Mindkét esetet alkalmasnak tartom extralaryngealis műtétre, de kijelentem, hogy bár hetek óta kezelés alatt vannak, még tovább tartom őket észlelés alatt, hogy meggyőződhessem, vajjon a tüdőbeli folyamat nem halad-e, nem lépnek-e fel lázak, vagy nem merül-e fel olyan contraindicatio, mely arra késztethetne, hogy a műtétet ne végezzem; de ha az állapot stationaer, akkor meggyőződésem alapján óhajtok eljárni.

Hogy *Polyák* csak sanatoriumban végezné a sebészi beavatkozást, arra vonatkozólag megjegyzem, hogy ott a hygienikus viszonyok kétségtelenül kedvezőbbek, de ha arról győződöm meg, hogy a betegek több heti tartózkodás után a kórházban nem rosszabbodtak és erőbeli viszonyaik jók, akkor bátran végzem náluk a műtétet.

Bujakóros gégeszor mindkét gyürű-kannaizület idült lobja miatt.

Navratil Imre: Sz. K. 32 éves férfi előadja, hogy 15 év előtt luest szerzett, mely ellen csak helybelileg lett kezelve. Torka 5 év előtt kezdett fájni, légzése mind nehezebb lett, sőt fuldoklási rohamok is jelentkeztek, melyek miatt gégemetszés végeztetett, a canule tehát magába a szenvedő helybe jutott. 4 hónap mulva eltávolittatott ugyan a canule, a seb behegedt, légzése mindazonáltal nehéz maradt, sőt később annyira súlyosbodott állapota, hogy a fenyegető fuladás miatt előadó osztályára vétette fel magát (október 10-dikén). A jól fejlett beteg tengéleti szervei épek, semmi rendelleneset nem mutatnak. Rhini-

tis hypertrophica, crista septi nasi lat. sinistr. Garat feltünő elváltozást nem mutat, egy pár granulomot a jobb oldalon kivéve. A gége nyákhártyája diffuse bélövelt, a jobb hangszalag fehér, felületén elváltozást nem mutat, a bal hangszalag nem látható, mert egy sima felületű, az álhangszalagot borító, nyálkahártyával teljesen megegyező küllemű nyálkahártya-megvastagodással van elfedve, a mely közvetlenül megy át az álhangszalagba és csak a sinus Morgagninak megfelelőleg van egy árok által tőle elválasztva. Mindkét hangszalag többé-kevésbbé kötött, a rima glottidis szűkitett, a légzés főleg járás-kelésnél nehéz, zörejes. A beteg kis fokban cyanotikus. Miután a mindkét gyűrű kannaizület megbetegedése miatt 5 év előtt végzett gégemetszés nem eredményezhette ezen ízületeknek nyugalomba helyezését, előadó azt tartja, mint azt a tapasztalása is bizonyitja, hogy mély légcsőmegnyitással fogja ezt megszerezhetni és igy biztosra veszi, hogy a tracheotomiával és antiluetikus kezeléssel teljes lesz a gyógyulás.

PÁLYÁZATOK.

A szombathelyi m. kir. bábaképezdénél f. évi október hó 1-jétől 2 évre betöltendő, 500 frt fizetéssel és természetbeni lakással javadalmazott **tanársegédi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

A pályázni kivánók felhivatnak, hogy az orvosdoktori oklevelükkel, családi állapotukat, nyelvismereteiket, valamint eddigi netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat a szombathelyi m. kir. bábaképezde igazgató tanárához f. é. **szeptember 1-jéig** küldjék be. 1—1

Új-Pécs, torontálmegyei község lakosai közül többen elhatároztuk **egy orvost** községünkbe letelepedés végett keresni. Községünk egy virágzó nagy és szép német község szép nagy vidékkel. Biztositunk évi 600 frt azonnali jövedelmet, melyet mi kezdeményezők fizetünk.

Letelepedni szándékozónak kereszténynek és az összes orvosi tudományokkal biró orvosnak kell lenni. Felvilágositást ad

3—3 *Stein János*, Új-Pécs, 73. házszám, Torontálmegye.

5363/1899. szám.

Vadász, Bél-Zerind és Simonyifalva községekből álló egészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi augusztus hó 27-dikének d. e. 10 óráját tüzöm ki.

A körorvos javadalmazása: kötelező kézi gyógytár tartáson kivül 600 frt évi fizetés, úgy 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási, továbbá 20 kr. halottkémlési s végre a szabályrendeletileg megállapitott hússzemle-díjakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 25-dikének d. u. 5 óráját**g adják be.

A megválasztott körorvos állását f. évi szeptember hó 1-én elfoglalni tartozik.

Kis-Jenő, 1899. évi julius hó 22-dikén.

3—2 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

2774/1899 kig. szám.

Krassó-Szörény vármegye bogsáni járásában rendszeresitett és lemondás folytán üresedésbe jött **királykegyei körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör 10 községből áll; székhelye Királykegye s az állás évi 1000 frt fizetés és 300 frt úti átalánynyal van javadalmazva.

A választás határnapjat **folyó évi augusztus hó 21-dik napjának délelőtti 10 órájára** Királykegye községházához tüzöm ki.

A pályázni óhajtók a megkivántató okmányokkal felszerelt pályázati kérvényöket a magyar, német és román nyelvbeni jártasság kimutatása mellett hozzám folyó évi augusztus hó 17-dikéig annál bizonyosabban adják be, mivel a később érkező folyamodásokat figyelembe nem veszem.

Bogsán, 1899. évi julius hó 18-dikán.

3—2 *Knothy Gyula*, főszolgabiró.

Jánosi Engel Adolf és fiai pécsi czégnek tulajdonát képező **komlói kőszénbányaműnél** a társpénztári **bányaműorvosi állás** betöltendő.

Ezen állás évi javadalmazása 800 frt fix fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás.

Pályázótól a gyakorló orvosi minősitésen kivül megkivántatik, hogy magyar honos legyen és a magyar és német nyelvet tökéletesen birja. Azon pályázó, a ki valamely egészségügyi közintézetnél s különösen a sebészet terén már huzamosb ideig működött, előnyben részesül.

A bányaműorvos a bányamű szolgálatában álló összesen mintegy 500—600 alkalmazott és munkás s azok családtagjait tartozik ingyen gyógykezelni, s orvosi ténykedésében a bányamű szolgálatában levő egészségügyi felügyelőnek (orvostudornak) ellenőrzése alatt áll. Az állás szolgálati szerződés alapján töltetik be s lehetőleg szeptember hó 1-jéig elfoglalandó.

Kellően felszerelt pályázatok f. **évi augusztus hó 20-dikáig** „Kőszénbányagondnokság Komló (Baranyamegye)“ czimre küldendők.

Bővebb felvilágositást készséggel ád

Komló, 1899. évi julius hó 16-dikán

3—3 *Jex Simon*, főmérnök, társpénztári elnök.

720/99. kb. sz.

A kormányzatomra bizott Kolozs-vármegye **m.-örményesi járásban** megüresült **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, felhivom mindazokat, a kik ezen 500 frt évi fizetés és 100 frt útiátalánynyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitvényüket, valamint a nagym. Belügyminister úr 80,999/893. sz. rendeletével megkivánt tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **hozzám f. évi augusztus hó 10-dikéig** annyival is inkább adják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Kolozsvár, 1899. julius hó 14-dikén.

3—3 *Gróf Béldi Ákos* s. k., 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. **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.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

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

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

Világhirű

VICHY

FORRÁSOK, a franczia állam tulajdona.

Kezelőség Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

Célestins:

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

Grande Grille:

Májkólikáknál és epeköveknél, pangások az alhasi szervekben.

Hôpital:

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

Forrástermények: fürdő, gyógyvíz, sók és pastillák.

Raktárak minden ásványvizkereskedésben és gyógyszertárban. Valódiak, ha a tok és czimlapok a forrás nevével ellátva vannak.

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

Negyvenharmadik évfolyam. 33. szám. *Budapest, 1899. augusztus 13.*

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

Filep Gyula: Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról. A sebészeti klinika működése 1896 és 1897-ben. 393. l.

Sellei József: Az „ulcus cruris“ gyógykezelése ferrum sesquichloratummal 397. l.

Meskó Aladár: Kizárt lágyéksérv az incarcerált bélrész teljes elhalásával, ennek folytán sérvműtét hasmetszéssel combinálva. 398. l.

Sziklai Károly: A gyermekágyi láz gyógyítása. 398. l.

Tárcza. *Donogány Zakariás:* A laryngo-rhinologia Párisban. 399. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Marcuse J.:* Diaetetik im Alterthum. 400. l. — *Lapszemle. Gottlieb* és *Vierordt*: Újabb közlemények a tannalbinról, mint antidiarrhoicumról. 400. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti mentő-egyesület. — Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika — Betöltendő orvosi állás. — A budapesti általános poliklinika. — Lakásváltoztatás. — Kérelem. — Hazai fürdők személyforgalma. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 400. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról.

A sebészeti klinika működése 1896 és 1897-ben.

Összeállította *Filep Gyula* dr. műtőorvos.

Főnököm, Brandt József dr., a kolozsvári egyetem sebészeti tanárának megbizása folytán jelen közleményben a vezetése alatt álló sebészeti klinikának 1896. és 1897. évi működését ismertetem. Az 1895-dik év anyaga az „Orvosi Hetilap“ XLI-dik évfolyamában tétetett közzé.

Ebbe a kimutatásba felvettem azokat a betegeket, a kik az 1896. és 1897. évben jöttek a klinikára, ellenben nem voltam tekintettel azokra, a kik 1895-ről maradtak vissza, mivel ezek tárgyalva vannak az említett közleményben.

Az esetek csoportosításánál hű maradtam az említett dolgozatnál követett módszerhez: t. i. egyes testrészek vagy rendszerek szerint csoportosítottam.

1. Fej.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				Gyógyult		Javult		Gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések:											
a) Lágyrészeken	23	20	3	12	—	8	3	—	—	—	—
b) Csontokon ...	23	23	—	7	—	6	—	4	—	6	—
II. Lobok:											
a) Lágyrészeken	15	8	7	6	3	1	2	—	1	1	1
b) Csontokon ...	17	11	6	3	2	5	4	2	—	1	—
III. Daganatok:											
a) Lágyrészeken	90	73	17	45	12	12	1	12	4	4	—
b) Csontokon ...	9	7	2	6	2	1	—	—	—	—	—
IV. Vegyesek: ...	15	9	6	5	3	2	—	3	2	—	—
Összesen ...	192	151	41	84	22	35	10	21	7	12	1

I. Sérülések.

a) Lágyrészeken.

Contusiones. Négy eset (3 férfi, egy nő). Ezek közül egyik, a kit éjjel álmában rohantak meg és vertek el s különösen arczán és fején szenvedett sok sérülést, még 24 óra mulva is aluszékony volt. Valamennyi gyógyult.

Vulnera contusa 14 eset (12 férfi, 2 nő), ebből 5-nél a sérülés csupán a bőrre terjedt; köztük van egy olyan nő, a ki részegen gyorsvonatról ugrott le és mindössze egy 2 cm. hosszú sebet kapott a homlokára s néhány horzsolást a kezeire. Hétnél a sérülés a csonthártyáig terjedt, egynél a csontig, a mely fillérnyi területeken le volt csupaszítva. Egy férfinél, a kinek egy léczdarabbal az arczába vágtak, a bal szemteke teljesen elroncsoltatott, a reactio azonban enyhe volt. 14 nap mulva javultan távozott, a midőn a sérült szem már csak kevés genyes váladékot termelt.

Egy esetben — vasvillával verték fejbe — a beteg a sérülés után 36 óráig eszméletlenül feküdt, azután 3 napig nagyon aluszékony. A fején egy 3 cm. hosszú zúzott seb volt a sutura coronaria táján és néhány contusio. Gyógyult.

Vulnus caesum 5 férfinál; ezek közül egyiknél, a kinek egy literes pálinkásüveget csaptak a fejéhez, a mely eltört s annak cserepei sebezték meg, az arczon a szájüreget 1 cm. hosszúságban megnyitó seb volt. A nyákhártya külön catguttal, a többi lágyrészek pedig selyemmel gondosan összevarratván, per primam gyógyult.

Vulnus combustum lőporrobbanás folytán egy férfinál; gyógyult. Egy eset, melynél súlyos agyrázkódás tünetei voltak, alább tárgyaltatik.

b) Csontokon.

Fissura ossis pareitalis sin. fejbeverés után; gyógyult. Fissura a homlokcsonton, hasonló okból, gyógyult.

Törések. Homlokcsonton. A sinus frontalis mellső falának a törése lórúgás folytán; gyógyult. A másik betegnél, a kit egy karóval fejbevertek, a homlok közepén, a hajas rész határán, csillagos törés impressioval; eleinte semmi agyi tünet, csak másnap lépett fel mindkét kezén irógörcsszerű mozgás. Narcosisban 13 darabka csont szedetett ki. Említett görcs másnapra már eltünt, reactio nélkül gyógyul. Két betegünk, a kik közül egyiket egy szeges bottal homlokon ütöttek s kinek a bal homlokdudoránál a csont krajczárnyi állományhiányt mutatott, a másik pedig a vonatról ugrott le s többszörös koponyatörést szenvedett, ön-

tudatlan állapotban hozatott a klinikára, a hol felvételük után fél, illetve egy órával meghaltak. Nem boncoltattak.

Falcsontokon. Egy esetben doronggal való fejbeverés után a jobb falcsont törése a dudor táján és attól medial felé a fejtető közelében tallérnyi, fél cm.-re benyomott csontdarab. Bal testfél és facialis teljesen hüdött. Az imprimált csont kiemeltetett és eltávolíttatott. A seb begyógyult, de a hüdés változatlanul fennmaradt. Másik esetünkben szintén a bal faldudor táján volt tallérnyi csontdarab kitörve és benyomulva; jobb testfél hüdött. Eltávolítása után már másnap mozgatni birta jobb alsó végtagját, a melyen a hüdés tünetei 14 nap alatt nyomtalanul eltüntek, a felső végtag azonban nem javult ily kedvezően, a mennyiben műtét után 3 héttel, midőn eltávozott, az ujj- és kéztőizületeket egyáltalán nem, a váll- és könyökizületeket is csak mérsékelten tudta mozgatni.

Igen érdekes alábbi esetünk. 34 éves erőteljes ember, kit karddal fejbevágtak. A jobb faldudor táján a koponyán áthatoló 9 cm. hosszú, 1 cm. széles folytonossági hiány, a melyből roncsolt agyállomány nyomul elő. Mozgási hüdés a bal homlokon és arczfélen, érzési és mozgási hüdés a bal felkaron. Alsó végtag teljesen szabad.

A következő napokban izgatottsági tünetek léptek fel a sensorium részéről, delirium stb., melyek azonban 4 nap mulva eltüntek. Hőmérséke, a mely felvételkor 39·2 volt, lépcsőzetesen 37·4-ig leszállott. A sérülés után 10-dik napra a beteg hirtelen elvesztette eszméletét. Bal testfél egészen hüdött lett és fokozódó agynyomás tünetei között a 11-dik napon meghalt. Boncolásnál kitünt, hogy a halál oka genyes agyhártya- és agyvelőlob; a vágás 3·5 cm. mélyen hatolt az agyba a gyrus centralis ant. és post. közepén. Az agyon és nyúltagy körül és a baloldali oldalgyomrocsban nagy mennyiségben volt a geny felhalmozódva.

Hogy mekkora gyülem lehet a koponyaüreben, a nélkül, hogy agynyomás tünetei jelentkeznének, élénken demonstrálja következő esetünk:

46 éves erőteljes férfi, a kit 4 héttel azután, hogy vasvillával fejbe vertek, vettünk fel a klinikára. Jobb falcsonton, a halántéki varrat közelében tallérnyi granuláló seb, melynek közepén lencsényi csupasz csont, a melyen egy rés látható. Ebből híg geny szivárog elő. A csont krajczárnyi területen kifürészeltetett és ekkor egy subcranialis üregbe jutottunk, a mely medial felé a középvonaltól két ujjnyira végződött, lateral felé a halánték tájig terjedt és 100 kcm.-nyi megmért genyet tartalmazott. A dura sértetlen, idült lob tüneteit mutatja. A műtét után az azelőtt lázas beteg láztalan. Zavartalan gyógyulás.

Orrcsonttörés 1 eset, kötéssel elbocsáttatott.

Alsó állcsonttörés 5 eset. Ezek közül 2 szilárdan egyesült (ezüst-drót a fogak körül), 3 a sérülés története után 2—3 héttel kereste fel a kórházat, műtétbe nem egyeztek, gyógyulatlanul távoztak.

Végül felemlítek még egy törési sérülést. 15 éves fiú botpuskával meglövetett. A golyó bal oldalt az állkapocs szegletnek megfelelő helyen hatolt be, a hol krajczárnyi anyaghiány látszott szennyes puskaporos környezettel. Sondázásnál apró csontdarabokat lehetett kipiszkálni, a két alsó molaris fog mozog. A tarkón kemény, borsónyi, ide-oda mozgatható tárgy érzik a bőr alatt. A sebből a csontdarabkák eltávolíttattak, úgyszintén az ingó fogak is; a seb kimosatott. A golyóra rámetszettünk és szintén eltávolítottuk. A seb bő genyedés mellett gyógyulásnak indult. A tarkón ejtett seb két hétre teljesen begyógyult. A harmadik héten az álla alatt bal oldalt tyúktojásnyi fluctuáló dag lépett fel, a mely gyorsan nőtt és igen fájdalmas volt. A betegség 27-dik napján, éppen midőn a beteg műtéthez behozatott, a puha dag felpattant, belőle sok geny ürült vérrel keverve, majd csak tiszta vér ömlött nagy mennyiségben és vehementiával. A vérzést semmi módon nem sikerült csillapítani, végre egy nyomó kötés tétetett rá, melynek alkalmazása után tíz perczre a beteg meghalt. Nem boncoltatott.

II. Lobok.

a) Lágyrészeken.

Luetikus fekélyek az ajkakon, orron 4 eset, melyek, miután a bőrosztályon éppen üres hely nem volt, egy ideig nálunk kezeltettek higanytapaszszal és higanykenőcs bedörzsöléssel. 1 gyógyult, 2 javultan, 1 gyógyulatlanul helyeztetett át a bőrosztályra. *Noma* egy 39 éves férfinél, betegsége 15-dik napján kereste fel a kórházat; másnap meghalt. Nem boncoltatott.

Tályogok. 5 eset, bemetszés és kikaparásra gyógyult 4, 1 szívbillentyűelégtelenség következtében meghalt.

Parotitis epidemica 2 eset, gyógyultak.

Staphyloma corneae, operatiora gyógyult.

b) Csontokon.

Necrosis a homlokcsonton luetikus alapon, antiluetikus kezelésre gyógyult.

Necrosis a nyakszirtcsonton, tuberculosus alapon, hideg tályoggal; felmetszés, kikaparás; fistulával távozott.

Felső fogmedernyúlvány necrosisa szuvas fog következtében 2 esetben. A necrotikus rész kivésése után egy gyógyult, egy javultan távozott. Alsó fogmedernyúlvány necrosisa rossz fog miatt 5 eset, 2 javultan, 1 műtétbe nem egyezett és gyógyulatlanul, 2 gyógyultan hagyta el a kórházat. E két utóbbinál fistulák voltak kifelé és az állkapocs teste is necrotizálva volt 2 cm. hosszúságban; resectio, gyógyulás. Direct ütés miatt két esetben, törés miatt 1 esetben az állkapocs testén necrosis, mindhárom fistulával kifelé, a melyek tágíttatván, kikapartattak, necrotikus csontrészek eltávolíttattak. 1 gyógyult, 2 javult.

Luetikus alapon sokszoros necrosis az alsó állcsonton, halánték- és homlokcsonton számos fistulával. Kikaparás. Javultan elhagyta a kórházat.

Ostitis mastoidea, közép füllob után, 4 eset; typikus műtétre 1 gyógyult, 3 a gyógyulást be nem várva, javultan távozott.

III. Daganatok

a) Lágyrészeken.

Naevus pilosus 13 éves férfinál, a mely a regio infraorbitalist kitöltő 2 cm. széles csíkot képez. Thermocauterrel lett operálva, azon elméleti feltevésből kiindulva, hogy a kiálló papillosus részek lepörköltetvén, a közből maradó apró bőrszigetecskék központjai legyenek a műtét utáni bőrképződésnek. Ez a kisérlet azonban nem sikerült, ezért később kimetszetett és a hiány a felkar bőréből vett lebenynyel pótoltatott.

Atheroma capitis, 3 férfi, műtétre gyógyultak.

Fibroma nasi, 67 éves férfinél, műtétre gyógyult.

Polypus nasi, 4 eset, mind férfi. 3 esetben a dag az orrlikon át fogóval és kacsszorítóval távolíttatott el, egy esetben az orr a septum mellett felmetszetvén, a dagtömeg kikapartatott. Mind a négy eset gyógyult.

Gliosarcoma orbitae két nőnél. Egyik műtétbe nem egyezett, a másiknál exenteratio orbitae, gyógyult.

Ranula, 39 éves nőnél; kiirtatott, gyógyult.

Angioma, 2 eset az alsó ajakon, illetve a szájzugban; ignipuncturára mindkettő gyógyult.

Sarcoma faciei, 46 éves férfinál; műtétbe nem egyezett, gyógyulatlan.

Sarcoma pharyngis, 1 eset; műtétbe nem egyezett.

Epithelioma labii superioris 2 férfinél; egyik a műtét után 2 hónapra recidivázott és meg is halt marasmus folytán; a másik műtétre gyógyult, visszaeséssel sem jelentkezett máig.

Carcinoma labii inferioris 34 eset; mind férfi; 14 a dag egyszerű kimetszésére és az esetleg infiltrált mirigyek eltávolítására gyógyult per primam; kettőnél a dag eltávolítása után visszamaradt hiányt plasticával fedtük; ezek közül egy gyógyult, a másik műtét után erysipelast kapott, és a bőrosztályra helyeztetett át; az alsó állkapocsra is átterjedt 18 esetünkben; ezek közül 2 esetben csupán a megbetegedett csonthártya távolíttatott el és a csont megfelelő kiterjedésben levésetett; egy gyógyult, egy a gyógyulást be nem várva, gyógyulatlan távozott. Négynél részleges resectio végeztetett, három gyógyult, egynél még a kórodán való időzése alatt recidiva lépett fel és igy távozott. Az egyik állkapocsfél resectioját végeztük 7 esetben; 5 gyógyult, egy javultan távozott, egy meghalt a műtét utáni harmadik napon, a már korábban fennálló marasmus folytán. Végül öten műtétbe nem egyeztek és igy gyógyulatlanul tá voztak.

Carcinoma linguae 4 férfinál, kettő ezek közül műtétbe nem egyezett, egynél totalis nyelv kiirtást végeztünk az rt. lingualisa

előzetes lekötésével, egynél meg thermocauter segélyével a fél nyelv távolíttatott el. Mindkettő gyógyult.

Carcinoma buccae 2 férfinál; kórelőzményben mindkettőnél szokványos bagózás. Gyógyultak. 1 műtétbe nem egyezett.

Epithelioma faciei 14 eset (11 férfi, 3 nő). Ezek közül műtétbe nem egyezett 5. Műtét után egyszerüen összevarratott 3, gyógyultak. Plastica végeztetett 6 esetben, melyek közül 5 gyógyult. Ezek egyike, mint a szövettani vizsgálat kimutatta, melanocysto-carcinoma volt 76 éves férfinál. Meghalt egy, a melynél az art. carotis externa lekötése után a féloldali alsó és felső állkapocs resecáltatott és az azon oldalon levő mirigyek eltávolíttattak, a midőn a vena jugularis is megsértetvén, aláköttetett. A műtét utáni napon kimerülés folytán meghalt.

Epithelioma frontis 2 nőnél, műtétre mindkettő gyógyult.

Epithelioma nasi 11 eset (6 férfi, 5 nő), valamennyi operáltatott, a hiány az arcz vagy homlok bőréből vett lebenynyel plastikus műtét által fedetett. 8 gyógyult, 2 a seb teljes gyógyulását be nem várva távozott, 1-nél még a kórodán való időzés alatt recidiva lépett fel.

Serumkezelés egy alsó ajak- és egy orr-ráknál lett megkisértve, mindkét esetben eredménytelenül, úgy, hogy műtétre kerültek.

b) Csontokon.

Sarcoma maxill. sup. 2 férfinál; totalis resectiora mindkettő gyógyult.

Sarcoma mandibulae, a fogmederből kiindulólag 1 nőnél és két férfinál, mindháromnál a betegoldali állkapocsfél resecáltatván, 2 gyógyult, egy a seb teljes begyógyulása előtt, javultan távozott.

Osteosarcoma orbitae 1 nőnél, exenteratio orbitae, gyógyult.

IV. Vegyes.

Labium leporinum, 8 eset; 5 leány, 3 fiú. Öt műtétre gyógyult, 3 operatioba nem egyezett.

Corpus alienum auris d. Porczellángombot dugott a fülébe egy 7 éves fiú, melynek eltávolítása nem sikerült, de azután semmi zavart nem okozott.

Defectus partialis labii inf. noma után egy leánynál, plastikára gyógyult.

Hydrocephalus 3 éves fiúnál.

Hernia cerebri 17 éves fiúnál, az orrgyök felett tyúktojásnyi dag, mely nyomásra csaknem egészen eltünik; ilyenkor felette a bőr ránczba szedhető és közepén kis ujjhegynyi kerek nyilás van a csonton. Agynyomási tünetek nincsenek ilyenkor. Születésekor állítólag csak borsónyi volt, azóta lassan nő. A beteg különben normalis szellemi képességekkel bir. Koponya azonban kicsi, kerülete csak 49·5 cm.

Neuralgia nervi infraorbitalis. Egy férfi. Neurectomia. Gyógyulás.

Neuralgia nervi supraorbitalis. A nervus supraorbitalis átvágására javult.

2. Nyak.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések:											
a) Lágyrészeken	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—
b) Csontokon ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II. Lobok:											
a) Lágyrészeken	5	4	1	2	1	2	—	—	—	—	—
b) Csontokon ...	5	3	2	2	—	1	2	—	—	—	—
III. Daganatok											
a) Lágyrészeken	83	40	43	27	35	6	6	6	2	1	—
b) Csontokon ...	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Vegyes ...	7	3	4	—	2	—	—	2	—	1	2
Összesen ...	102	52	50	32	38	9	8	8	2	3	2

I. Sérülések.

Vágott seb két férfinál; egyik gyógyult, a másik, a melynél súlyos koponyasérülés is volt, meghalt.

II. Lobok.

Abcessus colli, phlegmone után, 5 eset (4 fiú, egy nő); felmetszésre gyógyult 3, 2 gyógyulást be nem várva távozott.

Necrosis ossis hyoidei, 1 nő; kikaparásra javult.

Caries vertebr. colli, 4 eset (3 férfi, 1 nő), mindannyinál nagy sülyedési tályog a tarkó tájékán; ezek felmetszésére és a beteg csontrész kikaparására 2 gyógyult, kettő javultan ambulans kezelésre tétetett át.

III. Daganatok.

Kopoltyúcysta, 18 éves leánynál, bal állszöglet alatt. Galambtojásnyi fluctuáló dag, mely felett a bőr rendes színű. Próbapunctionál sárgás nyákos folyadék, melyben hámképletek nem találtattak. Exstirpatio, prima gyógyulás; szövettani lelet, Buday professor által megvizsgálva: „A tömlőfal vékonyrétegü 4—6 sor sejtből álló laphámmal van fedve, mely felületén elszarúsodásnak indult; az alatta levő kötszövet lymphoid-szerkezettel bir, a mennyiben a kötőszöveti rések apró kerekmagvú lymphocytákkal vannak telve. Ez a lymphoid-szövet számos helyen mákszemnyi-gombostűfejnyi csomók alakjában kiemelkedik s a felette lévő hámot felemeli és megvékonyítja. A hámsejtek közt különben mindenütt sok leucocyta látszik. Ezen szerkezet folytán a tömlőfal nagy hasonlatosságot mutat olyan nyákhártyához, a melyikben közvetlenül a hám alatt adenoid-lymphoid-szövet fejlődik, így a mandulákhoz, még inkább a garat egyes részeihez. Valószinű tehát, hogy a tömlő a kopoltyú-tasak visszamaradt csirájából fejlődhetett.

Struma hypertrophica, egy 16 éves leánynál, thyreoidin-pastillák hosszas használata után javulatlanul távozott.

Sarcoma colli 7 eset (6 férfi, 1 nő); kiirtásra gyógyult kettő, négy inoperabilis volt; egynél miután a trachea igen össze volt nyomva, légcsőmetszés végeztetett; műtét után 3 hétre általános marasmus folytán meghalt.

Lipoma nuchae 1 eset; kiirtás, prima.

Lymphoma colli 73 eset (34 férfi, 39 nő).

1. Szabályos kiirtás primaer varrattal; per primam gyógyult 22.

2. Szabályos kiirtás, primaer varrat; per secundam gyógyult 30, javult 7.

3. Elgenyedt mirigy kikapartatott 7, gyógyult 5, javult 2.

4. Műtét nélkül távozott 3.

5. *Scrophuloderma* 4; gyógyult kikaparással 3, javult 1.

IV. Vegyesek.

Pharynxstenosis luetikus alapon, 18 éves férfinál. Tracheotomia és gastrostomia. Mindezek daczára halál állott be a műtét után 14 nappal sülyedési pneumonia folytán.

Diphtheria laryngis 4 eset (3 leány, 1 fiú). Tracheotomia mind a négynél. Kettő gyógyult, 2 meghalt.

Papilloma laryngis 2 eset, műtétbe nem egyeztek.

3. Mellkas, gerincz.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
1. Sérülések:											
a) Lágyrészeken	21	19	2	14	2	4	—	—	—	1	—
b) Csontokon ...	7	6	1	—	—	3	1	2	—	1	—
II. Lobok:											
a) Lágyrészeken	17	11	6	1	2	7	2	3	1	—	1
b) Csontokon ...	24	11	13	4	2	5	4	1	6	1	1
III. Ujképletek	26	6	20	2	9	2	6	2	5	—	—
IV. Vegyes	5	2	3	1	—	—	1	—	1	1	1
Összesen ...	100	55	45	22	15	21	14	8	13	4	—

*

I. Sérülések.

Contusiones pectoris 5 eset (3 férfi, 2 nő); gyógyultak.

Vulnus caesum 2 férfi; egyiknél nem penetrans, gyógyult; másiknál hatalmas párbajseb; huszárkardvágás, a mely a 2. és 3. bordaközben a mellüreget megnyitotta. Haemopneumothorax. Átvitetett a „Vörös-Kereszt"-kórházba.

Vulnus punctum thoracis 7 eset; mind férfi. Hatnál nem penetrans, rövid időn gyógyultak. A 7-diknél penetrans seb a bal lapoczka csúcsainál, baloldali haemopneumothorax. Véres köpet, 5 nap mulva némileg javult állapotban hagyta el a klinikát.

Vulnus sclopetarium 7 eset; mind férfi. Négy nem penetrans, ezek közül kettő gyógyultan, kettő gyógyulást be nem várva javultan hagyta el a klinikát. Háromnál penetrans sebzés. Kettőnél ezek közül tüdősérülés; utána pyothorax; bordaresectiora egyik teljesen gyógyult, másik gyógyulást be nem várva, javultan házi ápolásba ment át. A harmadik, a ki bal tüdejét lötte keresztül s a kinél, a mint a később kifejlődött pyothorax miatt végzett bordaresectio alkalmával is kiderült, a szívburok is meg volt sértve, a 16. napon meghalt.

Fractura claviculae 1 eset; gyógyulásra nem várt, sőt kötést sem engedett.

Fractura costae 3 eset (2 férfi, 1 nő); 2 javultan, a gyógyulásra nem várva, távozott, egy gyógyulatlanul áttétetett a belgyógyászati osztályra, mivel typhust kapott.

Gerinczoszlop sérülése 3 esetben fordult elő. Egynél biztossággal lehetett kórismézni a gerinczoszlop törését az ágyéki részen; mozdulatlan fekvésre javult és saját kérésére hazabocsáttatott. A másik esetben valószinűséggel kórismézték a 7. háti csigolya ficzamodását; meghalt. Nem bonczoltatott.

A harmadik esetnél, melynél a myelitis ex compressione tünetei voltak — föld és kő omlott az ágyékára és kereszttájra — valószinüleg szintén gerincztörés volt; ez saját kérésére gyógyulatlanul elbocsáttatott.

II. Lobok.

a) Lágyrészeken.

Abscessus phlegmone után 1 férfinál; felmetszésre és kikaparásra javultan távozott.

Mastitis két nőnél; felmetszésre és kikaparásra gyógyult az egyik; a másik, a kinél a terhesség alatt lépett fel, javultan áttétetett a szülészeti osztályra.

Lymphoma abscessum a hónaljban 7 eset, mind férfi. Bemetszésre és kikaparásra gyógyult egy, három műtétbe nem egyezett, három a gyógyulást be nem várva, javultan távozott.

Pleuritis serosa 1 férfinál, valószinüleg tuberculosus alapon; punctiora javultan távozott.

Pyothorax 6 eset (2 férfi, 4 nő). Valamennyinél thoracotomia, 1—2 borda resecálásával. Gyógyult 3, kettő fistulával távozott, egy meghalt.

b) Csontokon.

Necrosis sterni 4 eset (2 férfi, 2 nő); kikaparásra gyógyult 3, egy tuberculosisban elhalt a kórházban való időzése alatt.

Necrosis claviculae sin. egy nő. Kikaparásra javultan távozott.

Necrosis scapulae 1 férfinál. Kikaparásra javultan távozott.

Necrosis costae 10 eset (6 férfi, 4 nő). Kikaparásra gyógyult 2, 1 javultan elment; resectiora gyógyult 2, 5 pedig gyógyulást nem várva, javultan távozott.

Spondylitis tuberculosa, kifejezett gibbussal 9 eset (7 nő, 2 férfi). Ezek közül 6, kiknél sülyedési tályog nem volt, hosszasabb systematikus kezelésbe nem egyezvén, egy-egy gyps-füzővel hazamentek. Háromnál sülyedési tályog felfakadva, ezek közül kikaparásra kettő javult, egy pedig, a kinél psoitis volt, meghalt.

III. Újképletek.

Papilloma dorsi egy eset. Kiirtás. A seb teljes gyógyulását be nem várva, távozottt.

Scrophuloderma dorsi et pectoris két férfi. Kikaparásra mindkettő gyógyult.

Sarcoma mammae egy nőnél. Kiirtatott. Gyógyult.

Sarcoma a hónaljban; három eset, 2 férfi, 1 nő. Műtétbe egyik sem egyezett.

Adenoma mammae egy eset, kiirtásra gyógyult.

Carcinoma mammae 18 eset, köztük egy férfi. Exstirpatiora, illetve amputatiora teljesen per primam gyógyult 4; a seb nagy részben per primam gyógyult 2-nél, per secundam 1-nél. Javultan, a gyógyulást be nem várva távozott 7, ezek közül kettőnél részleges prima. Gyógyulatlanul, azaz még a kórodán recidiválva távozott 3; műtétbe nem egyezett egy. Korábban carcinoma miatt operálva volt közülök 5.

A férfi, kinél carcinoma mammae diagnosisunkat a górcsövi vizsgálat is megerősítette, 73 éves csizmadia, a kinél a baj 7 hó óta állott fenn. A bal bimbó helyén tyúktojásnyi dag, mely felületén kifekélyesedett, keménytapintatú, élesen határolt, mozgatható. Hónaljban két kisdiónyi kemény mirigy. Exstirpatio, a hónaljmirigyek mind eltávolíttattak.

IV. Vegyesek.

Cicatrices combust. axill. dextrae 1 férfinál; egy széles háromszögü heg miatt csak 60°-nyira tudja felső végtagját abducálni. Plasticára gyógyult.

Fájdalmas hegkötegek az emlőben mastitis után egy eset. Az emlőt jól alátámasztó corsettet kapott.

Combustio bullosa cutis corp. totius egy nőnél, az egész testen néhány tenyérnyi hely kivételével. Állandó langyos fürdő. Meghalt negyednapra.

Sepsis egy férfinál, a kinek lipomáját Budapesten a „vöröskereszt"-kórházban megoperálták s a ki gyógyulást be nem várva, orvosai óvása daczára hazament és még nyilt sebét teljesen kezelés nélkül hagyta.

Spina bifida egy fiúgyermeknél. Megszökött a kórházból.

4. Has.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések:											
a) Különfélék ...	4	4	—	3	—	—	—	—	—	1	—
b) Sérvek	80	66	14	51	10	—	—	9	1	7	2
II. Lobok ...	8	5	3	3	1	2	1	—	—	—	1
III. Dagok ...	13	6	7	—	3	1	1	4	1	2	1
IV. Egyéb ...	10	3	7	—	4	—	—	—	3	3	—
Összesen ...	115	84	31	57	18	3	1	13	5	13	4

I. Sérülések.

a) Különfélék.

Contusio abdominis 1 férfinél; csupán a hasfalak szenvedtek, néhány nap alatt gyógyult.

Vulnus sclopet. abdominis 1 férfi. Golyó bemeneti nyilása a májnak megfelelőleg. Elvérzés tünetei mellett egy óra mulva meghalt. Nem bonczoltatott.

Vulnus punctum abdominis 2 férfinél. Egyiknél a megsérült vastagbél előesett; miután betegen shock tünetei voltak, egyelőre anus praeternaturalis; két hét mulva a hasfalhoz nőtt bél lefejtetett, a lyuk rajta bevarratott és a hasür záratott. A másiknál az előesett cseplesz rögtön resecáltatván, nyolcz nap alatt per primam gyógyult.

b) Sérvek.

28 jobboldali szabad lágyéksérv közül (27 férfi, 1 nő) műtétre került 22, műtétbe nem egyezett 5, gyógyulást be nem várva távozott egy.

Baloldali lágyéksérv 12 eset; mind férfi, ezek közül 10 szabad, 2 odanőtt. Gyógyult 10, közülük 8 per primam, egy gyógyulatlan távozott, egy fistulával és utóbb ugyancsak kórodánkon innen kiinduló pyaemiában meghalt. (Lásd alább.)

Kétoldali szabad lágyéksérv 10 eset, mind férfi. Gyógyult 8, közülük 6 mindkét oldalt per primam, egyik jobboldalt per primam, baloldalt a mély varratok kigenyedtek; a másiknál jobboldalt szintén prima, baloldalt a benneket a hólyag képezte, mely mű-

tétnél megsérült. Eleinte fistula, a mely azonban 3 hét alatt állandó catheter alkalmazásra és edzésre teljesen begyógyult.

Kizárt jobboldali lágyéksérv 12 eset, mind férfi; 9 közülük gyógyult, 7 per primam, 3 meghalt. A gyógyultak között van egy, kinél 8 cm. üszkös bél resecáltatott. Az elhaltak mindegyikénél a bél már gangraenescálva volt. Kettőnél anus praeternaturalist csináltunk, egynél a sérv bejövetele után rögtön magától visszament s miután mindössze 24 óráig volt kiszorulva, minden műtéttől elállottunk. A rákövetkező reggelre ismét kiszorult; műtét elkezdetik, de a bőrmetszés megejtése után visszament. A műtő azért mégis megnyitotta a sérvtömlőt abban a reményben, hogy talán sikerülni fog a visszacsúszott belet a kapun át kihúzni, ez a törekvése azonban meghiusult. A beteg oly alélt volt, hogy laparotomiát már nem lehetett csinálni s azonfelül a kapun át sűrű, büzös geny ürült. Drainezés; műtét után 20 órával halál. Bonczolatnál perforatio az ileumon a vakbél felett 80 cm.-nyire, perforativ peritonitis. Jó példa arra nézve, hogy kiszorult sérvet az első órák eltelte után ne is iparkodjunk reponálni.

Kizárt baloldali lágyéksérv 5 eset, 4 férfi, 1 nő. 3 gyógyult, ezek közül kettő per primam. Kettő meghalt. Ezek közül egyiknél a műtét alkalmával a tömlőben csak cseplesz találtatott. Halál a műtét után 20 órával. Bonczolásnál átfúródás találtatott az ileumon a vakbél felett mintegy 80 cm.-nyi távolságban, egy Littre-féle sérv csúcsán. A másiknál, bár csak az ötödik napon került műtétre, a szintén kiszorult cseplesztömegbe ágyazott bél nem gangraenescált, a beteg azonban 48 óra mulva kimerülés tünetei között meghalt. Bonczolás nem történt.

Jobboldali szabad czombsérv 1 férfinél. Per primam gyógyult.

Baloldali szabad czombsérv 1 eset. Per primam gyógyult.

Kétoldali czombsérv 1 férfinél. Egyik közülük kizárt. Per primam gyógyult.

Jobboldali kizárt czombsérv 4 eset, mind nő. Egy közülük műtétbe nem egyezett bele s gyógyulatlanul távozott. Kettő per primam gyógyult, egy meghalt. Ennél a műtét alkalmával a bél egészen szét volt már málva, úgy hogy a bélsár szabadon ömlött a hasűrbe.

Baloldali kizárt czombsérv 3 eset, nők. Kettő per primam gyógyult, egy meghalt. Ennél már felvételkor a kiszorult sérvet fedő lágyrészek két férfikéznyi területen üszkösen szét voltak esve. Nem bonczoltatott.

Kizárt köldöksérv 1 nőnél. Gyógyult.

Szabad hasfali sérv a fehér vonalban 1 férfinél, kinek egyszersmind kétoldali szabad lágyéksérve is volt; gyógyult. Egy gyógyulást be nem várva távozott, egy utólag elhalt.

Volt tehát összesen 80 sérves betegünk, köztük 13-an kétoldali sérvvel, összesen tehát 93 eset. Ezek közül műtétbe nem egyezett 8 egyén 10 sérvvel, végeztünk tehát 83 sérvműtétet. Ezek közül szabad sérv volt 58; gyógyult 56, egy gyógyulatlanul elment, egy utólag elhalt. Kizárt sérv volt 25, ebből meggyógyult 18, meghalt 7.

A klinikánkon előfordult sérv-esetek egyébiránt feldolgozás alatt állanak és nemsokára közöltetni fognak. Itt csak nehány érdekesebbnek adom rövid vázlatát.

Hernia ventralis. Egy év óta áll fenn egy 40 éves férfinél, a ki asztalos és a sérve keletkezése idejében sok munkája volt. A has középvonalában a két rectus között, közepén a köldök és a processus xyphoideus közötti távolságnak, négy ujjam hegyét befogadó rés a has falazatát alkotó szövetekben, csupán a vékony bőr által fedve, mely köhögésnél elődomborodik. Műtétnél a bőr átmetszése után, igen felületesen, meglehetős nagy zsírtömegre bukkantunk, mely folytatódott a mélybe, a rectusok hüvelyei közé. Óvatos praeparálás; kitünik, hogy a zsírtömegben peritonealis hüvely van. A leirt leleten kivül érdekes, hogy az illető saját vallomása szerint gyalulás alkalmával gyakran támasztotta hasát épen ezen a helyen a gyalulandó tárgyakhoz, hogy azokat rögzítse.

57 éves férfinál diagnosis hernia inguinalis immobilis, valószinüleg cseplesz sérv. Műtétnél legott feltünt, hogy a sérv burkai nem különböztethetők meg úgy, mint rendesen, rétegenkint, hanem tömör kötőszöveti kéreggé olvadtak össze. A mint ezt mind tovább és tovább bemetszettük, egyszere csak sűrű geny ömlött elő és a következő metszésnél a dag distalisabb részéből hydrocele folyadék. Tekintettel a beteg korára, hogy a műtét tartamát lehetőleg rövidítsük: castratio határoztatott el, hogy így a herét a megvastagodott burkokkal együtt eltávolítsuk. A leválasztásukat alulról felfelé meg is kezdtük, de a midőn a Poupart-szalaghoz jutottunk, egyszerre bélnyákhártya külsejü dolog ötlött szemünkbe. A vakbél volt az, a melynek peritonium által nem borított felülete fekélyesen destruálva volt, még pedig messze felterjedőleg. E miatt le kellett mondani a vakbél resectiojáról egyelőre, hanem anus praeternaturalis határoztatott időlegesen és az említett műtét azutánra terveztetett, ha a beteg jobban lesz. A castratiot azonban végrehajtottuk. A beteg gyógyulást be nem várva, hazament. A kórkép magyarázata az, hogy egy már meglevő vakbél-herniában typhlitis vagy perityphlitis posterior keletkezett, a mely genyedésbe ment át, a geny süllyedt kifelé és okozta a burkok összenövését.

Végül még néhány szót arról, a ki pyaemiában elhalt. 43 éves egyén 6 év óta fennállott baloldali szabad lágyéksérvvel operáltatott 1896. julius 17-dikén, a midőn a sérvtömlőben cseplesz találtatott és resecáltatott; azután a kapú és a járulékos burkok catguttal, a bőr selyemmel összevarratott. A seb felső zugában egy varrat elgenyedt és itt egy kis tályog képződött, a mely azonban felnyittatván, csakhamar teljesen begyógyult, úgy hogy julius 29-dikén a beteg gyógyultan távozott. Október 4-dikén ismét felkereste a kórodát egy kis fistulával a seb felső zugában, Ez felhasíttatott, kikapartatott, naponta kötöztetett, mégis már 20-dikán újabb süllyedés constatáltatott; a kutasz egy mély menetbe jutott, a mely a lágyékcsatorna felé haladt. Ez is narcosisban felmetszetett, naponta kötés. A seb szélei azonban kezdtek meglobosodni, beszüremkedni, a has e körül érzékeny kezdett lenni. November 4-dikén csuklás, hányás, hasmenés lépett fel, lázas lett, a hőmenet nagy ingadozásokat mutatott. November 8-dikán meningitikus tünetek is léptek fel és a beteg 9-dikén este meghalt. Bonczolásnál genygyülem találtatott a has mellső falához odanőtt mesenterium lemezei között, metastatikus tályog a májban és az agy centrum semiovalisában, mely áttört a baloldali gyomrocsba.

(Folytatása következik.)

Az „ulcus cruris“ gyógykezelése ferrum sesquichloratummal.

Közli: *Sellei József* dr. egyetemi tanársegéd a bőrkórtani klinikán.

Régi kötelességet vélek teljesíteni, midőn boldogult főnökömnek, Schwimmer tanár úrnak ama tapasztalatait közlöm, melyeket ő az ulcus cruris gyógykezelésénél ferrum sesquichloratummal szerzett s melyeket ő maga ismertetni szándékozott. Az esetek gyüjtésével boldogult főnököm annak idején engem, valamint Bruckmayer dr. barátomat, kórházi alorvost bizott meg.

Schwimmer azon tapasztalatokból kiindulva, melyeket az égési sebeknek ferrum sesquichloratummal való kezelésénél észlelt, — a midőn ez szintén fényesen bevált — azon gondolatra jutott, vajjon nem volna-e helyes a ferrum sesquichloratumot, kenőcs alakjában, az ulcus crurisnál is megkisérelni. Ismeretes, hogy minő nehézségekbe ütközik, különösen a kórházi praxisban, az ulcus cruris-os betegek gyógyítása. A bántalomnak hosszú tartama, makacs viselkedése mindennemü gyógyszerrel szemben, már régebben transplantatio foganatosítására utalta az orvosokat, csakhogy ezzel, főleg akkor, midőn, mint azt makacs esetekben gyakran látjuk, a nagy mértékben tágult visszerek és pangások miatt a bőr vizenyős, sem sikerül mindenkor czélt érnünk. Habár a transplantatio sokszor nélkülözhetetlen voltát semmiképen sem akarnám tagadni, mégis a transplantatio eszközlése előtt czélszerünek látszik oly szernek alkalmazása, mely relative elég rövid idő alatt sikerhez vezethet. S valóban azon esetek, melyeket kórházi szolgálatom alkalmával gyüjthettem — számszerint körülbelül 15 —, kivétel nélkül fényesen igazolták a ferrum sesquichloratumnak kitünő hatását az ulcus cruris gyógykezelésénél. Azóta a magángyakorlatban, valamint a „Teleia“ bőrbeteg-ambulatoriumában is többször meggyőződtem e szernek megbizhatósága felől, miért is felhivom reá a kartársak figyelmét.

