*Negyvenhetedik évfolyam.* 23. szám. *Budapest, 1903. junius 7.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Herczel Manó: A vena portae vérkörének sebészi elterelése. 363. l.

Berend Miklós és Rácz István: Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez. 365. lap.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről. 367. l.

Tárcza. G. E.: A budapesti egyetemi közkórház. 369. l. — Beck Soma: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről. 370. l.

Közegészségügy. A vagyonosok gyógykezelésének díjazása iránt a községi és körorvosok által szedhető látogatási díjtételek kimutatásának felterjesztése. — Az állami gyermekmenhelyek önállósítása. 371. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 355. l. — *Könyvismertetés. Urszíny Gyula:* Az emberegészségügy iránt való érdeklődés felköltése hazánkban. — *C. Spengler:* Zur Frühdiagnose und Therapie der progressiven Paralyse. (Hudovernig.) — *Lapszemle. Belgyógyászat. Clemm:* A vastagbél betegségeinek gyógyitása. — *Riegler:* Czukor-kimutatás. — *Orr-, torok- és gébebajok. Beckmann:* Az orrgaratmandola heveny gyuladása. (Tóvölgyi Elemér.) — *Clement F. Theisen:* Intratrachealis struma. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Marcuse:* Az ichthalbin. — *Thaussig:* A jodipinnak a véredényekre való hatása. — *Kaufmann:* A stypticin. — *Goldschmiedt:* Hetolkezelés. — *Schüle:* Veronal. — *Heinrich:* Nephritis által feltételezett uraemiás rohamok. — *Martzinowski:* Erysipelas. — *Folyóiratok átnézete* 372—373. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások. — Egyetemi élet. — Jubileum — A budapesti orvosi kör. — Megerősítés. — Kiküldetés. — Oklevél-bemutatás. — Megbizások. — Trachoma-cursus. — Weisz Ede. — A nemzetközi egészségügyi conferentia. — A „Deutsche Dermatologische Gesellschaft". — Katonaorvosi ösztöndijak. — A tuberculosis leküzdése. — Fürdőink személyforgalma. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Megjelent. — Elhunytak. 374. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis bizottsága. — Budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. — Közkórházi Orvostársulat. — A XIV. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A vena portae vérkörének sebészi elterelése.

(Talma-műtét.[1])

*Herczel Manó* egyetemi tanártól.

Uj mellékutakat nyitni a vena portae vérpályája számára és ez által megszüntetni a portalis pangás legszembetünőbb s a betegre nézve rendszerint legterhesebb jelenségét: az ascitest, ez azon műtéti eljárás elve, melyet bizonyos belgyógyászati és kórboncztani tapasztalatok kapcsán *Talma* utrechti professor ajánlott először 1889-ben. A műtétet ajánlata alapján először *Van der Meulen, Schelkly,* majd *Lens* hajtották több izben végre, mindig sikertelenül s az első gyógyult betegről, a kit *Eiselsberg,* majd *Narath* operáltak, csak 1898-ban tudott Talma referálni. *Morisson* azonban már 1894-ben végzett *Drummond* ajánlatára hasonló műtétet sikerrel s 1899-ben már 4 operált esetéről volt képes beszámolni. Azóta a műtét mind nagyobb s nagyobb elterjedést és méltányolást nyert, úgy hogy *Bunge* a német sebészeti társaság tavalyi berlini gyülésén már 90, részben a königsbergi klinika anyagából, részben az irodalomból összeállított esetről tudott referálni s az eljárás ma súlyos májcirrhosisok eseteiben főleg a sebészek által általánosan elfogadhatónak mondható.

Az eljárás czélja lényegében, mint említők, *új collateralisok képzése* a vena portae s a vena cava rendszere között. Normaliter is fennállanak ilyen közlekedések; ugyanis a vena coronaria ventriculi nyelőcsövi ágak útján a vena azygos rendszerével, a vena haemorrhoidalis superior a vena hypogastricába ömlő pararectalis vivőeres fonatokkal, a májfelület egyes vivőerei a vena cava inferiorral vagy a rekeszvivőerekkel, a ligamentum teresben futó vena Sappey a felületes felhasi vivőerekkel, a linea alba alatt futó Burow-féle szintén a verőcze-ér rendszerébe tartozó visszér a mély felhasi vivőerekkel communikál. Mindezen collateralis vivőerek kitágulása portalis pangás eseteiben spontan is előáll és klinice is régen észlelt és diagnostice is értékesített tény. Igy pl. a végbélcsomók, a néha halálos vérzésekre vezető oesophagusvarixok, a hasfalon fejlődő caput Medusae mindannyian a cirrhosis hepatis kórképének jól ismert jelenségei.

Vannak egyes, bár ritka adatok, hogy ezen normális collateralisok kitágulása, még inkább azonban többszörös punctiók után fellépett peritonealis adhaesiók s ezekben keletkezett új véredények a portalis pangás megszünésére s a májcirrhosis által okozott ascites végleges eltünésére vezettek. Ilyen eset lehetett az, melyet *Benedikt* észlelt. *Lenhartz* szerint ellenben ezen spontan gyógyulások létrejötte extrahepatikus collateralisok felvétele nélkül is képzelhető az által, hogy a portalis keringés a constrictio alábbhagyása vagy új verőczeér-capillarisok képződése s a májsejtek regeneratioja folytán megjavul.

Az önkéntes gyógyulások előbb vázolt magyarázata vezette *Talma*-t amaz eszmére, hogy a sebészeknek a vena portae számára új collateralisok képzését ajánlja az által, hogy intraabdominalis szervek (cseplesz, epehólyag, lép) a mellső hasfalhoz fixáltassanak. A műtét jogosultsága experimentalisan és a klinikai tapasztalatok által is be lőn igazolva. *Tilmann, Kusnetzki, Ito* és *Orni* állatkisérletekkel bizonyitották, hogy az omentumnak a mellső hasfalhoz való odanövése után az állatok a vena portae lekötését vagy erős megszükítését jól elviselik, míg különben ezen beavatkozás után elpusztultak.

A klinikus tapasztalatok is igazolják a *Talma*-műtét jogosultságát, s tekintve azt, hogy egy súlyos, nagy szenvedésekkel járó, az esetek többségében hosszabb-rövidebb idő alatt halálra vezető betegséggel állunk szemben s tekintve azt a tényt is, hogy az esetek nagy részében a műtéti beavatkozás csak mindenféle belső

[1] A budapesti kir. Orvosegyesület 1903. május 2-diki ülésén betegbemutatással tartott előadása nyomán.

kezelés megkisértése, sokszoros punctio után — úgyszólván in ultimis — lön végezve: igen szépeknek, sőt fényeseknek mondhatjuk a *Talma* által proponált operatio eredményeit. A legnagyobb anyagot felölelő *Bunge*-féle összeállitás szerint, mely 90 esetet foglal magában, a statistikailag felhasználható 79 eset közül 32 gyógyulás, 15 javulás éretett el, 32 eset halállal végződött vagy a műtétnek haszna nem volt.

Egyéb statistikák, melyek kisebb számú esetről számolnak be (*Welp*,[1] *Franke*[2]), szintén igen kielégítő és biztató eredményeket mutatnak fel.

Különösen megfontolandók azon tények, a melyeket *Bunge*, *Franke* közölnek, hogy tudniillik cirrhosissal kapcsolatos súlyos gyomorbélvérzések is elmultak a *Talma*-féle műtét után, úgy hogy ezek egy újabb indicatioját képezhetik a műtéti beavatkozásnak májcirrhosis eseteiben.

A műtét gyógyító hatásának módjára nézve az irodalomban közölt több bonczlelet (*Morisson*, *Lens*, *Harris*[3]) nyujtanak felvilágosításokat. 8 héttel, egészen 2 évvel a műtét után autopsiára került esetek mutatták, hogy a cseplesz és hasfal között erős adhaesiók *tág* vérerekkel képződnek s a hashártya előtt kitágult visszerekből álló nagy edényhálózat foglal helyet.

Különben klinice is észlelve lőn a felületes hasfali venák kitágulása a műtéttel direct kapcsolatban (már nyolcz nap mulva látta *Bucos*[4]).

A műtétnek az ascitesre és a gyomorbéltractus vérzéseire gyakorolt gyógyító hatásával tagadhatatlanul bizonyos veszedelmek állanak szemben. Első sorban számba jön az, hogy gyenge, az alkoholismus s a hosszú sinylődés által igen lefokozott resistentiájú egyénekkel állunk szemben, a kik minden műtéti beavatkozást nehezebben viselnek el s ennek rovására kell irnunk a beavatkozás egyszerű és kicsiny voltához képest a relativ jelentékeny mortalitást. Másodsorban, mint arra már *Talma* is figyelmeztetett, a műtét folytán keletkező cseplesz-adhaesio a vastagbél passage-zavarára, a májnak a vérkeringésből való kiiktatása pedig az által, hogy a vena portae vére direct a vena cavák rendszerébe jut, a májkiesés tüneteire, olyan súlyos zavarokra vezethet, a minőket az Eck-féle sipoly által sikerült experimentalisan előidézni, midőn tudniillik a vena portae és vena cava inferior közt direct összeköttetést létesitettek.

Végül különösen a cseplesz extraperitonealis helyezésénél a hasfali herniák létrejötte is számba jő, mint a műtét káros következménye.

Mindezen állapotokat a *Talma*-műtét után tényleg észlelték.

Franke[4] tavaly közölt egy esetet, a hol *Talma*-műtét után az ascites eltünt, de 4 hónappal a műtevést követőleg pylorusstenosis tünetei jelentkeztek. Gastroenterostomia. Exitus. A sectionál kitünt, hogy a feszesen odavarrt cseplesz megtörte a vastagbelet s a tágult odavezető szár összenyomván a duodenumot, óriási gyomor-dilatatiora vezetett.

Ezen complicatio azonban azt hiszszük, ha a cseplesz nem lesz igen feszesen odavarrva, elkerülhető, ép úgy gondos varrás mellett a hasfali herniák száma is apasztható. A májkiesés tünetei (deliriumok) *Bunge* szerint szénhydratokkal való táplálkozásnál elmulnak.

A műtét a vena portae keringési zavarainak következményei ellen irányulván, a typikus Laënnec-féle *alkoholcirrhosison* kivül, mely ellen első sorban ajánlva és megkisértve lőn, más kórállapotoknál is számba jő.

Ilyen indicatio első sorban a vena portae szűkülete, thrombosisa, összenyomatása környező lobfolyamatok vagy daganatok által, továbbá a cirrhosis egyéb fajai, melyek circulatiós zavarok következtében keletkeztek (cardialis, pericardialis cirrhosis), melyeknél szintén láttak, pl. *Franke*[5], jelentékeny javulást, sőt az ascites teljes elmulását a műtét után. Végül *Bunge* szerint esetleg a perihepatitis fibrosa callosánál, a czukortortaszerü májnál (Zuckergussleber) is szóba jöhet eme műtevés.

Contraindicatioul tekintette már *Talma* a májműködés súlyos megzavarásának jeleit: icterustacholiát és hypocholiát, továbbá súlyos szív- és vesecomplicatiókat. Alimentaris glycosuria vagy laevulosuria *Bunge* szerint azonban nem képez ellenjavalatot.

A mi a műtét technikáját illeti, az első műtétek a csepleszt és az epehólyagnak a hassebhez való varrásában állottak; azóta többször csak a cseplesz varrták a hasfali peritoneumhoz, többen a peritoneumhoz való odavarrás előtt a fali hashártya lemezt szivacscsal, gaze-zal, curettel, scalpellel megkaparják, scarificálják. *Narath* egy esetben, a hol az omentofixatio nem hozott teljes gyógyulást, a lépet varrta be a peritoneum tasakjába s ez után az egyén teljesen meggyógyult.

*Morisson* az omentofixatiót a kis medencze suprapubikus drainage ával kapcsolta össze. Az omentum fixatiója s a hasseb zárása után a symphysis felett végez egy bemetszést, melyen üvegdraint s ezen át gazecsikot vezet be s a hasat több napon át drainezi; a secundaer infectio szempontjából mindenesetre igen veszedelmes eljárás, a melynek már áldozatai is voltak. *Grisson* az intraperitonealis omentofixatio helyett, hogy a cseplesz-hasfali összenövések erősségét növelje, a hasizmokat a peritoneumról 2 oldalt leválasztja s az igy képezett praeperitonealis tasakba helyezi el az omentumot, itt néhány varrattal fixálja s azután a hasat a csepleszen át hatoló varratokkal zárja.

*Schiassi*[1] szintén *Grisson* eljárását követi, de kampó alakú bemetszést ejt, melynek haránt szára az epigastriumban, függélyes szára jobboldalt fut. *Ito* és *Orni* kisérleteik alapján a hasür tamponádját ajánlják, a mi által a beleknek egymással és a hasfallal való összenövését, mely szerintük a portalis pangást a leghatékonyabban képes leküzdeni, elősegitik.

Mi a műtétet 5 esetben hajtottuk végre, rendszerint a *Grisson*-féle eljárást követve. Mivel a műtétek egy része sokkal újabban történt, semhogy eredményes voltuk felett joggal itéletet mondhatni lehetne, a régebben végezettekről pedig utólagos tudósításokat szereznünk nem sikerült, ez alkalommal csak egy esetünket szándékozunk ismertetni, melynél a műtét valóban in ultimis történt s a melynél az elért gyógyeredményt a publicatiora valóban érdemesnek tartjuk, fenntartva, hogy a többi esetről egy későbbi közlésben, midőn nagyobb anyag áll majd rendelkezésünkre, számoljunk be. Annyival inkább gondoljuk jogosultnak ezen egyetlen eset ismertetését, mivel hazai irodalmunkban tudtunkkal csak egyetlen, *Stern Samu*[2] tanártól eredő dolgozat jelent meg, mely ezen a cirrhosis hepatisnál valóban joggal megkisértendő műtétet a magyar orvosi publikum tudomására hozza.

Esetünk a következő: K. A. 29 éves, kereskedő Tisza-Sarudról. Luest, alkoholismust tagad. 1896-ban gyomrában fájdalmat érzett és azt tapasztalta, hogy hasa megdagadt. 1899-ben nehéz légzése lépett fel, hasa folyton nőtt, 1901-ben alsó végtagjai erősen megdagadtak, nyakszirtje és háta is fel volt pöffedve s a vizenyőtől deszkaszerű volt, 8 hónapig járni, sőt kórházba jövetelkor felülni sem tudott. Ilyen állapotban vették fel *Hochhalt* tanár úr osztályára, honnan — miután diuretint, baccae juniperit, kalium aceticumot eredménytelenül szedett — hozzánk tétetett át. Ekkor nála az óriási oedemákon, colossalis szabad ascitesen kivül a has gyomorgödri részében egy különálló, mintegy töknagyságú fluctuáló daganatot találtunk, mely még azt a kérdést is keltette, nincs-e esetleg egy májechinococcus, mely a vena cavát nyomja, jelen? 1901. julius 14-dikén Schleich anaesthesiával végeztünk műtétet a belgyógyászok erős ösztökélésére, akkor kitünt, hogy az epigastriumban tapintható körülirt daganat egy a bursa omentalisban eltokolt folyadékgyülem; mintegy 16 liter teljesen tiszta savó ürült. A máj igen tömött, tetemesen megnagyobbodott és sima felületü volt. A cseplesz a mindkét oldalt leválasztott peritonealis tasakba lett helyezve, pár varrattal ugyanott fixálva, felette a bőr csomós varratokkal elzárva.

Műtét után a beteg hasa rohamosan megdagadt, újra nehéz légzése támadt, úgy hogy 14 nap mulva már hascsapolás vált szükségessé, a midőn 14 liter folyadék ürült. Ezen csapolás után a beszúrás helyéből még 11 napig folyton szivárgott a folyadék.

4 hét mulva újabb csapolást kellett eszközölni és ezután még 10—12 napi időközökben, összesen nyolszor megszúrcsapoltuk; minden alkalommal 12—13 liter, hol világos-sárga, hol sötétebb, de sohasem véres savót üritvén ki. Az utolsó csapolás 1902. januárjában történt. 1902. márczius 7-dikén távozott a kórházból, hasa ekkor is nagy volt még, azonban légzése, közérzete rendkivül megjavult, járni is tudott,

[1] Bericht der Kehr-Roden'schen Privatklinik in Halberstadt, 1902.
[2] The surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver (Med. News 1902.)
[3] Cit. Mac Arthur: the Morrisons operation for the establishment of collateral circulation in cirrhosis. Chicago surg. soc. 1902. május.
[4] Malattia del Banti Risultam. otten. coll. operationi di Talma Nuova Riv. clin. 1901.
[5] Verh. der deutschen Ges. für Chirurgie, 1902. Centralblatt für Chirurgie.

[1] Semaine medicale. 1901.
[2] A cirrhosis hepatis sebészi kezeléséről. Orvosi Hetilap 1900.

csak igen gyengének érezte magát. Odahaza hasa hol megnőtt, hol megapadt, *de csapolásra azóta sohasem volt szükség.* Jelenleg jól érzi magát és könnyebb munkát végezni képes.

*Mütét után 3 hónappal* kezdtek hasán erek támadni.

Mai status: Magas termetü, lesoványodott férfi, bőre és látható nyákhártyái halaványok. A bőr mindenütt ránczokba szedhető.

A bőr alatti visszerek, az arcz és nyak kivételével, hol alig tünnek szembe, az összes testtájakon igen jól láthatók. Az alkarokon, kezeken és különösen az alszárakon s lábakon a venaplexus igen gazdagon kifejlődött. A czombok és felkarok distalis részein a venák ezen rajzolata eltünik, azonban újra igen szembeötlővé válik a csipőtájon, vállakon, a felkarok és czombok felső harmadán, a hová a has és a mellkas igen gazdag visszérreczéje leterjed. Igen hatalmasan kifejlett visszérhálózat van a mellkas, a hát és főleg a has bőrén. Ezen hálózat reczéi a mellkason, háton és az epigastriumban szükebbek, a has oldalsó részein tágabbak, a has középső tájéka a köldök alatt visszerekben relative szegény. A venae epigastr. superf.-ok kisujj, sőt megduzzadásnál mutatóujj vastagságúak, rendkivül kanyargós lefutásúak, egymással bőven anastomizálva egy reczét képeznek, mely a mellkas, czombok és vállak fennebb leirt reczéjébe megy át. A scrotum visszerei is tágak, végbélcsomók nincsenek. Az arcz halvány, nyelv tiszta, nedves. Nyelés szabad. Étvágy rendes, szomj nem fokozott.

Nyak vékony, részarányos. Mellkas elég jól fejlett, alsó részeiben jelentékenyen tágult. Légzés túlnyomóan mellkasi jellegü. A kulcs feletti és alatti árkok kissé besüppedtek. A tüdők felett a kopogtatási hang mindenütt t. é. n. d. és mindenütt érdes sejtes légzés hallható.

Szivcsúcslökés az V. és VI. borda között 1 ujjal a bimbóvonalon belül homályosan tapintható. Szivtompulat rendes, szivhangok kissé tompák, tiszták. Mellkasi szervek épek.

A has nagy, petealakúlag elterülő, legnagyobb kerülete 112 cm.; az epigastriumban egy a proc. xyph.-nál kezdődő és majdnem a köldökig leterjedő 22 cm. hosszú elszélesedett heg van, melyre harántirányúlag haladva az egyes varratok helyei ½ cm. széles fehér csíkok alakjában tünnek fel. A köldök helyén ujjhegyet befogadó nyilás van a hasfalban, melyen át köhögésnél egy kis almányi, puha, a hasba könnyen és korgás kiséretében reponálható terime-nagyobbodás tolul ki. A heg alsó részében is keletkezik egy korgás kiséretében reponálható, körülbelül ökölnyi terimenagyobbodás a hasprés erősebb működésénél.

Ezen hely felett egy körülbelül 3 férfi tenyérnyi, elmosódott határú, tömött tapintatú, a heggel és a hasfallal összefüggő és azzal együtt mozgatható, lapos, lepényszerü képlet: a hasfalhoz rögzitett cseplesz foglal helyett. Ettől jobb felé a kőkemény, éles szélü, a bordaivet egész 3 harántujjnyival meghaladó, a légzési mozgásokat jól követő képlet, a máj érezhető, mely a mellső hónaljvonalban a bordaiv alatt eltünik, bal felé pedig a cseplesz által okozott terime-nagyobbodásba megy át. Tompulatának szélessége a jobb bimbóvonalban 16 cm.

A tompulat felső határa a parast. vonalban az V., a mamm. vonalban a VI., és a középső hónaljvonalban a VII. bordánál van. Alófelé a tompulat a máj jól kitapintható széleig terjed, a mellső hónaljvonalban pedig a bordaiv szélét követi.

A lép nem tapintható. Tompulata a bal parasternalis vonaltól a hátsó hónaljvonal és a scapularis vonal közti terület közepéig terjed. Alakja hosszúkás, ovalis. Hossza 30, szélessége 8 cm. Legnagyobb szélessége helyén a középső hónaljvonalban felső határa a VII., az alsó a X.-dik bordánál van.

A hasban hátfekvésnél sem fluctuatio, sem undulatio nem mutatható ki.

A cseplesz által képezett terime-nagyobbodás felett a kopogtatási hang tompa, egyebütt a rendes változatokban dobos. A dobos hang a középvonalban a symphysisig terjed, csak a mély lumbal-tájakon lesz kevéssé tompult. Ezen tompulat helyzetváltozásnál csak alig tisztul fel, úgy hogy mindenesetre szabad ascites alig mutatható ki.[1]

Székletét rendes. Hőmérsék 37·0. Pulsus 94, kissé gyenge, de rhythmikus. Vizelet napi mennyisége 2000 cm³, fs. 1008, savi vegyhatásu, fehérjét, czukrot nem tartalmaz.

Epicritice áttekintve az esetet látjuk, hogy a betegnél, midőn 7/4 év előtt kezelésünk alá került, egy alkoholos és luetikus alapot nélkülöző májmegbetegedéssel kapcsolatos óriási ascites következményes gigantikus oedemával az alsó végtagokon, háton, nyakszirten, tehát mindenesetre igen súlyos cirrhosis és oly elesettség volt jelen, hogy bizonyára alig élt volna pár hétig, legfeljebb egy hónapig. A rajta végrehajtott Talma-mütét, omentofixatio után oly állapotba jutott, hogy jelenleg minimalis (maximum 1½—2 liternyi) ascitese van, végtagjai nem oedematosusak, subjectiv érzése kitünő, légzése szabad, jár, kel, munkálkodik, tehát teljesen egészségesnek érzi magát.

A hasfalon most látható tág venák, melyeknek mütét előtt nyomát sem lehetett látni s melyek a mütét után 3 hónappal, épen azon időben kezdtek jelentkezni, mióta a hasfal punctioja, melyet azelőtt 2—3 hetenként kellett végezni, többé szükségessé nem vált, azt hiszszük elég világosan a mellett szólnak, hogy az ascites nagymérvü lefogyása s a mi ennél is főbb, e lefogyásnak stationaer, állandó volta eme venáknak, a vena portae collateralisainak kifejlődése által következett be. E collateralisok kifejlődését pedig a mütétnek, a cseplesz és hasfal összenövése következtében újdonképződött véredényeknek kell tulajdonitanunk, melyeknek *Talma*-mütét után való kifejlődését a kórboncztani és experimentalis tapasztalatok általában beigazolták s melyeket ezen esetben klinikailag is joggal felvehetünk, hisz e venák keletkezésének kezdetét 3 hóval az operatio után észleltük s azóta mind tágabbá és tágabbá való válásukat szemmel követhettük. Ennek alapján és tekintve azt, hogy a spontan fejlödött caput Medusae egészen más megjelenési alakkal bir s ilyen tágságot a cirrhosis kapcsán önként keletkező hasfali visszerek a tapasztalás szerint sohasem érnek el, minden ellentétes magyarázatot erőltetettnek kell tartanunk. Meg vagyunk győződve, hogy betegünknél a klinikus gyógyulást — hisz anatomikus gyógyulásról, a májcirrhosis megszünéséről, szó sem lehet — a Talma-mütétnek köszönhetjük s hasonló esetekben meggyőződéssel ajánlhatjuk annak megkisérlését.

[1] Hochhalt és Korányi Sándor tanárok, a kik az esetet szintén megvizsgálták, a szabad folyadékot a hasürben szintén legfeljebb 1½ - 2 literre becsülték.

## Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg-kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

### Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez.

Irták: *Berend Miklós* dr. közkórházi rendelő orvos és *Rácz István* dr. kórodai gyakornok.

(Folytatás.)

A zarg. nitr. kezelést körülbelül 40 esetben magunk is megkisérlettük s tagadhatatlan, hogy a csonk elég gyorsan vált le, de mindig azon tünetcsoport kiséretében, a melyet a köldökedények spontan kipraeparálódásának nevezhetnénk legérthetőbben; aránylag nagy volt e kezelés mellett a lázas arányszám (20%), mig pl. az alkoholos kötésnél félannyi lázat sem észleltünk, daczára annak, hogy annál a csonk kétszer annyi idő mulva is tapadt. Már e kisérleteknél meggyőződéssé érlelődött bennünk is, hogy *előnyös ugyan, ha a csonk hamar leválik, de nem ez, hanem a lázas arányszám az egyedüli helyes kriteriuma a helyes köldökkezelésnek.* (Rátérünk majd később, hogy a csonk leválása milyen körülményektől függ.)

*Cohn*[1] is elveti a *Schliep* inditványát; a csonk mumificatioját leginkább a fürdő elhagyása segiti elő; a fürdőt az infectio annál fontosabb momentumának tartja, mert a szegényebb néposztály a fürdőkádban mossa piszkos fehérneműit az anyának és gyermeknek.

*Lange* kitünő könyvéből (Physiol. u. Path. des Neugeborenen) elég ha ennyit idézünk: „wie wichtig das Aussetzen des Bades für die Verhütung der Nabelinfection ist, wird bis heute viel zu wenig anerkannt".

Részletesebben kell megemlékeznünk a *Grosz Gy.*[2] és a *Keilmann* ez időben megjelent közleményeiről. *Grosz Gy.* a budapesti egyetem II. szülőkórodájáról közöl 444 igen pontosan megészlelt esetről statistikát, a melyek a köldökgyógyulás tekintetében nem a legkedvezőbb viszonyokat mutatták, a mennyiben normális gyógyulás csak 21·62%-ban következett be; különösen fontosnak tartjuk azt, hogy 250 esetben volt a csonk kisebb-nagyobb üszkösödése jelen (56·3%), vagyis azon complicatio, a mely *Erőss* és mások vizsgálatai, de a magunk észlelete szerint is *több mint 50%* lázat eredményez. A sphaceluson kivül 49 czafatos szétesés, 19 ulcus, 21 fungus, 5 erősebb genyedés és 4 túlhosszú tapadást észlelt *Grosz*, vagyis 444 eset közül 348 kóresetet.

*Grosz* a gyermekeket fürösztette, hosszú csonkot hagyatott, s a köldökkötést kétszer újittatta meg naponta (l. 62. l.). Főleg az utóbbi körülménynek tudjuk be eseteiben a reactiv lob azon intensiv voltát, a melyet ő hangsúlyoz. A köldökleválás reactiv lobjának kérdésével épen az ő közleménye alapján részletesen

[1] *Cohn*: Centralblatt f. Gynäkologie. 1896.
[2] *Grosz Gy.*: Orvosi Hetilap. 1895.

kell foglalkoznunk. *Epstein*[3] és *Erőss*[4] kivételével az összes autorok azon álláspontot foglalják el, hogy a köldök leválása egy reactiv lob által történik; *Erőss* és *Epstein*[5] pedig minden ilyen tünetet kórosnak neveznek. A kérdés eldöntése tárgyunkra azért fontos, mert a fürösztés hatása a köldökkezelésre úgy a csonk beszáradása, mint a csonk vongálása mechanikus momentumának befolyásolásában áll. Fürösztött csecsemőnél, mint köldökleválási táblázatunk mutatja, kevesebb a pontos beszáradás, másrészt a napontai kötésváltás a csonk napontai vongálását eredményezi; két tényezőt hoz ez által a fürösztés létre, a melyek a köldökleválás physiologikus reparativ folyamatát a kóros lobos reactio fokára emelni képesek. Mert lássuk csak: mit nevezünk, illetve mit neveznek lobos reactionak? Az újszülött köldökét megnézve, azon gyűrűben, a hol a bőr az amnionba átmegy, vékony, piros, edényektől képezett gyűrűt látunk; az edények a gyűrű mélyebb rétegeiben is megvannak (*Doctor S.*), de a Wharton-féle kocsonyába sehol be nem hatolnak. Ez az edénygyűrű a születés után kissé elszélesedik, az edények kitágulnak, s a csonk leválása közben a leválási felületen kevés váladék képződik, a mely fehér vérsejtkivándorlás által képeztetik; ugyanekkor a gyűrű süllyedése a mélybe, a bőr befelé redőzése is megindul, úgy hogy a köldökgyűrű látható bőrrészletén sehol sem pirosság, sem duzzadtság nem látható; a leválás előrehaladásával a befelé süppedt köldökredő mélyében csekély granulatioképződés indul meg, mely a leválást elősegíti, s a gyűrűt kötőszöveti gyűrűvel elzárja. Ez a rendes gyógyulási processus. Kérdés, vagyunk-e mai ismereteink mellett feljogosítva e folyamatot lobnak nevezni.

A dolog megitélése kétségen kivül igen nehéz, mert nehéz egyáltalán eldönteni, hogy hol végződik egy fokozott élettani működés fogalma, és hol kezdődik a lobé; ez részben felfogás dolgát is képezheti. De eltekintve attól, hogy nehéz, majdnem lehetetlennek látszik előttünk elképzelni azt, hogy egy élettani folyamat — a köldökleválás — egy kóros actus, a lobos reactio által idéztetik elő; ma már tudjuk, hogy valamely szerv erősebb élettani működése mindazon jelenségekkel jár — vérbőség, edények kitágulása, fehér vérsejtek kivándorlása — mint a lob kezdete; elég, ha e tekintetben a működő és nyugvó gyomor közti különbségre rátalunk. A granulatioképződés is lehet élettani folyamat; így záródik pl. a ductus art. Botalli, a nélkül, hogy valakinek eszébe jutott volna még lobról beszélni ott. A köldökben egy idegen test tapad a születés pillanatától fogva; ez a köldökcsonk. Mert az irányban minden szerző megegyezik, hogy a csonk beszáradása tisztán mechanikus folyamat, s hogy a tapadó köldökcsonk, miután vérrel egyáltalán el nem láttatik, mint egy idegen test tekintendő. Ennek az idegen testnek a beszáradása pedig elég mechanikus ingert képez az edényekkel dúsan ellátott gyűrűben, hogy azon jelenségeket létrehozza, a melyeket említettünk, s a melyeket tévesen lobosaknak neveztek; pedig ez a folyamat egyszerűen egy fokozott működéssel elért reparativ functio. Ha azonban a csonk beszáradása nem az egyszerű mumificatio alakjában történik, ha bakteriumok hatolnak a puhán maradó csonkba, úgy ezek ingere a gyűrűben valóban hozhat létre lobos elváltozásokat; épen úgy, ha a csonkot ismételten vongáljuk, húzzuk, megemeljük, a mi az ismételt kötésváltásoknál elkerülhetetlen, úgy az addig physiologikus assimilatio, sejtproductio és vérsejtemigratio fokozódik, kórossá lesz, s ekkor igen is *van jelen egy lobfolyamat, a mely azonban nem a köldök leválásának, hanem infectiojának vagy traumás insultusának reactioját képezi.*

Lobos reactiót tehát csak kóros esetekben fogunk látni, s ez esetek azok, a melyekben a bőrön is látható a duzzadtság, a belöveltség, a pír; normalis esetben a bőrre ugyanis a hyperaemia nem terjed át. Miután pedig, mint a mellékelt statistikákból látható, a fürösztött csecsemők alig 30%-ánál van rendes gyógyulás, érthető, hogy a folyton látott lobos reactiót élettani jelenségnek fogták fel. Azt pedig már egyáltalában nem irjuk alá, hogy „a reactiv lob intensitásától függ a köldökzsinór maradványának lelöketése vagy leesése“ (*Grosz*). A csonk leesését egészen más körülmények befolyásolják; ezek: a gyermek vitalitása, a csonk vastagsága és a beszáradás gyorsasága. Tudjuk ugyanis, hogy koraszülött, debilis csecsemőknél a csonk lassan válik le; annál gyorsabban aránylag, minél fejlettebb. Láthatjuk köldökleválási táblánkból, mennyivel gyorsabban válik le a vékony csonk, s a tapasztalat azt bizonyítja, hogy annál gyorsabb a leválás, minél teljesebb a mumificatio. De itt is vannak nuancekülönbségek. Ha pl. a csonkra egy absolut alkoholos vagy aetheres kötést teszünk a születés után, az 24 óra alatt oly kőkeménynyé szárad, mint más körülmények közt nem; de ilyenkor a leválás lassú, s gyakran csak a 7—9. napon történik meg. Más kezelésnél látjuk, hogy az eleinte mumifikált csonk a 4—5. napon basisán újra felpuhul, sphacelusos lesz, vagy basalis elpuhulást mutat, a leválás pedig újra későn történik; bizonyítékául annak, hogy a normalis működés csökkentése vagy fokozása egy ugyanazon eredményre vezet: a leválás lassubbodására. Ez az oka, hogy a *Budberg*-féle alkoholos köldökkezelést, a mely különben infectio ellen fényesen védi a gyermekeket, a melyet 200 esetben kipróbáltunk, s a melynél legminimalisabb sphacelus százalékot észleltük, már két éve elhagytuk: a csonk lassan vált le. De ép az alkoholkötéssel tett ezen tapasztalatunk indított arra, hogy ne a csonk gyors leválását ambitionáljuk első sorban, *mert a csonk gyors leválása még nem jelenti a köldök gyors és fertőzésmentes gyógyulását;* sok esetben valóban azt kell felvennünk, hogy a csonk valóságos tampont képez, a mely a fertőződésre képes felületet elzárja (*Keilmann*).

Természetes azonban, hogy a csonknak ez a jó hatása csak akkor lehet meg, a meddig az nem inficiálódott, s épen azért a rendes beszáradás elősegítése, ez által a fertőzés elkerülése, kell hogy a csonk helyes kezelésének kriteriumát képezze. Látni fogjuk, hogy ez az aseptikus kezelés a nem fürdött újszülöttnél könnyebben elérhető, a mi a fürösztés ellen a leghatalmasabb érvet képezi.

Kétségtelen továbbá, hogy ha a csonkot többször megemeljük, vongáljuk, resekáljuk, kötelékénél fogva húzzuk, nemhogy elősegítenénk a leválást, de kóros lobos reactiót, s ez által esetleg fertőzést hozunk létre. *Runge* pl. ezt mondja: „Jede rauhe Berührung begünstigt eine Infection“. Akárhányszor tapasztaltuk ezt épen a *Budberg*-féle alkoholkötéseknél, a hol néha türelmetlenné téve a csonk hosszú tapadása által, annak leválását mechanice elősegíteni akartuk, 24 óra alatt előállott a valóban lobos, kóros reactio. Ugyanezt tapasztalta Doktor a csonk resectiojánál (l. c.), úgy hogy már a kóros reactio létrejöveteli módjából kétségtelennek látszik a priori, hogy a nem fürösztött csecsemő, a kinél a beszáradás zavartalanabb és trauma nem szerepelhet, kevesebb lobos reactiót, tehát ceteris paribus kevesebb fertőzést is fog elszenvedni, mint a fürösztött újszülött.

Összegezve a leesés módjáról mondottakat, a dolgot így formulázhatnánk: *a leesés élettani reparativ folyamat; a köldök bőrén is látható lobos reactio mindig kóros, és pedig vagy fertőzésen vagy traumán alapul. Néha klinice a két alak meg is különböztethető, ha teljes beszáradásnál van reactiv lob a bőrön, az ugyanis majdnem mindig traumás eredetű. Nem fürösztött csecsemőknél a lobos reactio fellépése gyakrabban kerülhető el.*

Mindez azonban csakis azon esetekre vonatkozik, a melyekben a köldök ellátása a születés után rendes és aseptikus volt; ha már ilyenkor megtörtént a fertőzés, a nem fürösztés a lobos reactiót vagy a fertőzés megnyilvánulását nem befolyásolja. Ha az ilyen kezdeti fertőzés talán a leggyakoribb is, de nem szabad csekély jelentőséget tulajdonítanunk a köldökleválási folyamat alatt létrejöhető secundaer fertőzésnek sem, a melynek a lobos reactio pedig sokszor első tünetét képezi.

Minél gyorsabban szárad be a csonk, annál kevesebb lehetősége van ennek a secundaer fertőzésnek. Miután pedig elismerik az összes szerzők, hogy a csonk beszáradását szárazság és meleg elősegítik, nedvesség és hideg pedig hátráltatják, azt is be kell majd bizonyítanunk, hogy a fürdő a csonknak nedvességét elősegíti, bár ez alig szorul bizonyításra.

Meg kell emlékeznünk a Grosz Gy. czikkével majdnem egyidejüleg megjelent *Keilmann*-féle[6] közleményről, a mely az Erőss és Doktor-féle vizsgálatokat elismeri (boroszlói kóroda). Fontosnak

[3] *Epstein*: Prager med. Wochenschrift. 1883.
[4] *Erőss*: Archiv f. Gynäkologie. 41. k.
[5] *Epstein*: Prager med. Wochenschrift. 1879.
[6] *Keilmann*: Deutsche med. Wochenschrift. 1895.

tartja a csonk rövidítését; nem híve a secundaer amputationak. *Keilmann* igen helyesen jegyzi meg, hogy a csonk leesésének idejét nem szabad a gyógyulásmód, illetve a köldökkezelés absolut kriteriumának venni.

A csonk csak addig veszélyes, míg mumificatio nincs; Keilmann 118 nem fürösztött gyermek közül 5-nél látott 37·9°-on felüli lázat (4·1%). Szerinte a fürdő elhagyása minden garantiáját megadja a zavartalan gyógyulásnak. A fürösztés elhagyásától az újszülött ophthalmiáinak számapadását is constatálták, a mi a régi *Epstein*-féle nézetnek azóta (l. c.) sokszorosan tapasztalt megerősítése, hogy igen sok ophthalmia nem gonorrhoeás, hanem septikus csírokkal való infectión alapszik, mely utóbbi fertőzésmódot a fürösztés elősegíti. K. súly szerint is összehasonlítja, ép úgy mint Doktor, a fürösztött gyermekeket s azt találta, hogy nem fürösztötteknél a súlyviszonyok is kedvezőbbek. A csonk leesését K. valamivel később látja a nem fürösztötteknél.

*Rösing*[7] kétségbevonja *Erőss* adatait, de fürösztött eseteiben 21% lázat registrál. *Anthes*[8] *Fehling* hallei kórodájáról 150 újszülött megfigyelése után, a kiknek felét fürösztötte, felét meg nem, nem tapasztalja a fürdött újszülöttek rosszabb viszonyait, *Knapp*[9] Prágából ellenben, a ki az újszülöttek genitalis váladékát vette bakteriologiai vizsgálat alá, a fürdővizet mint többszörös infectioforrást mutatja ki; már a gonococcusokra való tekintettel is állást foglal ellene.

*Hugo Neumann*[10] „Über ein Übermass in der Säuglingsbehandlung“ című munkájában a fürdőnek mumificatiót gátló hatásán kivül annak erős lehülést okozó hatását is hangsúlyozza s megjegyzi, hogy kétségen kivül ez is egyik oka az első napok nagyobb súlyveszteségeinek. A fürdő lehütő hatása első sorban kórodákon, a hol a fürdőszoba külön áll a gyermekágyas osztálytól, jön tekintetbe. *Czervenka*[11] (Rokitansky-kóroda) *Anthes* eredményeihez csatlakozik, a fürösztött gyermekeknél kedvezőbb súlyviszonyokat talál (54·45% hízik fürösztés mellett, 48·2% fürösztés nélkül). De megjegyzendő, hogy Czervenka czikkében köldökelváltozások részletezéséről vagy említéséről szó sincs. Hőmérések rendszeresen nem végeztettek s így hiányosan megfigyelt 200 fürösztött és 200 nem fürösztött gyermek után vonja le Czervenka conclusióit.

A fürdő mellett nyilatkozik ez évben *F. Schrader*[12] (Halle). 150 gyermek közül felét fürösztötte, felét nem; 22 lázas közt 8 fürösztött, 14 nem fürösztött volt.

Gyenge argumentatio, a mely 75 gyermek megfigyelésén alapszik!

*Fuchs*[13] a kieli kórodán végzett rendszeres megfigyelések alapján az újszülött fürösztését ugyancsak szükségesnek tartja, míg *Lucas Championnière*[14] a párisi orvosi akademián a fürösztés ellen nyilatkozik. Ugyanez derül ki *Bastard*[15] statistikájából a Baudeloque-féle kórodáról.

*Bastard* kis, de igen pontos statistikáját érdemes röviden felemliteni:

110 nem fürösztött, 3400 gm. átlagos súlyú újszülöttnél a köldök leesett
- 2-szer a 3-dik napon
- 21-szer a 4-dik napon
- 26-szor az 5-dik napon
- 49-szer a 6-dik napon
- 8-szor a 7-dik napon
- 3-szor a 8-dik napon
- 1-szer a 9-dik napon;

a míg 110 fürösztött, 3200 gm. átlagos súlyú gyermeknél a leesés
- 4-szer az 5-dik
- 17-szer a 6-dik
- 33-szor a 7-dik
- 34-szer a 8-dik
- 19-szer a 9-dik
- 3-szor a 10-dik napon történt meg;

vagyis nem fürösztötteknél a leesés idejének átlaga az 5⁴/₁₀-dik, fürösztötteknél a 7⁴/₁₀-dik nap.

Ez alapon *Paquy*[16] a fürösztés ellen nyilatkozik.

1900-ban *Kovarsky*[17] védi még egyedül a fürösztés szükségét. Tagadja, hogy a köldökzsinór megnedvesítése annak beszáradását gátolná, tagadja, hogy a fürösztöttek könnyebben inficiálódnak s gyakrabban lázasak; a fürösztés mellett főleg tisztasági okokból foglal állást.

1901-ben *Maurage* nyilatkozik még a fürösztés mellett 100 észlelt eset kapcsán, szerinte még a csonk hossza sincs befolyással a leválás és infectio körülményeire. Ugyanez évben ellenben *Winternitz*[19] kimutatja, hogy pl. a vajudóra is infectio forrása lehet a fürdővíz, a melybe a test felületéről sok csíra kerül; csak jól desinficiálható, alkohollal tisztítandó kádak használhatók. Azt kérdezzük, lehet-e ezt keresztülvinni?

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

### A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről.

Irta: *Borszéky Károly* dr. II. tanársegéd.

(Folytatás.)

*II. A mellüreget megnyitó sérülések.*

A klinikumon észlelt 301 szúrási és lövési sérülése közül a mellkasnak 131 volt behatoló, még pedig 42 szúrás és 89 lövés Hogy ezen 131 eset közül hány volt csak behatoló a mellüregbeli szervek sérülése nélkül, azt egészen biztosan meghatározni nem tudjuk. Azelőtt a *pleura parietalis ilyen izolált sérülésének* lehetőségét a zsigeri mellhártya és a tüdő egyidejü sérülése nélkül egyáltalában kétségbe vonták. Hogy azonban tényleg léteznek ilyen esetek, azt bonczolatok bizonyítják. *Riedinger* említi, hogy ő maga több ilyen esetet látott a bonczasztalon. Szerinte és *Momburg* szerint is ez nemcsak szúrásoknál, hanem lövéseknél is előfordulhat ferde irányú sebzéseknel oly módon, hogy a sérülés pillanatában levegő nyomulván a mellüregbe, a tüdő összeesik és a sebző eszköz elől kitér.

A fali mellhártyának ilyen izolált sérülését biztosan kórismézni nem lehet. Azon esetek tartoznak minden valószinüség szerint ide, melyeknél kezdetben nem lehetett a sérülés behatoló voltát biztossággal megállapítani, vagy a melyekben a pneumothorax csak kis fokot ért el, nem fokozódott és haemothorax sem keletkezett; ámbár a haemothorax oka nemcsak a tüdő ereinek sérülése, hanem az intercostalis erek vagy a mammaria interna sérülése is lehet.

Izolált pleura parietalis sérülés csupán annyiban bir különös fontossággal, mint azt *Momburg* hangsúlyozza, hogy ilyenkor a két pleuralemez nem nő össze, a mi miatt esetleges infectio esetében diffus és nem eltokolt exsudatum lép fel. Különben a klinikai képet ilyenkor a pneumothorax dominiálja, a mely rendszerint az életet közvetlenül veszélyeztető mérvet ilyen esetekben nem szokott elérni. A mellüregbe jutott levegő már rövid idő mulva felszívódik és a tüdő kitágul. A bőr alatti emphysema is kis kiterjedésü, a seb környékére korlátozott. Veszélyes mérvet e tünetek csakis a tüdő egyidejü sérülésénél érnek el.

A *tüdősérülések* képezik a behatoló sérülések leggyakoribb és legfontosabb szövődményeit. Ritka a mellüreget megnyitó olyan szúrás vagy lövés, mely a tüdőt ne sértené. Szúrási sérüléseknél — legalább azoknál, melyeket a klinikai gyakorlatban észlelünk — a tüdő sebe sokkal felületesebb és kisebb szokott lenni, mint lövéseknél, a hol a tüdő egy vagy két lebenyén, sőt mindkét oldali tüdőn keresztül haladó löcsatorna épen nem tartozik a ritkaságok közé.

[7] *Rösing*: Zeitschrift f. Geburtsh. 1894.
[8] *Anthes*: Centralblatt f. Gynäkologie. 1897.
[9] *Knapp*: Monatschrift f. Geburtsh. 1897.
[10] *Neumann*: Berliner klin. Wochenschrift. 1898.
[11] *Czervenka*: Wiener klin. Wochenschrift. 1898. 11. sz.
[12] *F. Schrader*: Berliner klin. W. 1898.
[13] *Fuchs*: Münch. med. W. 1898.
[14] l. *Torday*: Gyermekgyógy. irodalom 1899-ben.
[15] l. *Grancher*: Traité. III. k., 57. l.
[16] *Paquy*: Grancher: Maladies du nouveau né. III. k.
[17] *Kovarsky*: Wiener klin. W. 1900. 24. sz.
[18] *Maurage*: Centralblatt f. Gynäkol. 1901.
[19] *Winternitz*: Centralblatt f. Gynäkol. 1105. l.

Felületes, nagyobb vérérsérüléssel nem járó tüdősérülés a legtöbbször semmi, a tüdősérülésekre jellegző tünetet nem okoz, úgy hogy ilyen esetekben a legtöbbször hajlandók vagyunk izolált pleura parietalis sérülést felvenni. Jellegzetes tünetek csupán akkor lépnek fel, ha a seb mélyebbre hatoló, úgy hogy a tüdő erei is sérültek. Tüdősérülés cardinalis tüneteinek a bőr alatti emphysemát, a haemoptoët, a pneumo- és haemothoraxot szokás tekinteni.

A *bőr alatti emphysema* magában nem bizonyít tüdősérülés mellett, különösen nem akkor, ha csak kis területű és csak a seb környékére szorítkozik, mert a pleura izolált sérüléseinél is észlelhető; viszont hiánya nem zárja ki a tüdősérülést. *Riedinger* szerint ezen emphysema gyakoribb volna szúrások, mint lövések után. *Schjerning* 22 kis kaliberű lövés közül 2-szer, *Küttner* és *Hildebrandt* 20%-ban találták. Klinikánkon észlelt 43 szúrás közül 16-szor (38%) és 89 kis kaliberű lövés közül 31-szer (34·8%) észleltük: tehát a mi tapasztalataink szerint is gyakoribb a szúrásoknál, mint a lövéseknél.

Eseteink közül a legtöbbnél ezen emphysema tenyérnyi terjedelemnél nem volt nagyobb, csupán egy lövési sérülésnél terjedt ki nemcsak a kóros oldali mellkasfélre, hanem még a nyakra és a túloldali mellkasfélre a bimbóvonalig. Hogy mi okozta az emphysema ezen nagy kiterjedését ezen esetünkben, nem tudjuk. A beteg erőteljes 19 éves ember volt, kinél a tüdőtuberculosisnak, mely esetleg pleura összenövéseket okozott volna, semmi nyoma nem volt; a lövés öngyilkosságból származó kis kaliberű revolverlövés volt, a 4-dik bordaközben fekvő bemeneti nyilással kimeneti nyilás nélkül.

Az emphysemánál sokkal megbizhatóbb tünete a tüdősérülésnek a *haemoptoë*. *Wiemuth* 12 penetráló lövése közül 11-ben, *Mc Cosh* 20 esete közül 14-ben, *Schjerning* 14 esete közül 8-ban volt jelen. Klinikánkon észlelt 42 behatoló szúrás közül 29-szer, 89 lövés közül 76-szor észleltetett. Tekintélyes nagy számok ezek, melyek a haemoptoë diagnostikus fontosságát eléggé bizonyítják. Észleléseink alapján azon meggyőződésre jutottunk, hogy a haemoptoë egyrészt minden mélyebbre ható tüdősérülés legállandóbb kisérő tünete, másrészt jelenléte feltétlen biztossággal tüdősérülésre enged következtetni. Magától értetődik, hogy a haemoptoë minden diagnostikus értékét elveszti azon esetekben, a melyekben már a sérülés előtt is jelen volt. Arról sem szabad sohasem megfeledkezni, hogy a vérzés forrása a szájban is lehet. Egyébként igen sokszor nem azonnal a sérülés után lép fel a vérköpés, hanem órák, sőt napok mulva. Azon 105 esetben, a hol jelenlétét kórtörténeteinkben feljegyezve találtuk, 47-ben már a felvételkor jelen volt, 50-ben a sérülés utáni 48 órán belül, 5-ben a harmadik és 3 esetben a negyedik napon lépett csak fel. A vérköpés foka és tartama a sérült tüdőér nagysága szerint változik. Észleltünk eseteket, a hol alig néhány véres köpetet ürített a beteg, míg máskor oly erős volt, hogy a betegek teleszájjal majdnem tiszta habzó vért köptek ki igen nagy mennyiségben. Az ilyen erős haemoptoëk természetesen hosszabb ideig tartanak, de átlag a második hét folyamán, a harmadik hét elején mégis megszünnek; legalább eseteink közül csak kettőben tartott a harmadik hét végeig. *Mc Cosh* gyógyulással végződő egy esetében 34 napig tartott.

Egy további gyakori kisérő tünete a tüdősérülésnek a *pneumo-* és *haemothorax*. Mindkettő a pleura parietalis izolált sérüléseinél is előfordulhat és viszont hiányozhatik felületes tüdősérüléseknél. A pneumothorax azonnal a sérülés után lépvén fel, a sérülés behatoló voltának legkorábbi és legbiztosabb diagnostikus jelét képezi. Olyan behatoló sérüléseknél, a hol a tüdő sértve nincs és a sebcsatorna ferde lefutású, vagy egyenes lefutásúnál is, ha el lett zárva, ezen pneumothorax fokozatosan visszafejlődik. Tüdősérülésnél a pneumothorax már lassabban fejlődik vissza, sőt nagyobb bronchus sérülése esetén még fokozódhatik is és nagyfokú, még az életet is veszélyeztető (különösen jobboldali pneumothoraxnál) mérvet ölthet. Egyáltalán hiányzik még mélyebbre hatoló sebzéseknél is, ha a tüdő a pleura parietalissal a sérülés helyén össze van tapadva. *Hildebrandt* 32 penetráló sérülés között 4-szer, *Wiemuth* 12 közül 6-szor észlelte. A mi 42 penetráló szúrásunk közül 14-nél, 89 lövési sérülés közül 29-nél volt kimutatható.

Haemothoraxot nemcsak a tüdőből származó vérzés okozhat, hanem a pleura izolált sérülésénél a mellkas falából származó vérzés is. A kiömlött vérnek azonban mindenesetre nagyobb mennyiségünek kell lennie, hogy a mellüreg felett kimutatható tompulatot adjon. Minden nagyobb tüdősérülésnél kifejlődik, csakhogy rendszerint napok telnek el, míg kimutatható tüneteket okoz. *Wiemuth* 12 esete között kétszer, *Hildebrandt* 32 esete közül 19-szer volt kimutatható. Klinikánkon észlelt 42 penetráló szúrás közül 7-szer, 89 lövés közöl 55-ször fordult elő. Ezen 55 esét közül 5-ben oly nagy fokot ért el, a tüdőt annyira comprimálta, hogy a mellűrben meggyülemlett vért ki kellett bocsátani.

Behatoló sérüléseknél előfordul, hogy a pleura és mellkasfal sebzési csatornáján a tüdő egy része elesik, *tüdőprolapsus* áll elő. Lövési sérüléseknél, legalább olyanoknál, melyek kis kaliberü fegyverek által okoztattak, ez rendkivül ritka. Legfeljebb oly ferde lefutású lőcsatornák mellett eshetik elő a tüdő, melyek egy bordaközt nagyobb területen megnyitnak. *Riedinger* említi, hogy *Morel-Lavallée* 30 tüdőprolapsus-esete közül csak 3 volt lövési sérülés eredménye; a mi 89 penetráló lövési esetünk közül egyben sem észleltünk tüdőelőesést. Szúrásoknál már annál inkább megvan a lehetősége a tüdőprolapsusnak. Rendszerint akkor történik ez meg, ha a szúró eszköz széles sebet ejtett a mellkason és kihúzása kilégzés alatt történik. A szúrcsatornán át előesett tüdőrészlet — rendesen a tüdő széle — magától is visszahúzódhatik ugyan a mellüregbe, mint azt *Beck* és *Völker* kimutatták, de a legtöbbször ez nem történik meg, és ugyanolyan változások lépnek fel benne, mint a kizárt sérvnél. *Tuffier* 7 ilyen tüdőprolapsusról tesz említést, *Couwy* 14-ről. Klinikánkon észlelt 42 penetráló szúrás közül 3 esetben volt tüdőelőesés jelen. Ezek röviden a következők:

1. A. Ignácz felvétetett 1892. II/7. Felvétele előtt egy órával társa nagy konyhakéssel mellbe szúrta. A bal bimbóvonalban a 4-dik bordától a 8-dikig egy hosszirányú, közepén 4 cm.-nyire tátongó 10 cm. hosszú szúrt seb, mely az 5., 6. és 7-dik bordaporczot kettévágta. Az 5. és 6. bordaporczok két vége között diónyi tüdőrészlet van előesve; az előesett tüdőrész sötét-kék, kilégzés alatt kissé megduzzad. Szivtompulat eltünt, baloldali pneumothorax. Erős dyspnoë, cyanosis; légzés perczenként 28, pulsus 62. Seb környéke desinficiáltatik, az előesett tüdőrészlet könnyen reponáltatik; jodoformgaze tamponade, nyomó kötés. II/8—9. láztalan. II/10. catgut izom- és selyem-bőrvarrat. Láztalan lefolyás. II/17. Varratkiszedés, per primam gyógyulás. II/23. gyógyultan távozik.

2. Sch. Alajos, felvétetett 1892. II/19. Verekedés közben zsebkéssel mellbe szúrták. A bal hónalji vonalban a 6—7. borda között egy 2 cm. hosszú, 1 cm.-nyire tátongó haránt irányú szúrt seb, melynek közepén egy mogyorónyi tüdőrészlet elő van esve. A sebnyilásból minden kilégzésnél habzó vér ürül. Dyspnoë. Légzés perczenként 32, pulsus 68. A seb környéke desinficiáltatik; az előesett tüdőrész enyhe nyomással reponáltatik; jodoformgaze tampon. Morphin. II/20. Kis haemoptoë. II/21—25. kisebb hőemelkedések. II/26-dikától láztalan; seb sarjadzik. II/28. egy 0·5 cm. sarjadzó sebbel távozik.

3. S. János, felvétetett 1898. VII/4. Verekedés közben mellbe szúrták. A jobb bimbóvonalban a 6. és 7. borda között egy haránt irányú 8 cm hosszú seb, melynek közepén tyúktojásnyi tüdőrészlet van előesve. Baloldali pneumothorax. Erős dyspnoë, szapora, felületes légzés. A seb környéke desinficiáltatik, az előesett tüdő langyos bóroldattal leöblíttetik és reponáltatik. Catgut-izomvarrat, bőrvarrat. VII/5. este 38° C. VII/39° C. Bőrvarrat szétnyittatik, a sebből geny ürül. VII/7. láztalan; a seb sarjadzik, baloldali haemothorax. VII/21. még teljesen be nem hámosodott, sarjakkal teljesen kitelt sebbel távozik.

Mind e három esetünkben a szúrás szélesebb pengéjü késsel okoztatott és a sebvonal egyszer hosszirányú (a bordaporczokat keresztül vágó), kétszer haránt, a bordaközöknek megfelelő irányú volt. Az előesett tüdőrész mogyorónyi, diónyi, illetőleg tyúktojásnyi volt. A prolabált rész megduzzadását kilégzésnél csak első esetünkben találjuk megemlítve. Az első és harmadik esetben pneumothorax is volt még a repositio megtörténte előtt, a mi azt mutatja, hogy a prolabált tüdő nem minden esetben zárja el hermetice a megnyitott mellüreget. A tüdő maga úgy látszik az első esetben nem volt sérülve, de a másik két esetben a haemoptoë és a később észlelt haemothorax tüdősérülésre vallanak.

A tüdőn kivül penetráló szúrásoknál és lövéseknél sérülhet a rekesz, az oesophagus, a ductus thoracicus, a nagy erek és a szív is. Az első háromnak sérüléseit mi egyszer sem észleltük.

*A mellüregbeli nagy erek* sérülései ritkán képezik megfigyelés és kezelés tárgyát, mert ezek legtöbbje igen rövid idővel a sérülés után halálosan végződik; perczek alatt vérzik el a beteg. *Perthes* az irodalomban egyetlen egy klinikailag észlelt

esetét sem találta megemlítve az arteria pulmonalis-sérülésnek és csak 12 oly esetét az aorta-sérülésnek, mely nem azonnal végződött halálosan. A klinikánkon észlelt esetek között egyben a vena cava superior, egyben egy nagyobb ága az arteria pulmonalisnak volt megszúrva.

1. M. István, felvétetett 1898. IX/11. Reggel 5 órakor verekedés közben mellbe szúrták. A mellkas jobb oldalán a bimbó és a szegycsont között középen egy 17 cm. hosszú, egyenes szélű seb, mely a 6-dik bordától a középvonallal párhuzamosan halad lefelé, a 3-dik borda magasságában iv alakban a középvonal felé tart; közepe 1·5 cm.-nyire tátong; a 2. és 3. borda porcza át van metszve és e helyen a pleurán látható seben át habzó vér ürül. Baloldali pneumothorax. Beteg eszméletlen, erősen anaemikus. Desinficiálása a seb környékének, pleura, izom és bőr varrat. Pulsus alig tapintható, felületes légzés; d. e. 9 órakor exitus. *Boncz lelet.* Mellső gátorbeli kötőszövet vérzésesen beszűrődött, jobb mellűrben 800 gm. kevés alvadékot is tartalmazó vér. Bal mellűrben 200 gramm vérfestékes savó. Jobb tüdő a mellüreg tartalmán úszik; felső lebeny mellső széle a csúcstól 7 cm.-nyire át van szúrva; ezen szúrás folytatásában a szivburok külső lemeze a tüdő gyöke felett 3 cm.-nyire egy 15 cm.-es szúrással meg van nyitva. A burok űrében 50 gm. zavaros fekete-piros vér; a jobb *rena cava superior beszájadzása felett 2 cm.-rel egy 1 cm. hosszú hosszirányú szúrással meg van nyitva* mellső, illetve jobb oldalsó felületén; hátsó fala sem belül, sem kivül sértve nincs. Szív sértetlen.

2. D. Jusztin, felvétetett 1900. IX/15. Megszúrták. A bal scapula csúcsa és a gerinczoszlop között egy 2 cm. hosszú, 0·5 cm.-nyire tátongó, éles szélű, hosszirányú szúrt seb, melyből habzó vér ürül. Beteg eszméletlen, szájából véres hab csurog; igen halvány, pulsusa a radialison nem érezhető. Sem pneumothorax, sem bőr alatti emphysema nincs. Seb környéke desinficiáltatik, izom- és bőrvarrat, nyomókötés. IX/16. Konyhasós infusiora pulsus tapintható: 10; láztalan. Vérzés a sebből megszünt, de a haemoptoë igen nagy. IX/17. Reggel meghal. *Boncz lelet:* Bal mellüreg kötőszövetesen teljesen zárt. A bal tüdő alsó lebenyének a kapujával határos része tyúktojás nagyságban lép összeállású, légtelen, vérzésesen beszűrődött; ezen terület közepe táján egy 1 cm. hosszú seb, mely rézsút le és a középvonal felé halad 3 cm. mélységig, útközben egy szalmaszál vastagságú hörgágat és a *tüdőkapu, mellett közvetlenül egy 15 mm. kerületű tüdőütőérágat sért meg*, annak falát fele részben átszelvén.

Mindkét esetünkben az edénysérülés szúrás következménye volt és elvérzéshez vezetett. A vena cava superiornak a burkon belüli sérülése haemopericardiumiot és nagyfokú haemothoraxot okozott; a tüdő felső lebenye is át volt szúrva. Beteg a sérülés után 4 órával halt meg. Megjegyzendő, hogy ez esetben a beteg nagyfokú anaemiáján kivül semmi jel sem mutatott arra, hogy ily súlyos sérülés van jelen. Tüdősérülés lett diagnoskálva csupán és azért lett pleura- és izomvarrattal a seb zárva. Második esetünk abból a szempontból érdekes különösen, hogy daczára egy szalmaszál vastagságú hörg és egy nagyobb tüdőütőér megsértésének, sem pneumo-, sem haemothorax nem fejlődhetett, mert a két pleuralemez egész kiterjedésében össze volt nőve; az elvérzés itt tehát csupán a szájon keresztül történhetett, minthogy a seb maga varrattal el lett zárva. Ennek tudható be, hogy a halál ez esetben csak a felvétel utáni második napon következett be.

Lövési sérüléseink közül egy esetben sem észleltünk ilyen nagy edénysérülést. Az irodalomban ily lövés következtében történt együttes sérülését az aortának és az arteria pulmonalisnak közli *Perthes*.

Egy 7 év óta fistulás empyemában szenvedő férfi öngyilkossági szándékból mellbe lövi magát. Bemeneti nyilás a bal 2-dik bordaközben, golyót a Röntgen-sugarak a 6-dik háti csigolyában mutatják. A sérülés után 10 hóval a beteg pneumonia tünetei között meghal és a sectio az arteria pulmonalis és az aorta descendens között egy 1·5 cm.-es, thrombustömegekkel kitöltött aneurysmás csatornát mutatott ki. Hogy ez esetben a halál ily súlyos sérülés után csak 10 hó mulva következett be, annak oka csak az lehetett, hogy a nagy edények szoros kérges köteggel voltak körülvéve, mely a vérkiömlésnek gátat vetett.

*A szivburok és a szív* szúrások és lövések után gyakran sérülnek. Különösen gyakoriak a szívlövési sérülései, legalább a békepraxisban, a hol a lövések az esetek túlnyomó nagy többségben öngyilkosságból származók. Annak oka, hogy a szívsérülések gyakoriságuk mellett aránylag ritkán kerülnek megfigyelés és kezelés alá, csak abban kereshető, hogy az ily sérülések az esetek legnagyobb részében az egyén azonnali halálát okozzák. Csak ez lehet oka, hogy klinikánkon észlelt 42 penetráló szúrás között csak egy esetben észleltünk szív- és egy esetben szívburoksérülést és 89 lövés közül csak egy burok- és két szívlövést.

A szivburok izolált sérülésének lehetőségét épen úgy kétségbe vonták, mint a pleura costalisét; azonban már minden kétséget kizáró eseteket ismerünk, melyekben a bonczolat vagy a műtét alkalmával a burkot sérülve találták ép szív mellett. *Eichel* közöl ily izolált buroklövést és az irodalomból még 8 ily sérülést, mely közül 4-nél bonczolat, 4-nél a műtét igazolta a pericardium izolált sérülését.

Egy ilyen, bonczolat által igazolt szúrt sebét a pericardiumnak mi is észleltük:

Sz. Ferencz, felvétetett 1897. VIII/20. Verekedés közben megszúrták. A szegycsont jobb szélének megfelelőleg a 4. és 5. borda tapadása között egy 1·5 cm. hosszú tátongó szúrt seb, melyből kevés vér szivárog. Haemoptoë nincs, seb környéke nem emphysemás, tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés nem mutatható ki. Beteg közérzete jó, hőemelkedés nincs. Desinfectioja a seb környékének, varrat. VIII/21—28-dikáig beteg teljesen jól érezte magát, állandóan láztalan. VIII/29-dikén. Bal mellkasfelében erős szúró fájdalmakról panaszkodik. VIII/30-dikán. Kifejezett dörzszörej a bal tüdő és a szív felett. Hőmérséke 37·6. Pleuritis terjed, légszomj fokozódik, IX/2-dikan. Exitus. *Boncz lelet:* A szivburok mellső lemeze, illetőleg a mellső gátor laza kötőszövete vérzésesen beszűrődött, *a szívburkon egy 1 cm.-nyi orsó alakú éles szélű hiány*, a burok űrében 180 gm. szennyes, vörhenyes, fibrinczafatokkal bőven kevert zavaros savó. A szivburok mindkét lemeze rostonyás alvadékkal van fedve, mely a szív alapja táján a két szivburki lemezt össze is tapasztja. Szív, valamint tüdő sértetlen. Baloldali genyes pleuritis.

(Folytatása következik.)

# TÁRCZA.

## A budapesti egyetemi közkórház.

A pénzügyminister 1903. május hó 28-dikán a képviselőház elé a beruházásokról törvényjavaslatot terjesztett be, melyben „*a budapesti királyi egyetem orvosi kara mellett létesítendő egyetemi közkórház építésére öt millió koronát*“ irányoz elő. E néhány sor az ország közegészségügyének s culturájának fejlődésére nagy jelentőségű s nem kevesebb mint 70 év óta sürgetett intézkedés megvalósulását jelenti. A budapesti egyetem orvosi karának tanártestülete ismételt felterjesztésekben fejtette ki, hogy egy az egyetemi orvosi oktatással kapcsolatos országos közkórház felállítása égető szükség.

*Hőgyes Endre* a millenniumi emlékkönyvben újból sürgeti a kórház létesítését, „mely gazdag és bő változatú beteganyagot szolgáltasson a klinikai tanításnak s buvárkodásnak, mely nélkül tökéletlen marad orvosi oktatásunk nagy szabásban megindult organisatioja és versenyképességünk a bécsi egyetemmel szemben mindig háttérbe szorul“. Valóban a bécsi orvosi iskola *egykori* nagyságának alapja a II. József császár által alapított Allgemeines Krankenhaus volt. Nálunk a klinikák a városi közkórházakkal szoros kapcsolatban nincsenek s hiányzik az elvezető csatorna a tanításra már nem szükséges betegek számára; az oktatás nem lehet elég változatos, egyes betegségek csoportos bemutatása alig kivihető s ha e bajon az utolsó évtized hatalmas épitkezése egyes szakmákban segitett is, viszont annál inkább érezhetővé vált más szakokban, a melyek ágyszáma elégtelen. Németországban van olyan belgyógyászati klinika, mely mögött 500—600 ágyas kórházi osztály áll, míg nálunk semmi. Ugyanilyen helyzetben van a szemészet is, sok specialis szaknak meg egyáltalán nincs klinikája, nem is említve a hajléktalan rendkivüli tanszékeket.

De az oktatáson és a tudomány művelésén kivül még más körülmény is sürgeti egy állami közkórház felállitását. Nem lehet ugyan mondani — a mint azt sokan hangoztatják —, hogy az állam eddig mitsem tett a főváros kórházügyéért, mert a midőn a közoktatásügyi kormány az egyetemi klinikák ágyszámát 700-ra fejlesztette s a midőn e klinikákon a fővárosi betegek ezrei nyernek ingyenes elhelyezést és ápolást, akkor az állam tagadhatatlanul hatalmasan támogatja a főváros közegészségügyét; mégis el kell ismerni, hogy a vidéki betegek és pedig súlyos betegek a közlekedés fejlődésével oly mértékben áramolnak a fővárosba, hogy azok elhelyezésére a főváros kórházaiban *nincs* elég hely s a dolog természetenél fogva valósággal kiszoritják a helybelieket.

A főváros közkórházaiban az ágyak száma 1873-ban 1501 volt, 1885-ben 2374, 1899-ben 3155-re emelkedett, további épitkezésre úgy látszik sem pénz, sem hajlandóság. Pedig a kórházak most is zsúfoltak s a feltüntetett ágyszámnál sokkal több beteget kénytelenek elhelyezni. Az épitendő egyetemi közkórház hivatva van e tekintetben is a helyzetet sanálni.

Végül e két sokszor hangoztatott érvhez egy harmadik is társul, s ez a kötelező kórházi gyakorlat sikeres megoldása. A kiadott szabályzat értelmében „egyetemi klinikákon, a mennyiben azok tartalék-, úgynevezett közosztályokkal nem birnak, a kötelező egy évi kórházi gyakorlat el nem tölthető“.

Ilyen módon a felavatott, de még gyakorlatra nem jogositott orvosok kizárólagosan a közkórházakra, és pedig főleg a fővárosiakra lesznek utalva. Számba véve az orvostanhallgatók számának újból való emelkedését, a gyakorlati év sikeres eltölthetése is megkivánja, hogy az állam a *tárgyi* s *személyi* feltételekről gondoskodjék. Erre pedig az egyetemi közkórház a legalkalmasabb alkalom lesz.