A ferrum sesquichloratumot Schwimmer eleinte csak gyenge perczentuációban alkalmazta és csak később tért át 5%, sőt 10% ke-

nőcsre. A jól megtisztított sebfelületet eleinte borogattatta; borogató víz gyanánt a liquor Burow, vagy az aqua Goulardi megfelelő (két-háromszoros) higításban szolgált. Az alszár meglehetősen magasra helyeztetett. Borogatásokat csak eleinte rendelt, melyeket a beteg körülbelül 10—14 napig használt s közben 2—3-szor naponta ferrum sesquichloratumos kenőcsöt vászonra felkenve tett az ulcus crurisos felületre. Az első időkben a ferrum sesquichloratumot a következő alakban iratta fel

Rp. Ferri sesquichlorati *0·50*
Lanolini . . . *10·0*
Vaselinae fl. . . *40·0*

A kenőcs eleinte mar, de csakhamar megszokja a beteg, a midőn az izgató hatásra egyik-másik helyen apróbb sarjadzások keletkeznek. Ilyenkor tehát, a második hét körül, a borogatásokat abba kell hagynunk és a fekélyt csak a kenőccsel kezeljük. Rátérhetünk ekkor az erősebb dosisokra is, 2%, 3—5%-ban, lassanként hozzászoktatva a beteget, rendeljük a kenőcsöt.

A kórkép, melyet így a 3—4. héten láttam, rendszerint a következő volt: a fekély helyén mindenütt apró bőrszigetecskék, melyek helyenként összefolytak, találhatók; a fekély alapja egyáltalában nem genyes, nem nedves, mindenütt száraz. További egy-két hét mulva pedig a folyamat teljes gyógyulásra vezetett.

Kizárt lágyéksérv az incarcerált bélrész teljes elhalásával, ennek folytán sérvműtét hasmetszéssel combinálva.

Meskó Aladár dr. műtőorvostól.

Nem lesz érdektelen egy talán nem mindennapi esetét a kizárt lágyéksérveknek közölnöm, mely ismételten szomorú bizonyítékát adja a műtétektől még mindig irtozó közönség gondolkozásának.

L. R. 65 éves özvegy magánzónő Dobrán, évek óta szenvedett baloldali szabad lágyéksérvben; sérvkötőt sohasem használt. Műtét előtt kilencz nappal a sérv kizáródott, mely alkalommal minden módot elkövettek annak repositiojára; mivel azonban ez nem sikerült, csak kilenczedik napon hívtak a beteghez, kit már nagyon gyenge pulsussal és magas hőmérsékkel fekve találtam. Környezete állítása szerint már két nap óta szünetelt a bélsárhányás. Has kevéssé puffadt, érzékeny, kopogtatási hang az alhas táján kissé tompult dobos; az alhas bal oldalán egy kis tyúktojásnyi nem nagyon ellentálló daganatot találtam, nagyfokú érzékenységgel. A kórisme, minden kétséget kizárva, kizárt lágyéksérv volt. A beteg beleegyezésével a műtétet chloroformnarcosisban azonnal foganatosítottam — nem a legjobb prognosis sal — s midőn a sérvtömlőt megnyitottam, abból kevés genynyel vegyes, híg bélsár ürült ki. Tömlőben körülbelül 4 cm. hosszú, teljesen demarcált vékonybélrészt találtam, melynek folytatása sem a centralis, sem a peripherikus bélrész felé nem volt feltalálható, alig egy tollszárvastagságú csepleszrészszel állott csak összeköttetésben; sérvgyürü szük, feszes, s ebből érthető, hogy az incarcerált bélrész a hasüregi részektől a gyürü erős szorítása által rövid idő alatt, mondhatni teljesen levágatott. Ezen oknál fogva, valamint mivel a már szabadon a hasüregbe zsájadzó két bélvég feltalálható nem volt, tehát a bélsár a hasüregbe ömlött, a műtétet azonnal hasmetszésre változtattam át, midőn onnan nagymennyiségü büzös híg bélsár és geny ürült ki. Súlyos peritonitis tünetei természetesen azonnal feltüntek, és ezekből volt magyarázható azon tény, hogy a beteg már két nap óta nem hányt bélsárt, mivel annak szabad lefolyása a hasüregbe minden akadály nélkül megtörténhetett. A hasüregből a két bélvéget kiemelve, a hasürt a mennyire lehetett desinficiáltam, kimostam, a két bélvéget a hasfali sebbe kivarrva, a hasüreget is drainiroztam. Ezek után rövid időre látszólag megkönnyebbült a beteg, mindazonáltal műtét utáni 5 órára bekövetkezett a halál. A demarcált és a tömlőben feltalált bélrész roncsolást és vérömlenyeket mutatott, a mi erélyes kéz reponáló kisérleteire engedett következtetni. Bizony nagyon óhajtandó azon idő eljövetele, midőn a műtőt nem az utolsó perczben hivják a beteg ágyához.

A gyermekágyi láz gyógyítása.

Sziklai Károly dr.-tól Kis-Zomboron.

Maga a hivatalos statistika is bizonyítja, mily nagy nálunk a gyermekágyi lázban megbetegedett szülő nők halálozása, a mennyiben azt 59·4%-nak tünteti fel.

Az országban elszórtan felállított bábaképezdékben kiképzett bábák szaporodásával, kik a fertőtelenítő eljárást a képezdében gyökeresen elsajátították, azon szánalomra méltó szülő nők száma évről évre apad, kik képzett, tehát velük tisztán, azaz aseptikusan bánó szülésznő hiányában, kényszerítve vannak arra, hogy a legközelebbi vén asszonyt türjék maguk körül és ez által a fertőzésnek könnyen ki vannak téve. A m. kir. Belügyministerium által az országgyülésnek beterjesztett kimutatás szerint 1892-ben 2000-nél több oly haláleset van feltüntetve, mely a gyermekágyi láz által okoztatott; de már az 1894-dik évben ezen szám 1/4-del csökkent, a mennyiben azon évben 1500-nál csak valamennyivel többen pusztultak el nevezett betegségben és azóta is apadóban van ezen halálozás, a mióta t. i. a fertőtlenítő eljárás a vidéken is erélyesen el lett rendelve és végre is hatjva.

Nem volna ugyan szabad a gyermekágyi láznak egyetlen egy kulturállamban sem egyetlen egyszer is halálokul szerepelni és nálunk, Magyarországban, melynek egészségügye oly zsenialis és oly erélyes főnök vezetése alatt áll, nem is fordul elő halálozás gyermekágyi láz következtében oly esetben, melyben a gyermekágyas nő körül okleveles szülésznő foglalatoskodik. Csakhogy az ilyen még mindig nem elegendő számban állván rendelkezésre, különösen kisebb községekben és ezen kis községek környékén, a tanyákon, a szülések, de különösen a gyermekágy körül tudatlan és piszkos asszonyok forgolódnak és onnan a gyakori fertőztetési veszély.

Ezen veszély a szülőnőket különösen a gyermekágyban fenyegeti, a melynek különösen első hetében naponta legalább is kétszer kell, hogy irrigáltassanak és miután különösen olyanoknál, kik tanyán laknak, nem a szülésznő maga, hanem valamely helyettes vén asszony foglalatoskodik körülöttük; ezek azon esetek, melyek a megfertőztetésnek leginkább vannak kitéve.

Az én esetem is olyan, melyben a megfertőztetés a rendesen lefolyt szülés utáni negyedik napon következett be, mert akkor már nem az okleveles bába, ki a szülésnél igenis személyesen segédkezett, hanem valamely parasztasszony helyettesítőnő ápolta volt és ez, valamint hozzá hasonló vén asszonyok még ha be is vannak tanítva a fertőtlenítő irrigálásra, mégis nem eléggé lelkiismeretesek és megtörténik a szerencsétlenség.

Nézzük meg azonban az esetet magát közelebbről.

Hajnali négy órakor sürgősen lettem híva lakhelyemtől egy órányi távolságra fekvő tanyára, a hol ugyanis egy fiatal asszonyt ágyban fekve, hánykolódva, fájdalmasan nyöszörögve találtam a következő status praesens-sel: Test alkotása nyulánk, vékony, de rendes méretü; hőfok 39·8; érverés 120; alhasi fájdalmakról panaszkodik, mely fájdalmak nyomásra még fokozódnak, nyelve piros, száraz; primipara.

Kérdésemre arról értesültem, hogy az asszonyka négy nappal ezelőtt rendesen szült; hogy szüléskor és még a következő napon a hivatalos szülésznő ápolta és ez azóta valamely általa állítólag betanított parasztasszony által helyettesíttette magát.

Tegnap délutánig egészen jól érezte magát; gyermekét rendesen meg is tudta szoptatni; este felé azonban már kezdte magát kényelmetlenül érezni és alhasában fájdalmat érezni, a mely folyton növekedett. Késő éjjel rázó hideg lepte meg, melynek tartama alatt a fájdalom nagy mértékben fokozódott, teje elapadt és erre nagy forróság következett.

Külső vizsgálatnál csekély gátrepedést találtam, a mely magában véve jelentéktelen lett volna, a mely azonban jelenlegi állapotában, midőn szürkésen be volt vonva, az endometritis puerperalis infectiosa-ra szóló kórismét igazolta, annál is inkább, mivel a belső ujjal — méhtükör nem volt nálam — megejtett vizsgálat alkalmával a hüvely nyákhártyáját duzzadtnak, helyenként fájdalmasnak, a méh nyakát szintén duzzadtnak, érintésre és nyomásra túlságosan érzékenynek találtam, a váladék pedig büzös, vérsíkokkal vegyes volt.

Lehet-e talán az adott tünetek alapján más kórismét felállítani?

A heves fájdalmak csillapítására azonnal morphium-injectiot végeztem, továbbá elrendeltem a beteg nőnek azonnali átszállítását a községbe rokonaihoz, a hol könnyebben és esetlegesen naponta többször felkereshetem; lysol-t a rendes szülésznő által végzendő irrigatiokra, antipyrint (5 : 120) bevevésre irtam fel és azon igérettel, miszerint a déli órákban otthon, rokonainál fel fogom keresni, távoztam.

Déltájban tényleg megjelentem a már hazaszállított betegnél; hőfok még mindig 38·6, érverés szapora, fájdalmasság tetemesen alább szállt; nyomogatásra azonban a puffadt alhas még mindig nagyon is érzékeny.

Azonnal a magammal hozott pilocarpinból 2 cgm.-ot fecskendeztem bőr alá, a mely adagról azonban csak utólagosan győződtem meg és a mi a szokásos eljárásomtól ez alkalommal eltért, mert rendesen első alkalommal csak 1 cgm.-ot, másodizben 1½-et és csak harmadszor szoktam a teljes adagot, 2 cgm.-ot befecskendezni, még pedig azon okból, hogy némely szervezet a szer iránti esetleges idiosynkrasiáját legyen alkalmam észlelni és esetlegesen leküzdeni.

A teljes adagot injiciálván, mindjárt első alkalommal a betegnél hosszabb időre megtelepedtem, hogy az esetlegesen bekövetkezhető viharos tünetek ellen eljárhassak. Ilyenek azonban nem léptek fel; az izzadás és nyálfolyás azonban nagyon is bőséges volt, a mely jó 2 óráig eltartott, a mint arról esteli látogatásom alkalmával értesültem.

A beteg nő este egészen jól érezte magát; a hőfok ugyan még mindig 37·8 volt, az érverés azonban egészen normalis, a váladék egészen tiszta, az alhas csakis nagyobbfokú nyomásra még mindig kissé fájdalmas. Étvágy azonban már jelentkezni kezdett, úgy hogy csak az antipyrin bevevését találtam szükségesnek továbbra is.

Következő napon betegem úgy a reggeli, valamint az esteli látogatásom alkalmával tökéletesen normalis; sem láz, sem fájdalom még nyomásra sem észlelhető többé, úgy hogy a másnap reggeli látogatásommal beszüntettem a beteghez való járásomat. A szoptatás is lehetségessé vált a pilocarpin-befecskendezést követő napon mindjárt. A lysollal való irrigatiok naponta kétszer alkalmaztattak.

Az oly gyorsan bekövetkezett tökéletes gyógyeredmény tehát a kezelés kezdetén mindjárt teljes adagban alkalmazott pilocarpinnak köszönhető, oly eredmény, mely tekintve a fölötte rövid időt, mely alatt bekövetkezett, csakis a pilocarpin tulajdona.

A pilocarpin tudniillik a gyógyszerek közt ugyanaz, a mi a mozgató erők közt a villany, a mint ezt már más helyt hangoztattam; valamint ezzel a legnehezebb munkát, a legfényesebb világítást el lehet érni, még pedig a képzelhető legrövidebb idő alatt, ép úgy beáll a pilocarpin következtében oly esetekben, a melyben annak alkalmazása javalva van, a legtökéletesebb gyógyeredmény a képzelhető legrövidebb idő alatt.

Az endometritis puerperalis infectiosa ezen esete a harmadik azok közül, a melyeket 30 éves praxisom alatt észlelni alkalmam volt, még pedig az utolsó 7 év alatt, tehát a pilocarpin időszakban mind a három. Az elsőt a „Gyógyászat“ 1895-dik évi 41-dik számában, a másodikat a „Wiener med. Wochenschrift“ 1897-dik évi 22-dik számában tettem közzé, mindkettőben a pilocarpin-gyógymód alkalmazása következtében gyors és kedvező fordulat állott be; de különösen az első, melyben ezen kedvező fordulat oly betegnél, a ki már delirált, egyetlen egy éjjelen át bekövetkezett, még engem is meglepett, engem, a ki ily kedvező fordulatokat majdnem minden egyes esetben, a melyben pilocarpint alkalmazok, látok.

Új tere nyilik tehát meg a pilocarpin-gyógymódnak, a melyen a gyakorló orvosok a legszebb diadalokat arathatják. Nem is kétkedem azon, hogy mindoly esetben, a melyben fertőzésen alapuló gyermekágyi lázra csak távolról is gyanú volna, pilocarpint alkalmazni fognak.

Szántszándékkal csakis a gyakorló orvosokról, a tulajdonképeni kartársakról szólok, még pedig azért csakis ezekről, miután endometritis puerperalis infectiosa csakis vidéken fordulhat elő, a hol képzett, okleveles szülésznő hiányában a szülőnő tudatlan és piszkos vén asszonyok ápolására szorul és így a fertőzésnek könnyen ki van téve.

A vidéki gyakorló orvosoknak lesz tehát első sorban alkalmuk gyógymódomat ezen kóralakban felülvizsgálni; az orvostanároknak, a kik városokban lakván, a melyekben ezen kóralak előfordulása amúgy is elképzelhetetlen, kórodáikon nem lehet alkalmuk gyógymódomat felülvizsgálat és bírálat tárgyává tenni.

TÁRCZA.

A laryngo-rhinologia Párisban.

(Vége.)

Az első emeleten van a bejáró betegek rendelése, a műtőterem, laboratorium s az orvosi személyzet helyiségei. A falépcsőn (a nagy nyugati államokban a kőlépcső már pazarlás számba megy, akárcsak a kettősablak Párisban és Londonban) feljutunk egy *előcsarnokba*, melyből 3 ajtó vezet tovább. A szemközt levő egy kisebb szobába visz, mely a *műtőterem előszobája*. Ebben várnak a kis műtétekre előkészített betegek műtéti napokon, máskor itt végzik a fül és melléküregek mosását és a fülkatheterezést. Világos helyiség, mosdószekrény egy igen elmés szerkezetű vizsterilizátorral ellátva. A bejárattal szemközt levő ajtó a *műtőterembe* visz, mely hiábavaló fényűzés nélkül az asepsis legszigorúbb szabályai szerint van berendezve; elektromos világítás; elektromotorral és vizsterilizátorral is bir. Jobboldalt egy kis ajtón át a *laboratoriumba* juthatunk, melyet most rendeznek be górcsövi és bakteriologiai vizsgálatokra. Az utóbbi helyiségből is átmehetünk a 15—15 méter méretű *váróterembe*, melynek nagy ajtója az előcsarnokba nyilik. E nagy helyiség rendeléses napokon egészen megtelik. Az intézet megkezdése óta a mai napig, tehát ötnegyed év alatt 7900 új beteg kereste fel a rendelést. A váróterem mellett, de ezzel összeköttetés nélkül van a *főnök szobája* és az *orvosi* személyzet *ruhatára*. Visszatérvén az előcsarnokba, forduljunk balra s egy kis folyosóra érünk, melybe szintén 3 ajtó nyilik, melyek külön helyiségekbe vezetnek. Jobbkézt találjuk a *sterilizáló szobát*, közvetlen közelségben a rendelőteremmel és műtéti szobával.

Balfelől van az úgynevezett *sötétszoba*, itt történik a hallás vizsgálata s azonkivül az átvilágítás. Négy üvegszekrényben pedig az eszközök és villamos műszerek vannak elhelyezve.

A nagy ajtó a vizsgáló vagy *rendelőteremhe* nyilik, a „*salle des consultations*“ méretei 15—13 méter. A falak mellett köröskörül 11 vizsgáló hely van; ezek közül kettő a főnök és assistenséé, villamos világítás, motor és galvanocauterrel (az áramot mindenütt accumulatorok szolgáltatják) felszerelve, e teremben van még egy elektromos állomás a többi orvos számára. A többi kilencz asztal mindegyikénél 2—2 orvos számára jut hely, ezek a segédek úgynevezett „*aides volontairs*“, ezek felerésze külföldi, túlnyomóan a latin országokból; az aidek Auerfénynyel tükröznek, míg a főnök és assistense a *Clar*-féle binocularis elektromos reflectort használja. A falakon sok jó ábra.

Egyik oldalon nagy gyógyszerszekrény és a kezeléshez szükségelt készülékek. A terem közepén nagy kályha van, mely igen jó meleget ad ellentétben a franczia kandalókkal.

A kályha mellett vannak egy tartóban a kórtörténetek számszerint elrendezve. Egy fali szekrényben pedig a betegségek szerint csoportosított előirások a betegek számára, ezen előirásokban világosan fel vannak sorolva a szükséges rendszabályok és recipék, az utóbbiak részletes használati utasítással. Ezeken kivül megemlítem még teljesség okáért a vizvezetéki mosdószekrényt és a 3 szakaszú mosdóállványt. Mint látjuk, a berendezés mindenre kiterjed s mégis a nagy teremben elég nagy hely marad a betegek számára. A fentebbiekben megismervén az első emeletet, menjünk fel a másodikra. Itt két jól elkülönitett kórterem van: a „*Salle Itarel*“ férfiak számára 16, a „*Salle Isambert*“ nők számára 14 ágygyal. Az ágyak azonban oly távol állanak egymástól, hogy mindkét teremben túlzsúfoltság nélkül még 10—10 ágyat el lehetne helyezni.

Azonkivül egy várószoba és egy kötözőszoba van, itt kezelik a műtett bennfekvő és bejáró betegeket; itt is van villamos berendezés. A mellékhelyiségeken kivül még a napos orvos és főápolónő szobáját és a konyhát találjuk az emeleten.

Az orvosi személyzet áll a főnökből, az assistensből, az interneés externekből. E két utóbbi megjelölés kezdőket illet, kik e helyen foglalkoznak e szakmával először. Mint különleges intézmény említendő az „*aides benevoles*“, vagy az „assistants volontaires“, ezek kész szakemberek, legalább hat hónapra kötelezvén magukat, francziák és külföldiek. Az ápolás és műtéteknél 3 szolga és ugyanannyi ápolónő segédkezik.

Hetenkint 3-szor van rendelés, a midőn az új betegek nyernek felvételt; ez az egész délelőttet elfoglalja. Közben a főnök előadást tart, megbeszélve az érdekesebb eseteket vagy tárgyalva a szakma valamely fejezetét. Ezen napok csak a kórismére és a nem műtéti kezelésre szánvák. A műtétekre két külön nap áll rendelkezésre, még pedig a nagyobbakat pénteken, a kisebbeket hétfőn végzik.

A következőkben a kezelés módjáról óhajtok igen röviden megemlékezni. Legelőször említem fel azon *szigorú asepsist*, a melylyel itt dolgoznak. Minden eszköz használat előtt szóda-oldatban való főzés által sterilizálva lesz, a tükröket azonban alapos tisztitás után fél, vagy

egy óráig 1/100 phenosalyl-oldatban tartják, mely azoknak egyáltalában nem árt. Az eszközöket fertőtlenítés nélkül csak egyszer szabad használni; az elhasználtakat a minden asztalon jelenlevő fémtálba dobják, a honnan e tállal együtt a sterilizáló szobába jutnak s rendszerint csak másnap kerülnek be a rendelő szobába. Ebből már látható, mily gazdagon van az intézet eszközökkel felszerelve; átlag naponta 40—50 új beteg jelentkezik (néha több is) és körülbelül 200 régi. A kezelés igen lelkiismeretes és erélyes, jóreszt a frankfurti iskola elvei szerint. A kisebb műtéteket cocainérzéstelenítés mellett végzik. Szabály az, hogy a *cocain-oldat mindig friss* legyen, ezért az orvosok maguk készítik minden alkalommal; ezen czél kényelmes elérhetésére minden asztalon van egy kis fémkanál, mely megtöltve 5 centigramm sósavas cocaint foglal magában, azután a szintén kéznél levő és 1%-os carbololdatot tartalmazó csepegtető üveg segélyével gyorsan tetszésszerinti oldatot lehet készíteni. Az adenoid vegetatiokat, akárcsak Angliában, itt is narcosisban műtik. De míg amott egy complicált szerkezetű készüléken *nitrogenprotoxydot* légeztetnek be, itt az *aethylchloridot* használják. Igen behatóan foglalkoznak a mellüregek megbetegedéseivel. Ritkán történik meg az, hogy pl. az állkapocsüreg genyedést csak kis nyiláson át kezeljék, ezt legtöbbször csak palliativ műtétnek tartják, ha az eset 4—6 hét alatt nem gyógyul, a nyilás tágitását a mellső fal eltávolításáig folytatják. Ezen műtét alkalmával könnyen pontos meggyőződést lehet szerezni a rostasejtek és ikköből állapotáról, s ha ezek is betegeknek találtatnak, szintén műtéve lesznek. A műtét az ismert elvek alapján történik. A kórisme felállitása alkalmával teljesen mostoha bánásmódban részesül a Németországban még néhol használt sondázása a mellüregeknek a természetes nyiláson keresztül, a melynek prof. Störk oly nagy pártolója.

Az orrpolypok és kagylótúltengések eltávolításakor igen nagy figyelem van fordítva arra, hogy a vérzés elkerültessék, ezért a kacs a leválasztás alkalmával, midőn már körülfogta a képletet, csak igen lassan lesz összehúzva.

Az eljárás igy 8—10 perczig is eltart ugyan, de ez idő alatt az edényekben képződött thrombus elejét veszi nagyobb vérzésnek. Azonkivül még számos igen elmésen szerkesztett eszközt is volt alkalmam megismerni. Az instrumentarium igen gazdag, az eszközök legnagyobb része *Simol* párisi czégtől való, a villamos berendezés pedig *Gaiffetől*.

Feltünt még nekem azonkivül a betegek kiváló orvosi képzettsége, pl. még az alsóbb néposztályból származó anyák is igen gyakran vezetik azzal elénk gyermeküket „il souffre probablement des vegetations“, sőt még oly betegre is akadtam, a ki Highmor-üreg empyemában vélte fejfájásának okát találni; az meg mindennapos, hogy az idült nátha „corresponde avec les oreilles“, a mit azután az orvos is kénytelen elismerni. A mint a kartársaktól hallom, más szakmában is igen járatos a párisi beteg.

Meglátogatván Páris más orvosi intézeteit is, a nélkül, hogy sokat kerestem volna, számos érdekességre akadtam, nem kaptam meg azonban, bár igen kerestem, az annyiszor említett dekadencziát.

Páris, 1899. julius 7-dikén.

Donogány Zakariás dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Marcuse J.: Diaetetik im Alterthum. Eine historische Studie. 1899. Stuttgart. Ferd. Enke.

Kevés téren érvényesül többször Ben Akiba mondása: „Semmi sem új a nap alatt“, mint az orvosi tudományban. A diaetetikai gyógyitásnak Leyden által újabban inaugurált intensiv fejlesztését a régiek is ép úgy mivelték s a szerző ezen törekvéseket idők szerinti egymásutánban csoportositva leirja.

A keleti népeknél az egészség ápolása az állami vallás kiegészitő részét képezte. Az evés és ivásban való mértéktelenséget a bibliai egészségtan a legszigorúbban tiltotta. *Hippokrates* új jelleget adott a hygienének, mely addig teljesen állam-társadalmi intézmény volt. Hippokrates óta azonban az orvosi tudomány foglalkozott vele. *Caelius Aurelianus*, a methodikus iskola legkiválóbb képviselője, a gyógyszerelésnél is fontosabbnak tartja a betegek diaetetikai magatartását. *Plinius* megirta a diaetetika történetét, *Aretaeus* a tápszereket a legfőbb gyógyszereknek jelenti ki és hangsúlyozza fontosságukat mindennemü megbetegedésnél. *Galenus* lelkesen szentelte minden tudását és igyekezetét a diaetetikának, miről főként két műve tanuskodik: „De sanitate tuenda“ és „De alimentorum facultatibus“; utóbbi képezte a későbbi korszakok csaknem összes diaetetikai munkáinak alapját. Hogy mily nagy fontosságot tulajdonitottak annak, eléggé bizonyitja a számos, bár sikertelen kisérlet, melylyel az összes régi diaetetikusok a tápszereket elemeikre szétbontani és tápláló értéküket az emberi szervezetre nézve meghatározni igyekeztek. Heveny betegségeknél a régiek háromféle diaetát alkalmaztak: sovány, közepes és teljes diaetát. Az első, mely egészséges embernek elégtelen, a test fentartására mégis elegendő volt; a közepes a meglévő anyagot megtartani, a teljes diaeta az elveszetteket pótolni volt képes. Hippokratesnél és Celsusnál csak kevés nyoma akad az idült betegségek diaetájának. De Galenus annál inkább reájuk fordította figyelmét és kiválóan hangsúlyozza a diaetetikus therapia szükségét és fontosságát azokban.

Marcuse tanulmánya érdemes olvasmány. De csak e kevés belőle mondottakból is kitetszik, mily elővigyázóaknak kell lennünk, ha valamit „újnak“ jelentünk ki. A modern gyógytudomány a legrégibb idők vívmányainak és eszméinek alapján áll s az orvosi történelem hivatása azokat szemmel tartani.

Gy—y.

II. Lapszemle.

Újabb közlemények a tannalbinról, mint antidiarrhoicumról. Az 1896. évben *Gottlieb* és *Vierordt* heidelbergi tanárok által ajánlott *tannalbinról* lapunk több izben emlékezett meg. A kitünően bevált szer hatásáról azóta több közlemény jelent meg újabban s e helyen röviden a következőket emlitjük meg, melyek kivétel nélkül a legkedvezőbben nyilatkoznak. Igy *Stein C.* Nothnagel klinikáján szerzett tapasztalatai nyomán melegen ajánlja a tannalbint subacut és chronikus vékony- és vastagbélhurutoknál még súlyosabb esetekben is; továbbá a *phthisikusok hasmenéseinél* eclatans styptikus hatása van, csakhogy ilyeneknél nagyobb adagokat hosszabb időn át kell alkalmazni. *Wyss H. O.* zürichi tanár a gyermekgyógyászatban szintén kitünő hatással adagolta a tannalbint enteritis és gastroenteritis acuta, valamint subacut és chron. béllobok és hurutoknál s azt mondja róla: a tannalbin egyike a *legjobb* és *legmegbizhatóbb* antidiarrhoikus szereknek. *Rey* dr. Aachenben állitja, hogy a tannalbin calomellel, vagy felváltva calomellel minden gastroenteritist gyógyit csecsemőknél, kivéve a cholera infantum heveny eseteit és az enteritis tuberculosus alakját. *Roemheld* dr. a gyermekklinika I. segédje Heidelbergben azt irja, hogy a tannalbin nemcsak gyermekeknél, hanem felnőtteknél is az enteritis subacut és chronikus eseteiben nemcsak kitünő hatással van, hanem azt valamennyi adstringens styptikus szerek közt feltétlenül az első hely illeti meg.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. julius hó 23-dikától 1899. julius hó 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 443 gyermek, elhalt 296 személy, a születések tehát 147 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2256 beteg, szaporodás 825, csökkenés 788 maradt e héten végén ápolás alatt 2293. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. julius 30-dikától augusztus 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4 (meghalt 1), himlőben 1, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 15 (meghalt —), vörhenyben 41 (meghalt 5), kanyaróban 39 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 1) trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 25 (meghalt —), orbánczban 12 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **A budapesti mentőegyesület** segélyét julius hóban 991 esetben vették igénybe.

✳ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** julius hóban 67 esetben 42 műtéttel nyújtott segélyt.

⊙ **A budapesti általános poliklinikán** julius hóban 2955 új betegnek 12,074 rendelés nyújtatott. Laboratoriumi vizsgálat 43 esetben történt.

⊠ **Lakásváltoztatás.** *Vas Bernát* dr. egyet. m. tanár augusztus 1-jétől VI. ker., Podmaniczky-utcza 11. sz. alatt lakik.

⊕ **Kérelem.** A t. fővárosi kartárs urak tisztelettel felkéretnek, hogy az „*Orvosok Zsebnaptár*“-ába történő beiktatás, illetve helyesbités czéljából lakásukat *Purjesz Ignácz* dr. szerkesztővel (lakik: IV. ker., Muzeum-körút 7. sz.) közölni sziveskedjenek.

♀ **Betöltendő orvosi állás:** 1000 frt évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás. Curriculum vitae-vel felszerelt ajánlkozások a „Bihari Erdőipar-társasághoz, Dobrest“ küldendők.

⚔ **Hazai fürdők személyforgalma.** *Csorbai-tó* (VIII/3.): 3467; *Lipik* (VII/31.): 1833; *Lubló* (VIII/3.): 827; *Budai Erzsébet-fürdő* (VII/31.): 619; *Vihnye* (VIII/1.): 914; *Új-Tátrafüred* (VIII/4.): 847; *Tátrafüred* (VIII/6.): 1230; *Tátra-Lomnicz* (VIII/7.): 377; *Marosujvár* (VIII/6.): állandó vendég 389, átfutó vendég 901; *Tarcsa* (VIII/8.): 928.

▽ **Elhunyt.** *Verzár Gyula* dr. f. hó 8-dikán 55 éves korában Dombegyházán.

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

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 trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató szakülés 1899. május 3-dikán.) 401. l. (XI. bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.) 403. l. — A budapesti kir. orvosegyesület gynaecologikus szakosztálya. (15. ülés 1898. november 15-dikén.) 403. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1899. május hó 3-dikán.)

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

(Vége.)

A lép megnagyobbodott, 475 gr. súlyú, tömött, barna-vörös, metszlapján számos mákszem-kendermagnyi tömött, szürkés és fehéres csomócska látható, melyek közül egyesek érfal-megvastagodásoknak látszanak.

A vesék nagyobbak, együttesen 410 gr. súlyúak, tokjuk könnyen levonható, felületük sima s úgy ez, mint a kissé puhább, nedvdúsabb, 5—7 mm. vastag kéregállomány metszlapja feltünően vérszegény és halvány-sárgás alapon zavaros pettyeket és csikokat mutat; a bélállomány halvány-vörös.

A máj nagyobb, 1740 gr. súlyú, állománya tömött, halvány szürkés-barna és benne elég nagyszámú kendermag-babnyi, néhol a Glisson-tokon is átfehérlő, a máj állományánál tömöttebb és szívós, fehéres-szürke, itt-ott egymással összefolyó csomó, melyek a metszlapon elődomborodnak és részben érfal-megvastagodásoknak mutatkoznak, a mennyiben egyes csomók közepén szűk érlumen vehető ki; sajtosodást e göbökben nem találunk.

A vérszegény pankreas farkát több — szivós kötőszövet által egymással összetartott, de azért a metszlapon külön-külön felismerhető — mirigy fogja körül, melyek közül csak egyesekben vannak sajtos és meszes góczok. Ezekhez hasonló mirigycsomók a bal vese hilusánál és az ureter mentén is nagyszámban találtatnak. A fodormirigyek aprók.

A retroperitonealis mirigyek a rekesztől egészen a promontoriumig mogyoró-diónyira megnagyobbodtak s egymással szivósan összenőttek, de azért a metszlapon külön-külön kivehetők; az aorta abdominalist szorosan körülfogják és azt némileg szűkítik, de az aorta fala változatlan maradt; a vena cava inf.-t is körülnőtték, de belhártyája sima. Az említett mirigyek szivósan tömöttek, metszlapjukon csak elvétve lehet egyes kendermagnyi-borsónyi szivós, sajtos és meszes góczokat találni. Az art. iliaca communist szintén több mogyorónyi mirigycsomó kiséri. A cruralis mirigyek azonban már csak babnyiak.

Belek nyákhártyája halvány. A csontvelő a czombcsont alsó kétharmadában zsíros, felső harmadában nagyobbrészt sötét-vörös és csak egyes foltokban sárga; a csontkéreg középvastag és tömör.

A szövettani leletet a következőkben ismerteti: a nyirokcsomók stromáját sejtekben és vérerekben szegény, durva, rostos, néhol hyalin kötőszövet alkotja, melynek kötegei hálózatot képezve, változó nagyságú, többnyire hosszúkás, de rendetlen alakú, egymással itt-ott összefolyó sejtcsoportokat fognak közre. E sejtek durva szálú reczézetben foglalnak helyet, melynek egy-egy likacsa többnyire egy, néhol azonban 2—3 a rést teljesen ki nem töltő sejtet is tartalmaz. E sejtek közül egyesek a nyirok-sinusokat kibélelő endothelhez hasonló nagyságúak, de túlnyomó részben azoknál 2—3-szor, sőt többszörte is nagyobbak; alakjuk igen változatos, határaik legnagyobbrészt szabálytalanul sokszögletűek, csakhogy a szögletek sokszor letompítottak, némely sejtek nyúlványokkal vannak ellátva, melyek által néhol a rések falával látszanak összefüggésben állani.

A szóbanforgó sejtek protoplasmában meglehetősen gazdagok, s az többnyire egyenletesen jól festődik, csak elvétve találunk sötétebben színezett protoplasma-szegélyt és világosabb perinuclearis udvart.

A sejtmagvak is feltünően nagyok, majd kerekdedek vagy ovalisak, avagy convex-concav lencsének keresztmetszetét utánozzák, majd 4—6 többnyire letompított szöglettel ellátottak, egyik-másik pedig karélyosszélű; chromatin-tartalmuk felette gazdag, legnagyobb részük egyszerűen sötéten festődött, sokkal intensivebben, mint a normalis endothel-sejtek magjai; csak itt-ott lehet valamivel világosabb magállományban 1—3 nucleolust kivenni; némelyik magban egy-egy excentrikusan elhelyezett ovalis vacuolumszerű, a magfestőszer által szintelenül hagyott folt van, más magvak pedig kifejezett karyokinetikus rajzolatot tüntetnek fel.

A leirt nagy sejtek közt elég bőven 2—3, sőt több, de legfeljebb 7—8 maggal biró sejtek is vannak. A mely sejtben csak két mag van, ott ezek gyakran kiflialakúak vagy plan-convex-lencse keresztmetszetére emlékeztetnek és homorú, illetve lapos oldalukkal vannak egymás felé fordulva; a többi magvakban gyakran patkóalakú, ritkábban gyűrűszerű elrendeződést találunk, de legtöbbnyire minden rend nélkül vannak a magvak összehalmozva. Egyes magvakból, vagy az ezek összefolyásából keletkezett, rendetlen alakú, otromba chromatin-tömegekből olykor vékony nyulványok indulnak ki, melyek a sejt protoplasmáját is túlhaladva, a sejtet körülvevő űrbe húzódnak, vagy a sejt protoplasmája fölé látszanak kiemelkedni, sőt néhol két elkülönített protoplasmájú sejt magvai aránylag vastag chromatin-köteg által vannak egymással összekötve.

A nagy sejtek közt több-kevesebb lymphocyta is található. Kifejezett nyirok-folliculusok, velősugarak a finom reticulumukkal csak elvétve láthatók és ott is nagyobbára a rendesnél kisebb, szabálytalan alakú sejthalmazokra vannak reducálva, úgy hogy mivoltuk néhol csak a protoplasmával alig biró apró sejtek (lymphocyták) jelenlétéből constatálható. A nagy sejtek azonban majdnem valamennyi folliculus lymphocytái közt feltalálhatók.

Az ily formán vegyes alakelemekből alkotott sejttömegek sok helyen vérerekhez csatlakoznak, melyek körül közvetlenül legtöbbször lymphocytákból álló több sejtsor foglal helyet, s csak azok között vannak a nagy sejtek; de előfordulnak olyan vérerecskék is, melyeket közvetlenül nagy sejtek vesznek körül.

Néhány metszet egyes tág nyirok-sinusaiban, valamint a nyirokcsomók tokjában elfutó vér- és nyirokerekben nagyobbszámú, az endothelsejtekhez hasonló, de túlnyomóan azoknál nagyobb, egy- és többmagvú sejtet lehet észrevenni.

Ezeken kivül több mirigyben sajátságos, szabálytalan, necrotikus foltokra bukkanunk, melyekben a reticulum elmosódott, de pontosabb megfigyelésnél eléggé kivehető; rései finoman szemcsés anyaggal vannak kitöltve, mely eosin által általában vörösre festődött, de azért haematoxylintól kék, apró chromatin-szemcsék is bőségesen vannak benne elhintve, sőt ilyenek a reczézet fonalain is láthatók. E területeken csak kevés jól festődött magvú sejt fordul elő, a többiekben a mag vagy csak halványan festődött haematoxylinra, vagy csak eosinnal, de a protoplasmánál valamivel sötétebbre, avagy a sejt egészben, csupán protoplasmát festő szer által, egyneműen színeződött. Vérerek e necrobiotikus területeken csaknem mindenütt fellelhetők.

A lép pulpája felette vérdús. Egyes folliculusok normalis nagyságúak és alkotásúak, túlnyomó részük azonban a rendesnél nagyobb és vérerük körül durva, reczézetlen — a nyirokmirigybeli eltéréseknél vázolt —, egy- és többmagvú nagy sejtek foglalnak helyet, melyek közé hol több, hol kevesebb lymphocyta keveredik. Több ily megnagyobbodott és megváltozott folliculus, néhol akár babmekkoraságú, szabálytalan alakú szigetté folyt össze. E góczok a pulpával összehasonlítva, feltünően vérszegények. A mirigyekben talált necrotikus góczokhoz hasonlók a lépben is elég nagy számban vannak képviselve, és itt is találhatók egyes nyirok- és vékonyfalú vérerecskék, melyeknek űrében ama nagy sejtek fordulnak elő.

A májban az egészen kicsiny, szabad szemmel alig látható góczoknak megfelelőleg a portalis erek és a kiséretükben levő epeutak között találunk lymphocyták közé iktatott néhány nagy sejtet. A nagyobb csomók metszetein a durva kötőszöveti stromában az apró sejtek, az egy- és többmagvú nagy sejtek mellett a góczok nagyobbodásának arányában mindinkább háttérbe szorulnak. E mellett a már leirtakhoz hasonló necrotikus foltok is vannak jelen De Langhans-féle óriási sejteket és gümőbacillusokat e metszeteken ép oly kevéssé lehetett kimutatni, mint a hogy az a lép- és nyirokmirigyekben sem sikerült.

A II. esetben — M. S. 26 éves kocsis hullája — (bonczolat 1898. február 11-dikén, 3130 50) a lesoványodott hulla vérszegény, kissé icterikus. Alszárak oedemásak. Jobboldali gümős mellhártyagyuladás mellett mindkét tüdőben mákszem-kölesnyi szürke, részben fehéres szemcsék voltak elszórva. A főtt bab-mogyorónyi hörgmirigyekben apró sajtos góczok, két diónyi mirigy egészen tömött sajtos massává alakult.

A jugularis mirigyek akár kisdiónyiak, metszlapjukon néhány fehéres, átlátszatlan petty.

A lép nagyobb (18 cm. hosszú, 10 cm. széles és 4—5 cm. vastag), tömött, barnavörös állományában sok dara-mákszemnyi szemcse és akár lencsényi foltok, melyek részben szürkék, részben sajtosak. A lép kapujabeli nyirokmirigyek tetemesen megnagyobbodtak s egymással összeforrva, gyermekökölnyi csomót képeznek, melyhez a pankreas farka odarögzitett. A duodenum a retroperitoncalis és a pankreas feje körötti mirigyek által csaknem teljesen körül van foglalva; kissé szűkült, de hüvelykujjal átjárható.

A máj kapujabeli mirigyek kissé megnagyobbodtak és részben a pankreas köröttiekkel összeforrva, szivós fehér tömeget képeznek, melyben azonban sajtos góczok nincsenek.

A máj aránylag kissé vastag, tokja fehéres-pettyes, állománya kissé sötétebb barnásveres alapon jól kivehető fehéres reczézetet mutat; a Spiegel-féle lebenyben egy tyúktojásnyi csoportban sűrűn egymásmellett bab-mogyorónyi, fehéres, szivós szövetből álló egyöntetű csomócskákat találni, melyek sajtosodást nem mutatnak; ugyanilyenek e lebeny alsó felületén, különösen a vena cava árkában is, kidomborodnak.

A retroperitonealis nyirokmirigyek a promontoriumtól a rekeszig terjedőleg tetemesen meg vannak nagyobbodva, mi által egy daganat támadt, melynek legvastagabb része a pylorus és duodenum táján fekszik, és itt akár 13 cm. széles és 7 cm. vastag, holott alsó része csak vagy 9 cm. széles és 5 cm. vastag; a mirigyek egyenkint bab-diónyiak és meglehetősen szivós kötőszövet által szorosan össze vannak egymással tartva, mégis úgy, hogy egymástól, valamint a szomszédos szervektől elkülönithetők. Valamennyi mirigy keményded, szivós, s hol fehéres-szürkés, hol kocsonyaszerűen áttünő metszlapon, ritkán vöröses pettyeket, gyakrabban fakófehéres, szivósan tömött foltokat mutat; az utóbbiak többnyire szabálytalanul szögletesek és nyulványosak, némelyik azonban

meglehetősen élesen határolt. Törékeny sajtos anyagot sehol sem találunk. A vena cava inferiort a csomók szorosan körülfogják, sőt vele összenőve, űrterébe domborodnak, de intimája még ágaiban is mindenütt épen maradt. A ductus thoracicus középvastag, legalsó mellkasi része a megvastagodott mirigyekhez odanőtt, belső felülete azonban mégis egészen sima.

A jobboldali czombmirigyek mogyorónyiak; az iliacalis mirigyek diónyiak s egymással összenőve ökölnyi, a jobb synchondrosis sacroiliacához rögzitett daganatot képeznek, mely alatt a csont érdes. A szegycsont veleje legnagyobbrésztvörös, a felső részben kissé kocsonyás és sárgásba játszó; a czomb csontveleje az alsó félben kocsonyás, zsíros, felső felében — legalább részben — málnavörös, de foltonkint itt is zsíros velőt kapunk.

A szövettani lelet lényegében az előbbi esetéhez hasonló, a mennyiben úgy a nyirkmirigyek, mint a lép és máj csomóinak durva rostkötegek által különböző irányban áthatolt metszetein durva reczézetben több-kevesebb lymphocyta mellett egy- és többmagvú nagy sejtek vannak.

De ezen esetben a léppulpa sejtjei és ama nagy sejtek közt, főleg pedig a mirigyekben, nevezetesen a bronchialis és retroperitonealisokban Koch-féle gümőbacillusokat sikerült kimutatni, sőt a retroperitonealis nyirokcsomók egyes nyiroksinusaiban, a necrotikus góczok szomszédságában néhol egy-egy láttérben a gümőbacillusok megszámlálhatlan mennyiségét volt alkalma előadónak láthatni. A májbeli csomókban a bacillusok kimutatása nem sikerült, de a sok átvizsgált metszet közül kettőben egy-egy magkoszorúval ellátott Langhans-féle óriási sejt volt található oly milieuben, mint a typikus gümőnél, t. i. lymphoidsejtek által körülvett epitheloid-sejtek közt, mely utóbbiak nem oly nagyok, mint az ismételten emlitett nagymagvú sejtek, nem is mutatnak oly nagysági differentiákat sem a protoplasma, sem a mag tekintetében és nincsenek közöttük többmagvú sejtek (Langhans-féle óriási sejttől eltekintve), azonkivül az epitheloid-sejtek magvai halványabban festődnek, mint ama nagy sejteké.

Kiemelendő, hogy egyes nagyobb (mogyorónyi) májbeli csomókban necrotikus részletek teljesen hiányzanak.

A pleuritikus izzadmányban gümőbacillusok nagyszámban voltak kimutathatók. A megvastagodott pleuravérerekben dús rostos szövetű, lymphoid- és epitheloid-sejtekből álló szabálytalan halmazokat és kötegeket tartalmaz és vastag, nagyobbára reczés fibrinnel borított, mely felületesebb rétegeiben azonban majdnem párhuzamos rostozatú; mélyebb rétegei közt már fiatal kötőszöveti sejtek által kisért vékonyfalú vérereczskék mutatkoznak. A pleura szövetében néhol középnagyságú epitheloid-sejtek néhány sora által körülvett egy-egy necrotikus folt, de óriási sejteket nem sikerült találni.

A tüdőbeli göbcsék legnagyobb része edénytelen és bennük finomabb structurát megkülönböztetni alig lehet, magvakat csak gyéren és azokat is inkább a periferia felé láthatni; necrotikus-foltokban finomabb és durvább szemcsékre felbomlott chromatin-anyag van sűrűen elhintve, mi miatt a szövet finom metszeteken is átlátszatlanabb, mint a necrotikus góczokat környező, gömb- és epitheloid-sejtekkel infiltrált területeken. Az utóbbiak közül a vérbő és sejtesen beszűrődött falzatú alveolusok duzzadt desquammált hámmal és fehér vérsejtekkel vannak megtelve, néhol fibrin és vörös vérsejtek is vannak bennük. Gümőbacillusokat úgy a necrotikus tömegben, mint pedig a sejtesen infiltrált területeken mindenütt elég nagyszámban sikerült kimutatni, ellenben Langhans-féle óriási sejtek, valamint ama nagy sejtek, melyek a lépben, májban és nyirkmirigyekben oly számosan voltak képviselve, egyetlen tüdő-praeparatumban sem voltak láthatók.

Áttérve a két eset kórbonczlani méltatására, mindenekelőtt constatálható, hogy localisatio tekintetében mindkettő az úgynevezett pseudoleucaemiával egyezik, a mennyiben általános nyirkmirigy-hyperplasia mellett a megnagyobbodott lépben és májban lymphomaszerű csomók vannak. De már a makroskopos kép elüt a pseudoleucaemiától annyiban, hogy a feltünően tömött mirigyekben sajtosodásra emlékeztető elfajulás s az első esetben meszesedés is mutatkozott.

Lymphosarcomának sem tarthatjuk a bajt, mert lymphosarcománál a mirigyek rendesen nem testszerte, hanem különösen egy tájékon vannak megnagyobbodva és nemcsak egymással, hanem a környező heterogen-szövetekkel összefolyva, a nagyobb vérerek falát is átalakitják, azoknak űrterébe lépnek s igy hoznak létre metastasisokat. Itt azonban általános nyirkmirigy-hyperplasiával van dolgunk; a mirigyek ugyan részben össze vannak nőve, de azért határaik a metszlapon mindenütt felismerhetők, a szomszédos vérerekkel kötőszövetesen összefüggnek, de azok falára az adenoid-szövetburjánzás nem terjedt itt el.

A makroskopos lelet a nyirkmirigy-tuberculosis közönséges képétől is elüt, mert sem a nyirokmirigyekben, sem a lépben és májban nem voltak typikus tuberculumok láthatók s mert a nyirkmirigyekben, a májban és a lymphomáiban mutatkozó elfajulás a közönséges sajtosodástól különbözik. Itt ugyanis a fehéres vagy sárgás-fakó góczok csaknem mindenütt szivósak voltak, holott a gümőkóros megbetegedésnél közönségesen észlelhető sajtos anyag törékeny, könnyen szétnyomható.

A mikroskopos lelet az egy- és többmagvú nagy sejtek jelenléténél fogva sarcomára emlékeztet, de a makroskopos lelet — kapcsolatban azzal a körülménynyel, hogy a megvizsgált szervekben microscop alatt aránylag sok apró necrotikus gócz volt látható — kizárnunk engedi a sarcomát, noha necrotikus góczok az utóbbinál is előfordulhatnak, csakhogy itt háttérbe szorulnak.

A necrotikus részletek tömöttsége, szivóssága folytán, valamint a miatt is, hogy bennök a szövet-structura még legtöbbnyire felismerhető, syphiloma is szóba jöhetne; azonban gumma — ha néha előfordul is — nem található oly számos nyirkmirigyben, s különben is: luesre utaló jelenség sem az anamnesisben, sem a szervezetben egyebütt nem volt jelen.

De a szóban forgó szövettani változás első tekintetre a tuberculosis pathohistologiájának keretébe is nehezen illeszthető be. Typikus tuberculumokat, Langhans-féle óriási sejteket, ismételten más és más kóros részleteken megejtett szorgos vizsgálat daczára, az első esetben egyáltalában nem, a másodiknál is csak egy-egy példányt sikerült két májmetszetben kimutatnia. Nem quadrált a gümőkóros szövetképződmények szokott képével az sem, hogy pl. a májnak mogyorónagyságú csomóiban coagulatios necrosisnak még csak nyoma sincs. Szokatlan volt az is, hogy a necrotikus részekben a szövet, a structura, részben még a sejtek contourjai, itt-ott néhány elhalványult mag és nagyobbára még vérerek is meg voltak különböztethetők. Végül egészen idegenszerűnek tetszett, hogy gümős szövetben azok a nagy, sötéten festődő egy- és többmagvú sejtek oly töménytelen mennyiségben forduljanak elő.

S ha előadó e leirt változásokat mégis gümős természetűeknek tartja, ezen meggyőződését a következőkre alapítja: a Langhans-féle óriási sejtek — különösen a nyirkmirigyek tuberculosisának úgynevezett hyperplastikus alakjánál, de egyéb gümőkóros szövetekben is — elég gyakran hiányzanak; ennélfogva az óriási sejtek jelenlétét már régóta nem tekintik a tuberculosis szövettani diagnostizálásának elengedhetlen feltétele gyanánt; a sajtosodás gyér volta, csekély kiterjedése, vagy éppen hiánya, ugyancsak a nyirkmirigy tuberculosis hyperplastikus alakjánál észlelhető. A necrotikus részleteknek azon sajátossága, hogy bennük vérerek és a szövettani structura még legtöbbnyire felismerhetők, a retrograd metamorphosis korai stadiumára vall s mint ilyen — habár ritkán — gümős képződményekben máskor is megtalálható. A necrotikus góczok szivóssága a kötőszöveti struma nagymérvű felszaporodásában leli magyarázatát. A mi pedig a nagy sejteket illeti, *Arnold* (Ueber Tuberculose der Lymphdrüsen u. d. Milz. Virchow Archiv 87 k., 149 l. 1882) már 1882-ben említést tesz gümös nyirkmirigyben való előfordulásukról, csakhogy kiemeli, hogy a gümös képződmények alkotásában résztvevő szövetelemek közül a legritkábban találhatók.

Langhans (Das maligne Lymphosarcom [pseudoleucaemia. [Virchow Archiv 54 k. 509. l.) és *Weiss* (Hämatologische Untersuchungen. Wien, Prochaska 1896) egy-egy esetében hasonló nagy sejtek vannak leirva, de azoknak a tuberculosishoz való viszonya nem lett tisztába hozva. *Weiss* ugyan gyanakodott tuberculosisra, de a szövetekben bacillust kimutatnia nem sikerült.

Vizsgálatai folyamata alatt jelent meg *Sternberg C.* tanulmánya (Über eine eigenartige unter dem Bilde der Pseudoleucaemia verlaufende Tuberculose des lymphatischen Apparates. Zeitschrift für Heilkunde. XIX. Band, I. Heft. 1898. február 15-dikén), mely meglepően nagy anyagra támaszkodva, kimerítő és pontos szövettani leirását adja a szóbanforgó bántalomnak. Sternberg 15 esete közül 10-ben az előadó által ismertetett 2 esethez hasonló szövettani lelet mellett Langhans-féle óriási sejtekkel ellátott typikus tuberculumok is voltak jelen. Ezen esetek közül hatban Koch-féle bacillusokat is sikerült a szövetben kimutatnia és Sternberg mégsem babozott kimondani, hogy a nagy sejtek által jellegzett szövettani változás gümős eredetű. Sternberg különben nagyon értékes vizsgálatainak egy fogyatkozása szembeszökő; ő tudniillik oly esetekben, mikor a szövetekben bacillusokat kimutatni nem sikerült, nem támaszkodhatott állatkisérletekre, minek az volt az oka, hogy ő nagyobbára régi praeparatumokon végezhette vizsgálatait. Pedig kiválóan érdekes és a kérdés aetiologiai részére valószinűleg véglegesen döntő lett volna, hogyha azon 5 esetében, a melyekben a tuberculosis typikus szövettani képe teljesen hiányzott, állatkisérleti adatok is állottak volna rendelkezésére. Igy azonban, a szokatlan szövettani változás miatt, felmerülhetne az a kétely, hogy a mirigyeknek a nagy sejtek megjelenésével együtt járó hyperplasiája eredetileg valamely ismeretlen okból eredő megbetegedés — mondjuk pl. pseudoleucaemia — lehetett, melynek klinikai és kórbonczlani képét gümőkórnak véletlen cooperálása változtatta meg, illetve complicálta; hisz a gümőkór nagy elterjedése mellett könnyen felmerülhet az az ellenvetés, mely szerint nem lehet meglepő, ha 15 ismeretlen aetiologiájú egyforma megbetegedés közül tizhez véletlenül tuberculosis társul.

Az előadó által megvizsgált első esetben, melynél a szövetekben bacillusokat kimutatni nem sikerült, két tengerimalacz hasfali peritoneumához lett egy-egy kóros (retroperitonealis) nyirkmirigyrészlet bevarrva és a beoltás után két hó mulva leölt állatok sectioja több mirigy elsajtosodását s általános miliaris tuberculosist derített ki.

A második esetben 3 tengerimalacznál végeztetett nyirkmirigyrészleteknek intraperitonealis bevarrása (a laparotomiákat Boross József, Beck Bódog és Lipscher Mór dr.-ok voltak szívesek végezni) és 6—8 heti időközben mind a három állat általános tuberculosisban pusztult el.

Ha az első esetre nézve önmagában még az a kétely állhatna fenn, hogy a szövettani vizsgálat által ki sem mutatott, csupán állatkisérlet útján constatált bacillusok a gümös tüdőből másodlagosan juthattak a már előzetesen megváltozott nyirkmirigyekbe: ezen kételyt az első esetnek a másodikkal való egybevetése alkalmas eloszlatni. Itt ugyanis a lépben, a bronchialis, de főleg a retroperitonealis mirigyekben az első esetéhez teljesen hasonló histologiai lelet mellett oly nagymennyiségű bacillust talált előadó, hogy elképzelhetetlen, mikép ily — az

állatkisérletek tanuságaként — virulens-bacillusoknak oly tömeges felszaporodása a letelepedésök helyén levő szövetben változást elő nem idézett volna. Már pedig az a felvétel, hogy a sokszor emlitett szövettani eltérés elsődleges és a bacillusok csak utólag jutottak oda, azt a feltevést involválná, hogy a bacillusok oly nagymérvü felszaporodása valamely helyen az ott lévő szövetekre nézve minden következmények nélkül történhetik.

Mindezeknél fogva előadónak a szövettani leletre és az állatkisérletek eredményeire alapitott meggyőződése szerint az egy- és többmagvú nagy sejtek jelenléte által jellegzett szövettani változást a gümőbacillus idézi elő.

Előadó azt hiszi, hogy ha a további vizsgálatok az úgynevezett pseudoleucaemia tüneteit mutató megbetegedéseknél pontos szövettani és állatkisérleti adatokra fognak támaszkodni: úgy a pseudoleucaemia a nagyon ritka kóresetek sorozatába fog kerülni.

(XI. bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

Pemphigus laryngis esete.

Irsai Arthur: A 24 éves napszámos mult hó 26-dikán lett a Margit-kórházba felvéve; előadja, hogy felvétele előtt körülbelül 1 hét óta arczán és fején kisebb-nagyobb hólyagok, illetve sebes felületek képződnek, melyekből genyes váladék ürül ki; majd ugyane helyeken részben szürkés, részben barnás pörkök keletkeznek, melyek igen nagy viszketést okoznak.

A jól fejlett s táplált egyén csontrendszere ép, izomzata középtérfogatú. Bőrszine rendes; az arcznak, orrszárnyaknak, homloknak, állalatti tájnak megfelelőleg számos lencsényi—babmekkoraságú, helyenkint változatlan bőrön, helyenkint piros alapon fejlődött viztiszta, máskor enyvszerű, sárgás-zöldes, vagy barnás folyadék által kitöltött, itt-ott piros udvar által környezett hólyag látható. Egyes hólyagok a homlokon, valamint az orrszárnyakon megrepedtek és sárgás, vagy barnás pörkké száradtak. Egyes helyeken a már levált pörk allatt a bebőrödzés folyamatban van, mig más helyeken a pirosas vagy barnás folt jelöli a már elmult hólyag helyét.

Garat diffuse belövelt; a jobboldali mellső garativen egy lencsényi, a bal oldalon pedig egy valamivel nagyobb fehéres-zöldes bennék által kötött hólyag látható; a duzzadt uvula legvégén ugyancsak egy áttünő, élénkfehér kisebb hólyag foglal helyet. Ugyanilyen hólyag székel a jobboldali álszalag alsó harmadán, valamint a trachea bal felén.

A mellkasi és hasi szervek épek; vizeletben idegen alkotó részek nincsenek.

Felvétel után másodnapra a gégében levő hólyagok megrepedtek és sárgás-fehéres törmelék lépett helyükbe. A garatban, valamint a bőrön észlelhető hólyagocskák szintén visszafejlődtek, úgy, hogy további hat nap után az emlitett hólyagok helyét már mindenütt pörkök födték. Ma tehát — három hét után — az esetet mint egyelőre gyógyultat demonstrálhattam; vajjon meddig fog tartani ezen állapot, arra nézve nem igen mernék véleményt koczkáztatni, mert hisz a recidivák tudvalevőleg nem igen szoktak elmaradni.

A therapia roboráló szerek adagolásából (chinin, vas) állott.

A diagnosis megállapitása nehézségeket nem okozott. A hólyagok fellépési módja, képe, bennékük különböző és átalakuló minősége, a megrepedések után visszamaradt felületes folytonossághiány és a gyógyulásnak hegnélküli létrejövetele a kiütést, mint pemphigust jellemzik. Ez a harmadik eset, melyet alkalmam van bemutatni; mindeniknél láttam a hólyagképződést és annak visszafejlődését, de ezen esetben, mint a kórtörténetből kiviláglik, a bőr-, garat- és gégeelváltozáson kivül még a tracheában is volt hólyag látható. A gége- és garatűrnek, illetőleg a felső légutaknak pemphigusa ritkább, rendesen a bőrnek hasonnemű elváltozásával jár együtt. A heveny pemphigus rázóhideggel és magasabb hőemelkedéssel járó betegség; kezdetben pirosas foltok jelentkeznek, melyek gyorsan hólyagcsákká alakulnak át, ezen hólyagcsák mihamarább felpattannak és pörkkel fedett excoriatio marad vissza. A pörk alatt a felhám rövid idő alatt regenerálódik; mint subjectiv-tünet néha égető fájdalomérzés, máskor csak viszketés mutatkozik. Megjegyzendő, hogy az esetek nagy részében a hólyagképződés szakát nem igen lehet megfigyelni, hanem leggyakrabban a pemphigus későbbi fejlődését észlelik. A hólyagok ugyanis rövid fennállás után megpattannak és a hólyagok helyén egy fibrinosus izzadmányhoz hasonló sárgás-fehéres foltot látunk, mely a nyálkahártya felett kiemelkedik.

A pemphigus igen heterogen tünetek kiséretében folyik le, sokszor teljesen erőteljes egyének lepetnek meg általa és csak később, a betegségnek hosszas tartama alatt fejlődik ki a cachexia.

A pemphigus aetiologiáját mély homály födi; vannak, kik a pemphigust erős meghülés, máskor nagy forróság behatása alatt látták fejlődni, mások ismét rossz és tisztátalan tápanyagok, túlságos pálinkafogyasztás által vélik azt előidézve. Azon észlelet, hogy a pemphigus a legkülönbözőbb időszakokban, a legkülönbözőbb tápanyagok felvétele mellett jelentkezik, hogy úgy csecsemők, mint felnőttek és öregek támadtatnak meg általa: kellőleg bizonyitja, hogy az étkezésnek sem mennyisége, sem minősége nem bir fellépésére befolyással. Többen a betegséget trophoneurotikus eretetűnek tartják.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(15. ülés 1898. november 15-dikén.)

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

Elnök üdvözli a megjelenteket és jelenti, hogy a szakosztály 1897. évkönyve magyar és német nyelven megjelent. Inditványozza, hogy Temesváry titkárnak — ki az évkönyv megszerkesztése körül fáradozott — jegyzőkönyvi köszönet szavaztassék. Elfogadtatik.

Jelenti továbbá, hogy a dresdai nőgyógyászati társulat jubileuma alkalmából a szakosztály Leopoldnak üdvözlő iratot küldött, mire a társulat viszonzásul a „Festschrift"-et küldé meg. Köszönettel vétetik. *Temesváry* titkár jelenti, hogy az augusztus hóban tartandó amsterdami nemzetközi nőgyógyászati congressusra meghivó érkezett.

Elnök felkéri a résztvenni szándékozókat, hogy minél rövidebb idő alatt jelentkezzenek a titkárnál.

Titkár jelenti, hogy Bruck dr.-tól, a szakosztály könyvtárosától nyert értesités szerint a tervbe vett katalogus nemsokára elkészül és hogy újabban a berlini, lipcsei, drezdai, amsterdami és kölni társulatoktól cserekiadványok érkeztek.

Következnek a bemutatások.

Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásának esete.

Lovrich József: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük)

Kézmárszky Tivadar: A rendes fekvésű lepény időelőtti leválása ritkán fordul elő. A bemutatott esetben figyelemre méltó a vérzés spontán megszünése. Gondolkodóba ejt ez a therapia szempontjából, mert ha a méh egy bizonyos helyének kidudorodásából diagnostizálhatjuk a nem elől fekvő lepény leválását, várakozó eljárást követhetünk, mert a méhben felhalmozódó vér tampon gyanánt szerepel. A hol a méhszáj át nem járható, ott mesterséges tágitás volna szükséges.

Nem állitja bizonyosan, hogy a magzat elhalása a leválás folytán jött létre. Fehérjevizelésben szenvedő nőknél gyakran hal el a magzat. Meglehet, hogy mindkettő ugyanazon oknak volt a következménye; talán előbb halt el a magzat és csak azután vált le a lepény. Ezen feltevés mellett szól az, hogy néhány nap alatt olyan fokú maceratio nem fejlődhetett volna. Sokan a lepény leválását endometritisre, mások (pl. Veit) a fehérjevizelésre vezetik vissza. Nem lehetetlen, hogy fehérjevizelésben szenvedő nőknél ez közvetiti a magzat elhalását.

A kis medencze hashártya alatti kötőszövetéből kiinduló sarcoma.

Lovrich József: A daganat egy 62 éves XIV. P. nőtől származik, a ki a 8 év előtt beállott klimax óta észreveszi, hogy hasa növekszik és pedig az utolsó 3 hónapban rohamosan és nagy fájdalmak kiséretében; azóta lefogyott, elerőtlenedett; gyakori, de nem fájdalmas vizelési ingerei vannak, szelek és felböfögések bántják. Diagnosis: Cystoma retroperitoneale. Hasmetszés.

A daganat körülbelül férfifejnyi, babalakú, sima, dudorzatos, csaknem mindenütt hashártya borítja. A metszlapon számos lencsényi, egész tyúktojásnyi, egyenetlen, dudoros belfelületü ür látható, mely csaknem mindenütt keskeny sárgásbarna szegélylyel határolt; ezen ürök némelyike sima, fénylő belfalú, kocsonyás anyaggal kibélelt, másik része pedig tollszárvastagságú szivós gerendázattól áthúzódott. A daganat solid része hússzerű, egynemű, tömött. A tumor egyik polusán egy lúdtojásnyi, könnyen kihámozható tömött gócz van, mely lágyabb, nedvdúsabb, halványszürke, metszfelülete számos tűszúrásnyi likacsoktól pontozott. A daganat tokja igen bőven erezett, hasonlóképen a tumor állománya is, úgy hogy az erős vérzés miatt csak tamponálással lehetett a műtétet befejezni.

Halál a műtét után harmadnapra. Boncolásnál kiderült, hogy a tumornak egy férfiökölnyi része a kis medenczében visszamaradt; továbbá kiderült, hogy a tumor nem az ovariumokból indult ki. A daganat összekapaszkodott ugyan a méhnyakkal, de nem abból indul ki, valamint nincs összeköttetésben a méhtesttel és a keresztcsonttal sem.

A górcsövi vizsgálat szerint a daganat orsósejtű sarcoma, bő edényhálózattal; a véredények körül egyes, majdnem fészekszerű góczok láthatók; ezen góczok kötőszöveti sejtekből állanak. A daganatban ovarium- vagy uterusszövetet találni nem lehetett. A górcsövi lelet tehát igazolta azt, hogy a tumor egy a hashártya alatti kötőszövetből kiinduló rosszindulatú sarcoma.

A halál oka peritonitis, az összes szervek sorvadásával és általános vérszegénységgel.

Vestibulum-carcinoma két esete.

Lovrich József: Az egyik eset a jobb nagy ajk rákos megbetegedése, mely egy 66 éves VIII. P.-tól ered; a daganat két éve kezdett kifekélyesedni s váladékot üríteni. A gyermekökölnyi tumor a bőrrel összekapaszkodott, közepén majdnem tallérnyi területen kifekélyesedett s körülbelül 2 cm. mély krátert alkot, melynek felülete göbös, vérző. A metszlapon helyenkint a rákos rajzolat a fekély szélét 3 cm.-rel is túlhaladja s itt vakarásra bő, tejfelszerű váladékot ürít. A clitoris, húgycső és inguinalis mirigyek nem elváltozottak. A daganat kimetszése mindenütt az ép szövetben történt. Sima gyógyulás. Górcső alatt számos epithelsejt által képezett csoport és igen sok szarúgyöngy látható.

A másik eset egy 64 éves I. P-tól származik s a bal nagy ajkon fejlődött legnagyobbra; itt almányi a tumor, kráterszerű kifekélyese-

déssel; a clitoris helyét egy jó mogyorónyi daganat foglalja el; a jobb kis ajkon diónyi göb. A tumor 3/4 év előtt viszketéssel kezdődött, később kifekélyesedett. A daganat metszlapján rákos rajzolatú sávok láthatók, vakarásra bő tejfelszerű váladék nyerhető. A górcsövi kép ugyanaz, mint az előbbi esetben, csakhogy a szarúgyöngyök hiányoznak. Zavartalan gyógyulás.

A bemutatott két eset a ritkább rákalakok közé tartozik. Gurlt statistikája szerint 7479 rákos asszony közül csupán kettőnél volt vulva carcinoma kimutatható. A rák fejlődésére praedisponáló momentumot kimutatniok nem sikerült. Az egyik esetben 64, a másikban 66 éves volt a beteg nő, úgy, hogy úgy látszik, mintha a bántalom inkább a magas kort követné, bár Saint Germain egyik kivételes esetben egy öt éves leánykától távolított el vulva carcinomát. Az eseteket jellegzi a nagy tumorképződés, a felületes gyors szétesés és a szomszéd szövetek diffus infiltratioja. Az inguinalis mirigyek egyik esetükben sem voltak megnagyobbodva.

Dirner Gusztáv: A második tárgyra vonatkozólag szól. Egy betegét 8 év előtt operálta carcinoma miatt, mely szintén a nagy ajkakig hatolt és mindeddig recidivának nyoma sincs. Esetében szintén nem volt semmiféle infiltratio, a górcsövi vizsgálat azonban kétségtelenné tette a carcinomát.

Kézmárszky vulvaris carcinomát távolított el sok év előtt; a seb részben per primam, részben granulatio útján gyógyult. Sok éven keresztül semmi recidiva nem mutatkozott. Egy orvos elbeszéléséből tudja, hogy körülbelül hat év előtt ugyanazon helyen carcinoma recidiva miatt újból operálták. Egy idei nyugalom után ismét recidiva és a halál következett be. Általában a vulvarákot a recidivára igen hajlamosnak mondják. Jelen esetekben sok év mulva sem jött létre recidiva; ha pedig az 3 év mulva nem következik be, az esetet gyógyultnak szokás mondani.

Extrauterin terhesség szokatlan esete.

Doktor Sándor: B. R. 26 éves nő havibaja leánykorában rendetlenül jelentkezett; férjhezmenetele (5 év) óta rendesen, minden négy hétben volt 6 napig. Egyszer abortált 3 év előtt a III. hónapban, különben egészséges volt. Folyó évi január 12-dikén volt utoljára rendes havibaja. Ekkor megint viselős lett. Azonban márczius 25-dikén, tehát a harmadik hónapban vérzeni kezdett fájdalmak s rosszullét kiséretében, valami távozott is tőle. Volt hozzáértő orvosa, a ki észlelte s azt állította, hogy ismét abortált; s minthogy a vérzés nem szünt meg, mintegy két héttel utóbb curettezte. A vérzés ugyan így sem maradt el mindjárt hanem még feküdt miatta a beteg összesen 4 hétig. Majd végre jobban lett s fenn járt. Május elején egyszer sétálás közben fájdalmat érzett a hasában bal oldalt, mely miatt újból felkereste orvosát, a ki daganatot talált s azt exudatumnak tartva, május 27-dikén és 28-dikán megpróbálta massirozni. Ez nagyon fájdalmas volt, úgy hogy a beteg lefeküdt s már fekvése alatt, három nappal utóbb, hirtelen rosszul lett, ájuláshoz hasonló állapotba esett, de fájdalmak nélkül. Ez történt junius 2-dikán. Utóbb a daganat gyorsan kezdett nőni, több fájdalmat is okozott, ezért a beteg felvétette magát az egyetemi I. számú női klinikára, először, julius 9-dikén.

Ekkor csak tíz napig volt bent, hasában középütt elhelyezkedő tumorral, mely a köldököt 3 ujjnyira haladta meg, nem mozgatható, nem érzékeny volt; a portio vaginalis egyenletesen kiszélesedve látszott átmenni a tumorba. Nem levén tiszta a kép, csupán megfigyelésre szorítkoztunk. Láz nem mutatkozott. Tíz napi észlelés után sósfürdőbe küldtük a beteget, a ki ott igen jól érezte magát s szemlátomást megerősödött. Hasa azonban valamivel még nagyobb lett s e miatt jött újból klinikánkra folyó évi októben 26-dikán, a mikor a következő állapotban találtuk:

A has a köldök magasságában 105, tenyérnyivel lejebb 112 cm. kerületű; ki van töltve egy szabályos gömbalakú, sima, meglehetős feszes, de a mellett elastikus tumorral, mely tetejével 4 ujjnyira haladja meg a köldököt; haránt irányban csak kevéssé, függélyes irányban semmit sem mozgatható. Sajátságosak rajta a kopogtatás viszonyai. Csak a tumor közepe felett tompa, körül, nevezetesen jobb oldalán és tetején dobos a kopogtatás hangja. Itt tehát belek fedik a daganatot. A portio vaginalis le van nyomva s jobbra tekint, folytatása pedig balra követhető a tumor mögé, melyen elég jól mozgatható ide-oda, a hüvelyboltozaton át elül és jobb oldalt a tumornak elég nagy segmentuma érhető el, mely itt is feszes, vastagfalú tömlőnek imponál.

Folyó évi október 29-dikén végezte Kézmárszky tanár a nőn az operatiot. A hasfal élénken vérző rétegeinek átmetszése után peritoneumra nem, hanem mindjárt a tumorra akadunk. Csak a tenyérnyi hasseb felső végén nyilik meg a peritoneum s itt ujjnyi nyiláson betapintva, az derül ki, hogy a peritoneum igen magasan, a nagy tumor aequatorán felül hajlik át az elülső hasfalra, melyhez alsó nagyobb felében directe fekszik oda a cavum praeperitoneale Retzii-ben. Itt próbapunctiot téve, piszkos, zavaros, híg folyadékot kapunk. Ezért a peritonealis nyilást zárva, megnyitjuk késsel a tumort, melynek csak most derült ki valódi természete: *extrauterin petetömlő* volt, sok magzatvízzel s mintegy 31 cm. hosszú, macerált foetussal. A tömlőt kitisztogatva, kivarrtuk és nyitva kezeljük naponkénti kötésváltással s öblítésekkel. Két hét alatt ma már kis ökölnyire zsugorodott, úgy hogy teljes begyógyulása csak rövid idő kérdése.

Az elmondottakból könnyű megérteni, hogy miért nem tudtunk helyes diagnosisra jutni ez esetben. Az anamnestikus adatok, melyeket az észlelő, s mondhatjuk, hozzáértő orvostól nyertünk s ezért természet szerűen nagyobb figyelemre méltattuk, teljesen elterelték a figyelmünket attól, hogy terhességre csak gondoljunk is. Január 12-dikén volt az utolsó havibaj; márczius 25-dikén az állítólagos abortus, április 4-dikén curettage s egy hónappal később a méh mellett felfedezett tumor, gyuladásos jelenségektől kisérve úgy a klinikus lefolyásban, mint az objectin vizsgálatnál. Érthető volt a tévedés, hogy az a tumor gyuladásos productum, exsudatum. Később pedig, mikor a tumor megnőtt, s a foetus elhalt, még nehezebb volt a tévedésre rájönni. Az egyedüli, a mit tehettünk, az volt, hogy függőben hagytuk ítéletünket, s így a műtételt is, melynél végre a tévedés kiderült.

A kezelő orvos, Lantos dr., utólag is azt állítja, hogy az állítólagos abortusnál kiürült tömeg placenta volt, s így azzal a ritka esettel volna dolgunk, hogy ikerterhesség állott be egy rendes méhbeli és egy méhen kivüli petével. Ezek közül épen a rendes terhesség szakadt félbe először, az extrauterin terhesség pedig ruptura után tovább fejlődött. Ez valóban nem lehetetlen. Csak kár, hogy nincs meg legalább valamely része a rendes petének. Így, a milyen ritkaságról van szó, nem tarthatom kizártnak az újból való tévedést, nevezetesen azt, hogy az állítólagos abortusnál kiürült tömeg csak decidua-zsák és véralvadék volt. Szokatlan volt ez esetben az extrauterin petetömlő elhelyezése s magyarázatot nyujt ahhoz, hogy mikép történhetett az észlelésben a tévedés. Nem tudjuk miért, de úgy látszik, hogy a gravid tuba repedése rendesen hátra felé történik s a kiömlő vérből és petéből képződő daganat a méh mögött, a Douglasban foglal helyet. Itt kivételesen megfordítva történhetett a repedés, elül; s a méh előtt képződött tumor, oly szoros összefüggésben azzal, hogy mint az észlelő mondja, az egészet nagy méhtestnek tekintette a currettezés idején. Később pedig, mikor a méh már nyilvánvalóan megkisebbedett, reárakódott, indolens perimetritikus exudatumnak fogta fel. Igazolására fog szolgálni, ha megjegyzem még, hogy a nőnek rendkivül kövér, vastag hasfalai mellett a vizsgálás kétségkivül nagyon meg lehetett nehezítve.

Lantos Emil: A nő 1894-ben a terhesség 3. havában abortált. 1898. januárban kimaradt a havibaja, márcziusban alhasi fájdalmak miatt fordult szólóhoz, ki terhességet constatált, nyugalmat rendelt. A nő vérezni kezdett és abortált; egy csakis placentának tekinthető dolog távozott el tőle, mely burkokkal is összefüggött. Vizsgálatra ok nem forgott fenn. A vérzés meg nem szünvén, április első napjaiban curettage-t alkalmazott, a mikor szokatlanul nagy decidua-részletek távoztak el. Ezen leletből extrauterin terhességre nem gondolhatott; tekintettel azonban a burkok távozására, határozottan uterinalis terhességet vett fel. Beteg májusig jól érezte magát. Május 6-dikán ismét alhasi fájdalmak miatt kereste fel. Ekkor azt találta, hogy a rendes portio egy körülbelül ökölnyi tumorba megy át, a mely a méhtől külön nem választható; ezt ő indolens exsudatum parametricumnak magyarázta. Nyugalomra a daganat növésében csaknem megállapodott. Junius 2-dikán a nőnél a belső elvérzés minden tünete lépett fel, úgy hogy extrauterin terhességre gondolt volna, ha abortus nem ment volna előre. Vizsgálat csak julius 2-dikán vált lehetségessé, a mikor a tumort a hasűrben tapintotta. A nő ezután a sósfürdőbe ment. Augusztus 8-dikán odahitták; vérzés, tumor a köldök felett tapintható. Szeptember első felében végre a klinikára szállíttatott. Hozzávéve ehhez még azt, hogy egész idő alatt az emlőkben tejelválasztás is folyt, jogosan vette fel az intrauterin terhességet.

Tuszkai a II. szülészeti klinikán észlelt egy esetet, melyben a cavum Retziiben kifejlődött tumor hasonló tüneteket okozott. Az elastikus tumor a méhet jobbra tolta és attól jól volt elkülönithető. Terhességre gondolni sem lehetett; a nő 45 éves, 18 év óta nem szült, a férj 10 év óta impotens. Két heti fekvés után a nő felkelt, mire hirtelen belső elvérzés tünetei léptek fel. A klinikán nyugalomra a tumor visszafejlődött, jelenleg egészen kicsiny, fájdalmat nem okoz. Itt tehát egy nem terhességből származó extraperitonealis haematoma volt jelen.

Kézmárszky: Lantos esetében a diagnosist igen nehéz volt felállítani. Ő azt hiszi, hogy jelen esetben ikerterhesség volt jelen; az egyik iker abortus útján távozott, a másik extrauterin fejlődött.

A petezsák intraligamentosusan fejlődött és ezért nem volt peritoneummal fedve; az a körülmény, hogy a tumor extraperitonealiter fejlődött és részben a hasüregben volt, adta azon diagnostikai nehézséget, hogy a kopogtatási lelet ellentétben állott a tapintásival.

Dirner kétkedik abban, hogy itt extra- és intrauterin terhesség egyidejűleg lett volna jelen. Hiányzik a bizonyításban, hogy magzatrészek voltak találhatók, pedig a terhesség már körülbelül 3 hónapos volt. A leváló decidua igen könnyen adhat olyan képet, mintha abortus folyna le.

Lantos tapasztalatai alapján biztosnak állítja az abortust.

Ujabb adatok az abortus therapiájához.

Lantos Emil: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöltük.) Az előadáshoz hozzászóltak: Bársony, Dirner és Kézmárszky.

PÁLYÁZATOK.

31,556/1899. alisp. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött 550 frt évi fizetéssel és 150 frt évi úti átalánynyal javadalmazott **jámi járásorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésükkel tiszti orvosi vizsga letételét, nyelvismereteiket s eddigi alkalmazásukat igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **folyó évi szeptember hó 1-éig** az alispáni hivatalhoz nyujtsák be.

A román nyelv ismerete kivánatos.

Lugos, 1899. évi augusztus hó 9-dikén.

2—1

Alispán helyett
Issekutz, főjegyző.

Negyvenharmadik évfolyam. 34. szám. *Budapest, 1899. augusztus 20.*

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

Róna D. Dezső: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyet. I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal egyet. tanár.) Adatok a mellékvesék syphilises és gümős elfajulásának kérdéséhez. 405. l.

Schwarcz Ede: I. A csecsnyújtvány csontlobjainak genyes dobüri lob nélkül fejlödött két esete II. Facialis hüdéssel jelentkezett heveny genyes dobüri lob lefolyása után támadt periostitis mastoidealis esete. 407. l.

Filep Gyula: Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról. A sebészeti klinika müködése 1896 és 1897-ben. 408. l.

Korda Kálmán: Takarékosság a közkórházi sebkezeléseknél. 410. l.

Tárcza. *Kuthy Dezső:* A mühelyek hygienéje érdekében. 411. l.

Irodalom-szemle. *Könyeismertetés. Boas:* Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. 412. l. — *Lapszemle.* Airol pellagrában szenvedök hasmenése ellen. 412 l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXX-dik, Szabadkán tartandó ivándorgyülése. — Pestis-hirek. — Kérelem. — Nyilatkozat. — Hazai fürdők személyforgalma. — Bunsen Róbert. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Sarbó Arthur. — Pályázatok. — Hirdetések. 412. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyet. I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal egyet. tanár.)

Adatok a mellékvesék syphilises és gümős elfajulásának kérdéséhez.

Irta: *Róna D. Dezső* dr. intézeti gyakornok.

A mellékvesék ép valamint kóros viszonyai, azon kiterjedt vizsgálatok daczára, melyek újabb időkben e szervekre vonatkozólag eszközöltettek, még eléggé homályosak s helyesen jegyzi meg Lubarsch: „Sowohl die allgemeine Pathologie, wie die path. Anatomie der Nebenniere ist in ihrer Erforschung noch nicht genügend vorgeschritten, weil Physiologie, sowie Anatomie und Entwickelungsgeschichte dieses Organes noch zahlreiche Fragen ungelöst gelassen haben.“

Hogy a mellékvesék nemcsak az embryonalis korban — a mikor tudvalevőleg az összszervezethez képest igen nagyok —, hanem az extrauterin életben is functiot teljesítő szervek, azt több kisérleti eredmény bizonyítja. Ezek közül csak a fontosabbakat említem.

Stilling házi nyulakon végzett egyoldali mellékvese-kiirtásnál azt tapasztalta, hogy a túlsó oldali mellékvese rövid idő lefolyása alatt térfogatának majdnem kétszeresére nő meg; mindkét oldali mellékvese kiirtásánál pedig a mütétnél visszamaradt apró parenchymrészecskék, avagy észre nem vett és a mütét által el nem távolított accessorius mellékvesécskék tengenek túl, a mi csak a szerv szükségszerű müködése által volna megmagyarázható. Stillinggel egyező eredményre jutott Velich is tengeri malaczokon végzett kísérleteinél.

Chassevent és Langlois abból, hogy a mellékvese-venán kifolyó vér, bár a carotisénál kevesebb, de a többi vénákéhoz képest sok élenyt tartalmaz, arra vélnek következtetni, hogy a mellékvesék a testnek tényleges functiot teljesítő szervei közé tartoznak s ezért élenydús vért fölös mennyiségben nyernek.

Tizzoni szerint a kisérleti állatok — kizárólag házinyulak — egy- vagy kétoldali mellékvese-kiirtás után 9—797 nappal mindig elpusztulnak az agyban, valamint a gerinczagyban található degenerativ és gyuladásos jellegü változásokkal. Hasonló tapasztalatokat szerzett de Dominicis is házi nyulakon és kutyákon végzett egyoldali exstirpationál. Mivel azonban másoknak sikerült az állatokat kétoldali mellékvese-kiirtás után is hosszabb ideig életben tartani, nem lehetetlen, hogy Tizzoni és de Dominicis állatjai közül legalább is azok, a melyek röviddel az operatio után elpusztultak, secundaer infectio, avagy egy intercurrens betegség áldozataivá lettek.

Abelous és Langlois békákat és tengeri malaczokat kétoldali mellékvese-kiirtás mellett ép mellékvesék vizes kivonatának bőr alá fecskendése illetve mellékvesedarabok inplantatioja után sokáig életben tudtak tartani.

Ezen utóbbi adatok a mellett látszanak szólni, hogy a mellékvesék müködése a szervezetre nézve fontos, melynek kiesése — ha Tizzoni kisérleti eredményeit elfogadjuk — halálhoz is vezethet.

De a mellékvesék pathologiájában is még nem egy kérdés megoldásra vár. Hogy egyebet ne említsek, nem ismerjük közelebbi okát a mellékvesékben nem épen ritkán előforduló vérzéseknek és ép úgy rejtély előttünk a mellékvese tuberculosisának és általában elváltozásának összefüggése az Addison-kórral. Nem vélek ezen szempontokból hiábavaló munkát teljesiteni, ha az alábbiakban a meellékvese megbetegedésének néhány érdekesebb esetét közlöm.

I. A szt. István-kórház prosecturájában 1898. október hó 3-dikán S. I. 38 éves napszámos bonczoltatott, ki halála előtt pár nappal, öntudatlan állapotban, súlyos erysipelassal vétetett fel a kórházba, hol is 1898. október 2-dikán elhalt. A klinikai diagnosis „Erysipelas, pneumonia crouposa, lues“ volt. A bonczolás alkalmával felvett 3455/378. sz. jegyzőkönyvből pedig a következő részleteket emelem ki.

„Pneumonia fibrinosa lobi superioris dextri in stadio hepatisationis rubrae cum pleuritide fibrinosa eiusdem lateris. Erysipelas faciei et nuchae, intumescentia glandularum cervicalium, lienis, myocardii, hepatis et renum.

Syphilis recens, ulcus durum in superficie inferiore penis ad praeputium. (A fekély búzaszemnyi, kemény, infiltrált alapon kiemelkedő; az infiltratio mintegy krajczárnyi kiterjedésü, a visszahúzódott praeputium egészben oedematosus.) Papulae et pustulae permultae cutis parvulae; hyperplasia glandularum cruralium, inguinalium, iliacarum et retroperitonealium syphilitica. Lymphadenitis et periadenitis purulenta glandulae inguinalis cutim perforans. Gumma (?) parvulum magnitudinis seminis cannabis in testiculo dextro. (A csomócska szürke, áttünő, tömött.) Gumma (?) parvulum in hepate subserosum. Infiltratio syphilitica (?) glandularum suprarenalium. Inflammatio diphtheritica antri Highmori dextri cum empyemate. Catarrhus nasi praecipue lateris dextri.“

A mellékvesék állapota a következő volt:

A baloldali mellékvese hossza 7·5 cm., szélessége 4·2 cm., legnagyobb vastagsága 1·6 cm., felülete egyenetlen, dudorzatos s a szomszédsággal laza zsírszövet által függ össze. Metszlapján helyenkint egész a felületig érő, helyenkint többé-kevésbbé ép, keskeny kéregrészletek által határolt sárgásfehér, feltünően tömött, kissé szívós, szabálytalan alakú, a metszlapon ki nem emelkedő részlet látható, mely a velőállomány helyét teljesen s a kéregállományét nagy részben elfoglalja és itt-ott van keskeny, az épnek látszó kéregállomány maradványokból kiinduló csikok által megszakítva, melyek a peripheria felől a közép felé haladnak.

A jobboldali mellékvese hossza 6·7 cm., szélessége 4·5 cm., vastagsága jobb oldalt 1·25 cm., bal oldalt 0·9 cm.; általában a baloldalihoz hasonló azon különbséggel, hogy a máj tokjával igen erősen összenőtt s hogy az elváltozás különösen a jobb félben kifejezett, míg a balban, bár relative szintén kevés, de a jobbhoz viszonyítva mégis több épnek látszó részlet található.

A górcsövi vizsgálatnál kiderül, hogy a baloldali mellékveséből készített metszetek legnagyobb részét eosinnal diffuse festődött sajtos massa foglalja el, mely a fennebb említett sárgásfehér, tömött részletnek felel meg s melynek szélei felé elpusztult sejtmagvak maradványai gyanánt chromatin rögcsék láthatók. Ezen sajtos részben helyenkint a parenchyma maradványait képező szigetecskék találhatók, melyek részben magfestést egyáltalán nem adó, részben erősen szemcsés zavarodást mutató parenchym-sejtekből, ezek között sok lymphocytával és itt-ott óriás sejtekkel, állnak. Ezen szigetek egyike-másika vérzéses góczokat is tartalmaz. Ellenben ama fennebb említett, központ felé haladó csikok gömbsejtesen infiltrált és helyenkint hyalin degeneratioban lévő kötőszövetből állanak, melyben óriás sejtekkel is találkozunk. A sajtos részlet részben a kéreg kötőszövetes tokjáig terjed, részben parenchymmaradványok által határoltatik, mindenütt azonban egy gömbsejtekben igen dús zona — lymphoid zona — veszi körül, de ezenkivül úgy a kötőszöveti tok, mint az említett parenchymmaradványokat képező góczok is gömbsejtes beszürődést mutatnak, közöttük számos óriás sejttel. Ezen külső parenchymszigetek sejtjei legkivül épek, befelé szemcsés zavarodásban lévők, legbelül a sajtos gócz szomszédságában magfestést nem adnak. A szaporodott interstitialis kötőszövetben haladó erek falzatának nagyfokú megvastagodása van jelen. A kötőszöveti toktól kifelé zsírlebenykék láthatók. Végül a metszetekben elszórtan és csoportokban található ganglion-sejtek közül egyik-másik erősebb pigmentatiot mutat s némelyik atrophiás állapotban van, egyéb elváltozás azonban észre nem vehető rajtuk.

A jobboldali mellékvese-metszetek górcsövi képe a baléhoz hasonló, azon különbséggel, hogy a főtömeggel összefüggésben nem lévő, a kéregállományban székelő, mikroskopi nagyságú, központi sajtosodással biró góczok láthatók.

Tuberculosis-bacillust több helyről vett metszetek vizsgálata daczára sem találtam.

Az eset górcsövi vizsgálatának egyéb részleteiből még kiemelem a következőket.

A retroperitonealis nyirkmirigyek kötőszövetes tokja, valamint az abból a központ felé haladó gerendezetek kötőszövete megszaporodott s helyenként hyalin-degeneratioban van. A véredények falzata jelentékenyen megvastagodott, a mi egyrészt az intimára, másrészt az adventitiara vonatkozik. A nyirokutakat bélelő endothel-sejteknek itt-ott hyperplasiája látható. A mirigy állományában számos, kisebb-nagyobb, részben kizárólag sejtes elemekből álló, részben már centralis sajtosodással biró gümő található, a melyek közül több kötőszövet képződésére határozott hajlamosságot mutató sarjszövetet tartalmaz. A gümők szerkezete teljesen megfelel annak a képnek, a mit typikus reticularis gümöknél láthatunk.

Az inguinalis nyirkmirigyekben kötőszövetes induratio vastagfalú véredényekkel s a tulajdonképeni nyirkmirigy-állomány sorvadása voltak jelen.

A májbeli kis góczot egy nagyrészt hyalinfibrinből álló szervülő thrombustól kitöltött vena képezi, melynek falzata, de különösen adventitiája megvastagodott, a mely adventitia széles körben gömbsejtes beszürődéssel is bir.

A jobb here állapota a következő volt: A tunica propria testis jelentékenyen megvastagodott és sejtszegény rostos kötőszövetből áll. Ép úgy megszaporodott a here interstitialis kötőszövete is, mely még sok helyt gömbsejtesen beszürődött s benne több megvastagodott falzatú ér fut. Ezen gömbsejtes beszürődés a szabad szemmel is látott és fennebb említett kendermagnyi gócz helyén oly nagyfokú, hogy — úgy látszik a nyomás folytán — e területbe eső herecsatornácskák kisebb-nagyobb mértékben, avagy teljesen sorvadtak. Az apró lymphoid-sejtek közt rendetlenül, elszórtan több óriás-sejt is van.

A sclerosisból kimetszett darab górcsövi vizsgálata azt mutatta, hogy a corium felső, vérbő, papillaris rétegeiben nagyfokú gömbsejtes beszürődés van jelen, csekélyebb fokban észlelhető ez a reticularis rétegben is s míg a felsőbb részekben a beszürődés diffus, addig a mélyebb rétegekben leginkább a véredények körül található, melyeknek falzata jelentékeny megvastagodást mutat. A capillarisok és nyirokutak endothelsejtjei hyperplastikus állapotban vannak. A papillaris réteg felső részében, e közé és az epidermis alsó sejtrétege közé savós kiizzadás történt, minek következtében a hámréteg helyenként leemelődött és az így keletkezett ür törmelék, valószinüleg sejttörmelék által van kitöltve. Ezen savós izzadmány következtében a Malpighi-réteg sejtjei vacuolaer degeneratioban láthatók. A hámboriték egy, a górcső alatt körülbelül 2 cm.-nyinek látszó területen hiányzik s e hámhiány helyét a beszürődött kötőszövetes réteget borító, elhalt sejtek maradványaiból álló törmelék foglalja el.

Ezek után azon kérdés merül fel, vajjon a mellékvesékben található elváltozás tuberculosisnak, avagy syphilisnek tartassék-e? Az első mellett kizárólag a retroperitonealis nyirkmirigyekben található reticularis gümök jelenléte szól, mert eltekintve a bacillaris lelet negativ voltától, számba veendő azon körülmény is, hogy, mint azt Neisser is hangsúlyozza, a mellékvesében a tuberculosis okozta elváltozások gyakran igen nehezen vagy épen nem különböztethetők meg a syphilis által okozottaktól s így jelen esetben is a mellékvesék górcsövi leletére az eset elbirálására nézve absolut biztossággal támaszkodni nem lehet.

Igaz ugyan, hogy a syphilis oly korai stadiumában, a mikor még egyrészt a primaer sclerosis fennáll, másrészt a köztakarón papulosus eruptio van jelen, tehát az egész folyamat legfeljebb 3—4 hónapos, gummák fellépése, és épen a mellékvesében, nem tartozik a gyakori jelenségek közé, mégis, ha tekintetbe veszszük az összes nyirkmirigyek kötőszövetes hyperplasiáját, a mi még a retroperitonealis nyirkmirigyekben is jelen van, azonkivül a véredényeken látható endoperiarteritist és phlebitist, továbbá a herebeli elváltozásnak is az interstitialis kötőszövetre való localisatioját, a melyek mind a syphilis jelenléte mellett tanuskodnak, nem zárkózhatunk el azon gondolattól, hogy a mellékvesékben syphilissel van dolgunk. Fájdalom, állatkisérletet nem végeztünk, mert erre előre nem gondolván, a mellékveséket 4%-os formalin-oldatban conserváltuk s ezután az átoltás már teljesíthető nem volt; ez pedig annál is inkább sajnálatos, mert ez által az eset elbirálása megkönnyíttetett volna.

Az elmondottak kapcsán csak röviden említem, hogy a mellékvesékben syphilis okozta elváltozás csak ritkán található. Chvostek leirt egy esetet, melynél a syphilis nem okozott typikus elváltozást, ellenben Girode hereditaer syphilissel 18 órával születése után elhalt csecsemőnél észlelt a jobb mellékvesében egy diónyi és egy borsónyi gummát; végül Orth szerint a syphilis a mellékvesék egyszerű interstitialis lobját is okozhatja.

A metszetek 4%-os formalin-oldatban 24 óráig tartó fixálás, alkoholkeményítés és celloidin beágyazás után részben haematoxylin-eosin, részben van Gieson-festéssel párhuzamosan vizsgáltattak s ugyanúgy történt a specialis methodusokon kivül a többi metszetek vizsgálata is.