1892-ben a belügyminister a képviselőház pénzügyi bizottságában

*

kijelentette, hogy Budapesten az állami közkórház fellállítása rövid idő kérdése, mert annak szükségét elismeri; azóta egy évtized mult el, a nélkül, hogy egy lépés is történt volna előre, s ime, ma a megoldás olyan módja áll előttünk, mely a legszebb reményekre jogosit. Kivánatos, hogy a javaslat mielőbb törvényerőre emelkedjék!

*G. E.*

## Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. évi működéséről.

(Vége.)

### Az „Erzsébet királyné"-sanatoriumban 1902. julius havától deczember 31-dikéig kezelt bőrbetegségekről.

1902. julius 27-dike óta *Kuthy Dezső* dr. egyetemi m. tanárnak, a sanatorium igazgató-főorvosának intézkedése és reám ruházott megbizása folytán, két hetenként egyszer rendszeres bőrvizsgálatnak vettetnek alá a sanatorium betegei.

A bőr ápolásának fontossága az általános hygiene szempontjából senki előtt sem szorul bizonyitásra; fokozott mértékben fontos azonban a köztakaró épségének fentartása az olyan chronikus lefolyású belső szervi megbetegedéseknél, a melyekkel együttjár a bőr táplálkozásának lefokozása és ellenálló képességének csökkenése, a mi által úgy a physikai külső káros behatásokkal, mint a fertőzés különböző fajaival szemben fogékonyabbá lesz. A tuberculosisban szenvedő betegeknél még egy más szempont is szükségessé teszi a bőr gondozását. A tüdővészesek sanatoriumi kezelésében t. i. fontos szerepet játszik a rendszeresen, orvosi felügyelet mellett végzett vízgyógymód, a melynek keresztülvitele persze — legalább relative — normálisan functionáló, ép köztakaró mellett lehetséges csak. Ha a bőr beteg, a tüdővészes egyén egy fontos gyógytényezőtől esik el, a mi nem maradhat általános állapotára való visszahatás nélkül. Igaz ugyan, hogy nem minden bőrbetegség, vagy bőrbeli functionalis zavar contraindikálja a vízprocedurák alkalmazását, de a tüdővészes betegeknél észlelt bőrbajok legnagyobb része tapasztalásunk szerint mégis olyan volt, a melyek vagy az éjjeli keresztkötések vagy a fürdők használatát, vagy mind a kettőét kizárták. Sőt, mint alább látni fogjuk, nem ritkán még a látszólag egészséges köztakaró is lobos reactioval felelt a víz alkalmazására. Ha egyik-másik esetben, kisérletképen, mégis forciroztuk a vízprocedurák keresztülvitelét, a beteg bőr ez erőszakoskodásra mindig rosszabbodással felelt. Rövid idő alatt szerzett emez általános tapasztalataink, valamint alább közlendő részletesebb statistikai adataink bizonyitják, milyen fontos és üdvös volt a sanatoriumban kezelt betegek köztakarójának rendszeres vizsgálata, és betegség esetében annak szakszerű kezelése.

A tüdővészes betegeknél észlelt bőrbajok között gyakoriság szempontjából első helyen állanak a gombás eredetű betegségek, nevezetesen pedig a *pityriasis versicolor*, a melyről általában tudva van, hogy a tuberculosisnak gyakori szövődménye.

Bármilyen jelentéktelennek tartjuk is e bántalmat, a tuberculosisban szenvedő betegeknél nagy jelentőséggel bir, mert ez is ama bőrbajok közé tartozik, a melyek *a keresztkötések és vizkúra használatának beszüntetését vonják maguk után*. Azt tapasztaltuk ugyanis, hogy a víz — még a megfelelő antiparasitás kezelés mellett is — nemcsak gátolja a beteg területek gyógyulását, hanem valóságos viszkető és fájdalmas bőrlobokat okoz; s csak mióta az ilyen betegeknél a viz használatát — a tuberculosis gyógyitásának e kiváló támogatóját — minden esetben a teljes gyógyulásig felfüggesztjük, sikerült e baj terjedésének gátat vetni és kellemetlen complicatiókat elkerülni. A pityriasis versicolor fertőzés terjedésének meggátolására azonban nem volt elégséges a már egyszer fellépett baj kezelése, hanem meg kellett akadályozni annak átvitelét egyik betegről a másikra. Ezt pedig Kuthy igazgató-főorvos azon intézkedése által értük el, hogy úgy a fürdőszolga, mint minden beteg szigorúan utasittatott, hogy csupán a számára kiadott keresztkötőt használja, a melyet reggel, a letétel alkalmából, egy e czélra szolgáló viaszos vászon tartóba, mely a beteg ágyszámával van ellátva, kell begöngyölnie. A keresztkötők minden derüs napon direct napfényben szárittatnak a szabadban, kétszer hetenként pedig kifőzetnek és mosatnak. Ezenkivül minden újonnan felvett beteg, még ha nem is látszott rajta pityriasis versic. fertőzés, az intézetbe való belépésekor kali szappannal tisztasági fürdőt vesz. A pityriasis versicolor kezelésére több kisérlet után, a melyeknél számolni kellett a tuberculosisban szenvedő beteg bőrének érzékenységével, a következő jól bevált kenőcsöt alkalmazzuk:

Rp. Acidi salicyl., Resorcini āā 2·5; Sulf. praecip. 15·0; Lanolini 60·0; Vaselini 20·0. Mf. Ungu. DS. Kenőcs.

Sporadice ugyan most is állandóan vannak az intézet ápoltjai között e bőrbajban szenvedők — hisz sokan e betegséggel lépnek a sanatoriumba —, de tömegesen a baj többé fel nem lép.

Egyéb gombás eredetű bőrbetegségek közül találkoztunk még *erythrasmá*-val és *trichophyton*-nal.

Feltünő volt az ideges alapon fejlődő, vagy legalább általánosan ilyennek feltételezett bőrbetegségek aránylag gyakori előfordulása.

Ilyenek a *pruritus universalis és partialis*, minden objective észlelhető elváltozás nélkül és a *herpes recidivans*. Különösen az előbbinek gyakori fellépése tuberculosisban szenvedő betegeknél nagyon érdekes, figyelmet és önálló tanulmányt érdemlő jelenség, a melylyel azonban e statistika keretén belül bővebben foglalkozni nem lehet feladatunk.

A tüdővészes betegek bőrének rendkivül érzékenysége és rossz táplálkozási viszonyai mellett bizonyit az is, hogy néhány esetben egyedül a vízkúra és keresztkötések alkalmazása után, minden más izgatás nélkül, fájdalmas bőrlob, valóságos *dermatitis artefícialis* lépett fel. Ez persze szintén a vizes proceduráknak ideiglenes beszüntetését vonta maga után, a mi sok betegnél, e therapiába vetett nagy bizodalmánál fogva, *psychikus depressiót* is okozott.

Az *acne* különböző formáinak gyakori előfordulása tuberculosisban szenvedő fiatal egyéneknél szintén a bőr rossz táplálkozására, általános vérszegénységre vezethető vissza.

Valódi *bőrtuberculosist* nem nagyon gyakran láttunk a sanatorium betegei között, valamint alig észleltük ezen idő alatt a bőrkiütések azon csoportjába tartozó bántalmakat, a melyeket néhány év előtt *Darier tuberculides cutanées* név alá foglalt össze.

Az Erzsébet királyné-sanatoriumban 1902. julius 27-dikétől deczember 31-ig ápolt *278* tüdővészes beteg közül — *159* férfi, *119* nő — összesen *115*-nél észleltünk bőrbajt. E számból *81 férfi* és *34 nő*. Mivel igen gyakran egy egyénen több, gyakran 3—4-féle bőrbajt is kellett diagnostizálnunk, a megbetegedések száma jóval nagyobb, tudniillik *157* volt.

Ha figyelemmel kisérjük statistikánknak a férfiakra és nőkre vonatkozó adatait, némely érdekes következtetést vonhatunk le belőlük. Mindenekelőtt kitünik, hogy a tüdővészes betegeknek legelterjedtebb bőrbántalma, a *pityriasis versicolor*, közel egyenlő arányban fordul elő férfiaknál és nőknél. *A bőrbetegségek egy része azonban sokkal gyakoribb a tüdővészes férfiak, mint nők között.* Ilyenek a *dermatitis artefícialis*, a mely részben tisztán a viztől, részben külső gyógyszeres kezelés után lépett fel, a *herpes recidivans* és a *pruritus universalis et partialis*, a mely utóbbit kizárólag férfiaknál észleltük.

Tekintve e betegségek aetiologiáját, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy *a tüdőtuberculosisban szenvedő férfiak bőre sokkal érzékenyebb, mint a nőké, külső behatásokra, valamint idegrendszerbeli zavarokra sokkal élénkebben reagál*. Ez bár talán meglepő, de statistikai adataink alapján fennálló tény.

Egyéb bántalmak közül még kiemelendő, hogy az *acne* különböző formái körülbelül egyforma arányban észleltettek nőknél és férfiaknál, bár a kiterjedtebb és súlyosabb pustulás alak szintén férfiaknál volt gyakoribb. *Erythrasmát* is alig találtunk nőknél, de e baj különben is túlnyomóan férfiaknál kerül észlelés alá. Csupán a hajzatos *fejbőr seborrhoeájának* statistikájában szerepelnek a nők nagyobb számmal, mint a férfiak. Ezt részben azon körülménynek tudhatjuk be, hogy a nők természetszerűleg jobban féltvén fejdiszüket, a mint hajhullást vesznek észre, sietnek az orvosi segitséget igénybe venni, mig a férfiak egy kis hajhullás vagy fejkorpázás miatt nem is jelentkeznek az orvos előtt. Másrészt azonban kétségtelen, hogy a nőknek a hosszabb hajviselet mellett nehezebben ápolható vérszegény fejbőre nagyobb hajlandósággal bir a korpázáshoz, mint a rövid hajú férfiak fejbőre.

Azok a megbetegedések, a melyek csak egyes, vagy igen kis számban mutatkoztak, persze semmi következtetést sem engednek vonni arra nézve, vajjon férfiaknál vagy nőknél fordulnak-e elő nagyobb számban.

*Táblázatos kimutatás.*

| Megbetegedés neme | férfi | nő |
|---|---|---|
| Acne necrotica | 2 | — |
| Acne vulgaris | 13 | 5 |
| Atheroma | 1 | — |
| Dermatitis artefícialis | 12 | 2 |
| Eczema | 2 | — |
| Eczema seborrhoic. | 1 | 2 |
| Erythema faciei | 1 | — |
| Erythrasma | 12 | 1 |
| Folliculitis | 4 | 1 |
| Herpes recidivans | 4 | 1 |
| Herpes zoster | 1 | — |
| Hyperidrosis man. et ped. | 2 | — |
| Keratosis pilaris | 1 | 1 |
| Lichen simpl. chronicus | 1 | — |
| Lichen scrophulos. | 1 | — |
| Lupus vulgaris | 2 | — |
| Panaritium | — | 1 |
| Perniosis | 2 | — |
| Pityriasis versicolor | 31 | 14 |
| Pruritus universalis et partialis | 12 | — |
| Rosacea | — | 1 |
| Seborrhoea sicca capit. | 3 | 10 |
| Seborrhoea oleos. faciei | — | 1 |
| Trichophyton corporis | 1 | 1 |
| Trichorrhexis nodosa | — | 1 |
| Tuberculosis verrucosa cutis | — | 1 |
| Urticaria | 1 | 1 |
| Verrucae sebaceae | 1 | — |
| Verrucae vulgares | 2 | — |
| Összes megbetegedések száma | 113 | 44 |

a melyek *81 férfin* és *34 nőn* észleltettek.

*Beck Soma* dr. kórházi rendelő orvos.

## Közegészségügy.

**A vagyonosok gyógykezelésének díjazása iránt a községi és körorvosok által szedhető látogatási díjtételek kimutatásának felterjesztése.** 44,603/IV. b. 1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegye alispánjának.)

A földmívelésügyi minister úr hatósága alatt álló Országos gazdasági munkás és cselédsegélypénztárral szemben az orvosok által felszámított gyógykezelési költségek helyes megállapítása akadályokba ütközik, mert a nevezett pénztár központi igazgatósága nem ismeri azokat a díjtételeket, melyek az 1876: XIV. t.-cz. 145. §-ának 1. pontja alapján, a vagyonosok gyógykezelésének díjazásra nézve a községi és körorvosokat kötelezik.

Felhivom ennélfogva a czimet, hogy a fentebb idézett törvényszakasz alapján érvényben levő orvosi díjakról pontos és kimerítő, a községi orvosok díjazását is felölelő, olyan kimutatást készittessen, a melyben — a mennyiben valamely orvosi kör vagy közös orvostartásra szövetkezett községcsoport egyes községeiben a díjazás különféle volna — minden egyes községre, tehát az ugyanegy körorvosi körhöz tartozó községek mindenikére nézve is, külön-külön fel legyen tüntetve, hogy mennyi azon látogatási díj, a melyet az orvosok: 1. a község rendes meglátogatása alkalmával történt rendelésért, 2. külön *a*) nappali, *b*) éjjeli látogatásért, 3. az orvos lakásán történt rendelésért az illető községben követelhetnek.

Az esetben, ha a körorvosok látogatási díjai vármegyei szabályrendelettel vannak szabályozva, ez is bejelentendő lesz a fentebbi pontozatoknak megfelelően; valamint az olyan díjtételek is, a melyek a pályázati hirdetményekben való szabályszerű közzététel után a pályázat alapján megválasztott és állását elfoglalt körorvos által külön egyezség nélkül is érvényesekül és mindkét fél által kötelezőkül elfogadtattak s igy érvényben levőknek tekintendők.

A kimutatások *folyó évig julius hó 1-jéig* ide okvetlenül felterjesztendők.

Budapesten, 1903. évi május hó 7-dikén. A minister helyett: *Gulner* s. k., államtitkár.

**Az állami gyermekmenhelyek önállósítása.** 46,547/V. c. 1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, kivéve Győr, Komárom, Moson, Sopron, Vas, Veszprém és Zala vármegyéket, továbbá Győr, Komárom és Sopron városokat.)

Az aradi, gyulai, kassai, nagyszőllősi, nagyváradi, rimaszombati, szabadkai, szegedi és temesvári magyar királyi állami gyermekmenhelyeket a budapesti állami gyermekmenhelytől függetlenitvén, azok önálló működésüket folyó évi május hó 1-jétől megkezdették.

Ennélfogva felhivom a czimet, intézkedjék az iránt, hogy a törvényhatóság területén talált vagy hatóságilag elhagyottá nyilvánított 15 éven aluli gyermekeket a hatóságok ezentúl a fent említett állami gyermekmenhelyek közül abba helyezzék el, a melyik — tekintve a gyermek tartózkodási helyét — a közlekedési viszonyok szerint leggyorsabban és legolcsóbban érhető el.

Egyidejűleg intézkedtem, hogy a törvényhatóság útján közvetlenül elhelyezett gyermekek után az orsz. betegápolási alapból a megfelelő adóhivatalnoknál fizetett tartásdijak folyó évi május hó 1-től kezdődőleg az illető nevelőszülőknek az állami gyermekmenhely útján fizettessenek.

Továbbá mindazok a gyermekvédelem érdekében folyamatban levő tárgyalások, kiváltképen az elhagyottá nyilvánítás és elhelyezés iránti tárgyalások, a melyek eddig a belügyministeriummal folytak, 1903. évi május hó 15-dikétől kezdődőleg azon állami gyermekmenhely igazgatóföorvosával folytatandók, melynek kötelékébe az illető elhagyott gyermek tartozik.

Végül megemlitem, hogy a szombathelyi állami gyermekmenhely önálló működését már folyó évi január hó 1-jén megkezdette.

Budapesten, 1903. évi május hó 7-dikén. A minister helyett: *Széll Ignácz* s. k., államtitkár.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Összefoglaló szemle.

### Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: **Pólya Jenő Sándor** dr. műtő.

(Folytatás.)

A legfontosabb jelenség, melynek döntő szerepe van annak elhatározásánál, hogy valamely hashártyalobot operáljunk vagy ne operáljunk, az exsudatum. *Mikulicz* már első közléseiben is az exsudatum kimutathatóságában látta az operativ eljárás legbiztosabb támpontját. Spontan és nyomási érzékenység állandóan a has bizonyos helyeire localizálva, ugyanitt resistentia, constans vagy fokozatosan növekvő tompulat: ezek ama symptomák, melyekből exsudatum jelenlétére következtethetünk; igen fontos szerepet játszik a rectalis és vaginalis vizsgálat a részletes kórisme felállításában és csekély elváltozásokra is fel lesz hiva figyelmünk, ha a beteget gyakran, 2—3 óránként vizsgáljuk meg. Ilyenkor esetleg egy csekély, jelentéktelennek látszó resistentia vagy tompulat folytonos és fokozatos növekvéséből a megfelelő általános tünetek mellett következtethetünk arra, hogy itt e resistentia, e tompulat egy folyton szaporodó genygyülemet jelent s e felismerés azonnali elhatározásra vezethet a műtétet illetőleg. Az exsudatum legbiztosabb jele a próbapunctio, melyet *Mikulicz* teljesen veszélytelennek tart, s melynek szerinte egyedüli hátránya az, hogy negativ eredménye nem bizonyító, s hogy vannak esetek, a hol a septikus peritonitis híg, bűzös, esetleg ténylegesen bélsártartalmú exsudatumát nem lehet biztosan a tágult meteoristikus belekben pangó tartalomtól megkülönböztetni. *Körte* utal arra, hogy a próbapunctio csak az adhaesiók által jól eltokolt tályogűrökben veszélytelen eljárás; a puffadt, lobos bélfal a szúrás után nem húzódik össze, s azért punctio után a szúrcsatornán bélsár könnyen csuroghat át a hasűrbe. Azért próbapunctiót csak akkor végez, ha közvetlenül utána a laparotomiát is végrehajthatja. Különben is kétes esetekben egy kis próbaincisio sokkal veszélytelenebb, s ezenfelül biztosabb eredményre vezető eljárás, mint a próbapunctio. Ilyenkor is előfordul, hogy a sebbe először csak a puffadt belek fekésznek elő, melyek az exsudatumnál könnyebbek lévén, annak felszinén úsznak, s csak ha ujjunkkal a belek közt a mélybe hatolunk, dül elő a geny.

A belek puffadtsága s az exsudatumon való úszása okozza, hogy a hasban kimutatható léghólyag, mint valamely üreges szerv perforatiójának jele biztosan nem értékesithető s hogy sokszor tömeges exsudatum mellett sem lehet a hasban tompulatot kapni. Ilyen esetekben fontos a különféle testhelyzetekben való vizsgálat; azonban mint *Nothnagel* kiemeli, ilyen esetekben diagnostikus csalódásra vezethet a has mélyebb részeiben fekvő, helyzetváltozásnál feltisztuló tompulat, a melynek alapján hajlandók volnánk szabad hasűri folyadékot felvenni, s mely phaenoment a belekben pangó tömeges folyadék, mely a test mozgásainál ide-oda lötyög, is előidézheti. Ha a tompulat felett locscsanást birunk előidézni, az a bélben helyet foglaló folyadék mellett szól, de ha a szabad hasűrben a folyadék levegővel van keverve, akkor is jöhet létre locscsanás.

A milyen homályban hagynak sokszor exsudatum jelenléte felől a tompulati viszonyok, úgy sokszor különösen érzékenyebb egyéneknél, de a fájdalmakat legjobban tűrő s hasfalukat lehető legjobban elernyesztő betegeknél is a palpatio sem ad lényeges felvilágositást, különösen ha a folyamat a mélyben folyik le s a genygyülemet bélkacsok fedik, még a rectalis és vaginalis vizsgálatnál sem, a melyet minden peritonitisre gyanus esetben eszközölnünk kell.

Fluctuatioval a hasűrben szabadon levő folyadékot peritonitisnél a fájdalom miatt feszes hasfalak, a folyadéknak aránylag nem nagy mennyisége s összetapadások által a mozgásban való akadályozottsága miatt nem lehet kimutatni, úgy hogy e jelet csak eltokolt nagyobb és felületesen fekvő tályogok mellett várhatjuk.

*Sonnenburg* szerint a sthethoskoppal való vizsgálat, a mély légzésnél hallható dörzszörej a legfinomabb eszköze az exsudatum kimutatásának.

A fájdalom, melyet *Nothnagel* a peritonitis vezérsymptomájának nevez, bár ritkán, szintén hiányozhatik és pedig nemcsak igen debilis, collabált betegeknél a peritonitisnek sajátszerű euphoriával járó végstadiumában, hanem teljesen ép sensorium mellett is. Fontos diagnostikus jelentőséget tulajdonitottak a fájdalom kiindulási helyének, minőségének, az alapbántalom természetének megállapitása szempontjából. De itt is vannak csalódások. Az appendicitis kezdetén és folyamán nem ritkán a köldöktájra, epigastriumra, bal csipőtányérra localizáltatik a legnagyobb fájdalmasság, viszont duodenalis, vékonybélperforatióknál állandóan a vakbéltájra szoritkozó fájdalmak lehetnek jelen. *Sonnenburg* szerint a fájdalom nagysága az exsudatum infectiositásával áll arányban.

*Lennander* szerint a peritonitikus fájdalom nagysága és kiterjedése tisztán csak attól függ, mily területen és mértékben van a fali hashártya megbetegedve; a visceralis hashártya lobja önmagában fájdalmat nem okoz, ez csak akkor áll be, ha a meteorismus folytán a mesenterium vongáltatik s a tágult és lobos bélkacsok a fali hashártyához dörzsölődnek. A zsigeri hashártyának számos klinikai tapasztalat által igazolt érzéstelenségéből érthető az is, hogy bizonyos duodenalis perforatióknál a vakbéltájon jelentkezik először a fájdalom, mert a sülyedő váladék itt éri a hashártya fali lemezét és hogy a vékonybelek közt s a kis medenczében lefolyó, kiterjebb peritonitisek is, ha a fali hashártya a cseplesz által a lobtól megvédetik, fájdalom nélkül folyhatnak le és nyomási érzékenység is a mellső hasfal felől vizsgálva hiányozhatik s csak a rectum felől mutatható ki.

A spontan fájdalmak periodicitása, görcsszerű jellege inkább belső incarceratio mellett szól, de a lobos fájdalmak is alábbhagyhatnak (különösen közvetlenül a perforatiós shock elmulása után észlelhetjük a tünetek javulását; narcoticumok, opium és morphium is sokszor annyira megjavitják a subjectiv érzést, hogy nemcsak a beteg, hanem az orvos is kételkedhetik a bántalom komolyságában) és újra erősbödhetnek, másfelől meg a peritonitis lefolyása alatt, ha a bélen szöglettörések állnak be, a kólikaszerűen jelentkező görcsök épen nem tartoznak a ritkaságok közé. *Symonds*[42] szerint a fájdalmaknak egy bizonyos nyugalmi időszak után való újra visszatérése indicatioját képezi a műtéti beavatkozásnak, míg *House*[40] oly fájdalmaknál ajánlja a műtétet, melyek localisak, de általánosodásra hajlandók vagy általánosak, azonban bizonyos helyen mégis erősebbek. A kiterjedt exsudatio (*Körte*), úgyszintén a sensorium leromlása folytán, mely a szervezetnek peritonitises intoxicatioja következtében áll be, a fájdalmasság elvész, s ez vezet épen a peritonitis végstadiumában jelentkező és mint már említők, oly rossz prognosist nyujtó euphoriára.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Ursziny Gyula: Az emberegészségügy iránt való érdeklődés felköltése hazánkban.** Miskolcz, Szelényi és társa könyvnyomdája.

Nagy lelkesedéssel és sok jóakarattal megirt munka, melyben szerző azt akarja kimutatni, hogy közegészségügyünk javulását csak akkor várhatjuk, ha képesek leszünk a nép bizalmát az orvosok iránt felkölteni és az orvosokat is olyan helyzetbe hozzuk, hogy ne csupán recepteket legyenek kénytelenek a betegnek adni, hanem jó tanácsokat is és hogy a nép ezeket el is fogadja. Ezen czél elérésére a felnöttek nevelését tartja szükségesnek s e tekintetben nagy fontosságot tulajdonit a népszerű egészségtani előadásoknak, a mely előadások nyomtatásban is terjesztendők a nép között, még pedig olcsó áron, mert az ingyen dolgot semmire sem becsüli a nép. Úgy az előadásokat, mint a nyomtatványokat az államnak kellene segélyezni. Kifejti, hogy a nyomtatványokban adott „tanácsokat" megyénként, az ottani viszonyok tekintetbe vételével kellene összeállitani, a mint hogy általában is ne a művelt nyugot utánzása legyen a mérvadó az egészségügyi intézkedések megállapitásakor, hanem ezek a népnek hazánk határain belül is nagyon változó viszonyaihoz legyenek szabva.

Szerző munkájában különben főleg a gümőkórral foglalkozik. Úgy gondolja, hogy első sorban nem a fertőzés ellen kellene küzdeni, mert ez nálunk egyelőre úgyis kivihetetlen; hanem kezdeni kell egy fáradságosabb, de biztosabb úton: az ellentálló képesség növelésén, a mi főleg a nép tanitásával érhető el; még pedig olyan dolgokra kell tanitani a népet, a melyek könnyű szerrel, nagyobb anyagi és kényelmi áldozatok nélkül is kivihetők. Közben sok érdekes tapasztalatával is megvilágitja tárgyának egyik-másik oldalát.

A mint látjuk, szerző egészen észszerű alapon áll; némely ajánlata határozottan további megfontolásra érdemes. Kár, hogy szertelen ismétléseivel munkáját nagyon is megnyújtotta és kissé egyhangúvá tette. De még nagyobb kár, hogy teljesen feleslegesen oly elméleti fejtegetésekbe is bocsátkozott egyik-másik helyen, a melyek nemcsak hogy még bizonyitásra szorulnak, hanem sokszor határozottan helytelenek is.

Ezen részletek elhagyása és az ismétléseknek szükebbre szorítása mindenesetre emelné ezen nagyon is időszerű munka értékét. A Széll Kálmán ministerelnöknek ajánlott könyv 4 koronáért szerezhető meg.

**C. Spengler: Zur Frühdiagnose und Therapie der progressiven Paralyse.** Buchdruckerei Davos A. G. in Davos. 1901.

A terjedő hűdéses elmezavarnak két gyógyult (?) csete kapcsán szerző az ezekben követett gyógymódot ismerteti. A luest a paralysis okának mondja, de csak közvetve. A syphilis folytán megbetegszik a pajzsmirigy; a pajzsmirigy thyreoidizálja a syphilis-mérget, és csak az igy módosult syphilishatány képes az idegrendszerre hatni. A kezelés tehát mindenek előtt antiluetikus (Blaschko-féle mercolint-kötény alkalmazása), azonkivül szerző sűrűn — de nem szakadatlanul — adagol pajzsmirigykivonatot; ha az utóbbi intoxicatiós tüneteket okoz, ezt thymus-kivonattal vagy cerebrinnal egyensúlyozza. Ezen combinált kezeléssel nemcsak az egyes tünetekben mutatkozik javulás, de a paralysis meg is gyógyul, a mi azonban a közölt kórtörténetekből nem világlik ki egész biztossággal (remissio!).

*Hudovernig.*

**Uj könyvek.** *Zondek:* Die Topographie der Niere und ihre Bedeutung für die Nieren-Chirurgie. Berlin, A. Hirschwald. — *Pannwitz:* Die erste internationale Tuberculose-Conferenz. Berlin, Internationales Central-Bureau zur Bekämpfung der Tuberculose. — *Möbius:* Geschlecht und Kopfgrösse. Halle a. S., C. Marhold. — *Roloff:* Genügt die chemische Analyse als Grundlage für die therapeutische Beurtheilung der Mineralwässer. Halle a. S., C. Marhold. — *Letulle:* La pratique des autopsies. Paris, C. Naud. — *Guitard:* De la méthode ambulatoire dans les traumatismes osseux du membre inférieur. Paris, C. Naud. — *Lemoine:* Technique et indications des médications usuelles. Paris, Vigot fréres. — *Chaillou* et *Mac Auliffe:* Précis d'exploration externe du tube digestif. Paris, A. Maloine. — *Raymond:* Leçons sur les maladies du système nerveux (1900—1901). Paris, O. Doin. — *Sapelier* et *Dromart:* L'alcoolomanie, son traitement par le sérum antiéthylique. Paris, O. Doin. — *Bernheim:* La tuberculose. Paris, J. Rousset. — *Le Nouene:* Du traitement chirurgical des néphrites. — *Delage:* L'hérédité et les grands problémes de la biologie générale. Deuxième édition. Paris, Reinwald, Schleicher frères et comp. — *Le Dantec:* Traité de biologie. Paris, F. Alcan. — *Lagrange:* Le traitement des affections du coeur par l'exercise et le mouvement. Paris, F. Alcan. — *Frank G. Clemow:* The geography of disease. London, C. J. Clay and Sons. — *Froussard:* Muco-membranous colitis. London, Baillière, Tindall and Cox. — *J. Jackson Clarke:* Protozoa and disease. London, Baillière, Tindall and Cox. — *T. K. Monro:* Manual of médicine. London, Baillière, Tindall and Cox. — *Lauder Brunton:* Collected papers on circulation and respiration. London, Macmillan and Co. — *R. Hall Babcock:* Diseases of the heart and arterial system. New-York, D. Appleton and Co.

## Lapszemle.

### Belgyógyászat.

**A vastagbél betegségeiben**, különösen azokban, a melyekben a nyákelválasztás fokozott (enteritis membranacea), *Clemm* nagyon jó eredménynyel használja az albargin-klysmákat. A hatást oly módon véli magyarázhatónak, hogy az albargin — a mely protogelatose összeköttetése ezüst nitrattal — a felszivódásra képes gelatose lehasadása után szabbadá váló ezüstnitrat útján kedvező hatást gyakorol a lobos állapotban levő kehelysejtekre és ezek fokozott nyáktermelését mérséklí. A klysmát, mely 40 centigramm albarginból és 1/4 liter testhőmérsékű vízből áll, este alkalmazza, még pedig háton fekvésben felpolczolt medencze mellett, vagy pedig bal oldalon fekvésben. A klysma visszatartandó. A kedvező hatás gyorsan szokott mutatkozni és a túlságos mérvű nyákképződés megszünésében, valamint a többnyire jelenlevő obstipatio megszünésében nyilvánul. Ez a hatás még olyan esetekben is mutatkozott, a melyekben az előzőleg használt Fleiner-féle olajklysmák többé-kevésbé eredményteleneknek bizonyultak. Az albarginklysmák elcinte naponként adandók, később elegendő őket hetenként háromszor vagy még ritkábban adni. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 9. kötet, 1. füzet.)

**Czukor kimutatására** egyszerű és nagyon érzékeny új próbát ajánl *Riegler*. 20 csepp vizelethez kémcsőben késhegynyi oxalsavas phenylhydrazint és 10 köbcentimeter vizet adva, a feloldódásig főzünk, majd 10 köbcentimeter 10%-os kalilúggal erősen rázunk, a mire czukor jelenléte esetén 1 perczen belül szép vöröses ibolyaszín áll elő. Ezen kémléssel 0·05% czukor még kimutatható. Kiemelendő, hogy fehérje jelenléte e próbánál nem hat zavaróan. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 15. szám.)

### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az orrgaratmandola heveny gyuladását**, mint azt *Beckmann* a berlini orvosegyesületben kifejtette, aránylag igen ritkán ismerik fel és ez utóbbi esetben sem veszik oly komolyan, mint kellene.

A heveny gyuladás fontosabb tünetei a duzzadt mandola határainak elsimulása, a felületén nyákos genynyel fedettsége. A szine tégla- és nem sötét-vörös. Gyermekeknél a szájpadiv mögül sárga vagy szürkés nyáktömeg csüng alá, felnőtteknél sokszor úgy néz ki a hátsó garatfal, mintha fénylő lakkal volna bevonva. (Az úgynevezett pharyngitis sicca képe.) Az orra és melléküregeire való tovaterjedése folytán rendesen egy heveny fertőző, genyes secretioval járó nátha tünetei között folyik le. A mélyebb légútak részint a váladék lefolyása, részint a gyuladás tovaterjedése folytán szenvednek. Középfülgyuladás nagyon gyakori complicatio, e bántalom 95 perczentje heveny orrgarat-tonsillitisnek köszönheti létrejövetelét.

A rheumatikus facialis hűdésnek mind a hét általa észlelt esetében az adenoid szövet heveny gyuladása is jelen volt és ezek közül három lassan gyógyuló esetben az orrgaratmandola eltávolítása feltünő eredménynyel járt. Az orrgaratmandola heveny gyuladása a lymphatikus edényeken át a garatmandolákra is reáterjed és létrehozza az úgynevezett angina lacunarist, a miből peritonsillaris tályog is fejlődhetik. Az izületi csúznak első és főoka. Recidiva csak akkor zárható ki, ha az adenoid szövetet (és nem a garatmandolát!) eltávolítjuk. Ugyanez mondható az endocarditis, chorea, influenza, vörheny, pleuritis, pneumonia, nephritis, osteomyelitis sok esetéről is. Az orrgaratmandola heveny gyuladása folytán gyakran a nyakmirigyek is elgenyednek, a mi a tuberculosis bacillusainak ez úton való behatolását mutatja. Innen a bacillusok tova vándorolhatnak és igy létrejöhet a scrophulosis minden tünete, okoztatva az orrgarat heveny gyuladása által. Gyermekeknél a lympathitikus edények az orrgaratmandolától egyenesen a basalis agyhártyákhoz vezetnek, és igy közelfekvő a gondolat, hogy basilaris meningitisnél az infectio innen indul ki. A nyakcsigolya caries és retropharyngealis tályog aetiologiájában szintén fontos szerepet játszik az adenoid szövet heveny gyuladása, mint közvetlenül átterjedő folyamat. Ugyanigy a tüdőcsúcshurut oka lehet. A recidivára hajlandó csúcshurutok egy számában az orrgaratmandola eltávolítása maradandó javulást hozott létre.

Az egyes attaqueok gyógykezelésében szerepet játszanak a nyakborogatások, beszáradt váladék eltávolítása, szájvíz. Csupán a gyermekeknél fellépő heveny fül-exsudatumok vagy genyedések esetében, de akkor is, ha semmi ellenindicatio fenn nem áll, távolitandó el a gyuladt orrgaratmandola. A recidiva kikerülésére vizkúrák, az északi tengeren hosszabb ideig való tartózkodás némi haszonnal jár, az egyedül megbizható eljárás azonban a mandola eltávolitása, de ennek egészen a fibrocartilago basilarisig kell történnie. (Berliner klin. Wochenschrift, 1902. deczember.) *Tövölgyi Elemér* dr.

**Az intratrachealis struma** egy estét észlelte *Clement F. Theisen*. Ez mindössze a tizedik eddig az irodalomban. 32 éves és öt hónap óta gravid nő, hét év óta lassan fokozódó nehézlégzésben szenved. Ez utóbbi terhessége alatt állapota gyorsan súlyosbodott. Bal pajzsmirigy és erősebb fokban az isthmus megnagyobbodott. Inspiratorius stridor. Kissé megnyult kilégzés a jobb tüdőcsúcs felett. A laryngoskopikus vizsgálatnál egy a hátsó és oldalsó légcsőfalról kiinduló daganat lesz láthatóvá mély belégzés alkalmával, a mely az első légcsőgyűrűtől kezdve csaknem az egész tracheára kiterjed. A daganat sima felületén kiterjedt véredényhálózat. A jodtherapia hatástalannak bizonyult. A műtét magas tracheotomiával vette kezdetét, majd a mély légcsőmetszés végeztetett a pajzsmirigy isthmusának előzetes ligaturája és átvágása után. A daganatnak csupán egy része volt eltávolitható. A górcsői lelet: thyroideal szövetből fejlődött colloid struma. A műtét után pár nap mulva mindkét oldalra kiterjedő tüdőgyuladás fejlődött ki, de szerencsés lefolyással, a mennyiben a beteg, habár légcső-canullel, de a műtét utáni huszonkilenczedik napon gyógyultan elbocsáttatott. A visszamaradt daganatrészlet jelentékenyen zsugorodott

és idővel teljes eltünése várható. Szerző Paltauf nézetén van, azaz hogy a daganat a pajzsmirigynek egy részlete, más szóval a pajzsmirigy daganata átnőtt a légcső belsejébe. (The American Journal of med. scienc. 1902.) *Tövölgyi Elemér* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Az ichthalbinra** (ichthyol összeköttetése fehérjével), melyről néhány év előtt több szerző dicsérettel nyilatkozott, hivja fel újolag *Marcuse* a figyelmet. Az ichthalbin hatása kettős: először kitünő bélantisepticum, ennél fogva javalt bélhurutoknál, továbbá a bélzavarokkal járó reflectorius és trophikus jellegű bőrbajoknál; másodszor nagyon kedvezően befolyásolja az étvágyat és a táplálkozást, ennélfogva jó hatású idült sorvasztó betegségekben (gümő- és görvélykór, idült pneumonia stb.). Az adag felnőtt részére 0·5—1·0 gramm 3-szor naponként, legczélszerűbben közvetlenül evés előtt; csecsemőknek 0·1—0·3 gramm nyákos levesben. Gyermekeknek jól adható chocolade-dal keverve: 1/5 font reszelt chocolade-ot 15 gramm ichthalbinnal jól összekeverünk és ebből adunk naponként 3-szor lecsapott kávéskanálnyit. Előnye még e szernek, hogy teljesen ártalmatlan és hogy ára elég mérsékelt: 10 gm. 1 márka 20 fillérért kapható. (Therapie der Gegenwart, 1903. 3. füzet.)

**A jodipinnak a véredényekre hatását** tanulmányozta *Thaussig* a bécsi közkórházban Pal tanár osztályán. Jó eredményeket észlelt asthma bronchiale eseteiben, azonkivül főleg lueses eredésü véredénybajokban. Érdekesek továbbá az ólomkólika eseteiben észlelt kedvező eredmények, a melyeket a has véredényeinek jod okozta tágulásából magyaráz. Kiemeli még szerző, hogy a jodmérgezés tünetei jodipin használatakor szerfelett ritkán fordulnak elő. (Wiener med. Wochenschrift, 1902. 29. szám.)

**A stypticint** lokalis antiphlogisticum gyanánt nagyon jó eredménynyel használta *Kaufmann*. 5%-os stypticin-lanolin-kenőcs alakjában alkalmazva, heveny bőrlobok eseteiben kitünő lobellenes hatást fejtett ki; idült esetekben azonban használata nem járt eredménynyel. (Monatshefte für praktische Dermatologie, 35. kötet.)

**Hetolkezeléssel** elért néhány feltünő jó eredményéről számol be *Goldschmidt* (Reichenhall) és egyúttal közli, hogy a befecskendéskor milyen módon jár el. Kizárólag üvegfecskendőket használ, nagyon vékony, rövid és éles tűkkel. A fecskendőket és tűket állandóan absolut alkoholban tartja, használat előtt pedig újból kifőzi. A beteg karját előbb lysol-, majd sublimat-oldattal megkeféli, letörli, azután a befecskendezés helye felett ruganyos pólyával leszoritja a kart, hogy a venák jól megduzzadjanak. Most még egyszer megmossa a befecskendés helyét absolut alkohollal, a hetolt a venába befecskendezi, a tű kihúzása után a kis sebre nedves sublimat-vattát tesz, a pólyát leveszi és két órára gaze-kötést alkalmaz. A „Kalle und Co." czég beforrasztott üvegtubusokban hozza forgalomba a hetolt, a mely ilyenkor minden további előkészités nélkül használható. Gyógyszertárban készitett hetol-oldatokat használat előtt 10 perczre forró vizbe tevéssel sterilizálni kell. (Deutsche Praxis, 1903. 2. szám.)

**A veronalra**, ezen új hypnoticumra hivja fel *Schüle* tanár a figyelmet, mint a mely 0·5—0·75 grammos adagban elég gyorsan hoz álmot, a nélkül, hogy kellemetlen mellékhatásokat okozna. Talán kissé gyengébben hat, mint a trional, de úgy látszik hatása valamivel hosszabban tartó. A veronal tablettákban kapható. (Therapeutische Monatshefte, 1903. május.)

**Nephritis által feltételezett uraemiás rohamok** ellen kiterjedt tapasztalatai alapján *Heinrich* piloparcinum hydrochloricum bőr alá fecskendezését ajánlja 0·01—0·015 grammos adagban. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 9. szám.)

**Erysipelas** 130 esetében *Martzinowski* feltünő jó eredményt ért el kalium permanganicum 1:1000 oldatával, a melyet egy háromrét összehajtott compressre önt és ezt a beteg részre helyezi. (La semaine médicale, 1903. 14. szám.)

## Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat,** 1903. 22. szám. *Farkas Miksa*: A vastherapia újabb haladása: perdynamin, egy új szerves vaskészitmény. *Reisz Octáv*: Adatok a sérvelzáródások sebészetéhez. *Kiss Gyula*: Az osmosis-nyomás és a szervezet.

**Orvosok lapja,** 1903. 22. szám. *Dillnberger Emil*: A dysmenorrhoea kezelése aspirinnal. *Albeker Károly*: 1. Conium-mérgezés. 2. Harántul szűk medenczén át fogóval, nagyfokú koponyahorpadással világrahozott, életben maradt magzat.

**Budapesti orvosi újság,** 1903. 10. szám. *Siklóssy Gyula*: A látás élességének megvizsgálása. *Kétly László*: A Banti-féle betegségről egy eset kapcsán. *Lévai Dezső*: A kankó kezelése ichtargannal. *Rigler Gusztáv* és *Filep Gyula*: Kolozsvár sz. kir. város egészségügyi vizsgáló állomásának működése 1902-ben. *Schuschny Henrik*: A tanuló ifjuság felvilágositása.

**Wiener medicinische Wochenschrift,** 1903. 22. szám. *Redlich*: A diabetes mellitus és a psychosisok összefüggésének kérdése. *Dobrzyniecki*: Adatok a fogextractiókhoz. *Ferenczi*: Adat a paranoia aetiologiájához. *Pirone*: A pankreas idült lobja és májcirrhosis. *Robin*: Toxikus gastritis és pylorus-stenosis esete.

**Wiener klinische Wochenschrift,** 1903. 22. szám. *Zuckerkandl* és *Erben*: Az akaratos mozgások élettanához. *Burkard*: Tonsillotomia utáni veszedelmes vérzések operativ kezelése. *Moszkowicz*: Physostigmin nagymérvű meteorismus ellen, főleg műtétek után. *Nicolich*: Prostatatúltengés gyógyitása totalis perinealis prostatectomiával.

**Prager medicinische Wochenschrift,** 1903. 19. szám. *Fischel*: A thermice közömbös fürdő a menstruatio alatt, különös tekintettel a halli jodfürdőre. *Schneider*: A pajzsmirigy veleszületett nagy cystadenomája. *Pietrzikowski*: Balesetsérülések véleményezése.

**Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte,** 1903. 10. szám. *Suter*: Adat a vesegümőkór diagnosisához és kezeléséhez. *Stierlin*: A humerus sarcomája és törése. *Naf*: A méhelőesés pessárium-kezelésének szokatlan szövődménye.

**Berliner klinische Wochenschrift,** 1903. 22. szám. *Israel*: A 6. hátcsigolyatest chondrosarcomája okozta gerinczvelőhűdés műtét után gyógyult esete. *Reckzeh*: A Lövit-féle testecsekről lymphocyta-magvakban és myelaemiában. *Boas*: Az idült vastagbélhurutok kezelése. *Kaminer*: Van-e jelentősége a leukocyták glycogen-reactiojának a Metchnikoff-féle theoriában. *Senator*: A vesebajok és a vese működésképességének diagnostikája.

**Deutsche medicinische Wochenschrift,** 1903. 22. szám. *Hering*: Pseudo-hemisystolia és postmortalis hemisystolia. *Liepmann*: Emberi placentára specifikus serum. *Mitulescu*: Az idült gümőkór kombinált kezelésének előnyei. *Wieting*: Adat az általános óriásnövés kérdéséhez. *Friedländer*: Két exhibitionista. *Grimm*: Uj nyiroktartó.

**Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie,** 1903. április. *Loewenfeld*: Hűdések phosphorsavas kreosot használata után.

**Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane,** 14. kötet, 4. füzet. *Asch*: A veseütérbe juttatott gümőbacillusok sorsa. *Schlagintweit*: A retrograd cystoskop. *Remete*: Adatok a húgycsőbajok mechanikai kezeléséhez. *Guépin*: A prostata-massage javalatai.

**Neurologisches Centralblatt,** 1903. 9. szám. *Bikeles* és *Franke*: Érző idegrostok perifériás származása emlős állatokban. *Rossolimo*: Poliomyelitis anterior chronica és syringomyelia. *Levi*: A physiologiai ingerlékenység befolyásolása.

**Le progrès médical,** 1903. 22. szám. *Bonnaire*: A puerperalis eclampsia pathogenesise és kezelése.

**La semaine médicale,** 1903. 21. szám. *Schiassi*: Sebészi úton létesitett kettős complementaer circulatio némely hepato-splenikus betegségben.

**Journal médical de Bruxelles,** 1903. 21. szám. *Hannecart*: A csípő desarticulatioja. *Bayet*: A „Hôpital Saint-Pierre" dermatologiai, syphiligraphiai és urologiai osztályának évi jelentése.

**Bulletin général de thérapeutique,** 145. kötet, 14. füzet. *Barbary*: A gümőkórosak túltáplálásának veszélyei. 15. füzet. *Faure*: A mozgászavarok reeducatiós kezelésének eredményei.

**Revue de chirurgie,** 1903. 4. füzet. *Quénu* és *Renon*: A felső végtag functionalis állapota daganat miatt végzett teljes vállresectio után. *Tavel*: A sóinfusiók javalatai és ellenjavalatai. *Krafft*: Appendicitis és opium. *Houzel*: A venák ligaturájáról és a vena cava inferior alákötéséről. *Feré* és *Papin*: A kulcscsont fejlődésének anomaliái. *Patel*: A sziklacsont izolált törései. *Duval*: A vastagbél idiopathiás tágulása.

**The lancet,** 1903. I. 20. szám. *Th. Oliver*: Veleszületett szívdefectusok szövődése szervi szívbajokkal. *St. Paget*: Paraffin használata a plastikai sebészetben. *W. G. Spencer*: Myoma miatt végzett hysterectomia vaginalis Doyen szerint. *A. S. Morley* és *G. H. Ransome*: Heveny bullosus eruptio esete. *M. Bishop Harman* és *A. A. Bradburne*: Az agy lőtt sebzésének esete. *A. Maitland Ramsay*: Veleszületett cataracta miatt vak 30 éves egyén műtevése; látás a műtét után. *A. P. Beddard* és *E. J. Spriggs*: A vérgázok diabetesben. *G. A. Clarkson*: Sebészeti esetek az általános gyakorlatból. *D. Lamb*: A respiratio megszünése az érzéstelenités alatt; a veszély elmulása 1¼ óra után. *E. Curtin*: A pneumonia kezelése pilocarpinnal. *J. M. Atkinson*: Rosszindulatú malaria kezelése methylenkékkel. *A. Clark*: Megrepedt petefészektömlő. *M. Randall* és *A. H. Gerrard*: Császármetszés esete az anya és a magzat életben maradásával. *J. Odery Symes*: Ismételt aspiratiót szükségessé tett gümőkóros peritonitis esete.

**British medical journal,** 1903. május 9. *A. E. Wright*: Gyógyitó oltások bacteriumos eredésű anyagokkal. *E. A. Shaw*: A bacteriumok virulentiájának fokozása kémcsőben. *R. Row*: A pestis-bacillus reactioja. *R. D. Rudolf*: A diphtheria megelőzése és gyógyitása antitoxinnal. *J. Adam*: A toxikus tényező némely betegségben. *G. Parker*: Általános pneumococcus-fertőzés esete kevés tünettel. *R. Tanner Hewlett*: A b. coli előfordulása osztrigákban. *J. A. Arkwright*: Heveny rheumatismus és sepsis. *J. H. Sykes*: Jodküteg. *H. W. Webber*: Actinomycosis abdominalis esete. *A. Brownlie*: Embolia heveny rheumában. *P. Heffernan*: Az idült eczema kezelése.

**The practitioner,** 1903. április. *Malcolm Morris* és *S. E. Dore*: A lupus és más bőrbajok fénykezelése. *F. J. A. Dalton*: Malta-láz. *P. L. Daniel*: Az adenoidok a gyakorló orvos szempontjából. *S. Vere Pearson*: A gyermekkori croupos és catarrhalis pneumonia differentialdiagnosisa. *Whewell Hogarth* és *B. G. A. Moynihan*: Heveny pancreatitis esete. *N. Raw*: Súlyos pneumococcus-fertőzés esete. *P. Paterson*: Az

appendix elsődleges sarcomája. *J. Phillips*: Újabb gynaekologiai dolgozatok. *Donald J. Armour*: Újabb dolgozatok az idegrendszer sebészetének köréből. *L. C. Parkes*: A vörheny későbbi szakainak fertőző volta.

## Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 20. hetében (1903. május 17-dikétől május 23.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 437 gyermek, elhalt 295 egyén, a születések tehát 142-vel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 29·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·0, az egy éven felüli lakosságnál: 16·9, az öt éven felüli lakosságnál: 14·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 13, gümős agykérlob 5, agyguta 8, ránggörcs 5, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 18, hörglob 4, tüdőlob 27, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 1, tüdővész 67, tüdőlégdag 3, bélhurut 16, májbajok 7, hashártyalob 1, kizárt sérv 1, Brightkór 3, veleszületett gyengeség 21, gyermekaszály 1, aggaszály 9, rák 11, méhrák 1, egyéb álképlet 2, gümős bajok 6, kanyaró 9, vörheny 6, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 4, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 3, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 2, gyilkosság 2, öngyilkosság 6, baleset 6, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3378 beteg, szaporodás 940, csökkenés 885, maradt e hét végén 3346 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi május 17-dikától május 23-dikéig terjedő 20. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 187 (193), vörheny 85 (77), álh. gége- és roncsoló toroklob 49 (43), hökhurut 17 (9), gyermekágyi láz 0 (2), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 16 (18), vérhas 0 (0), orbáncz 30 (30), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (7), trachoma 5 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

| **Alkalmaztatás.** *Balogh Oszkár* dr.-t az orvoskari tanártestület a II. sz. kórbonczlani tanszék mellé gyakornokul választotta meg.

⟍ **Egyetemi élet.** A budapesti kir. magy. tud.-egyetem orvoskari tanártestülete május 30-dikán tartott ülésén újból Thanhoffer Lajos professort választotta meg dékánnak. Prodékán Bókay Árpád, jegyző Lenhossék Mihály, könyvtárnok Högyes Endre lett. A rektorválasztással a kar részéről Réczey Imre, Bársony János, Bókay Árpád és Klug Nándor lettek megbizva. Magántanári képviselőkül Dieballa Géza és Makara Lajos választtattak meg.

< **Jubileum.** A kolozsvári egyetemen most ünnepelték *Fabinyi Rudolf* dr.-nak, a chemia professorának negyedszázados tanári jubileumát. — *Alföldy Lajos* dr. bajai járásorvos és tb. megyei főorvos május 4-dikén ünnepelte orvosi működésének 25 éves jubileumát.

× **A budapesti orvosi kör** balneologiai kirándulását az idén junius 20-dika táján a Tátrában fogja megtartani. A kirándulás 5 napig tart. Jelentkezni Hainiss Géza dr. magántanárnál (József-körút 34) lehet.

+ **Megerősítés.** Antal János dr.-nak a fogászati kór- és gyógytanból való magántanári képesítését a cultusminister tudomásul vette, s nevezettet e minőségben megerősítette.

= **Kiküldetés.** A vallás- és közoktatásügyi minister *Kovács József* dr.-t, Korányi professor volt I. tanársegédjét a tüdővész tanulmányozására Német- és Franczia országba kiküldte.

△ **Okleveleiket** 1903. április havában a budapesti tiszti főorvosi hivatalnál bemutatták: Löwinger Gyula, Warga Antal, Garai Dezső, Nádasy István, Reizman László, Joob Aladár és Rigler András orvosdoktorok.

× **Megbizások.** A m. kir. igazságügyminister *Schaffer Károly* dr. egyetemi tanárt és *Németh Ödön* dr. törvényszéki orvostani tanársegédet a budapesti büntető törvényszék területén előforduló törvényszéki elmeorvos szakértői teendők ellátásával, *Kiss Tivadar* dr.-t pedig a brassói törvényszéki orvostani teendők végzésével bizta meg.

∞ **Trachoma-cursus.** A Budapest székesfővárosi szt. István-közkórház trachoma-osztályán 1903 junius 15—24-dikéig tartandó trachoma-cursusra, melyen első sorban Bács-Bodrogh, Csanád, Csongrád, Torontál, Temes és Pest-Pilis-Solt-Kis-Kún vármegyék hatósági orvosai vehetnek részt, 146-an jelentkeztek. A tanitás gyakorlati iránya s a hely korlátolt volta miatt csak 25-en nyerhettek felvételt.

⊕ **Weisz Ede** dr. Pösténben egy bejáró és bennlakó betegek számára egyaránt felszerelt medico-mechanikai gyógyintézetet nyitott meg.

| **A nemzetközi egészségügyi conferentiát,** melynek juniusban Párisban kellett volna összeülnie, októberre halasztották.

∧ **A „Deutsche Dermatologische Gesellschaft"-nak** VIII. congressusát a tagok határozata értelmében f. évi szeptember 21—23-dikán tartják meg *Sarajevoban*. A congressus előkészitő munkálatait *Glück Lipót* dr. egészségügyi tanácsos vezetésével egy bizottság intézi. A boszniai kormány bőkezűleg osztja a kedvezményeket a congressus résztvevőinek: szabadjegyet, illetve különvonatot engedélyez az ország határától, Bosna-Bródtól Sarajevoig és innen Mostaron át Ragnzáig: szabadjegyet, illetve különvonatot bocsát a tagok rendelkezésére több kiránduláshoz stb. A testületileg utazó congressus-tagok és ezek hozzátartozói, Bosznián és Herczegovinán át való utazásuk tartamára és Sarajevoban a congressus alkalmával igen mérsékelt összegért (50 koronáért) lakást és ellátást (ital nélkül) kaphatnak elsőrendű szállókban. Magyar kartársak meghivására tervbe vétetett, hogy a tagok a congressusra való útjokban szeptember 19-dikén a kir. orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztályát is meglátogatják egy napra *Budapesten*, a honnan az utazás közösen folytattatik tovább Sarajevo felé.

Bemutatások (a melyek előnyben részesittetnek) és előadások julius 31-dikéig jelentendők be *Glück L.* dr. egészségügyi tanácsos úrnak *Sarajevoban*.

— **Katonaorvosi ösztöndijak.** A hadügyministerium ösztöndijpályázatot hirdet belföldi orvostanhallgatók számára, a kik kötelezik magukat, hogy tanulmányaik elvégeztével legalább hat esztendeig hajlandók szolgálni a közös hadseregben. Az ösztöndij az első félévtől kezdve az első orvosszigorlatig *négyszáznyolczvan* korona, az első szigorlattól a kilenczedik félévig *hétszázhusz* korona s ettől kezdve a pályázó tanulmányainak befejezéséig *ezernyolcz* korona. A pályázatokat az egyetemre való beiratkozás előtt kell még a bécsi katonaorvos-alkalmazó iskolához benyujtani.

○ **A tuberculosis leküzdésére** irányuló küzdelemnek mindig újabb és újabb terjedéséről adhatunk hirt. Korányi professor a hirlapirók egyesületére ruházta azon jogát, hogy évenként egy beteget 3 hónapon ingyenes gyógykezelésre elhelyezhet az Erzsébet-sanatoriumban. — A tuberculosis ellen védekező vasmegyei egyesület 60 példányban küldte szét az alispán útján a „Tuberculosis" czimü lapot. — Hatvani Deutsch Sándor nemrég elhalt édesanyja 10,000 koronát hagyományozott a tüdőbajosok sanatoriumának. — Julius elsejétől az osztrák orvosoknak minden tuberculosis-esetet be kell jelenteniök.

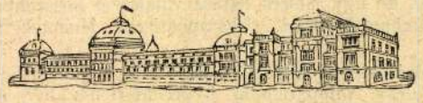
+ **Fürdőink személyforgalma.** *Szt. Lukács-fürdő* V/25. 391; *Lipik* V/24. 440.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** segitségét 1903. évi május hónapban 173 esetben vették igénybe. Az összes esetek száma 1892. február 28-dika óta 19,450.

— **Megjelent.** A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesületének 1902. évi jelentése. A jelentés szerint az egyesület 1902. év végén 183 tagot számlált. 27 beteg kartársnak a mult év folyamán 3672 koronányi segélyt nyujtottak. — *Fornet Elemér* dr.: Idült szivbántalmaknak szénsavas fürdőkkel való gyógykezeléséről. Orvosi Hetilap. 1903. — Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde. Wien. 1903. Április. — *Dillnberger Emil* dr.: A dysmenorrhoea kezelése aspirinnal. Orvosok Lapja. 1903. — *Jeschko*: Ueber Magenbauchdeckenfisteln bei Krebs. Zürich.

† **Elhunytak.** *Guttmann Lipót* dr. Győrben, 52 éves korában, *Böckel Béla* dr. Szilágy-Nagyfaluban 42 éves korában.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" Ujonnan épült 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.-Lukácsfürdő**
gyógyfürdő
**Budapesten.**

**Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások,** zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

**Budapesti**
**Mechanikai Zander-gyógyintézet**
**VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)**

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

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis bizottsága. (Ülés 1903. május 19-dikén.) 375. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (Ülés 1903. január 19-dikén.) 376. l. — (Ülés 1903. február 16-dikán.) 376. l. — Közkórházi Orvostársulat. (V. bemutató ülés 1903. márczius 18-dikán.) 377. l. — A XIV. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásaiból. 378. l.

## A bpesti kir. Orvosegyesület tuberculosis bizottsága.

(Ülés 1903. május 19-dikén.)

Elnök: **Korányi Frigyes.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

### Kórboncztani készítmény bemutatása.

**Korányi Frigyes**: A praeparatum bemutatásával kapcsolatban néhány észrevételt kíván tenni a phthisis gyógyíthatósága tárgyában. Alig van ma már valaki az orvosok között, ki a *Laennec* után fél századon át uralkodott gyógyíthatatlansági tant elfogadná. Leginkább bizonyítja ezt, hogy az orvosi és társadalmi együttműködés olyan arányú lett a tüdővészszel szemben, minőt az orvostörténelem soha, semmiféle betegséggel szemben sem mutatott fel; épen a gyógyíthatóság tudatából származott ez actio s ez az orvosi tudomány diadala.

Másként áll a közvélemény azon esetekkel szemben, melyekben a gyógyhatás eredménye legfeljebb az élet kisebb-nagyobb mérvű meghosszabbítása: tudniillik a phthisis consummata eseteivel szemben. Itt is, ott is felhangzik a kétely, hogy megéri-e a kétes eredmény azon idő- és pénzbeli áldozatot, melyet eléréséért hozni kell, s a tapasztalat azt mutatja, hogy e kétely némely körökben a védekezés továbbfejlesztésének lényeges akadálya.

Pedig, ha más téren figyeljük az orvosi tevékenységet, láthatjuk, milyen fontosság tulajdoníttatik — és méltán — olyan betegségek gyógyítása és gondozásának, mint a gyógyíthatlan szív- vagy vesebántalmak, nem kételkedve a feladat hálás voltán, midőn az életet e bajok daczára elviselhetőbbé, hosszabbá, a beteget hosszabb-rövidebb időre munkaképessé tehetjük. S egyetlen sebészt sem fog megakadályozni a műtét végrehajtásában azon tudat, hogy megoperált rákos betege néhány év mulva ritka kivétellel vissza fog esni bajába és az élet meghosszabbításánál többet nem remélhet.

A cavernás phthisis-betegek azonban nincsenek is feltétlenül elveszve. Már 30 évvel ezelőtt közölt egy caverna, pneumothorax és izzadmányképződéssel járt phthisis-esetet, hol *Puky* magántanár thoracoplastikát végzett; a beteg felgyógyult, megnősült, két máig egészséges gyermeket nemzett s 6—7 év mulva intercurrens dysenteriában halt meg; de több ilyen betegről is referálhatna, kik előrehaladt phthisis-tünetek daczára is felépülve, hosszú ideig éltek, illetőleg ideje élnek. *Jaccoud* is említ ilyeneket, sőt maga *Laennec* is rámutat, hogy miként gyógyulhatnak a cavernák. Tény, hogy ezek a kivételes esetek, de az elég gyakran sikerül mégis, hogy megtarthatjuk az életet s legalább a részleges munka- és keresetképességet 4—6 éven át és tovább az egyén, a család és társadalom számára. S ha Magyarországban, a hol a statistika tanúsága szerint évenként több mint 70,000 ember hal meg tüdővészben, sikerül 10,000 tüdővészben szenvedő egyén életét és munkaképességét ennyivel meghosszabbítani, annak igen nagy nemzetgazdasági jelentősége annyira természetes, hogy felemlítése felesleges-nek látszanék, ha nem ismernénk olyan véleményeket, melyeknek megczáfolására ezen tény kiemelése szükséges.

A bemutatott tüdő egy 21 éves leánytól származik, kinek atyja és hét testvére közül három tüdővészben halt meg, két testvére — értesülése szerint — jelenleg a tuberculosis initialis tüneteit mutatja. 1899. deczember 15-dikén vettük fel a kicsiny, gracilis termetű leányt 37·5—39·5° C. között mozgó lázzal, haemoptoëvel, a bal felső lebeny teljes infiltratiojával az I. számú belklinikára; az infiltratum alsó határán subcrepitatiót lehetett hallani, de cavernajelek nem voltak. A klinikán két hóig állott a tuberculosis-szobában sanatoriumszerű kezelés alatt; a negyedik hét elején már láztalan volt; súlyban gyarapodva, az egészség subjectiv érzésével távozott; alig köhögött s a fenmaradt infiltr. alsó határán a crepitatio is elmult. A tavasz és nyár folyamán rendesen járt előbbi hivatalába és zavartalanul végezte ott régi teendőit. 1900 őszén állapota ismét rosszabbodott s ezért novemberben újból jelentkezik: lázas, bal mellkasában fájdalmak, szivdobogások, a bal tüdő felső lebenyében zsugorodás jelei léptek fel; a szív balra és felfelé dislokált; jobboldalt a csúcsban kisebb infiltratio; bő expectoratio, köpetben igen sok tubere. bac.; testsúlya 42 kgm. Öt havi klinikai tartózkodás után láza újból megszünt, felvételéhez képest hat kilót gyarapodott, alig köhög, gyér sputum, igen kevés bacillussal, s ezen állapotában volt szerencséje őt annak idején itt bemutatni. A tavaszt és nyarat ismét hivatalban töltötte; de őszszel „egy meghülés után“ állapota ismét romlott, s 1902 januárban harmadszor vettük fel az intézetbe. Vizsgálatkor azt találjuk, hogy exsud. pleur. l. sin. (sero-fibrinosum) lépett fel, mely a szívet jobbra dislokálta; a bal tüdőn igen terjedelmes tömörülés és caverna-tünetek. A láz négy hét alatt megszünt, miközben az exsud. felszivódott s felszivódásával párhuzamosan a bal tüdő annyira zsugorodott, hogy a szívlüktetés már a kulcsesont alatt mutatható ki s a Traube-tér a IV. b.-n kezdődik; a lép fel- és hátra vongáltatott; az egész bal tüdőn mindenütt tompulat, kevés csengő szörtyzörej. Subjectiv állapota javulni kezdett ugyan, de április végén albumin- és cylindruria-val, kisebb fokú bőrvizenyőkkel hagyja el a klinikát. Néhányszor magánrendelésén fölkereste ezután s állapota fokozatos romlását figyelemmel kisérhette addig is, mig 1902 deczember 5-dikén (negyedszer) a klinikára jött újból. A bal mellkas állapota a régi maradt, azonban az anasarca, albuminuria fokozódott, uraemia chron., majd tbc. laryngis s végül profus hasmenések álltak be s ezek tünetei közben 1903 január 10-dikén meghalt. A sectio a tüdőbeli zsugorodás, tuberculosis és béltuberculosis mellett a lép, vese, máj és belek amyloid degeneratióját mutatta ki.

Szóló a tüdőt demonstrálja (bemutatás).

A *jobb tüdő* felső lebenye hegszövetbe ágyazott apró cavernákat és szintén hegszövetbe ágyazott sárgás-szürke, részint meszes, elsajtosodott göczokat tartalmaz. A *bal tüdő* feltünően megkisebbedett, hossza csúcsától alapzatáig 14 cm., szélessége 10 cm., magassága a hilustól 4·5 cm., a pleura pulmonalis feltünően megvastagodott, heges tapintatú, callosus, a pleura costalissal erősen összenőtt. Metszlapja igen tarka; a megvastagodott és oedemásan átivódott pleura-lemez 1—1·5 cm. széles, szürkés-fehér, nyomásra sok savót ürítő volt a bonczolás alkalmával. A tüdő feltünően zsugorodott, tüdőszövet jóformán nem is található, hanem a zsugorodott és szürkésen pigmentált tüdőszövetben a felső lebenynek megfelelőleg elől és hátul egy-egy kis diómekkoraságú, szürkés-fehér, keményedett hártyával bélelt üreg foglal helyet. Az alsó lebenyben elszórtan fekünek borsónyi, lencsényi, mogyorónyi, hasonlóan bélelt cavernák. Az alsó lebeny legalsó részében disseminálta fordulnak elő szürkés-fehéres hegszövettől körülvett sárgás, sajtos, lencsényi göczok.

Az ily megfigyelések igazolják, hogy a legelőhaladottabb esetek is gyógyítandók. Mert ha ily családi terheltség mellett és rossz anyagi viszonyok közt élő egyénnél is képesek voltunk a súlyos anatomiai elváltozások daczára az életet és megszakitással a munkaképességet négy éven át fentartani, jól situált egyénnél a cavernaképződés elején megindított kezeléssel teljes gyógyulást is lehetett volna elérni.

### Garattuberculosis esetei.

**Pollatschek Elemér**: Seifert a Heymann-féle kézikönyvben a garattuberculosis eseteit relative ritkáknak mondja; szükségesnek tartja szóló ezen meghatározást pótolni azzal, hogy csak a garattuberculosis diagnosisa ritka, mert latens tuberculosus elváltozás bonczolásoknál majdnem mindig található egyes garatképletekben és igy különösen a mandolákban. A szerzők legnagyobb része bonczolásoknál az esetek 95%-ában talált rejtett mandola-tuberculosist (Dmohovsky, Gottstein, Nicolle). Ezen kijelentése után kérdezhető az, hogy tulajdonképen mi a bemutatás czélja? Megfelelve e kérdésre, legyen szabad megjegyeznie, hogy tulajdonképeni czélja a garat gümös infectiojának létrejöttét esetei alapján megmagyarázni. Az egyik eset egy 26 éves férfibeteg, a ki kétoldali: a második bordáig és hátul az interscapularis táj felső harmadáig terjedő tüdőfolyamatot mutat, és a kinek körülbelül két hónapja vannak nyelési fájdalmai. Az első vizsgálat alkalmával mindkét arcus palato-glossusnak a nyelv felé eső szélén egy egyenetlen, fehéres szélű, kevés lepedékkel fedett felületes fekély volt látható. Luest tagad, annak a test felületén semmi nyoma. Mirigyek ki nem mutathatók, kivéve a nyak jobb oldalán egy elgenyedt lymphomát. A diagnostikus czélból elrendelt antiluetikus kúra teljesen eredménytelen, sőt folyamata alatt a fekély progrediált mindkét oldalon az uvuláig. Tejsavecsetelésekre a baj jelentékenyen javult. A másik 31 éves nőbeteg, negyedik éve áll gyógykezelésünk alatt az első belklinikán. Előrehaladott tüdőbeli folyamat. Epiglottitis ulcerosa, chorditis ulcerosa volt jelen és fekélyek az álhangszalagokon. A többszöri operativ beavatkozásra és tejsavecsetelésre az epiglottitis és a gégebaj egy része hegesen gyógyult. Betegnek a gyógykezelés alatt gyakran voltak hőemelkedései és minden egyes hőemelkedésnek megfelelt a tüdőbeli folyamat progressioja és a garat lateralis redőinek duzzadása. Az első eset a garattuberculosisnak ritkább alakja, nagyon hasonlít egy syphilitikus plaque-hoz és ezért érdemel említést. Fontosabbnak tartja azonban a másik esetet. Mint említette, betegnek az észlelés alatt gyakran voltak igen magas, a tüdőbeli folyamat progrediálásával egyidejűleg jelentkező hőemelkedései és ugyanekkor kellemetlen nyomás, idegen test érzés a garat két oldalán, mely érzésnek megfelelőleg a lateralis redő és a hátsó garatfal nyiroktüszői erősen megduzzadtak. Később a két lateralis redőn egy-egy granulatióktól körülvett, szalonnás alapú fekély lépett fel, a mely lassanként az egész redőre, majd a hátsó garatfal tüszőire is kiterjedt. Kezelés folyamán, a mely a fekélyek éles kanállal való kikaparásából és concentrált tejsavval való ecsetelésekből állott, a folyamat részben hegesen gyógyult. A lázak alkalmával fellépő duzzanat a lateralis redőkön felkeltette figyelmét és tanulmányozta e szempontból az Erzsébet tüdőbeteg-sanatorium betegeit és vizsgálatai alatt azon eredményre jutott, hogy lázas tüdőbetegeknél, különösen akkor, ha a tüdőbeli folyamat progressiojáról van szó, gondosan átvizsgálva a Waldeyer-féle gyűrű nyirokképleteit, egyik vagy másik helyen, leggyakrabban a

lateralis redőn duzzadást fogunk találni. Az így megduzzadt nyiroktüszők locus minoris resistentiaet képezve, könnyebben fertőztetnek a köpet által. Fontosnak tartja e tényt azért, mert újabb időben mindinkább tért hódít a mandolákon át való fertőzésnek lehetősége, a mint azt szóló maga is hangsúlyozta az Orvosi Hetilap mult évfolyamában. Aufrecht nem régiben egész határozottan állította, hogy a legtöbb fertőzés a mandolákon át történik. A garat nyirokképleteinek a tüdőbeli folyamattal való, általa észlelt összefüggését, az infectio ezen útjára vonatkozólag elég fontosnak tartja az igen tisztelt bizottság elé hozni és a dolog tanulmányozására figyelmüket felhivni.