II. T. S., 44 éves cseléd, meghalt 1898. november 30-dikán „Vitium cordis, arterio-sclerosis, infarctus pulmonis dextri“ klinikai diagnosissal s bonczoltatott 1898. deczember 1-jén az I. számú kórboncztani intézet boncztermében a következő (68/252. 1898. sz.) lelettel:

„Endocarditis chronica fibrosa petrificans cum stenosi ostii venosi sinistri et insufficientia valvulae bicuspidalis majoris gradus et insufficientia valvularum semilunarium aortae incipiente e

relaxatione valvulae sinistrae. Hypertrophia excentrica atriorum et ventriculi dextri. Hyperaemia pulmonum cum catarrho brochiali et gastroenterico. Hyperaemia chronica lienis, hepatis et renum. Atrophia et hydrops universalis. Synechia pulmonum. Tuberculа parvula glandulae suprarenalis dextrae. Bal mellékvese középnagy, mérsékelten tömött. Jobb mellékvese középnagy, metszlapján gyéren elszórtan mákszemnyi-kölesnyi, sajtos, fakó góczok láthatók, a milyenek a bal mellékvesékben találhatók nem voltak. Tuberculosisnak a szervezetben sehol semmi nyoma.“

Mikroskopi lelet. A metszeteken a véredények nagy részének tág volta és nagyobbfokú vérbőség tünik fel. E mellett a parenchyma helyenkint teljesen ép, máshelyt azonban elzsirosodott és szemcsésen zavarodott sejtek tömegéből áll, sok helyt pedig erős gömbsejtes beszürődést találunk, mely az eredeti szöveti szerkezetet fedi.

A kötőszöveti váz részben ép, részben hyalin degeneratioban levő rostokból áll, melyek közt egy-két kisebb fokban vastag falú ér is fut. A fent említett gömbsejtes beszürődés a stromában is kiterjedten található. Ezek mellett azonban elszórtan úgy a kéreg-, mint a velőállományban kölesnyi, már szabad szemmel a metszeten való áttekintésnél is feltünő, tömöttebb, sötétebbre festődött részletek, illetve góczok láthatók, a melyek górcső alatt nézve nagyrészt sajtos tömegből állnak, mely a széleken részben gömbsejtekben dús mellékvese állomány, részben sejtszegény kötőszövet által határoltatik. Ezen széli övben elszórtan óriás sejtek vannak jelen. Azonkivül elég nagy számmal mikroskopi tuberculumokkal is találkozunk, melyek némelyike centralis sajtosodást mutat, más része azonban apró gömbölyü sejtekből áll és a reticularis gümőnek jellegző képét mutatja.

A baloldali mellékvesében górcső alatt sem voltak gümök találhatók.

Az eset érdekességét, a mellékvese tubarculosis elsődleges voltán kivül lényegesen emeli azon körülmény, hogy itt a mellékvese tuberculosis ritkább fajával, a miliaris gümővel találkozunk.

Ha az I. és II. esetben a mellékvesék górcsövi képét összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy a kettő között valami nagy különbség nem áll fenn, kivévén azt, hogy a gummás elfajulásban levő mellékvesében az interstitialis kötőszövet szaporodott és az erek falzata feltünően vastag. Nem is tisztán a górcsövi lelet az, melyre az eset elbirálásánál támaszkodunk, hanem az eset különös körülményeinek számba vétele után mondhatjuk azt, hogy az I. esetben gumma syphiliticum, a II. esetben gümő van a mellékvesében. Sclerosis penis, papulák és pustulák jelenléte a bőrön biztos alapját képezik a syphilis diagnosisnak; másrészről az is bizonyos, hogy a belső szervekben a syphilis kapcsán elváltozások léptek fel, minők a nyirokmirigyekben, a herében, májban észlelt elváltozások. Nincs okunk kételkedni tehát, hogy a mellékvesebeli változások is syphilis által okoztattak. Igaz, hogy ritka lelet a syphilis ily korai stadiumában gumma képződés a mellékvesében, de éppen ezen kettős körülmény: a gummáknak korai fejlődése, másrészről épen a mellékvesékben való fellépése teszi az esetet különösen érdekessé.

(Folytatása következik.)

I. A csecsnyújtvány csontlobjainak genyes dobüri lob nélkül fejlődött két esete. II. Facialis hüdéssel jelentkezett heveny genyes dobüri lob lefolyása után támadt periostitis mastoidalis esete.[1]

Schwarcz Ede dr. budapesti fülorvostól.

Bemutatandó első esetemet még 1896. év őszén, a Rókus-kórház Böke tanár vezetése alatt álló fülbeteg-osztályán operáltam. Közölhetéseért volt főnökömnek ez úton is őszinte köszönetemet fejezem ki.

Kórtörténete a következő:

I. M. P. Pál, 38 éves erdőszámtiszt, kit 1896. év szeptember 9-dikén láttam először a Rókus-kórház fülbeteg-ambulantiáján, kórelőzményre nézve előadja, hogy gyermekkorában angolkórban szenvedett, soha fülbaja a jelenlegit kivéve nem volt. Anyja előtte ismeretlen betegségben halt el, atyja és 11 testvére él és egészséges.

Jelen baja 1896. év áprilisában (tehát 5 hóval ezelőtt) kezdődött, midőn — állitólag léghuzam következtében — bal fülében hirtelen nyilaló fájdalmak jelentkeztek. E fájdalmak a homlokra is kiterjedtek és azóta kisebb-nagyobb mértékben megmaradtak. Ugyanez év juniusában fordult csak először orvoshoz, ki nála azonnal paracentesist végzett, mely műtét 2—3 hét multán ismételtetett. Szeptember 1-jén vette észre, hogy a fájdalmak a mastoidealis tájékon folyton nagyobbodván, füle mögött dagadni kezd. Ez időtől lázas is volt, éjjeleken át nem aludt, magát mindinkább rosszabbul érezte, miért is szeptember 9-dikén a Rókus-kórház fülosztályára vétette fel magát a következő *jelen állapottal.*

Mellkasi, hasi szervek épek. A külső hangvezeték bemenete szabad, a fülmögötti árok nagyrészt elmosódott, a fülkagyló mell-, le- és kifelé tolódott; a fülmögötti tájon a bőr pirosan elszinesedett, duzzadt, a csontos külső hangvezeték felső fala magasságában koronányi terjedelemben hullámzást, ettől le-, hát- és felfelé az ujjbenyomatokat megtartó beszürődést mutat. A külső hangvezeték hátsó felső fala lesüppedt, a dobhártya élénken belövelt, megvastagodottnak látszik; sugárzó kúp hiányzik. Hallás: suttogó beszédre 2 m., órára 5 cm. Vizeletben rendellenes alkotórész ki nem mutatható. Hőmérsék 38·2.

Műtétet 1896. szeptember 10-dikén narcosisban végeztem, melyet megelőzőleg ejtett paracentesisre a dobhártyából származó 1—2 csepp véren kivül egyéb nem ürül. A fülmögötti tájon a szokásos Schwartze-féle metszést megejtve, mérsékelt mennyiségü büzös, sárgás geny ürül ki. A lágyrészek 1 cm.-nyire megvastagodottak; a csonthártya részben roncsolt, részben fellazult. Szabaddá téve a csecsnyújtványt egész terjedelmében, annak alapján, a csontos külső hangvezeték felső fala magasságában sebészi sondának átjárható fistulát találtam, melynek környékén a csont kis terjedelemben cariosusan fellágyult. Az antrumot a belevezető kutató mentén feltárva, az vörhenyessárgás granulatiokkal kitöltöttnek látszik. Az aditus ki nem kutatható. A csecsnyújtvány csúcsa ép. A kórosnak látszó részleteket véső és kanál segitségével eltávolitva, az 1½ cm. széles, 1 cm. mély csontüreget jodoform-gaze-zel tamponáltam.

Beteg október 28-dikán gyógyultan hagyta el a kórházat. Hallása suttogó beszédre: a szoba egész terjedelme, órára: 0·75 m.; a dobhártya belöveltsége teljesen megszünt. A műtét helyének megfelelőleg a csonthoz tapadó, behúzódott heg látható.

Második esetem a kerületi betegsegélyző pénztár ambulantiájáról származik, hol Tomka kartárs urat, felkérésére, a mult év őszén helyettesitettem.

II. V. Józsefné, 32 éves napszámos előadja, hogy gyermekkorában kiállott és 3—4 hónapig tartott hideglelést kivéve más betegségben nem szenvedett. Atyja, anyja öreg korban haltak el, 5 testvére él és egészséges.

Jelen baja 1898. év augusztus 29-dikén, harmadnapos gyermekágyában kezdődött, midőn állitólag meghülés következtében erősen náthás lett, fejében lüktető, és mindkét fülében a tarkótájra is átterjedő, időnként jelentkező szúró fájdalmakat és fülzúgást érzett. Hallása annyira csökkent, hogy a hozzáintézett kérdéseknél hangokat nem hallott s csak a száj mozgását látta. Ezidőtájt lázas volt a nélkül, hogy a hasi szervek részéről tünetek jelentkeztek volna. A fejfájások rövid idő alatt megszünve, a fájdalmak csakis a két fülre localizálódtak. Másfél hét alatt gyermekágyából felkelvén, a kerületi pénztár ambulantiáján jelentkezett, hol mintegy 3 hétig Politzer-befúvásokat kapott és körülbelül 4 izben paracentesis végeztetett nála a nélkül, hogy ezután fülfolyása lett volna. Már ez időben észrevette, hogy a füle mögötti táj érzékeny lett, lüktető fájdalmakat érzett; kétheti kezelés után a fülfájdalmak megszüntek, hallása jobb lett, de mivel állitása szerint „gyengének“ érezte magát, az ambulantiáról elmaradt. Betegségének 5—6-dik hetében bal füle mögött a fájdalmak mindinkább erősbbödtek, a bőr duzzadt, vörös lett, a midőn ismét felkereste az ambulantiát, hol jeges borogatás alkalmazása rendeltetett el.

Október 20-dikán a következő jelen állapottal láttam először. A beteg erősen szenvedő képét nyujtja. Mellkasi, hasi szervek épek. Vizeletben sem fehérje, sem czukor ki nem mutatható. Jobb fül rendellenességet nem mutat, hallás ez oldalt normalis. A bal fülkagyló erősen mell-, le- és kifelé tolódott, mi által az ellenoldalinál lejebbállónak látszik. A külső hangvezeték bemenete szabad, a fülmögötti barázda csaknem teljesen elmosódott. A mastoidalis tájon a bőr tenyérnyi terjedelemben kékespirosan elszinesedett, feszes, erősen duzzadt. E duzzanat kiterjed az állkapocs mögötti tájékra, hol csaknem deszkatapintatú, a tarkó, valamint a halánték felé, hol tésztatapintatú, és a szemhéjak vizenyős beszürődésében végződik. A csecsnyujtvány felett, annak egész terjedelmében élénk hullámzás. A lágyrészek erős beszürődése következtében a csont ellenállása ki nem tapintható. A külső hangvezeték hátsó felső fala mérsékelten és csakis legbelső szelvényében lesüppedt. E helynek megfelelő részlete a dobhártyának nem látható. Maga a dobhártya kékesvörös, szövetében beszürődöttnek látszik. Fülfolyás nincs jelen. Paracentesisre a fülmögötti daganatra gyakorolt nyomásnál sem ürül semmi. Hőmérsék 38·5; pulsus 118. Hallás: suttogó beszédre 3 m., órára 15 cm.

A műtétet másnap narcosisban a kerületi betegsegélyző műtőjében végeztem Lénárt Zoltán kartárs úr szives segédlete mellett. A csontig hatoló ívalakú bemetszésre bőséges büzös geny ürül. Az 1½—2 cm.-nyire megvastagodott lágyrészek szövetükben itt-ott genyes szétesést mutatnak.

*

[1] Bemutatás a budapesti kir. orvosegyesület 1899. évi február 4-diki ülésén.

A csecsnyújtvány periostjától csaknem egész területén megfosztott. A roncsolt részleteket kanállal eltávolítva és szabaddá téve az egész csecsnyújtványt, annak közepén a mutatóujj hegyét befogadó, szélein cariosusan felpuhult, a csecsnyújtvány csaknem valamennyi sejtjeit magába foglaló egyetlen üreg tünik elő, mely barnás-vörös nyákhártyás granulatiokkal teljesen kitöltött. Ezeket, valamint a környező kóros csontrészleteket kanál segitségével távolítva el, a sulcus sygmoideust a mutatóujj tapintófelületének megfelelő területen perforálva találtam, úgy hogy a sinus itt a granulatiokkal közvetlenül érintkezik; a processus mastoideus legvégső csúcsa ép. Az aditus ad antrum sondával kutatva sem található. Az üreget véső segitségével lehetőleg teknőszerűvé alakitva, párakötést alkalmaztam.

Lefolyás. A dobhártya kékesvörös injectioja, mely úgy látszik pangás következménye volt, már 36 óra alatt eltünik és későbbi Politzer-kezelésre csaknem normalis képét nyeri vissza. Minimalis belöveltség a kalapács-markolat mentén, itt-ott diffus megvastagodás, élénk, sugárzó kúp a jelenlegi kép. Hallás jelenleg (99. II/4.) suttogó beszédre a szoba egész terjedelme, órára 1 meter. A metszés helyének megfelelőleg a csonthoz tapadó erősen behúzódott heg, melynek legmélyebb pontján még igen kis területű felhámhiány látható. A csontszövet regeneratioja a nagyfokú anyagveszteség következtében csak nehezen haladt előre, úgy hogy a gyógyulás még körülbelül egy hetet vesz igénybe, a mi aránylag rövid időnek mondható. Beteg a műtét napjának délutánjától láztalan.

Mindkét esetben feltünő, hogy a csecsnyújtványi folyamat mellett, mely különösen a II. esetben oly nagyfokú roncsolásokra vezetett, a betegség egész ideje alatt dobhártyai átfúródásra vezető genyes dobüreglob nem volt jelen, s az a többször végzett paracentesisre sem mutatkozott. Tekintettel e körülményre és kevéssé véve figyelembe a kórelőzményi adatokat, az ily eseteket az irodalomban általában mint a csecsnyújtvány elsődleges (primaer) megbetegedéseit emlitik. Hogy mennyire nem jogosult e felvétel, azt már a kórelőzményi adatok is mutatják, melyek szerint az első tünetek mindig a dobüreg részéről jelentkeztek. Valószinü, hogy azzal egyidejüleg vagy csak valamivel később terjedt át a lobos folyamat a csecsnyújtványra, mely azután lappangva az I. esetben a betegség kezdetétől számított 5 hónapra, a II. esetben 7 hétre műtéti beavatkozást tett szükségessé. Ez utóbbi esetben a jobb fül affectioja, mire az eset észlelésem alá került, már teljesen visszafejlődött. *Tekintve a dobüreg és csecsnyújtvány egymáshoz való anatomiai viszonyát, valamint a fertőzés módjának lehetőségeit, elsődleges csecsnyújtványi lobokat általában sem igen vehetünk fel* s bár például egy elsődleges tuberculosisa a csecsnyújtványnak feltételezhető, annak előfordulása nincsen bebizonyitva.

Eseteinkben kétségtelen, hogy a fertőző anyag a tubán keresztül jutva a dobüregbe, innen folytatta útját az adituson keresztül az antrumba és a csecsnyújtvány többi sejtjeibe. Hogy a roncsoló folyamat csakis az utóbbiakra szorítkozott, az akképen magyarázható, hogy míg a dobüregben egy serosus lob jött létre, mely kedvező feltételek mellett mindinkább visszafejlődött, addig a csecsnyújtvány sejtjeire átterjedt lob az azokat periostszerüleg kibélelő nyákhártya duzzadását és az aditus táján kötőszöveti, esetleg csonttúlképlődést okozva, az antrumot a dobüregtől és így a külvilágtól is elzárta (lásd *Schwartze*-t is). Az aditus tényleg egyik esetnél sem volt kimutatható. Eltokolódva így a mastoidalis folyamat, az folyton előrehalad, mint *Besold* mondja, a megbetegedett csecsnyújtványi sejtek kedvezőtlen gyógyulási viszonyok közé kerülnek, részint az akadályozott genylefolyás, részint az élenyfelszivódás okozta hyperaemia következtében, a mint az minden, a levegőtől elzárt pneumatikus üregben történni szokott.

Kutatva az idevonatkozó esetek után az irodalomban, alig néhányat találtam. Ilyenek pl. *Schwartze, Hessler, Levi, Zimmermann* esetei. (Utóbbi két szerző a csecsnyújtvány primaer megbetegedését veszi fel.) *Levi* esetében műtéti beavatkozás nem történt és halállal végződött. A magyar orvosi irodalomban *Krepuskától* találok egy esetet közölve az Orvosi Hetilap tavalyi évfolyamában.

Elég ritkán fordulnak tehát elő ez alakjai a csecsnyújtványi csontloboknak, s magam, a műtéti beavatkozás nélkül visszafejlődött eseteket ide nem számítva, körülbelül 90 csecsnyújtványi és idetartozó koponyaüri megbetegedés közül, mely esetek legnagyobb részét rókuskórházi működésem alatt volt alkalmam észlelni, csak e két esetet láttam.

A dobhártya átfúródásával járó, genyes dobüri lob lezajlása, sőt a dobhártya teljes regeneratioja után bizonyos időre, sokszor hónapok multán jelentkező ostitisek és periostitisek az irodalomban gyakrabban ismertetett esetek (Jacoby, Besold, Jansen, Zaufal, Brieger) és ugyancsak ismételten alkalmat szolgáltatnak egy elsődleges csont-, esetleg csonthártyás bántalom felvételére. (Jansen, Weil.)

Ilyen periostealis tályogot volt alkalmam mult év őszén operálni.

III. A koraszülött, akkor már 4 hónapos csecsemőnél baloldali genyes dobüreglob fejlődött, ugyanezen oldali facialis hűdéssel, mely hűdés a genyes dobüri lobbal együtt rövid néhány nap alatt megszünt. Majd napokra ezután teljesen láztalan állapot mellett a processus mastoideuson egy periostealis tályog fejlődött, melyet megoperálva, 12 nap alatt gyógyulás állott be.

Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról.

A sebészeti klinika működése 1896 és 1897-ben.

Összeállitotta *Filep Gyula* dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

II. Lobok.

Perityphlitis 2 eset (egy férfi, egy nő). Műtétre egyik sem került, exspectativ kezelésre gyógyult.

Perimetritikus tályog egy eset. A köldök alatt kifelé megnyittatván, draineztetett. Tíz hónapi genyedés után meggyógyult.

Peritonitis ichorosa egy eset. Valószinüleg felpukkant salpyngitisből; meghalt. Nem bonczoltatott.

III. Dagok.

Tumor parietalis abdominis. Sarcomának tartván, kiirtatott. Szövettani vizsgálatnál syphilomának bizonyult.

Echinococcus hepatis. Műtét: a tömlő kivarrása a hassebbe nem volt szükséges, mert feszesen oda volt nőve a hasfalhoz, úgy hogy ennek átmetszése után rögtön a tömlőhöz jutottunk, a melyben híg zavaros folyadék és teméntelen fiahólyag találtatott. Drainezés, később tamponade gaze-zel. 5 hét alatt teljesen gyógyult.

Strictura pylori cicatricea 1 férfinél. Pylorus resectio. A beteg nagyon elgyengülve került a kórodára, műtét után 2 napra meghalt.

Carcinoma pylori egy 60 éves nőnél. Szintén nagyon lefogyva került a klinikára. Műtétnél kiderült, hogy a carcinoma átterjed a colon transversumra is. Ezért gastroenterostomián kivül ileocolostomia is végeztetik. A beteg meghalt.

Carcinoma ventriculi esetünk még 4 volt, de ezek műtétbe nem egyeztek.

Végül megemlítek még egy esetet. 42 nő, kinél a has bal oldalán 20 év óta kis gyermekfejnyi daganat van, mely neki azonban semmi alkalmatlanságot nem okozott, de egy év óta ezen a tájon fájdalmai vannak. Műtétnél a daganat a megnagyobbodott lépnek bizonyult, a mely a parietalis hashártyával és az omentummal több helyen szálagosan összenőtt. Az összenövések átmetszetvén, a hasseb varratott. Per primam gyógyult és azóta fájdalmai nincsenek.

IV. Egyéb.

Fistula stercoralis 3 eset. Egynél bélresectio, 2-nél bélvarrat. Mindhárom per primam gyógyult.

Incarceratio interna 5 eset; egy műtét nélkül nagy beöntésekre gyógyult, 4 közül egy per primam gyógyult, 3 meghalt.

A gyógyult esetben az incarceratio okát az ileumban ülő diónyi fibroma okozta, mely felett a bél invaginálva volt. Resectio. A másik három eset közül kettőnél stranguláló álszálagok, egynél a vastagbél invaginatioja volt az incarceratio oka. Mind a három nagy későn egyezett bele a műtétbe.

5. Végbél, gát.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések .	3	1	2	—	1	1	1	—	—	—	—
II. Lobok	3	2	1	2	1	—	—	—	—	—	—
III. Ujképletek ..	9	4	5	—	—	1	1	2	4	1	—
IV. Vegyes	25	18	7	14	5	1	3	3	1	—	—
Összes ...	40	25	15	16	5	3	5	5	5	1	—

I. Sérülések.

Ruptura perinei, plastikával gyógyult egy eset.

II. Lobok.

Periproctitis egy eset. Incisio, gyógyulás.

Abscessus perinei két eset. Felmetszésre mindkettő gyógyult.

III. Daganatok.

Papillomata ani. Leégettetett thermocauterrel, gyógyult.

Carcinoma recti 8 eset (3 férfi, 5 nő). Mütét végeztetett két esetben: egyiknél a beteg rectumrész resectioja a farkcsíkcsont kiizesítésével, javultan távozott; a másiknál a carcinoma magasan, közvetlen az S hajlat alatt székelt és occlusiot okozván, az e miatt végzett laparotomiánál kórismeztetett. Miután a daganat nem volt kiirtható, anus praeternaturalis készíttetett. A beteg azonban 64 éves volt, mütét után 6-od napra pneumoniában meghalt. A másik 6 eset részint inoperabilis volt, részben mütétbe nem egyeztek. Ezek némelyikénél bougirozás által sikerült mulékony javulást elérni.

IV. Vegyes.

Prolapsus ani 4 eset (2 férfi, 2 nő). Ezek közül a bajt 3-nál sikerült egyszerü repositio és könnyü székletétről való gondoskodás által megszüntetni, egynél a bél nyákháryáját sugárirányban több helyen thermocautereztük, hogy a képződő hegek által azután szükíttessék. Az eredmény jó.

Strictura recti dysenteria után 2 nőnél; tágításra javultak.

Fistula ani 6 eset (4 férfi, 2 nő); 2 mütétbe nem egyezett, négynél typikus mütét, közülük 3 gyógyultan, egy gyógyulást nem várva, javultan hagyta el a kórodát.

Noduli haemorrhoidales 13 eset (12 férfi, 1 nő) operáltatott 11, mütétbe nem egyezett kettő, 7-nél thermocauterrel való leégetés, 4-nél carbol-glycerin-injectio; mindannyian gyógyultak.

6. Férfi húgy- és ivarszervek.

Betegség	Felvétel	Gyógyult	Javult	Gyógyulatlan	Meghalt	Jegyzet
I. Sérülések	1		1			
II. Lobok	36	26	8	1	1	
III. Ujképletek ...	17	12	2	2	1	
IV. Vegyes	75	33	27	7	8	
Összes ...	129	71	38	10	10	

I. Sérülések.

Vulnus caesum scroti, verekedés közben késsel megvágták. Here nem volt sértve, néhány nap alatt gyógyult.

II. Lobok.

Ulcus molle, bubo dolens egy eset. Felmetszés, illetve kikaparás. Gyógyult.

Blennorrhoea urethrae 5 eset. Guyon-catheterrel mosás végeztetett valamennyinél híg zinc. sulfocarbol.-oldattal. Kettő gyógyult, kettő javultan, egy gyógyulatlanul tétetett át a bőr- és bujakórosztályra.

Prostatitis purulenta 2 eset, blennorrhoea után, mindkettőből a geny naponta a húgycső felé kinyomatott, utána húgycsőmosás. Gyógyultak.

Cystitis acuta gonnorrhoea után 3 eset. Hólyagmosás csak egynél vált szükségessé, kettő decoctum uvaera és langyos fürdőkre gyógyult.

Abscessus scroti 2 eset; ismeretlen okból keletkezett, felmetszés és kikaparásra gyógyultak.

Phlegmone gangraenosa penis et scroti; állitólag spontan. Rögtön mély incisiok; penis bőre egészen elhalt és levált; plasticával sikerült teljesen fedni.

Periurethritis 5 eset; 4-nél közülük heveny kankó az anamnesisben. Felmetszésre gyógyult 2, javult 2; egy 17 éves tanuló, kinél kiterjedt húgyinfiltratio és gangraena volt a scrotumon és hasfalakon, daczára az erélyes incisioknak, antiseptikus kezelésnek, sepsisben elhalt.

Epididymitis 6 eset, kankó után; borogatással kezeltettek. Kettő gyógyult, 4 javultan távozott.

Orchitis purulenta, spontan; felmetszésre gyógyult.

Hydrocele testis 11 eset, 8 jobboldali, 3 baloldali. Punctio és Lugol-oldat-injectio végeztetett 3 esetben. Radicalis operatio Brandt szerint (a tunica vaginalis propria edzése 5%-os carbol-oldattal) 8 esetben. Valamennyi gyógyult. Egyik közülük h. communicans volt, mütétnél a proc. vaginalis falait összevarrtuk. A most említett módszer szerint operáltak közül recidivával egy sem jelentkezett; 1893-ból 1897-ben jelentkezett egy recidivával, kinél akkoriban is radicalis mütét végeztetett, de carboledzés nélkül.

III. Daganatok.

Papilloma penis. Praeputiumon diónyi dag, mely kiirtatott. Gyógyult.

Condylomata acuminata a húgycsönyilásban. Excisio, thermocauterezés.

Syphiloma penis 2 eset; higanytapaszra gyógyultak.

Varicocele lat. sinistri. Exstirpáltatott, gyógyult.

Tuberculosis testis 4 eset. Három castratiora gyógyult, egy általános tuberculosisban meghalt.

Sarcoma testis 4 eset. Castráltattak, 3 gyógyult, egy mütétbe nem egyezett.

Adenocarcinoma prostatae 1 eset. A diagnosis a pars prostaticáig betolt catheter végén maradt szövetdarabka mikroskopi vizsgálata alapján állapittatott meg. Mütétbe nem egyezett.

IV. Vegyes.

Ischuria ismeretlen okból, 7 éves gyermeknél. Meleg fürdőkre 4 nap alatt gyógyult.

Defectus penis post gangraenam. Circumcisio után erős vérzés lépett volt fel, melyet tévedésből vitriollal csillapitottak. Az egész penis elhalt. Hét hó mulva jött a kórodára, hol az összehegesedett húgycsőcsonkot metszések által tágitottuk és a bőrbe kivarrtuk. Gyógyult.

Exstrophia vesicae 10 éves fiúnál. A defectus a hasfal böréből vett lebenyekkel részben fedetett.

Ulcus durum 2 eset. Áttétetett a megfelelő osztályra.

Phymosis 6 eset; 4-nél Hagedorn-mütét, egynél egyszerü phymosis-operatio, egynél a fitymát sikerült narcosisban visszahúzni és mozgatható is maradt. Az operáltak mind gyógyultak.

Calculus vesicae 9 eset. Négynél litholapaxia, kik közül 3 gyógyult, egy meghalt 2 napra a mütét után. Sectionál a hólyag mellső falának incomplet perforatioja, praevesicalis phlegmone sepsis. Háromnál epicystotomia. Kettő gyógyult, egy, a ki igen, marasmusos állapotban jött be, meghalt. Sectio nem volt. Kettőnél hypocystotomia, mindkettő gyógyult. Egyiknél már 1891-ben és 1895-ben is végeztetett ugyancsak kő miatt.

Calculus urethrae 2 eset. Kanállal sikerült eltávolitani.

Strictura urethrae 40 eset, ezek közül fistulák voltak jelen 12-nél. Tágítás bougieval vagy állandó catheterrel 17 esetben, mindannyiszor kielégítő eredménynyel. Urethrotomia interna kettőnél; gyógyult. Urethrotomia externa, a hegek kiirtásával, a hol szükséges volt és esetleg a húgycső resectiojával 14 eset; 10 gyógyult, 4 javult; 4 műtétbe nem egyezett., Hárman súlyos cystitis diphtheriticával jöttek be; mind a három meghalt uraemiában.

Hypertrophia prostatae 13 eset; 2-nél kétoldali castratiora gyógyulás, a prostata visszafejlődésével; a többi nem egyezett ebbe a műtétbe; ezeknél rendszeres catheterezés. Javult 5, gyógyulatlanul elment 2; 3 meghalt: egy dysenteriaban, kettő uraemiában (cystitis diphtheritica után, kivülről ezzel jött már be.)

7. Női húgy- és ivarszervek.

Betegség	Felvétel	Gyógyult	Javult	Gyógyulatlan	Meghalt	Jegyzet
I. Lobok	8	3	4	1	—	
II. Dagok	24	9	2	8	5	
III. Vegyes	12	11	1	—	—	
Összes ...	44	23	7	9	5	

I. Lobok.

Blennorrhoea vaginae 1 eset. Bórsavas hüvelyöblítésekre gyógyult.

Cystitis 3 eset; bórsavas hólyagmosásra mindhárom javultan távozott.

Endometritis chronica 3 eset. Curettezésre kettő gyógyult, egy áttétetett a női közosztályra.

Parametritis 1 eset, ágybanfekvésre és langyos irrigatiokra javult.

II. Dagok.

Fibroma vaginae, a hátsó falban a nyákhártya alatt. Műtétbe nem egyezett.

Carcinoma uteri 10 eset; ezek közül totalis exstirpatio per vaginam végeztetett háromnál, mind gyógyultak; kikaparás és thermocauterezés ötnél; semminemü műtétbe nem egyezett kettő.

Cystoma ovarii 11 eset, ezek közül operáltatott 9, egy műtétbe nem egyezett, egy mütét előtt a klinikán meghalt. Intraperitoneal kezeltetett a csonk 6 esetben, extraperitoneal 3 esetben, ezek közül kettő meghalt. (Cystoma-eseteink bővebben közöltetni fognak.)

Fibromyoma uteri 4 eset. Ezek közül operáltatott 3, egy műtétbe nem egyezett. Gyógyult egy (extramuralis uterus myoma, exstirpatio a méh ürének megnyitása nélkül). Meghalt kettő (exstirpatio uteri per laparotomiam). Ezeknél kiterjedt adhaesiok voltak a szomszédos részekkel; a műtét hosszú ideig tartott s a betegek kimerülés folytán meghaltak.

III. Vegyesek.

Graviditas az 5. hónapban. Mindkét eset vidékről tumor abdominis kórismével küldetett be, a diagnosist sikerült mindkettőnél positive megállapitani.

Calculus vesicae 2 eset; litholapaxiára mindkettő gyógyult.

Atresia hymenalis vaginae 2 eset; nagy haematocolpos és haematometra. A hymen incisioja után mindkettő gyógyult.

Fistula vesico-vaginalis 2 eset; műtétre mindkettő gyógyult.

Corpus alienum uteri. Havi baja megindítása czéljából hat hét előtt egy nyirfa vesszőt dugott be hüvelyébe, mely beletört. Műtétnél a 11 cm. hosszú, 5 cm. kerületü vesszőt a méhben, annak üregében találtuk; felért a fundusig. Kihúzatott fogóval. Öblítések. Gyógyult.

Prolapsus uteri 2; colporaphiára gyógyultak.

8. Medencze-kereszttáj.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				Gyógyult		Javult		Gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések ...	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
II. Lobok	8	5	3	1	—	3	1	1	1	—	1
III. Ujképletek .	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Összes ...	10	6	4	1	1	3	1	2	1	—	1

I. Sérülések.

Fractura ossis ischii. Szekér ment át rajta. Gyógyultan távozott.

II. Lobok.

Abscessusok a kereszttájon 4 eset, a keresztcsont necrosisa folytán. Kettő műtétbe egyezett: felmetszés, a beteg csont kivése. 1 gyógyult, 1 javult. Kettő műtétbe nem egyezett.

Necrosis ossis ilei 4 eset. Necrotomiára kettő javult, egy gyógyulatlanul ment el, egy már amyloid degeneratioval jött be, meghalt.

Atheroma a lágyék tájon; exstirpatiora gyógyult.

(Folytatása következik.)

Takarékosság a közkórházi sebkezeléseknél.

Korda Kálmán dr.-tól.[1]

A f. évi január hó 4-dikén tartott szakülésben volt alkalmam a calomel nagy adagban adhatóságát kilátásba helyezve élni azon kifejezéssel, hogy „a szer, melyről beszélek, nem új, de annak alkalmazási módja, melynek valószinüleg tulajdonítom azt, hogy a szájürbeli stb. kellemetlen tünetek, melyeket a calomel mérsékelt adagjai is előidézni szoktak, új, most is ismétlem".

E mai előadásomban is egy nem új, sőt mondhatom legrégibb szert említek fel, még pedig azért, mert ezen szernek jó hatását óhajtom beigazolni azon a téren, hol még eddig csak elvétve szerepelt, pedig ennek itt is nagy szerepet kell játszani, t. i. a sebészetben.

Ezen szer a kámfor.

Már az 1868-dik évben, a midőn még csak mint szigorló orvos, Budapesten a szt. Rókus-kórház II-dik sebészeti osztályán a nagy emlékü Lumniczer Sándor dr. tanár mellett voltam szerencsés müködni, az addig is szerzett tapasztalataim alapján különös előszeretettel viseltettem ezen szer iránt, melyet ő *elismert ugyan nagyhatásúnak*, de a ránézve átható szaga miatt a szó szoros értelmében közelében nem türhetett; mégis a renyhe, üszkösödésre hajlandó, vagy már üszkös fekélyeket egy csoportba gyüjtve átadta osztályomba, hogy az ő szavai szerint „kedvelt gyógyszeremmel" az úgynevezett mucilago camphorataval kezeljem és hozzam jóvá.

Itt is mindenkor tapasztalván e szer csalhatatlanságát, 1869. május havától már magánorvosi gyakorlatomban is az előfordult esetekben folyton sikerrel alkalmaztam mindaddig, mignem a Lister-féle kötés tett hódítást, melynek mindannyian követői lettünk.

Később az egyenként belépő gaze-ek foglaltak helyet. Carbol, jodoform, sublimat, dermatol stb. mindannyiját alkalmazva, a jodoform vált ki, mely alatt a per primam gyógyulás megszokottá vált.

De hát ki tehet róla, ott volt a kámfor, ott volt a cumarin stb. szagtalanító dolgok, melyek állítólag elvették volna a jodoformszagot, mely talán az egyetlen szag, melynek élvezője még az idegesek közt sem akadt, ez a szag az, mely iránt, hacsak valaki nem *közömbös*, kiállhatatlan s azon szobából, melyben alkalmaztatik, csak hosszú idő mulva küszöbölhető ki.

[1] Felolvastatott N.-Váradon a biharmegyei orvos-gyógyszerész és term. tud. egylet 1898. év május hó 1-sején tartott szakülésén.

Ekkor határoztam el magamat, hogy az általam kedvelt szert, melynek hatása megfelel a többinek, mely nem mérgező, sőt ellenkezőleg élénkítő, mely nem átható szagú, mely hatalmas gyógyhatása mellett még olcsó is és mely nem vár gyári előállításra: egy új alakban tüntetem fel és veszem használatba, tudniillik *gaze* alakjában és így is lett, egy „kámfor gaze"-t készítettem, melyet a megboldogult nagynevű és kedves emlékű Fuchs József dr. mütő orvos az első alkalmazástól az általa végzett utolsó mütétig mint csalhatatlan s ártalmas mellékhatás nélküli szert folyton alkalmazott.

Midőn az 1896-dik év julius havának harmadik felében egyik fővárosi lapban a m. kir. belügyminister úr ő nagyméltóságának egy a törvényhatóságokhoz intézett körlevelét olvastam, melyben az van irva, hogy, mivel a tapasztalat mutatja, miszerint a közkórházakban a betegápolási napi és tápdíjak minden költségelőirányzat készitésénél emelkednek, holott azoknak inkább *csökkenése volna óhajtandó*, felhivja a törvényhatóságokat, miszerint a felügyeletük alatt álló közkórházak belső ügyeinek vezetését akként változtassák, hogy a napi gyógy- és tápdíjak mindinkább kevesbedjenek, elhatározám magamban, hogy gondolkozásom tárgyává teszem. Tettem is és oda jutottam, hogy a napi ápolási díjak emelkedéséhez *részben* hozzájárulhat az is, hogy a mai napig a sebészeti kötőszerek bár a tudomány előrehaladottságánál fogva ritkábban változtatandók, mégis költséges gyári előállításuk miatt drágák lévén, a napi kórházi kiadásokat *növelvén*, az ápolási díjak emelkedésének előmozditásához jórészt hozzájárulnak. S ugyanakkor elhatároztam, miszerint a 28 éven át teljes megelégedéssel megtartott eljárásomat nem egyéni hiúságból, hanem a takarékosság iránti kedv élénkítése czéljából közzéteszem.

Mindez azonban eddig nem történt; most azonban, midőn *hazánkban több az elszegényedés, mint a gyarapodás*, elgondolva, hogy a sújtott községeknek még az is nagy jótétemény volna, ha a szenvedő betegeikért *fizetendő kórházi költségnél a napi ápolási díjak kisebbedése miatt naponta csak pár krajczárt is megtakaríthatnának*, elhatározám, azon reményben, hogy a t. szakülés egyes tagjainak unalmat nem szerzek hosszas tapasztalatomon alapuló nézetemet, sőt *határozott, állításomat előterjeszteni* s kérni a t. szakülés illetőleg egylet azon tagjait, kik a sebészettel gyakrabban foglalkoznak, hogy ajánlatomat kisérletezés végett *elfogadni*, azt esetről esetre *alkalmazni*, tudományosan és gyakorlatilag *megfigyelni és elbirálni* s az eredményről akár magánúton, akár szaküléseiken *értesíteni* kegyeskedjenek.

A kámfor-gaze előállításához szükséges:

1. Egy vagy a szükséglethez képest több bőszájú üvegedény üvegdugóval, megtöltve 50% kámfor absolut alkohollal.
2. Közönséges mull (végben).
3. Egy hosszú mag- vagy habarczfogó (ruggyanta).
4. Egy kis csavarógép.
5. Egy üvegszekrény.

A mull a szükséglethez képest feldarabolva a fogó segélyével az 50% oldatba helyeztetik, 48 órán át abban hagyatik, ezután már a fogó segélyével kivehető, s a csavaró géppel kicsavartatik, de úgy, hogy az ebből kifolyó camphor-oldat felfogassék s az edénybe visszatöltessék további használat végett, az így kicsavart mulldarabok (bár azonnal használhatók is) az üvegszekrénybe elhelyezve száríttatnak (esetleg kivasaltatnak) és azonnal alkalmaztatnak, miként más *gaze-ek*.

A kámfor-*gaze* előnyei: 1. Gyors és biztos fertőtlenítő hatás.

2. Tartós gyógyító erő.
3. Nem átható kellemetlen szag.
4. A vastag vattaréteget nem igényli, csak kellő pólyázás kell áztatott mullpólyákkal.
5. Felszívódási nagy hajlamánál fogva a collapsus ellen müködik.
6. *Olcsóság.*
7. Könnyű és gyors előállíthatósága miatt üdén és feltétlenül por vagy más idegen anyagok nélkül alkalmazható.
8. A mérgezés lehetősége is teljesen kizárható.

* * *

Kórházakban, intézetekben a már beáztatott mulldarabok erősen kicsavartatnak és azonnal, minden további szárítás nélkül alkalmaztatnak.

TÁRCZA.

A műhelyek hygienéje érdekében.

A műhelyek szabályrendeleti tervezetét nyujtotta be nemrég *Schermann Adolf*, székes fővárosunk érdemes tiszti főorvosa a tanács közegészségi ügyosztályához. Ha a tervezet jóváhagyást nyer és a szabályrendelet érvénybe lép, minden esetre igen sokat fog lendíteni a munkásnép egészségi érdekein és hatalmas gátja leszen a tuberculosis terjedésének is.

„Egészséges lakás és egészséges munkahelyiség az alapja az iparos egészségének" mondja ki vezérlő elvéül a tervezet szövege, s ennek értelmében teszi meg rendelkezéseit, melyek közül alább a fontosabbakat egyenként felsoroljuk. Előbb azonban idecsatoljuk azon előterjesztés egynehány szemelvényét, melynek kiséretében a jövendő szabályrendelet az ügyosztályhoz benyujtatott. Az „*Előterjesztés*" behatóan foglalkozik a szabályrendeleti tervezet kibocsátása szükségességének okaival. „A székes főváros statistikai hivatalának hiteles adatai szerint az iparos osztály nagy halandóságának egyik *legfőbb oka* magukban a *műhelyekben* rejlik. Ezer haláleset közül a saját vagyonukból élő férfiak sorában a tuberculosis szerepelt mint halálok 106 esetben; ezer elhalt szabó közül ellenben már 418-at, ezer elhalt asztalos közül 485-t, ezer elhalt varga közül 494-et, ezer elhalt nyomdász közül meg épen 606-ot pusztított el a gümős betegség, ha az összes korosztályokat tekintetbe veszszük. Szabó, asztalos, varga és a sajtógépek ólmos atmosphaerájában dolgozó intelligens munkás egyaránt a műhely négy falához vannak kötve. A modern idők nagy embervesztő kórja, a tuberculosis, mindjárt kevésbbé szerepel s ezzel az általános halálozási arány azonnal szelidül, mihelyest a munkálkodás *inkább szabadban* folyik le. Hisz a napszámos, kocsis, a mosonő, a szolganép serege nincs jobb anyagi körülmények között, mint az imént emlitett iparosok sorban, s mégis az összes elhaltakhoz arányitva a gümőkór elragadta áldozatok számát, kitünik, hogy a napszámosok között ez arányszám 389, a kocsisok közt 370, a szolgáknál 366, a mosónőknél meg csupán 314‰, azaz 1000 elhalt mosónő közül 314-nek oltotta ki az életét tuberculosus megbetegedés, a mi a nyomdászok gümős halandóságához mérve ahhoz képest *csaknem felényi* tuberculosis-mortalitást tesz."

„A tuberculosis-halálesetek mutatják legjobban a *helyiségek* okozta káros befolyásokat" . . . „a gyakorlatban ez a *legfontosabb szempont*, mert absolute véve a *tuberculosis a leggyakoribb* halál-ok" . . . „a tartózkodási helyiség egészségi viszonyainak rosszabbodásával *karöltve fokozatosan pusztító tuberculosis aránytalanul nagyobb számmal szedi áldozatait az iparos osztályból*". Ezért támaszkodik a tiszti főorvosi előterjesztés is a phthisis okozta halálozási viszonyok megjelölésére, mintegy beléilleszkedvén a gümőkórság ellen országosan megindult védekező mozgalomba.

A sok hézagos rendelkezés helyébe a jelen szabályrendelet — ha sanctiot nyer — a főváros területén létező összes műhelyekre érvényes meghatározásokat léptet majd életbe, jelentékeny oltalmára a munkásnép egészségének s mégis, a hol lehet, számot vetve az iparos (főleg a kisiparos) érdekeivel is, a kinek helyzete (mi édes hazánkban!) bizony nem annyira fényes, hogy a felsőbbség érintő kezének bizonyos gyengédségére rá ne volna.

Ha tehát a műhely-szabályrendelet érvényre lép, a kerületi előljáró az iparigazolvány kiszolgáltatásával egyidejűleg fel fogja hivni a tiszti orvost, hogy a jelentkező iparos műhelyét 3 nap alatt vizsgálja meg és pedig a következő főbb pontokat tartván szemei előtt: Lakásul használt helyiség egyszersmind műhelyül nem szolgálhat. Bolt vagy annak egyes elrekesztett részei csak akkor használhatók műhelyeknek is, ha a szabályrendelet követelményei a mellett kielégittetnek. A boltok magasságbeli kettéosztásából származó gallériák csupán bizonyos megszorításokkal tűrhetők meg dolgozó helyekül. Hogy pinczehelyiség műhelyként igénybe vehető legyen, megkivántatik a padlójának az utczai közcsatorna felett 30 cm. magassága, a padló alatt 10 cm.-es beton vagy 1 cm.-es aszfaltréteg, a falaknak földben lévő részei mindenütt elszigetelendők; azonkivül megszabja a szabályrendelet az ily pinczehelyiség magasságát, ablakainak minőségét (gúlaszerű kitágulás befelé), megköveteli, hogy a lokalitás jól fűthető legyen, az ürítők- és szenyvizvezetés alatta zománczozott vagy agyagcsövekben történjék, stb., szóval, igen helyesen, az elv ezentúl az: *műhely csak olyan helyiség lehet*, mely *lakóhelyiségül is megfelelhetne.*

Gondja van a szabályrendeletnek a dolgozóhelyiség levegő foghatóságára, világosságára (olyan localitas, melyben nappal is mesterséges világitás mellett folyhatnék csak a munka, nem acceptálható!), helyes szellőzésére és hygienikus értelemben vett tisztántartására.

Ez utóbbi czélt tartja szem előtt az a pont is, mely a műhely falainak évente legalább egyszer kimeszelését vagy (az élelmiczikkek készitésével foglalkozó helyiségekre 2 méter magasságig olajfestésű falak lévén előirva) lemosását rendeli el. A műhely padlózatát felmoshatónak, általában könnyen tisztogathatónak kell készíteni, élelmiczikkekkel foglalkozó helyiségekben vízhatlan, hézagmentes burkolat kiván-

tatik. Minden műhelyben legyen elegendő mosdókészlet és külön törülközője minden embernek. Elelmiczikkekkel foglalkozó munkásokon dolog közben mindig tiszta felsőruha és kötény legyen; a használt eszközök is mind kifogástalanul tisztán tartandók.

Padlóra köpni természetesen nem szabad, az erre vonatkozó figyelmeztető tábla mindenütt, a hol ötnél többen dolgoznak egy helyiségben, kifüggesztendő (elkelne, sajnos, nálunk még ötnél kevesebb munkásnak is!). Tüdővészes munkások a többiektől elkülönítve foglalkoztatandók (mindaddig bőven indokolt intézkedés, a míg kellő számú sanatorium nem fogja *iskolázni* tüdőbajosainkat; azontúl megfelelő felügyelet mellett bátran elmellőzhető leszen . .).

A mindenre figyelmet fordító szabályrendelet ügyes előrelátással és gonddal van megalkotva, bátran várhatjuk tőle, ha lelkiismeretes végrehajtás is segődik hozzá, műhelyviszonyaink egészségügyének jobbrafordulását. Elismeréssel kell adóznunk megteremtőjének, *Schermann* tiszti főorvos úrnak, a ki a modern haladás egészséges útjára tereli immár a nemzet nagy kincsének, az ország fővárosának fejlődését hygienikus tekintetben, s ezzel nemcsak Budapest javára cselekszik, de ösztökélő példaadásával irányt is jelöl: kifelé vezető biztos ösvényt a néppusztulás ingoványából.

Kuthy dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Boas: Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. II. Spezielle Diagnostik und Therapie der Darmkrankheiten. Leipzig. Verlag von G. Thieme. 1899.

Körülbelül egy éve, hogy szerzőnek a bélbetegségek általános diagnostikáját és therapiáját tárgyaló munkája a könyvpiaczon megjelent. A könyvről annak idején mi is megemlékeztünk és azzal az óhajtással fejeztük be rövid ismertetésünket, vajha a részletes rész nem váratna sokáig magára. Ez az óhajtás immár teljesedésbe ment. A bélbetegségek részletes diagnostikáját és therapiáját tartalmazó rész már szintén kikerült a sajtó alul, bizonyára nagy örömére mindazoknak, kik szerző kitünő tulajdonságait előző munkái révén ismerik.

A könyv körülbelül 400 lapon tárgyalja a bélbetegségek részletes diagnostikáját és gyógytanát, különös figyelmet fordítva — a gyakorló orvosokra való tekintettel — azon megbetegedésekre, melyek inkább a gyakorló orvos, mint a klinikus hatáskörébe tartoznak, mint a milyenek például a bélhurutok, a habitualis székszorulás, a bélneurosisok stb. E mellett azonban a többi fejezetek sincsenek elhanyagolva, a mint ezt a többi között a bélszűkületről és bélelzáródásról szóló mintaszerű fejezet mutatja. Az előadás mindenütt világos és a közvetlenség benyomását keltő; minden fejezeten meglátszik, hogy irója tárgyával nemcsak tudományosan, hanem gyakorlatilag is, még pedig nagy anyagon foglalkozik. E mellett a fontosabb dolgok kellőképen előtomborítvák, oly tulajdonság, melyet az orvosi munkák túlnyomó többségében sajnosan nélkülözünk. Mindent egybevetve mondható, hogy a munka egyike a legjobbaknak, melyeket az újabb német orvosi irodalom termelt, és a bélbetegségekkel behatóbban megismerkedni óhajtók számára Nothnagelnek a bélbetegségekről szóló nagyobb munkája mellett úgyszólván nélkülözhetetlen.