*Zwillinger Hugó* (vendég): A garattuberculosis nem olyan ritka, a mint azt a bemutató állitja, de a diagnosis felállítására feltétlenül szükségesnek tartja a bakteriologiai vizsgálatot. Nem tartja szükségesnek a bemutató által egyik esetében foganatosított antiluetikus kúrát a diagnosis biztosítására, mert a betegnél biztos tüdőtuberculosis áll fenn és így a gümőkórra mint közelebb fekvőre kell gondolni. A mi a pharyngitis lateralist illeti, az nem hozható összefüggésbe a tuberculosissal, mert más, egészséges tüdejű egyéneken is előfordul.

*Pollatschek Elemér:* A garattuberculosis ritkaságát nem is állította, csupán a latens garattuberculosist hangoztatta jogosan, mint az a bemutatásban mondott irodalmi adatokból kitünik. Nem oly gyakori azonban, mint azt felszóló mondja, mert bemutató az Erzsébet-sanatorium 550 tüdőtuberculosisban szenvedő betegénél csak két esetben találta. Ezzel szemben az egyik betegnél alkalmazott antiluetikus gyógymódot diagnostikus czélból jogosítja az, hogy ugyanezen anyagnál 10—15 garatsyphilist talált és így a vegyes fertőzés elég gyakori. A felszóló által kivánt bakterologiai vizsgálat nem bizonyít semmit, mert ha a köpetben bacillus van, az a garatban minden tüdőbetegnél található. A pharyngitis lateralisra vonatkozókat elismeri, de kénytelen figyelmeztetni arra, hogy a bemutató nem a pharyngitis lateralisról, hanem az oldalsó garatredőknek a tüdőtuberculosissal való összefüggéséről beszélt. Eddigi vizsgálatai és az irodalmi adatok azonban feljogosítják bemutatót arra, hogy a garatredők igen erős duzzanatainál, ha nincs is a tüdőben tuberculosis, a peribronchialis és mediastinalis mirigyekkel való összefüggésre gondoljon.

### Ergographikus vizsgálatok tüdőbetegeknél.

**Kuthy Dezső**: Előadó az Erzsébet-sanatoriumban 78 tüdőbetegnél (54 férfi, 24 nő) végeztetett izomerőméréseket az *Angelo Mosso*-féle módosított ergograph-fal. A vizsgált betegek közül a tüdőgümőkór első stadiumában volt 22, második stadiumában 42, harmadik időszakában 14 beteg. Az eredmény az volt, hogy felvételkor a nőbetegek 93%-a, de a férfibetegeknek is több mint fele (55%) *gyors fáradást* tanusított a physikai munkában, a III. időszakbeliek inkább, mint az I. stadiumban lévők. A kezdeti munkaképesség (mely 0 és 450 cmkgm. táj határa között ingadozott) a sanatoriumi kezelés folyamán nem változott nyolcz esetben, csökkent 14 esetben, emelkedett *54 esetben* (34 férfi, 20 nő), a mi az esetek *69·2%*-ának felel meg. Számos esetben kimutatható volt az izomerő fokozatos emelkedése az egyénnek az intézetben tartózkodása folyamán. A fáradással szemben való resistentia növekedése, azaz a gyarapodó physikai munkabirás az I. stadiumbeli betegek 77%-ában, a II. stadiumbeliek 71%-ában, a III. stádiumbelieknek ellenben már csak 57%-ában volt észlelhető.

Az a körülmény, hogy az izom munkabiróképessége ezek szerint a methodikus hydrotherapiával egybekötött sanatoriumi kezelés alatt az esetek $^2/_3$-ában emelkedik, egyrészt physiologiai alapon is igazolja a betegnek többnyire feltünően javuló közérzetét (melyről tudjuk, hogy jórészben izomérzés), másrészt rámutat a hidegingerek tervszerű alkalmazásának hasznára az izomtáplálkozás és a motorikus innervatio szempontjából is, mert a *Dettweiler* szellemében keresztülvitt, egyébként sok physikai pihentetéssel, muscularis inactivitással járó gyógymód mellett inkább az izom fáradékonyságának fokozódását lehetett volna a priori várni.

*Elnök* jelenti, hogy *Kováts Aladár* a megjelenésben gátolva lévén, előadását *Kentzler Gyula* olvassa fel.

### Néhány újabb orvosszer értékéről a phthiseotherapiában.

**Kováts Aladár**: Előadó az újabban alkalmazott antipyreticumok közül különösen az *aspirinnel* foglalkozik, melyet phthisikusok láza ellen 0·25 gm. adagokban 2—4-szer napjában adagolt elég kiterjedten. Szerző tapasztalatai e szerrel igen kedvezők. Az esetek több mint felében a hőcsökkenés fél foktól kezdve 1—$1^1/_2$ fokot is elér, a láztalan időszak 4—12 óráig tart, a mi után a láz lassan vagy hirtelen emelkedik fel. Kellemetlen tüneteket a gyomor részéről nem okoz és tekintve, hogy kis adagban a nap különböző időszakára elosztva adagoltatott, izzadást sem hoz létre.

A *kryofin*-nal tett tapasztalatai szerint e szer egyes esetekben hasonló eredménynyel jár, de jóval kevesebb számban. A *citrophent* tíz esetben próbálta ki eredmény nélkül.

Előadó ezután még a *guacamphol*-nak, mint izzadás elleni szernek értékével foglalkozik ugyancsak észleletek alapján és arra a következtetésre jut, hogy 0·25—0·5 gm. adagban 2—3 napon át esténként egyszer adagolva az izzadás néhány napon, sőt néhány héten át is elmarad.

Végül az *adrenalin* tüdővérzés elleni alkalmazásáról beszél, de ő az ajánló *Lange* dr. által elért eredményeket a maga részéről megerősíteni nem tudja.

## A budapesti kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(Ülés 1903. január hó 19-dikén.)

Elnök: **Oláh Gusztáv**; jegyző: **Ranschburg Pál.**

*Elnök* bejelenti, hogy *Molnár Károly* szakosztályi tagságáról lemondott, és mint új tagok beléptek *Pétzy-Popovits Uros* és *Verubek Gusztáv.*

**Titkári jelentés** a szakosztály 1901/1902. évi működéséről.

**Ranschburg Pál**: A szakosztály működését vázolja és bejelenti, hogy a szakosztály vagyona 361 korona 36 fillér.

### Cretinismus két esete

**Ferenczi Sándor**: Minthogy ugyanezen két eset az Orvosegyesület teljes ülésében (1903. január 31.) be lett mutatva, annak jegyzőkönyvére utalunk.

**Oláh Gusztáv** lelépő elnök a maga és tisztártársai nevében megköszöni a szakosztály támogatását. *Renner Adolf* korelnök elrendeli a választást 1903/1904-re, melynek eredménye a következő: Elnök *Schaffer Károly*, elnök-helyettes *Epstein László*, jegyző *Hudovernig Károly*, jegyző-helyettes *Németh Ödön.*

**Schaffer Károly** az elnöki széket elfoglalván, megköszöni a szakosztály bizalmát, majd méltatván a szakosztály eddigi működését, kiemeli az eddig divó bemutatások és előadások mellett, mily fontossággal birna egyes actualis themáknak megvilágitása a szakosztályban, és későbbi összefoglaló előadása az Orvosegyesületben; ezáltal a szakosztály eleget tenne alapszabályai 20. §-ának is. *Salgó J., Moravcsik E. E.* és *Epstein L.* hozzászólása után a szakosztály Schaffer K. indítványát elfogadja, mire Schaffer egy discussiós előadásra vonatkozó concret javaslatot tesz.

(Ülés 1903. február hó 16-dikán.)

Elnök: **Schaffer Károly**; jegyző: **Hudovernig Károly.**

### Gigantismus esete.

**Hudovernig Károly** és **Pétzy-Popovits Uros.** Lapunkban mint eredeti közlemény fog megjelenni.

### A sinus frontalis osteomája elmezavarral.

**Sipőcz Géza**: F. J. 21 éves izraelita asztalossegéd. Családjában ideg- vagy elmebetegség állitólag nem fordult elő. Három év előtt állitólag trauma érte a homlokán, a melynek következtében homlokán a daganat és ugyanazon időben elmezavar is fejlődött. Utóbbi csakhamar megszünt és beteg három évig szellemileg teljesen normális volt. 1902 októberében újra megbetegedett: heveny hallucinatorius zavarodottság tünetei léptek fel nála, a melyek lassanként teljes apathiás, stuporosus állapotba mentek át. A homlokon lévő daganat ezen idő alatt gyorsabb növekedést mutatott. Tekintettel arra, hogy bizonyos lehetősége forgott fenn annak, hogy a daganat és az elmezavar egymással összefüggésben lehetnek, a tumor műtéti eltávolítása határoztatott el.

A műtét teljesen sikerült. Prima gyógyulás. A kiirtott daganat a sinus frontalis osteomájának bizonyult.

A beteg psychikus állapota a műtét után, legalább eddig, csak annyiban változott, hogy kötöttsége kissé engedett, élénkebb lett, általános tápláltsága javult.

Kérdés, hogy tényleg volt-e összefüggés az elmebetegség és a daganat között? Daczára annak, hogy a műtét a beteg szellemi állapotán valami nagyobb változást nem idézett elő, mégis lehetségesnek tartja előadó, hogy az elmezavar kifejlődésében bizonyos szerepe lehetett.

Első sorban számba jöhetne a daganat direct nyomása az agyra. E nyomásnak jelen esetben csak csekély jelentősége lehetett, a mennyiben a daganat befelé csak 1 cm-nyire prominált és különben is tudjuk, hogy az agy az ily lassan növő daganatok nyomásához meglehetősen képes magát accomodálni. Az irodalomból összesen 34 sinus osteoma-esetet sikerült összegyüjteni, a melyek közül 4-hez elmezavar társult. (Paget, Lambl, Toler és Hessler esetei.) Jelen esetünk a 35-dik sinus osteoma-eset volna és az 5-dik, a mely elmezavarral volt kapcsolatos. Az arány 7 : 1 olyan, a mely még sem tekinthető teljesen accidentalisnak.

Az orr és mellüregeinek betegségeihez, különösen ha azok bizonyos nyomással járnak, mint pl. a váladékgyülemek, nyálkahártya-duzzadás, daganatok, igen gyakran csatlakoznak ideges zavarok, reflex neurosisok, sőt ritkán — különösen arra hajlamos egyéneknél — még zavartsági állapotok is.

Fontos factorok gyanánt említhetők még esetünkben a beteg serdülő kora és degenerált volta, a melyek köztudomásulag oly kedvező talaját képezik mindenféle elmebetegség fejlődésének.

Lehetséges tehát, hogy tényleg az említett kórokozó componenseknek összehatása volt az ok, a mely az elmezavart ez esetben kiváltotta.

*Ferenczi Sándor:* Felemliti, hogy a karlsbadi congressuson egy hasonló eset lett bemutatva, melynél az osteoma befelé is nőtt és a homloki lebeny elfolyósodását okozta; az elmezavar hallucinatiókban és katatoniás tünetekben nyilvánult. Operatio után — daczára a nagyfokú agyroncsolásnak — teljes restitutio következett be. Felveti a

kérdést, mennyiben okozhat tumor psychosist és hogyan történhet a a restitutio? Azt hiszi, hogy a sinus-daganat okozta nyomás az egész agyra terjed ki, s hogy agydaganatok egyáltalán így okoznak psychosist.

*Sipőcz:* Nem tartja az eseteket identikusaknak, mivel esetében agyroncsolás egyáltalán nem történt.

*Elnök:* Kéri Manningert, hogy adjon felvilágositást az operatioról.

*Manninger:* Leirja az operatio technikáját; a sinus megnyitása után a hátsó felszinen a csont épnek találtatott. Egy körülbelül koronányi csontdarab kivésése után ott a durát teljesen sértetlennek találta. Megfontolandó körülmény, hogy az eddig leirt 35 esetben 7-szer volt psychosis; *Heinicke* szerint a sinus frontalis daganatai nem okoznak direct psychosist, hanem apathia, aphasia stb. elég gyakoriak. A sinus frontalis osteomák operálását minden esetben okvetlenül indokoltnak tartja.

### A refrigeratiós facialis hűdés kóroktanáról.

**Sarbó Arthur:** Az előadónak alkalma volt egy felnőtt férfinál diplegia facialist észlelni, a kiről kiderült, hogy szülei is facialis hűdésben szenvedtek, valamint egy fivére is. Az eset érdekességét növeli azon körülmény, hogy az anya és a két fia az annyira ritka diplegia facialisban szenvedtek. Valamennyi esetben meghülés volt az egyedüli kipuhatolható kóroki mozzanat. A családi fellépés előadó szerint nem szerepeltethető mint az úgynevezett ideges hajlamosság jele, hanem a hajlamosságot, a mely kétségtelenül felveendő, a már *Philipp, Despaigne, Jendrássik, Schultze* által hangoztatott mechanikai (canalis Fallopiae szük volta, processus mastoideus különböző fejlettsége stb.) mozzanatokban keresi és ezt tekinti átörökölhetőnek. Ezen mechanikai átöröklődött mozzanaton kivül csupán a meghülés az, a mely mint kórtokozó az összes esetekben jelen volt, ennek szerepét kell, hogy elismerjük és annak kétféle módját veszi fel az előadó, úgymint: 1. a meghülés (hirtelen lehülés, léghuzam, nedves, nyirkos helyen való alvás stb.) valószinűleg nyirok-, vérkeringési zavart támaszt, a mely az emlitett veleszületett mechanikai viszonyok folytán nem egyenlitődik ki és hozza létre a facialis hűdést; 2. a meghülés alkalmas talajt teremt arra, hogy a vérkeringésben levő ártalmak deletaer hatásukat a facialis idegre kifejtsék. Előbbire példa az emlitett esetek és előadó azt hiszi, hogy a refrigeratiós facialis hűdések legtöbbjében ezen kórokok szerepelnek; utóbbira is hoz fel egy példát, a melyben a meghülésen kivül uratos diathesis volt a diplegia facialis oka. Ebbe a csoportba tartozók a fertőzéses vagy intoxicationalis facialis hűdések azon esetei, melyekben meghülési tényező is fellelhető. Előadása további folyamán foglalkozik a *Moebius* által először hangoztatott feltevéssel, hogy az úgynevezett refrigeratiós facialis hűdések okát fertőzés adja meg; eseteket hoz fel ezen álláspont ellen, nevezetesen azt, hogy az ilyenemű tiszta esetekben (és ezek képezik a facialis hűdések legnagyobb részét) a fertőzéses bántalmakra jellegző fellépési módot, tünetcsoportozatokat (epidemiás, endemiás fellépés, láz, mirigyduzzanatok stb.) sohasem lehet észlelni.

## Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1903. márczius 18-dikán.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

**Elnök** az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Irsai Arthur és Pólya Jenő tagtársakat.

### A sorvadásos májcirrhosis következményeivel járó gummás perihepatitis fibrosa.

**Minich Károly:** Egy 30 éves munkásnál általános lesoványodás, nagyfokú hydrops ascites mellett a májon voltak a leglényegesebb elváltozások találhatók. A máj rendes alakja helyett aránylag rövid és vaskos képletként a bordaiv alatt feküdt és domború felszinével lap szerint a rekeszhez volt rögzitve. Haránt tul 20, hosszant 12, illetőleg 14, vastagsági átmérőjében 9—11 cm.-nyi volt. Súlya 1500 gm. Különösen feltünő volt a jobb lebeny alakváltozása, a mely a májnak aránylag legkeskenyebb részét alkotta, mig a bal lebeny szélesebb és mindkettő igen vaskos volt. A Glisson-tok, a különben kissé megnagyobbodott és előduzzadó Spiegel-féle karély kivételével, mindenütt rostos-kérgesen meg volt vastagodva és főleg a máj alsó széle közelében, de az alsó felületen is porczellánfehér, akár porczhoz hasonló színeződést mutatott. A jobb lebeny mellső, egyenetlenül lelapitott, sőt helyenként homorú felületén a középső harmadában több mogyorónyi, diónyi, sőt egy majdnem gyermekökölnyi dudorodás volt látható és ezek területében a Glisson-tok sárgás-fehér szinben áttünőnek bizonyult. A metszéslap általában sárgás-zöldesnek, puhának, szakadékonynak és előduzzadónak mutatkozott és rajzolata a színeződésen felül semmiféle különösebb eltérést nem tüntetett fel. A jobb lebeny középső harmadában a máj szövetét kérges, heges, szürkés-fehér kötőszövet foglalta el, még pedig egy szabálytalanul ékalakú, ökölnyi területen, a melynek méretei 9×7×5 cm.-nyiek voltak. Ezen kötőszövetben részint nagyobb diónyi, részint inkább apró borsónyi, halvány, sárgás-fehér szinü, szivós és kemény szigetek voltak beágyazva és ezek térképszerűen rajzolatos határral birtak, sehol lágyulásos részleteket nem tartalmaztak. A nagyobb góczokban a halvány-sárgás (majdnem kénsárga) alapállományban egyes, inkább sötétsárga meszes területek is voltak láthatók. A felületen elődomborodó góczok is ezen hegesen elváltozott területtel állottak összefüggésben. Egyes különálló, sajtos elhalálos szigetek a nagyobb gócz szomszédságában a jobb lebeny bal oldalsó részletében is fel voltak találhatók és ezeket is heges, kérges kötőszövet szegélyezte. A vena portaeban elváltozás nem volt, fala megvastagodva vagy űrtere thrombussal obliterálva nem találtatott. A periportalis mirigyek, mint általában az összes nyirokmirigyek kissé megnagyobbodottak és induráltak voltak. A hashártya egyébként, különösen a beleken, a bélfodron rostosan meg volt vastagodva. Mikroskopon a májban interstitialis gyuladás nem volt található, csupán az erek és epeutak kö. ül volt jelen valamivel több és sejtszegényebb kötőszövet (periphlebitis és pericholangitis fibrosa). A nagyobb lép tüszős amyloidos elfajulás jeleit mutatta, a vesékben az ér körüli amyloidos elfajuláson felül zsiros degeneratio is ki volt mutatható. A tüdők régi pleuritises álhártyákkal voltak rögzitve. A szív bicuspidalis billentyűje verrucosus felrakódásokkal volt behintve. Specificus elváltozások voltak a májon kivül a koponyán és a bal sípcsonton. A homlokcsont felső középső részén ugyanis tallérnyi fekélyedéssel és a tabula externa elhalásával szövődött tophus és környezetében kivül úgy, mint a belső üveglemezen kiterjedt osteophytaképződés volt jelen. A bal tibia élén pedig dudoros exostosisok ültek. Az összes erek intimája sima, endarteritis még az aortán sem volt.

A halál egyfelől a májbeli megbetegedés és következményei, másfelől az utóbbi időben fellépett hevenyebb rostonyás peritonitis következtében kimerülés folytán állott be. A perihepatitis, a májbeli sajátlagosan bujakóros megbetegedéshez társulva, másodlagosnak tekintendő. A bujakórt nemcsak a májbeli jellegzetes elváltozások, hanem a csontos vázon talált specifikus megbetegedések is igazolják. A hasvizkór, részben a léptúltengés is a perihepatitisnek tulajdonitandó. A Glisson-tok ezen rostos megvastagodása okozta jórészt azon vérkeringési akadályokat, a melyek a vena portae rendszerében kifejlődtek; a májbeli gummáknak e tekintetben csak elősegitő szerepük volt. Figyelmet érdemel végül az is, hogy daczára a kifejezett és súlyos syphilitikus megbetegedésnek, az ereken elváltozásnak nyoma nem volt, a miből következik, hogy a bujakóros fertőzés még súlyos esetekben sem jár mindig érbeli consequentiákkal.

**Irsai Arthur:** A beteg a Margit-kórházban feküdt. Felvételekor előadta, hogy hetek óta nőtt a hasa. Luest tagadott. Jelenállapot felvételkor: nagyfokú hydrops ascites, májtompulat kisebb, léptompulat nagyobb. Vizeletben kevés fehérnye, alakelemek nélkül; koponyán ezüstforintnyi usurált hely a csonton, tibián megvastagodások sipolynyilással. A kórisme nehézségbe nem ütközött. Egyszerű cirrhosis hepatis klinikai képének felelt meg, de a bőrön és csonton levő elváltozások luesre utaltak, tehát hepatitis lueticát vettünk fel.

Tudvalevőleg a lueses hepatitis, mint diffus hepatitis interstitialis és mint gummás hepatitis lép fel. De itt praevalcoált a perihepatitis és ezért jelentkezett a hydrops ascites a v. portae ágainak összenyomatása folytán. De a lépnagyobbodás egyszerű cirrhosis hepatisra utalt, azonban nemcsak a pangás, hanem amyloid degeneratio is hoz létre légnagyobbodást.

Indokolva volt az antilueses kúra, de endocarditis és nagy elesettség volt jelen, s azért nagy adag jodkaliumot és calomelt adtunk. Az exitus letalis bekövetkezett, de mint az obductio mutatta, a perihepatitis ellen a kenőkúra sem használt volna.

### Polypus által előidézett vékonybél-intussusceptio.

**Herczel Manó:** A vékonybélnek nagyobb kiterjedésű, klinikailag megfigyelt és kórszövettanilag beigazolt adenomái, illetve polypusai a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak, a mi már abból is kitünik, hogy Heurtaux munkájában csak alig néhány esetet tudott a literaturából összeállitani. Az adenomák leggyakoribb complicatioja a bél invaginatioja, a mennyiben a polypus tapadási helye felett eredetileg lateraliter a peristaltica hatása alatt intussusceptio, tölcsérszerű behúzódás történik, melyet csakhamar az egész bélfalzat circularis intussusceptioja követ. Egy ilyen ritka, tanulságos, mondhatná iskola-esetet szóló bátor a következőkben bemutatni.

G. J.-né, 46 éves napszámosnőnek öt év előtt görcsei keletkeztek hasában, melyek azóta koronként, az utolsó esztendőben gyakrabban, majdnem minden héten ismétlődtek, 1902. szeptember elejétől fogva pedig állandóan fennállanak. Egy év óta az előbb csekélyebb mértékben rendetlen széke folyton megreked, hasa gyakran felfúvódik. Szeptember végén öt napig teljes szél- és székrekedés bélsárszagú hányadékkal.

Ily állapotban vétetett fel Korányi Sándor tanár osztályára, hol atropin subcutan alkalmazása, keserűvíz bevétele és senna-beöntésre szeptember 25-dikén kevés, 26-dikán bő ürülése volt. Ezen megkönnyebbülésre újból bélelzáródás tünetei jelentkeztek, mig 27. és 28-dikán négyszer profus, tisztán híg véres folyadékból álló székletése volt. Ekkor a beteg a már felvétele alkalmával ajánlott műtétbe beleegyezvén, osztályára helyeztetett át a következő statussal.

A lesoványodott nő mellkasi szervei épek, pulsus: 90, respiratio: 24, hőmérsék 37·7° C. A has mérsékelten puffadt, a hasfalakon át a vékonybelek contourjai s koronként erős peristaltikus mozgásai jól láthatók, tetanikus összehúzódásuk tapintható, a vékonybelek ilyenkor kőkemény képletek gyanánt érezhetők. Vastagbélfelfúvásnál az egész colon a coecumig megtelik. Vaginalis és végbélvizsgálat negativ. A diagnosist ezen tünetek alapján a vékonybélben székelő akadály által feltételezett obturatiós ileusra tették, melynek oka valószinűleg tumor vagy intussusceptio. Utóbbi mellett szólt a profus bélvérzés.

*A műtétet 1902. szeptember 20-dikán* chloroform-narcosisban végezte. A hasfürbe subumbilicalis median-metszéssel behatolván, kitünik,

hogy a vékonybelek puffadtak, a colon transversum összeesett. A flex. coli hepatica táján egy nagy kiterjedésű, kevéssé tömött terime-nagyobbodást érnek, mely az első pillanatban a flex. hepatikában székelő carcinomának imponál; azért a jobb Poupart-szalag felett azzal párhuzasmosan körülbelül 5 cm.-nyi incisiót végeznek anus praeternaturalis készítésének czélzatával. Kitünik, hogy a coecum és colon ascendens *üresek* és összeesettek. A sebbe egy három haránt ujj széles, a felhágó remesét fedő és azzal párhuzamosan futó, hatalmasan puffadt vékonybélkacs esik elő, melynek tartalma intussuscipiált béldarab. Ekkor ezen 75 cm. hosszú bélrészletet a median sebbe kihúzzák s enyhe nyomással olykép desinvaginálják, hogy az intussusceptumot az intussuscipiensből kinyomják. A desinvaginatio teljesen sikerülvén, látható, hogy a bélfal egy ponton köldökszerüen behúzódott s hogy a bél lumenét e helyen egy puha mandarin mekkoraságú daganat majdnem teljesen kitölti, ezen részt resekálják s a két bélcsonkot körkörös, csomós (16 vagy 17) bélvarattal egyesítik. Toilette; a hassebek bevarrása.

A *kimetszett*, körülbelül 1½ meterrel a coecum felett fekvő *bélrészlet* 19 cm. hosszú, ovalis végén keskenyebb, az abovalison kissé szélesebb. A két részlet határán nyolcz cm.-nyire az ovalis széltől a bél szabad szélén a bél nyákhártyájától egy 3½ cm. kerületü alappal, 4 cm. magassággal biró ágas-bogas, egyenlőtlen csomós és nyúlványokból álló polypszerű képlet indul ki. Szövettani vizsgálata Genersich tanár szerint *ióindulatú polypust* állapított meg.

*A gyógyulás* teljesen simán ment végbe, műtét után harmadnapra szelek, szék mentek, a hassebek per primam egyesültek, a beteg jelenleg teljesen fájdalommentes, jól érzi magát, hízik, rendes székletéte van.

**A féregnyúlványnak a vakbélbe való betüremkedése által keletkezett coecalis tumor, mely intussusceptio ileo-colicát okozott. Resectio. Gyógyulás.**

**Herczel Manó**: F. H. 30 éves, tanitó neje 1901. juniusig teljesen egészséges volt. Ez időtől fogva hasában jobboldalt alul fájdalmakat érzett s ugyanott daganatot vett észre, melyet a szülésznő graviditásból származottnak mondott. Ugyanez idő óta gyakran szenved székrekedésben, szelei sokszor megakadnak, hasa megpuffad, görcsei vannak. Mindazonáltal fenjárt, dolgozott, sőt egy terhességet is kiviselt ezen idő alatt; 1902. márczius havában egészséges gyermeket szült.

1902. november 11-én hirtelen hidegrázás kiséretében nagy lázai támadtak, a mihez másnap óriási fájdalmak járultak, előbb csak a vakbéltáji daganatban, majd egész hasára kiterjedőleg. A fájdalom kezdetben szünet nélkül tartott, később görcsök formájában körülbelül óránként ismétlődött iszonyú kinzó és csavaró természettel s korgás kiséretében. A roham alatt a daganat a csipőtányértól egész a köldöktájig felszállt. Felböffenés jelezte a roham megszünését, melynek kezdetén sok zöldes epés folyadékot hányt. Körülbelül két hét mulva csak hányásingere volt, de nem hányt s lázai elmultak. Állandó szél- és székrekedés mellett aludni és táplálkozni egyáltalában nem birt s nagy mértékben lefogyott, a miért 1902. november 25-dikén Hochhalt tanár osztályára vétetett fel. Láztalan volt és maradt is, de heves görcsei igen gyakran jelentkeztek, a miért is műtét czéljából szólóhoz helyeztetett.

Ekkor az igen lesoványodott, ép mellkasi szervü nő hasa mérsékelten puffadt, jobboldalt egy jókora ökölnyi, éles határú, elég sima felszinü, nyomásra kissé érzékeny, összehúzódott izomtapintatú, a bordaiv s csipőtányér közti területon jól, s jobbra és balra is meglehetős mértékben mozgatható terimenagyobbodás foglal helyet. A daganat a lumbalis tájékra nem balottál át s a vastagbél felfúvásánál nem tünik el, hanem *lefelé* tolódik. A has alsó részében a vékonybelekben koronként, főleg a fájdalmak alatt, élénk korgást és peristaltikus contractiót lehet észleni.

A *diagnosist*, melyet *eseleg daganat által előidézett intussusceptio ileo-colicára tettünk*, az 1902. decezmber 23-dikán chloroform-narcosisban végzett műtét igazolta. 21 cm. hosszú, a Poupart-szalaggal párhuzamos s felette két ujjnyira futó metszéssel, mely a m. rectus széléig terjed, behatolván a hasüregbe, kitünt, hogy a vékonybelek a jobb csipőtányérban egymással, a felhágó vastagbéllel s a jobboldali adnexákkal szorosan összenőttek. A coecum s az appendix nem láthatók. Az összetapadt bélconglomeratum óvatos s rendkivül fáradságos szétválasztása után — miközben a belek között fekvő két eltokolt, diónyi, nyákos genyet tartalmazó tályog is megnyilott — látható, hogy a vékonybél a vastagbélbe invaginálódott. Az invaginatumból mintegy 50 cm.-nyit sikerült kinyomás és enyhe húzás által desinvaginálni, azonban a további desinvaginatiót egy a béllument kitöltő daganatnemű kemény képlet még akadályozta. Ezért e bélrészlet resectioját kellett végezni. A bélcsonkok egyesitése oly módon történt, hogy a vastagbelet Doyen-féle lekötéssel vakon elzárták s a vékonybelet a vastagbélbe implantálták (end to side), mert a különbség a két bélrészlet kerülete közt túlnagy volt. A varratot odahajtott csepleszszel megerősitve, a tályogfalakat képező álhártyákat a vékonybélről leválasztván, egy csik bennhagyásával a hassebet elzárták.

A *kiirtott bélrészlet* 36 cm. hosszú, ebből 25 cm. a vastag-, 11 cm. a vékonybélre esik. A vékonybélben, melynek muscularisa erősen túltengett, a csonkolási felszintől 1½ cm.-nyire egy kemény, körülbelül koronányi, átmetszetén ½ cm. széles heges részlet foglalt a submucosán helyet. A vakbél ampullájának hátsó falán egy almányi képlet ül közvetetlenül az ép Bauhin-billentyű szomszédságában, mögötte és alatta. Ezen tumor a vakbél lumenét annyira megszűkiti, hogy csak körülbelül kártyapapir vastagságú hézag van a daganat s a vakbél mellső falának nyákhártyája között.

A vakbélben ülő daganat mindenütt ép nyálkahártyával fedett, átmetszetén a bélnyákhártya redőivel párhuzamosan futó, concentrikus, 1—2 mm. vastag, részben átlátszatlan, részben üvegszerüen áttünő, hyalin-rétegeket mutat, közepén pedig egy lencsényi lumen a proc. vermiformis ürébe vezet. A proc. vermiformis kampószerüen visszahajló, vastag, szabad részének hossza 5 cm.

A Genersich tanár által megejtett kórszövettani vizsgálat szerint a daganat gyuladásos eredetü s benne a bélfal egyes rétegei jól felismerhetők.

Mindezek szerint a *vakbéltumor*, mely az intussusceptum orrmányát képezte s a vékonybélnek a vastagbélbe való betüremkedésének inditó okául szolgált, *a proc. vermiformisnak a vakbélbe való betüremkedése által keletkezett.*

A beteg a beható műtét után meglehetősen collabálva volt, azonban többszörös konyhasó-infusiora már másnap összeszedte magát, szelek és szék harmadik napon spontan elindultak. A sebgyógyulás — eltekintve egy fonáltályogtól — zavartalanul haladt előre, a seb a csik helyének kivételével per primam gyógyult. Jelenleg a heg teljesen consolidálódott, a beteg jól érzi magát, jól táplálkozik, széke, szelei rendben, öt kilót hizott. (Folyt. következik.)

## A XIV. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásaiból.

(Folytatás.)

**A Bassini-féle sérvműtétről** tartott előadásában *Bockenheimer* a Bergmann-féle klinika eredményeiről számolt be. Nevezett klinikán most már csaknem kizárólag ezt a módszert használják, mert az eredményekkel nagyon meg vannak elégedve. Az utóbbi két évben gyermekeknél is használják, a kiknél nagyon nagy a sérvkapu s azért a kötő használata eredménytelen, vagy kiknél a sérvkötő gyakori és nagyfokú eczemákat okoz. Eddig már több mint 100 gyermeknél végezték a Bassini-féle sérvműtétet a legjobb eredménynyel. Előadó modelleken is bemutatta a műtét egyes szakaszait és más műtétekre (tracheotomia, hemicraniotomia) vonatkozó modelleket is demonstrált, a melyek a tanitásnál nagyon jól beváltak.

**Jódozott catgut**-tel szerzett tapasztalatairól számolt be *Claudius Marius* (Kopenhagen). A catgut-öt 1%-os vizes jodjodkalium-oldatba helyezi, a hol 8 nap alatt sterillé válik. Műtétei, melyeknél ilyen gatgut-öt használt, nagyon kedvező gyógyulási arányszámot adtak.

**Colostomia idült dysenteria esetében.** Ezen még meglehetős ritkán végzett műtét történetének vázolása után *Nehrkorn* (Heidelberg) 4 esetét ismerteti, melyekben e műtét életmentő volt. Az irodalomból összesen 34 eset állitható össze, a melyek közül 21 végződött teljes gyógyulással. A mi a műtét technikáját illeti: az anus praeternaturalis a flexura sigmoideán készitendő, csak nagyon magasra felterjedő esetekben a coecumon vagy ileumon. Az előadáshoz fűződött eszmecseré-*Martin* (Madrid) felemliti egy esetét, a melyben a műtét nagyon kedvező eredményre vezetett. Az utókezelésnél dicséri az öblitéseket gyenge antisepticumokkal és adstringensekkel. *Giordano* (Velencze) öblitésre különösen a kalium hypermanganicum-oldatokat ajánlja.

**A tüdőgümőkór felismeréséről és gyógyitásáról** tartott előadásában *Robin* (Páris) hibáztatja azt az elvet, mely a gümőbacillusok tönkretevésében látja az első és főteendőt. Szerinte a sanatoriumi kezelés eredményei is csak látszólagosak: a sanatoriumban ugyan jól érzik magukat a betegek, otthonukba visszatérve azonban csakhamar visszaesnek előbbeni állapotukba; tartós javulás csak ritkán észlelhető. Véleménye szerint sokkal nagyobb súlyt kellene helyezni a functionalis zavarokra, a gümőkóros fertőzést előmozditó hiányaira a szervezetnek. Különösen nagy szerepet tulajdonit a szövetek sóhiányának, más szóval a szervezet demineralisatiojának, továbbá a respiratiós anyagcsere zavarainak. Tüdőgümőkórban ugyanis, daczára a tüdő csökkent capacitásának, a respiratiós anyagcsere fokozott: a tüdő több oxygent vesz fel és több szénsavat is ad ki. Ez a fokozott respiratiós anyagcsere egészen jellegző tüdőgümőkórra; de nem csupán már gümőkórosoknál fordul elő, hanem gümőkórra hajlamositottaknál is, igy örökléssileg terheltekné, alkohol, syphilis és más betegségek által elgyengitetteknél. A respiratiós quotiens nagyságából különben a javulás vagy rosszabbodás is megállapitható. Minthogy az anyagcsere úgyis fokozott, az orvoslás ne legyen tonizáló, hanem ellenkezőleg kalmirozó (nyugalom, megfelelő diaeta), továbbá a demineralisatio megszüntetendő (alkaliák, mész, magnesia stb. használata), végül a bacillusok ellen is kell küzdeni, de nem belső szerekkel, hanem creosot rectalis alkalmazásával (a mikor is ez a bronchusokon kiválasztásra jut), nemkülönben antisepticumoknak (jodmethyl, eucalyptus) belégeztetésével. Felhozza a párisi pompier-k példáját, a kiknek nagy halálozási arányát (60:10,000) a táplálkozás javitásával, főleg pedig fokozott sóbevitellel sikerült erősen lenyomni (3:10,000).

**A mediastinum posticum sebészete.** *Faure* (Páris) bárzsingrák két esetét következő módon operálta: Oesophagotomia a nyakon, a typusos helyen. Az oesophagus átmetszése, a csonk alákötése. Az 1—4. vagy 6. borda resectioja jobboldalt, közvetlenül a gerinczoszlop mellett egészen a hónaljvonalig. A tumort tartalmazó oesophagus-rész kiirtása. Gastrostomia. Előadó szerint a technika egészen könnyű, ha — a mire súlyt helyez — az 1. bordát is resekáljuk. Hasonló bordaresectiót ajánl az eddig mindig halálosan végződött mediastinitiseknél, továbbá mélyen a bronchusokba jutott idegen testeknél. Baloldalt a műtét nehéz, mert az aorta nagyon útban van és a ductus thoracicus könnyen megsérülhet; jobboldalt azonban csak a vena azygos akadályoz, a mely alákötheto. *Küster* (Marburg) azt hiszi, hogy oesophagus-rák eseteiben nem érdemes ily nagy műtétet végezni; megelégedhetünk az egyszerű gastrostomiával.

**Húgyhólyagkövek eltávolítására új eszközt** mutatott be *Fernandez* (Pontevedra). Lényege a következő: vastag katheteren át hosszú, keskeny gummizacskót vezet a hólyagba, a hol az kinyitható; ugyanazon katheteren át egy keskeny lithotriptorhoz hasonló eszközt vezet be, a melylyel a követ megfogja és a kinyitott zacskóba ejti. A zacskóba már most sósav- vagy légenysav-oldatot visz, a mely a követ feloldja. Kisérletei szerint a zacskó nevezett savak 50%-os oldatának 24 óráig képes ellentállani. (Az eljárás nem új, mert egy orosz orvos, Zucharienka, már 30 év előtt leirt egy hasonló módszert.)

**Syndactylia megszüntetésére** *Petroff* (Sofia) a következő egyszerű módszert ajánlja. Kellő fertőtlenités után minden érzéstelenités mellőzésével az összenövesztő hártyát, 5—8 millimeter távolságban egymástól, 10—12 helyen átszúrja vastag selyemmel armirozott Hagedorn-tűvel; a fonalakat az ujjon lazán csomózza. 3—4 nap mulva mozgatni kezdi a fonalakat a szúrcsatornában, a melyek 15—20 nap alatt epidermizálódnak. Ekkor a szúrcsatornák közötti bőrhidakat kezdi ollóval átmetszeni, még pedig 4—5 naponként egyet. Jodoformgaze-kötés, sín, később massage és mozgatás. A bőrhidak különben olló helyett selyemligaturával is szétválaszthatók. Az interdigital commissuránál, a hol a gyógyulás leglassúbb, Thiersch-féle transplantatiót végez.

**Splenectomiát és részleges hepatectomiát** végzett *Psaltoff* (Smyrna) egy 35 éves nőnél, a kinél három gyorsan növő daganat volt a hasban, azonkivül két kisebb, tyúktojás-, illetve narancsmekkoraságú tumor a jobboldali trochanter majoron, illetve a baloldali Scarpa-féle háromszögben. Ezen két utóbbi daganat kiirtáskor echinococcustömlőnek bizonyulván, valószinű volt, hogy a hasűrbeli daganatok is echinococcustömlők; ezek egyike a májban, másodika a lépben, harmadika pedig a mesenteriumban székelt. Eltávolításukhoz a máj részleges resectiója és a lép teljes eltávolitása volt szükséges. A gyógyulás három hónap mulva teljes volt. Hét hónap mulva az eleinte jelen volt lymphocytosis is megszünt.

**A Bulling-féle új belégzés-módszerről** *Schrötter* (Bécs) tartott előadást. Lényege az, hogy nagy (4 atmosphaera) nyomással áramló levegő porlasztja szét a belégzendő folyadékot. Hely szűke miatt bővebben nem részletezhető physikalis viszonyok miatt a szétporlasztott cseppecskék nem folyhatnak össze — mint más eljárásoknál — nagyobb cseppecskékké és igy behatolhatnak a mélyebb légutakba is. Kutyákon végzett kisérletek kimutatták, hogy 1/40%-os gentiana-ibolya-oldat ily módon belégeztetése után a legkisebb hörgökben és az alveolusokban megtalálható a festőanyag. Jodot belégeztetve pedig már 1/4 óra mulva kimutatható volt a jod a vizeletben. A Bulling-féle módszer hivatva van új utakat nyitni az inhalatiós therapia számára.

## PÁLYÁZATOK.

1269/1903. szám.

**Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórházánál** lemondás folytán megüresedett egyik **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Javadalom: 1000 korona évi fizetés, bútorozott lakás, fűtés, világitás, tiszti élelmezés, mosás, kiszolgálás. Bejáró betegek fogadása, továbbá első segélynyujtás meg van engedve. A kinevezés két évre történik, de meghosszabbitható.

Pályázatok a képesitést, eddigi működést igazoló okmányokkal méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám **folyó évi junius hó 20-dikáig** nyujtandók be. A pályázatban az is megemlitendő, hogy a pályázó az állást azonnal elfoglalhatja-e, vagy mikor? Később érkező pályázatok nem vétetnek figyelembe.

Szolnok, 1903. évi május hó 22-dikén.

2—2 *Dr. Papp Gábor*, igazgató-főorvos.

**Békés vármegye közkórházának elmebeteg osztályán** lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona készpénz fizetés, 400 korona osztálypótlék, lakás, fűtés, világitás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békésvármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi junius hó 10-dikéig** küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását folyó évi junius hó 15-dikén elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi május havában.

2—2 *Dr. Berkes*, kórházi igazgató.

2050/1903. szám.

**Hódmezővásárhely** város közönsége által létesitett és fentartott s nyilvános jelleggel felruházott 40 ágyas **„Erzsébet" szemkórháznál** megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. A betöltendő szemkórházi segédorvosi állás 1000 korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, fűtés és világitás élvezetével van egybekötve.

Tájékozásul megjegyeztetik, hogy a törvényhatósági bizottság folyó évi május hó 20-dikán tartott ülésében 203. szám alatt kelt határozatával a szemkórházi segédorvos részére ellátás czimén 500 koronát szavazott meg, s ez felsőbb jóváhagyás esetén 1904. év január 1-jétől kezdve szintén meg fogja illetni a kinevezendő segédorvost.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-czikkben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt s Dr. Lukács György főispán úr ő méltóságához czimzett pályázati kérvényeiket **folyó évi junius hó 20-dik** napjának délutáni 5 óráját ig a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények a kinevezés megejtése végett főispán úr ő méltóságához fognak felterjesztetni.

Megjegyzem, hogy ezen segédorvosi állás ideiglenes jellegű s egyelőre két évi időtartamra töltetik be.

Hódmezővásárhely, 1903. évi május hó 19-dikén.

2—2 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

1987/1903. szám.

Szatmármegye nagy-somkúti járásának **törökfalusi** körében hivatalvesztés folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

A kör székhelye a 3000 lakossal biró Nagy-Somkút nagyközség. A kör 23 községből áll, a melyeket havonta egyszer kell a körorvosnak beutazni és a vármegyei 9. számú szabályrendelet értelmében közegészségi tekintetben megvizsgálni.

Javadalmazás: 900 korona fizetés és 300 korona úti átalány.

Látogatási dij: nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Műtétek: Egyezség szerint, bővebb informatiókat Olsavszky Viktor dr. járási orvos és kórházi igazgató úr privatim levélileg szívesen ad.

A választás 1903. évi julius hó 23-dikának délelőtti 10 órájára tüzetik ki a hivatalos helyiségbe. Megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

Felhivatnak mindazon orvos urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1876: XIV. t.-cz. 43., illetve 143. §-ai értelmében felsorolt kérvényeiket **julius hó 20-dikáig** alulirott hivatalhoz annál inkább nyujtsák be, minthogy a később érkező pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Nagy-Somkút, 1903. évi május hó 17-dikén.

3—3 *A főszolgabirói hivatal.*

2299/1903. szám.

A m.-valkói **körorvosi állás**, melynek székhelyéül **M.-Gy.-Monostor** község lett megállapitva, s a melyhez Bedecs, Derite, O.-Bikat, Erdőfalva, M. és O.-Gy.-Monostor, M.-Valkó, Keleczel, Kalota-Ujfalu, N.-Kalota, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyó és Retyiczel községek tartoznak, lemondás folytán megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalma áll: 1000 korona fizetés, 400 korona úti átalány és 200 korona lakbérből s azonkivül a szabályrendeletileg megállapitott beteglátogatási díjakból.

Beteglátogatás alkalmával fuvardij nem számitható.

Megjegyezni kivánom, hogy a körorvosnak esetleg kilátása lehet arra, hogy a Kalotaszegi Erdőipar R.-T.-tól magándijazásban részesül, s esetleg kilátása lehet arra is, hogy a trachomás szembetegek kezeléséért az államtól 600 korona évi dijazásban részesül.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősitvényüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi julius hó 1-jéig** adják be.

A választás a m.-gy.-monostori körjegyzői irodában később kitüzendő határnapon fog megtartatni.

Bánffy-Hunyad, 1903. évi junius hó 1-jén.

3—1 *Kertész*, főszolgabiró.

13,005/1903. szám.

**A nyitrai közkórházban egy másodorvosi állás** betöltendő lévén, ezen állásra a m. kir. belügyminister 125000/1902. számú körrendeletével életbeléptetett vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhivom mindazon orvostudorokat, a kik ezen 1400 korona fizetéssel, természetbeni (nős orvosnak való) lakással, fütés- és világitással javadalmazott, s nyugdijjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4-dik §-ában előirt módon **1903. évi junius hó 30-dikáig** hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és ezt megszakitotta vagy abbanhagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének, illetőleg kilépésének okát okiratilag igazolni.

Nyitra, 1903. évi május hó 30-dikán.

*Markhót Gyula*, alispán.

**A szab. osztrák-magyar államvasúttársaság** Délmagyarországban Krassó-Szörénymegyében fekvő bányái-, hutái- és uradalmainál **Ferenczfalván** egy **orvosi állás** üresedvén meg, arra ezennel pályázat hirdettetik, megjegyezvén, hogy az állás folyó évi szeptember hó 1-jével töltendő be.

Az állás javadalmazása 2400 korona tiszteletdij és fütési átalány és köteles a kinevezendő orvos házi gyógyszertárt tartani.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények **1903. évi junius hó 30-dikáig** alólirott igazgatósághoz, VI., Teréz-körút 24/a terjesztendők be.

Budapest, 1903. évi május havában.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság magyar bányái, hutái és uradalmai igazgatósága:

2—1 *Martinek*, igazgató.

371/1903. sz.

A kormányzatomra bizott **Szabolcsvármegye „Erzsébet" közkórházánál** évi 1000 korona törzsfizetés, szabad lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 15-dikéig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1903. évi május hó 28-dikán.

2—1 *Báró Feilitzsch.*

2955/1903. k. i. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **vaáli körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Vaál, a körhöz tartozik Vaál, Tabajd, Gyúró és Kuldó község.

A körorvos javadalmazása:

| | | |
|---|---|---|
| 1. Vaál község pénztárából | 420 k. | — f. |
| 2. Tabajd község pénztárából | 390 „ | — „ |
| 3. Gyuró község pénztárából | 251 „ | 29 „ |
| 4. Kuldó község pénztárából | 49 „ | 98 „ |
| Összesen | 1111 k. | 27 f., |

mely összeg a községek által előleges negyedévi részletekben fizettetik.

A körorvos tartozik a körhöz tartozó községekben a községi előljáróságoknál közösön megállapitandó határnapon hetenként egyszer megjelenni.

Nappali látogatási dija 50 fillér, az éjjelié 1 korona.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 30-dikáig** adják be; a később érkezendő kérvények visszautasittatni fognak.

A választás napjául folyó évi julius hó 2-dik napjának reggeli 9 óráját Vaál községházában tüzöm ki.

Vaál, 1903. évi május hó 29-dikén.

*Vuits Jenő*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárat | Állás | Hely | Fizetés | Czím |
|---|---|---|---|---|
| jun. 10 | körorvos | Csősztelek | 1600 k. | Foris fszb. Zsombolya |
| jun. 10 | közs. o. | Kúnbaja | 1200 k., kézi gyógytár | Szutrély L. fszbiró, Bács-Almás. |
| „ 10 | körorvos | Csene | 1200 k., 400 k. úti át. | Főszolgabiró, Csene. |
| „ 10 | fogház o. | Szegzárd | 600 k. | Phleps F. főügyész, Pécs. |
| „ 14 | körorvos | Parád | 1200 k., 200 k. úti át. gyógyszertár | Drisnyey Béla fszb. Pétervására |
| „ 15 | közs. o. | Tápió-Szent-Márton | 1200 k., 200 k. lakbér | Dessewffy E. fszbiró, Nagy-Káta. |
| „ 15 | téb. s. o. | Nagy-Kálló | 1600 k., élelm., lakbér | Borosnyói L. Béla igazgató, N.-Kálló. |
| „ 20 | tszéki o. | Deés | szabad illetmény | Elnök, kir. tszék, Deés. |
| „ 23 | körorvos | Sáta | 1600 k. | Zsóry fszbiró, Ózd. |
| „ 30 | körorvos | Bács-Földvár | 1600 k. | Balaton Gy. fsz. Óbecse |

## HIRDETÉSEK.


A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

**Salvator** kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Rohitsch

Styria-forrása

**Haemorrhoidák**

és azok okai

3 heti tartózkodás Rohitsch-Sauerbrunn gyógyhelyen.

Tekintélyektől legmelegebben ajánlva.

**Dr. L. LINKENHELD** torok-, orr- és fülorvos **Bad Reichenhall.**

**Magyar orvosi vademecum.** 3 kötet, 1903. 24 korona.

**Klemperer klinikai diagnostika.** 5 korona.

**Berend-Preisich gyermekgyógyászata.** 10 korona 80 fillér.

**Gyermektherapia.** Szerkeszti Berend. 1902. 8 korona 40 fillér.

Kaphatók:

Mai H. és fia könyvkereskedésében

**Budapest, IV., Múzeum-körút 31.**

**Marienbadi Zander-intézet.**

Modernül berendezett intézett svéd gyógygymnastika, massage, **vill. fényfürdők, száraz-forró légkezelés;** a marienbadi kúrák kitünő kiegészítése.

Tulajdonos és orvosi vezető: **Med. Dr. Eduard Kraus.**

**HASENFELD OSCÁR** nőorvos **Franzensbadban** fürdőorvosi működését május 15-től ez idén is folytatja és szivesen szolgál a fürdőt illető felvilágosítással.

**Lakás: Neuquellstrasse, Uhland.**

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUM**

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

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

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

**Breslaui egyetem orvosi kara.**

**Továbbképző cursusok orvosok részére 1903. julius 6—22-dikéig.**

Előadók: **Hasse, Ponfick, v. Mikulicz, Radecki, Flügge, Filehne, Küstner, Uhthoff, Wernicke, Hürthle, Neisser, Partsch, Lesser, Czerny, Stern, Röhmann, Bonhoeffer, Hinsberg** urak és assistenseik.

Jelentkezések **junius 1-éig** elfogadtatnak.

Tudósításokat és előadási jegyzékeket küld:

**Prof. A. NEISSER, Breslau XVI.**

**Fürdő-megnyitás!**

Van szerencsém becses tudomására hozni, hogy

**zálnoki gyógyfürdőmet**

javalva sápkórnál, mindennemű vérszegénységnél, idegességnél, fejfájásnál (migraine), különféle női bajoknál, valamint havi rendellenességeknél és kórfolyamoknál, görvélykórnál, heveny és idült (Rheuma), csúzos és köszvényes bántalmaknál, táplálkozási zavaroknál, alhasi pangásnál, megrögzött székrekedésnél s e folytán szédülési és agyvérlorlódási tüneteknél előző gyuladásokból, úgymint mellhártya, hashártya-lob után visszamaradt izzadmányok gyors és biztos felszivódásoknál, s általában a légzőszervek bántalmaiban szenvedőknek megnyitottam és vendéglővel elláttam; gondoskodva van **állandó fürdőorvosról** is. Gyógydíj a fürdőben lakó módosabb vendégektől vétetik. **Hogy a nagy közönségnek a fürdő használhatását hozzáférhetőbbé tegyem, elhatároztam, hogy az eddigi szoba- és fürdő-díjakat 10%-kal leszállítsam.** Azon tisztelt vendégek részére, kik érkezésüket előre bejelentik, nemcsak a megrendelt lakásról, hanem Szilágysomlyó, Sarmaság, Tasnád és Kis-Derzsida állomásokról olcsó és kényelmes kocsiról is gondoskodva lesz. Végül még megjegyzem, hogy egy több osztályú közös (baziu) fürdőt is léptettem életbe, melyben a fürdési díj csak 50 fillér.

Bővebb felvilágosítással szolgál

**Weinréb Márton,** fürdőtulajdonos,
Zálnokon, Szilágym. P. Nagy-Derzsida.

**Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltóintézet**

**Budapest, Teréz-körút 31. sz.**

**Kitünő minőségű és mérsékelt árú**

**diphtheria-serum elárúsítása.**

TELEFON. * Ugyanott: **KEFIR-INTÉZET.** * TELEFON

Vezető orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

**himlőnyirkot**

alábbi mérsékelt árakon:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** phiola | **2—3** egyénre | **1** | kor. | — | fill. |
| **5** vagy több phiola á | **2—3** „ | — | „ | **80** | „ |
| **1** phiola **10** egyénre | | **1** | „ | **60** | „ |
| **1** „ **20** „ | | **2** | „ | **40** | „ |
| **1—2** phiola összesen **50** egyénre | | **4** | „ | — | „ |
| **1—5** „ „ **100** „ | | **8** | „ | — | „ |

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva **60** fillér, nem ajánlva **40** fillér.

**SEMMERING** Vízgyógyintézet és magaslati kúra.

835 méter a tenger szine fölött.

— Bécsből 2 óra távolság. — — Prospektusok kivánatra. —

Vízgyógyintézet „Maendlhof". Dr. Ballmann.

**COLLARGOLUM.** (Credé-féle oldható ezüstércz.) Mint kenőcs **(Unguentum Credé)** ezüst-kenőkúrához, oldatban intravenös injectiók részére fertőzési betegségeknél.

**ITROL.** Antiseptikus sebkezeléshez, szemgyógyításhoz és nemi bajok ellen. Legolcsóbb ezüstkészitmény a gonorrhoea kezeléséhez.

**ACOIN.** Helyi anaestheticum a sebészet, szemészet és fogoperatiók részére. **Hosszan tartó anaesthesia.** Kevésbbé mérges és hosszabban tartó hatással mint cocain.

**Acetylsalicylsav.** (2—OH)

**Hyrgol** (Hydrargyrum colloidale). — **Solveol.**

Próbákat és irodalmi lenyomatokat ingyen küld:

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**

Világhirű

**VICHY**

**FORRÁSOK,** a franczia állam tulajdona.

Kezelőség: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

**Célestins:**

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

**Grande Grille:**

Májkólikáknál és epeköveknél, pangások az alhasi szervekben.

**Hôpital:**

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

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

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

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

**Dr. Kelen István**

a Budapesti Poliklinika gyomor- és hasbetegségek osztályának v. assistense és a cs. kir. szab. kassa-oderbergi vasút karlsbadi orvosi tanácsadója

**Karlsbad,** Alte Wiese, Haus „Börse".

**SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER**

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

**Idény májustól októberig.**

**Daruvár.** Ásvány- és iszapfürdő Szlavoniában. A cs. kir. szab. déli vasút állomása, direkt összeköttetés Budapest és Bécscsel.

**Vasas hőforrások és iszapfürdők,** 34—50° C. hőfokkal. Márvány-, porczellán-, tükör-, iszap- és moórfürdők. Tapasztalt kiváló gyógyeredmény valamennyi női bajnál, vérszegénységnél, rheumás, köszvényes és ideges bántalmaknál.

**Kitünően berendezett Fangó-intézet** (a kitünő gyógyhatású daruvári ásványiszappal való göngyölések és borogatások), kitapasztalt gyógyeredmények elévült női bajoknál, exsudatumoknál, valamint a legkülönfélébb izületi és izombántalmaknál. Hidegvízkúra. A rómaiak ideje óta hires fürdő a szlavon középhegységnek egy kies völgyében fekszik, erdőborította hegyek által övezve. A fürdőépületek gyönyörü, árnyas park közepén vannak elhelyezve. Acetylen-világitás, parkzene, lawn tennis, tekepálya, táncz-koszorúcskák, kölcsönkönyvtár, társaskocsi. Szép kirándulások a történetileg érdekes, kies környékre. Szép sétautak nyugalmat és üdülést kereső nagyvárosiak számára.

Teljes ellátás a fürdőszállodában havonként 80 korona (I. oszt.) és 60 korona (II. oszt.) figyelmes kiszolgálás mellett. T. cz. katonatisztek, állami és vasúti hivatalnokok kedvezményben részesülnek. **Az elő- és utóévadban tetemes árleengedés.** Igazg. fürdőorvos: Fischer dr., azonkivül még két orvos müködik helyben.

Prospektussal és felvilágositással szivesen szolgál

A daruvári fürdőbérlet igazgatósága.

**MATTONI-féle ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ**

Gyógyhely Budapesten, Budán, Kelenföld.

**Idény április 1-től szeptember 30-ig.**

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi** és **általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérnél, túlságos elhizásnál, köszvénynél** és **női bajoknál.**

Rendelő orvos: Dr. Polgár Emil nőorvos.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a villamos vasúttal a város minden részéről egész a fürdőhelyig.

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

**LUBLÓ-GYÓGYFÜRDŐ.**

Szénsavas-, vasas és mórfürdők.

**Vasas források, felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi gyógymód,** kitünő sikerü **vérszegénységnél, az idegrendszer idült bajainál, szivbántalmaknál, általános gyengeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. Portól mentes, védett fekvés** (556 m.). **Kiterjedt fenyves erdők között.**

Állandó fürdőorvos: **Dr. Platzer Sándor volt egyet. tanársegéd, n. Kézmárszky tanár udv. tanácsos, egyetemi női klinikáján.**

Kitünő vendéglő jutányos árak mellett, étkezés à la carte vagy penzióban. — **Pósta- és távirdaállomás.** — Elő- és utóévadban tetemes árkedvezmény lakás, fürdő és étkezésnél.

**Szobák hetenkint 10 kor., étkezés penzióban 20 koronától kezdve. Prospektust küld és bővebb felvilágositással szolgál**

**az uradalmi fürdőgondnokság.**

Lubló-fürdőn (Szepes megye).

Az **antilueses bedörzsölési** kúránál az **ung. hydrargy. cinereum** hatását **fölülmulja** a

Szabadalmazva.

Törv. védve.

CSILLAG GYÓGYSZERTÁR STERN APOTHEKE

**MERCURO CRÊME**

SEC. W. Rosenberg Sándor BUDAPEST VIII. KEREPESI-ÚT 43.

FODOR K. BUDAPEST

33 1/3 % higanytartalommal. 30 gm. tartalmú graduált tubusban ára **2** korona.

**Teljesen zsír-** és **szagtalan**; fehérneműt **nem piszkít**; bedörzsölési időtartam **3—5 percz**; kényelmes adagolás. — **Kapható minden gyógyszertárban.**

# RICHTER GEDEON gyógyszer-készítményei
Budapest, IX., Üllői-út 105.

## Lecithin Richter.

**Friss tojássárgájából** előállított **természetes** glycerophosphat. (4% szervesen kötött phosphor.) Indicatiók: **Neurasthenia,** vérszegénység, marasmus, diabetes, scrophulosis, **tuberculosis,** angolkór stb. **A testsúlyt rohamosan növeli.**
Adagja: Naponta 3 × 1—4 tabletta.
5 ctgr.-os tabletták üvegje **5 korona.** — 2½ ctgr.-os tabletták üvegje **4 korona.**

## Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino sec. Richter.

Kitünő hatású **görvélyes,** rhachitikus **gyermekeknél.** Napi adag: 3-6 kávéskanál.
Üvegje **3 korona.**

## Tonogen Suprarenale Richter.

Solut. 1:1000.
A **mellékvese** vérzéscsillapító, **vértelenítő,** lobellenes, nyomást fokozó **hatóanyaga.** Nélkülözhetetlen a szem-, orr-, gége-, fülgyógyászatban, az urologiában, **fogászatban** stb. és szívgyengeségnél.
Egy üveg ára **5 korona.**

## Tablettae Ovarii Richter.

A havi vérzés rendellenességei, **chlorosis, klimakteriás zavarok,** hysteria stb. ellen bevált gyógyszer.

## Tablettae Thyreoïdeae Richter.

**Elhízás,** golyva, Basedow-kór, testi és szellemi **fejlődési visszamaradottság,** myxoedema, cretinismus fajlagos gyógyszere.

## Sideralbumin Richter

kitünő vasfehérje-oldat, a vérképzést elömozdítja.

## Sideralbumin arsenicos.

Richter vasfehérjén kivül 1% Solutio arsenical. Fowler-tartalommal. Chlorosis, váltóláz ellen és a szervezet ellenálló képességének fokozására szolgáló vasarsenat.

## Sideralbumin phosphoricum

Richter 0·005% phosphor-tartalommal.
1 üveg ára **1 korona 50 fillér.**

Föraktárak: Richter G., „Sas"-gyógyt., Üllői-út 105. Török J., gyógyt., Király-u. 12. Dr. Egger, gyógyt., Váczi-körút 17.
**Kapható minden gyógyszertárban. — Kívánatra irodalom.**

Míg eddig a **régi bőrbetegségek,** a legkülönbözőbb súlyos **idegbajok (neurasthenia, vitustáncz),** a **sápkór, a női arczot elektelenítő pattanások** s a **női nemi szervek folyásokkal combinált hurutos megbetegedéseinek kezelésénél** csekély értékü idegen vizekre voltunk utalva, addig újabban

# a PARÁDI ARSEN vízben
## (vastartalommal)

olyan kincsünk van, mely minden eddigi arsen-vasas víznél (Roncegno Levico) hatásosabb, **könnyebben emészthető** s manapság már, minthogy legelőbbkelő orvosi tekintélyeink felkarolják s a fogyasztók egész serege dicséri hatásait, hazánkban csaknem kizárólagos keresletnek örvend.

**Gróf Károlyi Mihály uradalmi felügyelősége Parád.**

Egy postaláda 7 palaczk parádi arsen vastartalmú gyógyvizet Magyarország összes postaállomásaira

**5 korona 80 fillérért**

bérmentesen szállit a

FŐRAKTÁR: **ÉDESKUTY L.** BUDAPESTEN

cs. és kir. udvari szállító

ásványviz-nagykereskedő.

**Kapható minden gyógytárban és megbízható fűszerkereskedésben.**

# CLIN & Cie — PARIS

# TÜDŐBÁNTALMAK, TÜDŐGÜMŐKÓR

**Phosphotal**
a creosot neutralis phosphitja.

**Capsules Clin**
vékony glutin-bevonattal
capsulánként 20 cgr. phosphotal, 4—12 szemet napjában.

**Emulsion Clin**
Egy kávéskanálnyiban 50 cgr. phosphotal 2—6 kanálnyit napjában ½ pohár tejben, Beöntések alakjában is rendelhető.

**Gaïacophosphal**
a guajacol neutralis phosphitja.

**Capsules Clin**
vékony glutin-bevonattal
capsulánként 15 cgr. gaïacophosphal 2—6 szemet napjában.

**Solution Clin**
Egy kávéskanálnyiban 10 cgr. gaïacophosp. 2—6 kanálnyit napjában ½ pohár tejben. Beöntések alakjában is rendelhető.

*A PHOSPHOTAL ÉS A GAÏACOPHOSPHAL ELŐNYEI*

**A causticus hatás hiánya. — Teljes tolerantia és assimilatio. — Nagy creosot-tartalom vagy guajacol-tartalom 90 és 92 %; nagy phosphor-tartalom 9 és 7 %. — A köhögés és az izzadás megszünése. — Az étvágy fokozódása.**

# NOURRY-féle
## JODTANNIN BOR

**Minden alkalikus jodvegyület nélkül, kellemes ízü, kitünően assimilálódik, a csukamájolaj pótszere.**
Egy evőkanálnyi öt centigramm jodot és tiz centigramm tannint tartalmaz.

*JAVALLATOK:*
**GÖRVÉLYKÓR, VÉRSZEGÉNYSÉG, HÓSZÁMZAVAROK, TÜDŐBÁNTALMAK**

**ADAG:** Felnőtteknek egy evőkanállal az étkezés előtt vagy alatt. Gyermekeknek egy vagy két kávéskanállal az étkezés előtt vagy alatt.
**Ára egy üvegnek 4 kor. Minden gyógyszertárban kapható.**

A HIGANYKEZELÉS ÚJ MÓDJA
HIGANYMÉRGEZÉS KIZÁRVA
az
# ÉLIXIR DÉRET
**BI-JODÉ**
**Tannint és hydrarg. bijodatumot tartalmazó boros elixir által.**
Készíti J. NOURRY, volt gyógyszerész a franczia katonakórházakban.
**Egy evőkanál higanytartalma egyenlő 1 centigramm hydrarg. bijodatuméval.**

**ADAG** { Felnőtteknek: Egy evőkanál / Gyermekeknek: Egy fél vagy egész kávéskanál } kétszer naponta

**Syphilis — Bőrbántalmak.**
Egy üveg ára 5 korona.

Magyarországi főraktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertára BUDAPEST. 797

*Negyvenhetedik évfolyam.* 24. szám. *Budapest, 1903. junius 14.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jellachich István: A gyermeköles. 380. lap.

Weisz Ede: Az üzleti neurosisról. 382. lap.

Berend Miklós és Rácz István: Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez. 383. lap.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről. 385. l.

Aldor Lajos: Megjegyzések Dr. Boas „Az idült bélhurutok gyógyításához" czimű czikkéhez. 387. l.

Tárcza. G. E.: A IX. szünidei orvosi cursus. 388. l. — A radium- (Becquerel-) sugarak jelentősége. 388. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 388. l. — *Könyvismertetés. Buttersack:* Nichtarzneiliche Therapie innerer Krankheiten. — *Lapszemle. Sebészet. Meyer:* Nagy sérvkapuk elzárásáról implantált ezüstrostélyokkal. (Gergő Imre.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Philips:* A creosotol használata pneumonia eseteiben. — *Reichmann:* Az epicarin. — *Langhorst:* Az influenza gastro-intestinalis alakjának orvoslása. — *Friedmann:* Thiocol alkalmazása tüdőgümőkórnál. — *Folyóiratok átnézete.* 389—390. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Turcsányi Imre. — Szalárdy Mór. — Fürdőorvosok. — Kelen József. — A sanatorium-egyesület. — Pestis-eset Berlinben. — A „Stefánia" pesti szegény-gyermekkórház-egyesület. — Fürdőink személyforgalma. — Kaufmann kórboncztana. — Tudósítás. — A „mercuro-crême." — Előpatak fürdő. — A budapesti általános poliklinika. — Az egyetemi I. számú női klinika. — Megjelent. 391. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A gyermeköles.

Irta: *Jellachich István* dr. jogakadémiai magántanár, kir. törvényszéki és fogházorvos Pécsett.

Az emberi élet ellen irányuló bünczelekmények sorozatában sajátságos, különös helyet foglal el a gyermeköles, melyre nézve a legrégibb időktől napjainkig, úgy a büntett lényegére, mint a büntetés minőségére s mérvére vonatkozólag a különböző népeknél a legellentétesebb vélemények uralkodtak; mégis újabban a modern civilizált nemzeteknél nagyobbára lényegileg ugyanazon felfogás van elterjedve.

Az ó-kor népei között a görögök a Taygetos-hegy ormáról vetették le a mélységbe a gyenge, beteges, életre nem való gyermekeket.

A rómaiaknál a legrégibb időkben az újszülött gyermekek megölése s kitevése el volt terjedve (Spangenberg). A római polgár régi időben a „jus vitae et necis" folytán gyermekei élete s halála felett szabadon rendelkezett. Csak később Konstantin igyekezett gátat vetni az újszülött gyermekek megöletésének, de mégis határozott rendelkezés ez irányban csak Valentinian, Valens és Gratian alatt történik.

Állitólag már Romulus is adott ki egy rendeletet, mely szerint a 3 éven aluli gyermek csak akkor ölhető meg, ha az öt szomszéd által torzszülöttnek, nyomoréknak vagy túlságos gyengének nyilváníttatott ki.

Határozott rendelkezést azonban a gyermeköles re vonatkozólag oly tekintetben, a mint azt jelenleg értelmezzük, sem a Lex Pompeia de parricidiis, sem a Lex Cornelia de sicariis nem tartalmaz; privilegizált büntettnek a házasságon kivül született gyermeknek a szülés után közvetlen való megölése nem tekintetett, hanem a római jog szerint az anya, „quae filium filiamve occiderit" a Lex Cornelia de sicariis szerint büntetendő.

Az ős german népjogok között a gyermeköles t csak a nyugoti góth említi; gyakori azonban a skandináviaiban, nevezetesen a svédben, de az itt szereplő törvények a keresztény egyházból veszik eredetüket.[1] Ezek feltételezik, hogy az ilyen büntény házasságon kivül született gyermeken a szülés eltitkolása, a szégyentől és büntetéstől való menekülés czéljából vitessék végbe. Azonban ezen jogforrások, nevezetesen a Lex Wisigothorum, nem találtak alapot az enyhébb büntetésre, a házasságon kivül végzett közösülés a germanoknál, kik a nemi tisztaságot nagy tiszteletben részesitették, bűnhalmazattá változtatta ezen bünteny t; az ilyen gyermeköles, mint felette súlyos bünczelekmény itéltetett meg, parricidiummal identifikálták, súlyos büntetéssel sujtották (a büntetés halálbüntetés volt, vagy ha a biró a nőnek megkegyelmezett, mindkét szemén megvakíttatta).

Ezen törvények e mellett feltételezik, hogy a gyermek megöletése a szülés után közvetlenül történjék, a mi abból is kitünik, hogy csak meg nem keresztelt gyermekről szólnak. A rokonokon kivül mindenkinek a népből joga volt az ilyen büntényt törvényszerűleg üldözni. Elő volt továbbá irva, hogy a szülő nő más asszonyokat is hivjon a szüléshez és más férfiak is tanusitsák a gyermek halva születését, hogy bebizonyítható legyen, miszerint a gyermek nem erőszakos módon halt meg, mi által a vád alól felmentetik.

A kánonjogban a házasságon kivül született gyermek megölése az anya által már határozott alakban van kifejezve. A büntetés kiszabásánál különbséget tettek a szerint, a mint az anya a bünczelekményt nyomasztó anyagi viszonyok miatt, gyermeke eltartásának táplálásának gondjai között hajtotta-e végre, vagy

[1] Wilda. Strafrecht. 1842.

erkölcstelenség által indíttatva, hogy a fajtalanságnak továbbra is átadhassa magát, vagy a házasságon kivül történt szülés szégyenét elpalástolja.[1] Ha nyomor volt az indítóok, akkor kisebb egyházi vezeklés lett kiszabva. Míg kezdetben a világi bíróság által kiszabott büntetés mellett életfogytiglan tartó paenitentiát rendelt el az egyház, addig később a büntetés az lett, hogy a vádlottat 7 évre kizárták a vallásközösségből.

V. Károly császár 1532. évi „Peinliche Gerichtsordnung"-jában, a Karolinában a gyermekölésre vonatkozólag így intézkedik: Azon nő, ki élő s tagokkal ellátott gyermekét, titokban, gonoszsággal megölte, élve eltemettetik és karóba huzatik. Azonban a törvényszék, hogy bennök a kétségbeesést megakadályozza, ha víz áll rendelkezésre, a gonosz nőket a vízbe fojthatja. A hol azonban az ily bünecselekmény nagyon el van terjedve, az elevenen való elásás és karóba húzás,[2] a többi gonosz nő elrettentése végett meghagyandó, vagy pedig a vízbe fojtás előtt a vádlott nő izzó fogókkal széttépendő.[3]

Franciaországban régebben II. Henrik (1556.) edictuma volt érvényben a gyermekölésre nézve, mely azon előitéletből indul ki, hogy minden anya a gyermekölésben részesnek tekintendő, ha terhességét és a szülést eltitkolta s a később holtan megtalált gyermek sem a keresztségben, sem a keresztény szertartásokkal egybekötött temetésben nem részesült. Ha ezen feltételek megvoltak, az anyát halálra itélték.[4] Ezen rendelet 1608-ban és 1708-ban újból megerősíttetett

A Code pénal 1791-ben a gyermekölést nem tekintette kivételes bünecselekménynek, hanem mint más emberölést és a tettest halállal vagy 20 évi lánczbüntetéssel sujtotta a szerint, a mint a büntett előre megfontolt szándékkal vagy a nélkül követtetett el.

Az 1804. évi javaslat „projet de code czímmel" kivételes helyzetet akart biztosítani a gyermekölésnek, a mennyiben ezen büntett alanyául a házasságon kivüli állapotban levő anyát tekintette, ezen javaslatból azonban törvény nem lett.[5]

Az 1810. évi Code pénal a gyermekölést felette súlyos bünecselekménynek tekinti, mely a közönséges gyilkossággal egy fokon áll: Art. 300: Est qualifié infanticide le meurtre d'un enfant nouveau-né. Art. 302: Tout coupable. . . . d'infanticide sera puni de mort.

Az 1810. évi javaslat enyhébb büntetést, deportatiót mondott ki, azonbav az ellenvélemény vált határozattá, mely szerint a tehetetlen gyermek megölése súlyosabb bünténynek tekintendő, mint a közönséges emberölés. A túlszigorú büntetés az esküdteket szánalomra indította a vádlott irányában, miért is egyik végletből a másikba jutottak, a gyermeköléssel vádolt nőket gyakran teljesen felmentették. Tekintettel ezen körülményre 1824-ben junius 25-dikén új törvényt hoztak, mely megengedi a halálbüntetés átváltoztatását életfogytiglan tartó fegyházbüntetésre.[1] Végre 1832-ben az enyhítő körülmények kimondása az esküdtekre ruháztatott, ezen idő óta gyakoribb az elitélés, de a hajlandóság a felmentés iránt még mindig elég nagy.

Angolországban a gyermekölés már 1524-ben szigorú büntetésben részesült. I. Jakab statutuma szerint a halva talált gyermekről felteszik, hogy élve született és az anya ölte meg. Jelenleg sem tekintik a gyermekölést privilegizált bünecselekmények, hanem úgy büntetik, mint más emberölést. 1878-ban új büntető törvényjavaslat készült, mely a büntetés enyhítését czélozza, tekintettel az anya lelki és testi fájdalmaira.

Transvaalban a magzatelhajtás és gyermekölés egy és ugyanazon büntettnek tartatik.

Chinában az újszülött leánygyermekek megölése, tekintettel az alsó néposztályban uralkodó nagy nyomorra meg van engedve.

Az Orinoco mentén lakó indiánokról pater Gumilla a következőket beszéli el: Náluk a leánygyermekek megölése van szokásban; azért titokban az első fájások jelentkezésekor a folyó partjához, vagy a legközelebbi patakhoz sietnek és ott egyedül szülnek; ha fiúgyermekük születik, akkor a nő azt és saját magát gondosan megmossa s nagyon boldog; ha leány születik, akkor kitöri a nyakát vagy elevenen elássa s miután jól megmosakodott, haza megy, mintha semmi sem történt volna.

Paraguay-ban a puana-nők egyedül mennek az erdőbe vagy a mezőre, ott szülnek és gyermeküket elevenen a földbe ássák.

A Quissama-négerekről Hamilton elbeszéli, hogy a szülés közeledtekor a nő elhagyja a házat, hogy sem férfi, sem nő ne lássa őt. A szülés után visszatér a kunyhóba, de a gyermeket egy időre elrejti; senkinek sem szól a dologról és bizonyos ideig nem is intéznek hozzá kérdéseket. Ha azonban szülése szerencsétlen volt és a gyermek meghalt, akkor messze elszalad a szülés helyétől, mert ha megtalálnák, méreg által oltanák ki életét.

Nálunk régente a halálbüntetést alkalmazták gyermekölés esetén, ezt bővebben indokolja Vuchetich „Institutiones juris criminalis Hungarici" czímü 1819-ben megjelent művében.

26. §. Infanticidium. Sub crimine parricidii leges nostrae quoque comprehendunt infanticidium 11. 1723. §. 1. seu homicidium ab ascendentibus in descendentes commissum. Sensu autem proprio et stricto est homicidium, quod a matre in infantes recens natos committitur.

*a*) Tam recta ratio, quam moralitas postulat, ut entis, cuius existentiae auctores sumus, eius quoque conservationi studeamus; igitur qui morali huic obligationi contrarium agit sanctissima violat officia, et hinc iuste durius punitur, quam alius homicida. Ad essentiam huius Criminis proin ad corpus delicti requiritur I. obiectum, quod in hoc Crimine est infans vitalis et vivus, cuius mors II. post nativitatem per factum matris imputabile effecta sit, aut committando vel ommittendo nihil refert, dummodo commissio vel ommissio, causa proxima et immediata caedis fuerit. Infans proinde sit recens natus.

*b*) De corpore delicti constat imprimis ex accurata cadaveris infantis inspectione et sectione, et sequitur index relationem et indicium artis peritorum, quorum est, de vita, et vera causa mortis, ex signis certis iudicare.

*a*) Tum iuris criminalis interpretes, quam leges positivae crimen infanticidii restringunt ad caedem infantis illegitimi praevia occultatione graviditatis factam, sed cum leges nostrae de infanticidis generatim loquatur, placuit nationem criminis ad infantes tam legitimos, quam illegitimos extendere, quemadmodum iure Crim. Austr. §. 122. utrumque casum sul crimine infanticidii comprehensum reperimus.

*b*) Conceptus infantis recens nati ad certum temporis spatium restrictus, determinari nequit, ideo leges positivae hunc defectum supplere debent. Iuscrim. Bavar. illos infantes pro recens nati habet, qui trium dierum, Ius vero crim. Boruss. qui unius diei aetatem nondum attigerunt.

Az 1843. évi büntető javaslat a következőkép intézkedik a gyermekölésre nézve: 181. §. A mely anya törvénytelen ágyból született gyermekét a szüléskor, vagy szülés után három nap alatt, akár cselekvés, akár mulasztás által szándékosan megöli, annak legnagyobb büntetése, ha a tettes szülés előtt határozta el magában, tiz évi rabság; ha pedig a szándék csak szüléskor vagy szülés után támadott benne, öt évi rabság leend.

Büntető törvénykönyvünk 284. §-ában foglalt „a szülés alatt, vagy közvetlenül utána" kifejezést használnak még az osztrák, német, németalföldi, svéd, dán, belga, orosz, finn és

[1] Sed multum distat, utrum paupercula pro difficultate nutriendi aut fornicaria causa sit et pro sui sceleris celandi causa faciat. Regino de causis Synod. C. II. C. 65.

[2] A karóba húzás abban állott, hogy az elitéltet árokba dobták, melyben tüskék voltak és földdel befedték, ezután karót vertek a földbe, mely a szerencsétlen elitéltnek szivét fúrta át.

[3] Item welches weib jre kind, das leben und glidmass empfangen hett, ertödtet, die werden gewonlich lebendig begraben und gepfelt; aber darinnen verzweiffelung zu verhüten, mögen dieselben übelthätterinn um' welchem gericht die bequemlichkeyt des wassers dazu vorhanden ist, ertrenckt werden. Wo aber solche übel offt geschehen, wollen wir die gemelten gewonheyt des vergrabens und pfelens unb mer forcht willen, solcher bosshaftigen weiber auch zulassen, oder aber dass vor dem ertrencken die übelthätterinn mit glüenden zangen gerissen werde, alles nach radt der rechtverstendigen.

[4] Toute femme, qui se trouvera convaincue d'avoir célé, couvert et occulté tant sa grossesse que son enfantement, sans avoir déclaré l'un ou l'autre et pris de l'une ou l'autre témoignage suffisant même de la vie ou mort de son enfant, lors de l'issue de son ventre et qu' après l'enfant se trouve avoir été privé du baptême et sépulture, telle femme sera reputée avoir homicidé son enfant, et pour réparation, punie de mort et de telle vigueur, que la qualité particulière du cas méritera.

[5] Art. 285. L'infanticide est l'homicide causé par une mére non engagée dans les lieus du mariage ou par ses complices de son enfant nouveau-né. Art. 286. Le crime de l'infanticide est commis, lorsque l'enfant est mort pour avoir été privé par sa mère ou ses complices des précautions, des secours, des soins ou des aliments sans lesquels il n'a pu vivre.

[1] Travaux forcés à perpétuité à l'égard de la mère.

bolgár büntető törvénykönyvek, az 1896-diki svájczi[1] javaslat, „a míg a szülés befolyása alatt áll“ kifejezéssel él, mely az előbbieknél praecisebb. A többi nemzetek büntető törvénykönyvei napok szerint határozzák meg az időt, melyen belül még az enyhébb büntetésnek helye van, így a spanyol 3, az olasz, 5, a norvég 8, a portugal 8 napot, Mexikó 72 órát, Brazilia 7 napot vesz fel.

Egyes nemzetek büntető törvénykönyvei a gyermekölés alanyául nemcsak az anyát, hanem a hozzátartozókat is tekinti, pl. az olasz.

A büntetés átlag 2—15 évi elzárás közt ingadozik a különböző nemzeteknél, mégis inkább nagyobb mint kisebb. Nálunk a büntetés aránylag a legkisebb.

Midőn büntető törvénykönyvünk a házasságon kivül teherbe jutott nőt enyhébben bünteti, ha gyermekét a szülés alatt vagy a szülés után közvetlenül megöli, mint a férjes nőt, a humanismus elveinek hódolt. Brouardel szerint sem a legrosszabb nők azok, a kik gyermekeiket megölik, mert a dajkaságba adás által lassan, de biztosan és feltünés nélkül, ugyanezen eredményt érhetik el. Másfelől ha a magzatelhajtás rendkivül nagy mérvü elterjedését tekintjük és e mellett a büntetések aránylag elenyésző csekély voltát, akkor a gyermekölés alanyát képező nővel szemben az enyhébb felfogásnak még nagyobb jogosultsága van.

Nem hagyhatjuk végre teljesen figyelmen kivül a nő meddőségét czélzó eljárásnak azon német sem, mely a petefészkeknek (ovarium) ily czélból való eltávolítását eredményezi, s melyre a büntető törvénykönyvekben §. nincs is, holott ezen eljárás végeredményében a gyermeköléssel és magzatelhajtással egyenrangú cselekmény, söt avatatlan egyének által végrehajtva az anyára nézve is életveszélylyel jár. Hazánk némely vidékén, így Baranyamegyében is, a disznók herélésével foglalkozó egyének mellékesen asszonyok petefészkeinek kiirtásával is foglalkoznak. Nagyobb városokban, mint Párisban is, még orvosok sem vonakodnak ily bünselekmények elkövetésétől.[2]

A gyermekölés ismérveit büntető törvénykönyvünk szerint *1. a gyermek házasságon kivül születése, 2. az ölésnek a születés alatt, vagy közvetlenül a szülés után való végrehajtása, 3. az anya részéről a szándékosság képezik.*

*1. A házasságon kivül született gyermek* megölése az anyára nézve enyhébb beszámítás alá esik, a büntetés mérve kisebb, mint oly nőnél, ki házasságban él; az enyhébb beszámítást indokolják azon lelki s testi kivételes állapotok, melyek ezen bünselekményt megelőzik és kisérik.

A házasságon kivül teherbe esett nő a fokozott szégyenérzet és a megvetéstől való félelem uralma alatt áll, a meddig csak lehet, állapotát eltitkolni igyekszik, majd nyomorult, elhagyatott helyzete, születendő gyermeke eltartásának gondjai, a kétségbeesés legvégső határáig üzhetik őt; hozzájárulnak még ezekhez a szülés izgalmai, fájdalmai, a vérveszteség folytán támadt elgyengülés, az ápolás és vigasztalás hiánya akkor, a midőn arra leginkább volna szükség, mindezek a kedélynek oly nagy fokú depressioját, megrázkódtatását okozzák, hogy a higgadt gondolkodás és nyugodt elhatározási képesség megszünik.

Feuerbach[3] szerint a nemi tisztesség elvesztésétől való félelem, ezen már magában véve is nemes, de különösen jobb érzésü nőkben erősen kifejlődött motivum, a gyermekölés elkövetésére a fő inditó ok, mely ezen bünténynt, a rokonok megölésével szemben, a büntetés mérvét illetőleg, alacsonyabb fokra helyezi.

Ezen nézettel szemben Wehrli[4] a nemi tisztesség elvesztését a köznépnél sokkal gyakoribb, közönségesebb dolognak tartja, hogysem ily mélyreható jelentősége volna, a mint azt a házasságon kivül született gyermekek nagy számából is következtetni lehet.

Sokkal jelentékenyebb inditó ok ezen bünselekmény elkövetésénél a nyomasztó anyagi helyzet,[1] melybe a házasságon kivül teherbe esett nő jut, mert rendesen az ilyen egyszerü cselédlányok, kik ezen bünténynél a legnagyobb contingenst szolgáltatják, kénytelenek a szolgálatból kilépni a terhesség előrehaladtával, midőn saját életük fentartásának gondjaihoz még a születendő gyermek ellátásának és felnevelésének aggodalmai is járulnak, mely minden ténykedésükben csak akadályt képez, úgy az újból való szolgálatba lépés alkalmával, mint a férjhez menetel tekintetében.

(Folytatása következik.)

## Az izületi neurosisról.

— Részlet az 1903-diki balneologiai congressuson tartott előadásból. —

Közli: *Weisz Ede* dr. pösténvi fürdőorvos.

Az idegrendszer a test minden szervére nemcsak akkor birhat zavaró befolyással, ha az idegelemek boncztanilag el vannak változva, hanem akkor is, ha ezeken korunk vizsgálati módszereivel elváltozást kimutatni képesek nem vagyunk, a midőn azon feltevéshez folyamodunk, hogy valamely idegterületnek úgynevezett functionalis zavarai bizonyos szervnek ugyancsak functionalis zavarait vonják maguk után. Az izületnek fájdalmassága, vagy akár csak érzékenysége ilyen formán nemcsak magának az izületnek, hanem a megfelelő idegterületnek boncztani vagy functionalis zavaraival függhet össze. De az izületnek szemmel látható s kézzel fogható boncztani elváltozásai is valamint eredetileg izületi keletkezéssel birhatnak, úgy egyes esetekben tulajdonképen az idegrendszer megbetegedése folytán támadnak. Tudjuk, hogy az idegrendszernek vannak trophikus elemei, melyek bizonyos szerveket nemcsak a fogyás, hanem a szaporodás illetve növekvés irányába is képesek terelni.

Classikus példaként az izmok bizonyos hypertrophiáját, az úgynevezett pseudohypertrophiáját említem, a melyhez a gerinczagyi sorvadásnál az izületeken előforduló, sokszor atrophiával vegyült hypertrophiás alakzatok képeznek illő analogiát.

A dolog még nem lévén tisztázva, mi sem kutatjuk ez alkalommal, vajjon ilyenkor az idegbefolyás egymaga közvetlenül, vagy pedig csak közvetve okozza az izületnek — ez esetben — következményes megbetegedését.

Tudjuk, hogy a trigeminus átmetszésekor a cornea pusztulásnak indul. Vajjon pusztán a beidegzés kiesése folytán, vagy pedig azért, mert az idegbeli védelmétől megfosztott szem a mindennapi ártalmaknak helyt állni képtelen, eldönteni nem tudjuk. Nagyon valószinü, hogy egyfelől az idegrendszer éltető befolyása elesik s hogy másfelől még valami, talán elenyészőnek látszó ártalom fellép, mely a védtelen szervet romlásra viszi. Igy nemcsak a tabesnél, hanem néha más idegbajnál szintén találkozunk az izületek terén is elváltozásokkal, hemiplegiás egyéneknél pl. a hüdés oldalán, stb.

Jelen közleményemben csak az izületi neurosisokról lesz röviden szó.

Az első jelenség, mely a beteg és az orvos figyelmét valamely izületre szokta vonni, igen gyakran az izületi fájdalom. A fájdalom subjectiv tünet, annak megmérésére nincsen eszközünk, ellenőrzésére nincsen módszerünk, foka nemcsak a baj természetétől, hanem a beteg érzékenységétől is függ. Megitélését még a beteg nem őszinte volta, megbizhatatlansága neheziti sokszor.

[1] A XVI. században Svájczban a Karolina szolgált alapul és a legkegyetlenebb büntetéssel sujtották a vádlottakat, igy pl. Thurgan kantonban 1596-ban a biróság oly itéletet hozott, hogy a gyermeköléssel vádolt nő tüskékkel kirakott árokba dobandó és tüskékkel, majd földdel befedendő; az ily elitélteknek szájába még csövet is dugtak, melybe tejet öntöttek, hogy a szerencsétlenek életét és szenvedését több napig meghosszabbitsák.

Luzernben is így büntették a gyermeköléssel vádolt nőket.

[2] Angyal Pál dr.: Castratio és sterilitatis procuratio. Jogállam. I. évf. 408. l.

[3] Feuerbach: Criminal-Recht. 11. Aufl. §. 239.

[4] Wehrli: Der Kindesmord. 1889.

[1] Fayer büntető jogában 1900. évi kiadás 172. l. a következőket mondja: „A nőnek a csábitás ellen minden európai kodexek között a magyar B. T. K. a legkevesebb védelmet adja, s ebből folyólag a nő cselekményét is a legkisebb büntetéssel illeti.

. . . A magyar gyakorlat a magánjog terén sem nyujt támogatást a nőnek. Az apaság bizonyitása meg van nehezitve; és ha a bizonyitás sikerül is itt-ott, a gyermektartásra a nőnek nevetséges csekély összeget itélnek, melyet a perindítástól számitva csak egy, néha két év mulva fizetnek ki; maga az anya pedig a gyermekágyi költségekre itéletileg sohasem kap semmit. A szülés aktusával járó izgalom mellett tehát igen sok esetben a fenyegető nyomor és a gyermeke és saját jövője feletti kétségbeesés viszi az anyát az embertelen cselekmény elkövetésére.

Midőn tehát oly beteggel állunk szemben, a kinek izületében elváltozást nem látunk és kimutatni sem tudunk, igazán nehezen fogjuk megállapíthatni, komoly vagy túlzó beteggel van-e dolgunk vagy esetleg szinlelő egyénnel.

Az eset elbirálása annál nehezebb lehet, mert jól tudjuk, hogy vannak esetek, példának említem az inveterált syphilis fájdalmait, a hol nemleges lelet mellett mégis igazi elég súlyos megbetegedés fenforoghat; ott vannak továbbá a központi idegrendszerbeli bajok praemonitorikus fájdalmas szakaszai, a tumorok kezdeti stadiuma stb., a hol a fájdalom az egyedüli korai jelenség lehet, melynek horderejét nem mindig sikerül első tekintetre és első órában felismerni.

A szinlelést csak psychologiai alapon lehet felismernünk. Szegényebb sorsú embernek, a kinek nagy családja részére a mindennapi kenyeret kell megszerezni, nem igen lesz kedve akkor szinlelni, midőn az által létét koczkáztatja.

De ha esetleg szinlelés árán egy kis pihenőt tud szerezni a nélkül, hogy anyagi érdeke koczkán forog, már a szinlelés inkább jöhet szóba s valószinű, ha munkakerülő emberrel van dolgunk.

De sohasem feledkezzünk meg tudásunk véges voltáról és mielőtt valakire a szinlelés bélyegét rásütjük, jussanak ama közlemények eszünkbe, a melyek szerint az arthralgia évekkel előzte meg a lassan fejlődő góczmegbetegedés kitörését.

A szinlelés bizonyos nemét üzheti jóhiszeműleg a neurastheniás egyén, a ki szokva van a földi lét minden szenvedéséből kivenni a maga részét. Nem tehet szegény róla, hogy idegeinek felfokozott érzékenysége minden hatásra nagyítva hat vissza.

Ilyen egyénnél kisfokú ütés évekig húzódó izületi fájdalmaknak lehet képzelt oka. Az izületi neurosisok, mint a neurosisok egyáltalán, az egészséges és nem egészséges lét közötti határon állnak. Megeshetik, hogy mi orvosok objectiv tünet hiányában az illető szervet egészségesnek nyilvánítjuk, holott az a látszólagos egészséges szerv magára a betegre nézve, a mennyiben nála a képzetek jóformán testet öltenek, végtelen szenvedéseknek lehet kútforrása.

Az izületi neurosis főleg a magasabb körökben talál képviselőt, a hol szokva vannak és a hol arra elegendő pénz és idő áll rendelkezésre, minden legkisebbnek látszó bajra is a legmesszebb menő figyelmet fordítani.

A *hysteria*, mely örökösen környezetének központját szereti képezni, leleményességében szintén néha egy-egy izületet tol előtérbe.

Nincs is az orvosnak nehezebb álláspontja, midőn csak panaszokat hall, de ezeknek okát nem tudja kideríteni.

Egyaránt kényes a helyzete, ha a baj physikai vagy anyagi hátterét fel nem ismervén, egyik esetben szinleléssel és túlzással vádol igazi beteget, a másik esetben pedig valóban betegnek tart valakit, a ki csak szinlel vagy túloz. Különösen a hysterikus és neurastheniás betegnek lehetünk nagy ártalmára, ha komoly gyógykisérleteinknek se vége se hossza és a baj fel nem ismerve hovatovább makacsabbá fajul. Ilyen esetben a therapia titka még inkább rejlik a helyes kórismében, mint bármely más izületi megbetegedésnél.

Ezen izületi megbetegedésekre legjellemzőbb az ellentét, mely az alanyi tünetek, értem a fájdalom hevessége, és a tárgyi lelet kicsi vagy nemleges volta között fennáll. A fájdalom pl. semmi arányban sem szokott lenni a vizsgálati eredménynyel. Feltünő, hogy az izület felületes érintésre sokszor fájdalmasabb, mint erősebb nyomásra, feltünő továbbá, hogy a beteg nagyobb fájdalmat külöl, ha az izületre figyel, mintha figyelmét beszéd közben elvonjuk.

Igen fontos kórismészeti jel ezen állapotokra az, hogy a kórosnak jelzett izület izomzata a sorvadásnak vagy a pettyüdtségnek semmiféle nyomát nem mutatja, a mi hosszabb ideig fennálló góczmegbetegedésnél nem szokott hiányozni. Azt alig kell kiemelnünk, hogy az izületi neurosis többnyire csak *egy* izületre vonatkozik. A mi az izület állását illeti, vagy nem mutat semmiféle rendellenességet, vagy pedig, mint az a hysteriánál előfordul, az izmok állapotából kifolyólag zsugort. Ilyen esetben a narcosisban lehet legjobban kimutatni, hogy igazi zsugor nem forog fenn és hogy az izületnek korlátlan mozgékonysága áll fenn. Becses adatokat szolgáltathat a beteg álom közbeni megfigyelése is. Mindenekelőtt az tünik fel, hogy a beteg álmában sohasem külöl fájdalmat és az éjjelt zavartalanul tölti. Különösen a zsugorokra nézve mérvadó a betegnek jelzett végtag alvás közbeni viselkedése, a mennyiben álomban a zsugornak rendesen semmi nyomát sem találjuk.

Feszesebb zsugor részben esetleg álom közben is fenmaradhat. Mint említettük, elváltozást az izület körül rendesen nem találunk. Kivételesen azonban a bőr alatti vizenyőre emlékeztető kisebbszerü duzzanat található. Ugyancsak kivételesen előfordul az ilyen izületnek kissé fokozott hőemelkedése is, a mely azonban rendesen muló jellegü és korántsem mutat oly állandóságot, mint mikor a hőemelkedésnek boncztani alapja van. Ugy a duzzanat, mint a muló pir nyilván vasomotorikus eredettel birnak.

A kezelésnek az ilyen esetben nemcsak az izületre, hanem a beteg egész egyéniségére kell kiterjeszkednie és mint a dolog természetében rejlik, főleg a psychikai suggestio irányában mozognia.

A beteg előtt nem szabad kezelésünket kapkodónak, habozónak feltüntetni, hanem igyekeznünk kell minden ajánlatba hozott gyógyszert vagy gyógymódot a lehető legnagyobb határozottsággal, szóval a meggyőződés hangján foganatba venni. Vannak az irodalomban esetek leirva, a hol az ilyen betegek az orvost messzemenő súlyos műtétekre szorították, eredmény nélkül. Viszont vannak esetek leirva, a hol — a látszat kedvéért — kis, felületes műtétek, bőrmetszés, stb. maradandó gyógyulással jártak. Legegyszerűbben cselekszünk, ha ilyen esetben a közismert módszerek egyikét vagy másikát hozzuk javaslatba, pl. a massaget. Suggestiv irányban még nagyobb hatást érünk el, ha a beteget valamely, az izületi bántalmak szempontjából elismert fürdőhelyre küldjük. Mindenek szerint az orvosnak a baj természetével tisztában kell lennie, ha czélt akar érni. Ideggyenge egyéneknél a fősúlyt az általános kezelésre kell helyeznünk. Sovány egyéneknél hizlalással kezdjük, elkényeztetett egyéneknél módszeres edzéssel. A szellemi túlmunkát lehetőleg le kell szállítani, a mindennapi izgalmakat a betegtől lehetőleg távoltartani, a nélkül azonban, hogy a beteget szabad volna untató tétlenségnek kiszolgáltatni. Mérsékelt, bő pihenéssel váltakozó mozgás, meg nem erőltető társasjátékok a a szabadban (croquet, lawn-tennis, korcsolyázás, úszás, kerékpározás, stb.) a sport túlzása nélkül, többszörös kirándulások, megfelelő társalgás a modern társadalmi élet félszegségei s hibái nélkül, mindmegannyi mód, melylyel a gyenge idegzetü ember úgy testi állapotát, mint lelki életét kedvezően befolyásolhatjuk. Mindez a legtöbb esetben csak úgy válik lehetségessé, ha a beteget a környezetéből, mely idővel is beteges túlzásba esik, mielőbb kiragadjuk. De gondoskodnunk kell arról, hogy a beteg az idegenben kellemes otthont találjon s az idegenben való tartózkodás zordságát ne érezze.

## Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbetegkórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

### Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez.

Irták: *Berend Miklós* dr. közkórházi rendelő orvos és *Rácz István* dr. kórodai gyakornok.

(Folytatás.)

A fürösztés kérdésével csak indirecte foglalkozik az utolsó évek néhány, direct a köldökkezelés javitását czélzó közleménye. Ilyen a *Kuzmin*-é,[1] a ki kurta csonk mellett a lekötésre *Budin* által ajánlott gummi-karikát ajánlja; gypspólyába csavarja a csonkot, a mely igy könnyen mumifikál; természetesen nem fürészt; 42 eset. *Horn*[2] agyagporos vattát használ, ugyancsak nem fürészt. A kötést kétszer újitja meg naponta.

*Basch*[3] bakteriologiai vizsgálatok alapján úgy találta, hogy a genyedést okozó csírok odajutását a köldökhöz semmiféle el-

[1] *Kuzmin:* Centralblatt f. Gynäk. 1899.
[2] *Horn:* Münch. med. Wochenschr. 1899.
[3] *Basch:* Prager med. Wochenschr. XXIII. k. 81. l.

járással nem kerüljük el; az elsők egyike, a ki kikel az ellen, hogy minden infectiót a köldökből származtassunk. Szerinte a fürösztött gyermek sincs rosszabb helyzetben, mint a nem fürösztött; a csonk vongálása sem fontos.

Nagy vitát keltett a köldökkezelésben a *Martin-Rieck*-féle[4] eljárás. Martin 1/2 cm.-es csonkot hagy, a melyet selyemfonallal köt le, s azután átéget egy közönséges hajsütő vassal; így biztos a haemostatis, gyors (4—7 nap) a leválás; ugyane módszer híve *Charles*,[5] főleg pedig *Rieck*,[6] a ki több közleményben számol be a greifswaldi szülőkóroda jó eredményeiről ez eljárással, a melyről *Ahlfeld*[7] helyesen jegyzi meg, hogy égetésekre adhat okot és saját eljárását ajánlja, a mely abban áll, hogy az eleinte 8—10 cm.-es köldökcsonkot az első fürdő után 1 1/2 cm.-esre csonkítja, s absolut alkoholkötést tesz fel vattával, a melyet csak 6 nap mulva változtat; addig nem fürészt, csak benedvesítés esetén változtatja meg a kötést.

A Martin-Rieck-féle eljárás theoretice előnyösnek látszik, kétségtelenül kisebb sebfelületet kapunk, tény az is, hogy a csonk beszáradása gyors, de egy égető ollót adni a bába kezébe, túlmerész dolog. A *Cohn*-féle[8] vizsgálatokon alapszik az elv, mely szerint az égetési pörkön a bakteriumok nehezen hatolnak át. De ez elv alkalmazása a köldöksebre vonatkozólag azért sem helyes, mert épen nem mindig a csonk metszfelületéről (a melyet így eliminántunk) indul meg a fertőzés. *Blecher*[9] a Martin-Rieck-féle módszer ellen azt is felhozza, hogy kisebb köldöksérvet átégethetünk vele; az ismétlődő támadásokra (*Ballin*,[10] *W. Leube*,[11] *Martin*[12]) vissza is vonta az égetésre vonatkozó indítványát, s csak a kurta csonkot és selyemfonalat tartja meg; jellemző különben az eredményekre, a melyeket leirt, hogy sokszor a „sebfelület infiltrált szélekkel birt", hogy hányszor volt láz, nem tudják, mert rendszeres hőméréseket nem végeztettek.

Magunk alig néhány esetben mertük megkisérleni az eljárást, de letettünk még a további kisérletről is, annyira veszélyesnek tartottuk az égetés szempontjából, a mely csak úgy kerülhető el, ha a gyermeket erősen lefogják; a gyakorlatban már ezért sem lehetne behozni. Meg kell még említenünk, hogy Martin és Rieck a fürösztést eljárásuk mellett, a melyet különben nem sok esetben próbáltak ki, a *Cohn* érvei alapján megtartották.

Sokat discutált eljárást inaugurált a párisi congressuson az újszülött köldökkezelésében *Porak*[13] az omphalotrypsiával; állítólag úgy a haemostatis, mint az antisepsis tekintetében egyaránt bevált az eljárás, a melyet 3000 esetben végzett; 1239 eset közt a haemostatis csak tízszer bizonyult elégtelennek, hogy pince-t kellett a csonkon hagyni, de ilyenkor is gyorsan eltávolítható az. Az 1239 referált esete közt (párisi congressus) csak 56-ban volt rendellenes hegedés, 10-nél erythema, 5 esetben genyedés, 26-szor a csonk lobos duzzanata. Ellenben fontos, hogy a debilis gyermekek osztályán 51 omphalotrypsia közt 15-ször (28%) volt köldökfertőzés, 14 esetben halálos véggel, a min *Budin*[14] csak elkülönítő terem létesítésével s az egyszerű aseptikus kötéssel tudott segíteni, elhagyva az omphalotrybet, miután 24 esete közt, melyeket így kezelt, 4-et vesztett el köldökinfectioban. *Bar*[15] ugyancsak az omphalotrybet használja és ajánlja. Ez eljárás különben csak módosítása a *Zweifel*[16] által régebben ajánlott serre fine-kötésnek; előnye abban állana, hogy a fonal teljesen elkerültetik, másodszor és főleg pedig abban, hogy a zúzás által a csonkból a véroszlopot teljesen kiszoritjuk. Ennek fontosságára már *Erőss*, később egyikünk[17] rá is mutatott. A véroszlop directe folytatódván a hasüregbe, az infectio országútját képezi, az egészen kétségtelen s akárhányszor tapasztaltuk, hogy azon esetekben áll be legkönnyebben a köldök fertőzése, a melyekben a csonkból a vér nem szoríttatott ki eléggé.

Épen ezen okból az omphalotrypsia kérdése felett egyszerűen napirendre térnünk nem szabad. Néhány esetben megkisérelve, igen szép, mondhatnánk idealis eredményeket tapasztaltunk. Természetes, hogy jelen alakjában az eljárás nem tökéletes, és a magángyakorlatban épen nem használható, de egészséges elveket tartalmaz, a melyeket később esetleg sikerrel lesz lehető átvinni az általános gyakorlatba. Az omphalotrypsiához hasonló eljárás különben még a *Peau de Cerf*[18] által ajánlott „forci-pressure" hosszában feltett pinc.ttával, a mely 24—36 óra mulva távolíttatik el; sem *Porak*, sem *Peau de Cerf* nem fürösztenek; utóbbi 100 esetről referál, a melyekben idealis eredményeket ért el.

Túlzott sebészi eljárásnak, s valóban helytelennek kell tartanunk a *Dickenson*-féle eljárást, a melyet *Flagg* is megkisérlett és *Budberg*[19] ismertet; *Dickenson* a köldökedényeken catgut-ligaturát végez, a csonkot eltávolítja, a maradt sebet bevarrja és collodium-kötést tesz fel; ez a beavatkozás absolute nincs megindokolva.

Végre a *Stolz*-féle[20] közleményeket kell megemlítenünk. *Stolz*[21] a Rosthorn-féle prágai kórodán először az Ahlfeld, Martin-féle eljárásokat s a Gratzi-eljárást (kötés négyszegletes gazedarabbal, a melyre finknál Billroth-batist jön = Flick-féle kötés) 50—50 esetben próbálta ki; egy eljárásnál sem fürészt. Később 505 eset kapcsán is a fürdő ellen concludál, a lekötést 2 tempóban ajánlja végeztetni, az alsó kötést selyemfonallal közvetlenül a gyürű felett; kétnaponta kötésváltást és dermatol alkalmazását ajánlja. Szerinte ritkább kötésváltoztatásnál kisebb az infectio veszélye, de lassúbb a leválás.

Az autorok felsorolását is statistikába foglalhatjuk: 10 közlemény védi a fürösztés elvét, ellenben 23 támadja A fürösztést védő czikkekről pedig egyenként és összesen azon kritikát kell gyakorolnunk, hogy *1. rendszeres hőmérések a legtöbbnél hiányzanak; 2. nagyon kevés, 50—100—200 esetből vannak a következtetések levonva;* 3. a kóros esetek részletezése mindnél hiányzik; *ezek nélkül pedig ilyen statistikák mit sem érnek.* Egy lelkiismeretes és egyúttal gyermekgyógyászati szempontból is fontos czikk van köztük, a *Grósz*-é, de ő nem is védi a fürösztés álláspontját, csak registrálja a vele elért eredményeket. De csak nem vehetjük komolyan *Ehrendörfert*, a ki két fürdőt tart naponta szükségesnek, de nem hőmérőztet; a *Schliep*-féle argentum nitr.-ecsetelést naponta, *Anthest*, a ki 70 nem fürösztött eset kapcsán, *Czervenkát*, a ki nem hőmérőzött 200 esetből, *F. Schradert*, a ki 78 esetből, *Mauraget*, a ki 100 esetből vonta le következtetéseit?

A ki köldökleválási táblánkat figyelemmel kiséri, már annak alapján kimondhatja, hogy 100—200 eset alapján e kérdések meg nem itélhetők; *a fürösztés elvét pedig nem védi ma egy nagy statistika sem.*

E sorok egyik irója a budapesti gyermekvédő congressuson már foglalkozott a fürösztés és köldökkezelés kérdésével; akkor még nagyrészt fürösztötte a gondjaira bizott újszülötteket és a kérdés eldöntését egy nagyobb összehasonlító statistikától tette függővé, legalább 1000 fürösztött és 1000 nem fürösztött gyermekre vonatkoztatva, tekintetbe véve azok morbiditását, köldökleválási, köldökmegbetegedési és különösen súlyviszonyait; különösen a súlyviszonyokat tekintette már akkor lényegeseknek, tapasztalva, hogy az általa addig észlelt 347 újszülött közt csak 218 gyarapodott és 129 vesztett súlyából, előző évek adataiból folytatva pedig a vizsgálatot, úgy találta, hogy a gyermekek 1/3 része átlag 50—60 gm. súlyveszteséggel hagyta el a kórodát. Megdöbbentő számok ezek és megegyeztek Kézmárszky tanár I. szül. kórodáján végzett controlvizsgálatainkkal, a hol az 1898. év első negyedében élve született 300 gyermek közt 120 fogyott súlyban az első 9 nap alatt. Ha ez adatokat *Doktor* azon adatá-

[4] *Martin:* Berliner klin. W. 1900.
[5] *Charles:* Jahrbuch f. Kinderheilk. Verhandlungen des Pariser Congresses.
[6] *Rieck:* Monatschrift f. Geburtsh.
[7] *Ahlfeld:* Centralblatt f. Gynäk.
[8] *Cohn:* Berliner klin. Wochenschrift. 1897.
[9] *Blecher:* Centralblatt f. Gynäk.
[10] *Ballin:* Centralblatt f. Gynäk. 1900.
[11] *W. Leube:* Centralblatt f. Gynäk. 1901.
[12] *Martin:* Monatschrift f. Geburtsh. 1900.
[13] *Porak:* Annales de Gynécol. 1901. január.
[14] *Budin:* l. Torday: Gyermekgy. irodalom. 1900.
[15] *Bar:* l. Torday l. c.
[16] *Zweifel:* l. Berend l. c.
[17] *Berend:* Archiv f. Kinderheilk. 1898.
[18] *Peau de Cerf:* Centralblatt f. Gynäk. 1898.
[19] *Budberg:* Centralblatt f. Gynäk. 1899.
[20] *Stolz:* Zeitschrift f. Heilkunde. XXI. k.
[21] *Stolz:* Wiener klin. Wochenschrift. 1901.

*

val összehasonlítjuk, hogy nem fürösztött újszülötteinél 75 gm. súlynövekedés, fürösztötteknél 1·5 gm. átlagos súlycsökkenés volt: akkor a fürdőzés egy káros voltára már sikerült rámutatnunk, függetlenül a köldökinfectio kérdésétől: *ez a lehütés káros hatása az újszülöttre*, melyet *Neumann* (l. c.), *Milne-Edvards*[22] és mások is hangsúlyoznak, s a mi ellen — örülünk, hogy ezt e helyen hangsúlyozhatjuk — kórodában feltétlenül szükségesnek kell tartanunk a Kézmárszky által tett intézkedést, hogy az újszülöttet a köldök lekötése után rögtön külön bába veszi át, fürészti, s a készen tartott melegített ruhába felöltözteti.

Midőn saját észleleteinkre, a melyeket nagy részben táblázatokba állítottunk össze, áttérnénk, érezzük a statistikákon alapuló valódi hüségi számítások nehézségét, s ha nem állunk is azon az álláspontou, a lelkiismeretes statistikára nézve, hogy „la statistique se rend comme une fille au premier venu", de tudjuk, hogy a tudományos kutatás ezen módszere hasonlíthatlanul kisebb értékü, mint az experimentalis inductio által nyert adatok. Magunk is azon álláspontra helyezkedünk, hogy oly számsorozatok, a melyek egyszerüen felsorolják, hogy pl. egy bizonyos kezelésmód mellett egy bizonyos számú gyógyulás észleltetett, csak akkor birnak értékkel, ha bizonyítani tudják egy causalis factor szereplését is a kezelés és gyógyulások arányszáma közt. Hogy ez a factor milyen, arról azonban a statistika nem szól semmit, erre a valószinüségi számítás szolgál, a melynek értékét nagyban csökkenti az, hogy lényegileg más, mint egy hypothesis, nem lehet. A tapasztalat azonban az, hogy ily valószinüségi számítások értéke annál inkább emelkedik az orvosi kutatásban, 1. minél teljesebb egyezését tudjuk kimutatni az adott esetben a müködő factoroknak, 2. minél nagyobb számban végezzük ezt a kimutatást. Azt hiszszük, hogy a mi a működő tényezők lehetőleg teljes egyezését illeti, ezen tekintetben igen kedvező helyzetben van a kutató újszülötteknél, összehasonlítva a felnőtt emberrel vagy akár nagyobb gyermekkel szemben. Az ugyanazon táplálékot fogyasztó, egykorú, ugyanazon ruhába öltöztetett, egyazon motilitásviszonyok közé helyezett újszülöttek serege sokkal inkább tekinthető typusnak, mint individuumnak.

Statistikai számainkból vont következtetéseink ilyen, teljesen analog körülmények közt megfigyelt egyéneknél inkább birhatnak a valószinüség jellegével, mint az ily analog viszonyok közé sohasem helyezhető felnőttnél. Mégis, érezve a valószinüségi számítás ellen támaszható kifogásokat, sehol sem a számok brutalis tömegére, hanem azok magyarázatára fektetjük a fősúlyt a következő fejtegetésekben.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

### A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről.

Irta: *Borszéky Károly* dr. II. tanársegéd.

(Folytatás.)

Második esetünkben a szívburok lövés következtében sérült: Sz. Albert felvétetett 1892. II/26. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát egy 7 mm.-es forgópisztolylyal. Bemeneti nyilás a bal 5-dik bordaközben a parasternalis vonalban. Bőr alatti emphysema nincs, sem haemoptoë. Tüdők fellett semmi eltérés sem mutatható ki. Szív felett igen erős dörzszörej. Pulsus 84, kihagyó, de elég telt és feszes; légzés 24. Seb környékének desinfectioja, jodoformgazekötés. II/28. Szivtompulat bal oldal felé megnagyobbodott, csúcslökés nem érezhető, dörzszörej gyengült. III/2. Szivtompulat valamivel megnagyobbodott, dörzszörej megszünt, szivhangok alig hallhatók. Pulsus 94, kis hullámú. Láztalan. III/4—13. Tompulat lassanként kisebbedik, beteg teljesen jól érzi magát. III/14. elhagyja a klinikát.

A mint első esetünk is mutatja, a szívburok izolált sérülésének felismerése néha igen nehéz. Ha a mellkas sebe a szívtájnak megfelelő helyen van, ha a szívtompulatot megnagyobbodottnak találjuk, ha pericardialis dörzszörej van jelen és e mellett a szívmüködés is rendetlen: akkor a pericardium minden bizonynyal sérült, de hogy csak a burok és egyidejüleg vele a szív nem, azt csak a lefolyásból sejthetjük. Első esetünkben a burokserülésnek semmi kimutatható tünete nem volt jelen, a sérülést még csak penetrálónak sem tartottuk kezdetben, mert sem bőr alatti emphysema, sem pneumothorax, sem haemoptoë nem léptek fel. Csak a sérülés utáni 9-dik napon fellépett pleuritis és az állandóan fokozódó légszomj mutatták, hogy a sérülésnek mégis penetrálónak kellett lenie. De még ekkor sem gyanítottunk pericardium-sérülést, mert a szív felett hallható dörzszörejt a pleura gyuladásának a burokra való átterjedéséből magyaráztuk. Második esetünkben a typikus tünetek részint már felvételkor megvoltak, részint később fejlődtek ki: a szivtompulat megnagyobbodásával a csúcslökés és a dörzszörej gyengült, szivhangok alig hallhatókká váltak. Nem valószinü, hogy ebben az esetben a szív is sérült volna, mert a lefolyás igen kedvező volt; a tompulat már 6—7-dik naptól fogva kezdett kisebbedni. Hogy ilyen izolált pericardium-sérülések fennállhatnak, sőt halálhoz is vezethetnek a nélkül, hogy jelenlétüket valami tünet mutatná: szépen illustrálja *Flamment* esete, melyben egy katonának teheremelés közben valami a mellkasát megszúrta és a két nap mulva hirtelen beállott halál okát egy pericardium-sérülésben mutatta ki a boncolat. Egy 3·5 cm. hosszú varrótü a mellkas falát átszúrta és hegye a pericardiumban akadt meg. Haláláig a mellkas körülirt érzékenységén kivül semmit sem lehetett kimutatni.

Abban az esetben, ha a szívburokkal egyidejüleg a pleura is sérült, egy pneumopericardium keletkezhetik; egy ilyen esetet irt le *Farkas*:

Egy 33 éves leány sziven lőtte magát; bemeneti nyilás a bal 7-dik borda alatt. Szív jobb felé dislokálva, baloldali haemopneumothorax, félig ülő helyzetben a szivműködéssel isochron olyan hang, mintha egy üres tálba magasból folyadék cseppenne. 3/4 óra mulva e hang megszünt. Többszöri thoracotomia után gyógyulás.

A pericardium sérülésével egyidejüleg legtöbbször a szív maga is sérül. Míg szúrásoknál a pericardium minden esetben szintén sérült, addig a lövéseknél előfordulhat az is, hogy a szív sérül, a burok pedig épségben marad. *Riedinger* 9 ily esetet említ az irodalomból. *Eichel* a szív sérülését egy esetben a pericardium épségben maradása mellett műtét alatt constatálhatta. Ezek azonban ritka kivételek, rendszerint lövéseknél is a pericardium együtt sérül a szívvel. Mi egy szúrt és két lőtt sebét észleltük klinikánkon a szívnek. Ez esetek röviden a következők:

1. G. József felvétetett 1895. X/27-dikén. Verekedés közben mellbe szúrták. A bal parasternalis vonalban a 6. és 7. bordák között egy 5 cm. hosszú, 2 cm.-nyire tátongó szúrt seb, melyből habzó vér ürül. Baloldali pneumothorax. Erős dyspnoë és köhögési inger. Nagyfokú anaemia, pulsus alig tapintható. Desinfectio, catgut izom- és bőrvarrat. X/28. Kötés erősen átvérzett, dyspnoë nem csökkent, daczára, hogy a pneumothorax kisebb lett. X/29. Baloldali haemothorax fejlődött, pulsus alig tapintható. Délután exitus. Bonczlelet: A mellső gátorszövetnek vérzéses beszürődése; bal mellürben 473 gm. részint híg, részint alvadékos vér. Szívburok mellső falán 37 mm. hosszú, a rekeszszel párhuzamos hasított seb; a *jobb szívgyomor szabad szélének két szúrt sebe, egymástól 10 mm. széles híd által elválasztva*; ezek közül a nagyobbik mellfelé eső úgy kivül, mint a szív belfelületén véralvadékokkal összetapasztott. Alvadt vér a szívburokban, mely a szív összenyomását okozta. Baloldali friss rostonyás mellhártyalob.

2. Sch. Frigyes felvétetett 1899. I/3-dikán. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát. Bemeneti nyilás a bal 5. bordaközben a bimbóvonalon belül; a lőcsatornába bevezetett sonda 6 cm. mélységig hatol és magára hagyva a szív mozgásait követi. Enyhe nyomásra a szivműködésben szünet áll be, melyet szapora, rendetlen összehúzódások követnek. Szívhangok igen gyengén hallhatók, a bal gyomor felett a második hang ékelt. Bemeneti nyilás körül kis bőr alatti emphysema; haemoptoë, baloldali pneumothorax. Beteg igen elesett, nagy dyspnoë, nyugtalanság; pulsus 98, kis hullámú, erősen arhythmikus. Desinfectio, subcutan morphin, jégtömlő a mellkasra. I/4. Szivtompulat fel- és kifelé megnagyobbodott, szívcsúcson a második hang után metallikus színezetü erős zörej. I/5. Szivtompulat a bal mellkasfél haemothoraxa miatt nem kopogtatható ki. I/6—20. Haemoptoë, pneumothorax megszüntek, tompulat kisebb a mellkason, állandóan láztalan, szivműködés rendes. II/8. Beteg teljesen jól van. Röntgen-átvilágításnál a golyó jobboldalt a 6. bordában, közel a gerinczoszlop mellett találtatik. II/9. Elhagyja a klinikát. Szivtompulat alig valamivel nagyobb a rendesnél.

3. D. Péter felvétetett 1899. I/30. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát. Bemeneti nyilás baloldalt 2 cm.-rel a bimbó alatt. Szivhangok tiszták, szivtompulat jobb felé 2 haránt ujjnyira a sternum szélén túl. Csúcslökés egyáltalában nem tapintható. Légzés felületes, száma perczenként 45, pulsus 105, kihagyó, kis hullámú. Hőmérsék 37·2. Desinfectio, jégtömlő a mellkasra. I/31. Szivhangok alig hallhatók, szivtompulat felett dörzszörej; pulsus 98, kihagyó. II/1—9. Tompulati viszonyok nem változtak, de a dyspnoë megszünt. Pulsus 102, ritkán kihagyó; állandóan láztalan. II/10—23. Szivtompulat a jobb szegyszélt és a szivcsúcsot nem haladja túl. Szivhangok tiszták, pulsus rhythmikus. Beteg

[22] *Milne-Edvards*: l. Berend l. c.

jól érzi magát; lövedék a 6. és 7. bordák között a hátsó hónalji vonalban tapintható a bőr alatt. II/24-dikén távozik.

Első esetünk élénken illustrálja, hogy néha mily nehéz a szívsérülés felismerése és az ily esetek nem is tartoznak a ritkaságok közé; annyira különbözők és megbizhatatlanok a szív sérülésekor észlelhető tünetek. Súlyosabb esetekben a lövés vagy szúrás pillanatában azonnal halva esik össze az egyén és azért csakis a kevésbbé súlyos szívsérülések tüneteiről lehet szó. Néhány szerző a szívsérülésre jellegzőnek tekinti a súlyos collapsust, a dyspnoët, de ugyanezen tünetek egyszerü tüdősérülésnél is jelen lehetnek. Talán még legjellegzőbbek a szívműködésben beállott elváltozások: a pulsus szapora, arhythmikus és kis hullámú szokott lenni. A szivcsúcslökés nem tapintható vagy gyengült a szívburokba kiömlött vér mennyisége szerint; a szívhangok néha semmi változást nem mutatnak, néha gyengültek vagy épen nem hallhatók; ha a billentyük sérültek, akkor a legkülönbözőbb zörejek lépnek fel. Minden olyan esetben, a hol a szívsérülés nagyobb fokú vérzéssel jár, haemopericardium fog fellépni. Természetesen a szívtompulat megnagyobbodásához vezethet a pericardium-sérülésből származó vérömleny is, és még ha jelen van is, nem mutatható ki olyan egyidejü tüdősérülés eseteiben, a hol haemothorax keletkezik. Nagyobb, különösen a szív alapján vagy oldalán fekvő sérüléseknél előfordulhat, hogy a kiömlött vér nem gyülemlik meg a szívburokban, hanem a pericardium nyilásán át a szabad mellüregbe jut. Ilyenkor sem fogunk haemopericardiumot találni. Hogy még perforáló szívsérüléseknél sem fejlödik mindig haemopericardium, azt *Finckh* esete bizonyítja, melyben a jobb gyomor és a bal pitvar volt keresztüllöve és a 16 óra mulva bekövetkezett halál után a bonczolatnál a burokban vért alig találtak. *Holz* azt állítja, hogy a szívsérülésekre jellegző volna a n. ulnaris mentén fellépő paraesthesia, melyet a plexus cardiacus sérüléséből magyaráz.

Mindezen említett tünetek annyira megbizhatatlanok, hogy nem ritkán csak a lefolyás fogja a szívsérülés jelenlétét bizonyítani. Ha biztosak akarunk diagnosisunkban lenni, akkor vagy a sondavizsgálat, vagy a mellkas sebének tágítása utáni digitalis vizsgálat, vagy a szív szabaddá tétele válik szükségessé. A sondával egyenes lefutású szúrási vagy lövési csatorna mellett rájuthatunk a szívre és szerencsés esetben a burok sebét a szív sebével együtt érezhetjük. A bevezetett sonda ilyenkor a szív rhythmikus mozgásait követi, söt — a mint azt egyik esetünkben észleltük — enyhe nyomásra a szívmüködés megváltozását, pillanatnyi szünetét a contractióknak okozza. „Die Sonde zu benützen — mondja *Riedinger* — um die Verletzung des Herzens fest zu stellen, halte ich für gewagt. Ich glaube man kann dabei mehr verlieren, als gewinnen. Die Infectionsgefahr würde ich dabei weniger fürchten, als den mechanischen Insult und dessen Consequenzen.“ *Riedinger* ezen nézetével mi is teljesen egyetértünk ugyan és nem is sondázunk olyan esetekben, a hol valami tünetből a szív sérülését megallápítani képesek vagyunk; azonban kivételes esetekben megengedhetőnek és veszélytelenebb beavatkozásnak tartjuk, mint a digitalis vizsgálatot, már csak az infectio szempontjából is. *Rehn* a sondával való vizsgálatot határozottan szükségesnek tartja a kórisme megállapításához. A szív szabaddá tételét diagnostikus czélból nem tartjuk indikáltnak; ily nagy és minden tekintetben súlyos beavatkozás csakis therapeutikus szempontból lehet indikált akkor, mikor a szív sérüléséről már bizonyosak vagyunk.

Végezetül a penetráló mellkasi sérülések egy ritka esetét akarjuk felemlíteni, melyben a golyó a tüdőn keresztül haladt és a gerinczoszlopban magakadva sértette a gerinczagyat.

S. Lajos felvétetett 1898. XI/13-dikán. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát. Bemeneti nyilás a bal 6. és 7. borda között a bimbóvonalon valamivel kivül. Bőr alatti emphysema, haemoptoë, nagy dyspnoë; pulsus 72, elég telt és feszes, sensorium tiszta. Beteg, ki eddig teljesen egészséges volt, nem képes alsó végtagjait megmozditani. Mindkét oldali térdreflex erősen fokozódott és anaesthesia van jelen. Az anaesthesia felső határa baloldalt a Poupart-szalag, jobboldalt a spina anterior superior és a köldök közötti vonal. Hólyag erősen telt, magától nem képes vizelni. A 4—6. háti csigolyák tövisnyúlványai nyomásra fájdalmasak; lövedék nem tapintható. XI/14—19. Az anaesthetikus terület kisebb lett; mindkét felső és középső harmadában már érzi a tűszúrást. Mozgási képesség nincs. Vizelni önként nem tud. Széke csak többszöri beöntésre volt. Haemoptoë megszünt. Láztalan. XI/27. Mindkét alsó végtagba kisugárzó heves fájdalmak léptek fel. Keresztt ájon és a sarkakon decubitus fejlödik. Kínzó priapismus. XI/28—XII/10. Bénulás semmit sem javul, anaesthesia csak a térden alul van. Decubitus terjed. Ilyen állapotban szállittatja magát a beteg haza, minden rábeszélésünk ellenére.

Ez esetben tehát a golyó keresztülfurta a tüdőt és a gerinczoszlopban megakadva a gerinczagyat sértette; a sérülés helye mindenesetre az intumescentia lumbalis és cervicalis között volt, valószinüleg a 4. és 6.-dik háti csigolya közötti részben. Azon körülmény, hogy a bénulás négy hét alatt semmit sem javult: a gerinczagy direct sértése mellett és a vérzés ellen szól.

*A penetráló mellkasi sérülések kezelésénél* még nagyobbak az ellentétek, mint a nem penetrálóknál.

A pleura parietalis izolált szúrási sérüléseinek kezelésénél is ugyanazon különbségeket látjuk, mint a mellkas szúrásainál. *Klett* a szúrcsatorna primaer desinfectioját itt is következetesen végrehajtja, csakhogy a draincső helyett a pleuráig érő jodoformgaze-tampont vagy különösen gyanus esetekben a tampon mellett még draincsövet is helyez a sebbe, melynek a seben kivül eső végét selyemfonállal beköti, hogy szükség esetén a mellüreg drainezése rögtön megkezdhető legyen. A szúrcsatorna rétegzetes tágításakor minden esetben fellépő pneumothoraxnak semmi fontosságot nem tulajdonít, mert ártalmas következményeit nem észlelte, néhány nap mulva vissza szokott fejlödni. Klinikánkon ily sérüléseknél is ugyanazon eljárást követjük, mint a nem penetráló szúrásoknál, azon hozzáadással, hogy a pleura, illetőleg a mellkasfal sebének zárását minél hamarább eszközöljük varrattal, elöleges desinfectioja után a seb környékének. Ha a sebet ily módon elláttuk, absolut nyugalmat rendelünk a betegnek, vizsgálat czéljából sem igen mozgatjuk. A mellkasfal sebének minél hamarábbi elzárását igen fontosnak tartjuk ilyen penetráló szúrásoknál, mert ezzel egyrészt elzárjuk a mellüreget a kivülről jövő esetleges fertőzés elől, másrészt a pneumothorax sem érhet el nagyobb fokot. A bőr alatti emphysema csak a legritkább esetekben ér el oly fokot és kiterjedést, hogy ellene valamit tenni kellene, rendszerint már az első napokban eltünik. Ha felszívódása bármi okból késlekednék, vagy ha mindinkább fokozódnék, akkor kiterjedt bemetszések lesznek szükségesek.

A pneumothorax ellen sem lesz szükséges az activ beavatkozás, ha a mellüreget hamar elzárjuk. Csak oly esetekben fogunk a mellürben felgyülemlett levegő eltávolítására gondolni, a mikor a pneumothorax vagy állandóan növekszik, vagy pedig a tüdőnek oly fokú összenyomatása, a szívnek oly dislocatioja áll elő, mely az életet közvetlenül veszélyeztető dyspnoët okoz. *Perthes* azt ajánlja, hogy ilyen esetekben a pleura sebébe egy Nélatonkathetert helyezzünk be és ezt az ő aspiratiós készülékével (melyet a genygyülemek aspiratiojánál alkalmaz) kössük össze. *Witzel* egy esetében a pneumothoraxot, mely egy bordatumor kiirtásakor keletkezett, a szivattyús rendszerrel úgy szüntette meg, hogy a mellüreget légmentesen záró katheteren át megtöltötte folyadékkal és az edény süllyesztésével a kifolyó víz helyét a kitágult tüdő foglalta el. Ily complikált eljárásokra azonban nincs szükség, mert a meggyülemlett levegöt egyszerü punctiós fecskendővel is eltávolíthatjuk.

Az egyszerüen penetráló mellkasi lövések kezelésében, ha a tüdő nincs sértve, ma már minden sebész egyformán jár el; a be- és esetleg a kimeneti nyilás környéke desinficiálva lesz és a seb occlusiv kötéssel fedetik.

*Tüdősérülés* esetében a vérzés az, mely legelső sorban veszélyezteti az életet, ha nagyobb tüdőér sérülése van jelen. Még bővebb vérzések kezelésénél is a sebészek legnagyobb része expectative jár el azon tapasztalatra támaszkodva, hogy nemcsak az oly tüdővérzések, melyek csak a tüdő parenchymájának sérüléséből származnak, hanem még a kisebb üterekből származó vérzések is maguktól megszünnek, a mennyiben a tüdő összeesése és rugalmas elemeinek összehúzódása elősegítik a thrombus-képződést.

Hogy a tüdősérülések ily exspectativ kezelés mellett mily sokszor gyógyulnak, annak illustrálására néhány adatot említünk.

A spanyol-amerikai háborúban 1898-ban 31 penetráló mellkasi sérülés közül meghalt azonnal 9, később 2; 1899-ben 203 közül a csatatéren meghalt 108, később 28. A búr háborúban észlelt 17 tüdősérülés közül egy sem halt meg. *Wiemuth* 12 penetráló lövése közül meghalt 3 (közülük egy gerinczagyroncso-

lásban). *Klett* 32 penetráló szúrása közül 1 meghalt infectioban, 24 penetráló lövése közül meghalt 3 (közöttük egy tüdősérülés mellett szívsérülés is volt). *Gross* 12 penetráló lövése és 4 szúrása közül mindegyik meggyógyult.

Klinikánkon észlelt 42 penetráló szúrás közül meghalt 4, 89 penetráló lövés közül meghalt 11.

Ezen felsorolt nagyobb számú észleletekből nem lehet ugyan megállapítani, hogy a halálesetek közül hánynak volt a tüdőből származó vérzés az oka, sőt a harczmezőn észlelt haláleseteknél még azt sem tudni, hogy a halált nem szívsérülés okozta-e, mégis, ha az összes halálesetek számát veszszük, látjuk, hogy a tüdősérülések igen jelentékeny része gyógyulással végződött.

(Folytatása következik.)

## Megjegyzések Dr. Boas „Az idült bélhurutok gyógyitásához" czimű czikkéhez.

Irta: *Áldor Lajos* dr. (Karlsbad.)

A „Berliner klinische Wochenschrift" f. évi 22. számában *Boas* behatóan foglalkozik azon eljárással, melyet én az idült bélhurutok gyógyítására ajánlottam és az „Orvosi Hetilap" f. évi 11—12. és a „Berl. klin. Wochenschrift" 19. számában részletesen ismertettem. *Boas*-nak az eljárással szemben nyilvánított ellenvetései és aggályai késztetnek engem arra, hogy azokra megjegyzéseimet röviden megtegyem.

*Boas* szerint én magára a sprudelnak a beöntéshez való alkalmazására nem nagy súlyt helyezek, hanem szerinte a lényege az én eljárásomnak a cső minél magasabbra való felvezetésében van.

Közleményemnek figyelmes átolvasásából ez nem tünhet ki; kiemeltem a hatás módjának magyarázatánál is, hogy a nagy folyadék-quantum mechanikus tisztító hatásán kivül a karlsbadi vizeknek az empyria által kétségtelenné vált antikatharrhalis hatása érvényesül, mely lokalisan és magas hőmérsék mellett alkalmazva, eredményesebben hat. De mindjárt czikkem elején is olvasható, hogy „az eljárás lényege az, hogy az előzetesen közönséges tisztító csőrével lehetőleg üressé tett vastagbélbe 1—3 liter mennyiségü 45—50 C. fokra felmelegített, illetőleg lehütött karlsbadi sprudelt 85 cm. magasságban öntünk be." Azon körülmény, hogy abban a négy pontban, melyben én *nem az eljárás lényegét, hanem a módszer technikájának a részleteit foglaltam össze*, a sprudel említve nem volt, félreértésre okot nem adhat.

*Boas* szerint a sondának oly magasra való felvezetése, mint a hogy azt én teszem, egyrészt nem lehetséges, másrészt felesleges is. Hogy nem lehetséges, arra nézve különösen *G. Simon* hullakisérleteire hivatkozik. Azt hiszem, hogy e kérdés eldöntésére hullakisérletek a legkevésbé alkalmasak, mert a sonda magasra való felvezetésére a hullában sokkal kedvezőtlenebbek a viszonyok mint élőben, a hol a mozgásra képes bél saját motilitásánál fogva a sonda által gyakorolt gyengéd nyomás elől kitér és igy a bevezetést maga is elősegíti. És daczára a hullában jelenlévő sokkal kedvezőtlenebb viszonyoknak, a *Boas* által is czitált *Wachsmuthnak* már 1862-ban sikerül hullakisérleteknél egy elastikus sondával a colonon át a coecumig jutni. De maga *Boas* 1898-ban az ő „Diagn. u. Ther. der Darmkrankheiten"-jében kétségkivül igen nagy tapasztalatok alapján a következőket irja a 9-dik oldalon: „a bél próbamosására a következő *előirást* adom: . . . . a víz beöntésére én egy vékony *70—80* cm. hosszú csövet használok. . . . . Ilyen módon a csövet, a mint arról a hasfalon való palpatióval meg lehet győződni, alkalmas esetekben fel lehet egész a flex. sigm.-ig és még azon túl is vezetni." *Boas* erre az álláspontjára hivatkozott ugyan azzal a megjegyzéssel, hogy ezt a nézetet ma már nem vallja. De minden esetre feltünő a nagy differentia, mely a mai és a pár évvel előbbi álláspontja között van; ma lehetetlennek tartja azt, a mit aránylag rövid idő előtt egy *előirás* (Vorschrift) gyanánt állitott fel!

A kérdés megvilágitására ez idő szerint csakis a klinikai észleletek alkalmasak. A sonda kihúzásánál mindenki ellenőrizheti, hogy helyes úton járt-e? a rosszul bevezetett sondánál annak többszörös megtörése és összegöngyölödése félreismerhetetlenül észrevehetővé válik; ellenkező estben, a mint minden ellenállás nélkül halad a bevezetésnél a sonda előre, épen olyan könnyen, szinte magától csúszik az a kihúzásnál ki.

A mi pedig azt illeti, hogy a magas beöntések feleslegesek, az a három bélsipolyos eset, a melyen tett észleleteket *Boas* ennek az állításnak az erősítésére részben az irodalomból, részben a saját anyagából felhozott, bizonyító erővel egyáltalán nem bir. Operált és részben súlyos pathologikus viszonyok között lévő beleken tett észleletek ennek a kérdésnek az eldöntésére nem alkalmasak. Individualis eltérések és kivételek előfordulhatnak ugyan, de általában áll az, hogy épen a *Boas* által említett hátrányai nagymennyiségü folyadék befecskendésének csakis akkor jönnek létre, ha a folyadékot a bél alsó részletébe vezetjük csak. A csőre alakjában alkalmazott nagyobb mennyiségü folyadék a sphincter tertius alatt fog meggyülni és igy tényleg létrehozhatja a rectumnak acut tágulását. A magasra bevezetett sondán való beöntés, a mint én azt közleményemben hangsúlyozom, a folyadéknak a colon ürében való egyenletes elosztását teszi lehetővé és egyes bélrészletekben nem idéz elő túlságos feszülést.

A különbség, és ezt ismételve hangsúlyozom, mely épen abban nyilvánul, hogy nagy mennyiségü folyadék bevitelét miként türik a szerint, a mint az csőre vagy magas beöntés alakjában lett alkalmazva, mutatja az utóbbi kétségbevonhatatlan jogosultságát, mutatja azt, hogy az úgynevezett magas beöntések kérdése épen nem illusorius, mint a hogy azt *Boas* állitja.

Az eljárást, a mint azt többször hangsúlyoztam, minden complicatiotól ment primaer chronikus vastagbélhurutoknál alkalmaztam csak és nem alkalmaztam és nem alkalmazom azt bélatoniánál vagy dilatationál. *Boas* szerint „az Áldor-féle esetek legtöbbjénél bélatoniának is jelen kellett lenni, mert maga a tolerantia ilyen nagy mennyiségü (*1—3 liter!*) folyadékkal szemben és azon körülmény, hogy azt több órán át képesek voltak magukban tartani, nagyon valószinüvé teszi a bél atoniáját, sőt dilatatioját is." Általánosan ismeretes, hogy physiologikus körülmények között az általam használt mennyiségnél jóval nagyobb mennyiségü folyadék vihető a belekbe és hogy ezen tény *Boas* előtt sem ismeretlen, bizonyítják saját szavai: „egy szükületnek vizbeöntés által való megállapítása azon a tapasztalaton alapul, hogy a belek normalis átjárhatóságánál *2—5 liter* folyadék vihető a belekbe. (Diagn. u. Therap. der Darmkrankheitten, 1898. I. kötet, 90. oldal.)

A mi pedig a nagymennyiségü folyadéknak huzamosabb időn át való visszatartását illeti, arra nézve semmi egyéb nem szükséges, mint az eljárás különben igen egyszerü technikájának minden apró részletében való szigorú betartása, úgy a mint én azt leirtam.

A betegek jelentékeny része, kiknél én ezt az eljárást alkalmazom, előzőleg huzamos időn át quantitative és qualitative jelentékenyen megszorított diaetán éltek. A legtöbbször relativ inanitioval jutottak kezelésembe, vagy legalább is az egyoldalú diaetának sok káros következményével. Ugy hogy én mindig első feladatomnak tekintem a beteg diaetájának a szabályozását. Ez a szabályozás pedig a legtöbb esetben akként történik, hogy az addig *agyondiaetázott* betegek quantitative bő, qualitative teljesen szabad diaetán élnek. Ki kellett erre a pontra ez alkalommal térnem, mert *Boas* erre vonatkozólag határozott kérdést intézett hozzám.