Remélhető, hogy a munka ép oly gyors és széleskörű elterjedésben fog részesülni, mint szerzőnek előbb megjelent, a gyomorbetegségekről szóló, már számos kiadást megért munkája.

II. Lapszemle.

Pellagrában szenvedők hasmenése ellen eddig legjobbnak tartották a Lombroso-féle kezelést: calomel kis adag opiummal. A calomel használatának hátránya azonban az, hogy a pellagrások többnyire nagyon elgyengültek, lesoványodottak és többnyire már stomatitisben szenvednek. *Cerato* tehát más gyógyszerekkel tett kisérleteket és azt tapasztalta, hogy nagyon jó eredmények érhetők el airollal, melyből naponkint 3—4-szer 30—40 centigrammot kell adni poralakban. Ha a székletétek száma már kevesbedik és a tenesmus is enged, az adagok kisebbitendők és mindaddig folytatandók, míg a hasmenés teljesen megszünik. (Semaine médicale, 1898. 61. sz.).

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. julius hó 23-dikától 1899. julius hó 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 443 gyermek, elhalt 296 személy, a születések tehát 147 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2256 beteg, szaporodás 825, csökkenés 788 maradt e héten végén ápolás alatt 2293. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup —, roncsoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 8, agyvérömleny 3, rángások 9, szervi szívbaj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 19, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 26, carcinomata et neoplasmata alia 18, méhrák 7, Bright-kór és veselob 7, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 9, erőszakos haláleset 7. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. julius 30-dikától augusztus 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4 (meghalt 1), himlőben 1, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 15 (meghalt —), vörhenyben 41 (meghalt 5), kanyaróban 39 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyikban 19 (meghalt 1) trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 25 (meghalt —), orbánczban 12 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

⁂ **A magyar orvosok és természetvizsgálók XXX-dik, Szabadkán tartandó vándorgyülése** után egyik legérdekesebb kirándulás lesz a *boszniai* és *herczegovinai*. Augusztus 31-dikén együtt indulnak el Szabadkáról. Szeptember 1-sején Jajczába, 2-dikán Szarajevóba érkeznek. Itt maradnak 3-dikán és 4-dikén, meglátogatva Ilidse-fürdőt; 5-dikén megérkeznek Mostárba, 7-dikén Meskovicsba, 8-dikán Fiumèba onnan 9-dikén Budapestre. A vasúti és gőzhajó viteldíja az I-ső osztályon 48 frt 55 kr., a II. osztályon 39 frt 40 krba fog kerülni. A rendező bizottság kéri a tagtársakat, hogy e kirándulásra vonatkozó szándékukat f. hó 27-dikén *Békeffi Gyula* dr. titkárnál Szabadkán jelentsék be, hogy a szükséges intézkedéseket idejében meg lehessen tenni. A vándorgyülésre már sokan jegyeztették elő magukat. A helyi fogadó és elszállásoló bizottság már megalakult. A résztvenni akarók *Szalkay Gyula* dr. pénztárosnál jelentkezhetnek Budapesten, I. ker., Lánczhid-utcza 2. A szakülésekre újólag többen jelentkeztek előadásaikkal, úgy hogy eddigelő körülbelül 86 előadásra lehet számitani. Kirándulások lesznek: Palóczfürdőbe, Belgrádba, az Aldunára, Marillára és Bosznia-Herczegovinába. Tagsági díj 5 frt.

△ **Pestis-hirek.** Egy Lisszabonból augusztus 15-dikéről a napilapokhoz érkezett távirat szerint Oportóban azonnap 33 pestis-megbetegedés fordult elő s kilenczen haltak el. Újabb hirek szerint pedig *Lissabonban* is kiütött a baj. A hatalmak megtették a lehető intézkedéseket a baj behurczolása ellen.

= **Kérelem.** Tisztelettel felkérem az összes hazai kartárs urakat, sziveskedjenek irodalmi működésük összeállitását a nemsokára megjelenő magyar orvosi bibliographia czéljaira *mielőbb*, legkésőbb azonban szeptember 15-dikéig nékem beküldeni. Külön kérem összeállítani az önálló, vagyis könyvalakban megjelent dolgozatokat, és külön a folyóiratokban közölt czikkeket, megjelölvén, hogy különlenyomat készült-e belőlük. Az összeállításban feltüntetendő a könyv teljes czime (ha más nyelven is megjelent, úgy ezen czim is), megjelenésének helye és éve, esetleg újabb kiadásai. Kartársi tisztelettel Budapest 1899. augusztus hó 1-sején, *Győry Tibor* dr., IV., Zöldfa-utcza 21. sz.

♀ **Nyilatkozat.** Hönig Márton kartársunk kérésére közöljük a következő nyilatkozatot: Tisztelt barátaim és kartársaim becses tudomására hozom, hogy miután az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §. 1. pontjának akartam érvényt szerezni, a vittenczi körorvosi állásról, melyet 12¾ évig viseltem, lemondottam és mint uradalmi gyakorló orvos maradok továbbra is Vittenczen. Vittenczen, 1899. augusztus hó 14-dikén. *Dr. Hönig Márton.*

× **Hazai fürdők személyforgalma.** *Lipik* (VIII/9.): 2097; *Új-Tátrafüred* (VIII/11.): 1094; *Tátrafüred* (VIII/14.): 1430; *Tátra-Lomnicz* (VIII/13.): 417; *Herkulesfürdő* (VIII/9.): 6609; *Vihnye* (VIII/8.): 1022; *Császárfürdő* Budán (1/1-től VII/31-dikéig) 754 egyén lakott, 228,033 egyén fürdött.

† **Elhunyt** *Bunsen Róbert Vilmos* a spectralanalizis világhirű felfedezője Heidelbergben folyó hó 18-dikán 88 éves korában. Göttingában született 1811-ben; szülővárosában, Párisban és Bécsben tanult. 1833-ban lett docens a göttingai egyetemen, 1836-ban pedig a chemia tanára Kasselben, honnan hasonló minőségben 1851-ben Boroszlóba, 1852-ben Heidelbergbe jutott. 1889-ben vonult nyugalomba. Akademiánk 1858-ban választotta külföldi tagjává.

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

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 ½2—½4-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: Közkórházi orvostársulat. (XI bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.) 413. l — A budapesti kir. orvosegyesület gynaecologikus szakosztálya. (16. ülés 1898. deczember 6-dikán.) 414 l.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

(Folytatás.)

Róna Sámuel: Török nemrégiben bemutatott egy pemphigus-esetet, s nagyon óvatosan járt el, midőn feltételesen állapitotta meg a pemphigus diagnosisát, melynek mai állását részletesen kifejtette.

A ma bemutatott betegnél a nyákhártyán levő elváltozásokból biztos diagnosist csinálni nem lehet, mert az erythema bullosum hasonló tünetekkel jár. A pemphigus chronikus betegség, az esetek óriási többségében feltétlenül halálos kimenetelű, prima vista csak a legritkább esetekben vagyunk képesek a pemphigus-betegséget diagnostizálni, be kell várnunk a betegség lefolyását.

Abból, a mit ma a bemutatott betegen látunk, nem mernék pemphigust diagnostizálni, mert — a hogy ma tanitjuk a pemphigust — ezen esetnek is halálos kimenetelűnek kellene lennie; igaz, hogy a pemphigus szeret nyákhártyákon fellépni s ez esetleg igazolná a feltételes diagnosist, minden esetre be kell várnunk a kór lefolyását.

Irsai Arthur: Róna felvilágositását köszöni; a laryngologiai praxisban az ilyen eseteket mint pemphigust irják le és ezért fenntartja véleményét. Szólónak volt még egy pemphigus-esete, de ott tuberculosissal vegyes fertőzés forgott fenn, s a cachexiát nem a pemphigusnak, hanem a tuberculosisnak tudták be; ott a garat és gége nyákhártyáján hasonló elváltozás volt, mint a mainál, a köztakarón pedig 1—2 hólyag.

A jelen betegnél a cachexia ez idő szerint még nincs, de a beteg meg fog figyeltetni és jelentkezni fog a kórházban időnkint s akkor kiderül majd, hogy milyen lefolyást vesz a betegség.

Róna Sámuel: Rövid idő alatt két pemphigus-esetet észlelt: az egyik esetben a nyákhártyákon léptek fel a pemphigus-elváltozások, melyeket eleinte luetikus eredetűeknek tartott, csak a mikor az emlőbimbón is felléptek a tünetek, melyekhez láz, cachexia csatlakozott s rövid idő alatt halál, dölt el a biztos diagnosis; a második esetben rögtön megállapithatták a pemphigust, hét hónap alatt bullosus elváltozások fejlődtek s 3—4 nap mulva beállott a halál. A bemutatott betegnél szóló nem tudná ma még a diagnosist biztosan megállapitani.

Garatsyphilis esete.

Irsai Arthur: A 32 éves cseléd felvétetett mult hó 21-dikén a Margit-kórházba. A kórelőzményben felemlitendő, hogy 5 év előtt kemény fekélye támadt a nagyajkakon, mely állitólag rövid idő alatt begyógyult; másodlagos tüneteket nem észlelt; orvosi gyógykezelés alatt nem állott.

Jelen bajára nézve előadja, hogy körülbelül egy hóval ezelőtt nyelési fájdalmai jelentkeztek, berekedt és légzési nehézségei keletkeztek, oly érzése volt, mintha valami a torkát szorongatná.

Felvétele alkalmával a középtermetű, mérsékelten fejlett nőbetegnél a garat hátsó falának megfelelőleg a középvonalban egy körülbelül tallérnyi, elmosódott határokkal biró, előre domborodó, sárgás-genyes lepedékkel fedett, a közepén kráterszerű mélyedéssel biró fekélyesedés látható. Az epiglottis élénk-piros, a gégébe való betekintést a garatfalon előbudorodó képlet nehezíti. A megejtett gégetükri vizsgálat a látható gégeképleteknek csak belöveltségét és duzzanatát mutatta. A légzési nehézséget a hátsó garatfalon székelő képletnek a gégebemenet felé domborodása okozta. A bőrön és egyéb nyákhártya-területeken elváltozás nem volt található. Jellegzetes inguinalis- és tarkómirigy-beszüremkedés.

A betegnél a *Lukasiewitz*-féle nagytöménységű sublimatnak (5%-os) intramuscularis befecskendezését használták, és pedig úgy, hogy hetenkint egy ilyen injectiot kapott. Most már négy injectiot alkalmaztak nála, minek eredményeképen mutathatja be ma a beteget, kinél a fekélynek, illetve a szétesett gummának csak maradványait lehet észlelni, a mennyiben az előbudorodás eltünt, a légzési nehézség megszünt és csupán egy lapos, szétterült, kevés genyes lepedékkel fedett fekélyesedés látható.

Az egyén még három injectiot fog kapni, s meggyőződése szólónak, hogy a kóros állapot teljes gyógyulásba megyen át.

Ezen eset kapcsán felemliti, hogy már két izben mutatott be 5%-os sublimat intramuscularis injectiok által gyógyult garat- és gégesyphilis-eseteket, és tudtával a laryngologus-praxisban ő használta e módszert először.

Az esetek nagy számában, hol alkalma volt ezen gyógymódot követni, lehető legfényesebb siker mutatkozott; az injectiokat mindig a gluteusok közé alkalmazta, egyetlenegy esetben sem kapott kellemetlen complicatiot, a befecskendés helyén abscessus nem fejlödött, salivatio, stomatitis nem jelentkeztek, a vesék és bélhuzam részéről semmiféle complicatio nem mutatkozott. Az intramuscularis sublimat-injectiok alkalmazása különösen ott van indokolva, hol gyors elhatározásról van szó az életet veszélyeztető stenosis miatt.

Nyert tapasztalatai alapján bátran hangsúlyozhatja, hogy súlyos syphilis-eseteiben az 5%-os intramuscularis sublimat-injectiok alkalmazása fölénynyel bir az antiluetikus egyéb szereléssel szemben, mert erre feljogosit ama fényes eredmény, melyet elért, a nélkül, hogy a higanykezelésnek rossz mellékhatása bármiképen zavarólag befolyt volna.

Havas A.: *Irsai* felszólalásában az 5%-os sublimat-injectiokat a legjobbnak tartja a syphilis therapiájában, a mely felülmulja a többi higanyszereket. Szóló ez állitást nem irhatná alá, mert a bedörzsölési gyógymódot még mindig souverain-szernek tartja a syphilis therapiájában. Nem jobb hatásra nézve az 5% sublimat-oldat, mint az 1% sublimat-oldat: a különbség a kettő között csak az, hogy az 5% hetenkint csak egyszer, mig az 1% minden nap injiciáltatik. Igy tehát csakis technikailag előnyösebb az 5% sublimat-oldat, mert nem kell minden nap befecskendezést végezni. Azon nézetből kiindulólag, hogy a bedörzsölési gyógymód nem másképen, mint a higany belégzése által hat, újabb időben *Welander* osztályán egy új higanykészitménynyel, a mercurollal, magnesium és aluminium amalgam tett kisérleteket. E könnyű higanysóból egy szőrös pamuttasakba 5 gm. hintetik és ezen tasakot a beteg testén hordja. Az ezen tasakból elpárolgó higanysó belégzése által a betegeknél a syphilitikus tünetek elmulnak. Ezen eljárásmód tehát egy újabb haladás a therapia terén, mert itt sem a gyomor nem irritáltatik, sem a test és ruházat nem piszkittatik, sem fájdalmat nem okoz, mint a bőralá fecskendezés. *Welander* annak bizonyitására, hogy a higanypárák belégzése elegendő a luetikus tünetek eltüntetésére, egy betegnek fél testét higanykenőcscsel vékonyan födte és ennél a betegnél is eltüntek a luetikus tünetek. A bedörzsölési kúránál a higany valószinűleg mint sublimat in statu nascenti vétetik fel és gyakorolja hatását. Ugy hittük ezt legalább eddig. Hogy *Irsai* abscedálást a befecskendezés után nem észlelt, az csak annak a jele, hogy tiszta folyadékot tiszta eszközzel alkalmazott.

Irsai Arthur: Az antiluetikus gyógymódok közül a sublimat-injectioknak előnyt ad, mert a födolog, hogy tudjuk, mennyi higanyt kap a beteg; az oldhatatlan higanysókról sohasem tudjuk, hogy mennyi és mikor szivódik fel, mig az oldható sókról tudjuk, hogy pl. 5 cgm. sublimatot kapott a beteg, az gyorsan felszivódik, hamar eliminálódik, úgy hogy cumulativ hatása sem lehet.

Több esete volt szólónak, hol a betegek mindenféle higanykúrán mentek keresztül és az efflorescentia változatlanul fennállott; egy pár sublimat-injectiora azonban a lehető legszebben javult az állapotuk.

Miután eddig az injectios eljárásnak semmiféle rossz hatását nem tapasztalta, sőt előnyösebbnek találta más eljárásoknál, azután is ezt alkalmazza, főleg, ha sürgős beavatkozásra lesz szükség.

A pajzsmirigy használata a fülgyógyászatban.

Tomka Samu: 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 belbántalomban halt meg. Beteg állitólag 6 év óta hall rosszul, azelőtt nem volt soha fülbaja, sem orr- vagy torokbaja s egyéb betegsége sem. Hat év előtt szülés után mindkét fülében nagy zúgás lépett fel, mindkét fülében nagyfokú nagyothallással. A zúgás azon idő óta folyton, szünet nélkül fennáll, a rosszulhallás is mindjárt kezdettől fogva csaknem oly nagyfokú volt, mint a későbbi években. Beteg 2 év előtt kereste fel rendelésén szólót, a mikor is suttogást épen nem, hangos beszédet csak közvetlen a fül közelében hallott meg. Azóta időközökben a kezelésnek mindazon módszereit megkisérlette a betegen, a melyek ily bántalomnál szokásban vannak, azonban a legcsekélyebb eredmény nélkül.

Jelen állapot: a külhalljárat mindkét oldalt elég tág, a dobhártya mindkét oldalt áttetsző, mindkét oldalt hátul alul keskeny félköralakú homályosodással, mindkét oldalt a dobhártyán át a belső dobüregfalnak hátsó felső része sárgásnak tetszik; a dobhártya és kalapács a *Siegle*-féle tölcsérrel elég jól mozgatható. A hangvilla-lelet: Rinne-féle kisérlet mindkét oldalt negativ; Weber jobb oldal felé laterizált; a magas hangvillát mindkét oldalt jól, a mélyet gyengén hallja. A levegő mindkét tubán át széles áramban hatol a dobüregbe. Hallásvizsgálat: suttogó szókat bal oldalt 3 m.-nyire, jobb oldalt 4 m.-nyire hall; converzáló szókat bal oldalt 5 m.-nyire, jobb oldalt 6—7 m.-nyire hall. A midőn egyéb kezeléssel nem ért el semmi hatást, 1898. november 1-jén betegnek pajzsmirigy-tablettákat rendelt. Még aznap vette az első tablettát, napjában 1 szemet november végeig, innen deczember 20-dikáig tartó szünettel; majd újból január 25-dikéig tartó szedéssel, újbóli szünet február 15-dikéig s innen márczius 15-dikéig ismét szedett pajzsmirigyet. Két hónap óta nem szed pajzsmirigyet; összesen 4½ hónapig állott a pajzsmirigykezelés alatt. A mig — mint a beteg mondá — a pajzsmirigy vevése előtt feje nehéz, zavart, fülzúgása nagyfokú volt, addig ezen kezelés második hetétől fogva feje könnyebb, majd egészen könnyű és szabad lett; fülzúgása mindkét fülében fennáll ugyan, de lényegesen gyengébb, csendesebb. A hallása ugyanolyan jó, mint 2

hónap előtt és lényegesen jobb, mint a pajzsmirigy-szerelésnek három első hónapjában.

K. H., 38 éves férfi jól fejlett belső szervei egészségesek; családjában nincs fülbaja senkinek. Azelőtt teljesen jól hallott, 8 év óta azonban hallása folytonosan gyengül és ezen időtől fogva időnként mindkét fülében fülzúgása van. Három év előtt vizsgálta a beteget először. A külhalljáratok elég tágak, a dobhártya mindkét oldalt kissé behúzódott, baloldalt a kalapács kissé hátrafelé húzódott, mindkét dobhártya különben elég szép. A hangvilla-lelet: Rinne mindkét oldalt negativ, Weber balra lateralizált. Hallásvizsgálat: suttogó szókat egyik fülön sem hallott, hangos szókat mindkét oldalt 10—15 centimeternyi távolságra. A levegő a baloldali tubán kissé vékonyan hatolt a dobüregbe, bougirozásra később elég széles áramban. Az orrban rhinitis hypertrophica, a garatban phar. granul. volt jelen, a mely szintén kezeltetett. Az idült száraz középfülhurutnál szokásban levő kezelés mellett csakis a 2%-os pilocarpin-oldatnak a tubán át a dobüregbe való befúvásától látott valami eredményt, a mennyiben a hallásképesség a converzáló szókat illetőleg 50—60 cm.-re emelkedett. A midőn tehát egy évi kezelés mellett nem tudott egyéb eredményt elérni, próbaként ajánlotta a betegnek a pajzsmirigy szedését, természetesen megfelelő óvintézkedések mellett. 1897. márczius 12-dikén vette be az első tablettát és vette április 12-dikéig, ezután április végéig szünetelt; majd egész májuson át vette junius 1—20-dikáig terjedő szünettel, innen kezdve ismét szedte julius 25-dikéig. A zúgás megszünt már a kezelés alatt, a hallás szintén javult, a mennyiben jobboldalt 3 meternyire, baloldalt 2½ meternyire hallott hangos szókat; suttogást jobboldat 1 meternyire, baloldalt 70 cm.-nyire hallott. A jó hallás azután körülbelül vagy 5 hónapig tartott a pajzsmirigy-szedés abbanhagyása után; ezután lassanként visszafejlődött a jó hallás csaknem az eredeti rossz hallásra. Egy újabb pajzsmirigyszedés-cyclus után a hallás ismét megjavult, és mint mult évi szeptemberben látta, a hallás változatlan jó volt.

Vámossy Zoltán, *Irsai*, *Vas*, *Gara* stb. behatóan foglalkoztak a pajzsmirigy therapeutikus hatásával és szerepével, de munkáikban a fülgyógyászatban való alkalmazásáról még nincs említés téve. *Vulpiusnak* feltünt, hogy myxoedemás nagyothalló betegek hallásképessége pusztán a pajzsmirigy használatára jelentékenyen javult; *Ewald*, *Apl*, *Bruck*, *Brühl*, *Politzer* stb. és bemutató is tettek a pajzsmirigygyel kisérleteket. A tapasztalt eredmények igen eltérők. A míg *Vulpius* igen dicséri, addig *Bruck* semmi eredményt sem látott tőle; míg bemutató 10 fülbeteg közül 2 száraz idült középfülhurutnál elég szép javulást észlelt, a kiknek a hallása jelentékenyen javult, a subjectiv tünetek nagymértékben enyhültek: 1 idült száraz középfülhurutos betegnél a hallás változatlan maradt, de a fülzúgás lényegesen csekélyebb és ritkábban jelentkezik, a fül és fej szabadabb, könnyebb, 7 betegnél pedig— 5 középfül-sclerosis, 2 idült száraz középfülhurut — semmiféle hatással nem volt. A pajzsmirigy hatása még ismeretlen: szintúgy a fülre nézve is. A fülre való hatását illetőleg többféle hypothesis van. Javulhat a hallás és enyhülhetnek a subjectiv fültünetek az által, hogy esetleg a dobüregben egy olyan folyamat következik be, melynek folytán a dobüregben az újonnan képződött kötőszöveti szálagok feszülése csökken és így a dobhártya feszülése is kisebb lesz, vagy hogy a megszaporodott körsejtek zsirosan szétesnek, felszivódnak. Előadó nézete szerint az oly gyakran a bántalomba bevont tömkelegre nagyobb hatással lehet a pajzsmirigy, mint a dobüregre. *Brühl* a szer jodtartalmának tulajdonit hatást vagy a pajzsmirigy és a fül közti functionalis összefüggést veszi fel; *Vulpius* szerint a súlyosabb középfülhurutokat megelőző újonnan képződött kötőszöveti szálagok felszivódása okozza a javulást. Ez okból — szerinte — tehát csakis a bántalom kezdetén lehet hatása a pajzsmirigy-kezelésnek. Ezen nézet azonban nem fogadható el, mert egyrészt már savós középfülhurut secretorius stadiumában is képződnek ily kötőszöveti hidak a dobüregben, más esetekben lappangva, előző középfülhurut nélkül, interstitialis lob léphet fel a dobüreg nyálkahártyáján, a melyben levő körsejtek egészben vagy részben átalakulnak rostos kötőszövetté, az alapállomány pedig vastagodik, zsugorodik, s a hallócsontok ankylosisa következhetik be. Ezen idült középfülfolyamatoknál kisérelnük meg a pajzsmirigy hatását. A pajzsmirigy-kezelésnek egyéb ismert kellemetlen mellékhatásán kivül a fülre nézve fokozott és igen heves fülzúgás jelentkezhetik, főként ha nagyobb adagokban rendelik. Bemutató 0·1 gm. *Merck*-féle tablettát vétet naponta egy hónapon át, ezután három heti szünet; újból egy havi, napjában 0·1 gm. tablettaszedéssel s ezután három heti szünettel, végre ismét egy havi ugyanilyen adagolással. A jó hatás némely esetben hosszabb idő mulva visszafejlődik, a mikor is ismételni kell a cyklust. Ily kisebb adagolás és óvatosság mellett előadó semmiféle kellemetlen melléktünetét a pajzsmirigykezelésnek nem tapasztalta. Azon esetekben, a melyekben a pajzsmirigy egyáltalán hatással van, már a két első hétben látunk némi, legalább a subjectiv tüneteket illető javulást. 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 bonczolása alkalmával azt találtam, hogy alig akad dobüreg újonnan képződött kötőszövet nélkül ép vagy kóros dobhártya mellett, ép vagy kóros dobüregnyákhártya mellett. Nem képzelheti el, hogy azon számtalan ember nagyot hallott volna, a kiknek a hallószervét felbonczolta, és a kiknek dobüregében különböző vastagságú, újonnan képződött kötőszöveti szálagok voltak. Sok öreg embert vizsgált életben a bécsi szegényházban, a kiknek halála után a legtöbb esetben újonnan képződött kötőszövetet látott a dobüregben, azon esetekben is, a mikor életben, a halál előtt a hallás jó volt. Vannak azonban esetek, a melyeknél oly sűrűn léptek fel a kötőszöveti szálagok az egyes dobüregfalak közt, a hallócsontok közt, egymásközt, a dobüregfalak, hallócsontok és dobhártya közt, hogy határozottan ezen kötőszöveti újképződményeket tekinthetjük a nagyothallás okának, mert a hallócsontocskákat, legfőkép a kengyelt a dobüregfalhoz rögzitik és igy hangvezetési akadályt képeznek.

Schwartz Ede: Amerikai és angol szerzőknek myxoedemás betegekre vonatkozó kórtörténeteiben levő feljegyzések már 1893-ban arra birták *Vulpiust*, hogy maga is kisérleteket tegyen a pajzsmirigygyel. Az illető szerzők ugyanis azt találták, hogy oly betegeknél, kiknél a hallás előbb rossz volt, a pajzsmirigygyel való kezelés után a hallás javulást mutatott. *Vulpius* a dobüregi chronikus catarrhus fogalma alatt ismert megbetegedési formáknál alkalmazva a thyreoidint, úgy találta, hogy a kezelés különösen az úgynevezett „hyperplastikus“ formáknál jár igen jó eredménynyel és különösen az elhizott egyéneknél. 1896-ban megjelent közleménye után szóló is azonnal megkezdte kisérleteit ez irányban és folytatta a legutóbbi időkig: azonban az eredmények teljesen megegyezőleg *Bruckéival* (ki mintegy 40 esetet észlelt) absolute roszszaknak mutatkoztak. Kisérletei közben természetesen nagy figyelmet fordított különösen a szív és vese részéről jelentkező tünetekre és az esetleges súlyveszteségre. Kérdi: fordított-e figyelmet erre bemutató? Mellékesen megjegyzi szóló, hogy bemutató említett eseteinek egyike legutóbb, a thyreoidin-kezelés 24-dik napján heveny genyes dobüreglobbal jelentkezett nála, mely két napi lázas állapot mellett öt napi tartam után a dobhártya lencsényi átfúródásával végződött. Ez esetet szóló már mintegy 2½ év előtt kezelte thyreoidinnal teljesen eredménytelenül, s a jelentkezett heveny dobűri lobot is a nélkül, hogy oki összefüggésbe hozná a thyreoidin-kezeléssel, csak egyszerűen felemliti. Bár fehérjét vagy más idegen alkotórészt a vizeletben nem talált, két betegénél a szív részéről jelentkező tünetek miatt a kezelést félbe kellett szakitani, másrészt három betegénél, kiknél az elhizottság nagyon is kivánatossá tette volna a súlyveszteséget, ez egyáltalán nem mutatkozott. Ez eredmények minden esetre ellentétben állanak *Brühl* és *Alt* kisérleti eredményeivel, kik közül az előbbi 21 betegénél kettőnél igen jó, négynél kielégitő eredményt kapott, nyolcznál hatás egyáltalán nem mutatkozott, míg nyolcz a kezelés alól kivonta magát.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(16. ülés 1898. deczember 6-dikán.)

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

Készitmények bemutatása a II. számú szülészeti és nőgyógyászati klinikáról. 1. Fibromyoma uteri multiplex a corpus carcinomájával combinálva.

Schwarz Hugó: A daganat 51 éves nőtől származik, ki háromszor rendesen szült; a gyermekágy lefolyása is mindannyiszor normalis volt. Két év óta volt tudomása arról, hogy daganata van, mely ez idő óta lassan, de állandóan növekedett. Egyedüli panaszát vérzések képezték, melyek részint menorrhagiák, részint metrorrhagiák képében jelentkeztek és őt szerfelett elgyengitették. Az utolsó hetekben bűzös folyás és gyakori lázak társultak bajához s ez utóbbiak birták őt arra, hogy a kórodára jöjjön be.

Vizsgálatnál azt találjuk, hogy a kissé tágult hasűrben egy közel a köldök magasságáig érő, tömött, kemény, többosztatú képlet tapintható, melynek felső részleteiben nagy diónyi, jobban promineáló részletek különböztethetők meg. Oldalirányban a daganat felsőbb részlete a bimbó-vonalakat éri el, míg a mélyben fekvő részletek csaknem a medenczefalakig terjednek. A kopogtatási hang az egész alhas felett tompa üres, a felső hasfél felett, valamint a lumbaltájakon dobos. Kombinált vizsgálatnál találjuk, hogy a portionak csak mellső ajka van meg félholdszerű redő alakjában; méhszáj ujjat befogad. A medenczébe magasan nyúlik fel s azt csaknem teljesen kitölti egy tömött kemény gömbszerű tumorrészlet, a mely a cervix hátsó falából indulva ki, kifejti azt s vele együtt a portio hátsó ajakát is. Baloldalon s hátul a medenczébe beékelt daganat teljesen eléri a medencze falakat, míg a jobb oldalon a tumor s medenczefal között egy ujjjal fel lehet hatolni. A daganatnak e segmentuma tehát egy *cervicalis*, subperitonealis elhelyezkedésű fibromyomgócz, míg a külső vizsgálatnál tapintott daganat segmentumok interstitialis, illetőleg subserosus fibromyomgóczoknak felelnek meg. Egy ideig észleljük a beteget, bűzös folyást, 38—39°-ig felmenő temperaturákat, időnkint profusabb vérzést constatálva nála. A lázat, tekintettel arra, hogy bűzös folyás van jelen s hogy egyéb azt magyarázó physikalis tünetek hiányoznak, intrauterin bomlásból eredő váladék felszivódásából magyarázzuk. Mindeme tünetek indicatiot adtak a műtéti beavatkozásra s ezért november 23-dikán laparotomiát végeztünk nála. A hasfalat a köldök alatt a középvonalban mintegy 8 cm. hosszúságban megnyitjuk. A daganat felső részéből kiinduló, részben subserosus gócz legfelső s kissé hátraeső polusán belek tapadnak szívós kötőszöveti álhártyák útján, melyeket óvatosan tompán megoldunk. Körültapintva a daganatot, azt tapasztaljuk, hogy a mintegy két ökölnyi cervicalis gócz — melyet mint olyant már külső vizsgálattal diagnostizáltunk volt — az egész daganatot a kis medenczébe ékeli és hogy az adhaesiokkal is fixált. Utóbbiak megoldása után megpróbáljuk a daganatot kiemelni, mi azonban éppen a kis medenczébe ékelődött volta miatt nem sikerül. Tágitjuk a has sebét felfelé a köldökig, lefelé a symphysisig. A kiemelés még mindig nem

sikerül. Most egy nagyobb intramuralis, de egy segmentumával subserusus gócz enucleatioját kisértjük meg térnyerés czéljából; azonban megfelelő rétegre nem akadván, ez sem vezetett eredményre, ezért a ligamentum latumoknak a daganat felső részének megfelelő részletét mindkét oldalt az uterushoz közel egy-egy klammerbe fogjuk, a szálagokat átmetszszük s a daganat felső részét amputáljuk. Most látjuk csak, hogy az amputatios felület legnagyobbrészt egészen lágy, málékony szövetből képezett s hogy egyes helyeken, disseminálton genycsapok bujnak elő, főleg a peripheriát képező tömöttebb összeállású szövetben, melyek — mint a később történt vizsgálatból kiderült — részint kis borsónyi abscessusoknak feleltek meg, részben pedig a tágult nyirkutakat injiciálták. Tehát ceteris paribus lymphangoitis tumoris volt jelen. Miután e genyes váladéktól kellő körültamponálás által a peritoneumot megvédtük, a cervicalis góczot tokhasítás után enucleáljuk.

Két út állott most előttünk a műtét befejezésére, ú. m. egy mélyebb amputatioval minden kórosat eltávolítva, a csonkot ellátni, vagy pedig totalexstirpálni. Minthogy az amputatios felület málékony szövete a malignitas gyanúját nagy mértékben idézte fel, az utóbbit végeztük és pedig, nehogy a heteken át vérző, elgyengült betegnél a műtét lefolyását nyújtsuk, nem alákötésekkel, hanem klammerekkel. E czélból a hólyag lepraeparálása után a hüvelybe vezetett ujjak vezetése mellett megnyitjuk a mellső, majd a hátsó hüvelyboltozatot, a nyilásokat tágítjuk s a hüvely felől jobb és baloldalt egy-egy hosszú klammert vezetünk fel a ligamentum latumokra s a daganatot eltávolítjuk. Az adnexumokat szintén egy-egy klammerrel látjuk el. A mellső hüvelyboltozat sebének tágítása közben megesett, hogy bár a hólyag kellőképen le volt választva, az mégis megsérült mintegy $1^1/_2$ cm. hosszúságban. A sebet tovafutó catgutvarrattal egyesítettük s felette egy második etageban a peritoneumot húztuk össze. Klammereket 45 óra mulva leszedtük. Semmi vérzés. Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát, csak hólyaghurutja van, mely ellen megfelelő kezelésben részesül.

A daganat multiplex fibromyoma, mely mellett a corpus carcinomája van jelen. A myomás daganatok combinatioja a corpus malignus elváltozásával épen nem mondható ritkának. Igy Martin A. 205 exstirpált uterusmyománál 9-szer akadt carcinomára, 6-szor sarcomára, tehát a fibromyoma mellett 7·3%-ban találta a corpus malignus elváltozását. Röhrig 570 fibromyománál 24 esetben akadt a corpus carcinomájára. Tekintettel a combinatio relativ gyakoriságára, igen fontos, hogy a hysteromyomektomiánál még a csonk ellátása előtt felmetszszük a daganatot s megnézzük, vajjon tartalmaz-e malignusnak látszó részeket, mert ez esetben — még ha a cervixet épnek látjuk is — totalexstirpatiot kell végeznünk. Az irodalomban található azon esetek, melyek a csonkból fejlődött malignus álképlet czimen képezték közlés tárgyát, csak kivételesen magyarázhatók úgy, hogy a malignus elváltozás már a csonkban fejlődött, mert ez esetekben a malignus elváltozás mindenek szerint már megvolt eredetileg a daganatban a nélkül, hogy azt a műtét alkalmával felismerték vagy látták volna. Erre figyelmeztet különösen Ehrendorfer.

A myomával combinált carcinomák histogenesisének tárgyalásánál több lehetőséggel kell számolnunk. E carcinomák ugyanis a nyálkahártya physiologikus alakelemeiből fejlődhetnek és pedig a fedőhámból vagy a mirigyhámból. Fejlődhetnek továbbá egy chronikus endometritis következtében lefűződött mirigyrészlet hámjából. Fejlődhetnek az ébrényi időből fenmaradt ú. n. Wolff-féle csövecskékből, a hasonló eredetű Gärtner-féle csövecskékből, mely utóbbiak a cervixben találhatók fel néha s végül a Müller-féle vezetéknek a nyákhártya fejlődése embryonalis idejében lerepesztett hámelemeiből. Az irodalomban található esetek két csoportba foglalhatók, még pedig *primaer* myocarcinomák és *secundaer* myocarcinomák. Az elsőkben a carcinoma a myomgóczok belsejében elsődlegesen keletkezett. Az utóbbiak azok, melyekben a carcinoma a nyákhártya epithelialis alakelemeiből keletkezett s innen terjedt át a myomára. A primaer myocarcinomák már a priori supponálni engedik, hogy a myomgóczokban epithelialis alakelem volt jelen, mert azon esetek, melyekben a carcinoma keletkezését a régi *Virchow*-féle tan értelmében úgy magyarázzák, hogy kötőszöveti sejtek változtak át ráksejtekké, minden modern, a daganatok histogenesiséről alkotott fogalommal homlokegyenest ellenkeznek; Virchow maga is megváltoztatta álláspontját és igy kritika tárgyát nem képezhetik. A myomgóczok epithelialis alakelemei embryonalis vagy postembryonalis eredetűek; az első esetben a *Wolff*-féle, a *Gärtner*-féle, vagy a *Müller*-féle vezeték származékaival állunk szemben, utóbbiban pedig endometritikus folyamat kapcsán lefűződött mirigyrészletekkel van dolgunk. A legtöbb szerző megegyező véleménye szerint a primaer myocarcinomák ily pathologikus folyamat által lefűződött mirigyrészletekből fejlődtek. Az embryonalis eredetű enclavekből fejlődött myocarcinomák a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Jelen esetben látjuk, hogy az uterus üregе mindenütt málékony tömeggel kibélelt, hogy e málékony tömegek főleg a jobboldalt és felül lévő intramuralis góczot infiltrálják. Nyákhártyáról szó sincsen. A tömegek leglágyabbak az üreggel határos részeken, a peripherikus részek elég kemények. A cervicalis csatorna makroskopice épnek látszik, egyedül a belső méhszáj táján, talán inkább valamivel fölötte látható a nyákhártyából kiemelkedő mogyorónyi, lágy, felfelé kihegyesedő malignus burjánzás, mely alatt az uterus szövete rendes consistentiájú. A beállított górcsövi metszeteken jól látszik, mint terjed a carcinoma a myomára, helyenként annak legperipherikusabb részleteit is infiltrálva. A carcinoma ez esetben tehát evidens módon a nyákhártyában keletkezett s innen terjedt át a myomára. Mint a metszeteken látható, adenocarcinomával van dolgunk. A beállított metszetek az uterus üregével szomszédos málékony szövetből készültek s az adenocarcinoma fejlődésének három stadiumát mutatják. Láthatók benne egysejtrétegű, kevéssé polymorph-sejtekből álló, mirigyet utánzó burjánzások, melyeket *Ruge* és *Veit*, *Gebhard*, *Winter* s mások adenoma malignum elnevezéssel ruháztak fel, mint külön carcinoma-typust; láthatók több sejtrétegű, polymorph-sejtekből álló adenocarcinomás burjánzások, végül solid carcinoma-tömegek, mely utóbbiak sejtjei sokkal halványabban festődnek a többiekéinél; számos óriás-sejtet tartalmaznak és ezenkivül nagy számmal láthatók azokban az ismert inclusiok legváltozatosabb alakjai. Jól demonstrálható, mint lesznek az adenoma malignum minden jellegével biró, kevéssé polymorph-sejtekből álló és egysejtrétegű burjánzások többsejtrétegűekké, mint válnak a sejtek polymorphokká, valamint az is jól látható, mint veszti el az adenocarcinoma a glandularis jelleget az által, hogy a burjánzások nagyobb excessivitása folytán soliddá válik.

2. Sarcoma alveolare makro-, partim giganticellulare.

Schwarz Hugó: 19 éves 0 P.-tól származó daganat, melynek növekedését a beteg 6 hónap óta észleli. Vizsgálatnál az igen nagy fokban tágult hasban egy 3 emberfejnyi, tömött, nagy feszülés alatt álló rugalmas képletet tapintunk, mely a rekeszt magasan felnyomja. E miatt a nagy fokban depascált, cachectica betegnek tetemes légzési nehézségei voltak. 1898. november 12-dikén laparotomia. Hasmetszés a köldök alatt a középvonalban. Peritoneum a daganattal szélesen összenőtt, mi miatt a peritonealis űrt itt meg nem nyithatjuk. Második metszés a köldök felett. A daganat kúpja bár sima, de szélesen összenőtt az intestinákkal és a csepleszszel. Adhaesiok megoldása után elég tetemes vérzés. A mélybe tapintva, kezünk málékony tömegek közé jut, melyek az egész medenczét elárasztják s az összes genitaliákat az intestinákkal egy közös conglomeratummá olvasztják össze. Most már tisztában voltunk azzal, hogy itt radicalis műtétről szó sem lehet; mindazonáltal, hogy betegnek legalább némi megkönnyebbülést szerezzünk, annyit, a mennyit lehet, eltávolítunk. A rendkivül dúsan edényzett daganat visszahagyott részeiből egyrészt, másrészt az adhaesiok megoldása által ejtett sebekből elég tetemes vérzés indul meg, melyet alákötésekkel csak részben sikerül csillapítani. Egyrészt a relativ nagy vérvesztés, másrészt a tetemes trauma következtében — hiszen a parietalis peritoneum nagy része le volt csupaszítva — beteg collabál. Moschus-injectiok, hypodermoclysissel nagy nehezen sikerül csak a szivműködést fentartani, sietve összehúzzuk a hassebet s azzal az érzéssel viszszük ágyba betegünket, hogy a legrövidebb idő alatt be fog következni az exitus. Azonban hypodermoclysis ismételt alkalmazására, excitantiák adagolása mellett feltünően javul a szivműködés; műtét után a negyedik napon közérzete jó, a szivlökések száma, mely eddig 130—150 között ingadozott, leszáll, a közérzet feltünően javul és műtét után való 19-dik napon betegünk azzal az érzéssel távozik a kórodáról, hogy ő meggyógyult. Már a 14-dik napon terjedelmes resistentia jelezte a recidivát s teljes tudatában vagyunk annak, hogy e symptomatikus therapiával nem értünk el többet, mint a mennyit például ascitesnél a folyadék lecsapolásával elérni lehet.

Tetemes nagyságán és gyors fejlődésén kivül főleg mikroskopikus szerkezete miatt érdekes. A mint a beállított készitményeken látható, exquisit alveolaris szerkezetű daganattal van dolgunk. Ismeretes, hogy sok szerző az alveolaris szerkezetű daganatokat tisztán ezen morphologiai sajátosság alapján a carcinomához sorolja. Morphologiai sajátosság azonban a daganatok osztályozásánál sohasem tekinthető czélszerűen criteriumnak. Itt csak histogenetikus szempontok dönthetnek. Jelen esetben igen szépen látható erős nagyitásnál, mint változnak át a stroma sejtjei daganatsejtekké; helyenként az átmeneti alakok lánczolata is jól kivehető. Immersioval megvizsgálva a metszeteket látjuk továbbá, hogy a sejtfészkek sejtjei közé finom kis fibrillák nyúlnak be, mindannyi momentum, mely a daganatnak kötőszövetből való származását minden kétségen kivül helyezi. Nagyon sok helyen találkozunk degeneratiókkal. A véredényeken az a jellegző, hogy még az aránylag tágabb kaliberűek falzatát is csaknem tisztán az intima képezi. A sejtek nagyok, igen nagy fokban polymorphok; sok maggal biró óriás sejtek nagy számmal találhatók. A medullaris tömegek a belső genitaliákat közös nagy conglomeratummá olvasztották össze, úgy hogy nem dönthető el, miből indult ki a daganat; mindenek szerint valamelyik ovariumból.

3. Fibroma ovarii multicellulare.

Schwarz Hugó: A 38 éves multipara-tól származó kis emberfejnyi daganat a jobb ovarium lateralis részéből fejlődött; medialis részén két lúdtojásnyi vékonyfalú cysta látható, üvegtiszta híg bennékkel, melyek Graaf-féle tüszők hydropsának felelnek meg. Górcső alatt feltünik a daganatnak sejtekben dús volta. A sejtdús fibromákat sokan fibrosarcomának nevezik s a két daganat-typus között való átmeneti alakokat értik alatta. Mások ez elnevezést oly daganatok számára tartják fenn, melyek a fibroma és sarcoma combinált alakjait képviselik. E két fogalomnak egy közös névvel való illetése sok zavart okozhat, mert legyen bár a fibroma bármily sejtdús, az histologice mindig jóindulatú, mig a fibroma és sarcoma combinált daganatai a sarcomás részletek elenyésző volta mellett is a malignitás minden jellegével birnak a consequentiák összes lehetőségével. A daganat laparotomia útján nyeretett. Hátsó felülete a Douglasban fixált volt; az adhaesiók megoldása után sima műtét.

4. Sarcoma ovarii fusocellulare.

Schwarcz Hugó: A 32 éves multiparától származó emberfejnyi, karélyozott, medullaris consistentiával biró daganat a jobb ovariumból

fejlődött. Laparotomia. 14 liter ascites folyadék ürül. A daganat az uterus jobb sarkával 2 ujnyi hüsos kocsánnyal függött össze, melyet alákötve, peritoneummal boritva elsülyesztettünk. Minthogy a medullaris consistentia és az ascites malignitás mellett szólt, a kissé megnagyobbodott bal ovariumot is eltávolitottuk. A daganat medialis részén borsónyi cysta volt. E részletet górcsövileg vizsgálva bebizonyult, hogy az Graaf-féle tüszőnek felel meg s hogy környékén körülbelül 1½ cm. széles s 1 cm. mély területen egészen ép ovarialis szövet van. A daganat tehát — mely sarcoma fusocellularenak felel meg — nagy terimeje daczára az ovarium egy részét nem tangálta. Ennek, valamint annak daczára, hogy a másik oldali ovariumot górcsövi vizsgálat alapján épnek találtuk az uterus rendes mekkorasága mellett, beteg 1½ év óta nem menstruált. A daganat fejlődését beteg 4 hónapon át észlelte.

Császármetszés septikus szülőnőnél.

Doktor Sándor: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöltük.)

Tóth István: A bemutatott esetben a beavatkozás nem a sepsis miatt történt — a mint a czimből következtette —, hanem az indicatiot daganat képezte.

A méhnek in situ megnyitására nézve megjegyzi, hogy igaz ugyan, hogy a méh teljes kigörditésével sem tudjuk egészen biztosan kikerülni a hasüreg fertőzését, de azért a méh kigörditése és a hasüreg ideiglenes zárása által a veszély a minimumra reducálható. A II. szülő- és nőbetegklinikán mindig ilyen módon járnak el.

A másik kérdés a csonk ellátásának kérdése. Ma már nem kell a csonk visszahagyásától félni, mert annak szétesését megakadályozhatjuk és a vérzéscsillapitás is tökéletes. A hol azonban a méhüreg nem tiszta, ott tapasztalataik szerint jobb a totalexstirpatiot végezni. Doktor szerint a septikus méh a carcinomatosushoz hasonlitható. De épen ráknál szükséges a méh teljes kiirtása, vagy legalább a csonknak a hasüregből való kizárása. A II. szülő- és nőbeteg-klinikán lázas szülőnőnél mindig vagy totalexstirpatiot végeznek, vagy ha ez nem lehetséges, a csonkot a hasüregből kizárják és a hasfalhoz rögzitik.

A statistika ezen kérdésben nem bizonyit; az eredmény nemcsak az alkalmazott eljárástól függ, hanem a sepsis fokától is, a mit pedig előre meghatározni nem lehet.

Tauffer Vilmos: Minthogy a sepsis fokát sohasem tudjuk előre meghatározni és minthogy néha legrosszabb infectio után is a méhüreg kitisztitása után láztalan a gyermekágy, indokolt a totalexstirpatio, annál is inkább, minthogy manapság technikai nehézségek egy esetben sem tartanak attól vissza. Doktor a statistika alapján nem tulajdonit jelentőséget a magzatvizzel való szenyezésnek. Ha sepsis van jelen, nem közömbös a magzatviznek a hasűrbe való jutása, ép ezért meg kell azt akadályozni. Ez a műtétet nem nehezíti meg lényegesen: még feltéve, hogy a hüvelyen át nem bocsátjuk ki a magzatvizet, kiüríthetjük punctioval, a mely után a méh lényegesen megkisebbedik. De ha ez nem is történik, úgy állunk vele szemben, mint egy myomával. A méhet a has elé görditeni normalis viszonyok mellett nem nehéz. Igen előnyösen alkalmazták az ilyen operatioknál a szorító csipőket.

Nézete szerint — bár ez irányban tapasztalatai nincsenek — a septikusan megbetegedett gyermekágyas méh kiirtása nem adhat jó eredményt.

Doktor Sándor: A magzatviznek a hasűrbe való jutását szintén veszélyesnek tartja, de azt hiszi, hogy a beömlést elkerülni könnyű. Úgy látszik, hogy ez eddig sikerült is, mert egy esetben sem következett be fulminans sepsis. Kis hasseb mellett ez azonban sokkal könnyebben érhető el, mert a seb széle feszesen ráilleszkedik a méhre.

A csonk ellátását illetőleg ő is legjobbnak tartja a totalexstirpatiot; ha pedig Porrot végzünk, akkor — véleménye szerint — jobb a csonk intraperitonealis ellátása, mert ha a friss sebek jól vannak boritva peritoneummal, nincs alkalom a tasakképződésre és igy igen jól gyógyulnak ezen esetek. A hassebbe rögzitett csonk gyógyulása genyedés, bomlás által késleltethetik.

Braun egy esetében az extraperitonealis csonk körül genyedés lépett fel és a nő metastatikus pneumonia folytán halt el; a méh teljesen ép volt.

Neumann Siegfried: „Dermoidcysta egy számfeletti petefészekben a falzat rosszindulatú elfajulásával" czimen előadást tart.

PÁLYÁZATOK.

9925/1899 sz.

A Budapesti kerületi betegsegélyző pénztár a f. é. julius hó 9-én és 23-án hozott határozatok alapján a már régebben állandó fizetéssel javadalmazott 30 orvosi állás fenntartása mellett ezennel pályázatot hirdet további 37 kezelő orvosi és 4 szülészszakorvosi állásra.

Pályázhatnak okleveles orvostudorok és sebészek, illetve szülészszakorvosok legalább három évi gyakorlattal.

A pályázati beadványnak tartalmaznia kell:

1. Az oklevél keltét és kiállitásának helyét.
2. Az esetleges kórházi, illetve kórodai gyakorlat kimutatását.
3. Annak felemlitését, hogy a pályázó más pénztárnak vagy egyesületnek orvosa-e vagy sem.
4. Annak kijelentését, hogy a pályázó a pályázatban **az illető állás számára kijelölt fővárosi, illetve újpesti területen belül**, lehetőleg annak valamely főközlekedési vonalán **fog legkésőbb f. évi november 1-jéig lakást venni** s
5. annak határozott igéretét, hogy a pályázó a pénztár hivatalos helyiségében betekinthető szolgálati szerződést magára nézve kötelezőnek elfogadja, illetve megválasztása esetén alá fogja irni.

Az állások a következők:

1. **Lakóhely: I. ker.** A Vár területén. Díjazás 400 frt.
2. **Lakóhely: I. ker.** A Retek- és Várfok-utcza, a Lovas-út, a Gránitlépcső, a Mikó- és Krisztina-utcza, az Enyedi-út, a Kékgolyó- és Varosmajor-u. között. Díjazás 400 frt.
3. **Lakóhely: II. ker.** A Batthyány-, Fazekas-, Horvát-, Zárda-, Margit-Török-, Zsigmond-utcza, a Császárfürdő és a rakpart között. Díjazás 500 frt.
4. **Lakóhely: II. ker.** A Batthyány-, Fazekas-, Horvát-, Zárda-, Zivatar-, Bimbó-, Oszlop-, Rét-, Nagy Rókus- és az Ostrom-utcza között. Díjazás 720 frt.
5. **Lakóhely: II. ker.** A Retek-, Várfok-, Batthyány-, Ostrom-, Nagy Rókus-, külső Kis Rókus-utcza és a lövölde között Díjazás 400 frt.
6. **Lakóhely: III. ker.** A Császárfürdő, az Óbudai rakpart, a Határ-, Kecske-utcza, az Ujlaki- és Holtzspach-féle téglagyár, a Karmelita-, Lelkész- és Domonkos-utcza, az Ürömi-út és a Zsigmond utcza között. Díjazás 500 frt.
7. **Lakóhely: III. ker.** A Templom-, Kis-Czelli-utcza, a Bécsi-út, a Filatóri védgát, a Matróz-utcza, és az Óbudai rakpart közötti része. (Margitszigeti betegek kezelésével.) Díjazás 600 frt.
8. **Lakóhely: IV. ker.** Belváros. Díjazás 400 frt.
9. **Lakóhely: V. ker.** A Rakpart, Deák Ferencz-utcza, Váczi- és Arany János-utcza között. Díjazás 400 frt.
10. **Lakóhely: V. ker.** A Rakpart, Szalay-, Koháry-, Markó-utcza, Váczi- és Lipót-körút között. Díjazás 500 frt.
11. **Lakóhely: V. ker.** A Felső-rakpart, Lipót-körút, Visegrádi- és Dráva-utcza között. Díjazás 500 frt.
12. **Lakóhely: VI. ker.** A Király- és Gyár-utcza, az Andrássy-út, Váczi-körút és a Deák Ferencz-tér között. Díjazás 400 frt.
13. **Lakóhely: VI. ker.** A Podmaniczky-, Csengery-, Aradi- és Szív-utcza között. Díjazás 720 frt.
14. **Lakóhely: VI. ker.** Az Aradi-, Szív-, Király- és Csengery-utcza között. Díjazás 600 frt.
15. **Lakóhely: VI. ker.** A Podmaniczky- és Bajza-utcza, a Városligeti fasor és a Hungária-út között. Díjazás 400 frt.
16. **Lakóhely: VI. ker.** A Lehel-utcza, Hungária- és Fóti-út, a Csángó-utcza, a Váczi-út és a Ferdinánd-tér között. Díjazás 720 frt.
17. **Lakóhely: VI. ker.** A Váczi- és a Palotai-út, a Figyelő-utcza, a Hungária- és Fóti-út és a Csángó-utcza között. Díjazás 840 frt.
18. **Lakóhely: VII. ker.** A Király- és Kazinczy-utcza, a Kerepesi-út és a Károly-körút között. Díjazás 600 frt.
19. **Lakóhely: VII. ker.** A Király- és Akáczfa-utcza, a Kerepesi-út és a Kazinczy-utcza között. Díjazás 720 frt.
20. és 21. **Lakóhely VII. ker.** A Kerepesi-út, a Rottenbiller- Wesselényi- és Hársfa-utczák között. Díjazás 600—600 frt.
22. **Lakóhely: VII. ker.** A Városligeti fasor, az Aréna-út, az Elemér-, Bethlen-, Dembinszky- és Rottenbiller-utcza között. Díjazás 500 frt.
23. **Lakóhely: VII. ker.** Az Aréna-út, a Verseny-, Hernád-, és Elemér-utcza között. Díjazás 600 frt.
24. **Lakókely: VIII. ker.** A Kerepesi-út, Rökk Szilárd-, Főh. Sándor-utcza és a Múzeum-körút között. Díjazás 500 frt.
25. **Lakóhely: VIII. ker.** A Muzeum-körút, Főh. Sándor-, Rökk Szilárd-utcza, József-körút és Üllői-út között. Díjazás 720 frt.
26. **Lakóhely: VIII. ker.** A Kerepesi-út, a Csokonay-, Vig-, József-, Erdélyi-, Népszinház- és Aggteleki-utcza között. Díjazás 500 frt.
27. **Lakóhely: VIII. ker.** Az Aggteleki-, Népszinház-utcza, a Teleki-tér, a Köztemető- és Kerepesi-út között. Díjazás 840 frt.
28. **Lakóhely: VIII. ker.** A Teleki-tér, Erdélyi-, József-, Ör- és Baross-utcza, a Kálvária-tér és a Köztemető-út között. Díjazás 720 frt.
29. **Lakóhely: VIII. ker.** A Baross-, Illés- és Ludoviczeum-utcza, az Üllői-út, a Nagy- és Kis-templom-utcza, a Mária Terézia-tér és a Baross-utcza között. Díjazás 840 frt.
30. **Lakóhely: VIII. ker.** A Kerepesi-, Köztemető- és Kőbányai-út között. Díjazás 400 frt.
31. **Lakóhely: IX. ker.** A Vámház-körút, az Üllői-út, a Kinizsy-, Lónyay-, és Kapisztrán-utcza és a Csepel-rakpart között. Díjazás 500 frt.
32. **Lakóhely: IX. ker.** A Márton-, Ranolder-, Bokréta-, Ipar- és Soroksári-utcza és a Ferenczvárosi védgát között. Díjazás 720 frt.
33. **Lakóhely: IX. ker.** A Márton-utcza, az Üllői-út és a Ferenczvárosi védgát között Díjazás 500 frt.
34. **Lakóhely: X. ker.** Tisztviselő-telep. Díjazás 400 frt.
35. **Lakóhely: Újpest.** A József-, István-, Mező-, Attila-, Rákóczy-utcza és a Duna között. Díjazás 720 frt.
36. **Lakóhely: Újpest.** Az Árpád-út, István- és Vasút-utcza között. Díjazás 500 frt.
37. **Lakóhely: Újpest.** Az Árpád-út, Istvántelek, Gyáli-tó, a Temető- és az István-utcza között. Díjazás 400 frt.
38. **Szülészszakorvosi állás; lakóhely a Duna jobb partján.** Díjazás 300 frt.
39. **Szülészszakorvosi állás; lakóhely a Duna bal partján,** a nagy körúton belül. Díjazás 300 frt.
40. **Szülészszakorvosi állás; lakóhely a Duna bal partján,** a nagy körúton kivül, a Kerepesi-úttól éjszakra. Díjazás 300 frt.
41. **Szülészszakorvosi állás; lakóhely a Duna bal partján,** a nagy körúton kivül, a Kerepesi-úttól délre. Díjazás 300 frt.

A megválasztott orvosok kötelesek napouta, a meghatározott időben a náluk megjelenő járó betegeknek rendelni és a fekvő betegeket meghivásra nemcsak azon közigazgatási kerületben, melyben laknak, hanem bárhol a főváros, illetve Újpest területén kezelni; távolabbra való meghivás esetén azonban kocsiköltségük megtérítését igényelhetik. Az igazgatóság a fent felsorolt állandó tiszteletdijakon felül több ezer frtnyi összeget irányozott elő oly czélból, hogy a nagyobb mérvben igénybe vett orvosokat az év végén tevékenységük arányában külön jutalmazhassa.

A pénztár anyagi helyzetének alakulásához képest korpótlék, illetve fokozatos előléptetés van tervbe véve. Onként értetik, hogy a teendők jelentékeny változása esetében a tiszteletdij is időszakonként újból fog szabályoztatni.

A pályázati beadványok bélyegtelenül **f. é. szeptember hó 2-áig** bezárólag a pénztár igazgatóságánál (Koháry-u. 4.) nyujtandók be.

A választások f. é. szeptember második felében ejtetnek meg, az új állások f. é. október 1-jén foglalandók el.

A jelölésnél a pénztár eddigi kezelő orvosai egyenlő körülmények közt előnyben részesülnek. Részletesebb felvilágositással a pénztár irodája (Koháry-u. 4. sz.) szolgál a rendes hivatalos órákban: d. e. 8 órától d. u. 2½ óráig.

Budapest, 1899. évi augusztus 20-dikán.

Az elnökség.

Negyvenharmadik évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1899. augusztus 27.*

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

Hültl Hümér: Közlemény a szt. Rókus-kórház II sebészeti osztályáról (főorvos: Navratil Imre dr. nyilv. rend. egyetemi tanár). A pajzsmirigy bujakóros megbetegedéséről. 417. l.

Aujeszky Aladár. Közlemény a budapesti egyetem ált. kór- és gyógytani intézetéből. A házinyulak lépemulsio-injectiokkal előidézett anthrax-immunitásáról és a normalis szervrészekkel való immunizálásról 419. l.

Róna D. Dezső: Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyet. I. sz. kórbonctani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal egyet. tanár.) Adatok a mellékvesék syphilises és gümős elfajulásának kérdéséhez. 421. l.

Filep Gyula: Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról. A sebészeti klinika működése 1896 és 1897-ben. 423. l.

Tárcza. *Nékám:* Orvosok élete Angliában. 324. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Josef* von *Körösy:* Zur internationalen Nomenclatur der Todesursachen. 424. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete. — Nemzetközi konferenczia a syphilis prophylaxisa tárgyában. — A gyermekvédelmi kiállitás. — Új katona-kórház. — Iskolaorvosi tanfolyam. — Figyelmeztetés. — Jendrássik Ernő. — Lakásváltoztatás. — Hazai fürdők személyforgalma. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 425. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-kórház II. sebészi osztályáról (főorvos: Navratil Imre dr. nyilv. rendes egyetemi tanár.)

A pajzsmirigy bujakóros megbetegedéséről.

Irta: *Hültl Hümér* dr. szaksegéd.

A pajzsmirigy bujakóros megbetegedése csak a legutóbbi években lett felismerve és kóresetek szórványosan közölve. *Virchow* munkájában a thyreoidea syphiliséről még nincsen említés téve, *Ziegler* csak azt mondja, hogy „Gummiknoten der Schilddrüse sind sehr selten". *Orth* ezen kérdésről a következőkben nyilatkozik: Über gummöse Neubildungen der Schilddrüse ist nur soviel bekannt, dass sie vorkommen, aber sehr selten sind".

A pajzsmirigy luese tehát mindezek szerint egy felette ritka megbetegedés, úgy, hogy egyes esetek leirása szükséges. Annyival is inkább fontos a közlés, mert a diagnosis helyes felállítása a betegre nézve nagy jelentőségü. Mint alább látni fogjuk, a helytelen diagnosis miatt (struma maligna) *Küttner* két esetében feleslegesen lett a beteg a strumectomia veszélyének kitéve, *Köhler* esetében a helyes kórisme alapján a beteg a myxoedemából ki lett gyógyitva, esetünkben pedig szintén csak később részesült a beteg a neki megfelelő kezelésben.

A mennyire ismereteink e tárgyról megengedik, az észlelt eseteket két csoportba lehet beosztani és igy két kórformát felállítani.

I. Heveny syphilishez csatlakozó pajzsmirigymegnagyobbodás (thyreoiditis parenchymatosa syphilitica). Engel-Reimers[1] 1891-ben azt állitotta, hogy a pajzsmirigy megnagyobbodása a syphilis korai időszakában meglehetősen gyakran, körülbelül az esetek felében előfordul és pedig nőknél valamivel gyakrabban, mint férfiaknál. Néha már messziről látható struma képződött, többnyire azonban a mirigynek csak oldallebenyei nagyobbodtak meg, míg középső része a folyamatban nem vett részt. A duzzanat mindig puha volt és teljesen fájdalmatlan, úgy hogy a betegek sokszor nem is vették észre. Vagy a második incubatios szak alatt vagy az első constitutionalis tünetekkel szokott fellépni. Úgy látszik, hogy az antiluetikus kezelés nem befolyásolja, hanem csak lassan, néhány év alatt fejlődik vissza. A betegség későbbi kiújulásainál nem nagyobbodik meg ismét. *Engel-Reimers* lehetségesnek tartja, hogy a pajzsmirigy ezen megbetegedése ritka esetekben súlyos zavarokra, esetleg myxoedemára adhat okot.

Neumann[2] *Engel-Reimers* fejtegetéseire megjegyzi, hogy mivel ezen észleletek egészen egyedül állanak, a kérdés eldöntéséhez még további kutatásokra van szükség.

Az *Engel-Reimers*-től leirt megbetegedéstől a Mauriac[3] által közölt eset annyiban tér el, hogy a daganat hamar visszafejlődött. Egyébiránt ezen esetben a struma a korai lues alatt általános adenitis kiséretében jelentkezett egy 30 éves fiatal embernél, ki gyermekkorában scrophulotikus volt. Hasonló esetet észlelt, mint szíves szóbeli közlésből tudom, *Justus* dr. is egy fiatal orvoson. A heveny lues tünetek alatt keletkezett gyermeköklönyi pajzsmirigy daganat higany-bedörzsölésre szépen visszafejlődött.

Mindezen esetekben a pajzsmirigy diffus megnagyobbodásáról van szó. Okul heveny parenchymatosus gyuladást lehet felvennünk, melyet, mint tudjuk, egyéb zsigerekben (máj, vese stb.) szintén előidézhet korai syphilis. Mennél idősebb a betegség, annál inkább kizárólag a kötőszövetre és az edényfalakra szorítkozik hatása és káros befolyásának a parenchymára gyakorolt nyomás következtében amyloid degeneratio által ad kifejezést. (*Engel-Reimers*[4].)

II. A második csoportot képezik azon esetek, hol harmadlagos tünetek kiséretében vagy veleszületett bujakórnál mutatkoztak syphilitikus elváltozások a pajzsmirigyben. A megbetegedés jellege szerint megint két alakot különböztetünk meg, tudniillik *a pajzsmirigy interstitialis szövetének bujakóros lobját* és a *pajzsmirigy mézgadaganatát*, melyek azonban egymástól élesen el nem választhatók.

1. Thyreoiditis interstitialis syphilitica.

Diffus pajzsmirigymegnagyobbodást régi luesnél, mint *Neumann* említi, már *Lancereaux* és *Mauriac* leirtak. Ide vonatkozó kórtörténettel közölt eset csak kettő van az irodalomban, tudniillik *Köhler* esete, hol a pajzsmirigy syphilise myxoedemát okozott és *Küttner* „struma syphilitica"-ja.

Köhler[5] a következőkről értesit: Egy 48 éves asszonynál myxoedema atrophicum *(W. Gull)* mutatkozott. Miután a betegnél

[1] *Engel-Reimers*, Ueber Schilddrüsenschwellung in der Frühperiode der Syphilis. Jahrbuch der Hamburgischen Staatskrankenanstalten, Jahrgang 1891/92. Bnd. III. Ref. Cblt für die med. Wissenschaft 1895, 95. l.

[2] *Neumann*, Syphilis. 1896. (*Nothnagel* Specielle Pathologie und Therapie.) 817. lap.

[3] *Mauriac*, Syphilis primitive et syphilis secondaire. 1890, 474. l.

[4] Monatshefte für praktische Derm. 1892, XV. k. 477. l.

[5] *Köhler:* Myxoedem auf Syphilis beruhend. Berlin. klin. Wochenschrift. 1892, 30. sz.

műtét a pajzsmirigyen nem végeztetett, a myxoedema operativumot ki lehetett zárni. A pajzsmirigy tapintása nehéz volt, mert a nyak egész mellső részén a bőr deszkakeménységre be volt szűrődve és alatta hegeket és heges kötegeket lehetett érezni. Nem volt valószinű, hogy egyedül a hegek nyomása okozta a pajzsmirigy működésének kiesését. A bal sternoclavicularis izület felett egy a fejbiczczentő izomig hatoló, szennyes színü, alávájt szélü fekély volt látható, mely úgy nézett ki, mint egy szétesett gumma. A nyak felső részén a nyelvcsont magasságában egy tyúktojásnyi porczkemény daganat volt érezhető, piros, vizenyősen beszürődött bőrtől fedve. A daganatba bemetszve kiderült, hogy az részint szürke, részint sárgás tömött rostkötegekből áll. Ez adta a gyanút, hogy itt lues esete forog fenn, miért is antisyphilitikus gyógymód vezettetett be, mire a fekély meggyógyult, a daganat és a heges kötegek eltüntek, a pajzsmirigy újból tapinthatóvá lett, a myxoedema pedig eltünt. Utóbbi eredmény jodkaliumra csakis úgy magyarázható, ha felveszszük, hogy ebben az esetben a thyreoidea interstitialis szövetének syphilitikus megbetegedése volt jelen.

Küttner[6] a német sebészek 27-dik congressusán egy 27 éves férfit mutatott be, ki néhány év előtt syphilissel fertőzte magát. A kezdetben kicsiny struma az utóbbi időben rohamosan nőtt, úgy hogy fuladási tüneteket okozott. A nyak jobb oldalán volt egy ökölnyi, igen kemény, látszólag rossz indulatú golyva, mely részben a szegycsont mögött feküdt, a légcsövet erősen balra kihelyezte és recurrens hűdést okozott. A mütét igen nehéz volt, a daganat a fedő izomzattal egy tömött tömeget képezett, melynek eltávolítása lehetetlennek bizonyult. Feltünő volt a golyvát környező szövet szalonnás küleme. A súlyos légszomj miatt légcsőmetszés végeztetett. A górcsői vizsgálat alapján ki lehetett zárni a rosszindulatú elfajulást, tehát a mütét után jodkalium adagoltatott, mire 3 hét alatt az azelőtt ökölnyi daganat eltünt.

2. Gumma glandulae thyreoideae.

Demme[7] szerint veleszületett, hereditaer syphilitikus megbetegedésnél ritka esetekben és pedig csakis olyan gyermekeknél, kiknél a zsigerekben is kimutathatók egyéb syphilitikus elváltozások, a pajzsmirigyben is találhatók gumma-góczok. Két ilyen esetben, melyeket *Demme* észlelhetett, egyidejüleg a májban beszürődött bujakóros góczok és interstitialis syphilitikus májlob állott fenn. Egy harmadik esetben a májban és a lépben gummás csomók voltak kimutathatók. *Hochsinger*[8] *Demme* egyik esetét nem tartja kifogástalannak. *Demme* szerint ugyanis gummás infiltratio alapján bronchopneumonia forgott fenn. *Hochsinger* hajlandó felvenni, hogy a tüdőlob ép úgy, mint a pajzsmirigyelváltozás tuberculosistól volt feltételezve.

Demme egyébiránt még egy negyedik esetet is közölt,[9] melynél a pajzsmirigy gummás megbetegedéséhez Basedow-kór járult. A gyermeknél születése óta voltak luesjelek (kiütés, könyök- és térdlob, dactylitis syphilitica, később a bántalom körébe be lett vonva a kulcscsont, crista tibiae, homlok- és nyakszirtcsont). A 6-dik életévben a bal here és mellékvese beszürődött, ugyanekkor hirtelen tyúktojásnyira nagyobbodott a pajzsmirigy is. A golyva csomós volt, tömött és különösen a jobb oldalon erősen kifejlődve. Basedow-kór tünetei és amyloid elfajulás jelei között következett be a halál. Boncolatnál többek között a golyvát részint tömött rostos csomókból, részint számos kicsiny kocsonyás mézgadagból állónak találta.

Demme szerint a pajzsmirigy mézgadaganatai mint köles, egész borsómekkorságú csomók mutatkoznak, szürkés-vörösek vagy szürkés-sárgák, élesen határoltak és ép úgy, mint a rákos vagy gümös csomói ezen szervnek, többnyire golyvához társulnak.

Végül még felemlítendő, hogy *Birch-Hirschfeld*[10] egy esetben számos gummás góczot talált egy újszülött pajzsmirigyében, thymusában, tüdő, máj és pancreasában, *Dubois*[11] pedig sajátságos elváltozást látott a pajzsmirigyben oly gyermekeknél, kik luetikus szülőktől származtak és maguk is syphilis jeleit viselték. A pajzsmirigyben kis diónyi beszüremkedések és szétszórt tályogok voltak.

Szerzett bujakórnál észlelt mézgadagot a pajzsmirigyben *Navratil*.[12] 34 éves nő, ökölmekkoraságú, fájdalmatlan, tömött tapintatú strumával, mely a környező szövettel erősen összekapaszkodott és a gégét balfelé helyezte ki. Nagyfokú dyspnoë és nyelési nehézségek, részint mert a daganat a garatra is beterjedt, részint mert a légcső össze van nyomva. Belsőleg jodkalium adagoltatott, a daganatba pedig naponta 1·0 gr. jodtinctura lett befecskendezve, mire az három hónap alatt felére megkisebbedett. A javulás összesen 5 hónapig tartott, mikor a vizeletben fehérnye mutatkozott és nemsokára hydropikus jelenségek léptek fel, először megdagadtak a lábak, majd a has, később a törzs és arcz is. Minden szer hatástalan maradt, úgy, hogy a beteg három hónap után elhalt. A bonczolat ökölmekkoraságú syphilomát mutatott ki a jobb pajzsmirigylebenyben és a környező izomkörüli kötőszövetben. Syphilitikus hegek voltak a nyelőcső felső részében és a vagina hátsó falában, jobb vese atrophikus, baloldalt interstitialis nephritis. Általános hydrops.

A *Fränkl E.*-töl[13] közölt esetben a 41 éves nőbeteg csúcshurut kórismével kezeltetett. A bonczolat a zsigerek és különösen a légcső syphilisén kivül még a pajzsmirigyre vonatkozólag következőket derítette ki: a pajzsmirigy nincs megnagyobbodva; széles isthmusának átmeneténél a jobb lebenybe a pajzsmirigy szövete 2·5 cm. széles, 2 cm. magas és 1 cm. vastag helyen lényegesen eltér a normalistól, a mennyiben szürkés-sárga tömeggé alakult át, mely éles határ nélkül megy át a környező parenchymába és a légcső mellső falához erősen kötött.

Ewald[14] csak ezen egy esetet ismervén, felveszi, hogy a pajzsmirigy nagyfokú immunitásnak örvend a syphilitikus virussal szemben.

Ugyancsak a már mondott helyen *Küttner* egy 39 éves nőt is bemutatott, ki 18 éves korában luest szerzett, kiütése volt, két évvel később pedig egy elhalt magzatot hozott a világra. A gyermekkora óta fennálló kis ökölmekkoraságú golyva az utóbbi időben gyorsabban nőtt és légzési nehézségeket okozott. A diagnosist struma malignára tették és a kiirtást határozták el. A mütétnél feltünt a golyva tömöttsége és a környezet vizenyős beszürődöttsége. Tuberculosis biztosan ki lévén zárható, a diagnosis gumma glandulae thyreoideaere tétetett és csakugyan 5 hónappal később kiterjedt syphilitikus fekélyeződés lépett fel a lágy szájpadon és a hátsó garatfalon, mely jodkalium adagolásra elmult. Ez az aszony 5 év óta egészen egészséges.

Az általunk észlelt eset is ezen csoportba tartozik és a következő:

M. F. 58 éves czipész (szül. Mora, Bukovina). Jelen baja kezdetéig egészséges volt, tudomása szerint luesben vagy kiütésben nem szenvedett. 8 gyermeke volt, kik közül kettő él és egészséges, a többi 2—3 éves korában, gyermekbetegségben halt el. 1894-ben lett először beteg. Nehézlégzés jelentkezett, mely ellen a szt. János-kórházban keresett segítséget és csakugyan két hónapnyi ecsetelés után annyira jobban lett, hogy foglalkozás után nézhetett. 1896. vége óta rekedt, 1897 november eleje óta pedig csak nehezen tud nyelni. Ezen baja miatt 1897. deczember 16-dikán (19,472 fksz. alatt) a szt. Rókus-kórház gégészeti osztályára vétette fel magát.

Megvizsgálván a gyengén fejlett és lesoványodott férfibeteget, az orr, száj és garat nyálkahártyáját, úgy mint az egész szervezetet rendkivül vérszegénynek találtuk A pajzsmirigy kis almamekkoraságra nagyobbodott, a jobb lebeny valamivel nagyobb, tapintata a normalisnál kissé tömöttebb. A bal kisebb lebenyben egy mogyorónyi, dudoros, körülirt tömött göb érezhető. A jobb hangszalagon a mellső commissurára kiterjedve egy felhánytszélü,

[6] *Küttner*, Struma syphilitica, Cblt für Chir. 1898. 27. sz.

[7] *Demme, Gerhard's* Handbuch der Kinderkrankheiten, III. kötet 2. 413. l.

[8] *Hochsinger C.*, Studien über die hereditäre Syphilis 1898, 389. l.

[9] *Demme*, Gummöse Erkrankung der Schilddrüse mit Basedow'schen Symptomen. XX. Med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Spitals. 81. old. Ref. Virchow-Hirsch. 1883. II. k. 649. l.

[10] *Birch-Hirschfeld*, Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1884. II. k. 381. lap.

[11] *Bouchut*, Mal. des enfants. 1121. lap.

[12] *Navratil*, Chirurgische Beiträge, Stuttgart, Enke, 1882. 21. lap.

[13] *Fränkl E.* Ueber Tracheal- u. Schilddrüsensyphilis. Deutsch. med. Wochenschrift. XXIII. k. 1035. lap.

[14] *Ewald*, Die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem u. Cretinismus, 1896. 51. lap.

piros udvartól környezett, lepedékes, 20 fillérnyi fekély látható. Légzése teljesen szabad, panaszát erős rekedtsége és nyelési nehézségei képezik. A kórisme gégerákra és rosszindulatú golyvára tétetett. Mivel pedig a beteg semmiféle beavatkozásba (egy kis rész eltávolítása mikroskopizálás czéljából) nem akart beleegyezni, 5 nappal felvétele után a kórházból távozott és így megfigyelésünk alól elvonta magát.

Három hónappal később 1898. márczius 16-dikán (4942. fksz.) fuldokolva hozták a beteget a kórházba. Erős cyanosis, kifejezett stenotikus légzés. A struma most két férfiökölnyi, mindenütt tömött, a nyak középvonalában fekszik, takarja a gyűrűporczтól lefelé egész az incisura jugularisig a légcső táját, mindkét lebenye körülbelül egyenlő nagyságú, felette a bőr normalis küllemű, azonban némileg kötött. Tekintve a nagyfokú szénsavmérgezést, el kellett állanunk a gégetükrészésétől, de különben is ismertük a beteget, mint gégerákban szenvedőt, azért haladéktalanul a tracheotomia végzéséhez fogtunk. Tervünk az volt, hogy a jugulumban ejtjük meg a légcsőmetszést, kiszabadítjuk a pajzsmirigy alsó szélét és felfelé tolva nyerünk tért. A középvonalban ejtett 8 cm. hosszú metszéssel valóban sikerült is a pajzsmirigyig hatolnunk, annak alsó szélét azonban kikésziteni nem lehetett, mert retrosternalisan sokkal mélyebben leterjedt, mintsem hogy elérni vagy felemelni lehetett volna. Nem maradt más hátra, mint a pajzsmirigyen át hatolva jutni a tracheához. Azonban a mint a strumába bemetszettünk, olyan nagy lett a vérzés, hogy beláttuk, így nem jutunk czélhoz. A pajzsmirigy metszlapján tömöttnek mutatkozott, mirigyes, lebenyes szerkezete jól fel volt ismerhető, mindenütt azonban át volt húzódva tömött, szürkés-sárga, helyenkint fehéres kötegektől. Feltünt a pajzsmirigyet környező szövetnek oedemája is. *Winiwarter* mütéttanában azt tanácsolja, hogy sürgős tracheotomiáknál Paquelin-égetővel lehet a mütétet azon pontig végezni, míg a trachea megnyitására kerül a sor. Tanácsát követve, Paquelinnel hatoltunk át a pajzsmirigyen, azon elvnek megfelelőleg „tarsd magad a középvonalban“. A tömött struma alatt persze a légcsövet tapintani nem lehetett. Jó mélyen behatoltunk, azonban a légcsövet a középvonalban megtalálni nem birtuk. Miután pedig időközben a beteg állapota igen válságosra fordult, és tovább keresgélni nem volt tanácsos, habozás nélkül meghosszabbitottuk a bőrmetszést fel a pajzsporczok bevágásáig, ezt iránypontnak véve onnan a gége, majd a légcső vezetése mellett ketté választottuk a mirigyet, addig, míg az erősen balfelé kihelyezett 3—4—5-dik trachealis gyűrü szabadon kikészítve feküdt előttünk, hol a légcsövet megnyitottuk.

A golyva roncsolt kinézésü, égetett sebét a canule körül jodoformos gazzal tamponaltuk, a mütét eredményéhez azonban nem sok reményt füztünk.

Heves hörghuruttal, lázak mellett kezdődött a lefolyás, azonban a 10-dik nap körül, mikor az égési pörkök kezdtek leválni, feltünt, hogy a pajzsmirigy sebe szépen sarjadzik, a széleken pedig hámosodás indult meg. Ez hívta fel figyelmünket arra, hogy vajjon helyes-e a „struma maligna“-ra tett kórisme és nincs-e tévedés a felvett „gégerák“-ra vonatkozólag is. Ezért a gégében levő fekély széléből kis darabot kimetszve Krompecher dr.-nak küldöttünk megvizsgálásra, ki a következőkben volt szives észleleteiről értesíttetni: „A gégéből kiirtott daganaton górcső alatt a carcinoma biztosan kizárható. Hámszaporodás sehol nincs, de a bő gömbsejtes infiltratio a kisebb erek és capillarisok körül lues mellett szól“. Most, hogy a gégére nézve ezen felvilágositást nyertük, a struma maligna diagnosisát is hajlandók voltunk már elejteni. Daczára, hogy az újolag gondosan megejtett vizsgálat syphilis felvételére nem adott támpontot, a betegnek jodkaliumot adtunk mire a golyva 3 hónap alatt teljesen eltünt és a beteg megerősödött. Hajlandók vagyunk ennélfogva ezen esetben a strumát interstitialis thyreoiditis syphiliticának felfogni, mely egy gumma syphiliticum (a beteg első megjelenésekor a bal pajzsmirigylebenyben, mint már említettük, egy mogyorónyi, dúdoros, körülirt, tömött göb volt érezhető) kiséretében fejlődött. A beteg 1898. augusztus 24-én távozott a kórházból canullel.

Odahaza jól érezte magát, míg september 24-én újolag jelentkezett. Előadja, hogy néhány nap óta nyakán fájdalmas daganatokat észlel. Felvétel (14,643. fksz.): A nyak jobb oldalán a sternocleidomastoideusnak megfelelőleg egy gyermekökölnyi, igen kemény, éles határú, az izommal erősen összekapaszkodott daganat tapintható. Strumának nyoma nincs. Az epiglottis belövelt, ráhajlik a larynxra. Ha befogjuk a canulet és phonáltatunk, akkor azt látjuk, hogy a jobb arytaenoidealis táj oedemásan duzzadt. Befelé a processus vocalis felé szürkés-vörös színü granulationak látszó szövettültengés. Mélyebben a larynxba belátni nem lehet. 3 heti jodkali szedésre a jelzett nyaki daganat egészen visszafejlődött és ezen állapotban van szerencsém a beteget bemutathatni.

Górcsői vizsgálattal a pajzsmirigy bujakóros megbetegedéseiről eddig még alig rendelkezünk. A gummás alakra vonatkozólag Demme azt irja, hogy a górcsői lelet megegyezik azzal, melyet a máj gummájánál találunk. Egyik vizsgált esetében az elszórt lencsealakú csomók puhák, kocsonyásak voltak. A finom reczeszerü kötőszövettől képezett vázban különösen orsóalakú és kerek, oszlásban levő sejtek voltak találhatók, melyekben nagy számmal szabad magvak voltak beágyazva. A sárgásabb csomókban a sejtek zsíros elfajulása volt jelen. Fraenkl szerint a bujakóros folyamat az intrafollicularis szövetben folyik le, és nyomás vagy a follicullus belsejébe való búrjánzás által pusztul el a parenchyma. Az újonnan képzett sejtelemek ép oly kevéssé mutatnak valami jellegzeteset, mint más szervek gummái. Fraenkl óriássejteket nem talált, azonban a Lustgarten-féle bacillusokat igen. Küttner első esetében a kimetszett pajzsmirigy vizsgálata azt mutatta, hogy a parenchym fibrosus elfajulásának esete forog fenn, óriássejtképződéssel és kiterjedt száraz elsajtosodással.

A megbetegedés ritkasága mutatja, hogy ezen szerv luessel szemben magas immunitással bir. Teljesen rejtett még ezidőszerint, minek köszöni a mirigy ezen tulajdonságát. Közelfekvő azonban a felvétel, hogy váladékának jodtartalma képesiti az ellentállásra.

Közlemény a budapesti egyetem ált. kór- és gyógytani intézetéből.

A házinyulak lépemulsio-injectiokkal előidézett anthrax-immunitásáról és a normalis szervrészekkel való immunizálásról.

Aujeszky Aladár dr. egyet. tanársegédtől.

Az egyet. általános kór- és gyógytani intézetben a mult esztendőben[1] végzett kisérleteimből kitünt, hogy a házinyulakat — az anthrax iránt eléggé fogékony állatokat — ép nyúl lépe dörzsölékének bőr alá fecskendezésével az esetek egy jelentékeny számában mentesíteni lehet a halálos hatású lépfenefertőzés ellen. Az e tárgyra vonatkozó vizsgálataimat tovább folytatva, ezek eredményeiről az alábbiakban óhajtanék beszámolni.

Az impulsust e kisérletekre a berlini Koch-féle „Institut für Infectionskrankheiten“ laboratoriumából kikerült az a föltedezés szolgáltatta, hogy a *tetanus* iránt felette fogékony állatok (fehér egerek) normalis gerinczvelő emulsiojának bőrük alá való fecskendezése által a tetanusméreg halálos adagai ellen mentesithetők. *Wassermann* és *Takaki*[2] a tetanusméregnek és egészséges tengeri malacztól származó gerinczvelő emulsiojának keverékét fehér egerekbe oltották és az egerek ily módon a tetanotoxin halálos adagának háromszorosát is eltürték. Ha a gerinczvelőemulsiot csak magában fecskendezték az egerekbe: akkor ezek a 24 órával később a szervezetükbe juttatott tetanusméreg 3—5-szörös mennyiségétől sem pusztultak el; sőt az egerek megmentése a normalis gerinczvelő emulsiojával még 4—6 órával a fertőzés után is sikerült.

E kisérleti tényt bizonyitékul hozták fel az *Ehrlich-féle theoria* mellett, a mely szerint azok a szervek, a melyek bizonyos fertőzőanyagok, bacteriummérgek iránt specifikus affinitással bírnak (tetanusnál az ideganyag): ugyanazon fertőzőanyag, bacteriummérgek antitoxinjainak és létrehozói. *Ehrlich*[3] szerint bizonyos sej-

[1] „Adatok a lépfene ellen való immunizálás kérdéséhez“ Math. és Természettud. Ért. 1898., 4. f. és „Zur Frage der Milzbrandimmunisation“, Centrbl. f. Bact. 1898, XXIV. k. Nr. 8.

[2] *Wassermann*: „Über eine neue Art von künstlicher Immunität“. Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 1. *Wassermann* és *Takaki*: „Über tetanus-antitoxische Eigenschaften des normalen Centralnervensystems“, ugyanott.

[3] Klinisches Jahrbuch, VI. köt. 1897.

*

tek specifikus affinitással bírván bizonyos mérgek iránt, magukhoz vonzzák a mérgező anyagot s vele összeköttetésbe lépnek. A sejteknek azokat a részeit, a melyek a méreggel egyesülnek s azt megkötik, „*toxophoros oldallánczu*-oknak (Toxophore Seitenketten) nevezi. Ehrlich szerint a méreggel így egyesült, tehát megkötött oldallánczok helyett a szervezet újakat iparkodik képezni s lassankint az oldallánczok túlszaporodása következik be, vagyis ezek az oldallánczok képezik azt az antitoxikus hatású anyagot, mely a szervezet védelmére szolgál a méreg ellenében. És ha ez így van, valószinünek látszott az is, hogy hasonló módon bizonyos fertőző anyagok iránt hasonló affinitással rendelkező szervrészeknek az állati szervezetbe juttatása által, a bennök már praeformált védőanyag hatása folytán egyéb fertőző betegségek ellen való immunitás is létrehozható.

Wassermann és *Takaki* említett közleményének megjelenése után és ennek hatása alatt csakhamar jelentékeny száma következett a hasonló vizsgálatok eredményeiről számot adó közleményeknek. Az immunitás tanának számtalan bonyolódott kérdését megoldani hivatott laboratoriumi búvárkodások részben egy újabb irányba terelődtek s általuk nem egy érdekes újabb tapasztalati adattal gazdagodtak ismereteink, ha mindjárt azoknak kielégítő magyarázatával ez idő szerint adósok is maradtunk. Épen azért nem tartom fölöslegesnek, hogy mielőtt az egy. ált. kór- és gyógytani intézetben a mult év tavaszán eszközölt, majd később tovább folytatott hasonló vizsgálataimról beszámolnék, néhány szóval megemlékezzem a *Wassermann* és *Takaki* czikkelyének megjelenése óta közzétett idevágó kisérletek eredményeiről.

A párisi *Société de Biologie* 1898. márczius 26-diki ülésén *Roger* és *Josué* bejelentették, hogy vizsgálataikból kiderült, miszerint 0·10—0·15 kcm. tetanotoxin és 0·006 gr. névrin keveréke egyszerre oltva 400—500 gm.-nyi testsúlyú tengeri malaczba: az állatot nem öli meg, pedig a tiszta tetanotoxin ezekre az állatokra már 0·05—0·10 kcm.-nyi mennyiségben halálos hatású. Ha a keverékben a szerzők 0·25 kcm.-re emelték a mérget, a tengeri malaczok elpusztultak ugyan, de csak később mint a kontroll-állatok, a melyek 4—5-szörte kevesebb mérget kaptak. Ha pedig a névrint és tetanotoxint nem összekeverve, hanem külön-külön oltották a malaczokba, ezek tetanusban tönkrementek.

Metschnikoff[1] és ennek laboratoriumából *Marie*[2] már a Pasteur-Annales 1898-diki februári számában megerősítik *Wassermann* és *Takaki* fölfedezését. Metschnikoffnak is sikerült a tengeri malacz gerinczvelőemulsiojával egereket és tengeri malaczokat tetanusméreg ellen immunizálni, de a dermedéssel szemben fogékonytalan, vagy erre csak csekély fokban fogékony állatok (tyúk, teknősbéka, béka) gerinczvelejének emulsioját hatástalannak találta a tetanusméregre. Ki is mondja a tételt, hogy: „Plus un animal est sensible à la toxine tétanique, plus ses centres nerveux seraint efficaces contre ce poison.“ Metschnikoff, midőn a Wassermann és Takaki kisérleteit megerősíti, a tények magyarázatául nem fogadja el az Ehrlich-féle theoriát, hanem ismét a phagocytosis-elméletnek akar érvényt szerezni. Szerinte a szervezetbe juttatott ideganyag izgató hatására fokozottabb mennyiségben vándorolnak ki a phagocyták, a melyek azután magukba kebelezvén a mérget, a szervezetet a halálos fertőzéstől megvédik.

A „Société de Biologie“ egy másik ülésén (1898. május 28) *Courmont* és *Doyon*[3] azokról a kisérleteikről számoltak be, a melyekből kiderült, hogy a béka agyvelejének emulsioja, daczára annak, hogy ez az állat, ha testét 37—38°-ra fölmelegítjük, a tetanus iránt igen fogékony lesz: a dermedés mérge ellenében a tengeri malaczokat nem képes megvédeni. *Asakawa*[4] pedig Tokioban, *Kitasato* intézetében hasonló vizsgálatokat végezvén, megállapította, hogy az egészséges tengeri malaczok, házinyulak stb. agyvelejének ideganyaga erősebb hatást gyakorol a tetanus mérgére, mint a gerinczvelő ideganyaga.

[1] Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines. Annal. de l'Inst. Past. XII., 2.

[2] Recherches sur les „propriétés antitétaniques“ des centres nerveux de l'animal sain.

[3] La Semaine Médicale, 1898, Nr. 30.

[4] „Die Basis der natürlichen Immunität des Huhnes gegen Tetanus.“ Cblt. für Bakter. 1898. XXIV. Nr. 4—7.

Milchner[1] az ideganyagnak a tetanusméregre való hatását *Leyden* klinikáján vizsgálván, tanulmányai alapján arra a meggyőződésre jut, hogy a középponti idegrendszer antitoxikus részei és a tetanusméreg között *chemiai összeköttetés* létesül „bereits im Reagensglase, *ohne dass es dazu der Hülfe des lebenden Organismus bedarf.* Dies spricht für eine chemische Bindung von Gift durch die Nervensubstanz im lebenden Körper, wie auch Ehrlich annimmt“.

Hogy különben az ideganyag nemcsak a tetanotoxin, hanem egyéb, nem bakteriumoktól származó mérgek megkötésére is alkalmas, ezt más újabb kisérletek is bizonyítják. A „Société médicale des hopitaux“ 1898. február 25-diki ülésén *Widal* és *Nobecourt* bejelentették, hogy az ideganyag a *strychninnek* és *morphiumnak* mérgező hatását csökkenteni képes. A nevezett búvárok egészséges házinyulak velőemulsiojának 0·25 gm.-jához 0 mgm. 02 sósavas strychnint, illetőleg 0 gm. 01 cgm. morphiumot kevertek, mint a mely méregadagok 15—20 gm. súlyú egereket biztosan megölnek. E keverékek 1—2 órai állás után egerekbe fecskendeztetvén, ezek nagy része életben maradt, sőt 3 esetben az egerek a kétszeres adagot is eltürték.

Az ideganyagnak a tetanusmérget megkötő tulajdonságát bizonyító állatkisérletek arra birták *Krokiewicz*-et,[2] a krakkói szt. Lázár-kórház főorvosát, hogy a velőemulsioval egy traumás tetanusban szenvedő, 46 éves nőbetegénél kisérletet tegyen. Tudtommal eddigelé ez az egyetlen eset, melynél az ideganyag az emberi tetanus gyógyítására alkalmaztatott. Az emulsiot, melyet Krokiewicz tehén friss kisagyvelejéből 0·6%-os konyhasó-oldattal készített, 3 izben fecskendezték a betegnek bőre alá (hypochondrium). Az első alkalommal a beteg az emulsioból (5 gm. velő, 15 gm. konyhasós víz) 5 kcm.-t kapott, mire trismusa és görcsei csakhamar csökkentek; a második befecskendezés harmadnap történt 10 kcm.-rel (10 gm. velő, 15 gm. konyhasós víz), a harmadik 4 nap mulva, szintén 10 kcm.-rel (15 gm. velő, 20 gm. konyhasós víz). A két utóbbi injectio helyén abscessus támadt ugyan, de a beteg felgyógyult. Ez az egy eset ugyan magában még nem elég bizonyíték a tetanus ilyetén gyógyításának sikeres volta mellett, de minden esetre figyelemreméltó és további klinikai vizsgálatokra ösztönöz.

Miként a tetanusnál, úgy tudvalevőleg a *veszettségnél* is az idegrendszer a szervezetnek az a része, a hol e betegség különösen fészkel, s azért önként felmerült a kérdés: vajjon nem lehet-e hasonló módon normalis ideganyagnak a bőr alá fecskendezése által állatokat a veszettség ellen épen úgy immunizálni, mint a hogy az a tetanus ellen sikerült. Erre vonatkozólag az első közlemény *Babes*-től[3] származik, a ki kutyákon és házinyulakon positiv eredményeket ért el, különösen akkor, ha a kisérleti állatokat nem nagyon erős virussal (két napos passage-virus) fertőzte. *Calabrese*-nek[4] és *Centanni*-nak,[5] a kik hasonló kisérleteik alkalmával utczai virussal dolgoztak, nem sikerült az állatokat e methodussal a veszettség ellen immunizálniok.

Saját, az egyet. általános kór- és gyógytani intézetben végzett és legközelebb közlendő vizsgálatainkból pedig az derült ki, hogy a normalis ideganyaggal való oltások csupán az igen gyenge veszettségi virus ellenében képesek az állatokat megvédni.

Végül meg kell még említenem *Bail*-nak a „Verein deutscher Aerzte in Prag“ 1898-diki juliusi ülésén tartott előadása alkalmával közölt azt a tapasztalatát, hogy a házinyulak és fehér egerek a staphylococcus pyogenes halálos hatású adagának ötszörösét, sőt tízszeresét is eltürik, ha az leukocytákkal keverve fecskendeztetett beléjük. Az így kezelt állatok nagy része életben marad vagy chronikus staphylococcosisban pusztul el. A leucocyták ilyetén hatásukat azonban elvesztették, ha 60°-ra felmelegítették őket.

(Folytatása következik.)

[1] „Nachweis der chemischen Bindung des Tetanusgiftes durch Nervensubstanz.“ Berl. klin. Wochenschr. 1898. Nr. 17.

[2] Wiener klin. Wochenschr. 1898, 34. sz.

[3] Compt. Rend. de l'Académie des Sciences 1898, CXXVI. 986. l. és „Bemerkungen über das Verhalten gewisser Organe gegenüber specifischer Infectionen“. Berl. klin. Wochenschr. 1899, Nr. 17.

[4] „Possegono i centri nervosi di animali sani e di animali immunizzati contro la rabbia il potere di neutralizzare il virus rabbico?“ Clinica Moderna, 1899, Nr. 2—3.