Érthetetlennek tartja *Boas* azt, hogy egyugyanazon eljárás az egyik esetben a bél peristaltikáját fokozza, másik esetben gátolja. Meg vagyok győződve, hogy ha *Boas* az eljárással bő tapasztalatokat szerez, ezt a látszólagos ellentétet épen úgy meg fogja tudni fejteni, mint a hogy 5 év bőséges tapasztalatai bennem megerősitették a meggyőződést, hogy az eljárásban a chronikus bélhurutok causalis gyógyeszközét birjuk, melynek czélja nem a symptomáknak, hanem az alapbántalomnak: a catarrhusnak a meggyógyitása.

Karlsbad, 1903. junius.

# TÁRCZA.

## A IX. szünidei orvosi cursus.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem orvosi karának előadói ez évben is megtartották a szünidei orvosi cursust, melynek czélja ma is az, a mi 20 év előtt, a midőn Markusovszky és Fodor megalkották, t. i. a gyakorló orvosok tudományos ismereteinek felújítása s az újabb diagnostikai és gyógyító eljárások begyakorlása. Ugyanaz a czél, de megváltoztak az eszközök s a módszer. Ma nagy klinikák, óriási beteganyag s felszerelt laboratoriumok állanak rendelkezésre, úgy hogy a mi intézményünk a külföldi hasonló cursusokkal bátran kiállja a versenyt. Ugyancsak előny, hogy az ez évben megalkotott párhuzamos rendszer a hallgatók számát annyira korlátolta, hogy a gyakorlati jelleg az eddiginél nagyobb mértékben jutott érvényre, de leginkább jellemzi a budapesti szünidei orvosi cursust az, hogy az előadók úgyszólván *collegialitásból* vállalkoznak a feladatra. Míg külföldön vagy a meglehetősen nagy díjak, vagy a kormány subventioja kárpótolja az előadók fáradozását, addig mi nálunk a hallgatók által fizetett 50 korona inkább beiratási díj jellegével bir s a dologi kiadások fedezésére szolgál. Ma is az a meggyőződésünk, hogy a magyar orvosi rend még nem birná el a cursus belső tartalmával arányos honoráriumot s így kötelességünk, hogy cursusainak idealis jellegét fentartsuk. De annál sürgősebb, hogy a törvényhatóságok, de maga az állam is támogassa az orvosokat, kik nagy áldozatot hoznak tudományos kiképzésük érdekében, a midőn keresetükről lemondva, az aránytalanul drága fővárosba jönnek.

A IX. szünidei orvosi cursusra 35-en jelentkeztek s így a két csoportban bő alkalom nyilik, hogy ismereteiket gyarapitsák. A 4 főklinikai tárgyon: a belgyógyászat, sebészet, szemészet s szülészeten kivül mindegyik csoport még 5 specialis klinikai szakmát ölel fel s a laboratoriumi vizsgálatok egy-egy collegiumáról is történt gondoskodás. Az előadók megválasztásában a rendelkezésre álló beteganyagon kivül a területi beosztás is irányadó volt, a mennyiben sikerült olyan csoportositást létesiteni, hogy a hallgatók a délelőttöt s a délutánt egy-egy helyen tölthették el. Ezúttal főleg az István-kórház, a Rókus-kórház, a poliklinika, a Stefánia-gyermekkórház, s csak két egyetemi klinika szolgált az előadások helyéül. Az egyetemi közkórház felépültével kétségtelenül még emelkedni fog a szünidei orvosi cursusok értéke, a mennyiben könnyen hozzáférhető helyen gazdag tanitási anyag fog rendelkezésre állani.

A német császár a porosz cultusminister és a hadsereg vezértörzsorvosa jelenlétében nemrég külön kihallgatáson fogadta Bergmann tanárt. A tisztelgés czélja a császár jóváhagyásának megnyerése volt azon terv számára, hogy egy intézetet alapitsanak, mely az orvosi oktatás eszközeit s berendezéseit tartalmazná. Ezen intézet látná el a vidéken tartott ismétlő orvosi cursusokat a tanitás szükségleteivel. A mult évben a birodalom 23 városában tartottak ilyen tanfolyamot, melyen a vidéki orvosok díjtalanul vehetnek részt, és pedig a nélkül, hogy keresetükben gátolva lennének. E hatalmas példa utánzásra érdemes. A szünidei orvosi cursusok vezetőségének feladata lesz, hogy az intézmény ilyen irányú kibővitését megkisérelje. Egyes vidéki városainkban az utolsó években olyan kórházak épültek, a melyekben valóban megtalálhatjuk a cursus tárgyi feltételeit.

*G. E.*

## A radium- (Becquerel) sugarak jelentősége.

A moszkvai császári kisérletes orvostani intézetben *London* a radium-sugarakkal rendkivül érdekes kisérleteket végzett, melyeknek eredményeit előzetes közlés alakjában a „Berliner klinische Wochenschrift“ ez évi 23. számában ismertette, míg a részleteket is felölelő dolgozat az „Archives des sciences biologiques“ czimű folyóiratban fog megjelenni. Az előzetes közlés tartalmát bő kivonatban az alábbiakban ismertetjük meg olvasóinkkal.

A kisérletek Buchler gyárából (Braunschweig) beszerzett tiszta radiumbromiddal végeztettek, a melyből 30 milligramm állott rendelkezésre egy guttaperchából és fémből készült, csillámfedéllel védett dobozban.

Mindenekelőtt egy nagyon egyszerű kisérletetet emlit szerző: ha egy darab pecsétviaszkot flanellel megdörzsölve papirszeletkékhez közelitünk, akkor a fejlődött villamosság következtében a papirszeletkék a pecsétviaszkhoz vonzatnak; ha ellenben megdörzsölése után a pecsétviaszkot a radiumot tartalmazó doboz felett viszszük el, a vonzó hatás megszünik, illetve nem mutatkozik.

A radium képes állatokat bizonyos távolságból megölni. Egereket üvegedénybe téve és a hálószerű zinkfedélre helyezve 1—3 napra a radiumot tartalmazó dobozt, az állatok 4—5 nap alatt kivétel nélkül elpusztulnak. Az első tünetek a 3. napon jelentkeznek: a fülek kipirulnak, az állatok pislognak, álmosakká lesznek, a táplálékhoz nem nyúlnak, mozgásaik renyhék, mechanikai ingerekre gyengén reagálnak. A 4. napon folyton fokozódó camatosus állapot köszönt be, kisérve főleg a hátulsó végtagok hűdésétől. Ha a coma tetemes fokot ért el, akkor a reflexek sokszor fokozottak, a légzés lassú, felületes, végül a légzés hűdése folytán beáll a halál. A radium-sugarak tehát a koponyafalzat vékonyabb volta miatt először a cerebralis idegrendszert támadják meg, melynek működését csökkentik. A gerinczvelő sokszor észlelhető fokozott ingerlékenysége valószinűleg onnan ered, hogy a reflexgátló központok működése csökkent. A hátsó végtagok azért válnak első sorban hűdöttekké, mert idegközpontjaik az agyban legfelül feküdvén, a radiumsugarak hatásának leginkább vannak kitéve. A fül vérbősége valószinűleg sympathicus-hűdésen alapszik. Bonczoláskor következőket találni: A héti oldal szörei könnyen kihuzhatók egész csomókban; egyidejűleg többnyire az epidermis is leválik. A bőr szakadékony. A bőr alatti kötőszövet a háti oldalon erősen bővérű. Ugyanez észlelhető nem ritkán a dura materen is. A lép erősen megkisebbedett. A többi szerven szabad szemmel különösebb elváltozás nem található. Mikroskopi vizsgálatkor a legnagyobb fokú elváltozások — a részletekről nincsen említés téve — a bőrön és a nagy agy kérgében észlelhetők.

Az emberi bőrön az elégéshez hasonló elváltozások állanak be a radium-doboznak még távolból való hatásakor is. Az ütőeres vér a radiumsugarak behatására sötétté válik.

Fény iránt nagyon gyengén érzékeny vakok még világosságban is fényt éreznek, ha a dobozt szemükhez közelitjük. A fény iránt teljesen érzéketlen vak szemeken tett kisérletek negativok voltak vagy egymással ellentétes eredményeket adtak.

Érdekesek az oly vakokon tett észlelések, a kik még képesek a fényt az árnyéktól megkülönböztetni, a tárgyak alakját azonban már nem percipiálják. Az ilyen egyének sötét szobában a radiummal megvilágitott ernyőn felismerik az oda vetitett tárgyakat. Egy 11 és egy 13 éves, élete első évében megvakult (atrophia nervi optici) gyermek az ernyőn felismert olyan tárgyakat, melyek alakjáról tapintás útján már volt fogalma (pénz, kulcs, kereszt). Orrsiptetőt előzőleg sohasem tapintottak s azért természetesen az ernyőn sem ismerték fel. A mikor két ernyőt mutattak nekik: egy kisebb, de világos ernyőt és egy jóval nagyobbat, de sötétet, a kisebb ernyőt nagyobbnak mondták, mert a nagyságra a fényintensitásból következtettek. Az illetők különben nem ismerték fel az ernyőn sem azonnal a tapintás révén előttük már ismeretes tárgyakat. Először az árnyék szélének megfelelőleg vezetik ujjukat és az így nyert képnek a tapintás útján szerzett képpel való egybevetése útján tanulják meg a tárgyat meglátni. Mindkét gyermek most már ismeri az egész a b c-t, sőt szavakat is olvasnak már. A fényérző vakok részére szerző különben már egy módszert dolgozott ki, melylyel az irást, rajzolást stb. is elsajátithatják.

A fénytől kellő módon védett szemben különben mindenkinél fényérzés áll be, ha a radium-dobozt 10—15 cm.-nyire közelitjük a homlokhoz vagy halántékhoz; a fényérzés foka azonban egyénileg különböző. Ez a jelenség szerző vizsgálatai szerint a retinára gyakorolt ingerlő hatásból ered. Bizonyos retina-betegségekben egészen jellegző fényérzések állanak elő. A szemlencse csökkenti a fényérzést, még pedig a normális erősebben, mint a zavaros (cataracta senilis). A szemeket sötét kendővel bekötve, képesek vagyunk világos helyiségben is a radium-doboz helyét felismerni és mozgásának irányát a levegőben meghatározni. Vannak egyének, a kik a keletkező fényérzés alapján meg tudták mondani, hogy mikor közelitették fejükhöz hátulról a radium-dobozt.

Végül megemlíti szerző, hogy radium segélyével sötét szobában mikroskopi vizsgálatok végezhetők; csak a mikroskop látóterét kell egy jó ernyővel megvilágitani. Radiumport mikroskoppal nézve, sötét alapon fénylő szemcsék tünnek elő.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Összefoglaló szemle.

### Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: **Pólya Jenő Sándor** dr. műtő.

(Folytatás.)

A nyomási érzékenység *Lennander* tapasztalatai szerint azon helyeken a legnagyobb, a hol a peritoneum parietale legutoljára vált lobossá, a régebbi lobnak helyén az idegrészek lobos infiltratioja, oedemája enyhiti a fájdalmakat.

*Roux*, *Rotter*, *Talamon* hivták fel a figyelmet a peritonitisnek egy a fájdalmakkal kapcsolatos jelére, a hasizmok erős reflectorikus összehúzódására, a melylyel tapintáskor, mintegy védekezve ellene (ezért „defeux musculaire“ a francziáknál) reagálnak. Igen nagy jelentőséget, az összes többi peritonealis symptomáknál nagyobb megbizhatóságot tulajdonit *Stanmore Bishop*[41] e jelnek, ki e tünemény helyes vizsgálatának módját is részletezi.

A hasizmok reflectorikus összehúzódásának következménye a perforatiós peritinitiseknél észlelhető deszkakemény, sokszor sajkaszerűen behúzódott hasfal, mely a perforatiók kezdetén elég characteristikusan jelen van s néha usque ad finem fennáll. A meteoristikusan puffadt belek ilyenkor a májat feltolják s egyszersmind úgy fordítják, hogy éles élével néz mellfelé, a minek következménye a májtompulat jelentékeny megkisebbedése lehet; ez a peritonitis kezdeti stadiumának is már igen fontos jele.

A hányás, csuklás, böfögés a peritonitisnek egyik legállandóbb, sokszor egyszersmind legkinzóbb, legkellemetlenebb tünetét képezik, Nem kell azonban, hogy a folyamat kezdete óta fennálljanak, bár rendszerint a fájdalmakkal együtt, sőt azt megelőzőleg is szoktak fellépni. A hányás megszünése a folyamat megállapodását, eltokolódását szokta jelenteni, de opiatok is szüntethetik a hányást (*Symonds*[42]) s azért e tünet hiánya miatt nem szabad a műtétet halogatni. Hogy a hányás nem jelenti a rekesz peritoneumának részvételét a peritonitikus folyamatban, mint azt többen is állitották, azt *Nothnagel* bebizonyitotta.

A hányadék minősége kezdetben gyomortartalom, nyák, később epés, zöldes — a régi orvosok vomitus herbaceusa, melyre újabban *Hause*[40] helyez súlyt —, a későbbi szakokban bélsárpangás faeculens folyadékra is vezethet. Az ileusos és peritonitises hányás közt *Schnitzler*[13] szerint az a különbség, hogy peritonitisnél előbb lépnek fel a hányás, csuklás s csak aztán a fájdalmak, ileusnál előbb a kolikus fájdalmak. Folytonos csillapithatatlan hányás peritonitis; relativ ritka hányás, csuklás, ileus mellett szólnak.

A bélműködés többnyire teljesen szünetel a peritonitis folyamán; makacs szél- és székrekedés áll be többnyire, máskor és typikusan a puerperalis peritonitisnél heves diarrhoeákkal találkozunk, mely igen hig, gyakori, napjában 15—16-szor jelentkező székletéttel jár, s *Catchcart*[43] szerint a kis medenczébe sülyedő genygyülemeknek gyakori tenesmus és fokozott bélperistaltica képezi symptomáját. Viszont észleltek (*Schnitzler*) oly peritonitist is, a hol a bélfunctio absolute normalis volt. A bélparalysis jele volna, hogy bélmozgásokat látni, hallani rendszerint peritonitisnél nem lehet; azonban *Körte* említi, hogy mióta rendszeresen auscultál, a has felett nem ritkán hallott bélbeli zörejeket peritonitisnél és lassabban lefolyó peritonitisnél, a hol a bélen anatomikus passage-zavarok is jönnek az összetapadások, szögletbetörések folytán létre, nem egyszer lehet látni is a has felett a belek peristaltikáját.

A bélparalysis következménye, a meteorismus, szintén ritkán hiányzó alkatrésze a peritonitis kórképének, azonban rendszerint csak bizonyos idő, 1—2×24 óra mulva lép fel, a miért is a műtéttel e tünet beálltáig várni, különösen ott, a hol valamely üreges sérv átfúródásának gyanuja áll fenn, nem szabad.

Perforatiónál, mint említők, épen sajkaszerüen behúzódott, deszkakemény hasfalakkal találkozunk, s a puffadás csak későn, vagy néha egyáltalán nem lép fel.

Az általános tünetek közül a hőmérsék, légzés és pulsus, a közérzet és ennek indicatora: az arczkifejezés birnak a legnagyobb befolyással elhatározásunkra, midőn valamely lobos hashártyabeli folyamat megoperálásáról van szó.

A hőmérsékemelkedés nem állandó jele a peritonitisnek. Ugy circumscript, mint általános peritonitisek lefolyhatnak hőemelkedéssel és a nélkül. A súlyos septikus alakok rendszerint subnormalis temperaturával járnak, a körülirt és haladó genyedések hőemelkedéssel. Teljes eltokolódás után a tályogot körülvevő nyirokerek thrombosisa s a felszívódás consecutiv szünetelése folytán a temperatura leesik, úgy hogy igen nagy intraperitonealis tályogok állhatnak fenn hőemelkedés nélkül; állandóan magas hőmérsék vagy remissio után új hőemelkedés a resorptio fennállása, hig tályogok képződése, vagy a tályog terjedése mellett szól (Mikulicz).

Eltokolt tályogoknál is jöhetnek azonban újolagos hőemelkedések a láznak egy időre való megszünte mellett létre, hogyha t. i. a tályogfalban levő fibrin szétesése, az újonképzett véredények általi felszívódása folytán egyes nyirokpályák újólag megnyilnak vagy a nyomás által felszabadulnak, s igy a resorptio újra fokozottabb mértékben beáll (*Lennander*). A magas kezdeti temperatura még önmagában nem rossz jel, de az a temperatura leesése, miközben a pulsusszám megmarad (ez *Roger*[46] szerint indicatio azonnali beavatkozásra) és a többi tünetek sem javulnak meg.

*Madelung, Lennander, Krogius, Beck* (Weitere Erfahrungen über die oper. Behandl. der diff. eitrigen Peritonitis. Beitr. zur klin. Chir. 1902.) utalnak annak fontosságára, hogy peritonitisnél a temperaturát ne csak a hónaljban, hanem a végbélben is ismerjük. Először is azért, mert épen a peritonitisnél már kis hőemelkedéseknek is sokszor nagy jelentőséget kell tulajdonitanunk és rectalis hőméréssel ezeket sokszor lehet constatálni, midőn a hónaljban mérve a beteget, azt teljesen láztalannak vélnők.

Igy pl. *Lennander* szerint valamely perforatio gyanujánál, ha nem tudunk tisztába jönni az iránt, van-e terjedő peritonitis jelen vagy sem, a rectalis temperaturának nehány tizeddel való emelkedése kapcsolatban a has növekvő fájdalmasságával a peritonitis felvétele mellett fog dönteni. Igen nevezetes tény az is, hogy a hónalji és végbéltemperatura közötti különbség peritonitises betegeknél jóval nagyobb, mint normalis egyéneken, a hol a differentia átlag 0·6°-ot tesz ki, vagy már lázas betegeknél, a hol *Schüle* szerint e különbség körülbelül 0·4°-ot tesz.

Peritonitisnél a hónalj és végbéltemperatura közt 1·5, de 2, sőt 3 fok különbség is lehet. E különbség *Schüle* szerint a medenczebeli szervek hyperaemiája által feltételezett, de *Krogius* tapasztalatai szerint, melyeket *Lennander* is megerősit, inkább a collapsus következménye. Azért fiatal, erőteljes egyéneken főleg a peritonitis kezdetén relative csekély e differentia, még oly esetekben is, a hol az egész medencze tele van genynyel, s a legnagyobb szokott lenni az exitus előtt (pl. *Krogius* egy esetében 37·8° volt a hónaljban, s 40·7° a végbélben). Azért a végbél és hónaljtemperatura összehasonlításából igen fontos prognostikus következtetéseket vonhatunk; ha a kétféle hőgörbe állandóan széttérő tendentiát mutat, ha a kétféle hőmérésnél mind nagyobb és nagyobb különbségeket kapunk, az igen rossz jel, a nemsokára bekövetkező halálos vég jele.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Buttersack: Nichtarzneiliche Therapie innerer Krankheiten.** Zweite Ausgabe. Berlin, 1903. Verlag von August Hirschwald.

Az előttünk fekvő, alig 200 lapra terjedő kis munka, a mely a jó hirnévnek örvendő „Bibliothek v. Coler“ czimü vállalatnak egyik kötetét képezi, rövid idő alatt két kiadást ért. És ez nagyon érthető, mert mindenki, a ki elolvassa, okvetlenül ajánlani fogja collegáinak mint olyan munkát, a mely egyrészt szórakoztatva oktat, másrészt pedig sok olyant mond el, a mire jó orvosnak úgyszólván állandóan szüksége van, de a mit a mai kor viszonyai vele jobbára elfelejttettek. A munka tartalma tulajdonképen nem is felel meg egészen czimének. Igaz ugyan, hogy második, nagyobbik része a fénynyel, a vízzel és a levegővel mint gyógyitó tényezőkkel, továbbá a belső bajok manualis és gymnastikus kezelésével foglalkozik, tehát olyan dolgokkal, melyeket a könyv czime alapján vártunk; de ezek a részletek is egészen sajátságos, a megszokottól erősen, de előnyösen eltérő modorban vannak tartva és velős rövidségük mellett épen ez a sajátszerű tárgyalásmodor teszi őket érdekessé és értékessé. Az alapelvek pedig, a melyeken ez a második rész felépült, az első részben találhatók összeállitva, a mely rész a második rész két első fejezetével (a therapia határai és a psyche befolyásának fontossága) egyetemben a therapia physio-psychologiájának volna nevezhető. Szivesen ajánljuk a munkát olvasóink figyelmébe.

**Uj könyvek.** *König*: Chemische Zusammensetzung der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. 4. Auflage. Berlin, J. Springer. — *Suzuki*: Über Syphilis im Alterthum, speciell in China und Japan. Rostock. — *Weininger*: Geschlecht und Charakter. Wien, W. Braumüller. — *Matzenauer*: Die Vererbung der Syphilis. Wien, W. Braumüller. — *Schuster*: Die Syphilis. Nebst kurzer Besprechung des Ulcus molle, der Gonorrhoe und des Gonorrhoismus. Vierte Auflage. Berlin, R. Schoetz. — *Braun*: Therapie der Herzkrankheiten. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Dumont*: Handbuch der allgemeinen und localen Anaesthesie. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *N. Bridge*: Tuberculosis. London, W. B. Saunders and Co.

## Lapszemle.

### Sebészet.

**Nagy sérvkapuk elzárásáról implantált ezüstrostélyokkal** ir *Meyer* (New-York). Nagy sérvkapu létrejöhet az izomzat és a bőnyék atrophiája folytán, de gyakrabban egy előző sebészeti beavatkozás nyomán támad (sérvrecidiva, hosszas drainezés, tökéletlen asepsis stb.)

Kiterjedtebb hasfali defectusoknál eddigelé a következő sebészeti eljárások állottak rendelkezésünkre:

*a*) nagy köldök- és nagy hasi sérveknél a linea albában, vagy összevarrhatjuk a m. rectus hüvelyét Gersuny szerint (Centralblatt für Chirurgie, 1893. 43. szám.), vagy Piccoli plastikus műtétét végezhetjük (Centralblatt für Chirurgie, 1900. 2. szám);

*b*) ha ezen nagy defectus a lágyéktájon van, esetleg a m. rectus külső felét transplantálhatjuk beléje;

*c*) lágyék- és czombsérvek széles kapuját pedig Trendelenburg humerusból vett csontszelettel, majd a betegnek medenczéjéből kivésett periostealis csontlemezzel zárta el (Deutscher Congress ür Chirurgie, 1890.), mely eljárást Kraske és Körte is ajánlották (Handbuch der prakt. Chirurgie, 645. lap).

Az emlitett módszereket azonban mindig alkalmazni nem lehet és itt eddigelé gyógyithatatlanoknak vélt esetekben nagy hasznát veszszük ezüsthuzalból készült rostélyoknak.

Ezüsthuzalt, mint olyant, hasfali nyilások elzárására Schede már évek óta használt (Centralblatt für Chirurgie, 1900. 257. lap), mégis kiterjedtebben a hassebészetben csak azután alkalmazták, hogy Credé az ezüst nagy antiseptikus tulajdonságát felfedezte. Witzel ekkor nagy hasfali sebek és sérvkapuk elzárását olyténkép kisérlette meg, hogy ezüsthuzallal keresztül-kasul tüzi a hiányt, ezt mintegy befonja. (Centralblatt für Chirurgie, 1900. 257., 457 és 1149. lap.) Gröpel előre készíti már ezen ezüsthuzalfonadékot és a kész hálót a diastasist környező izmok aponeurosisához varrja. 16 sikerült eset kapcsán az ezüstháló előnyeit oda összegezi, hogy

*a*) vele szövetet nem zúzunk;

*b*) a műtét ideje rövidebb;

*c*) az ezüstrostély nyilásai szabályosak lévén, ezen át bélelőesés nem lehetséges és végül

*d*) nem alkalmazunk feles ezüstdrót-öltéseket.

Köldök- és hasfali sérveknél Göpel kerek, ovalis vagy négyszögalakú hálót használ, mig lágyéksérveknél a háló alakja hegyesszögű háromszög, alapjával a középvonal felé. Göpel legnagyobb négyszögletes hálójának oldalai 10½, illletve 17 cm. hosszúak voltak. (Centralblatt für Chirurgie, 1900. 17. szám.)

Az amerikaiak közül Phelps 1892 óta dolgozott ezüsthuzallal, pusztán csak sérvvarrathoz 216 esetben használta. (New-York Medical Record, 1900. szept.)

Az irodalom eme kimeritő ismertetése után szerző 3 eset kapcsán számol be ezüstrostélylyal elért eredményeiről.

I-ső esetében incarcerált hernia műtéte után 3 évvel nagy hasfali sérvvel jelentkezett a beteg. Meyer a sérv széles kapuját dróthálóval zárta el. Gyógyulás p. p.; műtét után két hónappal pedig a beteg (egy mészáros) már ismét súlyos foglalkozása után látott.

II-dik esetében, mely a legérdekesebb, a beteg egy 43 éves hysterica. Különböző sebészek már több izben műtették: exstirpálták uterusát, kétoldali oophorectomiát hajtottak rajta véghez, kivették bal veséjét. A hasi median metszés helyén, a köldök és a symphysis között hasfali sérve támadt; beteg ezt is három izben műtétette már muló sikerrel.

Meyer a hasfalak eredménytelen autoplastikája helyett egy 10,

illetve 15 cm. nagyságú, négyszögletes ezüstdróthálóval zárta el a sérvkaput. A p. p. gyógyulást fascianecrosis zavarta; mindazonáltal műtét után 3 hónappal a 125 kgm. súlyú beteg gyógyultan már nehéz cseléd-munkát végez, a drótrostély nékie kényelmetlenséget nem okoz.

III-dik esete egy tágkapujú köldöksérves, a nőbeteg műtét után 3 héttel gyógyultan távozott.

Meyer már ezen három izbeni tapasztalatából folyólag melegen ajánlja fenti módszert oly esetekben, midőn a hasfal defectusai varrattal el nem zárhatók.

A rostély odavarrása subcutan, nagy intraabdominalis nyomás mellett submusculariter történik. Érdekes, hogy az ezüstrostély még fascianecrosis mellett is rögzítve marad, mint azt Meyer előtt már Witzel is megfigyelte; itt mindenesetre az ezüst antiseptikus tulajdonsága játszik szerepet, a mennyiben egyéb anyagból készült prothesis, mint pl. celluloid-, aluminium stb. ily sikerű eredményt nem ad.

A hasfal defectusaitól eltekintve, használtak már ezüstrostélyt az alsó állkapocs, trachea, tibiadiaphysis defectusainak pótlására (Hofmann, Centralblatt für Chirurgie, 1900. p. 1145.), avagy trepanatiók után (Gleich, Centralblatt für Chirurgie, 1900. p. 412.), vándorvese rögzítésére (Witzel, Centralblatt für Chirurgie, 1900. p. 1149.), stb. Kétségtelen azonban, hogy az ezüsthuzal, illetve ezüstháló használhatóságának tere még nagyobb (pl. hasfali daganatok eltávolítása után a hiány pótlására stb.), csak kisérlet kell! (Annals of Surgery, 1902. november.)

*Gergő Imre* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A creosotal használatát pneumonia eseteiben** nagyon ajánlja kiterjedt tapasztalatai alapján *Philips*. Úgy találta, hogy a creosotal mindig lejebb szállította a hőmérséket, a höhögést csökkentette, az általános állapotot javította. A betegség tartama határozottan rövidebb lett, sok esetben abortiv hatás volt észlelhető. A betegek a szert mindig kitünően türték. 1 éven aluli gyermekeknek 0·25—1·0, 2—4 éveseknek 3·0, 4—6 éveseknek 4·0, 6—10 éveseknek 5·0 grammot ad naponként négy részletben. Felnőtteknek 1·0—1·5 gramm adható 3 óránként. Legjobb a szert aqua menth. piper.-val és kevés glycerinnel adni. Ha a hőmérsék normálissá lett, az adagot felényire csökkenthetni; ha azonban újból hőemelkedés mutatkoznék, azonnal az eredeti adaghoz kell visszatérni. (The American Therapist, 1903. 7. szám.)

**Az epicarint** *Reichmann* nagyon jó eredménynyel használja mint antiparasiticumot és viszketés ellenes szert scabies, lichen ruber, urticaria, herpes tonsurans és intertrigo eseteiben, még pedig részint 10%-os kenőcs, részint pedig 10—15%-os alkoholos oldat alakjában (Americ. journ. of dermatology, 1903. 1. szám.) *Meier* szintén eredményesnek találta az epicarint alkoholos oldat vagy kenőcs alakjában herpes tonsuransnál. (Guillard's medical journal, 1902. 2. szám.)

**Az influenza gastro-intestinalis alakjánál** *Langhorst* nagyon dicséri az orpholt 0·6—1·0 grammos adagban 3—5-ször naponként. Az orphol, a mint ismeretes, naphtol $\beta$ és bismuth összeköttetése s azért egyrészt antiseptikus, másrészt adstringens hatást fejt ki. Ennélfogva különböző gyomorbélbajokban (gastritis, enteritis, dysenteria, proctitis, typhus) sikerrel használható, sőt csecsemőkori bélbajokban is jó eredményeket szolgáltat. Gyermekeknek 0·15—0·30 gramm adandó 3—4 óránként éhgyomorra. (Illinois medical journal, 1903. január.)

**Tüdőgümőkór** eseteiben *Friedmann* jó eredménynyel használta a *thiocolt*. Kiemeli a szer ártalmatlan voltát, némely esetben 5—6 grammot vettek be a betegek naponként hosszabb időn keresztül. Vízben oldhatósága és szagtalansága miatt is előnyben részesitendő a többi kreosot- és guajacol-készítménynyel szemben. Végül megjegyzi szerző, hogy a thiocol nem csupán a tüdő, hanem a pleura, a gége és más szervek gümőkórja ellen is sikerrel használható, továbbá, hogy antiseptikus hatása miatt a légutaknak bakteriumok okozta más betegségeiben is használható. (Inaug. diss. Bucarest, 1902.)

## Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat,** 1903. 23. szám. *Kerekes Pál*: Rák és malaria. *Kiss Gyula*: Az osmosis-nyomás és a szervezet.

**Orvosok lapja,** 1903. 23. szám. *Barabás József*: Purpura haemorrhagicával complikált pneumonia crouposa gyógyult esete. *Dillnberger Emil*: A dysmenorrhoea kezelése aspirinnal.

**Budapesti orvosi újság,** 1903. 23. szám. *Baumgarten Egmont*: A mellékvese-kivonat az orr- és gége-gyógyászatban. *Unterberg Jenő* és *Lilienthal E.*: Gyomor- és bélvérzéseknél a Schönbein-Almen-féle guajacterpentinpróba értéke. *Grimm Ármin*: A húgysavas diathesis gyógyitásáról. *Pólya Jenő*: Adatok a talus-törések ismeretéhez. *Fischer Aladár*: Adat a tonsillotomia utáni vérzések csillapitásához.

**Wiener medicinische Wochenschrift,** 1903. 23. szám. *Ehrmann*: A sclerodermia viszonya az autotoxikus erythemákhoz. *Réthi*: Az ideges nátha kezelése. *Karschulin*: Epehólyagrepedés műtéttel meggyógyitott esete. *Redlich*: Összefüggés a diabetes és a psychosisok között. *Pirone*: A pankreas idült lobja és májcirrhosis.

**Wiener medizinische Presse,** 1903. 22. szám. *Frankl*: Adat a mola-kérdéshez. *Wischnowitzer*: Elméleti és gyakorlati dolgok a vastherapiáról.

**Berliner klinische Wochenschrift,** 1903. 23. szám. *Stuertz*: Intestinalis autointoxicatio súlyos esete. *Pick*: Néhány érdekes daganat állatoknál, különösen hidegvérűek jóindulatú és rákos újképződményei. *Schuster*: Kölcsönös vonatkozás a balesetisme és az idegkórtan között. *London*: A Becquerel-sugarak élet- és kórtani jelentősége. *Danelius* és *Sommerfeld*: A tüdőgümőkór kezeléséhez.

**Wiener klinische Wochenschrift,** 1903. 23. szám. *Escherich*: A scarlatina serumtherapiája. *Neurath*: A rhachitis egy eddig még nem méltatott tünete. *Swoboda*: Achondroplasia esete. *Schlöss*: Infantilis paranoia esete. *Teich*: Új, egyszerű oltás-védőkötés.

**Prager medicinische Wochenschrift,** 1903. 20. szám. *Bloch*: A Menière-féle tünetcsoport galvanotherapiája. *Funke*: Pseudotetania. *Götig*: A leukocyták viselkedése paratyphusban. *Kast*: Vérleletek Banti-kórban. *Kohn*: Myasthenia gravis pseudoparalytica és terhesség. *Pick*: Gégepolyp és tüdőgümőkór. *Pribram*: A gelatina-injectiók haemostatikai hatása typhusban. *Schwarz*: Arteriitis obliterans és embolia, emboliás izominfarctussal, endocarditisnél.

**Deutsche medicinische Wochenschrift,** 1903. 23. szám. *Czerny*: Tumorok és pseudotumorok az adductortájon. *Schütze*: Fejtetanus ritka aetiologiájával. *Tilmann*: Az alsó állcsont resectioja. *Ribbert*: A féregnyújtvány kórtanához. *Kertész*: A bélstrangulatio mechanismusának kérdéséhez. *Eicken*: Csontdarab eltávolítása természetes úton a jobb alsó lebeny egy bronchusából. *Lengemann*: A Dupuytren-féle ujjcontractura vértelen kezelése. *Schumburg*: Orvosi műszerek fertőztelenitése szappanos borszeszszel. *Steinhauer*: Ritka okból eredt bélstenosis. *Strebel* és *Ammon*: Szembajok fénykezelése. *Levy*: Táplálás pegnintejjel. *Bergel*: A typhus rendszeres lázellenes kezelése. *Rembe*: Gyógyszerekkel vagy fürdőkkel kezeljük e a typhust?

**Centralblatt für innere Medicin,** 1903. 22. szám. *De Ruyter* és *Zeehuisen*: A vállmérésről egészségeseken és a vállmérés diagnostikai értékéről a váll hűdésénél és neurosisánál. 23. szám. *Romiju* és *Voorthuis*: A formaldehyd quantitativ meghatározása a levegőben.

**Centralblatt für Chirurgie,** 1903. 20. szám. *Lotheissen*: Az aethylchloridnarcosis statistikájához. *Mertens*: Új fürész.

**Neurologisches Centralblatt,** 1903. 10. szám. *Petrén*: Felszállóan degeneráló rostok a pyramispályákban; adat a Marchi-készítmények megitéléséhez. *Marcus*: Psychosis anaemia perniciosánál. *Newmark*: Elsődleges tonikus arczgörcs izomhullámzással.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,** 13. kötet, 5. füzet. *Storch*: Az aphasiás tünetcsoport. *Berg*: Adat a transcorticalis aphasia ismeretéhez. *Brückner*: Az emberi nagy agykéreg velős idegrostokban gazdagsága. *Dans*: A peroneus-hüdések kórtana.

**La semaine médicale,** 1903. 22. szám. *Farnarier*: Betegek életbiztosítása.

**Journal médical de Bruxelles,** 1903. 22. szám. *Meillon*: A syphilis kezelése kénes fürdőkben. *Bayet*: A „Hôpital Saint-Pierre" dermatologiai, syphiligraphiai és urologiai osztályának évi kimutatása.

**Bulletin général de thérapeutique,** 145. kötet, 16. füzet. *Hallopeau*: A fertőző betegségek, főleg a syphilis helyi kezelése. *W. Arbuthnot Lane*: A csonttörések operativ kezelése.

**Archives générales de médecine,** 1903. 18. szám. *Hayem* és *Lion*: A gyomor izomrétegének laesioi mechanikai akadálylyal nem szövődött gastritisben. *Launois* és *Roy*: Glycosuria és hypophysis. *Faure*: A végbél sacro-perinealis kiirtása. *Renault*: Az intravenosus befecskendések technikája.

**Archives de neurologie,** 1903. május. *Soukhanoff* és *Gannouchkine*: A mania. *Hartenberg*: A félelmi neurosis. *Binet-Sanglé*: A vallásosság physio-psychologiája. *Larger*: A degeneratio szülészeti stigmái.

**The lancet,** 1903. I. 21. szám. *W. H. Bennett*: Ethikai reflexiók a sebészeti műtevések mai állásáról. *W. Howship Dickinson*: A nyelvről betegségekben. *Ph. N. Randall*: A sebesültek elhelyezése a tengeren. *J. O' Conor*: A tüdőechinococcus sebészi kezelése. *J. Dencer Whittles*: Nematoda okozta általános fertőzés. *J. Oliver*: Végig kiviselt extrauterin terhesség. *A. Bettencourt etc.*: Az álomkór aetiologiája. *A. Dunlop*: Arterialis occlusio és gangraena esete. *Lovell Drage*: Fahéjsavas natrium 10%-os glycerines oldatának bőr alá fecskendezése. *J. Reid*: Hibbertia volubilis. *W. Broadbent*: A retardált pulsus aorta-insufficientiában. *G. Spezia*: Mikroskopi glycogen-reactio. *J. Rafside Smith*: Hasfájdalom heveny tüdőlobban.

**British medical journal,** 1903. május 16. *C. G. Seligmann*: Az antiarin physiologiai hatása. *G. Pernet*: Gyógyszer okozta kiütések. *J. D. Gimlette*: Datura okozta mérgezések. *W. G. Ross* és *G. C. Low*: Haemoglobinuria. „blackwater fever" esetében. *W. Broadbent*: Hodgkinkór és arsen-mérgezés. *G. R. Livingstone.*: Belladonna-mérgezés esete. *K. R. Dalal*: Chlorodyne-mérgezés esete. *F. C. Forster*: Heveny alkoholmérgezés 4 éves gyermekben. *F. Eve*: Synovialis hártya- és izom-angioma esete. *V. B. Bennett*: A kigyómarás helyi kezelése. *A. Powell*: Eddig még le nem irt filaria-faj a vérben. *Wm. Sykes*: Adat a láz oktanának elméletéhez. *J. A. Raubenheimer*: Carbol külső használata után beállott mérgezés.

## Hetiszemle és vegyesek.

*Budapest,* 1903. május 22.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 20. hetében (1903. május 17-dikétől május 23.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Élveszületett 437 gyermek, elhalt 295 egyén, a születések tehát 142-vel multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 29·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·0, az egy éven felüli lakosságnál: 16·9, az öt éven felüli lakosságnál: 14·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 13, gümös agykérlob 5, agyguta 8, ránggörcs 5, terjedő hűdés 5, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 18, hörglob 4, tüdőlob 27, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 1, tüdővész 67, tüdőlégdag 3, bélhurut 16, májbajok 7, hashártyalob 1, kizárt sérv 1, Brightkór 3, veleszületett gyengeség 21, gyermekaszály 1, aggaszály 9, rák 11, méhrák 1, egyéb álképlet 2, gümös bajok 6, kanyaró 9, vörheny 6, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 4, hökhurut 0, gyermekágyi láz 0, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 3, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 2, gyilkosság 2, öngyilkosság 6, baleset 6, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3378 beteg, szaporodás 940, csökkenés 885, maradt e hét végén 3346 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi május 17-dikától május 23-dikéig terjedő 20. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 187 (193), vörheny 85 (77), álh. gége- és roncsoló toroklob 49 (43), hökhurut 17 (9), gyermekágyi láz 0 (2), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 16 (18), vérhas 0 (0), orbáncz 30 (30), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (7), trachoma 5 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Turcsányi Imre** dr.-t, a budapesti gyermekmenhely első másodorvosát a belügyminister a kecskeméti állami gyermekmenhely igazgató-főorvosi teendőinek állandó ellátásával bizta meg.

< **Szalárdy Mór** dr. egyetemi magántanárt a belügyminister a budapesti állami gyermekmenhelyhez főorvossá nevezte ki és egyúttal neki, tekintve, hogy a gyermekvédelemnek társadalmi úton való megteremtése körül kiváló érdemeket szerzett és az úttörés munkáját sikerrel végezte, ez alkalommal teljes elismerését fejezte ki. Ugyan e helyen *Szabó Mihály* dr.-t első másodorvosnak, *Kende Miklós* dr.-t pedig másodorvosnak nevezte ki.

× **Fürdőorvosok.** *Rottenbiller Ödön* Trencsén-Tepliczben, *Fanzler Lajos* dr. pedig a Csorbai tónál fürdőorvosi gyakorlatát megkezdte.

○ **Kelen József** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Előpatak fürdőn ez idén is folytatja.

— **A sanatorium-egyesület** e hó 9-dikén tartotta évi közgyülését. Batthyány Lajos gróf megnyitó szavai után Tauszk Ferencz dr. I. titkár felolvasta az igazgató tanács, a hölgy-bizottság és felügyelő bizottság jelentéseit. E jelentések összefoglalják az egye-ületnek és az egyes bizottságoknak mult évi egész működését. Kitünt, hogy az egyesületnek tiszta vagyona az 1902. év végén 333,339 korona 03 fillér, a mely összeg azonban az egyesület pénzügyi szükségleteit a jövőre nem elégithette volna ki. Ezért történt, hogy Batthyány Lajos gróf vezetése alatt küldöttség járt ő Felségénél, továbbá Széll Kálmán miniszterelnöknél és Lukács László pénzügyministernél, a sanatorium czélját szolgáló sorsjáték megengedéseért. A kormány e sorsjegykölcsön-ügyet épen nemrégiben terjesztette pártolólag az országgyülés elé. A titkár beszámolt azokról a törekvésekről, a melyek a sanatorium ügyét az egész országra kiterjeszteni iparkodnak és a mely irányban Korányi Frigyes szerzett újra magának elévülhetetlen érdemeket. Ez évben az egyesület a nagyközönség részére lapot indított, mely ugyancsak a tuberculosis elleni védekezés ügyét szolgálja. Beterjesztette ezután az Erzsébet Királyné-Sanatorium ez évi működéséről szóló jelentését, melynek adatait Kuthy Dezső dr. igazgató-főorvos állította össze s a a melyek lapunk tárczarovatából olvasóink előtt már ismeretesek. A jelentések után a közgyülés egyhangúlag elfogadta Batthyány Lajos grófnak azt az indítványát, hogy az egyesület Széll Kálmán miniszterelnöknek és Lukács László pénzügyministernek feliratban szavazzon köszönetet. Azután beválasztották az igazgató tanácsba Liebermann Leó egyetemi tanárt, a felügyelő bizottságba pedig rendes tagnak Édeskuthy Jenőt, póttagnak ifj. Emich Gusztávot. Végül *Korányi Frigyes* alelnök tartott nagyszabású beszédet, melyben kifejtette a gümőkór ellen való küzdés fontosságát, különösen hazánkban. Az elnök indítványára a közgyülés egyhangúlag elhatározta, hogy a beszédet kinyomatja és a tagok között szétosztja.

∧ **Pestis-eset Berlinben.** Még élénk emlékezetben van *Müller* dr. esete, a ki 4 évvel ezelőtt Bécsben pestis-bacillusokkal végzett vizsgálatai közben véletlenül fertőzte magát, és ezen fertőzésnek áldozatul is esett. Ez az eset most Berlinben megismétlödött. *Sachs Milán* dr. zágrábi születésü orvos, a ki a berlini „Institut für Infectionskrankheiten"-ben végzett vizsgálatokat, pestis-bacillusokkal kezén véletlenül fertőzte magát. Eleinte nem sokat törödött bajával, de a mult hét csütörtökén már annyira rosszul lett, hogy kénytelen volt magát kórházba felvétetni, a hol már másnap meghalt, még pedig — a mint a bonczolás kimutatta — tüdő-pestisben. Néhány nap mulva ápolóján is gyanus tünetek jelentkeztek, az újabb hirek szerint azonban ezek a pestis-ellenes védőoltás következményei voltak; az illető már jól van, a bakteriologiai vizsgálat is negativ volt. A baj tovaterjedésének meggátlására minden intézkedést megtettek.

— **A „Stefánia" pesti szegény-gyermekkórház-egylet** a VIII. kerületben, az Üllői-út 74, illetve Gólya-utcza 49. sz. alatt levő saját házának emeleti termében 1903. évi junius hó 14-dikén, vasárnap d. e. 10 órakor tartja meg évi rendes közgyülését a következő napirend mellett: 1. Elnöki megnyitó. 2. A választmány évi jelentése. 3. Az igazgató-főorvos jelentése az 1902. évről. 4. Bizottsági jelentés az 1902. évi számadások felülvizsgálásáról. 5. Intézkedés az 1903. évi számadások felülvizsgálata iránt. 6. Az 1903. évi költségvetés megállapitása. 7. Intézkedés a közgyülés jegyzőkönyvének hitelesitése iránt.

\+ **Fürdőink személyforgalma.** *Lipik* VI/6. 715. *Tátrafüred* VI/1. 88. *Trencsén-Teplicz* VI/8. 1006.

= **Kaufmann kórboncztana** II. kötetének nyomatása immár annyira előrehaladt, hogy az Orvosi Könyvkiadó-Vállalat tagjai valószinüleg már e hó végén meg fogják kapni.

— **Tudósitás.** Az Orvosi Hetilap t. előfizetőinek szerencsénk van szives tudomására hozni, hogy ez év második felétől kezdve lapunk mellékleteinek száma egygyel ismét szaporodni fog. „*Orr-, gége- és fülgyógyászat*" czim alatt negyedévenként egy szakmellékletet adunk, melynek szerkesztését *Navratil Imre* és *Onodi Adolf* egyetemi tanárok, továbbá *Böke Gyula* egyetemi tanár és ifj. *Klug Nándor* dr. fogják vezetni. Az első szám julius hóban már meg fog jelenni.

△ **A „mercuro-crêmet"** *Havas A.* egy. rk. tanár haladásnak tekinti a syphilis gyógykezelésében, mert zavarokat a bedörzsölési kúra alatt nem okoz, a fehérneműt nem, vagy alig piszkitja, a bőrt nem izgatja, nem büzös, a bedörzsöléshez kevés időt, 3—5 perczet igényel és specialis ügyességet a bedörzsöléskor nem feltételez.

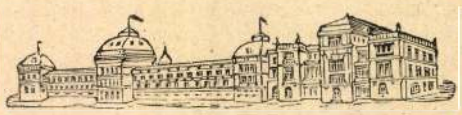
△ **Előpatak fürdő** részletes ismertetése Kelen József dr. fürdőorvos tollából e napokban hagyta el a sajtót. A mig a készlet tart, az érdeklődő kartárs uraknak tiszteletpéldányt szivesen küld Kelen József dr. Előpatak fürdőn.

☒ **A budapesti általános poliklinika** betegforgalma a folyó év május havában 3427 volt.

\+ **Az egyetemi I. számú női klinika** szülészeti poliklinikumának segitségét május havában 76 esetben vették igénybe 38 műtéttel. Évi folyó szám 371.

△ **Megjelent.** *Lenkei Vilmos Dani*: A különféle gyógyitó eljárások müvelt laikusok számára. B.-Almádi fürdőrészvénytársaság kiadása. 1903. — *Schulek:* Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde. F. Deuticke. Leipzig und Wien. 1903.

**„Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" Ujonnan épült 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.-Lukácsfürdő**
gyógyfürdő
Budapesten.

**Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások,** zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

**Budapesti**
**Mechanikai Zander-gyógyintézet**
**VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)**

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

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi Orvostársulat. (V. bemutató ülés 1903. márczius 18-dikán.) 392. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (A sebészeti szakosztály 1903. február hó 26-dikán tartott ülése.) 393. l.

## Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1903. márczius 18-dikán.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Vége.)

### A tüdővészeseknél alkalmazott intravenosus hetolinjectiók eredményeiről.

**Hochhalt Károly:** Régóta ismeretes, hogy a perubalzsam a gümős folyamatok gyógyítását előnyösen befolyásolja. Talán *Sayre* volt az első, ki a perubalzsam emulsioját használta hideg tályogoknál, utána a gégeorvosok alkalmazták gümős gégefekélyek ellen belélegzések alakjában. *Landerer* eleinte gümős csont és izületi bántalmaknál látva ezen eljárás sikerét, arra a gondolatra jutott, hogy a perubalzsam hatékony alkatrészét, a fahéjsavat direct úton juttassa a szervezetbe intravenosus befecskendezések alakjában. Abból a meggyőződésből indul ki, hogy a fahéjsav ott, a hol a szervezetben gümős góczot vagy szövetet talál, kifejti specifikus hatását, a fehér vérsejtek tömeges kivándorlását indítja meg, tehát hyperleukocytosist okoz, a melynek nyomába fix kötőszöveti sejtek túltermelése és capillaris edények újraképződése lép, úgy hogy a necrobiotikus termékek felszívódása mellett lassanként a gümős gócz betokolódása, hegedése következik be. Tehát a közvetetlen hatás nem a tulajdonképeni gümős szövet visszafejlesztésében, hanem a perituberculotikus szövet hyperproductiójában keresendő. *Landerer* ezen nézetét 1898-ban megjelent munkájában részletesen fejtegeti és annak helyességét állatkisérletek, hullaleletek és mikrophotogrammok útján iparkodik bizonyítani. 241 kórtörténeti adattal számol be, annak érvelése mellett, hogy vegyes fertőzéssel nem complikált, tehát láznélküli gümőkór fahéjsav-kezeléssel gyógyítható. Szükséges azonban, hogy a gyógyszer közvetetlen a vivőérbe s igy a véráramba jusson, mert eclatans hatása csak igy jut kifejezésre. A bőr alatti és intramuscularis befecskendezések jóformán hatástalanok. A fahéjsav maga nem alkalmas befecskendozés czéljaira, hanem ennek natronsója, fahéjsavnatron, vagy *hetol* mint L. nevezi, használható, mivel vízben oldékony és vegybomlás nélkül sterilizálható. Hosszú évek kellettek ahhoz, hogy L. elmélete tért hódítson. Eleinte mindenütt skepsissel fogadták, főleg miután *Ewald, Renvers, Krokiewicz* kedvezőtlenül nyilatkoztak. Azután a tüdővészesek sanatoriumainak orvosai: *Wolf, Pollak, Hödlmoser* szólaltak fel, és ítéletük leginkább abban culminál, hogy a hetol intravenosus bekeblezése veszélylyel nem jár ugyan, de eredmény tekintetében a sanatoriumi kezeléssel nem versenyezhet, a mi tulajdonképen természetes és a minek ellenkezőjét L. sem állitotta. Az utolsó évek leforgása alatt azonban mind sűrűbben következtek egymásután az ide vonatkozó publicatiók. Különösen feltünést keltő volt *Guttmann közleménye, Krause* berlini poliklinikájáról, a melyben valóságos diesbymnusokat ir a hetol kezelésről s majdnem specificumnak állítja oda a kezdődő gége- és tüdőgümőkórnál. Főleg ezen utóbbi publicatio, mely a Berl. kl. Wochenschrift mult évi folyamában jelent meg, költötte fel az érdeklődésünket és indított arra, hogy ellenőrző kisérletekre vállalkozzunk.

Mult év november havától mostanáig, tehát négy hónapon át 25 esetnél alkalmaztunk hetol-kezelést, de éppen nem könnyű, hanem szándékosan középsúlyos, már előrehaladott tüdőgümőkórosokat választottunk kiderítésére annak, vajjon fennálló cavernáknál az annyira hangsúlyozott kötőszöveti betokolás tényleg sikerül-e? Csak arra voltunk tekintettel, hogy kiszemelt eseteink complikáló magasabb hőmenettől mentesek legyenek. A hetolnak 1%-os physiologikus konyhasó-oldatát használtuk, az oldat felrázva, 5 perczig sterilizálva sötét üvegben tartatott. Használat előtt az üvegben 3 perczig főztük az oldatot. Az injectiókat nagyobb részt *Körmöczi Emil* tagtárs avatott kézzel végezte, természetesen a legszigorubb *asepsis* feltételeinek betartása mellett. Több száz befecskendezés alkalmaztatott a nélkül, hogy csak egy esetben is kellemetlen esélylyel, minő a vivőér körüli gyuladás, sebinfectio, találkoztunk volna. 1 milligram hetol volt a minimalis dosis, háromnaponkint, eleinte egy, később több milligrammal emelkedtünk, azonban 16 milligrammnál magasabb adagot nem használtunk, mert úgy tapasztaltuk, hogy ennél nagyobb adag erősen izgató hatást szült, a mely álmatlanság, ideges izgalom, esetleg köhögési ingerben nyilvánult. Nagyobb adagokig érkezve, a befecskendezést már csak hetenkint egyszer végeztük. Végeredményképen a következő megállapodásra jutottunk:

1. Az intravenosus hetolinjectio gyógymódja veszélylyel nem jár, oly esélyek, mint a tuberculinum vetusnál, vagy R. tuberculin alkalmazásánál nem fordulnak elő. 2. Ugy látszik a hetoliujectiók a szervezet resistentiáját, ellenálló képességét emelik, mert az éjjeli izzadások gyorsan szünetelnek, az étvágy emelkedik, noha tetemes súlyszaporodást nem észleltünk. 3. Kedvező esetekben a hegedési folyamat megindítása és gyorsítása csakugyan érvényesül, mert a tüdőbarlangok lassú betokolódása és zsugorodása a kiszemelt esetek 1/5 részénél kimutatható volt.

Végül előadó négy oly beteget mutat be, kiknél a hetolkezelés okozta feltünő javulás constatálható.

### Vaginaresectioval complikált végbélkiirtás esete.

**Pólya Jenő:** L. F. 37 éves munkásnő. Három év óta vannak székletéti nehézségei, fájdalmai végbelében és véres széke; 1901. deczemberében végbelét kikaparták és kiégették; 1902. november havában vette észre, hogy hüvelyében egy keménység keletkezik, mely később áttört s ez idő óta a bélsár szeméremrésén át távozik; nyolcz hétig az anuson át egyáltalán nem is ment székletéte.

Az igen lesoványodott és halvány nőbetegnél felvételkor az anusból egy diónyi kemény, vérzékeny, szürkésvörös daganattömeg lóg ki, az anuson kisujjunkat is csak erőszakkal lehet áttolni, s a meddig érünk, mindenütt porczkemény, fekélyes területet érzünk; a vaginában az introitus mögött 1½ cm.-nyire kezdődőleg egy koronányi porczkemény, felhányt szélű fekély van, melyen át a bevezetett sonda a rectumba jut s melyből bélsár ürül; az egész septum rectovaginale porczkeményen beszűrődött, a daganat azonban bimanualis vizsgálatnál elég jól mozgatható. Ezen oknál fogva a műtétet még indikáltnak tartottuk s azt január 16-dikán *Herczel* tanár megbizásából a következőkép végeztük: Az os coccygis kiirtása után, az erre szolgáló bőrmetszés alsó végpontjából két metszéssel az anus két oldalán a nagy ajkak alsó és középső harmadának határáig hatoltunk; a metszések mélyen behatoltak a paravaginalis kötőszövetbe; most a rectumot, a septum rectovaginalet minden oldalról felszabadítván, a vaginát bőven az épben két oldalt, majd fenn a hátsó fornixnál átmetsztük s az ily módon in toto kipraeperált tumort fel és hátrafelé húzván, a peritoneumot megnyitottuk s a végbelet 10 cm.-rel a daganat érezhető határa felett, miután a peritonealis üreget Lembert-varratokkal elzártuk, amputáltuk s 180°-nyi csavarással sacralis anust készitettünk; ezután a vaginát belülről csomózott catgut- és silkworm-varratokkal elzárván, a gát legnagyobb részét összevarrtuk csak a végbél körültamponálására szolgáló csikok kivezetésére hagyván helyet.

A kiirtott végbél 14 cm. hosszú, a carcinoma 6 cm.-nyi területen circularisan foglalt benne helyet; a septum rectovaginale egészében rákos massa által képeztetik s a rectum a vaginával kisujjnyi tágságú nyiláson át communikál.

A beteg a műtét utáni első héten kissé lázas volt, a sebgyógyulás azonban minden complicatio nélkül ment végbe; a sebek per primam egyesültek, csak a vagina hátsó falának felső részében váltak a varratok széjjel s e miatt február 10-dikén secundaer varratot végeztünk, mely per primam egyesült s márczius 3-dikán a kétoldali inguinalis mirigyeket, melyek bab- egész mandulányiak voltak, kiirtottuk. Jelenleg a beteg sebei mind meggyógyultak, hízik, székét tartani elég jól birja.

### A húgycső prostatikus részébe ékelt kő.

**Pólya Jenő:** Z. J., 60 éves mészáros. 1870-ben taglóval megütötték a gátján, a mire itt gyuladást és húgysipolyt kapott, a mely egy hó alatt gyógyult. Ezután 1888-ig rendesen tudott vizelni, a mikor egyszerre csak hirtelen elakadt vizelete, úgy, hogy csapolni kellett; ezután ismét magától tudott vizelni, azonban vizelési ingere igen gyakran jelentkezett, egyszere csak kevés vizelet ürült s vizelete az utolsó 3—4 évben zavaros, gyakran véres is volt, főleg ha sokat gyalogolt, a miért foglalkozásával is fel kellett hagynia; azt is észrevette, hogy a vizeletsugár sokszor, mintha ollóval vágták volna el, hirtelen megakad s csak bizonyos testmozgás után indul meg újra. 1902. szeptember óta alig tud már magától vizelni.

A vizelés előtt és alatt igen nagy fájdalmai vannak. Felvételi status: Csekély bronchitis, cystitis, a gáton a végbéltől egy cm.-re lencsényi heg; prostata kis almányi, kőkemény, felső határa elérhető; vastag fémsonda a húgycsövön könnyen hatol át, az eszköz süllyesztésénél érezni, hogy a sonda minden oldalról követ surol. A hólyagban követ nem érzünk. Diagnosis: kő a húgycső prostatikus részében.

A műtétet *Herczel* tanár megbizásából folyó év január 20-dikán bemutató végezte. Sectio mediana. A húgycső prostatikus részét egyetlen nagy kő tölti ki, melyet kőkanállal oly módon sikerült kihozni, hogy a segéd a végbélbe vezetett újjával a követ előre és lefelé nyomta. A kő eltávolítása után megvizsgálva a prostatát, kitünt, hogy ürét a végbéltől csak kártyavékonyságú réteg választja el; állandó katheter, a sebet tamponáljuk, a bőrsebet néhány öltéssel szűkítjük. A kő egy normális prostata alakját mutatja, felső része gömbölyded, széles, alafelé hegyes csúcsban végződik, mely a pars membranaceába nyult volt; a kő hátsó felszine sekély barázda által két, a prostatalebenyek alakját utánzó részre osztatik, mellső felszinén egy cm. mély, éles parttal biró barázda fut végig, melyen át a vizelet csurgott volt; a kő súlya 25 gm., szürkésfehér s phosphorsavas mészből áll. A gyógyulás három hétig simán s láztalanul haladt előre; február 10—18-dika közt láz lépett fel csekély húgyinfiltrationval, a mi a seb újbóli kitárására kényszerített, ezóta ismét teljesen láztalan; a seb egy gombostűfejnyi fistula kivételével, melyen át néha néhány csepp vizelet ürül, teljesen begyógyult, vizelni könynyen tud.

**Dermatitis universalis higanykenőcs-inunctiók következtében.**

**Csillag Jakab**: Általános diffus dermatitiseket részint mint önálló, ismeretlen okú megbetegedést észlelünk, milyenek a pityriasis rubra Hebra és dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq, részben gyógyszerek külső vagy belső adagolása után nem kivánt mellékhatásként jönnek létre, részben typikus dermatosisok első stadiumát képezhetik, mint például a mycosis fungoidesnél, vagy némely dermatosis: lichen planus, pemphigus vulgaris és exfoliativus, eczema és proriasis vulgaris lefolyásában mint szövődmények lépnek fel és fedhetik el rövidebb-hosszabb időre az alapbántalmat. Ilyen psoriasis vulgarishoz szövődött dermatitis universalist már az előző években több esetben volt e helyen alkalma demonstrálni.

Néhány hó előtt alkalma volt egy esetet észlelni, melyben *staphylococcus aureus által előidézett pustulosis miliaris universalis* folyamán lépett fel dominálo tünetként dermatitis universalis exfoliativa; ez eset sepsis következtében halálos kimenetelű volt. Ezen eset tudomása szerint eddig egyedül álló. Mostani esete a következő: B. F., 30 éves, nős, asztalos, kórházba jövetele előtt körülbelül két hóval genitalis fekélyeket szerzett, melyek ellen kezelő orvosa localis kezelés mellett higanykenőcs inunctiókat végeztetett. 25 inunctio után meleg fürdőt vett február 4-dikén, mire még az nap lencsényi halványvörös kiütéseket vett észre köztakarója különböző helyein és miután ezen kiütések a következő napokon folyton szaporodtak és étvágyát is elvesztette, február 8-dikán Róna tanár osztályára vétette fel magát. Higanykenőcsöt a 25 inunctiót megelőzőleg sohasem használt, bőrbetegsége előzőleg nem volt. Bejövetelekor a phimosis és a fityma szélén helyet foglaló venereás fekélyek mellett a köztakaró különböző helyein már visszafejlődő hámló morbilliform erythemája volt. A következő napokon az erythema majdnem teljesen visszafejlődött, mire február 15-dikén egy újabb morbilli- és scarlatiniform erythema-eruptiót kapott, mely néhány nap alatt universalissá lett, 20-dika táján nedvezés indult meg az egész köztakarón, mely a mult hó végéig tartott, ekkor fokozatos csökkenése mellett helyt adott egy nagyfokú, nagy lemezes exfoliationak, mely, bár kezelés által csökkenve, ma is fennáll. A lefolyás alatt észlelt további tünetek voltak: láz, mely mult hó 20-dika óta állandóan fennáll, 37–39·6° C. között váltakozik, *étvágytalanság*, *fázékonyság*, nagyfokú szomjúság és a *vizeletmennyiségnek* csökkenése, mely utóbbi tünetek szabályszerűen megvannak minden oly dermatosisnál, mely az epidermis nagy kiterjedésű diffus pusztulásával, vagy súlyosabb alteratiójával jár és melyek magyarázata tudvalevőleg a bőr útján való nagyfokú nedvveszteség és ez által a köztakaró erős lehülése. A vizelet az eddig észlelt lefolyás alatt fehérjét nem tartalmazott.

Ez esetben mást, mint higanykenőcsöt, nem okolhatunk a súlyos dermatitis előidézőjéül, különösen mert tudjuk, hogy ezen szer szokott nagyfokú és hosszú ideig tartó, lázakkal járó dermatitiseket előidézni; csak az látszik különösnek, hogy oly későn, 25 inunctio után kezdett és pedig ily nagy mértékben a köztakaró reagálni ezen szerre. Ha azonban tudjuk, hogy a köztakaró idiosyncrasiája a reá ható anyagokkal szemben mily változó, mennyire szabályoknak alá nem vetett, úgy nem fogjuk a dermatitisnek ily aránylag késői fellépését a higany alkalmazásának megkezdése után feltünőnek találni.

**Pannus gyógyulása jequiritol alkalmazása után.**

**Altstock Ármin**: A Rókus-kórház Goldzieher tanár vezetése alatt álló szemészeti osztályán három betegnél alkalmaztunk jequiritolt. Mindhárom esetben idült bántalmaknál, midőn a kötőhártyák megbetegedéséhez a szaruhártya nagyobb affectioja járult. Mindhárom esetben az elért eredménynyel meg vagyunk elégedve, miután a szaruhártya egész terjedelmében feltisztult és a látás tetemesen javult, ámbár az egyik esetben a látás javulását csak objective vagyunk képesek megitélni, lévén az illető egy hysteriás nő, kinél állandó szemrésgörcs áll fenn.

Két esetben trachoma és pannusnál alkalmaztuk, ezek egyikét szóló szerencsés bemutatni, míg a másik gyógyult corneával időközben eltávozott a kórházból.

Neda Avram, 22 éves lakatos hosszú idő óta beteg mindkét szemére. Mindkét szemének szemhéji kötőhártyája megvastagodott, húsvörös színű, elvétve néhány kocsonyásan infiltrált göbbel. Legfeltünőbb volt mindkét szemen azonban a pannus, mely a pupilla felületét is magába foglalta és oly vastag volt, hogy a szivárványhártya alig látszott, tehát pannus crassus volt jelen.

Második esetben egy 19 éves napszámosról van szó, kinél a kötőhártya mesgyén ugyanoly elváltozások voltak, az ereződés azonban csak a cornea felső harmadára terjedt és csak a pupilla felső részét borította, azonfelül nem volt olyan színű, úgy hogy a szivárványhártya is áttekinthető volt.

Ezen két egyénnél három napos intervallumokban a Merck-féle gyárban előállított jequiritol III. számából cseppentettünk 3–3 cseppet mindkét szembe. Másnap nagyfokú reactio jelentkezett, mely reactio azonban a harmadik napon a szem legkisebb kára és a közérzet legkisebb zavara nélkül folyt le. A második adagolás után a reactiós lob alig jelentkezett és a betegek látása tetemesen javult, a mennyiben látásuk, mely a kezelés előtt három meterről ujjolvasásra szoritkozott, $^5/_{10}$ volt. A pannus teljesen felszivódott, a cornea csillámló fényes lett.

A harmadik esetben lymphatikus pannusnál alkalmaztuk ugyanilyen erősségben a jequiritolt, ennél azonban a reactiós lob másnap ijesztő volt. Legnagyobb fokú oedema palpebrarum, szemrésből tejfelszerű váladék ürült, tarsalis conjunctiva és a cornea vastag fibrinhártyával volt borítva, úgy hogy czélszerűnek találtuk a jequiritol-serum alkalmazását. Ennek hatása alatt a szem négy nap mulva megbékült, a croupos hártya levált, a beteg közérzete javult, a cornea teljesen feltisztult és a látás is visszatért, ámbár, mint már említettük, a beteg hysterikus voltát tekintetbe véve, kénytelenek vagyunk az objectiv lelettel, az egészen tiszta, fénylő corneával megelégedni. A jequiritol hosszadalmas ismertetését nem tartja szükségesnek, miután azt nálunk már Hőor Károly kolozsvári egyetemi tanár s Vidéky Richárd osztályunk gyakornoka tették, utóbbi a „Szemészeti Lapok“ mult évi junius 12-diki számában „A jequiritol therapiai használatáról“ czim alatt, előbbi szintén a „Szemészeti Lapok“ mult évi deczember 25-diki számában: „A jequiritollal és a jequiritol-serummal szerzett tapasztalatok a szarúhártyai homályok, főleg a pannus trachomatus orvoslásánál“ czim alatt. Annyit azonban megemlítek, hogy már az ókorban ismerték az abrus praecatorius nevű növényt, melyet jequirity név alatt tettek ismertté Kelet-India és Braziliában. De Wecker volt az első, ki a trachománál alkalmazta, utána nagy lelkesedéssel és túlságosan bizva hatásában alkalmazták, később azonban belátták azt, hogy a beléje helyezett reményből csak kevés vált be, és hogy azonfelül a reactiós lob sem veszélytelen, mely alkalmazása után fellép, elhagyták tehát e szert és most *Römer* és *Ehrlich* vizsgálatai nyomán idült trachomás pannusnál elvétve használják.

## Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(A sebészeti szakosztály 1903. február hó 26-dikán az új szt. János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülése.)

Elnök: **Dollinger Gyula**; jegyzők: **Haberern J. Pál, Dapsy Victor**.

*Elnök* az ülést megnyitja és bejelenti a szakosztálynak, hogy Seyfried mint vendég fogja előadását megtartani.

**A sebészeti casuistica köréből.**

**Ludvik Endre**: Néhány technikai újítást mutat be, melyek osztályán hosszabb idő óta használtatnak és kitünően beváltak.

1. A Michels-féle kapcsok oly bőrvarratok megejtésére alkalmasak, melyeknél a sebszélek feszülés alatt nincsenek. Előnyük alkalmazásuk gyorsaságán és fájdalmatlanságán kivül, hogy a szúrácsatorna utólagos fertőzését kizárják, s hogy ennek folytán idealis hegeket adnak. 2—5-öd napra eltávolitandók, mert hosszabb ideig tartó nyomásnál a bőrszélen decubitusokat okoznak.

Néhány staniollemezzel befedve a sebvonalat, collodiumkötés, kisebb műtéteken kivül strumák, lymphomák, sérvek és izületi műtéteknél mindig kifogástalan eredménynyel beváltak.

2. A Lanz-féle ligaturagolyók a lekötések gyors megejtésére alkalmasak. Segélyével elkerülhető a fonalak kézről kézre adása, igy az infectio lehetősége csökken.

3. Käfer distractiós srófja nagy eltolódást mutató alszártörések fokozatos nyújtására alkalmas.

4. A járókötéseknél az osztályon a nehéz Lorenz-féle kengyelek helyett évek óta használatos pléhből készült kengyeleket mutatott be, melyek szélei vastag dróthuzallal vannak erősitve, könnyűek, hajlithatók s e mellett oly ellentállók, hogy nagy megterheltetést is kibirnak.

5. Mint curiosumot bemutat egy 7 cm. hosszú, 1·5 cm. vastag falú aczél csavart, melybe a mutatóujj úgy be volt ékelve, hogy a beteg az osztályra enucleatio végett került. A csavar kettéfürészelésével az ujj meg volt menthető.