[5] „Sui prodotti tossici secondari nelle infezione“. La Riforma Medica, 1898, III. Nr. 54.

Közlemény a budapesti kir. magyar tud. egyet. I. sz. kórboncztani intézetéből. (Igazgató: Genersich Antal egyet. tanár.)

Adatok a mellékvesék syphilises és gümős elfajulásának kérdéséhez.

Irta: *Róna D. Dezső* dr. intézeti gyakornok.

(Vége.)

III. H. P., 43 éves napszámos „Meningitis tuberculosa, pleuritis chronica“ klinikai diagnosissal 1898. deczember 20-dikán bonczoltatott a szent István-kórház prosecturájában, mikor is a 3589/521. sz. felvett jegyzőkönyvben a következő lelet constatáltatott: „Meningitis basilaris tuberculosa cum hydrocephalo acuto interno. Peribronchitis fibrosa mediocris gradus in lobis superioribus pulmonum et pleuritis chronica tuberculosa cum synechia totali pulmonum. Tuberculosis caseosa glandulae suprarenalis sinistrae. (A mellékvese megnagyobbodott, hossza 5·8 cm., szélessége 4·5 cm., vastagsága ott a hol legvaskosabb 1 cm.; jobboldali kétharmada teljesen elsajtosodott, tömött, sárgás-fehér tömegből áll, baloldali egyharmada épnek látszik. A jobboldali mellékvesén a rendestől eltérés nem vehető észre.) Intumescentia lienis renumque, ulcus tuberculosum vesicae urinariae ad

I. Metszet mellékvese-gummából; *a b* sajtos részletek; *c* mellékvese-szövet, mely a szélén gömbsejtesen beszűrődött; *d* szaporodott kötőszövet vastagfalú véredényekkel, balról két óriássejt. Reichert mikroskop, ocul. 4, objectiv 4 c. (Szöveget l. O. H. 34. sz., 305. l.)

parietem anteriorem. Hepar lobatum cum atrophia majoris gradus lobi sinistri. Dermoidum ovarii dextri complicatum. Pneumonia catarrhalis partis posterioris dextri.“ Górcsövi vizsgálatnál az elváltozást mutató részből készített szeletek nagyfokú sajtosodással járó gümő képét nyújtották, melynek leirását már fennebb adtam s csak felemlítem, hogy a sajtosodás oly előrehaladott volt, hogy abban ép részletek találhatók nem voltak, továbbá, hogy a lymphoid zónának helyenként vérbősége és az edényfalak kisebb fokú megvastagodása voltak jelen. Ugyanezen részlet metszetein Ziehl-Nelsen-féle eljárással festve, a lymphoid zónában a sejtek között elszórtan elég nagy számmal tuberculosis bacillusok voltak láthatók a Langhaus-féle sejtekhez való különösebb viszony nélkül. A mellékvese bal pólusából előállított metszeteken elég nagyfokú vérbőség, a velőállomány sejtjeinek zsiros, a kéreg sejtjeinek szemcsés degeneratioja látható, ellenben gümöknek semmi nyoma.

A mellékvesékben az infectiosus granulomák közül a tuberculosis fordul elő leggyakrabban s már az elmondott esetekből is kitűnik, hogy kétféle formáját különböztethetjük meg: az egyik az acut miliaris tuberculosis és ez a ritkább alak, a másik a sarjszövetképződés, kérgesedés és gyors sajtosodással járó chronikus tuberculosus lob és ez a leggyakrabban látott kép. Neusser kiemeli, hogy a sarjszövetképződés és az azt követő kötőszöveti kérgesedés a szomszédságra is átterjedhet, a mi a mellékveséknek a rekesz, vese, máj, sőt plexus solarissal való erős összenövéséhez is vezethet.

Legfeltünőbb a mellékvese tuberculosisánál, akár egyik, akár másik alakjáról legyen is szó, a gümők gyors fejlődése, azoknak összefolyása és a sajtosodásnak csakhamar nagy mértékben való bekövetkezte, a minek eredménye gyanánt a mellékvese nagy része, sőt az egész mellékvese is sajtos tömeggé alakulhat át. Baillie már 1820-ban „Scrophula“ elnevezés alatt leirja a mellékvese olyan megnagyobbodását, melynél az a vese mekkoraságát érte el s olyan fehér tömeggé alakult át, mint az a scrophulosus nyirkmirigyekben található.

Ezen feltünő gyors fejlődésre és lefolyásra a választ — azt hiszem — a mellékvesék boncztani és szövettani viszonyaiból meríthetjük. A mellékvesék ugyanis a legdúsabb véredényhálózattal biró szervek közé tartoznak; üteres vért részben direct az aortából az arteria suprarenalis útján, részben oldalágak közvetítésével a rekesz és vesearteriákból nyernek. Az üterek a kötőszövetes vázban haladva rendkivül kiterjedt és különösen a velőállományban tág capillaris hálózattá oszlanak, melynek ágai az acinusokat körülveszik s melyből a vena suprarenalis szedődik össze, ez pedig a vena cava inferiorba ömlik.

Másrészről azonban lényeges momentumot képez a parenchymszigetek sejtjeinek a capillarisokkal való közvetlen összefüggése. Több metszeten láttam, hogy az acinusok közötti capillarisokban, melyek vérsejtekkel voltak kitöltve, a parenchymsejtekhez odasimulva endothelsejtek voltak kivehetők, a mi azt látszik bizonyitani, hogy a capillarisok endothelsejtjei a környező parenchymsejteknek közvetlen szomszédjai. Manasse azt találta, hogy a mellékvese venák ürében a vérrel keverten parenchymsejtek voltak láthatók s hogy a vénák lumenébe egyes sejtszigetek nyúltak be, melyeket a keringő vér szabadon mosott.

II. Elsajtosodott gümős mellékvese keresztmetszete; *a* sajtos részlet, *b* mellékvese szövet. Természetes nagyság. (Szöveget l. O. H. 34. sz., 306. l.)

Ezen rendkivül tág hálózatban a vér lassan keringvén, az odajutott virusnak egyrészt bőséges alkalma van a megtelepedésre, másrészt meg a kezdődő folyamat a parenchymának a véredényrendszerhez mindenütt közeli viszonyafolytán a megtámadott szervben gyorsan is terjedhet. Ebből vélem megmagyarázhatni azt is, hogy oly ritkán lehet a mellékvesében miliaris gümőket találni, a minőket a II. esetben leirtam, hanem a gümős lob gyors terjedése, valamint a sajtosodásnak a lobos területen korai bekövetkezte folytán csakhamar az egész szervre kiterjedő sajtos góczok keletkeznek.

Ezeken kivül valószinű, hogy ezen tág érrendszer a vena suprarenalis által közvetlen a vena cava inf.-ral lévén összeköttetésben, egy a mellékvesékből kiinduló általános fertőzésnek könyen útjává lehet. Ennek bizonyitékául szolgálhat a következő eset.

IV. B. M. 17 éves cseléd „Meningitis basilaris“ klinikai diagnossisal bonczoltatott 1897. május 9-dikén a szt. István-kórház prosecturájában. A bonczolás a következő leletet (2755/186. sz.) derítette ki.

„Tuberculosis miliaris acuta. Meningitis basilaris tuberculosa. Tuberculosis miliaris pulmonum, pleurae, lienis, renis, hepatis, glandulae thyreoideae et chorioideae sinistrae. Focus caseosus magnitudinis seminis cannabis et piri duo in glandulis suprarenalibus. Glandula interbronchialis una petrificata.“

Nyilvánvaló, hogy az általános fertőzés a mellékvesében levő sajtos góczból kiindulólag történt s nem lehetetlen, hogy a III. esetben is az újabb keletü meningitis basilaris is a mellékvese tuberculosisának volt a következménye.

A mi a sajtosodás korai és gyors fellépését illeti, annak okát Hanau szerint tuberculosis bacillusok nagy számban való jelenléte képezi, mikor is a tuberculosis kezdettől fogva sajtosodás alakjában nyilatkoznék a megtámadott szervben.

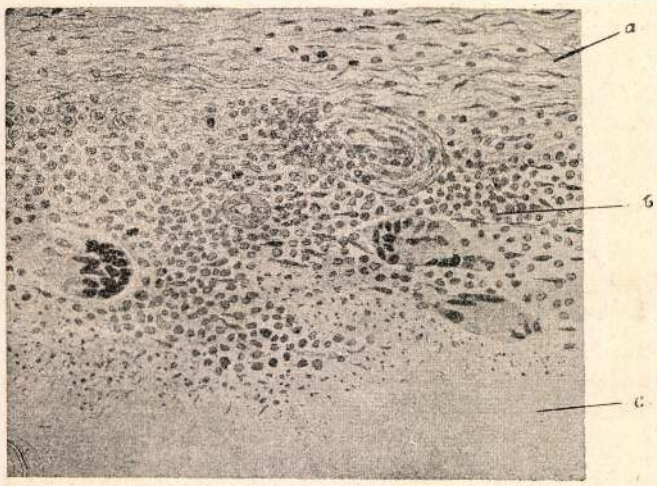
Nincs kizárva azonban, hogy a virus behatására gyorsan fejlődő sarjszövet, mely a mellékvesének megnagyobbodását okozza,

egyben a meglevő véredényhálózat összenyomatásához vezet s újonnan fejlődött véredények hijával a táplálkozás lefokozása következtében csakhamar sajtos tömeggé alakul át.

A mellékvese tuberculosisánál általában s jelen esetekben is lymphoid — kis gömbsejtes — gümőket találunk elég nagy számú óriás sejttel és centralis sajtosodással, de kevés epitheloid sejtalakkal; vagy azért, mert az epitheloid sejtproductio általalában csekély, vagy pedig azért, mert a lobos emigratio oly gyors és oly fokú, hogy a lymphocyták közt az epitheloidsejtek számban elenyésznek, illetve általuk fedetnek.

A folyamat kiindulása Neisser szerint leggyakrabban a velőállományból történik, de kiindulhat szerinte a kéregállományból, sőt a környéki kötőszövetből is. Virchow szerint a kéregben, Cornil és Ranvier szerint a velőállományban, Alezais és Arnoud szerint hol a kéregben, hol a velőállományban kezdődik a baj. Azt hiszem, csak elegendő számú s különálló miliaris gümőket tartalmazó tuberculosus mellékvese esetének észlelése után lehetne categorice kijelenteni, hogy a mellékvese tuberculosis az egyik vagy másik részben kezdődik. Sokkal valószinübbnek látszik, hogy a tuberculosis ott kezdődik a mellékvesékben, a hol a virus megtelepedésére a legkedvezöbb momentumok vannak jelen, legyen az akár a kéreg, akár a velőállomány.

A mellékvesék tuberculosisa rendesen más szervek tuberculosisával együtt — mint másodlagos helye a betegségnek —



III. Mellékvese idült gümős lobja; *a* megvastagodott kötőszövetes tok; *b* sejtdús zóna, mely a sajtos részletet határolja, óriás sejtekkel és jobbról fenn egy obliterált véredénynyel; *c* sajtos tömeg. Reichert mikr. ocul. 3, objectiv 8 a.

fordul elő. Nem sok azon feljegyzések száma, melyeknél a mellékvesékén kivül a szervezetben máshol tuberculosis található nem lett volna, mint a közölt esetben, avagy a következőben.

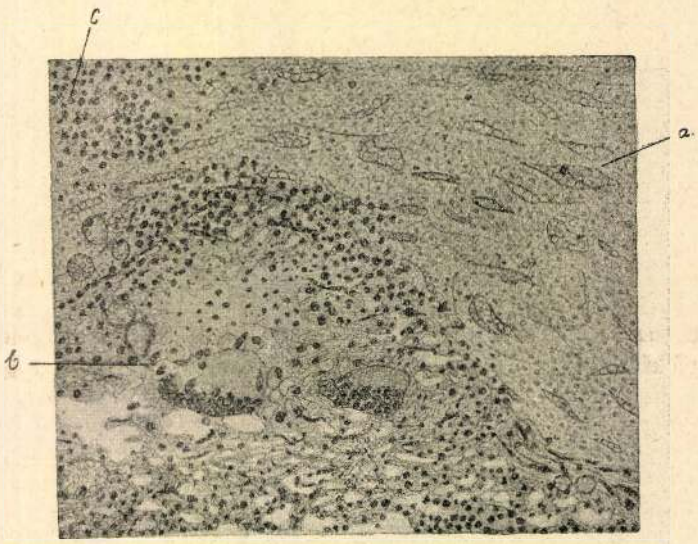
V. F. L. 22 éves földmives 1898. márczius 7-dikén boncztoltatott a szent. István-kórház prosecturájában „Typhus?“ klinikai diagnosissal. A bonczolási lelet (3171/94. sz.) a következő volt.

„Typhus abdominalis, intumescentia glandularum Payerianarum reticulatarum et solitarium. Cicatrix magnitudinis fabae in parte infima ilei, verosimiliter post ulcus typhosum. Intumescentia laxa glandularum ileocoecalium, lienis. Degeneratio parenchymatosa renum, myocardii majoris gradus. Endocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis et valvularum aortae minoris gradus. Degeneratio nodosa glandularum suprarenalium totalis. (Börön és nyákhártyákon bronzkóros foltok nincsenek.)

Az sem gyakori, hogy a folyamatnak a mellékvesékből való kiindulása evidens, mint IV. esetünkben. Hanau is közöl két esetet, hol általános miliaris tuberculosis a mellékvese tuberculosisának következménye volt, mely esetekben a tuberculosisnak a vena suprarenalisba való áttörési helye fel volt található. Hogy a solitaer mellékvese tuberculosis congenitalis eredetü lehet, állitják Schmorl és Kockel, kik újszülöttek mellékveséjében solitaer gümőket találtak, míg tuberculosisnak egyebütt nyoma sem volt. Lehet a folyamat egyoldali — II. és III. eset —, de sokkal gyakoribb a kétoldali megbetegedés, mint IV. és V. esetünkben. Hanau fenti esetei közül az egyikben egyoldali, a másikban kétoldali megbetegedés volt jelen.

Tuberculosis bacillust többen és ismételten mutattak ki gümős mellékvesében. Guttmann és Rauschenbach 1885-ben, Goldenblum 1886-ban talált tuberculosis bacillust elsajtosodott mellékvesében csoportokban és szétszórtan. Hasonló leletről tesznek említést Letulle, Orth, Vucsetics és mások; pseudotuberculosis bacillust találtak elsajtosodott mellékvesében Hayem és Lesage. Eseteink közül csak a III-dikban voltak bacillusok találhatók és pedig elég nagy számmal a lymphoid zónában.

Végül megkülönböztetendő a mellékvesék tulajdonképeni gümős elfajulásától azon állapot, melyet egyes szerzők kiterjedt, de egyéb localisatioval biró tuberculosisban szenvedő egyéneknél észleltek s a mely körülbelül chronikus interstitialis lob képének felelne meg. Ilyen a Marchand és May által leirt egy-egy eset, kik phthisikusoknál a mellékvesék kötőszövetének szaporodását észlelték, mi mellett annak sejtes beszürődése és a parenchymsejtek nagy részének pusztulása volt jelen s a miről May mint a mellékvese cirrhosisáról beszél. Lubarsch azonban nem tartja lehetetlennek, hogy ezen esetekben egy már lezajlott és kérges kötőszövet képződésével végződött „gyógyult“ gümős folyamattal állunk szemben.



IV. Miliaris gümő a mellékvesében; *a* ép mellékvese szövet; *b* gümő sejtdús zónával, a közepén sajtos részlet; *c* gömbsejtesen beszürődött mellékvese-állomány. Reichert mikroskop, ocul. 3, objectiv 8 a.

Mellékvesetuberculosisról lévén szó, lehetetlen röviden — az esetekre való vonatkozzással — az Addison-kórról is meg nem emlékeznem, annál is inkább, mert az V. esetben mindkét mellékvesének majdnem teljes, gümős jellegü sajtosodása lévén jelen, várható lett volna, hogy az Addison kórnak azon tünete, melyre a kórisme megállapítása körül nagy súlyt fektetnek, a köztakaró erősebb festenyzettsége legyen jelen. Bronz-szin vagy csak feltünőbb festenyzettsége a bőrnek és nyákhártyáknak azonban hiányzottak s igy jelen eset is bizonyitékául szolgálhat azon állitásnak, hogy a köztakaró bronzszineződése nem szükségkép következménye a mellékvesék megbetegedésének, a mint hogy mindinkább tért kezd hódítani azon felfogás, hogy az Addison-kór tünetei egyáltalán nem közvetlen a mellékvesemegbetegedés által okoztatnak. Lewin statistikája szerint Addison-kór 285 bonczolt esetében 85-ször találtattak a mellékvesék épeknek, és 44 esetben, melyeknél a mellékvesékben elváltozás volt jelen, hiányzott a bronz szín. De a bőr és nyákhártyák intensivebb festenyzettsége nem is biztos támasz a diagnosis felállitására, mert vannak Addison-kór typikus esetei felemlítve bronz szín nélkül, a minő Lewin előbb emlitett 44 esete is; Dieulafoy is egy esetről, Lancereaux két esetről, Carpentier egy esetről tesz említést s ez utóbbi még 31 — franczia, német és angol szerzők által közölt — esetnek rövid kivonatát adja, hol Addison-kór volt jelen „sans melanodermie“. Másrészről Alexander kiemeli, hogy

elég gyakran észlelhető a bőr abnormis festenyzettsége egyéb cachexiával járó betegségben sínylődőknél, mint phthisikusoknál, rákban szenvedőknél.

A közölt esetek elsejénél, a mennyiben itt is a mellékvesék teljes sajtosodása van jelen, igaz, nem mondható, hogy gümős alapon, az Addison-kórnak a köztakaró erősebb pigmentatiojánál fontosabbaknak látszó egyéb tünetei vajjon jelen voltak-e, a minők az idegrendszer részéről mutatkozó zavarok, súlyos béltünetek, nagyfokú gyengeség, lesoványodás és anaemia, azt megállapítani in vivo sem lehetett, minthogy a kórházba súlyos erysipelas miatt öntudatlan állapotban, halála előtt pár nappal vétetett fel. Az, a mit Lubarsch az Addison-kórban szenvedőkről állít, hogy azok látszólag kielegítő ok nélkül halnak el, jelen esetben szintén combination kivül esik, minthogy a társult complicatiok a halálra bőségesen szolgálhattak okul.

Hasonló esetekről ki is emeli Lubarsch, hogy ott, a hol az Addison-kórnak fentebb elmondott characteristikus tünetei más okra is visszavezethetők, mint a mellékvesék megbetegedésére, például tüdő- vagy béltuberculosisra, ott a diagnosis megállapítás in vivo rendkivül meg van nehezítve. Dieulafoy fentebb említett esetében olyan tünetek voltak jelen, hogy elsőben meningitis basilarist vett fel betegség gyanánt s csak a betegnek felvételét 1½ órával hirtelen követő halála után történt bonczolás derítette ki mindkét mellékvesének teljes elsajtosodását kiterjedt tüdőtuberculosis mellett, a mikor is a diagnosist „Addison-kórra bronz szín nélkül“ rectificálta. Dieulafoy Hiler-vel együtt a hirtelen halált az Addison-kórra jellegzetesnek tartja. Ugyanilyen esetekről tesznek említést Doederlein, Alezais és Arnoud is; az elsőnek esetében mellékvesetuberculosis mellett előrehaladt tüdőtuberculosis, az utóbbiakéban még súlyos béltuberculosis is volt található. May szintén két ilyen complicált esetet észlelt.

Igy tehát abból, hogy bronz színt nem találunk ott, hol a mellékvesék súlyos megbetegedésével állunk szemben, még nem következik, hogy Addison-kórról ne szólhatnánk, legfeljebb Addison-kórról bronz szín nélkül, ha az Addison-kór többi tünetei jelen vannak. Másként áll a dolog akkor, ha a pusztulás nem nagyfokú és még elég működésképes parenchyma marad vissza, mint Hanau két és Cagiati egy esetében, a mikor az Addison-tünetcsoport tényleg el is maradhat, illetve kifejlődésre nem jut.

Tény azonban az, hogy a mellékvesék megbetegedése és az Addison-kór között bizonyos összefüggés nem tagadható. Orth azon nézete azonban, hogy az Addison-kór épen a mellékvesetuberculosis által okoztatnék, már tisztán azon esetek által is megczáfoltatik, melyekben, mint azokkal az irodalomban többes számmal találkozunk, a mellékvesének egyéb természetű megbetegedése okozta az Addison-kórt. De valószinűnek látszik Lubarsch azon feltevése, hogy az Addison-kór és a mellékvesetuberculosis között mégis szorosabb nexus áll fenn, csakhogy ezt a betegség természete hozza magával, a mennyiben a tuberculosis progressiv voltánál fogva a functionáló parenchymának rendkivül pusztulásával jár.

Végül azon felfogásra vonatkozólag, mely a sympathikus bántalmaival, illetőleg változásaival igyekszik összefüggésbe hozni az Addison-kór tüneteit, csak Eulenburg és Guttmannak a kisérleti élettan eredményeire támaszkodó kijelentésére utalok . . . . „Die experimentelle Physiologie keine Stütze an die Hand gibt den Addison'schen Symptomencomplex aus einer Erkrankung des Bauchsympathicus erklären zu können“.

Befejezésül legyen megengedve ezen helyen is mélyen tisztelt főnökömnek, Genersich Antal tanár úrnak az anyag szíves átengedése és nagybecsű útbaigazításaiért őszinte köszönetemet kifejeznem.

Irodalom.

Abelous I. E.: Soc. de Biol. 1892. Archives de Physiol. 1893. V. k. *Abelous et Langlois*: Soc. de Biol. 1892. és 1893. Archives de Physiol. 1892. IV. k. *Alezais et Arnoud*: Sur la tuberculose des capsules surrenales et ses rapports avec la maladie d'Addison. Revue de Méd. 1891. XI. k. *Baillie*: Anatomie des krankhaften Baues. Berlin 1820. *Cagiati*: Sul rapporto fra le alterazioni delle capsule surrenali ed il morbo d'Addison. Riforma med. 1890. *Chassevent et Langlois*: Soc. de Biol. Paris, 1893. *Chvostek*: Syphilis. Wiener med. Wochenschrift 1877, Nr. 33. *De Dominicis*: Pourquoi l'exstirpation des capsules surrenales amène la mort chez animaux. Archiv de Physiolog. 1894. *Dieulafoy*: Clinique Médical 1897—98. II. *Girode*: Syphilis congenitale. Gommes syphiliques de la capsule surrénale droit. Bull. de la soc. anat. de Paris. 1890. *Goldenblum*: Virchow Archiv 104. k. *Guttmann*: Deutsche med. Wochenschrift 1885. *Hanau*: Beiträge zur Lehre von der acuten Miliar-Tuberculose. Virchow Archiv 108. *Lanceraux:* Archives generales de médecin, janvier 1890. *Letulle*: Note sur la dégénérescence graiseuse de la capsule surrénale. Bulletin de la soc. Anat. 1889. *Lewin*: Ueber Morbus Addisonii, Charité Annalen X. és XVII. k. *Lubarsch*: Allg. path. Anat. der Nebenniere (Lubarsch-Ostertag: Ergebnisse der allg. Path. Wiesbaden, 1896.) *May:* Beiträge zur path. Anat. der Nebennieren. Virchow Archiv 108. k. *Manasse*: Ueber die Beziehungen der Nebennieren zu den Venen und dem venösen Kreislauf. Virchow Archiv 135. kötet. *Marchand*: Ueber eine eigenthümliche Erkrankung des Sympathicus, der Nebennieren und der peripherischen Nerven. (Ohne Bronzehaut.) Virchow Archiv 81. k. *Neusser*: Erkrankungen der Nebennieren (Nothnagel: Spec. Patholog und Therapie 1897. XVIII. k. 3. rész). *Orth*: Lehrbuch der spec. path. Anat. *Rauschenbach* (orosz): Wratsch 1886. *Stilling*: Compensatorische Hypertrophie der Nebennieren. Virchow Archiv 118. k. *Tizzoni*: Ueber die Wirkung der Exstirpation der Nebennieren auf Kaninchen. Ziegler Beiträge, 1890. VI. *Welich*: Ueber die Folgen der einseitigen Exstirpation der Nebennieren. Wiener klin. Rundschau 1897. *Virchow*: Die krankhaften Geschwülste. II. k. *Vucsetics*: Beitrag zur Kasuistik des Morbus Addisonii. Allg. Wien. med. Zeitg. 1893. *Carpentier*: Tubercul. capsul. surrénales. Thése de Paris. 1897.

Közlemény Brandt József tanár kolozsvári sebészeti klinikájáról.

A sebészeti klinika működése 1896 és 1897-ben.

Összeállitotta *Filep Gyula* dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

9. Felső végtag.

Betegség	Felvétel			Elbocsátás						Meghalt	
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
I. Sérülések:											
a) Lágyrészeken	23	20	3	11	3	8	—	1	—	—	—
b) Csontokon ...	27	20	7	15	4	6	2	—	—	—	—
c) Izületeken ...	9	7	2	6	—	1	—	—	2	—	—
II. Lobok:											
a) Lágyrészeken	12	7	5	7	3	—	1	—	1	—	—
b) Izületeken ... és csontokon	26	14	12	8	5	3	6	3	1	—	—
III. Daganatok:	5	3	2	2	1	1	—	—	1	—	—
Összesen ...	102	71	31	49	17	19	9	4	5	—	—

I. Sérülések.

a) Lágyrészeken.

Paralysis traumatica manus dextri, mankó nyomásától. Nem gyógyult.

Contusiones, 3 férfinél, gyógyultak.

Vulnus contusum 5 eset, 4 férfi, 1 nő. Valamennyi gyógyult conservativ kezelés mellett.

Vulnus caesum 6 eset, mind férfi. 4 gyógyult, 2 gyógyulást nem várva távozott. Egynél át volt vágva az art. radialis, ulnaris, a flexor carpi ulnaris a kéztőizület felett. Varrás, prima gyógyulás.

Vulnus punctum 2 férfinél, mindkettő gyógyult. Egyiknél a megsértett arteria brachialisból hatalmas aneurysma spurium fejlődött. A brachialis alákötésére és az aneurysma kiirtására gyógyult.

Vulnus laceratum 2 eset. Cséplőgéptől eredő zúzás. Javultan távoztak.

Conquassatio manus 4 férfinél, szintén cséplőgéptől eredő sérülés; 2 gyógyult, 2 javult.

Gangraena brachii egy nőnél, felkartörés miatt alkalmazott túlságos szoros gipszkötés folytán. Amputatio.

b) Csontokon.

Fractura brachii 13 eset; 9 férfi, 4 nő. 5 jobboldali, 8 baloldali. A felkarcsont diaphysise volt törve 7 esetben, ezek

közül 4 gyógyultan, 3 keménykötéssel távozott; a collum chirurgicum volt eltörve háromnál; kettő gyógyultan, egy kötéssel távozott. Ezek mind zárttörések voltak. Háromnál nyilt törés, kettő gyógyult, egy javultan távozott.

Alkar-csontokon törés 8 esetben, 6 férfi, 2 nő; ezek közül ulnatörés 5 esetben. Egynél közülök két helyen. Ezek közül 4 gyógyult, egy kötéssel távozott. Radiustörés két esetben, gyógyultak. Mindkét csont el volt törve egy esetben, kötéssel távozott.

Amputatio traumatica digitorum 3 esetben, mind férfiak. Cséplőgéptől eredő sérülések. 2 gyógyult, 1 javultan távozott.

Vulnus sclopetarium digitorum 2 esetben. A sérült ujj enucleatiojára gyógyultak.

c) Izületeken.

Luxatio humeri 4 eset, 3 férfi, egy nő. Ezek közül háromnál trauma után; kettő közülük reponáltatott, egynél, a mely már 6 hónapos volt, a repositio nem sikerült, műtétbe egyezni pedig nem akart. Egynél habitualis luxatio állott fenn, reposition kivül ez sem engedett semmit.

Luxatio cubiti (mindkét csont) 3 eset, 2 férfi, 1 nő. Ezek közül egy acut, repositiora gyógyult; kettő régi. Egyiknél véres repositio, gyógyult; a másik műtétbe nem egyezve, változatlan állapotban távozott.

Distoesio articul. manus 1 eset. Borogatásra és massagera gyógyult.

Luxatio carpi dextri 1 eset; radius és ulna a tenyéri oldal felé luxálva. Repositio, kemény kötés. Gyógyulás functiozavar nélkül.

II. Lobok.

a) Lágyrészeken.

Gangraena manus sin. spontan, az egész kézre és az alkar alsó harmadára kiterjedő száraz üszkösödés. Amputatio, gyógyulás.

Phlegmone brachii 11 eset, 6 férfi, 5 nő. Felkaron 4 eset, incisiora gyógyultak. Alkaron 1 eset, incisiora gyógyult. A kézen 6 esetben, 3 incisiora, egy szürke kenőcsre gyógyult, egy műtét után házi kezelésbe ment át, egy műtétbe nem egyezvén, gyógyulatlanul távozott.

Arthritis tuberculosa cubiti 13 eset, 7 férfi, 6 nő (6 jobboldali, 7 baloldali). Közülök műtétbe nem egyezett kettő; kikaparása a beteg csontnak 2 esetben végeztetett, egyik gyógyult, a másik fistulával távozott; 9 esetben totalis resectio, gyógyult 7, kettő házi ápolásba ment át. A hét gyógyult közül derékszögbe hajlított merev izülettel távozott három, négynél minden irányban korlátolt activ mozgás.

Arthritis tuberculosa carpi 10 eset, 5 férfi, 5 nő (6 jobboldali, 4 baloldali). Műtétbe nem egyezett 3. A beteg csontok kikaparása végeztetett 4 esetben; egy gyógyult, 3 fistulával távozott. A kéztő resectioja 1 esetben gyógyult, korlátolt mozgathatósággal, de mesterségét — férfi-szabó — ma is folytatja. Kettőnél amputatio, gyógyultak.

Osteomyelitis, necrosis ulnae 3 eset. Necrotomiára gyógyultak.

III. Ujképletek.

Atheroma humeri egy férfinél, exstirpatio, gyógyult.

Lipoma humeri két eset, egy férfi, egy nő, exstirpatiora per primam gyógyultak.

Sarcoma humeri 1 nőnél, a vállon gyermekfejnagyságú dag. Kiirtás után 10 napra recidivázott.

Scrophuloderma 1 férfinél. Kikaparásra gyógyult.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Orvosok élete Angliában.

Család. Háziorvos. Iszákosság. Orvos elyzete a pappal szemben. Társadalmi érvényesülés. Assanáló törekvések. Társulati élet. Praxis átruházás. Orvosi jövedelem. Ferdeségek és kuruzsolók. Repressaliák.

Ha mi az angolokat az elv tve hozzánk elkerülő turistákból akarnók megitélni, alaposan csalódnank. Azokat a koczkás felöltőjű, hirtelenszőke, pofaszakálú urakat, a kik úgy járnak, mintha óramű mozgatná őket s a kik a hust félig nyersen eszik, azokat hiába keressük Angliában. Az angol ember külföldön csak utazik, de otthon él. Ugyanaz az ember, a ki a párisi opera *theâtre paréjára* képes szürke bicycli-ruhában elmenni, ugyancsak végig néz, ha valamelyik kis londoni szinházban nem *dressben* jelenünk meg! Az első nagy meglepetés tehát akkor éri a külföldit, ha Angliába jutva a megszokott és elképzelt furcsa angolok helyett feszes, kimért, etikettes, kiöltözött alakokat talál.

Még nagyobb a meglepetés, a mikor valamelyik ilyen hideg szigetlakó bevezet a családjába és bepillantást enged abba a meleg, vallásos, patriarchalis életbe, mely nálunk otthon elképzelhetetlen lenne.

Hol látjuk mi azt, hogy a ház ura esténként összegyüjti családját és a cselédséget, s felolvas nekik egy fejezetet a bibliából? Hogy az úrnő leül egy harmoniumhoz és a cselédek zsoltárénekét kisérje vasárnaponként? Külsőleg még a legközelebbi vérrokonok között sincs meg az a bizalmasság, mely a mi családi életünket jellemzi, de viszont sokkal kisebbnek látszik az az űr, mely a cselédet gazdájától elválasztja. Angliában a szobalány naponként háromszor öltözködik, tanul zongorázni, olvassa az újságot, fogad és látogatást tesz és ugyanazzal a *you*-val beszél úrnőjével, melylyel ez őt szólítja.

Az ily patriarchalis társadalomban a doktor helyzete is más, a régi időkre emlékeztető. Anglia a *medicus familiaris* hazája, s itt még léteznek azok a befolyásos, öreg házibarátok, a kikhez az egész család ragaszkodott, a kik születni látták a gyermekeket, beleszóltak ezek nevelésébe, a kiket megkérdeztek a fiú pályaválasztásánál, a leány férjhezmenetelekor, a kik kezébe a haldokló apa árváinak sorsát letette. Az angol gyermek azt hiszi, hogy testvérkéit a doktor hozza az egresfáról . . s néhány év előtt közölte a *Lancet* egy kis fiúnak a háziorvosukhoz intézett levelét, melyben az sürgeti őt, hogy juttasson már neki is egy kis testvérkét . .

Azonban Angolország sem egyaránt boldog. Talán nincs nép, melyben a kasztok oly szélsőségeket érnének el, mint az angolnál. Az orosz muzsik is nyomorult, de annak nincs sejtelme az úrnak életéről.

Az angol szegényember rettenetes küzdelmet viv az élettel és nagyon könnyen elbukik. Angliában átlag évenkint 15—20 embert végeznek ki gyilkosság miatt. Nálunk az utolsó akasztás tudomásom szerint 1888-ban volt! Pedig az angol embert phlegmatikus természete kevéssé praedestinálja a bűnre. Az angol, ha szerencsétlen, inkább leül és elmélkedik sorsáról, és miként tehetné ezt könnyebben, mint a szegények vigasztalójának, Lethe vizének, az alkoholnak társaságában.

Azokon a habitualis részegeskedőkön kivül, a kiknek hazája Oroszország, de a kik szép számmal vannak képviselve mindenütt, így nálunk is és a kik pénzerejükhöz képest hetenként egyszer vagy kétszer derekasan leiszszák magukat, keresve az alkoholnak stimuláló, vidító mámorát és a kik a hét többi napjain esetleg egész józan polgárai a társadalomnak — ezeken kivül Londonban egy más fajjal is találkozunk: a melancholiás öngyilkosjelöltekkel, a kik tudva halálra iszszák magukat. Elfogja őket a halni vágyás, már reggel bent ülnek a *public house*-ban, és iszszák a keserű, erős sört, alig esznek; bambán, eltompulva, tántorogva járnak, csakhamar annyira reszket kezük, hogy a poharat nem birják ajkukhoz emelni. Ilyenkor átkötik jobb csuklójukat zsebkendőjükkel, áthuzzák azt a tarkó felett s balkezükkel húzva a végét, úgy közelitik reszkető kezükkel a poharat. A vendéglős ilyenkor rajta van, hogy követeléseit behajtsa; műértő szeme felismeri, hogy az ivó pár hétnél tovább nem viszi.

A társadalom persze nagy küzdelmeket viv e kórral. Mindenekelőtt felemelték egy gallon alkohol adóját 11·6 d-ra (körülbelül 1 frt 20 kr. literenként); megszorították az alkoholkimérés jogát, idejét, helyét, az italok minőségét; olcsón kinálnak fűszeres, nem alkoholos italokat jól hangzó nevek alatt; sportra nevelik az ifjúságot, mértékletességi egyleteket, díjakat stb. alapitanak, politikai jogaiktól megfosztják a részegeket, asylumokat, leszoktató intézeteket létesitenek, szétszórják a munkásházakat, hogy a rossz példától elvonják őket . . . az alkoholomania mégis nagyon erős marad, s a társadalom két főharczosának, a papnak és orvosnak erejét ugyancsak igénybe veszi.

Ezek a társadalmi actiok tehát szoros érintkezésbe hozzák a papot és orvost; és minthogy a nép érzülete miatt a pap Angliában igen hatalmas, a vidéki orvosnak sorsa egy nálunk ismeretlen tényezőtől, a papnak jóakaratától függ. Ez különben is többnyire a földes úrnak fiatalabbik fia, s igy rokoni összeköttetéseinél fogva is nagy befolyással bir. Az orvos tehát a papnak kegyeit kénytelen keresni, és eljár rendesen a misékre, részt vesz iskolaszéki, kórházegyleti, jótékonysági gyüléseken, a hol rendszerint titkári szerepet visz; otthon étkezik, siet megnősülni, hogy rendes családi életet vihessen, s igy kiérdemelje a papnak elismerését. *Nékám.*

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Zur internationalen Nomenclatur der Todesursachen. Kritische Bemerkungen zu Dr. Bertillon's Vorschlägen. Von Dr. **Josef** von **Körösy**, Director des Budapester communalstatistischen Bureau's. Berlin, 1899. Puttkammer und Mühlbrecht, Preis 1 Mark.

Bertillon dr. a halálokok nomenclaturájának egységessé tétele végett három tervezetet állitott össze, a melyekből a különböző statistikai hivatalok tetszés szerint választhatnak a szerint, a mint egyszerübb

vagy complikáltabb nomenclaturát óhajtanak használni. Az első tervezet 44, a második 99 és a harmadik 161 halálokot tartalmaz.

Jeles statistikusunk, Kőrösy József legújabban megjelent munkájában a Bertillon-féle propositiokkal foglalkozik, azokat részletesen megbirálja és nagyobb részüket a magáévá tevé, azokat a dolgokat, a melyek ellen kifogásai vannak, tárgyilagos kritika alá veti és helyükbe a maga részéről módosításokat ajánl.

A szerző főleg a Bertillon-féle első nomenclaturával foglalkozik, mint a melyet az ügy érdekében első sorban tisztázandónak tart. A változtatásokat, melyeket a Bertillon ajánlotta tervezetben az első (44 halál-okot felölelő) nomenclaturára vonatkozólag Kőrösy ajánl, a szerző műve végén 24 pontban foglalja össze. Valóban előnyére lenne a Bertillon-féle tervezetnek, ha ezeket a propositiokat figyelembe veszik és a nomeneclaturában a Kőrösy által ajánlott változásokat elfogadják. Ime ennek bizonyítására néhány példa:

Bertillon „fièvre typhoide"-ot és „typhus"-t emlit, mi sok zavarra adhat alkalmat, Kőrösy nagyon helyesen azt ajánlja, hogy ezek helyett az a correctio tétessék, hogy külön rubrika legyen a „typhus abdominalis" és „typhus exanthematicus" feltüntetésére.

Az anaemia perniciosát Kőrösy külön rubrikába óhajtja vétetni, nem pedig együtt hagyni a chlorosis rovatával. A „persistance du trou de Botal" is nagyon helyesen a fejlődési rendellenességek rovatába tartoznék, nem pedig a szivbajok közé.

Az első nomenclaturából néhány fontos fertőző betegség, mint a cholera nostras, influenza, syphilis és veszettség egészen kimaradtak és azért Kőrösy ezek felvételét is szükségesnek jelzi stb.

Mindezeket és hasonló többi propositioit a szerző ismert szigorú és meggyőző logikájával tárgyalja, érdekes olvasmányt nyújtva a tárgy iránt érdeklődőknek.

Mint halljuk, az Orsz. Közegészs. Tanács is foglalkozott a Bertillon-féle nomenclatura-tervezettel és hibáit kimutatván, a belügyministerium figyelmébe ajánlotta azt a nomenclarurát, melyet annak idején készített és az országos statistikai hivatal által való használat végett a belügyministeriumhoz felterjesztett. —*y.*

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1899. aug. hó 6-dikától 1899. augusztus hó 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 446 gyermek, elhalt 310 személy, a születések tehát 136 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2403 beteg, szaporodás 867, csökkenés 798 maradt e héten végén ápolás alatt 2492. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. augusztus 13-dikától augusztus 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt 5), himlőben 0, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 11 (meghalt —), vörhenyben 42 (meghalt 5), kanyaróban 38 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyikban 17 (meghalt 1) trachomában 11, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 11 (meghalt —), orbánczban 9 (meghalt 2), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

△ **A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete** folyó év szeptember hó 22. és 23-dikán tartja III. köz- és nagygyülését. *A közgyülés* szeptember 22-dikén tartatik a kir. orvosegyesület üléstermében a következő tárgysorozattal: *a)* Elnöki megnyitó; *b)* titkár jelentése; *c)* pénztáros jelentése; *d)* esetleges indítványok. A közgyülést követi a nagygyülés, melynek tárgyai: ugyanazon nap d. e.: *Bauer* dr.: A cavitások formálása tömésekhez, különös tekintettel a zománczszélekre. *Dalma* dr.: Fémmunkák különböző módszerei s azok értéke; délután folytatás az egyetemi fogászati klinikán: *Hattyasy* dr.: A fornix cavi pulpae és az ostium can. dent. megnyitása. *Szabó* dr.: Üveg- és porczellántömések. *Bauer* dr.: Sekély cavitások tömése aranynyal. *Dalma* dr.: Új tömésféleség. Új módszer lenyomatok vételére. *Wolff* dr.: Empyema antri egy esete. *Weiss* úr Bécsből mint vendég: Újabb műszerek és módszerek. *Sándor* dr.: Contour-aranytömés. Szeptember 23-dikán, szombat d. e. a kir. orvosegyesület üléstermében: *Szabó* dr.: Caries chronica. *Bauer*: Contourtömés és separatio. *Árkövy* tnr.: A conservativ fogműtétek indicatioja; d. u. az egyetemi fogászati klinikán: *Kozma* dr.: Pericementitis phagaedenica (Black) új gyógymódja *Cserei* dr.: Clampek különböző fajai s azok felillesztése. *Balassa* dr.: Matriczok s azok alkalmazása. *Rothmann* dr.: Casustikus közlemények. *Rudas* dr.: Górcsövi készítmények bemutatása. Metallurgiai apróságok. *Bauer* dr.: Technikai apróságok. *Weiss* úr Bécsből mint vendég: Újabb eszközök és módszerek.

⊕ **A nemzetközi konferenczia,** melyet a *syphilis prophylaxisa* tárgyában összehívtak, mint már lapunkban jeleztük, szeptember 4-dikétől 8-dikáig lesz Brüsszelben. Részletes programmja a következő:

I. *A különböző országokban létező prostitutionalis viszonyok előterjesztése.* Kiküldöttek: *Németország* részéről: Dr. Blaschko (Berlin) és Dr. Neisser tnr. (Breslau). *Anglia* részéről: Dr. George Ogilvie és Dr. Drysdale (London). *Ausztria* részéről: Dr. Finger tnr. (Bécs). *Belgium* részéről: Dr. Bayet és Dr. I. Verhoogen (Brüsszel). *Bosznia* részéről: Dr. Glück (Sarajevo). *Chili* részéről: Dr. Valdes-Morel (Santiago). *Dánia* részéről: Dr. Ehlers (Kopenhága). *Egyesült-Államok* részéről: Dr. Dyer (New-Orleans). *Francziaország* részéről: Dr. Ozenne és Dr. Jullien (Páris). *Magyarország* részéről: Dr. Róna tnr. (Budapest). *Olaszország* részéről: Dr. Tommasoli tnr. (Palermo) és Dr. Bertarelli (Milano). *Norvégia* részéről: Dr. Axel Holst tnr. (Christiania). *Németalföld* részéről: Dr. Selhorst (La Haye). *Argentiniai közt.* részéről: Dr. Baldomero-Sommer (Buenos-Ayres). *Románia* részéről: Dr. Petrini de Galatz tnr. (Bukarest). *Oroszország* részéről: Dr. Petersen tnr. (Szt.-Pétervár). *Svédország* részéről: Dr. Welander tnr. (Stockkolm). *Svájcz* részéről: Dr. Jadassohn tnr. és Dr. Schmid (Bern). *Törökország* részéről: Dr. von Düring tnr. és Dr. Zotos (Konstantinápoly).

II. *Általános jellegű előadások. A) A syphilisnek veszélyessége a társadalomra.* Előadó: Dr. Fournier tnr. (Páris). *B) A b'ennorrhoea veszélyessége a társadalomra.* Előadó: Dr. Neisser tnr. (Breslau). *C) Mennyiben okolható a prostitutio a syphilisnek és veneriás betegségeknek terjesztéséel.* Előadók: Dr. Le Pileur és Dr. Verdière (Paris). *D) Mennyiben okolhatók a prostitution kivül egyéb fertőztetési módok a syphilis és veneriás betegségek terjesztésével.* Előadó: Dr. Lassar tnr. (Berlin).

III. *A tárgysorozat hat kérdésére vonatkozó előadások.* Első kérdés: A prostitutiot szabályozó és ez idő szerint érvényes rendszerek gyakorolnak-e befolyást a syphilisnek és veneriás betegségeknek gyakoriságára és elterjedésére? Előadók: Dr. Barthelemy (Páris), Dr. Blaschko (Berlin), Dr. Angagneur tnr. (Lyon).

Második kérdés: Lehetséges-e a prostitutio *orvosi ellenőrzésére* ez idő szerint érvényben lévő szabályzatokon javitásokat eszközölni? Előadók: Dr. Finger tnr. (Bécs), Dr. Jadassohn tnr. (Bern), Dr. Fiaux tnr. (Páris).

Harmadik kérdés: *Tisztán orvosi szempontból* előnyösebb-e a bordélyházak fentartása vagy czélszerübb-e azokat elnyomni? Előadók: Dr. Wolff tnr. (Strassburg), Dr. Pospilow tnr. (Moszkva), Dr. Hoeffel (Bouxwiller, Alsace).

Negyedik kérdés: A prostutitio *rendőri felügyeletének* administrationalis szervezésén lehetséges-e javitásokat eszközölni? Előadók: Dr. Welander tnr. (Stockholm), Schmölder, Oberlandes-Gerichtsrath, Hamm, (Westphalia), Dr. Mireur (Marseille).

Ötödik kérdés: Milyen *törvényes rendszabályokkal* lehetne csökkenteni azon nők számát, a kik a prostutitiot kenyérkeresetből űzik? Előadók: Dr. Neisser tnr. (Breslau), Lejeune ügyvéd, államminister (Brüssel), Bieber Boehm úrnő (Berlin).

Hatodik kérdés: Eltekintve mindentől, a mi a prostitutiora vonatkozik, mily *általános rendszabályok* volnának betartandók, hogy a syphilis és a veneriás betegségek terjesztése ellen irányult küzdelem sikeres legyen? Előadók: Dr. Lesser tnr. (Berlin), Dr. Kaposi tnr. (Bécs), Dr. Besnier (Páris).

☒ **A gyermekvédelmi kiállítás** a congressussal kapcsolatban szeptember 13-dikán nyilik meg. Érdekes tárgyak érkeznek bele úgy a vidékről, mint a külföldről. Maga a kiállítás a városligeti iparcsarnokban lesz elhelyezve, rendezését egy bizottság élén Kovács Gyula dr. kir. tanácsossal vállalta el, ki kiváló tevékenységet fejtett ki a millenniumi kiállítás idején is.

Ⓘ **Új katona-kórház** fog épülni Budapesten a III. kerületben, a Zsigmond- és Mecset-utcza közti területen; a katonai kormánynak az a szándéka, hogy a kórházi épületeket még ez évben tető alá hozza.

‖ **Iskolaorvosi tanfolyam.** A budapesti kir. tud. egyetem orvosi karán a középiskolai orvosi és egészségtan tanári tanfolyamra a felvétel végett beadandó kérvények szeptember 1-jétől 10-dikéig nyújthatók be az orvoskari dékáni hivatalba.

⚔ **Figyelmeztetés.** A VI. szünidei orvosi kursust, noha teljesen elő volt készítve, az eddig jelentkezett résztvevők csekély számára való tekintettel, ez idén megtartani *nem* fogják. Az elhalasztásra döntő volt az Országos Orvosszövetségnek Nagyváradon megtartandó évi congressusa, mely a kursus idejére esvén, amúgy is absorbeálja a résztvevőket. *Schaffer,* titkár.

⚔ **Jendrássik Ernő** dr. a budapesti egyetemen az idegkórtan ny. rk. tanárának Ő Felsége megengedte, hogy előadásait az összes belklinikai tárgyakra kiterjeszthesse.