6. Sectio medianával eltávolított tyúktojásnyi nagyságú hólyagkövet mutatott be.

**Kőmorzsolás esete nagyfokú kétoldali lágyéksérv mellett.**

**Bakó Sándor**: Az utóbbi időben azt látjuk, hogy a kőműtétek körül a metszési eljárások mindinkább tért veszitenek s a kőmorzsolás köre egyre tágul. Ennek oka a kőmorzsolás jobb eredményeiben van. Azonban még azok is, kik a morzsolás terén legmesszebb mennek, elismerik, hogy vannak a morzsolásnak határai, a melyeken túlmenni nem lehet, s mikor mégis csak a metszéshez kell folyamodni. Ilyen határt képeznek egyfelől azok az esetek, hol a kőmorzsolót csak nehezen, vagy épen nem lehet bevezetni a hólyagba. Tapasztalati tény, hogy a kőmorzsolót a húgycső ép állapotában sem mindig könnyű bevezetni, mint a milyen könnyen sikerül a bevezetése a kősondának; különösen áll ez a nagyobb és kemény kövek morzsolására szükséges nagyobb térfogatú morzsolókra nézve. Komoly akadályt képeznek olykor a túltengett prostatarészek alakulásai. A túltengett mirigy folytán a húgycső megnyúlik, egyikmásik oldallebeny túlnyomó növekedése következtében irányából eltér, kitágul, kiöblösödik s ezen öblökbe az eszköz orrmánya beleakadhat; beleakadhat az eszköz a megnagyobbodott középső lebeny kiálló csúcsába, vagy abba a harántredőbe, mely egyik oldallebenytől a másikig torlaszként zárja el az eszköz útját közvetlenül a hólyagnyilás előtt. Guyon ugyan a kőmorzsolás technikájáról irt újabb munkáiban a kőmorzsoló megnehezített bevezetésénél még nagyobbra becsüli azt az akadályt, mit a túltengett prostata a kötörmelék kiszivattyúzása elé gördit, azonban neki is fordult már elő olyan esete, hol prostatatúltengés mellett a morzsolóval nem juthatott be a hólyagba.

Beteg, kiről szólni van szerencséje, B. Jakab, 75 éves egyén, f. évi január hó 12-dikén jött szóló osztályára azon kijelentéssel, hogy neki húgyköve van s azt morzsoltatni kivánja. Előadta, hogy már egyszer szenvedett ebben a bajban és azt 1895. év folyamán Bécsben a közkórház-

ban metszéssel (magas metszés) távolitották el. Azóta három éven keresztül jól érezte magát, ettől kezdve vizelési nehézségei újra jelentkeztek, mindig gyakrabban és gyakrabban kellett vizelnie, néha minden öt perczben. Részesült kellő kezelésben, hólyagmosásokban s most négy hó előtt orvosa követ kórismézvén, figyelmeztette a műtét szükségességére. Felvételkor megejtett vizsgálatnál a sonda könnyen bevezethető a hólyagba, s ott egy középnagyságú kemény követ találni. A prostata jelentékenyen megnagyobbodott, mindkét lebenye összeérő. A vizelet zavaros, bőven genyet tartalmazó. A senyves küllemű betegnek kétoldali nagyfokú lágyéksérve van. Január hó 16-dikán megkisérlette szóló a morzsolást és pedig helybeli érzéstelenités mellett: a húgyhólyagba antipyrin-oldatot fecskendezve, a húgycső hátsó részébe 5%-os cocain-oldatot csepegtetve. A midőn azonban a kőmorzsolót akarta bevezetni, annak orrmánya közvetlen a hólyagnyilás előtt megakadt, s semmiféle fogással sem volt tovább vezethető, s midőn többféle morzsoló igénybe vétele s a betegnek megváltozott helyzete sem vezettek eredményre, a további kisérletet szóló azon időre volt kénytelen halasztani, a mikor a beteg narcosisra lesz előkészitve. Január 18-dikán, az elaltatás előtt figyelmeztette a beteget, hogy ha most sem lehet a morzsolóval a hólyagba jutni, kénytelen lesz a magas metszést végezni. A morzsoló mély narcosis mellett is ugyanott akadt meg, a hol előbb, s ekkor, mielőtt a műtétről végleg lemondott, bevezette a kösondát, a mely most is jól be volt vezethető, s azután ugyanolyan hajlású vastagabb és vastagabb érczsondákat egész a 26-os számig s ezekkel a hólyag belső nyilása tájára nyomva igyekezett elsimitani az útban álló akadályt. Ezután a morzsoló jól volt bevezethető, valamint a morzsolás után a vastag érczcatheter is. A műtét alig járt valami vérzéssel. A törmelékek kiürítése után szóló állandó kathetert hagyott benn, melyen keresztül a hólyag napjában többször kiöblittetett. A lefolyás zavartalan volt, két nap mulva, midőn szóló a kathetert eltávolitotta, a beteg már felkelhetett és január hó 28-dikán a kórházat elhagyhatta. Vizelete akkor még nem volt egészen tiszta s ezért szóló az urotropin további használatára utasitotta, vizeletét azonban mar 3—4 óráig tudta tartani. A túltengett prostatája s annak az az alakulása, mely a morzsoló orrmányának gátat vetett, a vizelet kifolyását nem akadályozta, a hólyag minden residuum nélkül tudott kiürülni. A morzsolt kő súlya 36·0 grammot tesz ki, s túlnyomó részben húgysavas sókból állott.

**Húgyhólyagdaganat magas metszéssel műtett két esete.**

**Bakó Sándor**: A húgyhólyagdaganatok műtéte ma már a sebészi beavatkozás rendes tárgyát képezi, a mi egyszersmind bizonyitja azok pontosabb kórismézését. De bármennyire tökéletesedtek is az újabb időben a bántalom felismerésére vezető utaink, annak eldöntése, hogy a daganat gyökeresen lesz-e kiirtható, nem egyszer csak a hólyagnyitás s a daganat megtapintása által érhető el.

E. János, 69 éves, szegényházi ápolt, 1902. április hó 24-dikén vétetett fel szóló osztályára vérvizeléssel. Ezelőtt négy évvel vette észre először, hogy vizelete véres lett, de csakhamar megtisztult; a vérzés azóta hosszabb szünetekkel megismétlődött, egyébként vizelési fájdalmak nélkül. 1898 szeptember havában és 1899 augusztus havában az osztályon már állott gyógykezelés alatt. Az első alkalommal vizelete egy pár nap alatt megtisztulván, kibocsáttatott; másodizben vérzése tovább tartott, s az akkor megállapitott daganat műtétbe egyezni nem akart. Mostani vérzése már több mint egy hét óta szüntelenül tart és a régibb, nem jól gyógyult czombtörés miatt csupán mankóval járni tudó beteg a vérveszteség kifejezett jeleit mutatja. A kivizelt folyadék sötét cseresznyeszinű, keverve kisebb-nagyobb véralvadékokkal. Hólyagját jól képes kiüriteni, residuum nincs; mosáskor a hólyag csak később tisztitható ki egészen; hólyagtükörrel erősen gerendezett hólyagfalat látni, a melynek jobb oldaláról egy daganat nyomul be a hólyag üregébe, kifekélyesedett felülettel. A daganat eltávolitása május hó 6-dikán történt magas metszéssel. Az itt bemutatott daganat, mely friss állapotban almanagyságú volt, hüvelykujjszéles kocsányon ült. A kocsány tapadási helyéről ujjal volt leválasztható, s az igy támadt vérzés befecskendezésekkel s tampon odanyomása által csakhamar megszünt. Draincső behelyezése után úgy a hólyag sebe, mint a hasfali seb varratokkal egyesittetett. A lefolyás minden szövődmény nélküli volt; vérzés többé nem mutatkozott, s miután az előbbi hosszú vérzés következményeiből a beteg teljesen felépült, junius hó 28-dikán gyógyultan távozott. A daganat górcsői vizsgálatánál epitheliomás elfajulás nem volt constatálható.

A bemutatott másik hólyagdaganat egy 42 éves férfitól való, ki 1902. junius hó 12-dikén szintén hólyagvérzéssel vétetett fel szóló osztályára. Vérzése márczius hó vége óta tart, a midőn szokása ellenére egy nagyobb vacsorán több szeszes italt ivott. Felvételekor a különben erős testalkatú egyén a sok vérzés határozott jeleit mutatta. Gyakori vizelési ingerei vannak, fél-egy órai szünettel, kiürített vizelete egészen véres, s a vizelés végén fájdalmai vannak, melyek csak a véralvadékok eltávolodása után szünnek meg. Hólyagtükrözés nem volt végezhető, a befecskendezett folyadék gyorsan újra véres lett és a hólyag a tükör bevezetését egyáltalán nem tűrte. Egy óvatosan végzett sondavizsgálattal azonban meg volt állapitható, hogy a hólyag bal fele a sonda orrmányának csak kisebb kitéréseit és mozgathatóságát engedi meg. A nagy vérzései, melyekről nyilvánvaló volt, hogy a hólyagból jönnek, a műtétet sürgőssé tették és junius hó 14-dikén elaltatás mellett szóló magas hólyagmetszést végzett. A hólyag felnyitása után a bal ureter környékéről kiindulva egy diómekkoraságú daganat tünt elő, melynek felülete puha, érintésre szétmáló, széles alapján tömött és a hólyagfalba annyira behatoló volt, hogy teljesen kiirtható nem volt. A vérzés csillapitása után a hólyag üregc tamponáltatott, a hólyag sebe és a hasfali seb a bevezetett tampon és drain határáig egyesittetett. A beavatkozás junius hó 22-dikéig tartott. Hőemelkedés követte, melynek oka a hasfal és hólyag körüli kötőszövetben fellépett genyedés és kötőszöveti elhalás volt. Az elhalt szövetczafatok kiküszöbölése után a láz megszünt, a beteg javulásnak indult, vérzései többé nem ismétlődtek és a beteg, miután már napokon keresztül künjárt, junius hó 29-dikén teljesen behegedt hassebbel hagyta el a kórházat. Vizeletét a rendes időközökben üritette ki, minden fájdalom nélkül. A betegnek jó állapota nem sokáig tartott. Már augusztus hó végén véres csikok mutatkoztak a vizeletben, nagyobb vérzés nem jelentkezett később sem, de a vizelet zavaros maradt és átható, bűzös szagot terjesztett, úgy hogy kezdetben ritkábban, de később naponta hólyagmosásra volt szükség. Ezzel egyidejűleg mérsékelt lázak kiséretében zsibongó fájdalmak léptek fel a keresztjában, kisugározva mindkét czombra, olykor le a lábakig. Ezeket a mindinkább növekvő fájdalmakat eleinte aspirin enyhitette, később már csak morphiumra engedtek. Bár valószinű volt, hogy ezeket a fájdalmakat áttételek okozzák, maguk az áttételek azonban hosszú ideig kimutathatók nem voltak. A végbélen át eszközölt vizsgálatnál a hólyag fala az álképlet tapadási helyének megfelelőleg vastagabbnak volt tapintható, a daganat azonban sem a végbél falára, sem a prostatára nem terjedt át. A katheter bevezetése mindvégig könnyű volt. A beteg, miután egy jobboldali tüdőgyuladáson is átment, november közepén meghalt.

A kiirtott és itt bemutatott daganatnak górcsői diagnosisa papilloma vesicae. Franczia szerzők, Guyon, Albarran emelik ki különösen, hogy a húgyhólyagnak felhámdaganatai sokkal ritkábban terjednek át a szomszédságra és generalizálódnak, mint más szervek hasonló daganatai. Hólyagráknál ritkán áll be a halál tulajdonképen rákos cahexia folytán, sokkal előbb kimerül és elhal beteg a daganat okozta vérzések, a véres vizelet szétbomlása s az igy keletkezett infectio következtében. Ellenkezőleg áll a dolog a prostatarákoknál, hol a metastasisok gyakoriak s különösen gyakran lépnek fel csontokban. Kaufmann esetei 70%-ában találta ezt meg. Oly gyakoriság ez, mihez hasonlót más szervek carcinomája nem mutat fel. A bemutatott eset azoknak a számát szaporitja, hol hólyagrák mellett csontmetastasisok lépnek fel.

**Prostatatúltengés, idült húgyrekedés; Bottini-műtét után a hólyagműködés helyreállása.**

**Bakó Sándor**: D. Lajos, 72 éves hivatalnok, mult év deczember 18-dikán vétetett fel szóló osztályára. Előadja, hogy két év előtt meghülés után hólyaghurutot kapott, mely ülőfürdőkre csakhamar elmult, s azóta 1902 julius haváig jól érezte magát. Ekkor hasonlóképen meghülés után vizelete megint zavaros, bűzös lett, mi ellen orvosa hólyagmosásokat használt. Vizelete ezután rövid idő alatt meg is tisztult, de ettől kezdve vizeletét csak katheterrel tudja kiüriteni, melyet azóta folyton igénybe venni kénytelen.

E mellett egészen jól érezte magát november végéig, midőn vizelete megint bűzös lett és deczember elején azt vette észre, hogy húgycsövéből időnként sűrű, bűzös geny ürül ki. Ekkor ágyban maradt, s néhány nap mulva a genyürülés megszünt, mire rázóhideggel egybekötött lázak léptek fel, melyek a genyürülés megújultával elmaradtak. Felvételkor beteg láztalan, hasa puffadt, húgyhólyag a köldökig érő, érzékeny. Katheterrel lebocsátott 650 gm. vizelet zavaros, bűzös. A prostata mindkét lebenye megvastagodott, jobboldalt puhább, és a mélyben a hullámzás érzését adja, de feltünően nem fájdalmas, ezen résznek megnyomására a húgycsőből sűrű barnás geny ürül ki. Ezen leletből kiderült, hogy a betegnél prostata hypertrophia miatt teljes húgyrekedés van, s prostata tályogja képződött. Minthogy a katheter-bevezetés könnyen ment, akadályra nem talált, nincs ok annak felvételére, hogy a tályog traumás eredetű volna; a tályog valószinűleg a szétesö vizelet infectiojának következménye, lassanként lépett fel, s áll fent a felvételkor is. A teendő egyelőre a hólyag gyakori kimosásában állott. Néhány nap mulva egy nehezebb székelés alkalmával a végbélből geny ürült ki, mi jelezte, hogy a prostatatályog egy része a végbélbe ürült ki. Ezután a húgycsövön át mindig kevesebb geny ürül, s néhány nap mulva sem innen, sem a végbél felől genyürülés nincs. A további kezelés a hólyag rendszeres kiürítésében állott; megfigyelendő, hogy vajjon a tályog gyógyitása után beálló zsugorodás minő befolyással lesz a hólyagműködésre. Vizelet lassanként tisztult, beteg ereje javult, de a retentio változatlan, a hólyag vizeletet önként üriteni nem képes. Hólyagtükörrel a prostata mindkét lebenyének megnagyobbodása, s közöttük harántul kiemelkedő hid volt kivehető. Tekintettel arra, hogy a húgyrekedés hat hó óta a rendszeres kezelés mellett sem javult, január hó 21-dikén szóló prostatabemetszést kisérlett meg Bottini-féle incisorral. A bemetszést a hólyag kimosása után a hólyagnak levegővel kitágitása alatt végezte, helybeli érzéstelenités mellett. A műtét alatt az accumulator mindinkább felmondta a szolgálatot, úgy hogy a bemetszés csak felületes lehetett. Január hó 26-dikán szóló megismételt a műtétet, ekkor már jól működő készülékkel; szóló egy bemetszést tett a középvonalban, egyet-egyet az oldallebenyekbe. Műtét után a kezelés az eddigi maradt, rendszeres levezetése a vizeletnek, állandó katheter bennhagyása nélkül. A lefolyás egészen láztalan volt. A pörkök a negyedik napon kezdtek leválni s azok kiüritése még napokon át tartott. A hólyag kiürítő képessége lassan állott be, de haladt fokozatosan, úgy hogy február hó 7-dikén naponta egyszeri lebocsátás mellett a residuum 100 grammot tett ki, február hó 11-dikén 70 grammot, február hó 12 dikétől kezdve kétnaponként történt lebocsátás mellett is csak 20—25 grammot. Február hó 21-dikén a beteg azon utasitással bocsáttatott el, hogy a hólyag működésének további észlelése végett időnként még jelenkezzék.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

3666/1903. sz.

Sopronvármegye soproni járásában újonnan szervezett **kaboldi körorvosi állásra**, melyhez Kabold (székhely), Veperd, Czundra, Mészverem és Felső-Péterfa községek tartoznak, pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében képesitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **ez évi junius hó 24-dikéig** annyival inkább beadják, mert a később érkező kérvényeket a kijelölésnél figyelembe nem veszem.

A körorvos fizetése évi 600 korona, úti átalánya 100 korona, a melyért a körhöz tartozó községeket havonként egyszer meglátogatni és az oltásnál felmerült fuvart is viselni tartozik.

A választás ez évi junius hó 25-dikén délelőtt 10 órakor fog megtartatni Kaboldon a körjegyzői irodában.

Sopron, 1903. évi május hó 29-dikén. *Molnár*, főszolgabiró.

2089/1903. szám.

A Nagykőröstől 11 kilometernyire fekvő, 11,623 holdnyi határral s 3551 magyar anyanyelvű lakossal biró **Kocsér** pestmegyei községben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett, az nyilvános választás útján a községházánál **1903. évi junius hó 27-dikén délelőtt 10 órakor** lesz betöltve, a kellően felszerelt kérvények **a választást megelőző napig** hozzám terjesztendők.

Javadalmazás: 1. Évi készpénzfizetés 1300 korona, lakbér 300 korona, = 1600 korona együttesen, a hó 15-dikén kifizetve.

2. Gyógykezelési díjak: *a)* Az orvos lakására nappal vitt betegekért, vényirással, 60 fillér;

*b)* a beteg lakásán, vényirással 1 korona;

*c)* foghúzásért az orvos lakásán, darabonként 1 korona;

*d)* „ a beteg „ „ 2 „

*e)* bizonyitványirásért, ha az illető nem vagyontalan, 2 korona:

*f)* látlelet s véleményszerkesztésért ivenként, könnyű testi sérülésnél 2 korona, súlyosnál 4 korona;

*g)* halottkémlésért 80 fillér;

*h)* minden egyéb gyógykezelésért, orvosi műtétvégzésért a m. kir. belügyministerium körrendeletében a 4. fokozat szerint megállapitott díjak fele;

*i)* éjjel a díjak kétszerese.

Az elülljáróságilag igazolt vagyontalan szegények, nappal az orvos lakására vitt 7 éven aluli helybeli gyermekek s a trachomások ingyen gyógykezelendők.

Ha az állatorvosi állás üresedésben van, a vágóbiztosi teendőket is az orvos végzi, a községi szabályrendeletben megállapitott s a vágatók által fizetendő díjakért.

Helyben gyógyszertár van, s a lakosság nagyobb része tanyákon lakik.

Abony, 1903. évi junius hó 5-dikén.

*Ney*, szolgabiró.

3361/1903. szám.

Baranyavármegye baranyavári járásához tartozó és **Magyarbóly** székhellyel, Magyarbóly, Lapáncsa, Illocska, Németmárok, Lőcs, Szent-István, Villány, Virágos és Herczegszentmárton községek szövetkezetéből álló közegészségi körben szervezett **körorvosi állás** megüresedvén, ezen évi 1000 korona fizetéssel, 200 korona lakbérrel és a megállapitott látogatási díjak élvezetével egybekötött állásnak választás útján való betöltésére ezzel pályázatot nyitok, s a választás határidejéül 1903. évi junius hó 27-dik napjának d. u. 3 óráját, helyéül pedig Magyarbóly község tanácstermét tűzöm ki.

Ehhez képest felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket **1903. évi junius hó 24-dikéig** bezárólag, hozzám annyival inkább nyujtsák be, mert a netán később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Megjegyzem, hogy az esetben, ha a törvényhatóság a körnek megváltoztatását szükségesnek látja, a körorvos ennek eszközlése ellen, körorvosi fizetésének további változatlan megtartása mellett, kifogást nem tehet.

Dárda, 1903. évi junius hó 3-dikán.

*Jilly Viktor*, főszolgabiró.

**A szab. osztrák-magyar államvasúttársaság** Délmagyarországban Krassó-Szörénymegyében fekvő bányái-, hutái- és uradalmainál **Ferenczfalván** egy **orvosi állás** üresedvén meg, arra ezennel pályázat hirdettetik, megjegyezvén, hogy az állás folyó évi szeptember hó 1-jével töltendő be.

Az állás javadalmazása 2400 korona tiszteletdij és fűtési átalány és köteles a kinevezendő orvos házi gyógyszertárt tartani.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények **1903. évi junius hó 30-dikáig** alólirott igazgatósághoz, VI., Teréz-körút 24/a terjesztendők be.

Budapest, 1903. évi május havában.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasúttársaság magyar bányái, hutái és uradalmai igazgatósága:

2—2 *Martinek*, igazgató.

371/1903. sz.

A kormányzatomra bizott **Szabolcsvármegye „Erzsébet" közkórházánál** évi 1000 korona törzsfizetés, szabad lakás, fűtés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3. bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi junius hó 15-dikéig** mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1903. évi május hó 28-dikán.

2—2 *Báró Feilitzsch.*

2299/1903. szám.

A m.-valkói **körorvosi állás**, melynek székhelyéül **M.-Gy.-Monostor** község lett megállapitva, s a melyhez Bedecs, Derite, O.-Bikat, Erdőfalva, M. és O.-Gy.-Monostor, M.-Valkó, Keleczel, Kalota-Ujfalu, N.-Kalota, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyó és Retyiczel községek tartoznak, lemondás folytán megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalma áll: 1000 korona fizetés, 400 korona úti átalány és 200 korona lakbérből s azonkivül a szabályrendeletileg megállapitott beteglátogatási dijakból.

Beteglátogatás alkalmával fuvardij nem számitható.

Megjegyezni kivánom, hogy a körorvosnak esetleg kilátása lehet arra, hogy a Kalotaszegi Erdőipar R.-T.-tól magándijazásban részesül, s esetleg kilátása lehet arra is, hogy a trachomás szembetegek kezeléséért az államtól 600 korona évi dijazásban részesül.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősitvényüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi julius hó 1-jéig** adják be.

A választás a m.-gy.-monostori körjegyzői irodában később kitüzendő határnapon fog megtartatni.

Bánffy-Hunyad, 1903. évi junius hó 1-jén. *Kertész*, főszolgabiró.

3—2

A nyilvánossági jelleggel felruházott **Ferencz József-gyermekkórházban Pozsonyban** 1903. évi augusztus hó 1-ével újonnan rendszeresitett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Feltétlenül szükséges, hogy ezen állásra pályázó orvostudorok a magyar nyelven kivül a német és tót nyelvet legalább szóban is birják.

Felhivom ennélfogva azon orvosokat, a kik hazánkban érvényes orvostudori oklevéllel birnak, a kivánt nyelvismereteket igazolni tudják, s ezen évi 1200 kor. fizetéssel, szabad lakással és teljes ellátással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy folyamodványaikat f. **évi julius hó 8-dikáig** a kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

A kinevezett segédorvos köteles állását f. évi augusztus hó 1-én elfoglalni.

Pozsony, 1903. évi junius hó 8-dikán.

2—1 *Kováts György* dr., kir. tanácsos, igazgató.

### Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárat | Állás | Hely | Fizetés | Czim |
|---|---|---|---|---|
| jun. 14 | körorvos | Parád | 1200 k., 200 k. úti át. gyógyszertár | Drisnyey Béla fszb. Pétervására |
| „ 15 | közs. o. | Tápió-Szent-Márton | 1200 k., 200 k. lakbér | Dessewffy E. fszbiró, Nagy-Káta. |
| „ 15 | másodo. | Nagy-Kálló | 1200 k., 400 k. pótl., ell. | Belügyministerium. |
| „ 20 | körorvos | Nagy-Somkút | 900 k., 300 k. úti átal. | Főszlgab., N.-Somkút. |
| „ 20 | tszéki o. | Deés | szabad illetmény | Törvényszéki eln. Deés. |
| „ 20 | s.-orvos | Szolnoki közk. | 1000 k., ellátás | Lippich főisp., Szolnok. |
| „ 20 | s.-orvos | H.-M.-Vásárh. | 1000 k., ellátás | Lukács főispán. |
| „ 23 | körorvos | Sáta | 1600 k. | Zsóry fszbiró, Ózd. |
| „ 30 | körorvos | Bács-Földvár | 1600 k. | Balaton Gy. fsz. Óbecse |
| „ 30 | körorvos | Vaál | 1100 k. | Főszolgabiró Vaál. |
| „ 30 | másodo. | Nyitra | 1400 k., lakás | Markhót alispán. |

## HIRDETÉSEK.


A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

**Salvator** kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és **köszvénybántalmak** ellen, **húgydara** és **vizeleti nehézségeknél**, a **czukros húgyárnál**, továbbá a **légző-** és **emésztési** szervek **hurutainál**.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

**3 heti tartózkodás**

**Rohitsi savanyúforrásnál**

**Amenorrhoe**

pompás subalpin klima, aczélfürdők, svéd massage, gyógytorna, ivókúrák.

7

**Kecsketej** kapható a **Renk**-féle kecsketenyésztésben

**Budán, Vérhalom, a pénzügyőrség mellett, a Rózsadombon túl.**

**SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER**

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis

Kapható minden gyógyszertárban.

**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 gyógyitása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

*Negyvenhetedik évfolyam.* 25. szám. *Budapest, 1903. junius 21.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hudovernig Károly és Pétzy-Popovits Uros: Közlemény a kir. m. tud.-egyetemi elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik E. Emil egyet. ny. r. tanár.) A kóros óriásnövésről. 396. l.

Jellachich István: A gyermekölés. 398. lap.

Berend Miklós és Rácz István: Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez. 400. lap.

Borszéky Károly: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről. 403. l.

Tárcza. Manninger Vilmos: A német sebészek társaságának XXXII. congressusa. 404. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Pólya Jenő Sándor: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 405. l. — *Könyvismertetés. T. Rauber*: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. (M.) — *Wossidlo:* Die Gonorrhoë des Mannes und ihre Complicationen. (Sellei.) — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. M. Cazin és E. Gros:* Az appendicitis lefolyása alatt észlelhető leucocytosis. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Gyomorrák gyógyítása. — Orchitis gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 407. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Törvényszéki orvosi képesítést nyertek. — Csánk Béla. — Boleman János. — Ihrig Lajos. — Fürdőorvosok. — A budapesti elektromágneses intézet. — A „Stefánia" pesti szegény-gyermekkórházegyesület. — Felhivás adakozásra. — Veszettség — A kir. magyar tudományegyetem tanévzáró ünnepe. — A budapesti kir. orvosegyesület pályázati hirdetése — A belügyminister rendelete. — A kereskedelemügyi minister rendelete. — A kassai m. kir. állami gyermekmenhely. — Fogtechnikusok képesítése. — Fürdőink személyforgalma. — Egyetemi alkalmaztatások. — Ösztöndíjadományozás. — Benkő Lajos. — A Gárdos-féle orvoskari pályadíj. — Az II. számú egyetemi szülészeti és nőgyógyászati klinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. 408. l. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — A Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

Melléklet. Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 1. sz. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m. tanár.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény a kir. m. tud.-egyetemi elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik E. Emil egyet. ny. r. tanár.)

### A kóros óriásnövésről.

Közlik: *Hudovernig Károly* dr. és *Pétzy-Popovits Uros* dr.

Még két évtizeddel ezelőtt is az „óriások" csak a rendkivüli természeti tünemény, a bámulatraméltó fejlődési csoda nimbuszával birtak; irigylendőknek tartották azokat, kiket a természet ily rendkivüli módon megáldott. Hogy az óriások tulajdonképen beteg emberek, ennek tudata csak *P. Marie*-nak 1886-ban megjelent, az akromegaliát tárgyaló alapvető munkája óta kezd elterjedni, különösen franczia szerzők foglalkoztak behatóan az óriásnövés tudományos tanulmányozásával és az egész kérdés fejlődését legjobban foglalja össze *H. Meige*[1] nemrég megjelent munkálatában, melyből irodalmi adatainkat részben meritjük.

Az óriásnövesnek vagy „gigantismus"-nak kórtana és kóroktana még távolról sincsen tisztázva, sőt még a kórkép felosztásában és meghatározásában is eltérők a nézetek. *Sternberg*[2] szerint megkülönböztetendők a normális óriások (magas termet, minden betegség nélkül) a pathologiás óriásoktól (kiknél kóros zavarok vagy szellemi hiányok vannak). *P. Marie* felosztása körülbelül megegyezik ezzel: valódi gigantismus csak túlzott növésnek eredménye, de minden betegség nélkül, ellenben a tüneti g. (g. symptomatique) egy már meglevő kóros folyamatnak (akromegalia, lues hereditaria) következménye. *Meige* ellenben nem ismeri a normális óriásokat; szerinte a gigantismus csak oly egyénekre mondható, kik a rendest jóval túlhaladó termeten kivül psychikai vagy physikai rendellenességeket mutatnak. *Meige* eme felosztások bármelyikénél is kihagyandóknak tartja a gigantismusnak gyermekeknél előforduló mindama eseteit, a midőn a gyermek rohamos növekedése folytán felnőtt egyének testalkatát megközelíti, de később eme excessiv növekedés megszüntével előbb-utóbb rendes testalkatú marad: szóval, midőn a gyermek csupán szokatlan gyorsasággal, de nem abnormálisan fejlődik. Elismerjük, hogy eme eseteket nem lehet a gigantismus kórképébe foglalni, de már e helyütt kiemelendőnek tartjuk, hogy az esetek túlnyomó számában a gyermekek túlságos, szokatlan gyors növése nemcsak a rendes növésnek gyorsított tempoja, hanem egy veleszületett vagy szerzett kóros változásnak következménye, mely változás, mint ilyen megmarad, tehát — esetleg kisebb fokban — később is fog nyilvánulni. S tovább menve azt gondoljuk, hogy akár *Sternberg* normális óriása, akár *Marie* „gigantisme vrai"-ja csak kivételek, inkább theoretikus esetek: kitünik ez az ide vonatkozó casuistika áttekintésénél is, hol eme typusnak megfelelő kóresetet alig találunk, hanem minden esetben találunk egy kóros változást, mely az óriásnövést okozza. Ugyanezen nézetet vallja *Dana*[1] is, mert szerinte a gigantismus mindig egy kóros fejlődésnek a következménye, nem pedig egyszerű, de túlzott physiologikus növés.

Igen eltérők a szerzők nézetei a gigantismus előfordulását és kórokát illetőleg. *Sternberg* szerint a pathologiás gigantismus függhet a következőktől: *a)* akromegalia, *b)* daganatok képét mutató sokszoros exostosisok, *c)* hemiatrophia facialis, *d)* különféle csontferdülés, *e)* veleszületett lues, *f)* lehet a korai és túlságos gyermekkori növés egy heredaganat következménye. *Meige* ezt erőltetett felosztásnak és aetiologiának nevezi, az esetek több mint

[1] H. Meige. Sur le gigantisme. Arch. génér. de médicine, 1902. október.

[2] Sternberg. Nothnagel's spec. Pathol. u. Therap. Bd. VII. Th. II. és Zeitschrift für klin. Mediz. 1895.

[1] Dana. Journal of nerv. and mental diseases. 1893.

fele az akromegalia csoportjába tartozik. És joggal! Nehezen magyarázható pl. a multiplex exostosis mint a gigantismus oka, midőn exostosisok az akromegalia vagy gigantismus lefolyása alatt mint részlettünemények elég gyakran fordulnak elő.

Élénk tudományos vitatkozás tárgyát képezi mai napig azon kérdés, vajjon van-e összefüggés a gigantismus és az akromegalia között? *P. Marie* első közleménye óta változatlanul azt vallja, hogy a két betegség között nincsen szoros összefüggés: előfordulhat az egyik a másik nélkül, bár gyakran találkoznak átmenetek; a gigantismus ritkán nyilvánul az első életévekben, rendesen a serdülő kor betegsége, az akromegalia pedig csak a pubertas után szokott nyilvánulni; concedálja azonban, hogy a gigantismus sokszor átmenet az akromegaliába, de határozottan tagadja, hogy az egyszerű — későbbi akromegaliával nem complikált — gigantismusnak ugyanazon kóroka lenne, mint az akromegaliának; az utóbbi nem más, mint a gigantismus tényezőinek egyike.[1]

A lényegben ettől egészen eltérő nézetet vallanak *Brissaud* és *Meige* közös munkáikban, de különös erélyesen *Meige* önálló munkáiban és felszólalásaiban.[2] Szerintük az akromegalia és gigantismus egy okból származó, rokon betegségek, melyek csak ritkán fordulnak elő önállóan, de sokszor átmennek egymásba. Mindkettőnek egy ugyanazon oka van: a csontképzésnek („fonction ostéogénique") zavara. Ha ezen zavar, é. p. túlzott csontnövekedés által, még a physiologikus növekedés befejezése előtt nyilvánul, az egész test növése excessiv lesz: ez a gigantismus, és ha ezen túlzott csontképződési folyamat ekkor megállapodik, az egyén óriás marad, ha azonban csak a rendes növés határán túl kezd nyilvánulni, akkor a már kifejlett csontok hosszanti növekedése ki van zárva és így csak a (distalis) epiphysisek haránt növését okozhatja, ez a tiszta akromegalia. És végül, ha a csontképződési túlműködés — mikor gigantismust már is létesített — a physiologikus növekedési időn túl persistál, a gigantikus csontokkal ugyanaz történik, mi az egyszerű akromegaliánál az eddig rendesen fejlett csontvázzal, tudniillik a már befejezett csontosodás meggátolja a további hosszanti növést, a csontnövés az epiphysisen haránt növését létesíti, így jönnek létre az óriásoknál oly gyakori izületi deformatiók és így lesznek az óriások akromegaliások. Az óriások további sorsa tehát attól függ, vajjon megállapodik-e a csontképződési túlműködés, s ha igen, mikor történik ez?

Ezért nevezi Brissaud a gigantismust a növési kor akromegaliájának és az akromegaliát a befejezett növési kor gigantismusának.

Ama vitában, vajjon egyugyanazon kóroka van e a két betegségnek, avagy nem, a két ellentétes nézet vezérszereplői egyrészt *P. Marie*, másrészt *Brissaud* és *Meige*. Utóbbiak a kórboncztani lelet azonosságára is támaszkodnak: mindkét megbetegedésnek majdnem állandó anatomiai substratuma a hypophysis cerebri hypertrophiája vagy térfogatnagyobbodással járó daganata. *Dana* is hasonló eredményt mutat ki, mert a két betegség 12 boncolt esetében tízszer találta a hypophysis hypertrophiáját, *Putnam*[3] ellenben túlnyomólag ép hypophysisről tesz említést. Az utóbbi években közölt akromegalia-közleményekben majdnem minden esetben említtetik a hypophysis hypertrophiája. *Massalongo*[4] ugyanoly értelemben nyilatkozik, mint *Brissaud* és *Meige*, hogy tudniillik az akromegalia nem egyéb, mint egy késői és rendellenes gigantismus.

*Tamburini*[5] is azon nézeten van, hogy a két kórfolyamat ugyanazon ok eredménye. Nézetét a következő okokkal támogatja: 1. Minden akromegaliánál megvolt a hypophysis tumora; 2. minden később is megvizsgált óriás-csontváznál a sella turcica megnagyobbodása és mélyebb volta található; 3. a kóros csontnövés mindig egy hypophysis tumor eredménye; 4. azon körülmény, hogy ezen megbetegedésnél a hypophysis atrophiája nem fordult elő sohasem, arra vall, hogy ezen betegségek nem következményei a hypophysis működési kiesésének, hanem épen fordítva áll a dolog, az akromegaliánál és gigantismusnál mindig fennáll a hypophysis daganata, mely vagy hypertrophia, vagy adenoma, a mi azt mutatja, hogy ezen betegségek épen a hypophysis túlműködésének eredménye.

*Sternberg*[1] határozottan ellenzi az identitás nézetét, mert *a*) némely óriásnál nincs hypophysis daganat (*Lange* ilyent csak az úgynevezett pathologiás óriásoknál talált, de nem a normális óriásoknál), *b*) van ifjúkori akromegalia, mely nem volt soha gigantismus.

Ebből azt következteti, hogy a két megbetegedés nem identikus, mert az akromegalia egy körülirt, kifejezett kórkép, a gigantismus ellenben nem betegség, de fejlődési anomalia, mely gyakran lehet betegségekkel és így akromegaliával is társulva. S épen a két megbetegedésnek oly gyakori átmenetét egymásba nem úgy magyarázza, mint *Brissaud*, *Meige* és *Tamburini*, hanem két lehetőséget concedál: vagy úgy áll a dolog, hogy az akromegalia bizonyos körülmények között (tudniillik, ha csontbántalmat okoz a még el nem csontosodott epiphysis porczok között) a csontok hosszanti növekedését és ezzel gigantismust létesít, avagy akként, hogy a gigantismus praedispositiót létesít dystrophiás bántalmak és különösen akromegalia keletkezésére.

A hypophysis élettani működésére vonatkozó legújabb kutatások sem mondanak ellent *Tamburini* imént jelzett nézetének. *Lomonaco* és *van Rymberck*[2] a hypophysis lemetszésével eszközölt állatkisérletek alapján constatálták, hogy a hypophysis egy csenevész szerv, minden különös működés nélkül, hiánya nem okozott semmi változást az állaton. Hasonló eredményre jutottak *Friedmann* és *Maass*[3] ugyancsak állatkisérletek alapján. *Cyon*[4] azt hiszi, hogy a hypophysis mechanice és chemice is befolyásolja a működést, de regulálja a cerebrospinalis folyadék mennyiségét is; tagadja, hogy a hypophysis egy desintoxicatiós szerv; akromegaliánál van e szervnek szerepe, de ez nem a működésnek egyszerű többletéből vagy fogyatékosságából magyarázható, hanem egy combinált működési zavarból.

Ezeknek előrebocsátása után ismertetjük esetünket, mely nemcsak teratologiai szempontból érdekes, hanem a rendes gigantismustól némi eltéréseket is mutat; hazai irodalmunkban különben csak egy leirást találunk (*Buday* és *Jancsó*[5]), úgy hogy a közlést ezen körülmény is indokolja.[6]

Betegünk H. . . . Károly, jelenleg 5 éves és 9 hónapos. Családjában, sem anyai, sem apai ágon, elme- vagy idegbetegségek nem fordultak elő; feltünő magas testalkatú vagy aránytalan fejlődést mutató egyének sem voltak. Szülei középtermetüek, anyja könnyű functionalis neurosisban szenved, mely azonban csak azóta mutatkozik, mióta fiával oly rendkivüli sok vesződése van; apja energikus, önfejű ember, nem él nagyon mérsékelten alkohollal, de nem beteg. A szülők első gyemeke születésekor is már jól fejlett fiú volt, ki 9 hónapos korban ú. l. torokgyíkban halt meg; második gyermekük betegünk; van még egy jelenleg 1½ éves leányuk, ki egészséges, ez ideig normális fejlődést mutat.

Károlyt anyja rendes lefolyású graviditás után könnyen szülte; a fiú születésekor igen kicsiny volt, anyja szerint „akkora volt, mint egy szódás üveg". 1 éves korában soor-ban és bélhurutban, 14 hónapos korában mellhártyagyuladásban szenvedett, 1½ éves volt, midőn lázas betegségbe esett, melyet kezelő orvosa agyhártyagyuladásnak nevezett. Betegsége magas lázzal és fejfájással kezdődött, környezetét nem ismerte fel, füléből bőven ürült genyes váladék. Egy több órai eszméletlenség alatt a jobb testfél convulsiói jelentkeztek. A láz elmultával még körülbelül 2 heti fülfolyása volt s jobb lába, mely sohasem volt hűdött, gyenge maradt körülbelül ½ évig. Néhány hónappal később szülei rend-

[1] P. Marie. Revue de médecine 1896. Soc. méd. des Hopitaux 1896. V. Soc. neurol. de Paris. 1902. XI.

[2] Brissaud et Meige. Journ. de méd. et chirurg. pratique 1895. Brissaud. Soc. méd. des Hopitaux 1896. V. Meige. Loco cit. és Soc. neurol. de Paris 1902. XI.

[3] Putnam. Americ. Assoc. of Neurolog. 1893. VII.

[4] Massalongo. Riforma medica 1892.

[5] Tamburini. Congrès internat. de neurol. el. psych. Bruxelles 1897.

[1] Sternberg. Nothnagel Bd. VII. Th. II.

[2] Lomonaco és Rymberck. Rivista mens. di Neuropath. e Psych. 1901.

[3] Friedmann és Maas. Berl. klin. Wochenschrift. 1900.

[4] E. v. Cyon. Pflüger's Archiv. LXXXVII.

[5] Buday és Jancsó. Kolozsvári értesitő XXII. 1897.

[6] Ranschburg P. 1897-ben az elme- és idegkórtani szakosztályban bemutatott egy gigantismusra gyanus akromegaliás beteget.

kivüli növekedést észleltek a gyermeknél, ki ekkor — két éves volt — már eléggé jól beszélt. Rövid idő alatt testmagasságban túlszárnyalta összes korabeli társait; már ekkor kezdett a fiunál igen erős fanszőrzet kifejlődni. Két éves korában kanyarója volt, hat hónappal később sárgasága, mindezen megbetegedéseket könnyen kiheverte. A két éves korban megindult gyors növekedés azóta szakadatlanul fennáll; a fiú általában igen rossz, csintalan, komolyabb munkára nem kapható, mindig csak serdülő fiuk vagy felnőttek társaságában akar lenni, a nagy fiukkal footballt játszani, a kocsikkal fuvarozgatni. Leányok társaságát nem szereti, a vele játszásnál összekerülő leánykákat megveri, elkergeti, naponta veszekszik, és pedig 14—16 éves fiukkal és rendszerint ő a győztes. Anyjának nem engedelmeskedik, mindig saját akaratát akarja érvényesíteni, kezdetben hízelgéssel akar czélt érni, ha ez nem sikerül, sír, kiabál, földre veti magát, szinte tombol. Igen fejlett érzéke van a zenével szemben, ha valahol zenét hall, abbahagyja játékát, a zenére figyel s a hallott melodiákat könnyen megjegyzi, tanulni nem akar, csak nótákat és ezek szövege az egyedüli, mit megjegyez. Daczára kifejlett nemi részeinek, a leányok társaságát nem keresi, onaniát eddig nem üzött, egy hónappal ezelőtt egy felnőtt leányrokona az ölében tartotta s anyja ekkor erectiót vett észre nála.

(Folytatása következik.)

## A gyermeköles.

Irta: *Jellachich István* dr. jogakadémiai magántanár, kir. törvényszéki és fogházorvos Pécsett.

(Folytatás.)

A szülőktől való félelem és a hűtlen elhagyás keserves, vigasztalást nem nyujtó helyzetüket még fokozza.

A szülés maga pedig oly fokú szellemi és szervezeti megrázkódtatást von maga után, mely a higgadt gondolkodást és a czéltudatos cselekvést kizárja. Könnyen megérthetjük ezt, ha tekintetbe veszszük, hogy már a terhesség kezdetén is a nő szellemi életére és testi szervezetére nagy befolyással levő tünetek jelentkeznek: a kedélyhangulat nyomott, melancholiára, kétségbeesésre hajló, indokolatlan félelmi érzetek keletkeznek, fejfájás, szédülés, általános bágyadtság, rosszullét érzete mutatkozik. Vértódulások, az arcz hirtelen kipirulása s elhalványodása, orrvérzés, az alsó végtagok vivőereinek megduzzadása állhatnak elő. Émelygés, felböfögés, nyálfolyás, hányás különösen reggel, székrekedés, vágyódás oly ételek után, melyeket az illető nő azelőtt nem kivánt (pica), sőt emészthetetlen és szokatlan anyagok után, így nagyon gyakori jelenség a túlságosan savanyú eledelek iránt való előszeretet, darát, krétát, homokot, szalmát, fát, földet, stb. esznek ily állapotban egyes nők. Bizonyos eledeleket utálnak a terhes nők, így a húsféléket stb.

Ha tehát már a terhesség folyamán ily feltünő jelenségek folynak le a női szervezetben, mennyivel inkább történik ez a szülés alkalmával, midőn a 9 hónapon át a méhben hordott és tetemesen megnövekedett magzat az elképzelhető legnagyobb fokú fájdalmak és lelki kínok között hozatik a világra. A félelem, fájdalom és kétségbeesés által túlizgatott idegrendszer működése normálisnak nem mondható, annak megrázkódtatása oly jelentékeny, hogy habár az öntudat nem is szünt meg teljesen, mégis oly fokban elhomályosult, hogy a külvilágból jövő benyomásokat az anya kellőképen felfogni nem képes és oly cselekményre ragadtatja el magát, mely az emberi érzéssel, az anyai ösztönnel teljesen ellenkezik; elveszi életét azon általa gyülölt lénynek, mely neki addig is csak testi s lelki szenvedést okozott és kinek élete neki örömet nem hozhat, hanem csak szégyent és anyagi zavarok közé sodorja.

Némelyek (Henke) még felhozzák az anya védelmére azt is, hogy a szülés alatt, vagy a szülés után közvetlenül az anya gyermekét még annyira saját testéhez tartozónak tekinti, hogy annak sorsa felett szabadon rendelkezhetik és annak megölésekor nagyobb lelkifurdalást nem is érez; ezzel szemben mások (Mayer Hugó) azt bizonyítják, hogy az újszülött életnyilvánulásai, esetleg panaszos siránkozása, az anyában inkább szánalmat, részvétet kell, hogy ébreszszenek, mert még az oktalan állatban is megvan az anyai szeretetnek mélyen gyökeredző, hatalmas ösztöne, mely a fiait támadni készülővel szemben oly hevesen nyilvánul, hogy azokat saját élete koczkáztatásával is megvédeni törekszik.

Végre nem hagyhatjuk figyelmen kivül kiváló elmegyógyászunknak, Schwartzer Ottónak[1] ide vonatkozó fejtegetéseit: „Szük látkör borul annak lelki szemeire, a ki tagadni akarná a szó tágabb értelmében vett puerperalis állapotok és lelki, valamint kedélyi hullámzások közötti szoros összefüggést, azokat az aberratiókat, melyek a physiologikus szellemi életet a pathologia határához vezetik. Szükséges ezekkel az állapotokkal is megismerkedni, hogy felismerhessük értéküket, hogy a kicsinylés negatioja által legalább is ne fokozzuk a bajt, melynek sanálására vagyunk hivatva.

Nem habozom annak kijelentésétől, hogy a nő lelke a conceptio momentumától kezdve, egészen addig a perczig, míg szerelme zálogának, gyermekének ajkai emlőit már nem érintik, állandó psychikai vezetést és kezelést igényel.

A terhesség tudata már megzavarja a kedélyi egyensúlyt. A jelzett nagymérvü szervezeti elváltozások, a lelki szem tiszta látását legalább is helylyel-közzel elhomályosítják, mintegy összekúszálódnak azok a lelki tulajdonságok, melyek rendszerint egymástól élesen el vannak határolva. A vágyakodások hullámzásai mellett váltakozva jelentkeznek az aversiók és sympathiák, melyek megjelenésük perczétől kezdve irányítják a szellemi életet, ép úgy a kedélyi hangulatot. Majd előtérbe nyomulnak a sejtelmek és az aggodalmak, melyek rendszerint a terhesség egész tartama alatt uralják a kedélyi életet és visszhatásukban fokozzák az aversiókat.

Most már elementaris erővel kifejlődik a sejtelmek és aggodalmakból, a félelem érzete, mely annál inkább fokozódik, mentől távolabb áll a nő attól a határtól, a melynél productiv képessége már kifejlődött volt.

A félelemi érzetek tömegében praevalál a halálsejtelem, a haláltól való félelem, s talán mi sem bizonyít ezen félelem intensitása mellett erősebben, mint azon tapasztalati tény, hogy különösen a terhesség utolsó szakában, a nők legnagyobb része végrendeletszerü intézkedéseket tesz, búcsúleveleket ir. Kevés szavakban ím ezek a nő lelki szenvedéseinek legfontosabb kiemelkedései.

S most nézzük a hütelen szeretője által elhagyott, házasságon kivüli terhes nő lelki szenvedéseit, melyek sorozatát fokozza, ha nem egyéb, hát a szégyenérzet, az elhagyatottság, a nyomor, a sivár jövő felett való kétségbeesés, mindmegannyi oly lelki szenvedés, melyet mi férfiak tisztelni igen, de átérezni és igazán valóságukban felfogni képesek nem vagyunk.

Mindezen lelki és kedélyi szenvedések a szellemi életet mintegy a pathologia terrenuma felé szorítják, melyhez az még közelebb vitetik az affectusok hullámzása által. Az aggodalmat, a félelmet és a sejtelmet felváltja a remény, a házas élet jövő boldogságának reménye, az a sok ezernyi szép kép, melyben az anya gyermekével boldog ölelésben látja önmagát.

De a félelem ónsúlyával nehezedik ismét a kedélyi életre, eltüntetni a remény utolsó sugarát is, melynek helyébe áll újra a depressio.

Az affectusok ezen váltakozása, gyors egymás után következése, valóban bontólag hat a szellemi életre és tényleg az anamnesisben gyakran találkozunk ezzel a hullámzással, mely rendszerint, de elég tévesen, a „szeszélyesség“ lapjára iratik.

A terhesség folyama alatt észlelhető ezen úgynevezett „physiologikus“ psychikai nyilvánulásokat kicsinyleni nem szabad. A normális határok között is nagy fontosságúak és pedig nemcsak azért, mert praedisponált talajból nőnek legmagasabbra, hanem azért is, mert a praedisponált talajban occasionalis momentumokként szerepelhetnek.“

*2. Büntető törvénykönyvünk szerint az ölés cselekményének a szülés alatt vagy közvetlenül a szülés után kell végbemenni.* A gyermeknek a szülés alatti megölését akként kell értelmezni, hogy az akkor hajtatik végre, midőn még a szülés folyamata tart. A szülés ugyanis, mely az előkészítő fájdalmak felléptével veszi kezdetét, három szakaszból áll, a szülőutak tágulásának, a gyermek kitolásának és a lepény megszületésének időszakából.

A tágulási szak alatt a méh alsó szakasza, a méhszáj kitá-

[1] Babarczi-Schwartzer Ottó: Psychiatriai jegyzetek. 1894.

gul, a méh izomzatának ezen összehúzódásait fájdalmak kisérik, ezen időben az anya még nincsen oly helyzetben, hogy gyermekét megölhesse, mert ahhoz még nem fér hozzá ; a kitolási időszak alatt azonban már erre alkalma van és a gyermek azon testrészét bántalmazza, mely elől van, vagyis melyet elérhet.

Ha a magzat még a szülés előtt, habár közvetlenül is bántalmaztatik valami módon az anya méhében, akkor még nem gyermeklésről, hanem magzatelhajtásról lehet beszélni. Baccala a gyermeklésről irt munkájában ezt részletesen fejtegeti.[1]

A gyermeknek szülés alatt megölésére vonatkoznak a következő esetek : Egy anya gyermekének megszületett fejét akkor, midőn testének többi részei még nem bontakoztak ki a szülőutakból, ollóval vágta le. Normandiában egy nő törvénytelen gyermekének fejét a szülés után súlyos fapapucsával szétzúzta, alig végezte be tettét, midőn újból jelentkeztek a szülési fájdalmak és a szívtelen anya érezte, hogy az első bűncselekménynyel még nem érte el czélját, mert ikrek voltak méhében és az ölést meg kell ismételnie. Midőn tehát a második gyermek feje bontakozott ki a szülőutakból, újból megragadta a fapapucsot és a második gyermek fejét is összezúzta, mialatt annak teste még meg sem született. (Bellott.) D' Outrepont egy másik esetről szól : angolkóros nő a még meg nem született gyermek előreesett karját lemetszette s egy szúrást tett annak mellébe, a gyermeket azonban nem szülhetvén meg, kénytelen volt orvosi segélyhez fordulni, miáltal a büntény napfényre jutott.

Az angol törvénykezés a gyermeknek a szülés alatt eszközölt megölését érthetetlen módon büntetlenül hagyja.

A szülés után közvetlen megölés egyértelmű az újszülött gyermek megölésével, erre majd később térünk rá.

*3. Az anyának szándékosan kell a büntettet végrehajtani.*

A fentebb vázolt psychikai folyamatok, a melyek gyermeklésnél tekintetbe jönnek, nem tekinthetők olyanoknak, hogy az elme zavaráról, vagy öntudatlansági állapotról lehetne beszélni, mert az itt szerepet játszó lelki momentumok még a physiologia határain belül állnak és az akarat szabad elhatározási képességét teljesen meg nem akadályozzák ; azonban, ha az elme kóros zavara vagyis elmebetegség, vagy öntudatlansági állapot hatása alatt követi el az anya tettét, akkor a szándékosság ki van zárva s cselekménye neki be sem számítható.

Ilyen öntudatlan állapotba juthatnak szülés alatt oly nők, kik hysteriában, epilepsiában szenvednek, a terhesség és a szülés alatt előfordulni szokott eclampsia is öntudatlansággal járhat. De nemcsak ily kóros viszonyok által feltételezett körülmények között, hanem a physiologikusnak mondható egyszerű ájulás is alkalmas arra, hogy a nő öntudatát a szülés alatt vagy utána közvetlenül felfügeszsze, különösen a terhességüket eltitkoló magányos helyen szülő, elhagyatott és a szülés által meglepett nőknél fordulhat ez elő, midőn a testileg és lelkileg kimerült nőnél a szülés fájdalmai s a vérveszteség a szervezet gyengítésére s így az ájulásra, öntudat elvesztésére kedvező tényezőkként jutnak érvényre ; ily körülmények között az anya megszületett gyermekének segélyt nem nyujthat, mi által indirecte öli meg azt.

Kedvező viszonyok közt lefolyt szülésnél, midőn az anya a szükséges támogatást, segélyt nem nélkülözi, az ájulás nem szokott előfordulni.

Gyermeklés gyanuja esetében a büntető perrendtartás és a birói holttestvizsgálati utasítás irányítják a törvényszéki orvost.

*Büntető perrendtartás.*

243. §. Gyermeklés gyanuja esetében a halottbonczolás alkalmával megállapítandó az is, hogy a gyermek újszülött és élve született, érett és életképes volt-e ?

Ha a gyermek élve született, a 241. és 242. §-okban körülirt ténykörülmények állapitandók meg ; ha pedig holtan született, a halál időpontja és oka lehetőleg kideritendő.

241. §. A halottszemlére és a bonczolásra két orvosszakértőt kell alkalmazni.

Nem alkalmazható az az orvos, a ki az elhunytat a halálát megelőzött betegségben kezelte, a vizsgálóbiró rendeletére azonban köteles megjelenni és a kórlefolyásra nézve, lehetőleg a bonczolás előtt, felvilágositásokat adni.

A szakértők véleményében kimondandó, hogy mi volt a halálnak közvetlen oka és ezt az okot mi idézte elő. Ha a holttesten sérülés észlelhető, megállapitandó, hogy ezt más okozta-e, és ha igen : vajjon a sértés mily eszközzel, mily módon, mennyivel a halál bekövetkezése előtt volt ejtve és hogy a sérülés okozta-e a halált. Több sérülés esetén az is megállapitandó, hogy mindegyiket ugyanazon eszközzel ejtették-e, s melyik idézte elő a halált ; ha pedig több sérülés okozta, hogy ezek közül melyek voltak, vagy melyeknek összhatása volt a halálnak oka.

242. §. A 241. §. esetében meg kell még állapitani, vajjon :

1. a sértés minősége ;

2. a sérült szervezetének egyéni sajátossága, vagy különös állapota ;

3. a sértés elkövetésének különös körülményei ;

4. a sérüléshez véletlenül hozzájárult, de mégis általa előidézett, vagy belőle fejlődött okok eredményezték-e a halált ;

5. avagy ez oly idegen ok folytán állott-e be, mely a sérülés nélkül is abban az időben, vagy rövid idő mulva a halált eredményezte volna.

A 2—4. pontok eseteiben meghatározandó az is, vajjon a halált idejekorán érkező czélszerű segély elhárította volna-e.

A 4—5. pontok esetében pedig meghatározandó, vajjon a sértés mennyi idő alatt gyógyult volna meg, ha a véletlenül hozzájárult vagy idegen ok miatt a halál be nem áll.

Ha a halált lövés okozta, meghatározandó, hogy a lövést mily méretű löveggel, mily irányból és körülbelül mily távolságból intézték.

*Utasítás a birói és rendőri hullavizsgálatra.*

30. §. Ujszülöttek hulláinak megvizsgálásánál : az illető szülöttnek méhbeli kora, érettségének vagy éretlenségének foka, élve szülöttsége, születésének ideje, életképessége és életének születés utáni tartama világositandó fel.

Gyermeklésnél az orvosszakértőnek meg kell állapitani *I. a gyermek érettségének vagy éretlenségének fokát, II. az élve szülöttséget, III. életképességét, IV. ujszülöttségét, V. a halál okát és beálltának módját.*

*I. A gyermek érettsége.*

Az érett újszülött átlag 3000 egész 3300 gramm súlyú, vagyis 3 kilogrammtól 3 és egyharmad kilogrammig. Hosszúsága 50—52 cm., vagyis körülbelül félmeter. A fej méretei a következők : a fej kerülete 32 cm., az egyenes átmérő, vagyis a homlokcsont szemöldök közti részétől, a tarhelytől a külső nyakszirtdudorig 11 centimeter ; a haránt átmérő, a falcsontok dudorai közti távolság, 9 centimeter ; a ferde átmérő az állcsúcstól a nyakszirtcsont legkiállóbb részéig 13 centimeter. A vállak távolsága 12·5 cm. Érett újszülött bőre halvány rózsaszínű, nem pedig élénkpiros, a testet csak kevés pehelyszerű szőr fedi, a haj sűrű, 2—3 cm. hosszú, a körmök az ujjakon szarúszerűek és nem hártyásak, a kezeken az ujjak hegyeit túlérik. A szemek nyitvák, fül és orr porczosak. Fiú újszülötteknél a herék a herezacskóban találhatók, leányújszülötteknél a nagy szeméremajkak fedik a kicsinyeket. A czombcsont alsó izületi végében a csontosodási mag 6 mm., éretlen, fejletlen magzatoknál a csontosodási mag pontszerű s csak fokozatosan nagyobbodik a fejlődés előrehaladtával. Az érett gyermek köldökzsinórjának hossza 50 cm. vagyis fél meter, a méhlepény súlya fél kilogramm, a köldökzsinór tapadása a test közepén van, nem pedig a szemérem izülethez közel, mint az éretlen magzatnál látjuk.

Ha az újszülött éretlen, akkor azt is meg kell állapitani, hogy a terhesség hányadik hónapjából való. A 9-dik holdhónap végén, vagyis a 36-dik héten a magzat súlya 2000 gramm, hossza 45 centimeter ; a 8-dik hónapban 40 centimeter hosszú, 1500 gramm súlyú ; a 7-dikben a testhosz 35 centimeter, ezen hónap képezi a határt a magzat és ébrény között, a magzat még kedvező körülmények közt a méhen kivüli élet folytatására képes, az ébrény már nem.

(Folytatása következik.)

[1] Baccala, l'infanticide, Genève. 1860. Le meurtre d'un enfant naissant, c'est-à-dire non encore complètement issu du soin de la mère et commis pendant le travail de l'accouchement, est infanticide. C'est là d'avortement. En effet on ne saurait trouver entre l'avortement et l'infanticide une action qui participerait à la fois de ces deux crimes. L'enfant au moment où il nôit doit être considéré comme déjà né ; il a droit à une protection efficace de la parte de la société.

# Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg-kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

## Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez.

Irták: *Berend Miklós* dr. közkórházi rendelő orvos és *Rácz István* dr. kórodai gyakornok.

(Folytatás.)

Első sorban a fürdött és nem fürdött újszülöttek köldökleválási napjáról állítottunk össze táblázatos kimutatást.

*Köldökleválás ideje:*

*A)* 1000 fürösztött újszülött: hosszú csonk, salicyl amylumkötés.

| Leválás napja | Esetek száma | 2600 gm.-on aluli koraszülöttek száma | 269 eset közt | | Százalék ezerre | 200 gyermek 3300 gm.-on felül |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | vastag csonk | vékony csonk | | |
| 3 | 6 | — | 1 | 5 | 0·6 | — |
| 4 | 104 | 2 | 5 | 34 | 10·4 | 35 |
| 5 | 175 | 20 | 11 | 57 | 17·5 | 40 |
| 6 | 413 | 18 | 52 | 41 | 41·3 | 65 |
| 7 | 200 | 29 | 31 | 15 | 20 | 35 |
| 8 | 96 | 29 | 11 | 2 | 9·6 | 24 |
| 9 | 5 | 8 | 3 | — | 0·5 | 1 |
| 10 | 1 | 5 | 1 | — | 0·1 | — |
| Összeg | 1000 | 111 | 115 | 154 | 100 | — |

*B)* 1000 nem fürösztött újszülött: rövid csonk.

| Leválás napja | Esetek száma | 2600 gm.-on aluli koraszülöttek száma | 269 eset közt | | Százalék ezerre | 200 gyermek 3300 gm.-on felül | Alkohol-kötés | Bismuth vagy salicyl hintőpor | Száraz gaze-kötés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | vastag csonk | vékony csonk | | | | | |
| 3 | 5 | — | — | 5 | 0·5 | 1 | — | 1 | 4 |
| 4 | 95 | 2 | 6 | 24 | 9·5 | 38 | 5 | 35 | 55 |
| 5 | 150 | 29 | 14 | 35 | 15 | 51 | 31 | 70 | 49 |
| 6 | 401 | 24 | 46 | 29 | 40·1 | 53 | 83 | 150 | 168 |
| 7 | 269 | 29 | 59 | 14 | 26·9 | 39 | 78 | 80 | 111 |
| 8 | 70 | 28 | 21 | 3 | 7 | 13 | 50 | 9 | 11 |
| 9 | 6 | 9 | 10 | 2 | 0·6 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 1 | — | 0·4 | 1 | 3 | 1 | — |
| Összeg | 1000 | 125 | 157 | 112 | 100 | 200 | 254 | 347 | 399 |

Ha ezen köldökleválási statistikát elemezni akarjuk, hasonlítsuk össze először az esetek számát. Ezer fürösztött újszülöttnél 69·8%-ban történik gyorsan, vagyis a 3.—6. nap közt a köldök leválása, míg a nem fürösztött 1000-nél ugyanezen idő alatt 65·1%-ban történik meg az; ezek a nem részletezett számok a mellett látszanak szólani, hogy *Paquy* 100 észleletével szemben, a ki szerint nem fürösztötteknél gyorsabb a leválás, a fürösztött csecsemő köldökcsonkja esik le előbb.

És csakugyan úgy áll a dolog, hogy nem ezeknek a számoknak, hanem *Paquy*-nak van igaza, *ugyanazon eljárás mellett.* A fürösztött újszülöttnél, a kinek köldökét naponta átkötik, tehát felemelik azon stadiumában a leválásnak, a mikor az amnion, az üterek már leváltak s a csonk már csak a venán tapad, elegendő a csonk óvatos megemelése, még a húzás elkerülése mellett is, hogy a csonk leváljék; nem fürösztött újszülötteknél pedig, a kiknél legfeljebb a külső kötést emeljük meg a 4-dik naptól kezdve, ez a mechanikus leválasztó momentum hiányzik, úgy hogy igen sok esetben — több mint száznál! — volt alkalmam tapasztalni azt, hogy a már csak vékony venafonalon függő csonk tapadva maradt, mert nem nyúltunk hozzá. Ha pedig megemeltük a csonkot, leesett. (Ez az adat bizonyítja már magában véve, milyen nehéz dolgozni egy száraz számokból álló statistikával, mert a számok alig bizonyítanak valamit, csak az értelmezésüktől függ minden.) Ha már most nem fürösztött újszülötteinknél azon eljárást követtük volna, mint egyes autorok teszik, hogy a kötést 2—3 naponta változtatjuk, akkor mindazon esetekben, melyekben az említett fonalas tapadás fordult elő, a kötésváltásnál beállt volna a leválás és már az 5-dik napon köldökleválást jelezhettünk volna és ma bizonyíthatnánk, hogy a nem fürösztöttek köldökcsonkja hamarabb esik le, a hogy ezt *Paquy* n kivül *Doktor S.* is bizonyítja. Miután azonban mi a köldököt „noli me tangere"-nek tekintjük, a kórodán a csonkhoz jóformán sohasem nyúlunk. (Nehogy újra említeni kelljen, itt említjük azon eljárást, a melyet a kórodán már évek óta követünk egyikünk tanácsára s a mely elég kielégítő eredményeket adott: Kurta, 1½—2 cm.-es csonkot hagyunk, melyből a hurok végleges meghúzása előtt a vér kiszoríttatik; levágás előtt a csonk sublimatos alkohollal lesz megmosva és steril ollóval vágatik le; száraz steril gaze-kötés, a melyet a köldök leeséséig nem változtatunk, csak akkor, ha benedvesíttetik; ilyenkor a csonk újra megmosatik 1‰ sublimatalkohollal. Az első 24 óra után a gyermekágyas osztályon az újszülött egy pótkötést kap, miután a meconiumkiürülés folytán a has puffadtsága megszünik s így a szülőszobai kötés nem zár eléggé. A lekötő fonalak külön steriliztáltatnak minden csecsemő számára zsákocskákban (Tauffer). Kötésváltoztatás javalatát csak a beteg lázas állapota képezheti, vagy a kötés tisztátalansága; a köldök leeséséig az újszülött nem fürösztetik; azután fürdő, xeroformpor a sebre.)

Visszatérve az előbbi számtáblázatra, azt hiszszük, mindenki beláthatja, hogy a fürösztött újszülöttek javára látszólag feltünő, különben is elenyésző csekély 4·7%-nyi gyorsabb leválás még akkor sem lenne érv a fürdő mellett, ha tényleg megállana; ismételjük azonban: ha ugyanannyi mozgatásnak teszszük ki a nem fürösztött újszülött köldökcsonkját, úgy nem 5, de 8—10%-kal gyorsabb leválásokat láthatnánk s ezért *Paquy* így elért eredményei egészen megállnak s nincsenek ellentmondásban az itt közölt statistikával.

De részletezzük csak ezeket a számadatokat, ha egyébért nem is, legalább azért, hogy feltüntethessem azt, hogy: *a nem részletezett számokból álló statistika egy orvosi kérdésben mit sem bizonyít.*

Eddig egy autor sem volt tekintettel a leválás napjának kiszámításánál — pedig vannak statistikák, a melyek ezt órára kiszámítják! — arra, hogy a csonk kocsonyadús-e vagy szegény. *Ennek megemlítése nélkül pedig a statistika mit sem ér,* hisz elismert tény, hogy a vékony csonk átlag 36—48 órával hamarabb válik le, mint a vastag. Gyermekfejlapjainkon jegyeztettük a csonk vastag vagy vékony voltát s így erre a kérdésre is felelhetünk némileg. Nem teljes e kérdésre vonatkozólag a statistikánk, mert a régi kezelés mellett, a melyet még nem mi vezettünk, ez adatot még nem jegyezték s így csak 269 olyan fejlapot leltünk, a hol fürösztés mellett a csonk vastagságára is vonatkozik jelzés. Hogy tehát az arány megmaradjon, a nem fürösztöttek közt az első 269-et vettük az adatok összehasonlítására. Az első fürösztött seriesben véletlenül több a vékony, mint a vastag csonk; a másodikban az arány fordított; kétségen kivüli dolog, hogy a fürösztött újszülöttek látszólagosan kedvezőbb viszonyai részben ennek a véletlennek is köszönik magyarázatukat.

Külön soroljuk fel a koraszülöttek, illetve debilisek köldökleválási viszonyait; a róluk vezetett statistika csak az ismert tényt erősíti meg, hogy náluk a köldökleválás lassú s átlag 24—36 órával később történik. Miután számuk véletlenül majdnem egyenlő, a statistikát különben ez esetben nem befolyásolják. A következő két számcsoport 200—200 3300 gm.-nál nagyobb kezdeti súlyú gyermek köldökleválási viszonyait tünteti fel, a 3—6 nap közti leválás a fürösztötteknél 67·5%-ában, nem fürösztötteknél 71·5%-ában látható az eseteknek. Daczára annak azonban, hogy e csoportban a nem fürösztöttek előnyösebb viszonyokat tüntetnek fel, ez eredmény még kedvezőbb szinben tünik fel, ha meggondoljuk, hogy ez esetekben mechanikai momentum egyáltalán nem szerepel; ez eredményt azonban ép oly kevéssé tartjuk döntőnek a fürösztés kérdésének megitélésénél, mint a hogy nem tekintettük ellenérvnek az 1000—1000 eset közti látszólagos kedvezőbb helyzetét a fürösztötteknek, noha meggyőződésünk, hogy a köldökleválás idejére nézve is kedvezőbbek a viszonyok nem fürösztötteknél, *de nem ez a kérdés lényege.*

*

Még három csoportja van a nem fürösztött gyermekek táblázatának, a melyekről néhány szót kell szólanunk: az elsőbe tartozók azok, a kikről már részben a gyermekvédő congressuson egyikünk referált, megemlítve, hogy ha alkohollal vagy sublimat-alkohollal átitatott gaze-darabba csavarjuk a lekötés után a köldököt (Budberg), akkor a mumificatio 24 óra alatt igen szépen megtörténik, de a leválás csak lassan, néha csak a 7—10. napon történik meg. Ezt mutatja a táblázat, a melyből látható, hogy az így kezelt újszülötteknél 254 eset közt a 7—8. napon válik le 128 csonk, azaz az esetek fele s még protraháltabb leválás sem ritka. Ha már most *Epstein* álláspontjára helyezkedünk, a ki kimutatta, hogy salicylsav vagy jodoform a zsinór leesése előtt a köldökre cseppentve igen gyorsan kimutatható a gyermek vizeletében, míg a csonk leesése után a kimutatás nehezen vagy épen nem sikerül, mert a granulatiók a felszívódásnak útját állják, akkor abban kell keresnünk a gyógyulás főkriteriumát, hogy a csonk mikor esik le. Megvalljuk, még 1898-ban mi is ezen a nézeten voltunk. *Raudnitz*[1] egy azóta megjelent dolgozata, a melyben kimutatja, hogy a puha, alig néhány órával post partum levő csonkba fecskendett tömény jodkali és ferrocyankali-oldat a vizeletben csak egyszer volt 10 eset közt kimutatható, valamint saját cziránvú kisérleteink meggyőztek azért, hogy az Epstein-féle tan némi módosításra szorul. Mi ugyanis azt tapasztaltuk, hogy 1. ha a csonk még semmi leválást nem mutat, tehát az első életnapon, *belőle felszívódás nem történik*, ép úgy nem fog ez beállni akkor sem, ha 2. a csonk mumificált, 3. de lesz felszívódás akkor, ha a ferrocyankalit vagy salicylsavat a *felpuhult* csonk centralis végébe fecskendezzük bele, habár ekkor sem minden esetben (8 eset közt 3 szor). A köldökgyűrűbe csepegtetett reagens kimutatása pedig az első napokban rendesen sikerül, tekintet nélkül a leválás fokára, de csak akkor, ha az amnion már egy helyen levált, addig nem; a 3. napon túl azonban egy esetben sem sikerül a kimutatás. Ide tartozó adatként említem meg azt is, hogy habár Baschnak nem sikerült állatkisérletben a köldökből kiinduló arteriitist létesíteni, de *Gärtner*[2] az ő melaena-bacillusával a köldökből kiinduló általános fertőzést létre tudott hozni az első napokban. Mindezekből következik, hogy *a gyürüben a granulatioképződés nem függ teljesen a csonk leválási idejétől.*

Épen ezért ma már az *Epstein* álláspontjára nem helyezkedhetünk, s közeledünk inkább a *Keilmann* említett felfogásához, a mit úgy fejezhetnénk ki röviden: *a csonk leválási idejének mérlegelése nem képezheti a köldökkezelés jó vagy rosz voltának főkritcriumát; elónyös kétségkivül a gyors leválás, de a protrahált leválás magában kórosnak nem tekinthető*; sőt a köldök teljes gyógyulása akárhányszor következik be gyorsabban protrahált, mint gyors leválás után. (Teljes gyógyulás alatt azt értve, mikor már a mélyben sincs sincs semmi váladék, s a seb teljesen behámosodott.)