⚒ **Lakásváltoztatás.** Idősbb *Siklóssy Gyula* dr. egyet. m. tanár és szemészfőorvos, lakását Kerepesi-út 10. sz. alá tette át.

⚔ **Hazai fürdők személyforgalma.** *Balatonfüred* (VIII/12.): 4046; *Új-Tátrafüred* (VIII/20.): 1411; *Lubló* (VIII/18.): 974; *Herkulesfürdő* (VIII/17.): 7752; *Tátrafüred* (VIII/15.): 1545; *Tátra-Lomnicz* (VIII/16.): 453; *Csorbai-tó* (VIII/14.): 5512; *Vihnye* (VIII/17.): 1126; *Korytnicza* (VIII/13.) 1343.

= **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet* 34. füzete, mely a „Görög műemlékek feltámasztásá"-ról szól. Ára 30 kr.

† **Elhunyt:** *Visy István* dr. f. hó 24-dikén Pécsett 91 éves korában.

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

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 üdítőfürdők. 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: Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.) 426. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (VII. rendes ülés 1898. október 27-dikén) 428. l. — Budapesti poliklinikai egyesület. (II. tudományos estély 1899. február 24-dikén). 428. l. — A III. Internationalis szülészeti és nőgyógyászati congressus. 429. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1899. május hó 17-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál.**

(Vége.)

Vulpius és *Bruck* egymással teljesen ellentétben levő eredményei arra birták *Heermannt*, hogy a Deutsche med. Wochenschriftben a mult év végén öt betegének kórtörténetét közölje, kik közül kettő ülő életmódot folytató sovány, anaemiás, három abnormalisan jól táplált volt: valamennyien emésztési és vérkeringési zavarokban szenvedtek. Ezek közül kettőnél általános kezelésre, kellő hygienikus és diaetetikai szabályok alkalmazása mellett hallást, és más tekintetben is igen jó eredményt ért el, míg három észlelés alatt maradt. Ezek alapján nem tartja jogosulatlannak a thyreoidin-tabletták adagolását ott, hol az általános kezelés azt szükségesnek mutatja; de hogy ő ezt mindeddig nem tette, ennek oka abban van, hogy pusztán általános kezelésre is jó eredményt kapott. Ha már most általános kezelés mellett ily betegeinknél thyreoidint is alkalmaztunk volna, vajjon az esetleg jelentkező hatást nem az utóbbinak tulajdonítjuk-e? Tekintve az egyáltalán nem biztató eredményeket és azt, hogy alkalmazása nem is egészen veszélytelen, szóló ez irányú kisérleteit tovább nem is fogja folytatni.

Tomka Samu: Tiz betegét, kiket thyreoidinnel kezelt, állandó felügyelet alatt tartotta, a szivet vizsgálta s csak azért nem hozta ezt fel, mert tudta, hogy a szakorvosok erre figyelemmel lesznek.

Hogy egy esetben heveny dobüreglob fejlődött volna, arról szólónak nincs tudomása, lehet, hogy az a tizenegyedik esetben lépett fel, melyről szóló nem referált, mivel a beteg csak pár napig járt hozzá, s azután kimaradt.

A mi a thyreoidin adagolásának súlyos következményeit illeti, ott fordult elő, hol óriási mennyiségben adagolták: 30 cgm.-os tablettákból hat darabot pro die; szóló csak 10 cgm.-os egy tablettát adott naponta; soha kellemetlen mellékhatást nem tapasztalt, sőt egy betegénél a fülzúgás megszünt, igaz, hogy hallása nem javult.

A mi az általános kezelés mellett a thyreoidin-adagolás eredményeit illeti, igaz, hogy néha érünk el javulást, hiszen vannak chronikus középfülfolyamatok, melyek spontan gyógyulnak; szóló egy esetben pilocarpinra ért el javulást; az eddigi eredményekből a pajzsmirigy hatására következtetni nem lehet, szóló csak beszámolni kivánt thyreoidinnel eddig kezelt eseteiről.

Rottenbiller Ödön: A II-dik számú sebészeti klinikán minden strumás betegnél adagolnak thyreoidint és pedig igen jó eredménynyel, mert a struma terimjében kisebbedik s igy a későbbi operationál fellépő vérzés prognosisa jobb. Osztja Schwarz nézetét, hogy a thyreoidea adagolása veszélyessé válhat, mert súlyos neuritis léphet fel, ügyelni kell továbbá a szivre s gyakran kell a vizeletet vizsgálni.

Schwarz Ede: A mi az adagolást illeti, szóló (nem a német, hanem az angol praeparatumot használva) ½ tablettáról emelkedett fel 3—4—5-re és tekintve azt, hogy *Ebsteinnek* újabban közölt tapasztalatai azt mutatják, hogy a soványító curák eredményei még nem állandók, másrészt sokszor kimaradnak, továbbá mivel nemcsak zsír,- de fehérjeveszteség is mutatkozik az esetleges lesoványodásnál, szóló szintén elébe helyezi dobüri megbetegedéseknél, ott, hol szükségesnek mutatkozik, az általános kezelést ezen nem minden veszedelem nélküli kúrának.

Irsai Arthur: Szóló is azok közé tartozik, kik először kisérleteztek struma ellen thyreoidinnal; sok esetben alkalmazta: először állatokon, azután betegeknél s végzett anyagcsere vizsgálatokat, s nem tapasztalt rossz hatást, csak úgy, mint más gyógyszerekkel, úgy a thyreoidinnal szemben is vannak, kik idiosynkrasiával viseltetnek. Azért említi ezt fel szóló, mert nem szeretné, ha valaki a mai discussioból azt a consequentiát vonná le, hogy a thyreoidint ne alkalmazzuk, mert ha thyreoidinnel csak néhány cm.-rel is sikerült a strumát leapasztanunk, már javitjuk példának okáért a nehézlégzést, melyet a légcsőnek compressioja okoz s igy indikált annak alkalmazása.

Némely esetben jó hasznot fog hajtani, természetesen nem minden esetben.

Alkalmazásánál óvatosnak kell lennünk s félbenhagyólag adagoljuk, figyelemmel kell lennünk a vizeletre, azt ne is annyira fehérje, mint inkább czukorra vizsgáljuk, mire Ewald hivta fel a figyelmet, a ki egy myxoedema esetében thyreoidin alkalmazására a vizeletben czukrot talált.

Nagyon karos hatása a thyreoidinnek nincs, mint ezt a D. Med. Wochenschriftben közölt eset is igazolja; hol t. i. egy gyermek véletlenségből számos 30 cgrm.-os tablettát fogyasztott el — azt czukornak nézvén — és semmi baja sem történt; mint mindenütt, a thyreoidin alkalmazásánál is individualizálnunk kell.

Rottenbiller Ödön: Szóló nem akarta azt mondani, hogy a thyreoidin adagolásától tartózkodjunk, hiszen a II. számú sebészeti klinikán minden még operálandó struma esetében is alkalmazzák, csupán azt hangsúlyozta, hogy elővigyázatosak legyünk.

Tomka Samu: Ismeri a veszélyeket, melyekkel a thyreoidin adagolása jár, mindig kis adagokat alkalmazott; a leirt fülzúgás nagy dosisoktól származik; mindig figyelemmel volt arra, nincsenek-e kellemetlen melléktünetek; egy esetben nagyon szép eredményt ért el vele.

Rhinoscleroma esete.

Morelli Károly: A mai esettel összesen négy rhinoscleromában szenvedő beteget észlelt, melyeket egész terjedelmében ismertetni szándékozik s rajzait bemutatja szines fametszetben. A ma bemutatott beteg a *Hebra* által 1870-ben először leirt rhinoscleromának idealis képét mutatja.

Az 1885-ben a kir. orvosegyesületben bemutatott és előadásában részletesen leirt betegnél, mely eset *első volt Magyarországon*, mely clinice lett észlelve és rhinoscleromának kórismézve, a mely kórismét később szövettani vizsgálattal *Hutyra* és *Babes* dr.-ok erősitettek meg. A rhinoscleroma itt nemcsak az orra, hanem a gégére is terjedt, s igy bemutató feljogositva érezte magát, hogy az esetet „rhinolaryngo-scleromá"-nak nevezze, a mennyiben a daganat a scleromának ép oly jellegző képét mutatta a gégében, mint az orrban; tudniillik kiemelkedő, sima fölületű, vörös-kékes kemény dudorok, melyek időközönkint centralis megpuhulást, szétesést, gyors hegedéssel mutattak.

A második esetet 1894-ben e helyütt mutatta be előadó, mely az első esettől annyiban tért el, hogy a jellegző kép az orr- és szájpadíveken is constatálható volt; igy ezen esetét „Rhinopharyngo-scleromá"-nak nevezte el. Ez esetében úgy a szövettani, mint a bacteriologiai vizsgálat agar-agaron és gelatinon positiv volt s a scleroma tiszta culturáit kapták.

A harmadik eset a mai, mely a *Hebra* által leirt rhinoscleromától csak abban tér el, hogy itt csak az első műtéti beavatkozás óta mutatkozik centralis szétesés időközönkint, felváltva a jobb és bal dudorban; de bár *Pertik* tanár és *Török* m.-tanár szövettani vizsgálata a rhinoscleromát megerősiti, a bakteriologiai vizsgálat eddig csak a streptococcus-culturát adta, míg az első esetben a centralis szétesés nemcsak az orrszárnyon levő dudorokra, hanem a gégében levők centrumára is vonatkozott, és hogy ezen részben megrepedt, részben megnyitott dudorok bennékéből is ki lehetett mutatni a *Mikulitz*-féle bakteriumokat. Az itt bemutatott nőbeteg 29 éves, kinél állitólag 9 éves korában a bal orrnyiláson pörk keletkezett, mely gyakrabban vérzett; a kis var lassan nőtt, úgy hogy 21 éves koráig már babnyi lett; később ugyanezen duzzanat átterjedt a jobb orrnyilásra s igy keresett először orvosi segélyt és akkor vidéken összehúzó szerekkel kezelték.

Hat évvel ezelőtt itt *Polyák* dr. kezelte és állitólag általa ekkor azon curában részesült, melyet 1870-ben *Hebra* után az észlelők gyakran megkiséreltek, tudniillik antiluetikus kezelésben; azonban sem higanyra, sem jodkalira állapota nem javult, mint ezt mások is, sőt első esetemben én is tapasztaltam s ekkor azután kikapartatott, a daganat azonban rendkivül gyorsan kiújult; egy évre reá *Irsai* tanár tette szabaddá a légzést és erre két évvel ezelőtt *Ludvik* igazgató az összes megbetegedett részek kiirtása végett felhasitotta az orrszárnyat s kiirtotta a tumort; azonban erre ismét csak kiújult s most előadó távolitotta el késsel és galvanocauterrel a kóros részleteket a bal orrlyukból.

Előadónak ez a harmadik bemutatott esete s ez mutatja tisztán, miután csak az orra vonatkozik, a mit *Hebra* akkor hangsúlyozott és jellemzőnek mondott. Ezen esetben sem hiszi, hogy sikerülne radicalisan teljesen megszüntetni a betegséget, hanem csak javulást elérni, a mint azt eseteikben *Billroth*, *Albert*, s mások is bizonyitják. Hogy a javulás lehet tartós, bizonyitja bemutató második esete, hol állitólag máig sincs kiújulás.

A szövettani vizsgálatot *Pertik* tanár és *Török* végezték, s mindkettő megerősiti a rhinoscleromát, de a beoltás gelatinon, melyet *Török* dr. szives segélyével végeztem első sorban, másodszor magam, a leggondosabban járva el mindkét alkalommal, mégsem adta a tiszta *Mikulitz*-féle culturákat, hanem csak streptococcus-culturát, miért is *Török* azon véleményben van, hogy itt vegyes infectioval van dolgunk. Mivel pedig eddig csak a baloldalt operálta bemutató, a jobboldalon levő tumort is alaposan fogja — főleg ezen felette érdekes lelet miatt — a legnagyobb figyelemmel és körültekintéssel vizsgálni ép úgy gelatinba, mint agar-agarba tett beoltásokkal, hogy a tiszta rhinoscleroma-bacillust nyerjék.

Polyák Lajos: Nem ért egészen egyet előadóval, hogy a rhinoscleroma a ritkaságok közé tartoznék, minden évben látunk egy-két esetet, legtöbbet *Róna*, szólónak is volt két esete, Navratilnak 3—4; ezek nem azon esetek, melyek Bécsben fordultak meg Galicziából, hanem magyarországi esetek.

Öt év előtt volt egy esete, melyben csekély keményedés volt az orrszárny bőrén a bőr és nyákhártya határán, külsőleg kezdődő scleromának imponált s időnyerés czéljából jodkalit rendelt a betegnek, nem mintha luesnek tartotta volna; ezen keményedés növekedett, majd zsugorodott, kimetszette, górcsővel megvizsgálta s oltott belőle; rhinoscleroma-culturákat nem nyert, górcső alatt sem találta meg a Mikulitz-féle sejteket; a perichondrium megvastagodott, sejtproliferatio volt az edények és perichondrium körül; a betegnél radicalis műtétre nem volt szükség.

Érdekes, hogy az eset rhinoscleromának bizonyult, melynek kezdeti stadiumát olyannak felismerni nem lehetett.

Irsai Arthur: A Morelli által bemutatott beteget ő is észlelte; mindkét orrnyilása teljesen el volt dugulva, 8 hónapig feküdt kórházban s mivel nem tudtak vele mit csinálni. Ludvik feltárta az orrot és kihasított a daganatból a mennyit lehetett, s ez által az orrlégzés lehetővé vált. A mit Polyák említett, hogy a metszetekből nem lehetett a rhinoscleromát diagnoztizálni, arra nézve szóló felemliti, hogy a diagnosist a szövettani leletből és a bakteriologiai vizsgálat positiv eredményéből biztosan lehetett megállapitani, mit megerősített a klinikai kép.

Róna Sámuel: Ezen esetek tényleg igen ritkák; szólónak csak egyetlenegy esete volt; a rhinoscleroma csak bizonyos országokban fordul elő s köztudomású, hogy endemia csaknem úgy mint a lepra; igy például nincs Franczia országban; a legtöbb eset Ausztriában fordult elő, Oroszországban 29, Közép-Amerikában 22, Olaszországban 5 eset, Magyarországon a bécsi 5 esettel együtt eddig összesen 17 biztos rhinoscleroma eset észleltetett.

A mirigyek viselkedését illetőleg előrehaladott esetekben határozottan regionalis mirigyduzzanat van jelen, minek hiányát pedig *Besnier* klinikai differentialis jelnek veszi lues és carcinomával szemben.

Morelli Károly: Hogy a rhinoscleroma, nem tartozik a gyakori esetek közé, bizonyitja, hogy *Róna* kartárs is csak egy esetet észlelt eddig, de főleg az általa összeállított statistika. A kapott felvilágositás után a bemutatott eset annál érdekesebb, mert *Polyáknak Törökkel* akkor még nem sikerült a rhinoscleromát górcsővel felismernie, s reá egy évre pedig már *Irsainak* sikerült, sőt a culturákat is kitenyésztette *Krompecher*; most szólónak *Törökkel* együtt nem sikerült tiszta culturákat kitenyészteni. Hogy a betegnél az első műtéti beavatkozás óta időközönkint a dudorok közepén felváltva szétesö góczok támadnak, fájdalom, feszülő, kellemetlen érzés kiséretében, ezzel nem akarja azt mondani szóló, hogy a műtéti beavatkozásnak szerep jut, de rendkivül érdekes, mert alig van ilyen eset közölve. Az elsőt 1880-ban *Zeissl* irta le, a második bemutatónak első esete, de ezeknél a betegek semmi oki összefüggést nem hoztak fel a kezeléssel; az esetek ritkasága, a centralis szétesés ez esetben, a gyors kiújulás, a kór lefolyása megérdemli a bemutatást mindenkor.

A bakteriologiai vizsgálat negativ eredményét annak tudja be, hogy a streptococcusok léptek előtérbe; talán azért, mert éppen szétesés indult meg a dudorban.

A negyedik esetben, melyet alkalomadtán szintén be fog mutatni, a betegség megjelenése érdemli meg a figyelmet, a mennyiben sem az orrszárnyon, sem a sövényen elől, vagy a gégében, garatban, hanem csak a három orrkagylón hátul és a sövény szélén vannak a sclerotikus elváltozások, melyeket csak a rhinoskopia posterior tár elénk.

Lövés a hasba a belek többszörös sérülésével.

Donhoffer Szilárd: Jelen beteg husvét másodnapján délután 5 órakor jelentkezett a kórházban azon kijelentéssel, hogy társa azelőtt egy órával 6-os Flauberttel hasba lőtte.

A lövés helye a köldök alatt balra 5 cm.-nyire fekszik. Vizsgálat czéljából a lőcsatornát tágitotta s ekkor kiderült, hogy a löveg a hasűrbe hatolt. Ez által — hogy a löveg a hasűrben volt — már indokolt volt a rögtöni laparatomia, bár a bélsérülés tünetei, mint: nagyfokú idegrázódás, elesettség, gyenge szapora pulsus, nagyfokú anaemia, heves fájdalmak, bélcolica, stb. hiányoztak. Ha teljesen elzárkózni azon nézet elől nem is lehet, épen a fönnebbi tünetek hiánya miatt, hogy a löveg sem a bélt, sem nagyobb edényt talán nem sértett, vagy ha sértett is, a bél nyálkahártyájának a kitüremkedése a nyilást elzárhatja s igy a béltartalom kiürülése a szabad hasűrbe meg lett akadályozva s ez esetben a beteg laparotomia nélkül is meggyógyulhat, mindazonáltal tekintve a próbalaparotomiának aseptikus eljárás melletti veszélytelen voltát: joggal hiszi szóló azt, hogy a radicalis beavatkozás által a beteget sokkal kevesebb veszélynek tesszük ki, mintha conservative járunk el s a beteg sorsát a véletlenre bizzuk. Kellő előkészités után a műtétet narcosisban, nem a linea albában, hanem a már előbb harántul tágitott lőcsatorna irányában, körülbelül 5 cm.-nyi hosszúságban, a hasfalon keresztül hatoló sebrésben végezte. A vékonybelet előhúzta s annak alsó szakaszának megfelelően 150 cm. hosszúságú béldarabon 10, a projectil által okozott nyilást talált. Az egész vékonybél háromszori végignézése után meggyőződtek arról, hogy több nyilás nincs. Számottevő vérzést, valamint bélsarat a szabad hasüregben nem talált. A bélsérülés egyesitésénél először a nyálkahártyát az izomzattal átöltve egyesitette, azután a peritoneumot ráfordítva *Lembert*-varattal fölötte összehúzta. A bélnyilások egyesitése után a hasüreget szárazon kitörülte és kitisztitotta, majd a hasfalakat egyesitette. A löveget nem találta meg.

Utókezelés tinctura opium adagolásában és jégzacskó applikálásában állott.

Kórlefolyás nem volt láztalan; peritonitisnek azonban nyoma nem volt, hanem a láz a hasfali fascia elgenyedésében lelte magyarázatát, melybe a löveg, mely a ruhán keresztülhatolt, a foszlányokat bevitte és deponálta, úgy hogy a hasüregbe abból semmi sem jutott.

Műtét után 8-dik napon volt betegnek először széke, azóta a belek működése rendes.

Gyógyulása után felmerült az a kérdés, vajjon a löveg, mely a hasüregben maradt, esetleg eltávolitandó-e s prognosis szempontjából is fontos annak tudása, vajjon a löveg hol fekszik s utólag, vándorlás útján, nem fog-e bajt okozhatni?

A Röntgen-fénykép szerint a löveg az os sacrum bal oldalán, az incisura ischiadica major magasságában fekszik, mely az os sacrum 2—3. csigolyájának felel meg s minthogy a különben gömbölyű projectil alakja jelenleg ellapult, ovalis, az következtethető, hogy a csonton lapult el, tehát azon fekszik s igy későbbi complicatiokat alig fog okozni s a löveg eltávolitása jelen idő szerint legalább is nem indicált.

Pemphigus esete.

Ferenczi Sándor: A bemutatandó beteg B. P. 64 éves hevesmegyei születésű napszámos, ki mult év október haváig teljesen egészséges volt. Öröklési terheltség nála ki nem mutatható. Köztakarója az emlitett idöig rendes szinű volt, semmi elváltozást nem mutatott. 1898. októberében a jobb lábaszárán koronamekkoraságú területet elfoglaló hólyag lépett fel; hogy előbb volt-e a hólyag felléptének megfelelő vörös folt, s hogy a kitörés előtt vagy alatt lázas volt-e: arra visszaemlékezni nem tud. A hólyag felnyilt s belőle kissé sárgás, tiszta folyadék ürült ki, ez később beszáradt, de már előzetesen a környéken újabb hólyagok léptek fel, melyek hasonló sorsban részesültek. Pár héttel később a mellen és háton léptek fel nála hólyagok rendetlen csoportokban, azután az arczon, s végül alig maradt hely, a mely a hólyagos kiütéstől megkimélve maradt volna.

A beteg jellen állapota a következő: az egyén nagymérvben lesoványodott, erőtelen; izomműködése petyhüdt, a végtagok mozgathatósága a bőrelváltozások folytán csökkent; hangja gyengült, szóval a cachexia képét mutatja. Az egész köztakaró — a tenyerek és talpak kivételével — fel a hajzatos fejbőrig sötétbarnásan elszinesedett, hasonlóan az *Addison*-kórnál megfigyelhető festenyzettséghez. Az egész törzsön és az alsó végtagokon krajczár-forintnagyságú, néhol egymásba folyó és nagyobb felületet képező, levált hámrétegek és leszáradt váladékból álló pörkkel fedett helyek láthatók. A beszáradt váladék eltávolitása után kitűnik, hogy a pörk alatt friss felhámképződés folyik. Némely helyütt, de csak elszórtan, tegnap még laza hólyagot alkotó felhámleválások voltak láthatók, melyekből nyomásra sárgás szinű, genyes-savós váladék volt kiüríthető. A jobb karon, a perineum táján, a farpofákon és a háton a corium szabálytalan alakú felületeken lecsupaszitott, vörös, nedvező, szélein a felhám rétegesen lehámlott. A leirt helyek közötti területek részint hámló pörkkel fedettek, részben szárazok, atrophikusak, pergamentszerűek, felületesen hegesek. Az arczon is pigmentatio látható, a jobb fül előtt eczemaszerű duzzanat. A mirigyek az egész testen megnagyobbodvák. A buccalis nyákhártyán fehéres hámfelrakódások, a nyelven pedig hámleválásból folyó vörös foltok észlelhetők. Az idegrendszer elváltozást nem mutat, csak a bőr visszahajlási ingerlékenysége fokozódott. A vizeletben abnormis vegyi alkatrészek nincsenek.

A leirt kórképet pemphigusnak, és pedig p. foliaceusnak tartja. Jelenleg a test legnagyobb részén nincsenek nagyon friss hólyagok, de a hol vannak, ott a hám vajastésztaszerű réteges leválása, a corium lecsupaszitása és nedvedzése jellegzetes. A hol a folyamat gyógyult, ott nem lehet megkülönböztetni, vajjon vulgaris, vagy foliaceus foltok voltak-e jelen; különben ez a két kóralak sokszor egymás mellett is előfordul. A néhol észlelhető hegek nem szólnak a pemphigus kórisméje ellen, mert az újabb vizsgálatok szerint pemphigusnál az egész felhám leválik a retevel együtt, és igy a felületes hegek képződése megmagyarázható. Eczema rubrum vagy bullosum ellen szól a nagyfokú cachexia, a subjectiv tünetek hiánya. Dermatitis herpetiformis Duhring nem szokott ily nagy területekre kiterjedni, különben is — *Kaposi* szerint — a legtöbb Duhring-féle eset pemphigusnak tekinthető. Mellesleg lobtünetek hiányzanak. Scabies bullosa ellen szól az atkajáratok hiánya, a localisatio az arczon is, stb.

A therapia egyszerű puhító, majd szárító kenöcsök applikálásában, belsőleg roboransok adagolásában kell hogy álljon. A prognosis — tekintve a nagyfokú cachexiát és a nyákhártyán észlelhető szövődményt — igen kedvezőtlen.

Róna Sámuel: A diagnosis kétségtelen és mutatja, hogy a pemphigus milyen kimenetelű s a dermatitis herpetiformis Duhringgel nem azonositható.

Lichen scrophulosorum esete.

Havas Adolf: A 21 éves nőbetegnél a törzs köztakaróján halovány rózsaszínű, vagy vörös, a tüszők nyilásának megfelelő keményebb, nagyobbrészt vékony pikkelylyel fedett, csoportosan egymás mellé helyezett, nem viszkető, kölesnyi göbcsék vannak. A felső és alsó végtagokon nagyobb, livid szinezetű, acneszerű, genyes hólyagcsával ellátott göbök. Az állalatti mirigyek tetemesen megnagyobbodottak. A nyak köztakaróján heges behúzódások. A nagy szeméremajkakon a faggyúmirigyek nyilásának megfelelőleg egész lencsényi, részletben genynyel telt hólyagcsával ellátott göbök. A beteg differentialis diagnosis szempontból érdekes, mert a bántalom megkülönböztetése a kis papulosus syphilidtől nehéz, és pedig annál nehezebb, mert éppen scrophulotikus egyéneknél a syphilis fentjelzett alakja gyakrabban fordul elő. Minthogy azonban a betegnél sehol sem lehet a luesre egyéb tünetet találni, úgy per exclusionem is a kórisme lichen shrophulosorumra volt teendő. A nagy szeméremajkakon látható súlyosabb változások oly módon keletkeztek, hogy e részek a gonorrhoeában szenvedő betegnél a váladék által izgattattak. A prognosis quoad vitam jó, quoad sanationem kevésbbé jó. Therapia: Jod, csukamájolaj belsőleg. Zsongító étrend.

Angioma cavernosum esete.

Havas Adolf: A betegnél a bal arczfél egész terjedelmében, fel egészen a conjunctiva bulbiig spongyaszerű, szederjes szinű, nyomásra lelapuló képletté alakult át. A betegnél tüzesitett fémmel való szúrással és electrolysissel iparkodtak a daganatban a vért alvadásra birni és igy abban zsugorodást előidézni, de mindeddig sikertelenül. A bán-

talom csak úgy szüntethető meg, ha az odavezető véredényt képesek leszünk feltalálni és alákötni. A beavatkozés annál szükségesebb, mert különben a folytonos nagyobbodás folytán a daganat a bulbusba benyomulhat és exophthalmust, esetleg a szem sorvadását idézheti elő.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VII. rendes ülés 1898. október 27-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Struma syphilitica esete.

Hültl Hümér: (Lapunk más helyén egész terjedelmében hozzuk.)

A belélegzési kúrák javallatai.

Ziffer Emil: (Ezen előadás más helyen lett közölve.)

(VIII. rendes ülés 1898. deczember 1-jén.)

Elnök: **Böke Gyula**; titkár: **Polyák Lajos.**

Rhinoscleroma esete.

Hültl Hümér: K. K. 35 éves, napszámosnő (születéshelye Teplicska, Szepes m., tartózkodási helye évek óta Sajó-Szentpéteri, Borsod m.) előadja, hogy 10 éves korában himlője volt, különben pedig mindig jó egészségnek örvendett, míg jelen baja 3 év előtt elkezdődött. Állitólag bal orrnyilásában egy borsónyi daganat képződött, mely azóta folyton növekedett, valamivel később a jobb orrnyilásban is hasonló folyamat indult meg. Jelenleg az orr ökölnyi mekkoraságra dagadt, bőre feszes és fénylő, kékesbarnásan színezett. Mindenütt egyenletesen kemény, nagyjában symmetrikus, a jobb orrczimpa azonban valamivel nagyobb, mint a bal. Az orrsövény elődomborodik és mindkét orrnyilásból cseresznyenagyságú, sötétpiros, kemény, baloldalt pörkkel fedett daganat dudorodik elő. A pörk leválasztása után vérző fekély látható. Levegő számára az orrjáratok már $^3/_4$ év óta átjárhatatlanok, jelenleg kutatóval sem lehet behatolni. Az uvula teljesen hiányzik, helyén és a mellső garativeken fehéres hegek láthatók. Nyelés nem korlátozott. Kétségtelenül rhinoscleromával van dolgunk, a kép oly kifejezett, hogy más bántalommal az elcserélés egészen lehetetlen. A pharynxban látható elváltozások sem ejthetnek zavarba senkit, mert mint *Köbner* után tudjuk, majdnem minden rhinoscleroma-esetben a pharynx is részt vesz a folyamatban; ritkábbak a zsugorodott inyvitorlán lévő hegek, de már *Kaposi* is leirta őket. Ezen esetben a nyákhártyát boritó kévés pörknek semmi szagát sem birtuk felfedezni, pedig *Juffinger* szerint ez jellemző tünet lenne, úgy hogy ő ezen egy körülményből is képes a diagnosist felállitani. Mint általában ismeretes, a rhinoscleromát gyógyithatatlan bántalomnak tartják, legalább sem tágitás, sem égetés vagy étetés, sem bedörzsölésekkel vagy parenchymás injectiokkal eddig nem sikerült eredményt elérni. Ezért *Navratil* tanár már régebben a kóros részeknek épben vezetett metszésekkel való kiirtását kisérelte meg és pedig jó eredménynyel, mint azt pl. egy e helyen is bemutatott s a „Sebészi adatok 1898"-ban közölt eset bizonyitja. Ezen radicalis eltávolitás van itten is tervbe véve és pedig tekintet nélkül, hogy vajjon az orr lágy részei megtarthatók-e vagy nem, mert utóbbi esetben itt is ép úgy a homlok bőréből plastice szándékozik *Navratil* tanár új orrot képezni, mint a másik fentebb emlitett esetben. Az eredményről műtét után be fogunk számolni.

Morelli: Megnézte a garatot is és olyan nagy beavatkozást, mint a minőről a bemutató szólt, nem tart indicáltnak. Az ilyen eseteknél arra kellene tényleg csak szoritkozni, hogy a mint azt Billroth és mások is emlitették, könnyitsük a beteg légzését tágitás, égetés vagy az orrjáratok kikaparása által; az ilyen beavatkozás persze ismétlést kiván.

A tervezett nagy beavatkozás ezen esetben, hol az orr porczos része, a lágy szájpad, nyelvcsap és garat bele vannak vonva a folyamatba, nem vezet tartós eredményre.

A galvanocaustikus kezelésnek, mint időleges beavatkozásnak van sikere, egy ilyen esetében négy év óta szabad a légzés.

Hültl: Az első eset, melyet *Navratil* meggyógyitott, majdnem olyan súlyos volt, mint ez, a műtét menete több szakaszból állott: először az alsó ajak kiirtása és plasticája, azután az orr és orrjáratok operálása és csak miután a beteg hónapok óta meggyógyult és a kórházba visszatért, végeztetett a rhinoplastica.

Morelli: És a garatban?

Hültl: Ott folyamat nem volt. A jelen eset terve az, hogy az épben vezetett metszéssel minden kóros eltávolitandó és csak azután képeztetnék az orr, daczára az orrgaratüregben lévő heges képződéseknek.

Hét év előtt műtött gégefedő angiosarcoma gyógyult esete.

Morelli Károly: A bemutatott 25 éves L. M. nevű bádogos 1890. évi április 6-dikán jelentkezett először tüszős mandulalobbal az ambulatoriumban. A vizsgálat alkalmával a nyelv lenyomásánál egy tojásnyi, sima felületü, sötét biborvörös, kemény, eléggé mozgatható, széles alapon ülő daganat tünt elő, mely a gégefedő bal szélétől a nyelvtőig terjedő alapból indult ki. Feltünő, hogy mindezideig a betegnek semmi kellemetlenséget nem okozott sem légzésnél, sem nyelésnél s igy tudomása sem volt az álképlet jelenlétéről, mig reá nem irányitotta figyelmét.

A mandulalob gyorsan lefolyt s miután a műtét kivitelének miként je felől kellőleg tájékozni kivánta magát, nemkülönben megfigyelni, a daganat nem nő-e gyorsan, és különben is a satnya egyént jobb táplálkozás által erősiteni is szükségesnek tartotta: a műtétet csak 1891-ben, augusztus havában végezte annyival is inkább, miután az utóbbi időben az álképlet gyors növekedésnek indult annyira, hogy nyelésnél, légzésnél — főleg éjjel — akadályozta, sőt időközönként vérzett is. Miután a beteg az ecsetelések által az idegen test elviseléséhez szoktatva lett, nemkülönben a daganat és környéke 25%-os cocainnal érzéstelenitve lett, galvanocaustikus kacscsal igen lassú szűkités mellett a daganatot lemetszette, Haberern J. Pál dr. szives segédkezése mellett, ki egyszersmind a szövettani vizsgálatot is szives volt eszközölni, melylyel az angiosarcoma megerősitve lett. A lefolyás sima volt, és úgy a műtét alatt mint azután, sem vérzés, sem nagyobb vizenyő nem zavarta azt. A 7 év előtt műtött betegnél a daganat kiújulásának ma sincs nyoma. A gégefedő bal fele halvány, csak mintegy kétszerese vastagságban a jobboldalnak, de sem légzési, sem nyelési nehézséget az illetőnek nem okoz. A daganat hű színes képével illustrálja bemutató esetét műtét előtt.

Budapesti poliklinikai egyesület.

(II. tudományos estély 1899. február 24-dikén.)

A Basedow-kór villamos kezelésének sikeréről néhány eset kapcsán.

Schaffer Károly: Bemutató egy demonstrált eset és három be nem mutatható eset kapcsán azt fejtegeti, hogy a villamgyógyászati eljárások jó hatásúak a Basedow-kórnál, mert a struma, tachycardia, a remegés tetemesen enged, kivéve az exophthalmust, mely makacsabb. Elemezvén az electrotherapiának értékét, arra a conclusiora jut, hogy az lényegileg suggestiv hatású, bár bizonyos tekintetben az alkalmazott módszerek physikalis hatását teljesen kétségbe vonni nem akarja.

A húgycsőblennorrhoea antiparasitás gyógyitási módjai.

Feleki Hugó: E dolgozata folytatása egy 1889-ben megjelent hasonló czimű közleményének. Ez alkalommal az utolsó évtizedben a kankó abortiv gyógyitó módjaiként ajánlt antiparasitás eljárásokkal foglalkozik, melyek közül elterjedtsége folytán két methodus válik ki: a boroszlói iskola által kezdeményezett és propagált új czüstkészitmények injiciálása prolongált befecskendések alakjában és a francziák által terjesztett Janet-féle eljárás, azaz a blennorrhoeának kalium hypermanganat-oldattal való kezelése, illetőleg az egész húgycső és hólyagnak ezen szerrel katheter nélkül való öblitése.

Előadó sorban ismerteti az újabb czüstkészitmények hatását több száz betegen végzett kisérletei alapján, melyekkel párhuzamosan antiparasitás hatással nem biró adstringens szerekkel tett egyidejűleg vizsgálatokat. Ezen szereknek a kankó therapiájában való alkalmazása kétségtelenül nyereségnek tekinthető, de nem felel meg a tényeknek az e szerekről hirdetett állitás, hogy friss megbetegedések eseteiben abortive hatni, a gonococcust mindig gyorsan eltüntetni és a kankó hátraterjedését, valamint complicatiok létrejöttét az esetek aránytalan többségében megakadályozni képesek s hogy azok a kankó souverain gyógyszereiként tekintendők. Megvan e szerek indicatioja s contraindicatioja, s csak más szerekkel s esetleg egyéb kezelési methodusokkal combinálva lehet az esetek többségében, még friss esetekben is czélhoz jutni.

A Janet-féle eljárás urethritis anterior recens eseteiben jó eredménynyel alkalmazható, bár F.-nek semmi oka, hogy ilyenkor az eljárás kedvéért az általa évek óta gyakorolt és publicált abortiv eljárását elhagyja.

Ne alkalmaztassék a Janet-féle eljárás jelentékeny lobtünetek fennállása esetén, sem acut urethritis anterior, sem urethritis totalisnál. Idült esetekben az ismertetett két eljárás egyikével sem fogunk czélt érni. Itt a tükörhöz kell folyamodnunk, az ecsetelések és a mechanikus gyógymódok különböző alakjai közül a javaltakat alkalmazni. Előadó indittatva érzi magát szembeszállni a kankó therapiájánál még mindig dívó általánositásnak. Ne feledjük, hogy részben jól ismert, részben előttünk ismeretlen tényezők által a kankó lefolyása eltérő kórképet mutathat, a mint erről legjobban meggyőződhetünk, ha localis kezelés alatt nem lévő, fekvő betegeken észleljük a tünetcsoportokat. És ha látjuk, hogy egyébként hasonló viszonyok között az egyik kezeletlen eset enyhe, de lassú, complicatioktól mentes, a másik pedig gyors, heves, a localis és a távol eső szervekben is manifestálódó tünetektől kisért lefolyást veszen, bizonyára nem indokolt a kankónak az ismertetett két eljárás hivei által is proponált ugyanazon mintára való kezelése csak azon a jogczimen, mert valamennyi eset ugyanazon pathogen-gombának tulajdonithatja létrejöttét.

Kosztka Emil, ki 600 esetet kezelt Janet szerint, complicatiot egyszer sem vett észre és az átlagos gyógyulás 22 nap volt.

Kiss Gyula a Neisser-féle elvek és a Janet-féle eljárás birálatát illetőleg egyetért előadóval. A Janet-féle eljárással az infectiot követő 3 napon belül leggyakrabban abortiv gyógyulást lehet elérni. Később bármely eljáráshoz forduljunk, az eredmény nem lesz szembetünő mindaddig, mig a betegség acmejét jóval túl nem haladta. Ezen időszakban ismét gyors javulásokat látunk. A váladék csökkenéséből és főként a gonococcus eltünéséből a folyamat gyógyulására és az alkalmazott keze-

lés megfelelő voltára lehet következtetni. A gonorrhoea azonban az esetek nagy számában minden kezelés mellett chronikussá válik. A chronikus szakban Oberländer dilatatios kezelése a megfelelő.

Valószinűnek tartja szóló, hogy a gonococcus épen akkor, midőn a heveny tünetek megszüntek, mindinkább az epithel felületére húzódik vissza és leginkább a folliculusok belsejében húzódik meg. A chronikus szakra nézve jellegző infiltratumok mélyében gonococcust feltalálni eddig nem sikerült. A gonococcus megfelelő kezelés mellett a chron. szakban általában hamar tünik el a váladékból.

Feleki Hugó, ki zárszavával él, Kiss ellen hangoztatja, hogy a gonococcus a mélységben van. Kosztka statistikáját rendkivül kedvezőnek tartja.

A III. internationalis szülészeti és nőgyógyászati congressus.

(Augusztus 8—12.)

A németek és németajkú nem németek tüntető távollétében játszódott le Amsterdamban a szülészek és nőorvosok e harmadik congressusa, mely igy internationalisnak tervezve bár, de facto, mint extragermanikus folyt le.

Nem ismeretlen az orvosi közönség előtt az aversio, melylyel a német professorok néhány év óta a hollandiak ellen viseltetnek, hiszen a szóharcz, mely a groningeni nőgyógyászati tanszéknek német professorral történt ideiglenes betöltése alkalmából született meg, hosszú időn át bő anyagot szolgáltatott a szaklapoknak. De itt-ott a politikai lapok is szivesen foglalkoztak a dologgal, eléggé éleshangú vitát eredményezve, melynek kiindulási pontját — méltán-e vagy nem méltán — a hollandiak részéről sértett nemzeti önérzet képezte, vége pedig az volt, hogy a német professor a hollandi kathedrát otthagyta. Igy adódott egyik dolog a másikból s hogy az ellentét ez idő óta még mindig nem egyenlitődött ki, bizonyitja az, hogy a németek előző megegyezés után, melynek kezdeményezése egy akkor még lipcsei professortól indult ki. tüntetőleg távol tartották magukat a congressustól. Ez annál sajnálatosabb tény, mert a közös elhatározás elől maguk a referensek sem térhettek ki, kik alkalmazkodni kénytelen, referatumaikat beküldték ugyan, ők maguk azonban nem jöttek el.

Annál nagyobb számmal láttuk a többi nemzetek fiait, kik között főleg az élénk francziák s a melegvérű olaszok gondoskodtak arról, hogy a discussiok heve és a tárgyalások élénksége minden kivánságnak megfeleljen.

Az előre bejelentett előadások számát még a congressus folyamata alatt hozzájárult jó csomó tetőzte, olyannyira, hogy a tárgyalandók halmazának kényszerűsége alatt a szervező bizottság már a második napon czélszerűnek találta, hogy a társaságot megoszsza oly módon, hogy a központi egyetem aulájában a nőgyógyászati, egy ezzel szomszédos teremben pedig a szülészetbe vágó themák előadóinak adott helyet. Ez eloszlást főleg a nagyszámmal megjelent francziák vették jó néven kiknél mint ismeretes, a szülészet és operativ nőgyógyászat nincsen mint egyebütt in praxi personalis unióban.

Két szülészeti és két nőgyógyászati themát bocsátott discussio alá a congressus. És pedig:

1. Az antisepsis és a technica viszonylagos értékéről az operativ gynaecologiában. Referensek: Bumm (Basel), Richelot (Páris).

2. A fibromák sebészi gyógykezeléséről. Ref.: Doyen (Páris), Schauta (Bécs).

3. A helyzet befolyásáról a medencze alakjára és méreteire. Ref.: Bonnaire (Páris), Pinzani (Pisa), Walcher (Stuttgart), Lebedeff (Szt.-Pétervár).

4. A császármetszés indicatiojáról a symphysiotomia, a craniotomia és a mesterséges koraszülés indicatiojával szemben. Ref.: Barnes (London), Leopold (Drezda), Pestalozza (Florenz), Pinard (Páris). (A nagy gonddal kidolgozott értekezések és az azokhoz fűződött discussiok, valamint a többi nagyszámú közlemény szokásos lakonikus kivonata alig tájékozná az olvasót a dolgok állásáról, bő reproductio pedig túlhaladná az ily jelentéseknek szánt tért.)

A jelenlevő tagok nagy érdeklődése kisérte a tárgyalások menetét s nagy figyelemmel hallgatták végig az élénk discussiokat. A délutáni ülések után Doyen dr. cinematographjával falra vetitette a műtétet agypihentetőül és szemkápráztatóul, természetesen a közönség hálájának félreismerhetlen nyilvánulása közepette. Már az első cinematographiai séance hire annyira elterjedt a holland fővárosban, hogy a másodikra összegyült kiváncsi hölgysereget a congressus elnöke azzal a kijelentéssel, hogy a nőgyógyászati congressus nem a nők mulattatására gyült össze, ethikai okokból a legerélyesebben kitiltani volt kénytelen.

A hangulat elejétől végig igen jó volt s a főváros, a holland gynaekologiai társulat és a szervező bizottság nagy figyelmének köszönhető, hogy az amsterdami congressus nemcsak tartalmilag, de alakilag is szépen sikerült. A conventionalis búcsúvacsora után a szélrózsa minden irányában széledtek el a congressus tagjai, szép emléket vivén magukkal a holland fővárosból.

A következő internationalis congressus szinhelyét egy erre kiküldött bizottság még csak ezután fogja megállapitani.

Amsterdam, 1899. augusztus 14.

Schw. H. dr.

PÁLYÁZATOK.

37/899. Sz.

Az abrudbánya-verespataki Nehezék Pénzalap Választmánya elhalálozás következtében megüresedett **abrudbányai főorvosi** és lemondás következtében megüresedett **verespataki alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az abrudbányai főorvosi állással 750 frt fizetés, 120 frt lótartás, 100 frt szálláspénz és 200 frt drágasági pótlék;

a verespataki alorvosi állással 550 frt fizetés, 120 frt lótartás, 60 frt szálláspénz és 200 frt drágasági pótlék van összekötve.

Mindkét állás nyugdijhoz van kötve.

A pályázati határidő: **f. évi augusztus hó 28-dik napja.**

A pályázni kivánók felhivatnak a határidőig pályázati kérésöket, orvostudori, szolgálati és erkölcsi bizonyitványokkal felszerelve a választmány elnökségének annál is inkább beadni, mivel az elkésetten beérkezettek tekintetbe nem vétetnek.

Abrudbánya, 1899. évi augusztus 3-dikán.

Janky Kálman, h. jegyző. 3—3 *Képes Ferencz*, h. elnök.

3151/99. sz.

Nyitravármegye galgóczi járásban:

1. **Románfalu** székhelylyel Kis-Báb, Nagy-Báb, Pusztakürth, Salgócska Bajmócska, Poszodka, Alsó-Récsény, Felső-Récsény, Kelecsény, Elecske, Ságh, összesen 6954 lelket számláló községekből;

2. **Felső-Attraki** székhelylyel F.-Attrak, A.-Attrak, Fornószegh, F.-Vásárd, A.-Vásárd, Tököld, Tót-Diós, Tót-Soók, Szorbicz, Ardanócz, Lakács, Pásztó, Gellérfalu, Merasicz, Kaáp, összesen 4562 lelket számláló községekből alakitott egészségügyi körök két **körorvosi állomásának** betöltése végett pályázatot nyitok **1899. évi szeptember 10.** záros határidővel. — A körorvos köteles a székhelyen lakni. Az állomások javadalmazása egyenként 600 frt évi készpénzfizetés 200 frt fuvarátalány. A körorvos a körhöz tartozó minden községet kéthetenkint és előre meghatározott napon meglátogatni, ott a községbeli vagyontalan betegeket dijtalanul gyógykezelni tartozik. Az ily alkalommal a községháznál nála megjelenő betegnek adott orvosi tanács vagy rendelésért 20 kr., a beteg házánál tett látogatásért nappal 40, éjjel 80 kr. dijat igényelhet. A megválasztott körorvos tartozik a székhelyén a halottkémlést végezni. Az okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványok a fentebb megjelölt határidőig Nyitravármegye galgóczi járási főszolgabirójánál beadandók. A választás a pályázat lejártával fog kitüzetni.

Galgócz, 1899. évi augusztus hó 10-én.

2—2 *Tóth*, 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. **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.

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.

MATTONI LAPKIVONATAI FÜRDŐK KÉSZITÉSÉRE LAP-SÓ LAP-LUG

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ száraz kivonat rokeszekben à 1 ko. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 klr.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Franzensbad, Karlsbad Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

Vegyi, górosövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

LUTZ-féle valódi, teljesen ólommentes

PORCELLÁN-ZOMÁNCFESTÉK

falakon és mennyezeteken porcellánszerű, kemény s igen elegáus felületet ad, mely **vízzel mosható, sublimat- vagy carbololdattal könnyen fertőtlenithető s évekig tartós.** Műtőtermek, betegszobák, fürdőhelyiségek, főző- és mosókonyhák, klosetek részére a legcélszerűbb mázolat. **Kórházakban, magángyógyintézetekben, fürdőkben stb. évek óta kitünően bevált.** Szakkörökből való számos bizonylattal, valamint mintával, prospektussal s színkártyával szívesen szolgálnak az egyedüli gyárosok

Lutz Ede és Társa, Pozsony, Gyár-út 20.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

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

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

CSÁSZÁRFÜRDŐ

BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel,** legmodernebb **iszapfürdőkkel,** pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő-** és **kádfürdőkkel,** 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés.

Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.

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.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

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

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

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

LARGIN

Név védve. — Szabadalom.

Kiváló Antigonorrhoicum.

Nagyfokú bakteriumölő hatás.

Izgató hatás nélkül.

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

= GLOBON =

Név védve. — Szabadalom.

Fehérnyét tartó táplálószer.

A Globon tápláló értéke minden hasonló készítményt felülmúl.

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

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

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

tehénhimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

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

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

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Orvos urak figyelmébe!

Azon tisztelt **orvos urak,** kik magukat **önállósitani akarják**

KELETI J. **BUDAPEST, IV., Korona-herczeg-utcza 17. szám alatti sebészeti műszergyártó** czégnél

orvos-sebészeti műszereket, valamint **teljes berendezéseket** mindennemü **magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre** kaphatnak, szavatolt legjobb kivitelben és a legcoulánsabb feltételek mellett.

Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.

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