Ha a hintőporok alkalmazásának befolyását kutatjuk a leválásra, úgy azt látjuk, hogy a leválás idejére jóformán semmi befolyással nincsenek. Hogy a hintőporok alkalmazásának mégis van azonban jelentősége, azt a köldök megbetegedésének tárgyalásánál tapasztalni lehet. Hogy e kérdésre többé vissza ne kelljen térnünk, már itt kijelenthetjük részben saját megfigyeléseink, részint *Grosz Gy.* statistikája alapján, hogy a hintőporok alkalmazása fürösztés mellett a csonkot fertőzéstől nem védi meg; sphacelus kifejlődését megakadályozni nem képes. Nem fürösztötteknél, ha tiszta, sterilen tartott hintőporokat használtatunk, azok a köldök beszáradását nem gyorsítják ugyan, de a secundaer elpuhulásnak ritkábban vagyunk kitéve, a mi kétségtelenül előnyös; hátránya ellenben e kezelésformának, hogy a csonk viszonyait nem tudjuk mindig pontosan mérlegelni, nem látjuk tisztán. Eddig legszebb eredményeket a bismuth. subnitr. hintőporokkal értünk el, de e kezelés kissé drága. A salicyl amylum is elég megfelelő. Xeroform a csonkra bőven hintve, nem ad jó eredményeket; ellenben úgy a xeroform, mint a dermatol kiváló szolgálatot tesz a csonkleválás után maradt seb gyógyitásának elősegitésére.

Összefoglalva azt, a mit az első táblázatból ki lehet olvasni, a következőket nyugodtan mondhatjuk:

*Tekintetbe véve az alkoholkezelések által okozott protraháló-dást, a vastagabb csonkot, a koraszülöttek nagyobb számát és a vongálás elesése folytán később észrevehető leválást: a nem fürösztött újszülöttek köldökcsonkja csik le analog viszonyok közt előbb.* De ha a fürösztés bármely híve ez érvünket el nam ismerné is, annyit el kell ismernie, hogy *legalább is hasonló kedvező helyzetben van a nem fürösztött, mint a fürösztött újszülött a leválás tekintetében is.*

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

### A mellkas szúrási és lövési sérüléseiről.

Irta: *Borszéky Károly* dr. II. tanársegéd.

(Vége.)

A modern sebészeti technika rohamos fejlődésével a sebészek nem akartak és nem tudtak belenyugodni abba, hogy tüdősérülések esetében összetett kezekkel nézzék a vérzést és várják annak megszüntét. *W. Koch* volt az első, a ki felvetette az eszmét, hogy ilyen tüdővérzéseknél is meg kellene kisérleni a direct vérzéscsillapítást; utat kell nyitni a mellkasfalon át és a vérzés forrását kell felkeresni. Az eszme különösen a franczia sebészeknél talált követőkre.

*Tuffier* 9 tüdősérülés esetében, a haemothorax kibocsátása után a vérző tüdősebet körülöltötte; esetei gyógyultak. *Gluck* egy tüdőlövést említ, melynél a vérzést széles csipők alkalmazásával és cauterisatioval szüntette meg. *Michaux* a bal tüdő lövése következtében fellépő erős vérzést két borda 10 cm. darabjának resekálása után a tüdő hilusának tamponálásával csillapította. *Thiel* egy esetben, a hol mindkét bal lebeny keresztül volt löve, bordaresectio után a tüdősérülés helyének körülöltése után csillapította a vérzést. *Habart* a bal tüdő alsó lebenyéből származó vérzést szúrás következtében Schede-féle thoracoplastikus lebeny készítése után tamponaddal csillapította. *Omboni* és *Küttner* közlése szerint a búr háborúban egy angol orvos szintén megkisérelte a vérzés ilyen csillapítását, de a beteg meghalt.

Daczára annak, hogy ezen esetek egy jó részében gyógyulással végződött a beavatkozás, mégis csak szerencsésen végződő kisérlet számba mennek ezen esetek. Nem nagy azon sebészek száma, kik ezen súlyos beavatkozást követendő eljárásként ajánlják tüdősérüléseknél (*Tuffier, Reclus, Michaux, Delorme*). *Lucas-Championnière* találóan jegyzi meg, hogy ilyen nagy mütéttel sokkal inkább veszélyeztetjük a beteg életét, mintha csak immobilizálásra szorítkozunk. Két tüdősérülés esetét említi, melyek daczára az igen erős vérzésnek, minden activ beavatkozás nélkül meggyógyultak és hozzáteszi, hogy meghaltak volna, ha a vérző edények megkeresése czéljából megnyitotta volna mellkasukat. „Nem a beavatkozás nagyságától félek — mondja —, hanem a beteg állapotától a beavatkozás perczében.“ „In allen Fällen penetrierender Verletzungen, ob eine schwere Haemoptoë, Pneumothorax oder Haemothorax vorliegt, empfiehlt sich absolute Ruhe und Vermeidung jedes stärkeren Eingriffes“ mondja *Gerulanos*. „Gerade solche Patienten, welche unter Umständen viel Blut verloren haben, sind am venigsten im Stande eine schwere Operation auszuhalten.“

Minden tüdősérülésnél a kiömlő vérnek csak kisebb része távozik a bronchusokon át, nagyobb része a mellürben gyülemlik meg. Ezen kiömlött vér a tüdőt összenyomván, a légzőfelületet kisebbíti és ezért a dyspnoët fokozza ugyan, de másrészt épen a tüdő compressioja miatt jelentékeny szerepe van a vérzés megszüntében. Ebből a therapiára nézve az következik, hogy a kiömlött vér a mellüregből művileg csakis akkor távolítandó el, ha az mennyiségénél fogva súlyos nyomási tüneteket okoz, vagy ha felszívódása késlekedik, mert a kiömlött vér korai kibocsátása könnyen oka lehet a vérzés újbóli felléptének. Ezért a punctiót haemothorax esetében csak akkor végezzük, ha a tüdő sebét gyógyultnak, a sérült edényeket eléggé ellenálló thrombusokkal zártaknak tarthatjuk, tehát a vérzés erőssége szerint 2—3 hét mulva a sérülés után. De ekkor sem tanácsos 5—600 $cm^3$-nél többet egyszerre kibocsátani, inkább később meg kell ismételni a punctiót. Azonban a punctioval 3 hétnél tovább nem jó várakozni, nehogy az összenyomott tüdő tágulási képességét elveszítse.

Klinikánkon 42 penetráló szúrás után 7 esetben, 89 lövés közül 55 esetben észleltünk haemo horaxot; ezen utóbbi 55 eset közül 5-nél kellett punctiót végezni. A szúrások után keletkezett 7 haemothorax közül egy esetben kellett csak a vért kibocsátani; ebben az esetben 4 izben végeztetett thoracocenthesis Dieulafoy-féle aspiratorral; a vérgyülem elgenyedése végül még egy thoracotomiát tett szükségessé. Ezen 6 eset kivételével a többiben minden beavatkozás nélkül felszívódott a kiömlő vér és az összenyomott tüdő helyét újra elfoglalta.

A tüdőelőesések kezelése a prolabált tüdő állapota szerint különböző. Friss esetben, a hol a pangásnak vagy elhalásnak jelei nincsenek, legczélszerűbbnek tartjuk az előesett tüdőrésznek minél hamarábbi visszahelyezését előzetes leöblítés és megtisztítás után; három említett esetünkben is így jártunk el, a nélkül, hogy a repositionak valami hátrányát észleltük volna; mind a három esetünk simán gyógyult. Igaz ugyan, hogy az előesett tüdőrészlet magától is visszahúzódhatik, azonban ezen önkéntes retractiora még sem lehet minden esetben számítani és az infectio veszélye is fokozódik. Ezért nem tartjuk czélszerűnek várakozó álláspontra helyezkedni, mint azt *Pirogoff* és *Stromeyer* ajánlják. A korai repositioval a legtöbben jó eredményt értek el *(Sanberg, Scharf, Adler, Heider* stb.), egyedül *Craig* egy esetében, a hol az egész bal alsó tüdőlebeny volt előesve egy serétes lövés után, genyedt el és necrotizált a reponált tüdőrész. De ennek daczára mégis gyógyult az eset.

Ha a prolabált tüdőrészen a pangás vagy az elhalás tünetei észlelhetők, akkor természetesen nem lehet az előesett részt visszahelyezni; ilyenkor vagy a prolabált rész ligaturája és az elhalt rész ellökődésének bevárása czélszerű, mint azt *Riedinger* ajánlja, vagy pedig az előesett rész lemetszése végezhető előzetes körülöltés után.

A mi a mellkas áthatoló lövési sérüléseinél a testben maradt *golyó sorsát* illeti: ezen esetekben is azon eljárást követjük és tartjuk czélszerűnek, a melyet a nem áthatoló lövéseknél már említettünk; t. i. a golyót nemcsak akkor távolítjuk el, ha bárminemü zavart okoz, hanem akkor is, ha kis beavatkozással könnyen elérhető. Az észlelt 89 lövési sérülés közül 82-ben a golyó a testben visszamaradt, 7-ben a lövés kimeneti nyílással is birt. Az előbbi 82 eset közül 13-ban a golyót eltávolítottuk; egy esetben a golyó a mellüregnek a keletkezett empyema miatti megnyitása után magától távolódott el. Ezen eset a következő:

J. Károly, felvétetett 1892. XII/14-dikén. Öngyilkossági szándékból kétszer mellbe lőtte magát. Egyik bemeneti nyilás a bal parasternalis vonalban az 5. bordaközben, a második ugyanezen bordaközben a mellső hónalji vonalban. Bőr alatti emphysema, pneumothorax, haemoptoë, majd XII/15. haemothorax, mely baloldalt mellül a 2-dik borda magasságáig ér. Állandóan lázas, 38—39·5°. A tompulat nem csökken, ezért XII/29., 1893. I/7. és I/10-dikén punctio végeztetett; mind a háromszor tiszta vér lett kibocsátva. Ennek daczára sem a láz, sem a tompulat nem csökkent; I/14. próbapunctiónál már genyes volt a kiszivattyúzott folyadék, ezért I/15. bordaresectio végeztetett; a mellűrből nagy mennyiségű genyes vér ömlik. I/17. kötésváltoztatásnál a kiömlő genynyel együtt egy 7 mm. golyó is eltávozik. I/19-dikétől kezdve a váladék folyton kevesbedik, a tompulat kisebbedik, úgy hogy a beteg V/27. teljesen gyógyultan távozik.

Egy további esetünk, melynél a golyót egy tályogüregből a háton távolítottuk el, illustrálására szolgál annak, hogy a tüdőszövet az infectionak mennyire képes ellentállani. A golyó a tüdőt keresztülfúrta és a lapoczka csúcsánál a bőr alatt megakadt; a golyó körül tályog keletkezett; tehát a golyó mindenesetre inficiálva volt és ennek daczára sem inficiálódott az egész lőcsatorna, nem fejlődött empyema.

K. Ágnes, felvétetett 1900. VIII/15. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát. Bemeneti nyilás a bal második bordaközben a parasternalis vonalban; körülötte tenyérnyi terjedelemben bőr alatti emphysema; baloldali pneumothorax. Erős haemoptoë. Lövedék nem tapintható. VIII/18. Emphysema eltünt, haemoptoë még fennáll. A bal spina scapulae és a gerinczoszlop között nyomásra érzékeny hely van. Lázas. VIII/20. Az említett helyen a bőr tenyérnyi terjedelemben lobos és VIII/22. hullámzás. Bemetszés. Kis almányi, genynyel és szövetczafatokkal telt tályogban egy 7 mm. golyó találtatik. VIII/23.—IX/8. a haemoptoë, láz megszünik, bemeneti nyilás teljesen, a tályog helye még nem egészen hámosodott be. IX/9. kis sarjadzó sebbel a háton távozik.

Ezen eset igazolja *Gross*-nak állítását: „Die Toleranz der Lunge gegenüber chirurgischen Eingriffen beruht nicht zum geringsten Theil auf ihrer Widerstandsfähigkeit gegen eitrige Infection; gerade diese Eigenschaft verleiht auch den penetrirenden Schussverletzungen ihre günstige Prognose.“ Hogy azonban a tüdőben visszamaradt golyó nem minden esetben gyógyul be reactio nélkül, hanem súlyos zavarokat is okozhat, arra is több példát találunk az irodalomban; így *Christovitsch* lövési sérülés utáni 6-dik napon fellépett tompulat és láz miatt a mellüreget megnyitotta és ekkor kitünt, hogy a visszamaradt golyó körül a tüdőszövet necrotizált; a golyó eltávolítása és tamponade után gyógyulás következett be. *Gross* esetében a tüdőszövetben körülirt tályog keletkezett, mely a bronchusba tört át és a golyó is valószinüleg ez úton távozván, önként gyógyulás állott be.

Miután fentebb már részletesen targyaltuk azon elveket, melyek szerint klinikánkon a penetráló mellkasi szúrásokat és lövéseket kezeljük, nézzük, hogy milyen eredményeket értünk el.

38 penetráló szúrási sérülés közül (4-et mint a szívnek, a pericardiumnak, valamint a nagy edények sérülésének eseteit nem számítva ide) egy sem halt meg. 31-ben a tüdősérülésnek biztos jelei voltak jelen. A 38 eset közül 30-ban a sebet varratokkal egyesítettük; a 8 eset közül nem egyesítettük a sebet 4-szer, mert felvételkor annak környéke már lobos volt, 1-szer annak kicsinysége miatt, 1-szer, mert a beteg nem akart az egyesítésbe beleegyezni és végül 2-szer azért, mert a szúrcsatornát ruhafoszlányokkal erősen inficiáltnak találtuk.

*A 30, varrattal egyesített seb közül 21 per primam egyesült,* 1-nél empyema fejlödött, 4-nél a mellkas falára localizálva maradt az infectio; 3-nál fonálgenyedés lépett fel, egy betegünk pedig a seb egyesítése utáni hatodik napon klinikánkról távozott.

A *nyolcz nem egyesített seb* közül egynél empyema, egynél pneumonia fejlödött, három phlegmone lezajlása után, három minden zavar nélkül sarjadzással gyógyult. Azon két eset, a hol empyema fejlödött, bordaresectio után gyógyult; egyik ezek közül a sérülés utáni 11-dik napon került kezelésünk alá. A másik esetben nagy haemothorax genyedt el; a varratokkal elzárt sebet az ötödik napon szétnyitottuk, de a szúrcsatornában magában a gyuladásnak jeleit nem találtuk.

A *penetráló 86 lövési sérülés közül* (3 esetét a pericardium és a szív sérülésének nem számítva ide) csupán 5-ben hiányoztak a tüdősérülés tünetei. A 86 eset közül meghalt összesen 11: még pedig 3 haldokolva hozatott és a felvétel után 1—5 óra mulva halt meg. Ezen három esetben a bonczolat a bal tüdő mindkét lebenyén, a jobb tüdő felső, illetve a bal tüdő alsó lebenyén keresztülhaladó lőcsatornát és elvérzési halált mutatott ki. Negyedik esetünkben a halál a felvétel utáni napon következett be; mindkét bal lebeny keresztül volt löve.

Négy további eset közül a halál kettőben 3, egyben 5 és egyben 6 nap mulva következett be; közülök 1 (a melyik a 3-dik napon halt meg) nem lett bonczolva, de a halál elvérzés tünetei között állott be; a többi 3 esetben a bonczolat nagyobb tüdősérülést és elvérzést constatált.

Végül három esetben a halálnak sepsis volt az oka; közülök kettőnél a bonczolat genyes pleuritist és pericarditist (szívsérülés nélkül) mutatott ki. Ezen két eset közül az egyik 5, a másik 7 nap mulva halt meg. A harmadik esetben a tüdő gangraenája és pleuritis fejlödött.

Sch. Salamon, felvétetett 1900. VII/6. Öngyilkossági szándékból mellbe lőtte magát. Bemeneti nyilás a bal 6-dik bordaközben a mellső hónaljvonalban; körülötte kiterjedt bőr alatti emphysema. Haemoptoë. VII/7—VIII/14. Haemothorax fejlődött, mely nem akar visszafejlödni. Beteg állandóan lázas; nagy fájdalmak baloldalt. Kétszeri punctionál csak vért lehetett a mellűrből kiszivattyúzni. VIII/14. a bemeneti nyilás körül a bőr tenyérnyi terjedelemben lobos. VIII/15. Thoracotomia; nagy mennyiségű híg, igen bűzös eves geny ürül. Beteg igen gyenge VIII/17. Exitus. *Bonczlelet*: Bal tüdő alsó lebenyén keresztül haladó lőcsatorna; ezen része a tüdőnek üszkös; baloldali eves mellhártyalob.

A *gyógyult 75 eset* közül egynél pneumonia zajlott le, kettőnél empyema keletkezett és egynél a bemeneti nyilás körül a bőr tenyérnyi terjedelemben elhalt és transplantatiót tett szükségessé. Mindkét empyema bordaresectio után gyógyult.

*71 eset minden complikatio nélkül gyógyult,* csupán ötször kellett haemothorax miatt punctiót végezni.

* * *

Ha a penetráló szúrásoknál elért eredményeinket összehasonlítjuk *Klett*-nek a szúrcsatorna primaer desinfectioval kezelt eseteivel, látjuk, hogy azok nemcsak nem rosszabbak ezeknél,

hanem még jobbak is. *Klett* 28 ily módon kezelt esete közül 5-nél fejlödött empyema, míg a mi 60 varrattal egyesített szúrásunk után csupán egyszer. *Ezen eredmények azt mutatják, hogy friss szúrt sebek a gyakorlatban aseptikusaknak tekinthetök és mint ilyenek kezelhetök is épen úgy, mint a lött sebek.* A szúrcsatorna feltárása egész lefutásában desinfectio czéljából, ha nem is ártalmas, de mindenese're felesleges mütét, mely még hozzá a gyógytartamot is meghosszabbítja.

Ha a penetráló mellkasi lövések kimenetelét tekintjük eseteinkben látjuk, hogy 86 eset közül 3-at sepsisben, 8-at elvérzésben veszítettünk el. Ezen esetek közül eljárásunk rovására csupán a 8 elvérzettet lehetne irni, mert a tüdöben végighaladó löcsatorna desinfectioja nem áll hatalmukban; annak feltárása kivihetetlen, legalább ez idö szerint még nem ajánlották. A 9% elvérzés mindenesetre nagy szám, de szemben áll vele 91% gyógyulás: oly nagy százalék, a milyent valószinüleg a vérzést helybelileg csillapítani akaró eljárások egyike sem tud felmutatni. *Azt hiszszük, hogy a tüdösérülések exspectative kezelésével elért eredmények nem oly rosszak és a radicalis beavatkozással elért eredmények nem olyan jók, hogy a régi eljárástól eltérni komoly okunk volna.*

Végre csak néhány szóval a *pericardium- és a szívsérülések kezeléséről* akarunk megemlékezni. Részleteket, különös a mütéti beavatkozás technikáját illetöleg az újabban megjelent nagy számú és a tárgyat kimerítöen tárgyaló közleményekben találunk.

A klinikánkon észlelt két szívburoksérülés közül az egyik minden mütéti beavatkozás nélkül gyógyult, a másik a sérülés utáni 10-dik napon genyes pericarditisben és pleuritisben halt meg.

A pericardium sérüléseinek exspectativ kezelése megegyezik a tüdösérülésekével. Hogy czélszerü magatartás mellett tényleg gyógyulnak ilyen sérülések, hogy a vérzés magától is elállhat, még mielött oly nagy fokot ért volna el, hogy a kiömlött vér mennyiségénél fogva a szív compressiojához vezetne, azt nem egy pontosan észlelt eset bizonyítja. *Fischer* az irodalomból 51 pericardium-sérülést állított össze, melyek közül 22 gyógyult. Ha a vérzés életveszélyes jelleget ölt és ha a tompulat a szív felett rohamosan nagyobbodik, ha a pulsus gyengülése és kihagyó volta a szív compressiojára mutat, akkor, mint az élet megmentésének egyedüli lehetösége, a mütéti beavatkozás megkisérelhetö. A szívburok punctioját mint veszélyes és bizonytalan eljárást, ma már nem gyakorolják. A burok szabaddá tétele bordaresectiók után és a pericardiotomia az elterjedt. A burokban meggyülemlett vér kibocsátása és a vérzés forrásának felkeresése és ellátása után vagy be lesz varrva a pericardium sebe, vagy tamponálással nyitva kezelve. *Dalton* az elöbbi eljárást elönyösebbnek tartja azért is, mert a pericardium elzárásával a pleura esetleges infectiojakor a szív meg van kimélve; *Neumann* és *Eichel* a tamponálással értek el jó eredményt.

A mi három szívsérüléses esetünk közül kettö gyógyult, a harmadik a sérülés utáni harmadik napon halt meg.

A szívsérülés gyógyulása legelsö sorban a sebzés helyétöl és minöségétöl függ. Ismeretes, hogy legjobb prognosisúak a szívcsúcsnak és a bal gyomornak különösen ferde lefutású, lebenyes sebei. A penetráló, a szív üregeit megnyitó, vagy a szivet perforáló, kimeneti nyilással biró sérülések általában sokkal súlyosabbak, a pitvarok sérülései pedig mind halálosak. Ez az oka egyrészt annak, hogy tisztán exspectativ kezelés mellett is nagy számú szívsérülés gyógyul, másrészt annak, hogy sok esetben a sérülés halálosan végzödik; még a mütéti beavatkozás sem mentheti meg a beteget. *Rehn* volt az elsö, a ki a szív sebeit varrattal egyesítette. Ezen mütéti eljárásával a szívsérülések kezelésének új módját alapította meg, mely nagy reményekre jogosított és nagy számú követökre talált. Azonban követöinek legnagyobb része nem tudott olyan sikert felmutatni, mint *Rehn*, úgy hogy ez idö szerint még a mütéti beavatkozás statistikája igen nagy mortalitást mutat. *Fontan*, a kinek magának is van egy varrattal gyógyult esete, az irodalomból 38 mütéttel kezelt esetét a szívsérüléseknek állította össze 72·42% halálozással. *Loison* 30 évi irodalmát a szív- és szívburoksérüléseknek állította össze. Ezek között van 90 szívszúrás 79 halállal és 11 gyógyulással; a gyógyult esetek közül 3 pericardiotomiával és tamponálással, 3 burokvarrattal, 2 szívvarrattal és 2 secundaer mütét után (genygyülem miatt pericardiotomia és burok drainage), egy pedig beavatkozás nélkül gyógyult; a 79 halott közül 8 mütött eset volt. *Sherman* táblázatos kimutatását közli az 1896. óta mütétileg kezelt szívsérüléseknek. 34 ilyen eset közül gyógyult 13, meghalt 21 (61·8%). Ezen 21 közül 5 a mütét alatt, 10 késöbb vérveszteségben és 6 infectioban halt meg. *Walker* a szívsérülések 5 esetét közli, melyek közül két esetben a seb bevarratott, de betegei meghaltak; a többi három szúrt seb közül kettö varrat nélkül gyógyult, egy meghalt.

A legutóbbi két év alatt közölt esetek között találunk olyanokat (*Pagenstecher, Ninni, Nietert, Horodynski* és *Maliszewski* két esete), melyekben a szívvarrat sikerült, a vérzés el is állt, de a beteg genyes pleuritis és pericarditis áldozata lett. *Zulehner* egy 7 cm-nyi szúrt sebét a szívcsúcsnak varrattal akarta egyesíteni, de ez nem sikerült, mert a fonalak mind keresztülvágtak; betege elvérzett. *Marion*-nak sikerült ugyan a jobb gyomor lött sebét bevarrni, de a varrat végeztével a szívcontractiók megszüntek. *Horodynski* és *Maliszewski* közölnek egy esetet *Kosinski* klinikájáról, a hol szívcsúcson egy lebenyes penetráló sebet akartak egyesíteni, de a varrási kisérletek alatt az egész lebeny leszakadt; a beteg a következö napon meghalt.

A szívsérülések mütéti kezelésére vonatkozólag is ugyanaz áll tehát, a mit a pericardium sérüléseire vonatkozólag említettünk: hogy t. i. csakis a legszigorúbb indicatio alapján oly sérüléseknél kísérelhetö meg, melyek az életet közvetlenül veszélyeztetö nagy fokú vérzéssel járnak.

Legyen szabad e helyen fönökömnek, *Réczey Imre* tanár úrnak öszinte köszönetemet kifejezni, hogy a kórtörténeteket átengedni és tanácsaival támogatni kegyeskedett.

*Irodalom. Altermatt:* Beitrag zur Kasuistik und Klinik penetrirender Schusswunden, insbesondere über das Schicksal eingeheilter Geschosse. Inaug.-Diss. Zürich. 1895. — *Bardeleben:* Zur Kasuistik der Brustschüsse. Berl. klin. Woch. 1891. — *Bardenheuer:* Herzverletzung durch Revolverschuss. Cbl. f. Chir. 1899. — Bericht über den spanisch-amerikanischen Krieg. Centrbl. f. Chir. 1902. ref. Lühe. — *v. Bramann.* Über die Bekämpfung des nach Lungenverletzungen auftretenden allgemeinen Körperemphysems. Bericht über die Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chir. XXII. Congress. — *Brunner:* Ein Fall von Schussverletzung durch das neue schweizerische Ordonnanzgewehr. Correspondenzbl. f. schweizer Ärzte. 1894. — *Mc Cosh:* A report of twenty cases etc. Centralbl. f. Chir. 1900. ref. Hippel. — *Coler u. Schjerning:* Über die Wirkung der neuen Handfeuerwaffen. Berlin. 1894. — *Craig:* Remarkable shout-gun wound of the thoracic cavity etc. Centralbl. f. Chir. 1902. ref. Lühe. — *Christovitsch:* Pneumotomie avec resection costal pour plaie du poumon par arme à feu. Revue de Chir. 1900. — *Dalton:* A case of stab-wound of the pericardium. Centralbl. f. Chir. 1895. ref. Kulenkampff. — *Eichel:* Die Schussverletzungen des Herzbeutels. Langenbeck's Archiv. 59. k. — *Farkas:* Pericardiale Schusswunde, Pneumopericardium, Haemopneumothorax, Heilung. Pester med. chir. Presse. 1894. — *Finckh:* Ein Fall von Schussverletzung des Herzens. Med. Correspondenzbl. d. würtenb. ärztl. Landesvereins. 1895. — *Flament:* Mort par pénétration d'une aiguille à coudre dans le coeur. Archiv de méd. et de pharmacie militaires. 1892. — *Fontan:* Contribution à la chirurgie du coeur. Bull. de l'Acad. de méd. Anné 66. — *Froriep:* Über Verblutung nach Verletzung einer Intercostalarterie. Beitr. z. klin. Chir. 22. k. — *Gerulanos:* Über den jetzigen Stand der Lungenchirurgie. Zeitschr. f. Chir. 49. k. — *Graetzer:* Über Späteiterung nach Schussverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. 24. k. — *Gross:* Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. 24. k. — *Habart:* Operative Behandlung von Lungenverletzungen. Wiener klin. Woch. 1898. — *Hecker:* Unterbindung der art. mammar. int. nach perforirender Stichverletzung. Deutsche militärärztl. Zeitschrift. 1897. — *Hildebrandt:* Beobachtungen über die Wirkungen des kleinkalibrigen Geschosses aus dem Boerenkrieg. Arch. f. klin. Chir. 65. k. — *Holz:* Stichverletzung des Herzens mit Ausgang in Heilung. Med. Correspondenzblatt des würt. ärzt. Landesvereins 1894. — *Horodynski u. Maliszewski:* Über Herzwunden. Centralbl. f. Chir. 1900. ref. Trzebicky. — *Huguet et Péraire:* De la conduit du chirurgien dans le cas de plaie pénétrante de poitrine par arme blanche. Revue de Chir. 1895. — *Karlinski:* Zur Frage der Infection von Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen. Centralbl. f. Bakt. 22. k. — *Kayser:* Experimentelle Studien über Schussinfection. Beitr. z. kl. Chir. 26. k. — *Klett:* Zur Behandlung der Thoraxverletzungen. Zeitschr. f. Chir. 49. k. — *Koller:* Experimentelle Versuche über die Therapie inficirter Schusswunden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 47. k. — *Küttner:* Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem südafrikanischen Kriege. Beitr. z. kl. Chir. 28. k. — *Lejars:* Technik dringlicher Operationen. Jena. 1902. — *Loison:* Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement. Revue de chir. 1899. — *Marion:* Intervention pour plaie du coeur. Presse méd. 1899. — *Mohr:* Schussverletzungen durch kleinkalibrige Gewehre nach den Erfahrungen der letzten Feldzüge. Langenbeck's Archiv. 63. k. —

*Momburg:* Über penetrirende Brustwunden und deren Behandlung. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 19. k. — *Mosetig-Moorhof*: Ein seltener Fall von Schussverletzung der Lunge. Wiener med. Presse. 1889. — *Nanu:* Un cas de plaie de coeur. Cbl. 1900. ref. Mohr. — *Neumann:* Operativ geheilter Fall von Herzbeutelverletzung. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 1897. — *Nietert*: Penetrating wounds of the heart. Centrbl. 1902. ref. Läwen. — *Ninni*: Un ultra sutura del cuore. Centrbl. 1902. ref. Most. — *Pagenstecher:* Durch die Naht geheilte Wunde des linken Ventrikels. D. med. Woch. 1899. — Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie. D. med. Woch. 1901. — *Perthes:* Über ein neues Verfahren zur Beseitigung des Pneumothorax. Beitr. z. klin. Chir. 20. k. — Schussverletzung der Arteria pulmonalis und Aorta. Beiträge z. klin. Chir. 19. k. — *Prochnov:* Útmutató a hadsebészetben. Budapest 1898. — *Probst:* Recherches sur l'infection des plaies par armes à feu. Thèse inaug. Berne. 1896. — *Pustoschkin:* Versuche über Infection durch Geschosse. Inaug.-Dissert. Bern. 1895. — *Reclus:* La chirurgie du poumon. La sem. méd. 1895. — *Rehn:* Fall von penetrirender Stichverletzung des rechten Ventrikels. Centralbl. f. Chir. 1896. — *Riedinger*: Die Verletzungen des Thorax und seines Inhaltes. Handbuch der prakt. Chirurgie. 1902. — *Ringel*: Erfahrungen über Schussverletzungen im südafrikanischen Kriege. Centrbl. f. Chir. 1901. — *Schlirf*: Über Verletzung der Thoraxarterien. Inaug.-Dissert. Würzburg. 1883. — *Seelhorst:* Zwei Fälle von Schussverletzung. Monatschrift f. Unfallheilk. 1898. — *Sherman:* Suture of heart wounds. Cbl. f. Chir. 1902. ref. Trapp. — *Thiel:* Operativ geheilte Schussverletzung beider linken Lungenlappen. Centrbl. f. Chir. 1902. — *Tuffier:* Chirurgie du poumon. Méd. moderne. 1897. — *Voss*: Die Verletzungen der Art. mammar. int. Inaug.-Dissert. Dorpat. 1884. — *Walker*: Über Herznaht. Centralbl. f. Chir. 1901. — *Watten:* Zur operativen Behandlung der Stichverletzung des Herzens. Deutsche med. W. 1901. — *Wetzel:* Über Verletzungen der Brust. Münch. med. W. 1902. — *Wiemuth:* Die Behandlung der Schussverletzungen. Langenbeck's Archiv. 60. k. — *Weisz:* Casuistikus közlemény a mellkas szúrt sebesüléséről. Orvosi Hetilap. 1901. — *Zemp*: Zur Kasuistik der Herz- und Aortawunden. Inaug.-Diss. Zürich. 1894. — *Zulehner:* Zur Herznaht. Wiener klin. Wochenschr. 1901.

# TÁRCZA.

## A német sebészek társaságának XXXII. congressusa.

Szokatlan időben, a rendes húsvéti hét helyett pünkösdkor és szokatlan kevés számban gyültek össze a német sebészek évi beszámolójuk helyére Berlinbe.

„A meleg a testeket kiterjeszti; a physika ez alapvető tételét megczáfolja congressusunk, mert számban és qualitásban megfogyva gyültünk össze ez idén, a meleg pünkösd hetében.“ E szavakkal kezdte pohárköszöntőjét König, a társaság ősz, de maliciájában még mindig fiatal disztagja. Az 1200-at meghaladó tag közül csak 525-en jelentek meg és hiányoztak a congressus legtypikusabb és legismertebb alakjai. Esmarch, Czerny, Bergmann, Mikulicz elmaradtak, és elmaradtak Kocher és Gussenbauer. Új erők léptek helyükbe s e változás rányomta bélyegét a tárgyalás menetére is. A viták, birálatok szűk térre szoritkoztak, a miben nagy része volt a katonás pontosságú, sneidig elnöknek Küsternek, a ki kezében órával ellenőrizte az előre megszabott 20, illetve 5 percznyi idő betartását.

A viták helyébe az új, sokszer kiforratlan, de termékeny eszmék és ajánlatok zaja lépett. A tárgyak sokaságában egy tárcza szűk keretei között lehetetlen a felvetett eszmék teljes képét adni. Igyekszem a legfontosabb adatok összeállításával a lényegesebb újításokat ismertetni.

Előre bocsátom azokat a tárgyakat, melyek általános biologiai és pathologiai érdekkel birnak. Ezen a téren igen érdekes adatokat közölt Krause. Nem traumás Jackson-féle epilepsia eseteiben pontos agykéreg izgatási kisérleteket végzett. Unipolaris, igen gyenge áramokkal való izgatással bebizonyithatta, hogy Sherringtonnak magasabb rendű majmok agyán talált eredményei az emberre is állanak. Szerintük a mozgató központok kizárólag a gyrus centralis anteriorra szoritkoznak s nem, mint a hogy azt eddig az összes idevonatkozó agysemák állitják, a gyrus centralis posteriorra is. Krause eseteiben felkereste a görcs kiinduló pontjának megfelelő kéregmezőt s ennek kiirtásával ez ideig az epilepsiás görcsök elmaradását elérte. A végleges gyógyulásról még szó sem lehet, a mint azt Braun esete mutatja, mely az irodalomban mint az egyetlen biztos gyógyulás szerepelt s melyről Braun a discussio folyamán elmondta, hogy 7½ évi „gyógyulás“ után status epilepticusban elpusztult. A gyrus praecentralis fontosságára különben újabban Horsley nyomán Kocher is felhivta a figyelmet.

Főleg élettani érdekű Körte (Berlin) egy esete, melynél a choledochus benyilásánál székelő heges szűkület miatt a duodenumot kellett megnyitnia. A ductus Wirsungianusba bevezetett vékony draincsővel 2 héten át tiszta pankreas nedvet gyüjtött. Mennyisége óránként 15 és 50 kcm. között változott. A tiszta pankreasváladék sem zsir, sem fehérje emésztésére nem volt alkalmas. Csak az esetben volt biztos emésztő hatása, ha a bélnyálkahártya kipréselt nedvével keverték.

Állatnemeken végzett kisérletek alapján Wessely (Berlin) azt állitja, hogy meleg helybeli behatására a csarnokvízben a véráram antitoxikus és haemolytikus elemei bővebben találhatók, akkor is, ha az antitoxikus anyagokat mesterségesen vittük be az illető szervezetbe. Azon reményét fejezte ki e kisérletek alapján, hogy a meleg helybeli alkalmazásával lehetséges lesz az antitoxikus anyagok gyüjtése, localizálása.

A jodoform sokat vitatott antiseptikus értéke új világitásban jelent meg Heile (Breslau) kitünően rendszeres kisérleteiben. A test különböző szövetei bakteriumok jelenlétében csak akkor fejlesztenek a jodoformból antiseptikus anyagokat, ha anaërob viszonyok közé hozzuk e keverékeket. A szabaddá váló test, melynek a jodoform desinficiáló hatását köszöni, valószinüleg acetylendijodid. Ez a körülmény magyarázza a jodoform jó hatását a testüregekben, a levegőtől elzárt sebek gyógyulásánál, mely esetekben a leghatalmasabb desinficiensnek bizonyult Heile kisérleti berendezésében is.

Az aseptikus sebkezelés fényes eredményeit bizonyitották Neuber és Dührssen előadásai. Előbbi aseptikus műtéteknél 97·5% teljes prima intentiót ért el, Dührssen 150 haláleset nélkül végzett vaginalis totalexstirpatioról számol be.

* * *

A congressus legérdekesebb része a sziv és az erek sebészetével foglalkozott. Hoppfner (Berlin) nagyszámú állatkisérlettel kimutatta, hogy több centimeternyi vivő- és verőérdarabok pótolhatók más állatról, vagy ugyanazon állatról vett érdarabokkal, a nélkül, hogy a vérkeringésben a legkisebb zavar mutatkoznék. A véredényátültetés technikája a Payr-féle magnesium-gyűrű módositásán alapul. Az egyik arteriacsonkot intimájánál fogva a gyűrűbe húzzuk és megkötjük; e fölé húzzuk a másik csonkot keztyűujj módjára és egy körkörös ligaturával megerősitjük. A bemutatott készitményeken az intima hege alig látszott. Mint kisérleti curiosumot említi egy csonkitott végtag replantatioját. 3 kisérlet közül a vérerek összevarrásával sikerült 6 napig keringést fentartani. Az intercurrens betegségekben elhalt állat bonczolásánál kiderült, hogy a replantált végtagban a keringés teljesen helyreállott, s hogy a sebvonalban a reparativ folyamat megkezdődött.

Schwerin (Berlin) és Noll (Hanau) egy-egy varrattal gyógyitott szivsérült beteget mutatott be. A discussio folyamán a szivvarrással gyógyitott esetek bőséges casuistikája merült fel. Az eredmény aránylag igen kedvező. 51 eset közül körülbelül 40% gyógyult. Tanulságos, hogy az összes műtők 1—2 borda resectiojával elég teret kaptak a varrat megejtéséhez. A szivcsúcsba akasztott vezetőfonállal a szivet előhúzva, a sebhez mindannyian könnyen férhettek és a varratokat könnyen alkalmazhatták. A narcosis daczára a sziv e tetemes vongálása lényegesebb keringési zavart egy esetben sem okozott. Minthogy a mellhártya legtöbb esetben a lövés folytán amúgy is megsérül, nagyobb, különösen franczia szerzők által ajánlott bevezető műtétek, melyek a pleurasértés kerülésére és bő betekintésre törekednek, feleslegesek.

Három eset kapcsán Brauer, heidelbergi belgyógyász ajánlatára Czerny klinikáján egy új műtétet, a cardiolysist kisérlették meg kitünő eredménynyel.

Synechia pericardii et pleurae eseteiben, melyeknél a csontos mellkasfal systolikus behúzódása a szivizomzat erejét bizonyitja, a szivet fedő bordáknak és csonthártyának kiirtásával a sziv munkáját lényegesen könnyithetjük. Mindhárom esetben a súlyos ascites, a máj pangásos megnagyobbodása a szivincompensatio magas fokára mutatott. Ugy ezek a tünetek, mint a súlyos lélegzési zavarok a műtét után, mely a 3.—5. bordák és csonthártyájuk resectiojából, egy esetben a szegycsont egy részének eltávolításából állott, teljesen visszafejlődtek.

A méhüreg sebészetének egyik legfényesebb eredményét Eiselsberg egy bemutatott esete képezte. A mediastinum anticumból eltávolitott dermoidcystáról volt szó, mely emberfejnyi nagyságú és tartalmának kiürítése után 2500 gm.-nyi volt. 4 bordának részben temporaer resectiojával sikerült a daganatot a nagy erekről és a szivről lefejtenie. A gyógyulás elég sima volt.

Mint nagy ritkaságot említek még 2 esetet, melyekben kétoldali pneumothorax gyógyulással végződött. Az egyik esetben (Franke, Braunschweig) idősebb asszony létéről leestében seprűnyéllel átdöfte mellkasát. A seprű nyele az ellenkező oldali mellkasfalon fúródott át és itt is megnyitotta a mel hártyát. A kezelés a két seb lehetőleg légmentes tamponálásából állott. Az egész testre kiterjedő bőremphysema néhány nap alatt visszafejlődött, a gyógyulás 2 hét alatt be volt fejezve. Hasonló ehhez egy lövési sérülés, mely ugyancsak kétoldali nyitott légmellet idézett elő. Ez esetben a tüdőnek a mellkasfalhoz való rögzitése vezetett egyik oldalon a lélegzés helyreállításához. A discussioban a szólók többsége ezt az eljárást, a tüdőnek a mellkas sebéhez való fixálását fogadta el mint a legészszerűbb kezelést.

* * *

Kevés új adatot szolgáltatott a hasüri zsigerek sebészete. Az az intensiv munka, mely e téren az utolsó 20 év alatt a sebészeket foglalkoztatta, mintha kimerítette volna a themát, vagy talán csak az érdeklődést szüntette. Néhány technikai újitáson kivül, melyek ábra nélkül érthetetlenek s igy csak rövid említésben részesülhetnek (Narath „Gastrophor“-ja, Kader gastroenterostomiája), csak egyszer lobbant fel az általános érdeklődés, midőn Payr az appendicitisnek, főleg a korai műtétnek kérdését vetette fel. Riedel szenvedélyes fellépése, melylyel a „legkoraibb korai operatio“ mellett kardoskodott, lehetetlenné tett minden vitát, mely pedig Sonnenburg és Federmann-nak a fehér vérsejtszámlálás értékéről tartott előadása után igen érdekesnek igérkezett.

Az egyetlen igazán új eljárás, mely ez évben a hasüri sebészet terén született, a hasnyálmirigy zsiros elhalásának sebészi kezelése. Bunge (Königsberg) mutatott be egy gyógyult esetet, melynél a pankreas tájának drainezése az elhalást megállította és teljes felgyógyulásra vezetett. Bunge szerint az eredmény titka a gyors tájékozódásban és a műtét gyors elvégzésében rejlik. Esetében a viszonyok annyiban

voltak kedvezőek, hogy a tájékozódást a ligamentum gastrocolicum egy részének zsíros elhalása és így a pankreas gyors megközelítése könnyítette meg. Bunge a zsírelhalás és vérzések okát emboliákra vezeti vissza, mert paraffin- és levegőembolatokkal sikerült állatoknál szabályos zsírelhalásokat létrehoznia. Korai diagnosisban, korai és gyorsan kivitt tamponálásban rejlik a sikeres kezelés kulcsa.

* * *

A végtagok sebészi betegségei közül nagy érdekűek és gyakorlati fontosságúak Borchard és Körte esetei, a kik rosszindulatú csontdaganatoknál a megbetegedett rész resectiojával teljes gyógyulást ($1^1/_2$—$3^1/_2$ évig ellenőrizve) értek el. Természetes, hogy csakis aránylag jóindulatú sarcomák (myelogen forma) és csakis addig alkalmasak a resectiora, míg a csonthártyát át nem törték.

Oly álizületek gyógyítására, melyek semmiféle eddig ismeretes eljárásra nem gyógyultak, Reichel (Chemnitz) csonthártyával és bőrrel átültetett csontlebenyekkel minden esetben czélt ért. A lebenyt a túloldali végtagról vette. Eljárásának czélja, hogy a tönkrement csontképző sejteket a periosteum friss sejtjeivel pótolja.

Elavult, nagy diastasissal járó térdkalácstörés egy esetében Schanz (Dresden) a sorvadt nyújtó izomzatot a sartoriussal pótolta. Az eredmény idealisnak mondható.

Magyar sebészeink közül Dollinger mutatta be százat jóval meghaladó statistikus anyagán a nyaki gümős mirigyeknek subcutan kiirtását. Eljárására, melynek tárgya nálunk jól ismert, nem kell kitérnem; mint új munkára azonban reá kell utalnom azon pontos anatomiai dolgozatra, melylyel a nyaki mirigyek topographiáját az élőn végzett tanulmányai alapján ismerteti.

Ha a nyak sebészeténél még kitérek Payrnek a strumafistulákról tartott előadására és Wullstein (Halle) eljárására, a ki a caput obstipum műtéteinél nem elégszik a beteg fejbiccentő átmetszésével, hanem az egészséges izom megrövidítését látja szükségesnek, a congressus érdekesebb előadásait nagyjában kimeritettem.

Nem tértem ki a húgyivarszervi sebészet és a testegyenesítés keretébe vágó tárgyakra, melyekről lapunk más referensei számolnak be. A keret, melybe rövid ismertetésemet szoritani kellett, így is oly szűk, hogy a 91 előadás közül csak néhányat, azokat is csak körvonalaikban vázolhattam, azokra fektetvén a fősúlyt, melyek új adatokat szolgáltattak a sebészetnek. Az ily referatum úgyis hasonló a madártárlatból vetett tekintethez, mely csak a körvonalakat rajzolja meg, a tartalom és a részletek a távol ködébe vesznek.

*Manninger Vilmos* dr.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Összefoglaló szemle.

### Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: **Pólya Jenő Sándor** dr. műtő.

(Folytatás.)

A temperaturánál még fontosabb diagnostikus momentum a pulsus. Szapora és kicsi s a mi ennél is fontosabb, mind szaporábbá és kisebbé váló pulsus jár a peritonitissel együtt. Megszivlelendők azonban azon *Körte* által említett esetek, a melyeknél 80—90 pulsus mellett az egész hasűr tele volt evvel s *Lennander* észleletei, melyek szerint a pulsus a peritonitis kezdetén feszes s csak akkor válik puhává, midőn a szív toxinaemia, mikrobiaemia folytán degenerál, vagy midőn a meteorismus oly fokú lesz, hogy a vérnek a szívhez való ömlését meggátolja s azért szerinte is perczenként 70—80, jó minőségű pulsus nem zár ki egy a has nagyobb részére terjedő genyes peritonitist, persze a pulsus azután gyorsan, néhány óra alatt 110—120-ra szökik fel.

Igen fontos körülmény a pulsus viszonya a hőmérsékhez: mennél nagyobb az aránytalanság a kettő között, annál septikusabbnak kell *Sonnenburg* szerint a peritonitist tekinteni. *Roper*[46] asthenikusnak nevezi az ilyen peritonitist, a hol a temperatura nem tart a pulsussal lépést s a melynél rendszerint a sepsis egyéb jelei is praevaleálnak.

A pulsus száma a peritonitis előhaladásával arányban folyton nő, javulásával visszamegy, sőt Lennander szerint a reconvalescentia alatt retardálttá válik, 60—48-ra, sőt 40—42-re is leszállhat. Azért a pulsusszámból általában igen nagy horderejű következtetéseket vonhatunk a beteg állapotára; 100—120 között a prognosis relative jó, 120—140-nél igen kétes és 140 felett már absolute rossz; azonban nem szabad feledniink, hogy a pulsus száma az egyéni ingerlékenységtől is nagy mértékben függ s hogy fennálló fájdalmak esetén a pulsus-szám aránytalanul magas, minősége aránytalanul rossz lehet; azért *Krogius* is említi, hogy morphin-injectiora a pulsus feltünően megjavulhat, lassúbbá, erősebbé válhatik, mig egy fájdalomroham fonálszerűvé, megszámlálhatatlanná teheti.

A pulsussal egyenlő fontosságú a légzés megfigyelése. A peritonitisre a szapora, felületes, costalis légzés a jellemző; a rohamos, erőlködő légzés, melynél az orrczimpák is mozognak, absolut rossz jel s a közeli véget mutatja.

Igen sokat, némelyek szerint legtöbbet kell adni a beteg közérzetére, arczára, küllemére. Az arcz kezdetben (az esetleges perforatiós shock elmulása után) sokszor kipirult, a szemek fénylők s a typikus facies peritonitica, a beesett szemek, hideg veritékkel borított homlok, szenvedő arczvonások, hegyesen kiálló orr, csak későbbi stadiumokban fejlődnek ki. Jellemző a kiterjedt peritonealis infectiora a betegek nyugtalansága. Pl. műtétek után, midőn még objective alig lehet valamit észlelni, a patiens sajátszerű nyugtalansága, megmagyarázhatatlan aggódó, kényelmetlen érzése, mely a ránczba szedett homlok által külöli magát, utal a súlyos hashártyabeli lobfolyamatra. Nyugodt beszéd, csendes viselkedés, a hashártyabeli lobfolyamat eltokolt voltára vagy kis terjedelmére vall; izgatott magatartás, folytonos mozgásra való vágy, szóáradat, deliriumok a bántalom végzetes természetét mutatják, ép úgy az objectiv tünetek rosszabbodása mellett fellépő euphoria is.

A száraz, deszkaszerű nyelv, a hűvös, hideg veritékkel borított végtagok rendszerint terminalis jelenségek.

Áttekintve a mondottakon, látjuk, hogy a peritonitis classikus symptomái közül egyik sem bir sem állandósággal, sem pedig állandó jelentőséggel; a tünetek egyikéből sem lehet (kivéve a terminalis jelenségeket) a beteg állapotára biztos következtetést vonni. Ép oly kevéssé lehet a peritonitis bizonyos formáira jellegző tünetcsoportokat felállitani.

*Sonnenburg*,[35] a kinek e téren igazán nagy tapasztalatai vannak, hangsúlyozza, hogy mentől több esetet lát az ember, annál inkább lesz oka az egyes symptomák megbizhatatlanságát belátni s hogy ismereteink jelen állása mellett nemcsak a bakteriumos peritonitis különféle formáit nem birjuk egymástól klinice megkülönböztetni, hanem azt sem tudjuk eldönteni, vajjon bakteriumos vagy chemikus peritonitissel, diffus hashártyalob vagy egy tályog mellett fennálló ú. n. peritonealis izgalommal állunk-e szemben. Sokszor még azt sem lehet eldönteni, vajjon a pulsus és temperatura viszonyai magától az appendicularis tályogtól vagy a környező peritoneum állapotától függenek-e. Még jobban megnehezitik a diagnosist ama intoxicatiós symptomák, melyek valamely körülirt tályogból eredő toxinresorptio következményei s melyeket egy kezdődő peritonitis tüneteitől sokszor nem lehet megkülönböztetni. Ezen intoxicatio közönséges tünetei csekély icterus, kevés epefesteny a vizeletben, enyhe fájdalmassága az egész hasnak, néha a végtagoknak is, csekély albuminuria, zavartság; peritonitis ellen szól e tünetek mellett a küllem, a nyelv minősége, a meteorismus hiánya, de közös mindkettőnél az egész hasnak fájdalmassága.

Ritkán leszünk *Sonnenburg* szerint ama helyzetben, hogy appendicitis kapcsán fellépő peritonitisnél biztos diagnosist mondjunk s a diagnosis bizonytalansága alkalmas ok arra, hogy a műtétet halogassuk, a mi pedig azért hiba, mert csak a korán végzett műtéthez fűzhetjük a siker reményét. Azért az operatio elhatározására nézve első sorban az indítson bennünket, ha az egyén súlyos beteg benyomását kelti; magas hőmérsék, combinálva magas pulsus-számmal, elhatározásunkat meg fogják könnyiteni.

*Burckhardt*[30] szerint a peritonitis oly változó kórképében bizonyos neme a szabályosságnak felismerhető, szerinte a has diffus fájdalmassága az „előrehaladó peritonitis“ kezdeti stadiumában a legmalignusabb esetben sincsen jelen és a peritonitises folyamat előrehaladását gyakori és szorgos vizsgálat mellett a nyomásra érzékeny terület növekedésének kimutatása által meg lehet állapitani. A meteorismus oly esetekben hiányzik, a hol az „előrehaladó peritonitis“ egy azelőtt teljesen ép hashártyaüreget támadott meg; ilyenkor a has sajkaszerű behúzódottsága áll fenn s igen malignus, rapiden lefolyó eseteknél a has ilyen állapotában mindvégig meg is maradhat; rendszerint azonban csak rövid ideig észlelhető s meteorismusnak enged helyet. Máskép áll a dolog ott, a hol a tovahaladó peritonitis egy eltokolt intraperitonealis tályogból indul ki, itt a meteorismus már a folyamat elején is fennáll.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**A. Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen.** Zweiter Band. Sechste Auflage. G. Thieme, Leipzig. 1903.

A Rauber boncztana hatodik kiadásának megjelent immár a második kötete is. Ez a kötet 968 oldalra terjed és 4 részre oszlik. Az első az általános és különös angiologiát tárgyalja. A különös rész a szivet, a kis és nagy vérkör edényeit és a nyirokérrendszert irja le, függelékül pedig az idevonatkozó embryologiai, morphologiai és hydraulikus viszonyokat tárgyalja, egy táblázatban a nagyobb edények átmérőit is összeállitva. A munka második része az idegtannal foglalkozik. Az általános rész után leirja a gerinczagyat, az agyat, az agy- és gerinczagyidegeket és külön fejezetet szentel a sympathicusnak. A kötet harmadik része az érzékszervek anatomiáját és fejlődéstanát adja, a befejező negyedik rész pedig a vezető pályák lefutását és megvizsgálásuknak módszereit tárgyalja.

A szöveget 900 szép (közte mintegy 140 új) ábra illustrálja, melyek közül azok, a melyek az idegtan és az érzékszervek körébe tartoznak, a Schwalbe kitünő két munkájából (Lehrbuch der Neurologie és Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane) vannak véve.

Rauber munkája, mint a világirodalom egyik remeke, bizonyára nálunk is el fog terjedni. A kötet ára 18 Márka. *M.*

**Wossidlo: Die Gonorrhoë des Mannes und ihre Complicationen.** Berlin, Verlag von Otto Enslin, 1903.

Wossidlo, ki a fiatalabb német urologusok között már is jó nevet szerzett, e könyvben a férfigonorrhoeáról szóló ismereteinket mesterének, Oberlaendernek elveihez hiven irta meg. Oberlaender-nek és Kollmann-nak tudvalevőleg a gonorrhoeás húgycsőnyákhártya urethroskopiai vizsgálata terén sokat köszönünk és Wossidlo Oberlaender felosztását, felfogásait e téren teljesen osztja.

A könyvben az urethroskopikus, a bougie à boule-lal stb. eszközlendő

vizsgálatok kimeritően vannak ismertetve, mindazonáltal hiányzik benne az *általános* urologiai diagnostikának vázlata, a beteg examen, a váladék, a vizelet, a sedimentumok stb. áttekintése, a vizelet gyakoriságáról, a fájdalomról, vizeletsugár intensitásáról, stb. szóló tünetek csoportositása és áttekintése, a mely nélkül a „complicatiók“ terén alig lehet a kezdőnek, de még a gyakoroltabbnak sem jól eligazodni.

A Janet-féle abortiv és általában az ezen eljárással végzendő gyógykezelésnek nem nagy barátja. A protargolról nem nagy dicsérettel emlékezik meg. Hogy a *dilatatiós* kezelésnek a chronikus gonorrhoeánál nagy hive, az már mesterének befolyása folytán is könnyen érthető. A gonorrhoea kapcsán fellépő complicatiókat, prostatist, cystitist, pyelitist stb. kimeritően és nagy szakavatottsággal tárgyalja. A stricturák operativ gyógykezeléséről, így az impermeabilis húgycsőszűkületekről azonban sehol sem emlékezik meg. Erről úgy látszik megfeledkezett.

A mit azonban a könyv nyujt, azt nagyjában helyeseljük és meggyőződésünk, hogy nemcsak a gyakorló orvos, hanem a szakorvos is haszonnal fogja tanulmányozni. *Sellei* dr.

**Uj könyvek.** *Fellner:* Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Wien, F. Deuticke. — *Kretz:* Die Anwendung der Bakteriologie in der praktischen Medicin. Wien, A. Hölder. — *Deutsch* und *Feistmantel:* Die Impfstoffe und Sera. Leipzig, G. Thieme. — *Boas:* Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Fünfte verbesserte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Sultan* und *Schreiber:* Die erste Hilfe in Notfällen. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Chiari:* Die Krankheiten des Rachens. Wien, F. Deuticke. — *Schmidt:* Die Krankheiten der oberen Luftwege. Dritte Auflage. Berlin, J. Springer. — *Pezzoli* und *Porges:* 12,000 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Wien, F. Deuticke.

# Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

**Az appendicitis lefolyása alatt észlelhető leucocytosisról** irnak *M. Cazin* és *E. Gros* az egész idevágó régibb és újabb irodalom, valamint saját tapasztalataik felhasználásával. Hayem (1889) volt az első, ki a hasüregi genyedések kórismézése czéljából felhivta a figyelmet a vérvizsgálatra és különösen a fehér vérsejtek ilyenkor észlelhető számbeli magatartására; utána Rieder, Grawitz, Limbeck és Cabot foglalkoztak ezen tárgygyal és már ők is jelezték a fehér vérsejtek megszaporodását bizonyos hevenylobos megbetegedések eseteiben, különösen ha azokhoz körülirt genygyülemek társulnak.

Az érdem azonban határozottan Curschmanné, hogy mint első végezte rendszeresen a vér vizsgálatát az appendicularis eredetü genyedések kórismézése czéljából. Vizsgálatainak helyes és hasznavehető voltát, valamint az ezek alapján felállított diagnosisok megbizhatóságát az ezen eljárás alapján megejtett műtétek eredményei által be is igazolta. Kitünt t. i., hogy még az esetben is, mikor az egyéb klinikai tünetek, láz, érverés, közérzet, helybeli érzékenység stb. nem szóltak genyedés mellett, a műtét alkalmával, melynek szükséges voltára a vérvizsgálat eredménye, t. i. a fehér vérsejtek erős megszaporodása utalt, minden esetben geny találtatott. Egy időben ezen 60 eseten alapuló közléssel jelent meg I. C. Da Costa amerikai sebész czikke, ki 118 operált esetében végezte volt ugyanolyan eredménynyel a vér vizsgálatát. Ettől fogva mindinkább foglalkoztak a sebészek és pathologusok ezen kérdéssel. Az összes búvárok (Bäumler, Küttner, Sauerbruch, Schnitzler, Longridge, Wassermann, Coste, Kühne stb.) Curschmann állitásait és eredményeit saját vizsgálataikkal és eredményeikkel beigazolták.

Egészséges felnőtt ember vérének 1 köbmillimeterében talált fehér vérsejtek száma 4000 és 11,000 végértékek között ingadozik; átlag 7500-ra tehető; gyermekeknél magasabb számok sem mondhatók még abnormálisaknak. Egy eléggé elterjedt felfogással ellentétben az appendicitis elejétől fogva a fehérvérsejtek száma a vérben fel van szaporodva, még akkor is, midőn geny képződéséről még szó sem lehet. Ilyenkor 10 és 15,000 között ingadozik a leucocyták száma; 19 és 20,000-et ritkán és akkor is csak nagyon rövid időre találunk, úgy hogy egy könnyű, teljes resolutioval végződő appendicitis roham alatt a fehér vérsejtek számszerinti változásáról a következő, Curschmann észleléseiből származó feljegyzés typikusnak mondható képet nyujt.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. nap | | 15,600 | fehér vérsejt | 1 | köbmillimeter vérben, | hőmérsék | 38·5° |
| 3. „ | reggel | 20,000 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·8° |
| | este | 12,400 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·6° |
| 4. „ | reggel | 10,400 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·2° |
| | este | 11,400 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·4° |
| 5. „ | reggel | 12,600 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 36·6° |
| | este | 10,800 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·2° |
| 6. „ | reggel | 7,200 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 36·8° |
| | este | 8,800 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·4° |
| 7. „ | | 6,800 | „ „ | 1 | „ „ | „ | 37·0° |

Curschmann eredményeivel teljesen egyezők az összes utána vizsgáló klinikusok számadatai, valamint azon kisérletes kórtani adatok is, melyeket Schulz és Wassermann nyertek, a peritonealis izgalom hatását a fehér vérsejtek számbeli változására megfigyelvén. Schulz kutyáknál aseptikusan végezett laparotomiák után, melyek rögtön be is varrattak, 54,000-ig látta felszökni a fehér vérsejtek számát, Wassermann pedig à froid eltávolitott appendixek lázmentes gyógyulástól követett műtétei után az előbb 7 és 8000 között ingadozó fehér vérsejt helyett igen rövid időn át 14,600, egész 20,000-et tudott számolni 1 köbmillimeter vérben. A fehér vérsejtek elszaporodása tehát csupán a szervezet ellenálló képességének megnyilvánulása a peritonitikus izgalommal szemben, mely appendicitis esetén is majdnem mindig jelen van, kivéve azon hypertoxikus fertőzések eseteit, a melyekben a szervezet már nem is talál időt és módot arra, hogy védőeszközeit kifejleszthesse. Egyáltalában azonban mondható, hogy a fehér vérsejtek egyszeri megszámlálása a roham kezdetén sehogy sem igazithat útba a kórjóslat felállításánál és Cazin és Gros véleménye szerint még mindig a közvetlen korai sebészi beavatkozás a legbiztosabb óvszer egy a későbbi időszakban akármikor bekövetkezhető fatalis kimenet ellen. Ha azonban a rögtöni műtéttől eltekintünk, a rendszeresen keresztülvitt, kétszer végzett vérsejtszámlálás, mint a fenti táblázat is mutatja, rendkivül becses adatokat szolgáltat a kórjóslatot illetőleg és így a műtéti beavatkozást nem egyszer elkerülhetővé is teszi. Az összes idevágó számadatok t. i. Curschmann azon állitását igazolják, hogy a fehér vérsejtek mérsékelt szaporodása, mely a 22, de legfeljebb a 25 ezret csupán mulólag eléri, az esetek túlnyomó számában a roham kedvező kimenetelének felvételére jogosit még az esetben is, midőn a hőmenet vagy a pulsus viselkedése sehogy sem jogositanak fel ily természetü következtetésre.

Az összes sebészek, még azok is, a kik a féregnyúlvány lobos bántalmainál leginkább conservativ álláspontot foglalnak el, abban az egy pontban mégis egyetértenek, hogy tályogképződés esetén okvetetlenül s pedig gyorsan be kell avatkozni és a genyet kiüriteni. És épen ezen műtéti indicatio felállításánál tünik ki a rendszeres fehér vérsejtszámlálás diagnostikai és indicatorius hasznavehetősége, a mennyiben a fehér vérsejtek számának görbéje sokkal megbizhatóbb, mint a hőmérsék és pulsus ingadozásai, mely utóbbiak már kifejlődött tályogképződés vagy tovahaladó genyedés mellett is megközelitőleg normális viszonyokat mutathatnak. Ezen csalékony tünetekkel szemben az összes klinikusok és pathologusok a tartós hyperleukocytosist, mint a tályogképződés és genyedés biztos pathognomonikus jelét ismerték fel, és az ezen jel alapján megejtett műtétek alkalmával diagnosisuk és indicatiojuk helyességét be is igazolhatták. Curschmann következő két esete, az előbb közölttel összevetve, fogja az imént mondottakat legjobban megvilágitani:

I. táblázat.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. nap | | 25,800 | fehér vérsejt, | hőmérsék | 38·4° |
| 3. „ | műtét, reggel | 26,600 | „ | „ | 38·2° |
| | este | 24,000 | „ | „ | 40·1° |
| 4. „ | | 16,400 | „ | „ | 36·9° |
| 5. „ | | 8,000 | „ | „ | 36·6° |
| 6. „ | | 9,200 | „ | „ | 36·3° |

II. táblázat.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3. nap | 8,350 | fehér vérsejt, | hőmérsék | 39·4° |
| 4. „ | 10,200 | „ | „ | 39·6° |
| 5. „ | 26,250 | „ | „ | 38·3° |
| 6. „ | 29,000 | „ | „ | 38·0° |
| 7. „ | 34,000 | „ | „ | 38·2° |
| 8. „ | 39,000 | „ | „ | 38·3°, műtét. |

Az első összeállitás egy tályogképződéssel szövődött féregnyúlványlobot illet, hol a műtét a vérvizsgálat alapján történt és egy fél liter büzös geny kiüritését eredményezte.

A második táblázat egy esetre vonatkozik, hol a vérvizsgálat a betegség 3. napjától fogva, aránylag alacsony láz mellett, a fehér vérsejtek folytonos igen erős szaporodását mutatta, és hol a műtét nagymennyiségü genyet hozott napvilágra.

Ide vág még a szerzők által észlelt eset, hol a vakbélgyuladás 3-ik napján 40° láz és 80 pulsus mellett 8500 fehér vérsejtet találtak; az ötödik napon a láz leszállt, a közérzet kitünő; azonban 48 óra mulva a rectumban mért 37·6°-ot kitevő hőmérsék és 80 pulsus mellett a 2 nap óta nem végzett fehér vérsejtszámlálás 30,000-et mutat; alig érezhető tompulat és minimalis helybeli érzékenység is állott fenn. A rögtön végzett műtét egy tyúktojásnyi retrocoecalis tályok kitárását eredményezte.

Ezen indicatio alapján végzett műtét után bekövetkezett gyógyulások hosszú sorozatával rendelkezik minden szerző; azonban olyan esetek is vannak, noha kisebb számban, hol a fehér vérsejtszámlálás alapján még jókor megajánlott műtét el nem fogadtatott, csak a végső veszedelem esetén fordultak mégis a sebészhez, ki ilyenkor egy általános peritonitissel állott szemben, mely a féregnyúlvány körüli genygyülemnek a hasürbe való betörése útján származott.

A mint a közölt táblázatokból kitünik, a sikeresen végrehajtott műtét után a fehér vérsejtek számaránya igen gyorsan csökken, már másod-harmadnap a normálist majdnem eléri. Fontos ezen tény szemmeltartása, mert akárhányszor előadhatja magát, egy Curschmann által emlitett eset mintájára, hogy a féregnyúlvány teljes kiirtása után a láz majd teljes szünetelése mellett a fehér vérsejtek száma egyre szaporodik, a mi a genyedés további fentállásának jele. Curschmann esetében a második beavatkozás alkalmával egy a kis medenczében tovaterjedett tályogot talált, melynek kitárása után a fehér vérsejtek száma a megszokott idők alatt a rendes arányt ismét elérte.

Egy új tényre, mely a Curschmann és követői által felállitott következtetések prognostikai értékét csökkenteni látszik, hivta fel Grawitz az érdekelt szakkörök figyelmét.

Az ő véleménye szerint is a vérvizsgálat positiv eredménye, azaz a fehér vérsejtek számbeli elszaporodása, teljesen megbizható diagnostikus támpontot nyujt, mely genyedés fennforgása mellett tanuskodik. Hozzáteszi azonban, hogy a vérvizsgálat negativ eredménye, azaz a fehér vérsejtek számarányának meg nem változása sehogy sem ellenkezik

genyedés létezésével s pedig a következő két esetben, melyek egészen különböző viszonyok által hozatnak létre:

ad 1. Nem körülirt genyedések lehetnek jelen ált lános hypertrophikus hashártyalob eseteiben, mikor a szervezet védő reactiói ki sem fejlődhetnek, midőn a fehér vérsejtek száma vagy csupán igen kis mértékben szaporodik, vagy a rendes alá is süllyedhet.

ad 2. Másodsorban negativ a vérvizsgálat eredménye azon régi letokolt tályogok eseteiben, melyeknek erős, rostos kötőszövetből álló burka a toxinok felszivódását és ezzel a szervezet reactiójának létrejöttét megakadályozza.

Ezen két eshetőség azonban akkor, midőn appendicitis esetében a műtéti indicatioja czéljából a vérvizsgálathoz folyamodunk, szóba sem kerülhet, mert egyrészt a másodsorban emlitett esetekben sürgős sebészi eljárás szüksége nem forog fenn, másrészt pedig a negativ lelet a műtétet egymagában is ellenjavalja. Az orvostudományt s különösen a heveny peritonitisek műtéti kezelésének tanát határozottan lényegesen előrevitte Grawitz ezen első helyen emlitett felfedezése, mert számos klinikust és pathologust ezen kérdés bővebb tanulmányozására indított. Rieder, Küttner, Kühn és Coste jelzik a hyperleucocytosis hiányát az igen gyorsan lefolyó peritonealis septicaemiák eseteiben. Da Costa 12 halállal végződött peritonitis-esete közül kettőben leucocytosis teljes hiányát találta, 10 esetben p dig átlag 19,400 fehér vérsejtet talált 1 köbmillimeter vérben.

A leucocytosis ezen hiánya a szervezet gyengült ellentálló képességéről tanuskodván, még ha az egyéb klinikai tünetek kedvezőknek is látszanának, kedvezőtlen prognosist nyujt és a műtétet ezért ellenjavalja.

Ellenben egy gyorsan beálló és nagyfokú leucocytosis még ilyenkor is a szervezet ellentálló képességét bizonyitja és épen azért a sebészi beavatkozás sikerét is kilátásba helyezi. Igy Küttner egy ilyen betegnél, kit a gyors sebészi beavatkozás segitett megmenteni, 50,000 fehér vérsejtet talált. Igen tanulságos Wassermann következő, gyógyulással végződött esete, hol a vérsejtszámlálás az első naptól fogva végeztetett és igy a műtét indicatoja már a második nap reggelén volt felállitható, daczára annak, hogy kitünő közérzet mellett a pulsus 102 és a has csak alig volt puffadva és érzékeny.

| | | 1 köbmm. vérben | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. nap | | 23,000 | fehér | vérsejt | hőmérsék | 39·3° | pulsus — |
| 2. „ | reggel | 25,000 | „ | „ | „ | — | „ 102 |
| | délután 4 óra | 40,000 | „ | „ | „ | 38·1 | „ 126 |
| | este 7 óra | 46,000 | „ | „ | „ | 38·5 | „ 102 |
| 3. „ | délben | 5,600 | „ | „ | „ | — | „ — |
| | 7 óra este | 9,500 | „ | „ | „ | 38·0 | „ 120 |
| 4. „ | délben | 5,500 | „ | „ | „ | 38·0 | „ — |
| | 7 óra este | 6,500 | „ | „ | „ | 37·5 | „ 108. |

(La semaine médicale, 1903. 18. szám.) *Picker Rezső* dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Gyomorrák** esetében a fájdalmak ellen, mielőtt morphium bőr alá fecskendezéséhez folyamodnánk, a következő gyógyszerekkel tehetünk kisérletet: Rp. Cocaini hydrochlorici, Codeini aā 0·05; Aquae calcis 150·0. Rp. Bismuthi subnitrici 4·0; Acidi carbolici guttas XV; Aquae destill. 120·0. Ezen gyógyszerek kávéskanálnyi mennyiségben veendők be óránként a fájdalmak csökkenéséig. (Journal des praticiens, 1903. 9. szám.)

**Orchitis** okozta fájdalmak ellen jó szolgálatokat tesz a chininum sulfuricum belsőleg 0·3 grammos adagokban. Egyidejűleg következő összetételű tapasz helyezendő fel: Rp. Vaselini 40·0; Guajacoli 5·0; Methyl. salicyl. 2·0. M. f. emplastrum. (Bulletin génér. dethérapeutique, 1902. október 23.)

## Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat,** 1903. 24. szám. *Pártos Sándor:* A rheumatikus izomsorvadás és ennek kezelése. *Borbély Samu:* Száz sérvműtét eredménye.

**Orvosok lapja,** 1903. 24. szám. *Porosz Mór:* Mictioval végződő coitus esete. *Szana Sándor:* Az iskolaköteles korban levő gyermekek internatusban való gondozásának hygieneje.

**Budapesti orvosi újság,** 1903. 12. szám. *John M.:* A typhus abdominalissal járó leukopenia. *Szilágyi József* és *Márer József:* Bélféreghántalom érdekes esetei.

**Wiener medicinische Wochenschrift,** 1903. 24. szám. *Neumann:* A végbélen át való vizsgálat a gynaekologiában. *Scheiber:* Arthropathia tabidorum esete. *Szendrő:* Adat az angioma cavernosum keletkezéséhez. *Ehrmann:* A sclerodermia viszonya az autotoxikus erythemákhoz.

**Wiener klinische Wochenschrift,** 1903. 24. szám. *Panzer:* A fehérjék fogalma. *Posselt* és *Sagasser:* Az agglutininek befolyásolása specifikus absorptiók által és a serodiagnostika értéke typhusban és dysenteriában. *Schrötter:* A Bulling-féle inhalatio. *Strubell:* A yohimbin mint anaestheticum. *Ullmann:* Bélsérülés esete a méh instrumentalis perforatiojakor.

**Wiener medizinische Presse,** 1903. 23. szám. *Schnitzler:* Az izületi idegen testek tünettanához. *Frankl:* Adat a mola-kérdéshez.

**Prager medicinische Wochenschrift,** 1903. 21. szám. *Bandler:* A hólyag gümőkórja. 22. szám. *Chiari:* A veleszületett bélatresia keletkezése intussusceptioból.

**Berliner klinische Wochenschrift,** 1903. 24. szám. *Dunbar:* A szénaláz aetiologiája és specifikus kezelése. *Grossmann:* A húgysavanyagcsere és a húgyindican köszvényben. *Casper:* A prostata hypertrophia kezelése. *Pick* és *Poll:* Érdekesebb daganatok állatokban, különösen jóindulatú és rákos újképződések hidegvérűekben. *Danelius* és *Sommerfeld:* A tüdőgümőkór kezeléséhez.

**Deutsche medicinische Wochenschrift,** 1903. 24. szám. *Brieger* és *Diesselhorst:* Vizsgálatok az ember verejtékével. *Rose:* Hólyaghüvelysipolyok műtevésének új módja. *Rothmann:* Oldalkötegmegbetegedés és paralysis spinalis spastica. *Elsner:* Adat a bárzsing- és gyomorbajok differential diagnosisához. *Grossmann:* Szokatlan lelet cholesteatoma és sinusthrombosis esetében. *Katz:* Anaesthollal fogyasztás a mikroskopi technikában. *David* év *Lipliawsky:* A hasított kezűség („Spalthand") aetiologiája.

**Centralblatt für innere Medicin,** 1903. 24. szám. *Kühn:* A pyocyaneus-sepsis ismeretéhez.

**Centralblatt für Chirurgie,** 1903. 21. szám. *Lorenz:* A duodenum mobilizálása és beavatkozások az eperendszeren. *Berg:* A duodenum egyoldali kirekesztése átfúródó fekélyképződéskor. *Schramm:* Az omentum tömlős elfajulásának esete. 22. szám. *Zesas:* A szabaddá tett szív masszálása chloroformcollapsusban. *Hopmann:* Penisamputatio.

**La semaine médicale,** 1903. 23. szám. A német sebésztársaság 32. congressusának tárgyalásai.

**Journal médical de Bruxelles,** 1903. 23. szám. *Delcourt:* Cyclusos hányás gyermekeknél. *Gottignies:* A colon ascendens rákjának esete.

**Le progrès médical,** 1903. 23. szám. *Régnier:* A neurasthenia orvoslása villamossággal.

## Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 21. hetében (1903. május 24-dikétől május 30.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 417 gyermek, elhalt 294 egyén, a születések tehát 147-tel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·3, az egy éven felüli lakosságnál: 16·9, az öt éven felüli lakosságnál: 14·0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 11, gümős agykérlob 5, agyguta 4, ránggörcs 3, terjedő hűdés 3, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 17, hörglob 4, tüdőlob 19, hurutos tüdőlob 5, mellhártyalob 4, tüdővész 58, tüdőlégdag 1, bélhurut 9, májbajok 4, hashártyalob 1, kizárt sérv 0, Brightkór 9, veleszületett gyengeség 10, gyermekaszály 1, aggaszály 7, rák 10, méhrák 6, egyéb álképlet 3, gümős bajok 5, kanyaró 15, vörheny 14, álh. gégelob 2, roncsoló toroklob 7, hökhurut 0, gyermekágyi láz 1, hagymáz 1, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 4, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 2, gyilkosság 0, öngyilkosság 8, baleset 8, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3346 beteg, szaporodás 870, csökkenés 964, maradt e hét végén 3252 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi május 24-dikától május 30-dikéig terjedő 21. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 229 (187), vörheny 85 (85), álh. gége- és roncsoló toroklob 50 (49), hökhurut 10 (17), gyermekágyi láz 1 (0), hasi hagymáz 5 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 20 (16), vérhas 0 (0), orbáncz 21 (30), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 4 (6), trachoma 6 (5), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

⊕ **Törvényszéki orvosi képesitést nyertek** a Kolozsvárott és Budapesten tartott vizsgákon: *Almássy József* dr. deési kórházi s. orvos, *Babis Endre* dr. elmekórtani klinikai tanársegéd Kolozsvárt, *Dávid János* dr. kézdivásárhelyi tiszti főorvos, *Kramolin Gyula* dr. szegzárdi gyakorló orvos, *Polgár Márk* dr. rózsahegyi körorvos, *Rosenfeld Bernát* dr. munkácsi gyakorló orvos, *Verzár János* dr. oraviczabányai körorvos, *Vincze Jenő* dr. aranyosmaróthi kórházi alorvos.

∞ **Csánk Béla** dr. közkórházi főorvost a vallás- és közoktatásügyi minister a beregszászi állami főgymnasiumhoz egyelőre tiszteletbeli minőségben iskolaorvossá és egészségtantanárrá nevezte ki.

⨯ **Boleman János** dr. gyakorló orvost a körmöczbányai állami főreáliskolához iskolaorvossá és egészségtantanárrá nevezték ki.

△ **Ihrig Lajos** dr. műtőorvost kinevezték a budapesti Ferencz József-kórház betegsegitő pénztárának főorvosává.

⨯ **Fürdőorvosok.** *Kelen József* dr. Előpatak fürdőn, *Balkányi Miksa* dr. pedig Ausseeben megkezdték fürdőorvosi működésüket.

△ **A budapesti elektromágneses intézet** vezetését f. évi junius 1-jén *Réh Béla* dr., az intézet eddigi kezelő orvosa vette át.

✳ **A Stefánia pesti szegénygyermek-kórházegylet** junius 14-dikén tartotta meg közgyülését. A kórházban a megjelent évkönyv szerint 1902-ben 16,575 ambulans és 1336 fekvő beteg gyermeket kezeltek. Az évkönyv adataiból kiemeljük, hogy a serummal kezelt diphtheriás gyermekek 84·15%-a meggyógyult.

< **Felhivás adakozásra.** A magyar orvosok és gyógyszerészek árvái otthonának javára több mint száz aláirással, melyek között a hazai orvosi és gyógyszerészi rend legismertebb tagjainak neveivel

találkozunk, a következő felhivó levél küldetett szét az ország orvosaihoz és gyógyszerészeihez.

„Kartársak! Nehéz hivatásunk, emberbaráti tevékenységünk ezrek hálálkodását, becsülését, tiszteletét és szeretetét szerzi meg nekünk, de ritkán biztositja gond nélkül való megélhetésünket és anyagi javunkat.

A tisztességes önfentartás, a létért való nehéz küzdelem kartársaink teljes munkaerejét emészti fel, és közülünk nem egy derék bajtárs dől ki idő előtt a kemény munkában, az élet harczában, itt hagyva szeretteit, gyermekeit, árván, gondozatlanul, sokszor a legnagyobb inségben és nyomorban.

Ha feleség, ha felnőtt gyermek veszíti el fentartóját, támaszát, úgy az bizonyára nagy csapás, de a felnőtt, erőteljes ember munkához tud látni, s úgy a hogy képes megkeresni mindennapi kenyerét. De mihez fogjon a gyengéd ápolást, nevelést és oktatást igénylő, magával tehetetlen kiskorú árva?!

Ezeket az elhagyott, szegény árvákat vegyük, kedves kartársak, védő szárnyaink alá! Enyhítsük veszteségüket, gyógyítsuk fájdalmaikat, jóindulattal, gyöngédséggel, szeretettel. Biztosítsunk számukra kellemes, nyugalmas új otthont!

Teremtsük meg az orvosok és gyógyszerészek árváinak otthonát!

Oly otthont, a hol az árvák kellő ápolásban és oktatásban részesüljenek mindaddig, mig saját szárnyukra kelni képesek lesznek.

A magyar orvosi és gyógyszerészi kar egymással szövetségben elég erős lesz arra, hogy ezt az emberbaráti nemes czélt megvalósitsa, hogy a kartársak szegény sorsban maradt árváit a jövőben a nélkülözéstől és nyomortól megmentse.

Tisztelt kartársak! Mindannyian gyarló emberek vagyunk, senki se tudhatja, mi sors éri; nem tudjuk, melyikünk gyermeke veszti el szeretett, kedves, meleg otthonát, melyikünk gyermeke szorul majdan segítségre, támogatásra! Épen azért mindnyájunknak kötelessége a magasztos eszme szolgálatában tenni, cselekedni, arra tömörülni. Erős akarattal és kitartással el fogjuk érni kitűzött czélunkat, le fogjuk törülni árváink könnyeit és biztositani fogjuk elhagyatott véreinknek jövőjét.

Segitsetek, támogassatok bennünket emberbaráti munkánkban! Járuljon mindenki tehetségéhez képest tervünk megvalósításához és ne hiányozzék egyikünk még oly csekély adománya sem emberi kötelességünk és testvéri szeretetünk szent oltárán!“

Üdvözöljük e nemes és humanus mozgalmat, melegen ajánlva ennek előmozditását mi is.

Az adakozás három alakban történik: mint alapító tag legalább 200 koronával, a mely összeg azonban 5 évi részletben is fizethető, mint rendes segitő tag évi 10 koronával és mint pártoló tag tetszés szerinti összeggel.

Az alapító tagok nevét márványlapon örökitik meg, a pártoló tagok adakozását pedig hirlapilag köszönik meg, az adakozott összeg feltüntetése nélkül.

A pénz a Belvárosi Takarékpénztárhoz, Budapest, Kigyó-tér, az adakozó-iv pedig Budai Emil dr. úrhoz, Budapest, Váczi-utcza 34, küldendő be 1903. julius 15-dikéig.

○ **Veszettség.** *Neukom Károlyt* Fehértemplomban kerékpározás közben veszett kutya harapta meg, és ő csak este vette észre, hogy lába sebes, de azt a kerékpár dörzsölésének vette. Hónapok mulva kitört rajta a veszettség és a napokban meghalt.

+ **A kir. magyar tudomány-egyetem tanévzáró ünnepét** képező ünnepélyes Te Deum f. hó 21-dikén d. e. 10 órakor fog az egyetemi templomban megtartatni.

+ **A budapesti kir. orvosegyesület pályázati hirdetése** (meghosszabbitás). A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1903. augusztus 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1903. október hó 14-diki nagygyülésen fog megbizatni azzal, hogy munkáját két éven belül elkészitse s az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1904. vagy 1905. október hó 14-diki nagygyülésen fog a pályadij kiadatni.

+ **A belügyminister rendelete** folytán a közigazgatási tanfolyam hallgatói ezután az első segitség nyujtásában is kiképeztetnek.

⋇ **A kereskedelemügyi minister** rendeletet bocsátott ki, mely szerint valamennyi posta- és távirdahivatali helyiségben köpőcsészék helyezendők el s hogy a levélbélyeket felragasztáskor sem megnyalni, sem az ujjakkal nyállal megnedvesiteni nem szabad.

× **A kassai m. kir. állami gyermekmenhely**, fehér-kereszt-egyesület és szülő-menházának 1902. évről szóló jelentése szerint a lelenczosztályba a mult év folyamán 400 gyermek vétetett fel. Az intézet gondozása alatt volt 1543 gyermek.

∠ **Fogtechnikusok képesitése.** A kereskedelmi minister átiratban értesitette a budapesti fogorvosok egyesületének elnökét, hogy a fogtechnikát a képesités igazolásához kötött mesterségek közé sorozza s ezért ezután a fogtechnikusok foghúzást, fogtömést vagy egyéb szájműtétet nem vállalhatnak.

+ **Fürdőink személyforgalma.** *Daruvár* VI/9. 112. *Bártfa* VI/11. 93. *Uj-Tátrafüred* VI/12. 194. *Lipik* VI/17. 876.

— **Egyetemi alkalmaztatások.** A II. szülészeti és nőgyógyászati klinikához: *Csiky János* dr. mint poliklinikai tanársegéd, *Scipiades Elemér* dr. mint II. tanársegéd, *Mauks Károly* dr. díjazott gyak., *Szili Jenő* dr. és *Parasten József* mint díjazatlan gyakornokok. A kórboncztani intézetben: *Schulek Alfréd* dr. díjazott, *Szinnyei József* szig. orvos díjazatlan gyakornok. Az idegkórtani tanszéknél: *Herzog Ferencz* dr. díjazatlan gyak. Az I. boncztani intézetben: *György Gábor* dr. I. tanársegéd (meghossz.), *Toch Zsigmond* dr. II. tanársegéd (meghossz.), *Lichtenberg Sándor* dr. díjas gy. (megh.), *Lang Kornél* díjas demonstrator. Az I. sz. boncztani intézetben: *Nagy László* dr. I. tanársegéd, *Bakay Lajos* II. tanársegéd, *Horváth Géza* díjas gy., *Kleckner Károly* díjas demonstrator. A gyógyszertani intézetben: *Vámossy Zoltán* adjunctus a II. újabb három évre. A szülészeti és nőgyógyászati tanszéken: *Tóth István* adjunctus a II. újabb három évre. A fogászati intézethez: *Thebusz Béla* díjazatlan gyak. A szemészeti tanszékhez: *Török Ervin* díjazott gyak. — Műtőnövendékek lettek két évre: Az I. sz. sebklinikán: ösztöndíjas növendékek *Holzwarth Jenő* dr., *Gerő Leó* dr., *Gergő Ferencz* dr., *Navratil Dezső* dr., díjazatlan növendékek *Brezowsky Nándor* (megh.), *Pauncz Sándor* (megh.), *Vragassy Lipót* dr. (megh.), *Christian János* dr., *Mihalkovics Elemér* dr., *Paletta Győző* dr., *Remenár Elek* dr., *Szili Pál* dr., *Steiner Pál* dr., *Bozóky Béla* dr. A II. sebklinikán: ösztöndíjas növendékek: *Bradách Emil* dr. (mh.), *Góth Lajos* dr. (mh.), *Fáy-Kiss Ferencz* dr., *Nagy Pál* dr., díjazatlan növendékek: *Kolczonay István*, *Lutter Károly*, *Ofner Oszkár*, *Szakách István*, *Verebély Tibor*, *Veres Pál*, *Genersich Margit*.

— **Ösztöndíjadományozás.** *Torday Árpád* dr. 2. sz. belklinikai gyakornoknak az 1903/4. tanévre az orvostanártestület a Wagner-féle utaztató ösztöndíjat adományozta.

× **Benkő Lajos** dr.-t, Barsvármegye főorvosát negyven éves főorvosi jubilouma alkalmával Aranyos-Maróton a megyei hatóság és közönség fényes ovatioban részesitette.

= **A Gárdos-féle orvoskari pályadíjra** az 1903/4. tanévre az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén *Illés Géza* dr. ajánlatát fogadta el és őt pályatervezetének kidolgozásával megbizta.

— **Az II. sz. egyetemi szülészeti és nőigyógyászati klinika** szülészeti poliklinikumának segitségét 1903. május havában összesen 141 esetben vették igénybe 93 műtéttel.

— **A budapesti önkéntes mentőegyesület** segélyét f. évi május havában 658 esetben vették igénybe.

\ **Megjelent.** *Arányi Dezső*: szerkesztésében a „Bártfa-fürdői Hiradó III. évf. 1. száma.

Mattoni lápkivonata az egyetlen pótszere a természetes lápfürdőknek. Felnőtt fürdőjébe 1 kgm. lápkivonat vagy 1 liter láplúg alkalmazva kitünőnek bizonyult metritisnél, endometritisnél, oophoritisnél, para- és perimetritisnél, anaemiánál, chlorosisnál, scrophulosisnál, rhachitisnél stb.

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



**Szt.-Lukácsfürdő**
gyógyfürdő
Budapesten.

**Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások,** zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

**Budapesti**
**Mechanikai Zander-gyógyintézet**
**VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)**

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

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1903. április 8-dikán.) 409. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (A sebészeti szakosztály 1903. február hó 26-dikán tartott ülése.) 409. l. — A Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya. (1903. márczius 9-diki ülés.) 410. l.

## Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1903. április 8-dikán.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

*Elnök* az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Gerlóczy Zsigmond és Juba Adolf tagtársakat.

**A szemteke súlyos sérülése. (Aniridia, látható ciliaris nyúlványokkal.)**

**Fejér Gyula:** A szemteke súlyos sérülései ritkán birnak jó prognosissal; az irodalomban meg lehet számlálni azokat az esetoket, melyeknél zúzódás következtében az iris teljesen leszakadt, a lencse megsérült és a beteg mindennek daczára elég jó látással menekült.

E beteg bemutatására több körülmény ösztönzött, egyik az, hogy tompa tárgy által okozott repedés a limbuson innen, a szarúhártyában a typikus helyen történt, másodszor az iris teljesen levált és annak egyik részletét a duzzadó lencsén meg lehet találni és annak lassankénti felszivódását követni lehet.

A beteg bal szemét február hó 25-dikén egyik társa éjjeli munka közben véletlenül megbökte, melylyel azóta keveset lát, de fájdalma nem volt; határozottan állítja, hogy kezében semminemű éles tárgy nem volt és bal szemével azelőtt teljesen jól látott. Csekély conjunctivalis és ciliaris izgalmon kivül semminemű elváltozás nem észlelhető. A szarúhártya felső-belső quadransában a limbuson innen egy 5—6 mm. hosszú, kissé ectatikus friss heg látható. A mellső csarnok rendkivül mély, az iris körkörösen le van szakadva, a lencse mellső része homályos, sőt belül-felül duzzadó részletek türemkednek elő a mellső csarnokba. A lencse felső-belső duzzadó részletét egy veres-barnás képlet fogja körül, melyet ha nagyító üveggel megnézünk, bizonyos rostos állományt észlelhetünk és ez semmikép sem felel meg egy véralvadéknak. Két heti észlelés óta ezen képlet középső része felszivódott. A lencse egész felületén pigment-rögcsék találhatók, a melyek szintén az iris szövetéből származnak. Oldalagos világitásnál kivül-alul másfél cm.-es, a szarúhártyaszéllel parallel futó fogazatos lécz alakjában ciliaris nyúlványokat lehet látni, sőt nagyitó üveggel fonala rostjait is ki lehet venni. Oldalagos világitásnál az egész szemfenék piroslik, a mi csak akkor fordul elő, ha a szem diaphragmája — az iris — teljesen hiányzik és a szemfenékre behatoló és onnan visszajövő sugaraknak útjában semminemű akadály nem áll. A hályogos lencse kerületét tisztán ki lehet venni. Átvilágitásnál a viszonyok ugyanazok, a ciliaris nyúlványok kivül-alul szintén láthatók. Talán még emlékeznek néhányan a t. orvostársulat tagjai közül azon esetére, melyet pár hó előtt demonstrált e teremben, melynél az iris teljesen hiányzott és a szemfeneket minden segédeszköz nélkül lehetett látni. A felszivódásban levő lencse háta megett úszkáló üvegtest-homályok vannak, de a szemfenék egyes részleteit kivenni nem tudta, a szem tensioja normális. A beteg 1/2 meterről olvas ujjakat, fényérzése miden oldalon jó.

A mi a therapiát illeti, megvárja mig a seb teljesen begyógyul és azután lándzsaseben keresztül kibocsátja a már úgy is felszivódásban lévő lencserészleteket és reméli, hogy a beteg megfelelő convex-üveggel látni fog. A sérülés létrejöttét biztosan magyarázni nem tudja. Valószinű, hogy az ökölcsapás a szemtekét alul-kivül érte, a szarúhártya indirect úton berepedt, az iris a nagy nyomás következtében köröskörül levált, a lencse tokja megrepedt, a csarnokviz behatolt és zavaros lett. Szerény véleménye szerint a lencsén fekvő képlet a leszakadt iris egy részlete. Érdekes annak felszivódását megfigyelni, mert az lehetséges, a mint azt előbbi eseténél, midőn a sclera be nem repedt, világosan demonstrálhatta.

**Láz nélküli és csaknem kiütés nélküli morbilli.**

**Gerlóczy Zsigmond:** A szt. László kórházban ápolt F. F., 11 éves leánykát mutatja be, ki f. é. február 8-dikán öt testvérével együtt scarlatina miatt került osztályára. A hat testvér egyike márczius 3-dikán scarlat lefolyása közben kanyaróban is megbetegedett. Ez azután fertözte 4 testvérét. A bemutatott beteg volt az első, kin a *kanyaró exanthemás időszakát* észrevették. Ugyanis *márczius hó 10-dikén* a jobb buccalis nyálkahártyáján jelent meg az első Koplik-folt. Hőmérséke ezt megelőző este, márczius 9-dikén 37·7; márczius 10-dikén reggel 36·1, este 36·9. *Márczius 11-dikén*: a jobb buccalis nyálkahártyáján 6, baloldalán 3 Koplik-folt; hőmérséke reggel 36·5, este 36·4. *Márczius 12-dikén*: Koplik-foltok tünőfélben, lágy szájpadon typikus enaxthema; mérsékelt hurutos tünetek, arczban és törzsön itt-ott néhány papulosus, piros udvarú exanthema. Hőmérséklete reggel 36·2, este 36·7. Márczius 13-dikán: Koplik-foltoknak nyoma sincs, a fejlődésben volt morbilli-papulák alig látszanak. Hurutos tünetek absolute hiányoznak. Közérzet teljesen jó. Hőmérsék reggel 36·1, este 36·3. *Márczius 14-dikén*: A kiütésnek nyoma sincs.

A másik három gyermek egy-két nappal később egészen typikus fejlődésű és lefolyású morbilliben betegedett meg. Az eset igen érdekes, mert *láz nélkül* és *csaknem kiütés nélkül lefolyó morbillit* kétségen kivül lehetett diagnostizálni.

*Medvey Béla*: Azt hiszi, hogy az exanthema nélküli morbilli gyakoribb mint gondolják, csak nem diagnostizálják, mert az exanthema hiányzik. Egyik gyermek kap kiütést, a másik nem, csak köhög és otitis mediát kap, jeléül annak, hogy ez is morbilli volt. A Koplik-féle foltok jelenleg figyelmeztetnek a megbetegedésre. Mellékkörülményekből diagnostizált ilyen esetek, hol exanthema nincs, ép oly ragályosak, mint az examthemás esetek. Látott 3 éves fiut csak könnyű nyákhártyatünetekkel, kinél exanthema nem volt, de otitis media fejlődött néhány nap mulva. Két éves kis lánytestvérénél 8 nap mulva a legsúlyosabb morbilli fejlődött meningealis tünetekkel, majd intermittáló lázak, kis léptumorral. Azt gondolták, hogy talán vegyes fertőzés van malariával. Chinin nem hatott, 8 hét mulva abscessusok fejlődtek a bőrön tuberculosis-bacillussal, vagyis morbilli utáni tuberculosis. Óvatosnak kell lennünk az ilyen exanthemás esetekben, midőn prognosist állitunk.

**Kórházi tapasztalatok a diphtheriaelleni védoltásokról.**

**Stettner Ödön:** Fél év óta a László-kórházban védoltásképen rendszeresen alkalmazzák a diphtheriaellenes vérsavót. 200 egység teljesen elegendőnek bizonyult, hogy legalább 18 napra a betegeket a diphtheriával szemben immunissá tegyük. Nagyobb adagok alkalmazásával ezen immunitási időtartamot nem hosszabbithatjuk meg, hanem ha szükségünk van hosszabb immunizálásra, úgy a 200 egységnyi adagokat legalább 3 hetenként kell megismételni. Ily módon sikerült a kórház betegeitől a diphtheriás házi fertőzést távoltartani. A diphtheriaellenes védoltás az immunitási idő letelte után szerzett diphtheriás megbetegedésre semmiféle kedvező befolyást nem gyakorol.

A diphtheriaellenes védoltások a diphtheria-járványok leküzdésében ép oly fontos szerep játszására vannak hivatva, mint akár a kötelező fertőztelenités, vagy a betegek izolálása.

(Folytatása következik.)

## Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Elnök: **Dollinger Gyula**; jegyzők: **Haberern J. Pál, Dapsy Victor.**

(A sebészeti szakosztály 1903. február hó 26-dikán az új szt. János-kórház sebészeti osztályán tartott rendes ülése.)

(Vége.)

*Dollinger Gyula:* Felemlíti egy esetét, melyet a klinikán operált, a melyben a galambtojásmekkoraságú húgykő a túltengett és a hólyag felé promineáló prostata jobb lebenye és a hólyag oldalsó fala közé szorult. A követ, mert kőzúzóval nem sikerült megfogni, magas hólyagmetszéssel távolitotta el.

**Készitmények bemutatása.**

**Manninger Vilmos:** 1. Egy négy kilogramm súlyú, emberfejnyi hydronephroma készitményét mutatja be. Műtét óta tizennégy kilogrammot hizott, be nem számitva a négy kilogramm súlyú daganatot.

2. A jobb mammában székelő, 3·8 l. folyadékot tartalmazó *cystát* mutat be. Tartalma cholestearin-kristályokat tartalmazó sárgás, átlátszó folyadék. A cysta két év óta fejlődött. Kocsánya a hónaljt kitöltő gümős mirigyekbe folytatódik, melyek legnagyobbika betörött a cystába. A mirigy tokja a cysta falába egyenest folytatódik. Nagy mirigyek a bal hónaljban is. Kiirtás.

**Epehólyagbaj esetei.**

*Seyfried János:* Epehólyagbántalomban szenvedő 3 beteget mutat be, kik történetesen alkalmasak annak illustrálására, hogy ezen bántalom egyrészt azon területhez tartozik, melyet mindinkább a sebészet hódit meg magának, másrészt a beavatkozás jogosultságának 3 fokozatát is észlelhetjük rajtuk. Az első eset egy 36 éves cselédre vonatkozik, a ki 3 nap óta beteg, haspanaszaival a belosztályra vétetett fel, a hol meteorismus, diffus érzékeny has, száraz nyelv, rázóhideg és 40°-os láz hasban lezajló folyamatra utaltak; nem egészen positive Curschmann-próba miatt rögtön a sebészeti osztályra tették át. Az azonnal megejtett műtétnél a narcosisban az eddig felvett perityphlitist elejtették, coecum táján nem találtak oly fokú eltérést, mint a máj alatt, a hol a megejtett metszés (Kocher-féle epehólyagmetszés) után lobos összenövések alatt a nagyon feszülő epehólyagot találták. Kétidejű műtét. Epehólyagot 24 órával később pungálják; sűrű geny; 3 szor 24 óra mulva feltárják. Láz azonnal esett, azóta lázas nem volt többé. A feltisztult epehólyagváladékban néhány borsónyi epekő. A megejtett sondázásnál 14 cm. mélységben kőérzésre találtak, a követ kimozditani azonban csak úgy sikerült, hogy a csatornát laminariával eldugaszolták s most a pangó váladék a fal öblösödéseit tágitva, a követ felszabadította. Utána rendes lefolyás, a sipoly magától záródott.

A másik eset oly természetű, a minőt Kehr pericholecystitis chron.

catarrhalis elnevezéssel signál. Egy 37 éves kocsis, ki öt izben feküdt az utolsó 3 év óta kórházban hasgörcs, icterus, ileus tüneteivel, az ajánlott műtéti beavakozást visszautasította mindenkor, a fájdalom gyakorisága és intensitása azonban már az elviselhetetlenségig fokozódott, s most már maga kérte a sebészeti osztályra való áttételt.

Kocher-féle metszés, igen bonyolult összenövések mellett nehezen sikerült a zsugorodott hólyagot és cysticust kifejteni és resekálni. Tamponade-kötés. A májtáji összenövések leválasztásakor makacsabb vérzés. Paquelinezés. Ezen helyen ötödnapra perihepatitis circumscripta 38.8° hőemelkedéssel, mely 3 nap alatt lezajlott. A successive eltávolított tampon mögött sima egyesülés. Beteg azóta jól érzi magát.

Végre a 3-dik eset egy 27 éves nőre vonatkozik, kit a vidéki kezelő orvos, miután 5—6 héten át gyomor-, haspanaszaival zaklatta, megvizsgált s most vándorvesére gyanus képlettel küldi hozzánk. A jobb hasfélben a csípőlapátig húzódó mobilis, rugalmas, hurkaszerű, nem fájdalmas képlet volt található; sem icterus, sem hőemelkedés nem volt eddig és az általános közérzet is tűrhető az utolsó időben. Az epehólyag ezen hydropsánál azt ajánljuk a betegnek, hogy a jelen kedvező körülmények között vesse magát alá a műtéti beavatkozásnak, mert tekintettel arra, hogy ezen bántalom bármikor komolyabb arányokat ölthet, a betegre nézve vidéken végzetessé válhatik.

Kocher-féle metszés, az epehólyag könnyen kifejthető, elég feszes. Szorgos tamponálás után megnyitjuk a hólyag kupját és a szürkés nyákos tartalmat eltávolítva, rendes vattával kitömjük (Kehr) és a cysticussal együtt resekáljuk. Tudniillik a cysticusban a hólyag megnyitása után egy jó mogyorónyi köre bukkantunk. A műtét ajánlása tehát jogosultnak bizonyult. Tamponad-kötést 8-ad nap eltávolítjuk, sima lefolyású gyógyulás.

*Dollinger Gyula:* Epeműtéteknél újabban Kelling ajánlatára betegeit úgy helyezte el, hogy a beteg testének felső része körülbelül a II. és III. ágyéki csigolyáig feküdt a műtőasztalon, míg a törzs alsó része a műtőasztal végén lecsüngött. Hogy a beteg le ne csúszszék mindkét czombját egy-egy lepedővel a műtőasztal felső végéhez rögzítette.

Ilyen helyzetben a gerinczoszlop erős lordosist képez, a mi által a különben mélyen fekvő mély epeutak sokkal felületesebb elhelyezést nyernek, és könnyebben válnak hozzáférhetőkké. Az ilyen elhelyezés nagyon megkönnyiti a mély epeutakon szükséges összes manipulatiokat, s ezért melegen ajánlja.

### Törések a könyökizület körül.

*Manninger Vilmos:* A könyökizület körül létrejövő gyakoribb törésféleségekről tart bemutató előadást. A typikus töréseknek, különösen a felkarcsont alsó végének töréseinél a Kocher-féle nomenclaturához tartja magát, s néhány eset kapcsán a kezelést ismerteti. A kezelésnél figyelmünket arra kell fordítani, hogy nagyobb callus-tömegek ne képződjenek, melyek a könyökizület fontos mozgásait oly károsan befolyásolják. A túlságos callus-képződést csakis a törvégeknek teljesen pontos egyeztetése biztosíthatja.

Erre kell tehát törekednünk, sokkal inkább mint a diaphysis töréseinél. Ez utóbbiaknál, a mint arról a Röntgen-képpel meggyőződhetünk, a functiós gyógyulás nem mindig egyértelmű az anatomiai gyógyulással. A könyökizület töréseinél azonban, melyeknél a törésvonal többnyire az izületre esik, feltétlenül követelendő az anatomiás exact gyógyulás, mert a nagy callus az izület mozgását korlátozza. A mellett elsőrangú fontosságú, hogy az izület minél korábban mozgattassék. E két követelmények rendes töréskezelési eljárásunkkal, a fixáló gyps- vagy sinkötéssel és súlynyújtással nem mindig tehetünk eleget. Az elért eredményről feltétlenül radiogrammon kell meggyőződnünk. Ha a repositio nem tökéletes, mindazokban az esetekben, hol a mozgást illetőleg hátrány várható, véres beavatkozást kell végezni, és pedig minél korábban. E beavatkozás a törés félesége szerint vagy arthrotomiából és a letört csontdarab eltávolításából, vagy csontvarratból áll. Utóbbi gyakran szükséges a fract. supracondylica extensiós alakjánál, a fract. condyli externinél és a fract. olecraninál. Előadó hangsúlyozza azt, hogy ez alakoknál is gyakran czélt érünk rögzitéssel (mely azonban két hétnél tovább nem ajánlatos), korai massage-zsal és óvatos activ mozgási gyakorlatokkal, - másrészt azonban nagy súlyt helyez arra, hogy azokban az esetekben, melyekben a Röntgen-kép a repositiós elégtelenséget kimutatja, minél korábban ajánljuk a műtétet. Csak így számithatunk arra, hogy kifogástalan functiot érhetünk el. A későbbi műtétek aránytalanul nehezebbek és veszélyesebbek, míg a korai arthrotomia az asepsis feltételeinek szemmel tartásával gyors gyógyulást biztosit. Előadásának második részében áttér a luxatiokhoz csatlakozó törések kezelésére. 3 esetet mutat be. Az egyiknél félév előtt történt hátsó ficzamodás. A helyretevés daczára izületi merevség fejlődött. A 110°-ban meghajlitott kar csak néhány foknyi mozgást birt végezni. A mozgás akadályát a fossa supratrochlearisban csontosan odanőtt lerepedt radiusfejecs képezte. Ennek levésése után lassanként helyrejött a mozgás, mely a bemutatáskor csak néhány fokkal maradt el az ép oldalhoz képest.

A második esetben az epicondylus externus törése complikálta a ficzamot. A mozgás teljesen szabad; heves neuralgikus fájdalmak és egy az izület külső oldalán folytonosan növekvő csontkemény képlet miatt kereste fel a beteg az osztályt. A több izben felvett Röntgen-kép bebizonyította, hogy az epicondylus lerepedt csontmagvára újjon képződő csont rakódik le, mely az észlelés ideje alatt (2 hónap) féldiónyi nagyságot ért el.

A harmadik beteg nem jelenkezett a bemutatásra. A ficzamodást ez esetben az ulna cubitalis végének lerepedése complicálta. A proc. coronoideus és olecranon alapját egy ferde törés szelte át. A repositio többszöri Röntgen-képekkel ellenőrzött kötéssel sikerült. A mozgás tökéletes.

Ez esetek bizonyitják azt, hogy a könyökizületi ficzamok helyretevése után minden esetben győződjünk meg arról, nincs-e valami nyúlvány törése vagy lerepedése. A korai diagnosissal kezelésünk is módosult és a beteget sok fájdalomtól megmentjük korai beavatkozással.

*Dollinger Gyula:* A könyökizület töréseinél mindenekelőtt egyszerű distractioval igyekszik a törvégeket helyrehozni s azokat azon gyps-sinkötéssel rögzíti, a melyet már régebben az Orvosi Hetilap „Gyermekgyógyászat" czimű mellékletében ismertetett, s a mely újszülöttek felkartöréseinél is igen jól bevált. A sinkötés feltevése után radiographikus felvétellel győződik meg arról, vajjon a repositio teljesen sikerült-e. Számos esetben ilyen sikerült módon a törési végeket jól adaptálni és a rendes idő alatt összegyógyítani.

Ha az adaptatio nem sikerül, vagy olyan fokú dislocatio marad fenn, a mely a végtag functioját gátolhatná, akkor a törvégek szabaddá tevése, pontos adaptatioja és a csontvarrat válik szükségessé. Ezt több esetben jó sikerrel alkalmazta. Veszélylyel a műtéti beavatkozás nem jár, a vele elérhető haszon pedig igen nagy. Olecranontörést lehet ugyan csontvarrat nélkül is meggyógyitani, de azért mégis azonnal csontvarratot alkalmaz. Azonban nem csupán a nagy törvégek dislocatioja gátolhatja meg a gyógyulás után a könyökizület tökéletes hasznavehetőségét, hanem a radiographikus felvételnél arra is tekintettel kell lennünk, nem kerültek-e csontszilánkok az izületi felületek közé vagy pedig különösen az izület hajlító oldalán az izület közelébe. Ha a radiographikus felvétel e helyeken csontszilánkokat mutat, úgy azokat el kell távolítani, mert ezek később az izület functioját meggátolják. De meg ha a radiographikus fénykép azt mutatja, hogy az adaptatio teljesen sikerült, és hogy ilyen csontszilánkok nincsenek, még akkor sem teljesen bizonyos, hogy az izület teljesen mozgékony lesz, mert megtörténik, hogy levált periostealis darabok a tokszalagra fekszenek, és ott olyan callus-productiót létesitenek, a mely az izület szabad mozgását gátolja, és a mely miatt később művi beavatkozás válik szükségessé.

*Winternitz M. A.*: Az articularis törések közül főleg a könyökizület melletti, abba behatoló felkarcsonttörések azok, melyek a műtéti technika mai állása és a Röngen-átvilágitás folytán fokozódott therapeutikus igények mellett véres beavatkozásra kényszerítenek. Általánosságban, a túlradicalitás látszata nélkül azt mondhatni, hogy a könyökizület melletti felkarcsont epiphysis-törések közül azon alakok képezik leggyakrabban a véres beavatkozás tárgyát, melyek nem correct gyógyulásnak esetén a könyökizület functioját, középflexioját erősen veszélyeztetik. Ilyen törések a supracondylaer haránttörés és annak complikálásai, az izületbe haladó T és V alakú epiphysis-törések. Ezen töréseknél a felső törvég rendszerint az alsó elé, a könyökhajlat lágyrészei közé csúszik és oft a radius fejecse táján megtámaszkodik, mi által az alkarnak 90 fokon túli flexioját megakadályozza. Az exact adaptálás a könyökizület 90 fokon túli flexioja tekintetében fontos, mert már relative csekély dislocatio mellett a szükségesnél nagyobb mennyiségben produkált callus a könyök functioját lényegesen veszélyezteti. E töréseknél az exact anatomikus gyógyulás összeesik a tökéletes functionalis eredménynyel, ellentétben a diaphysisek töréseivel, hol anatomice tökéletlen gyógyulás mellett teljes physiologikus functio lehet jelen. A condylus externus törései az alkar functioját rendszerint nem zavarják túlságosan, a pro- és supinatiót pedig egyáltalában nem, azért ezen törések varrása csak akkor indicált, ha a letört condylus luxatioja és tengelycsavarodása a flexiót már 90°-nál akadályozza.

Álláspontja az epiphysis-törésekkel szemben az: ha a törvégek (Röntgen-controll mellett) exacte nem adaptálhatók, vagy ha adoptálhatók e helyzetükben, elmozdulás nélkül nem fixálhatók, úgy fenforog a törvégek véres varratának jogosultsága. Absolut indicatiot lát a törés helyének azonnali feltárására, ha a nervus radialis, ulnaris, medianus sérülése forog fenn, mikor az esetleg még el nem szakadt ideget a felső törvég csipkéiről azonnal le kell szabadítani. A humerus alsó epiphysise feltárása mellékserülések nélkül legczélszerűbben egy küloldali hosszmetszésből a supinator longus és brachialis internus között történik. Igy járt el supracondylaer haránttörés 2 esetében. A csontvarratot ezüst sodronnyal végezte. A functionalis eredmény mindkét esetben idealis volt. Már 10. napon ajánlja a törés helyét óvatosan masszálni. A törvégek adaptálása a friss esetekben, hol még callus nincs, sokkal könnyebb, mint idült esetekben, ezért a korai beavatkozás eredményei is sokkal jobbak.

*Elnök,* több tárgy nem lévén, az ülést bezárja.

## A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya.

(1903 márczius 9-diki ülés.)

Elnök: **Epstein László**; jegyző: **Hudovernig Károly.**

Napirend előtt *Donáth Gyula* inditványozza, hogy a szakosztálynak pénztári feleslege specialis szakmunkák beszerzésére és folyóiratok előfizetésére fordittassék; a szakosztály az inditványt elfogadja, s a keresztülvitellel az elnökséget megbizza.

*Elnök* abbeli reményének ad kifejezést, hogy a mai ülésnek tárgyát képező eszmecsere a szakosztály működésére élénkitőleg fog hatni, s a szakosztály nevében üdvözli ezen eszmecserének inditványozóját, Schaffer Károlyt.

**Schaffer Károly** referáló előadást tart a következő czimen: **„A terjedő hűdéses elmezavar kórtanának actualitásai“.** Előadásának anyagát három nagy fejezetre osztja: 1. aetiologia, 2. kórbonczolás- és szövettan, 3. klinika.

*A) Aetiologia.*

E helyen szól első sorban a syphilis jelentőségéről, mely nézete szerint egyrészről a *gyermek-*, illetőleg *ifjúkori paralysis*, másrészről a *házastársak paralysise* által domborodik ki legkiváltképen. Nézete szerint e két kóralak az experimentum naturae jellegével bir, mert főleg a gyermekkori paralysis esetében az aetiologiai viszonyok oly szerfelett egyszerűek, t. i. nem komplikálja a helyzetet a felnőttnél szereplő számos egyéb tényező, hogy nem esik nehezünkre a syphilis nagy szerepét könnyen felfogni. Feltünő a gyermekkori paralysisnél a terheltségnek nagy szerepe; ez 66%-ban volt kimutatható, a syphilis 70%-ban.

Ismerteti azután *Hirschl* absolutistikus álláspontját, majd áttér *Naecke* felfogásának leirására, melyet következőképen jellegez: A hűdéses elmezavar alapfeltétele a rendestől elterő anatomo-chemiás viszonyokat mutató idegrendszer. Ilyen agyvelőt nevez Naecke invalidusnak; ha már most ilyen agyvelőre az öröklés, terheltség és a lues előkészitő behatása után súlyos alkalmi okok (Naecke szerint főleg lelki rázkódások) hatnak, kitör a paralysis. Naecke a csökkent értékű idegrendszert úgynevezett külső és belső elfajulási jelekben látja kifejezve. Ezután áttér *Pilcz S.* Naeckenek ellentmondó felfogására, hogy t. i. az elfajulási jelekben kifejezésre jutó csökkent értékű idegrendszer a paralysisnél sokkal kevésbbé szerepel. Végül utal előadó ama, évek előtt általa kifejezett nézetére, hogy a cerebralis neurasthenia, illetőleg paralysis aetiologiájában az úgynevezett *subnormális* agyvelő fontos szerepet játszik; oly felfogás ez, mely a *Naecke*-félével igen közelről rokon, illetőleg azonos. Ismerteti végül *Kraepelin* autointoxicatiós nézetét, s végül következőképen concludál:

A paralysis aetiologiájában részben endogen, részben exogen tényezők szerepelnek. Endogen tényező az invalidus agyvelő, exogen tényezők bizonyos infectiók, mint első sorban syphilis, továbbá lelki és szellemi túlcsigázás. Utóbbi tényezőnek hatásmódját az *Edinger*-féle hyperfunctiós theoriával magyarázza.

*B) Kórbonczolástan, kórszövettan.*

*I. Makroskopos elváltozások.* Itt utal előadó ama körülményre, hogy specifikus elváltozása a paralysisnek nincsen. Emliti *Naecke* észleletét, hogy a paralysisnél található elváltozások enyhébbek lettek az idők folyamán; nem látjuk ugyanis azokat a súlyos haematoma durae matris-okat, ependymitiseket, lágy agyburkoknak a kéreggel való erős összekapaszkodásait stb.

*II. Mikroskopos elváltozások.* Ezek lényegileg két irányúak: Egyes szerzők az idegparenchymás elváltozásokban látják a fontosabb elváltozásokat, mások az erek bántalmára fektetik a fősúlyt. Állitják, hogy vannak a paralysis olyan alakjai (talán a vágtató lefolyásúak), melyekben ezek változása szerepet nem játszik, mig az idegsejtek elfajulása szembeszökő. Ezzel szemben lennének oly esetek is (talán a lassú lefolyásúak), melyekben inkább a glia túltengése és az erek beszűrődése a mérvadó elváltozás. Az elváltozások *localisatiojára* vonatkozólag két nézet van; az egyik a diffus, a másik az elective, localizált kiterjedését a folyamatnak hangoztatja. A localizált kiterjedés alatt értendő a kórfolyamatnak az agyvelőkéreg úgynevezett extrasensorialis területeire való kiterjeszkedése. Előadó nézete szerint a paralysisnél mindkét alak előfordul; meglehet, hogy a folyamat kezdetben inkább körülirt, de tapasztalása alapján hangoztatja, hogy van egy alakja a paralysisnek is, mely localizáltan kezdődik és végződik.

*C) Klinika.*

Előadó első sorban ismerteti *Paris* ama nézetét, mely szerint a paralysis, mint önálló kórkép nem létezik, hanem csak különböző mérgeknek megnyilvánulása az idegrendszer részéről, melyek lehetnek endo- és exotoxinok. Paris szerint a paralysis végelemzésben agglomeratioja a különböző pseudoparalysiseknek.

Előadó most áttér a különböző pseudoparalysis alakoknak ismertetésére, ezek közül behatóan a syphilises és alkoholos, valamint az arteriosclerotikus alakkal foglalkozik és ezeknek differentiáló vonásait kidomboritja. Miután még utalt az úgynevezett átmeneti alakokra, kimondja, hogy az elfogulatlan klinikai észlelés arra tanit bennünket, hogy a pseudoparalysis fogalmát fentartsuk.

Majd ismerteti a paralysis klinikai képének megváltozását *Mendel* nyomán; utal a demens alaknak túlsúlyra vergődésére, a remissióknak gyakoribb voltára, a női paralysis kiterjedésére.

Ezután a paralysisnek egyrészről a tabeshez, másrészről a cerebralis neurastheniához való viszonyát fejtegeti.

A paralysisnek és tabesnek egymáshoz való viszonyát végelemzésben a következőkben adja. A paralysis és tabes leiró klinikai szempontból két különböző bántalom, de lényegük tekintetében egy egységes betegséget képeznek; a kettő között kapocs a lues. Eddigi tapasztalataink szerint a syphilis az egész központi idegrendszer iránt mutat affinitást, de annak mindig azt a szelvényét támadja meg, a mely az előrement hyperfunctio által gyengültebb állapotban van. E körülmény tételezi fel, hogy az egyik esetben paralysis, a másikban tabes fejlődik ki; ha azonban agyvelő és gerinczvelő locus minoris resistentiae, akkor meg van adva a két bántalom együttes fellépése.

A paralysisnek a neurastheniához való viszonyát taglalván, utal mindenek előtt a paralysis úgynevezett bekezdő (incipiens) alakjára és itt ismerteti a *Moravcsik* által kiemelt kezdeti tüneteket. A két bántalom közti viszonyt *Hoche* definiálta legtalálóbban, mondván, hogy 1. a paralysist a neurasthenia megelőzheti és 2 a paralysis mint neurasthenia kezdődik. Utal egyes somatikus tünetekre, mint pl. egyoldali fénymerev pupilla, muló motorius aphasia, melyek a neurastheniaszerű állapotban a paralysist engedik felismerni. Ily objectiv tünetek hiányában előadó nagy súlyt fektet az ethikai s charakterbeli elváltozásokra.

Befejezésül felveti azt a fontos kérdést, vajjon a cerebralis neurastheniából, mint ilyenből kifejlődhetik-e a paralysis? Theoretikus okoskodás alapján (a szellemi surmenage okozta állandó vasoparesisből eredt savós átivódása az agyállománynak; a túlmunkálkodó, fokozatosan elsatnyuló idegsejtekből eredő velőszétesés, mint hyperfunctio eredménye, persze mindig subnormalis agyvelőt tételezve fel) ezt az átmenetet lehetőnek tartja, de ennek beigazolására klinikai esetek kellenek.

## PÁLYÁZATOK.

2299/1903. szám.

A m.-valkói **körorvosi állás**, melynek székhelyéül **M.-Gy.-Monostor** község lett megállapitva, s a melyhez Bedecs, Derite, O.-Bikat, Erdőfalva, M. és O.-Gy.-Monostor, M.-Valkó, Keleczel, Kalota-Ujfalu, N.-Kalota, Boes, Bökény, Incsel, Meregyó és Retyiczel községek tartoznak, lemondás folytán megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalma áll: 1000 korona fizetés, 400 korona úti átalány és 200 korona lakbérből s azonkivül a szabályrendeletileg megállapitott beteglátogatási dijakból.

Beteglátogatás alkalmával fuvardij nem számitható.

Megjegyezni kivánom, hogy a körorvosnak esetleg kilátása lehet arra, hogy a Kalotaszegi Erdőipar R.-T.-tól magándijazásban részesül, s esetleg kilátása lehet arra is, hogy a trachomás szembetegek kezeléséért az államtól 600 korona évi dijazásban részesül.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősitvényüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyitvánnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi julius hó 1-jéig** adják be.

A választás a m.-gy.-monostori körjegyzői irodában később kitüzendő határnapon fog megtartatni.

Bánffy-Hunyad, 1903. évi junius hó 1-jén.

3—3 *Kertész*, főszolgabiró.

A nyilvánossági jelleggel felruházott **Ferencz József-gyermekkórházban Pozsonyban** 1903. évi augusztus hó 1-ével újonnan rendszeresitett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetünk.

Feltétlenül szükséges, hogy ezen állásra pályázó orvostudorok a magyar nyelven kivül a német és tót nyelvet legalább szóban is birják.

Felhivom ennélfogva azon orvosokat, a kik hazánkban érvényes orvostudori oklevéllel birnak, a kivánt nyelvismereteket igazolni tudják, s ezen évi 1200 kor. fizetéssel, szabad lakással és teljes ellátással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy folyamodványaikat **f. évi julius hó 8-dikáig** a kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

A kinevezett segédorvos köteles állását f. évi augusztus hó 1-én elfoglalni.

Pozsony, 1903. évi junius hó 8-dikán.

2—2 *Kováts György* dr., kir. tanácsos, igazgató.

### Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárat | Állás | Hely | Fizetés | Czim |
|---|---|---|---|---|
| jun. 23 | körorvos | Sáta | 1600 k. | Zsóry fszbiró, Ózd. |
| „ 24 | körorvos | Kapold | 1200 k., 100 k. fuvar | Molnár fszb., Sopron. |
| „ 25 | körorvos | Magyar-Boly | 1000 k., 200 k. lakbér | Illy V. fszb., Dárda. |
| „ 24 | körorvos | Hátmeg | 1200 k., 600 k. fuvar, 300 k. urad. | Komlóssy Gy. fszbiró, Bereg-Ilosva. |
| „ 27 | közs. o. | Kocsér | 1300 k., 300 k. lakbér | Rudnyánszky szbiró, Adony. |
| „ 28 | körorvos | Monostor | 1400 k., 200 k. lakbér | Pongrácz fszbiró, Vinga. |
| „ 30 | közs. o. | Bács-Földvár | 1600 k. | Balaton Gy. fsz. Öbecse. |
| „ 30 | kórh. s. o. | Nyitra | 1400 k., lakás, nyugdij | Markhót alispán, Nyitra. |
| „ 30 | körorvos | Vaál | 1111 k. 27 f. | Vuits fszbiró, Vaál. |
| „ 30 | bányao. | Ferenczfalva | 2400 k., gyógytár | Martinek igazg., Bpest, Teréz-körút 24/b. |
| jul. 10 | járáso. | Heves | 1110 k., 600 k. úti át. | Kállay Z., főispán. |
| „ 12 | körorvos | Szil.-Nagyfalu | 1200 k., 600 fuvar, 200 k. lakbér | Nagy G. főszolgabiró, Szilágy-Somló. |
| „ 15 | körorvos | Alsó-Jára | 1000 k. | Ferenczy J. fszbiró, Alsó-Jára. |
| „ 20 | körorvos | Nagy-Somkút | 1200 k. | Főszolgab., N.-Somkút. |

## HIRDETÉSEK.

**Marienbadi Zander-intézet.**

Modernül berendezett intézett svéd gyógygymnastika, massage, **vill. fényfürdők, száraz-forró légkezelés;** a marienbadi kúrák kitünő kiegészitése.

Tulajdonos és orvosi vezető: **Med. Dr. Eduard Kraus.**

**Dr. HASENFELD OSCÁR** fürdőorvosi működését május 15-től ez idén is

nőorvos

**Franzensbadban** folytatja és szivesen szolgál a fürdőt illető felvilágositással.

**Lakás: Neuquellstrasse, Uhland.**

# DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. *Szabóky János* dr.: Vizsgálatok a thioform hatására vonatkozólag némely bőrbetegségnél. 1. l. — *Poór Ferencz* dr.: A lichen planus (Wilson) nyálhártyaelváltozásának kórszövettanához. 2. l. — *Guszman József* dr.: Újabb irányú tapintóérzési vizsgálatok. 5. l. — *Guszman József* dr.: Vizsgálatok a „jothion“ hatásáról a syphilis késői stadiumában. 7. l.

## Vizsgálatok a thioform hatására vonatkozólag némely bőrbetegségnél.

Irta *Szabóky János* dr. v. tanársegéd.

A chemia folytonos haladása, tökéletesbedése eredményezte azt, hogy az azelőtt hatásban egyedül álló gyógyszerek mellett, pl. jodoform, ma már számos hozzá hasonló hatású praeparatum áll rendelkezésünkre (xeroform, dermatol, amyloform, tannoform, jodolen, aristol, europhen, euguform stb.). Ez újabb desinficiens, adstringens szerekre figyelmünket a chemiai gyárak hivják fel, természetesen azoknak kitünőségét s a jodoform feletti előnyeit hangoztatva. Mi hivatásunkat végezzük csak, a midőn e szereket kipróbáljuk, ez állításokat kisérletek által elért positiv és esetleg negativ eredmények alapján verificáljuk, a szert a praxisba bevezetjük, vagy negáljuk s a praeparatumot a gyógyszerkincsből eliminálni törekszünk.

A kisérleti eredmények bizonyítják, hogy a nagyszámú jodoform hatását pótolni törekvő szerek közül csak néhány vált be (xeroform, amyloform, tannoform stb.) s míg ezek is csak többé-kevésbbé voltak a jodoformhoz hasonló jó hatással alkalmazhatók (mert hisz a jodoform antiseptikus, adstringens, desinficiáló s granulatiot siettető hatása ismeretes).

A thioformot, a basicus-dithiosalicylsavas bismuthot, mely szürkés sárgás finom por, szagtalan, vizben, alkoholban s aetherben nem oldható, — a bőrgyógyászatban alig, sebészek, fogászok, szemészek nagyobb számban alkalmazták. A bőrgyógyászatban Steurer[1] nedvező eczemáknál, Radkewitsch[2] égési sebeknél s Schmidt[3] égési sebeknél s ulcus crurisoknál ajánlja.

Én kisérleteimet e szerrel, — mely componensei folytán (bismuthoxyd, dithiolsalicylsav) jó secretiot csökkentő, desinficiáló s adstringeáló szernek igérkezett — 110 esetben végeztem. Alkalmaztam ulcus mollenál, eczemák különféle alakjainál, herpetikus kiütéseknél, balanitiseknél, paquelin vagy excisio után maradt sebfelületeknél, dyshidrosisnál, intertrigonál, impetigo contagiosánál s pyodermiánál; használtam a port tisztán vagy mint 10%-os thioformtalcumot 5—30% thioformvaselint, vagy 10—20% thioform Lassar-pasta alakjában.

Eseteimmel elért eredményekről a következőkben számolok be.

*Ulcus molle*-nél 37 esetben tiszta s 18 esetben 10%-os thioform hintőport alkalmaztam. A kezelés úgy történt, hogy beteg a localisatio helyét naponta 4—5-ször langyos vizzel megmosta s utána e porral behintette; a behintett területre tiszta vagy 10%-os bór vaselint alkalmazott. Az esetek, melyek között enyhék, de sok súlyosabb is volt, 89·1%-ban gyógyultak, 10·9%-ban csak javultak. A gyógyulás legtöbb esetben 15 nap alatt, esetleg annál gyorsabban következett be, nehányszor eltartott 25 napig s 2 esetben 30 nap alatt sem mutatkozott eredmény. Az átlagos kezelési tartam 15·2 nap volt. Alig volt észrevehető a különbség a gyógyulási tartamot illetőleg a tiszta porral s a 10%-os thioform talcummal kezelt esetek között, mert míg előbbieknél az átlagos gyógyulás 14·2 nap alatt következett be, utóbbiaknál az 15·3 nap után mutatkozott.

A por pár napi alkalmazására a genyedés hamar megszünt, az igy keletkezett tiszta sebfelület lassú granulálása mellett a leirt átlagos idő alatt a folyamat gyógyult.

*Dermatitiseknél s eczemák* különféle alakjainál átlag jó eredményeket láttam.

Dermatitis professionalis 9 esete közül 8 átlag 15·5 nap alatt gyógyult, egy esetben pedig, midőn a beteg türelmetlen volt s korán távozott, csak javulás mutatkozott.

A kezelés abban állott, hogy az oki momentumot, ha azt constatálhattuk, elhárítottuk s egy esetben 5%-os, hat esetben 10%-os thioform vaselinnel, egyben pedig 10%-os Lassar-pastával kentük naponta kétszer bőven az afficialt területeket. A viszketés gyorsan csillapult, a nedvezés szünt; a papulák hámlása és az erythema visszafejlődése mellett elmult a bántalom.

Acut eczemánál kétszer 10%-os, egyszer pedig 20%-os thioform vaselint alkalmaztam; 23·6 napi átlagos kezelés után két esetben a lob, nedvezés és viszketés megszünt; gyógyulás állott be, egy esetben diffus erythema maradt vissza, mely csak más gyógyszeres kezeléssel volt eltüntethető.

Eczema impetiginosum egy esete, miután a pörköket előzőleg olajjal leborogattam, 5% thioform vaselinre 17 nap alatt gyógyult; itt is mint az acut eczemánál a szer főleg secretiot csökkentő s jó desinficiáló hatásával tünt ki.

Kétszer alkalmaztam 10—20%-os thioform vaselint chronikus eczemáknál. Az eredmények nem voltak kielégitők, mert daczára annak, hogy a kezelés átlag 27·3 napig tartott — volt eset, a hol 51 napig is alkalmaztam — gyógyulást csak egy esetben értem el (tehát 14·3%), a hat többi esetben pedig (tehát 85·7%) csak javulást láttam, és más kezelésre kellett áttérnem.

A thioform applicálására a viszketés elmult, a nedvezés gyorsan megszünt, a papulák hámlás mellett eltüntek, de egy makacs infiltrált erythema maradt vissza, melyet csak más szerekkel (kátránysalicyl) voltunk képesek meggyógyitani.

Élesen határolt, extensive terjedő, mélyen infiltrált, nagyon viszkető eczemáknál (eczema en plaquards) 3 esetben alkalmaztam a 10—15%-os kenőcsöt; 19 napi kezelési tartam után 1 esetben gyógyult a folyamat, midőn a nedvezés, viszketés szünt, a papulák hámlás után eltüntek, 2 esetben pedig az eczema chronicumnál leirt hasonló erythemás infiltrált terület maradt vissza.

*Status* (eczema) *varicosus* két esete gyógyult, harmadik esetnél tetemes javulást értünk el.

A kezelés sikeres eredményét az absolut nyugalom, a szorító kötések s az esetleg esetenkint alkalmazott alumenborogatások is elősegitették. A thioformot 10%-os kenőcs vagy tisztán por alakjában alkalmaztuk. A kezelés átlagos tartama 23·7 nap volt. A hatás abban állott, hogy a felületes excoriatiok, ulcusok tisztultak, hámosodtak, a nedvezés csökkent, viszketés elmult, a papulák hámlottak, s a varicositás csökkenése mellett a kékes elszinesedés halványodott.

*Eczema seborrhoicum sterni* egy esetében alkalmaztam 10%-os thioform vaselint, mire ugyan a pikkelyek leváltak, papulák hámlottak, viszketés szünt, de egy a chronikus eczemáknál leirt infiltrált erythema maradt vissza, mely csak kátránykezelés mellett mult el.

A 10 *herpes progenitalisnál*, hol 4 esetben a tiszta port, 6 esetben a 10%-os thioformtalcumot alkalmaztam, az eredmény jó volt s az átlagos időtartamot illetőleg itt is alig

[1] Über Thioform. Wiener medicinische Wochenschrift 1894. Nr. 40.
[2] Über die Behandlung der Verbrennungen zweiten und dritten Grades mittelst Thioform. Allwoch. medicin. Blatt 1897. Nr. 9.
[3] Über Anwendung des Thioforms v. Joh. Jul. Schmidt Therap. Monatshefte 1894. April.

volt különbség, akkor midőn a 10%-os (8 napi átlagos tartam) vagy a tiszta thioformot alkalmaztuk (7 napi átlagos tartam); 1 herpes auriculae s 1 herpes zoster esetben a 20%-os thioformtalcum 8, illetve 7 napi alkalmazására, természetesen a hólyagok előző megnyitása után a folyamat gyógyult.

*Balanitiseknél* a 10%-os thioformtalcumra 4 esetben átlagos 8·2 napi kezelés után a lob megszünt s a genyes váladék elmaradt.

Granulatiók siettetésére, behámosodás elősegitésére, sebfelületekre, melyek nagyobb excisiók vagy paquelinezés s tejsav-edzés után maradtak vissza, 5 esetben alkalmaztam tisztán a thioformot, utána vaselinos kötéssel borítva azt. Volt egy eset, hol ötkorona nagyságú sebfelület, melyet varrni nem lehetett, várt behámosodásra.

| Eset | Therapia | Tartam | Eredmény |
|---|---|---|---|
| K. L. Tuberculosis verrucosa eltávolítása után a kézháton 5 korona nagyságú anyaghiány maradt vissza; varratokkal sebszélek összehúzva a sebfelület. | thioform-por | 24 nap | gyógyult |
| T. S. Xeroderma pigmentosum atypikus alakjánál az alkaron lévő tumort excindálva egy 5 korona nagyságú sebfelület maradt, melyet nem varrhattunk. | thioform-por | 27 nap | gyógyult |
| Kr. M. Dermatitis herpetiformis Duhring esetében excisio történt, mely után korona nagyságú sebfelület maradt vissza. | thioform-por | 7 nap | gyógyult |
| Pr. F. Folliculitis scrophulosorum esetében excisio után 20 fillérnyi sebfelület maradt vissza. | thioform-por | 11 nap | gyógyult |

Az eredmény jó volt, a mennyiben tekintetbe véve a sebfelületek esetleges nagy terjedelmét, az átlagos 17·4 napi tartam mellett, tehát rövid idő alatt történt a gyógyulás. A thioform ez esetekben a granulatiot siettető hatását szépen bizonyította.

*Dyshidrosis* három esetében azt tapasztaltam, hogy a hólyagok megnyitása után alkalmazott enyhébb 10—15—20%-os thioformpastáktól nemcsak hogy nem láttunk jó hatást, hanem lymphangoitis is fejlődött; ellenben az 50%-os vagy tiszta thioformpor alkalmazása után szárító hatása folytán gyógyulás jött létre.

*Intertrigonál* két esetben a 10%-os thioform Lassar-pasta, természetesen a bántalmazott területek időközönkinti kitünő megtisztítása után, átlagos 5·5 napi alkalmazás után teljes gyógyulást eredményezett. Itt is evidensen, e szernek szárító kisfokú adstringeáló hatása érvényesült.

Végül *pyodermia s impetigo contagiosa* egy-egy esetében is alkalmaztam e szert s arra az eredményre jutottam, hogy miután a genyet kibocsátottam, illetve a pörköket leborogattam és 21 és 9 napig alkalmaztam tiszta, illetve 10%-os thioformvaselint, annak desinficiáló s secretiot csökkentő hatása folytán gyógyulás jelentkezett.

A felsorolt eredmények tehát azt bizonyítják, hogy a thioform oly esetekben, hol secretio csökkentésére, tehát szárításra van szükség, még enyhe percentuatióban is kiváló hatású volt; desinficiáló s granulálást siettető hatása kisebb felületeken enyhe százalékban, nagyobb felületen pedig 50%-ban vagy tisztán alkalmazva teljesen megfelelt; adstringens hatása, mely leggyengébb, szintén kielégitő volt.

Összefoglalva eredményeimet:

1. *Chronikus eczemáknál* éles széllel terjedő, körülirt *plaqueos eczemáknál* a szert nem ajánlhatom, mert mindig rászorultam eseteimben más eljárásokra.

2. Nagyobb *sebfelületek behámosítására pyodermiánál, dyshidrosisnél* az 50%-os s tiszta thioformpor jó eredménynyel alkalmazható.

3. *Ulcus molle, herpes progenitalis, balanitis eseteknél, acut eczemáknál, dermatitis professionalisnál, eczema impetiginosumnál, intertrigonál, eczema varicosumoknál, impetigo contagiosánál*, a 10% s 20%-os thioformport vagy vaselint, mint gyors és jó hatású szert ajánlhatom.

Ha ezek mellett felemlitem azt, hogy a thioform grammjának ára körülbelül 25 fillér, akkor az utolsó csoportban emlitett esetek kezelésénél olcsósága miatt is előnyös a praxisban.

Az esetek szíves átengedéséért igen tisztelt főnökömnek Nékám Lajos dr. egyetemi magántanár úrnak hálás köszönetet mondok.

## A lichen planus (Wilson) nyálhártyaelváltozásának kórszövettanához.

Irta: *Poór Ferencz* dr. tanársegéd.

(1 szövegábrával.)

A lichen planus első leirója és elnevezője *Erasmus Wilson*[1] már 1869-ben figyelmeztetett a megbetegedésnek a száj nyálhártyáján és a nyelven való előfordulására. Akkor közölt megfigyeléseinek három esetében volt jelen nyelv, illetőleg szájnyálhártyaelváltozás. Tankönyvében[2] (1876) ismét megemlékezik egy ily esetről. Majd — hogy csak az első észlelőket emlitsük — *Hutchinson* (1879),[3] *Crocker* (1882),[4] *Pospelow* (1881),[5] *Neumann* (1881),[6] *Unna* (1882),[7] *Touton* (1883),[8] *Bender* (1887),[9] *Herxheimer* (1889)[10] közöltek ily eseteket a lichen különböző bőr elváltozásaival kapcsolatban.

Ujabban, mióta a dermatologusok a lichen eseteknél rendszeresen kiterjesztik figyelmüket a beteg nyálhártyáira is, az esetek annyira szaporodtak, hogy *Heuss*[13] az összes esetek 40%-ra, sőt *Gautier*[36] kétharmadára teszi a nyálhártyaelváltozásokat. *Herxheimer* 127 esete közül 1893-ban észlelte. A vegyi, hőmérséki és erőművi insultusok, a melyeknek különösen a száj nyálhártyája ki van téve, eléggé érthetővé teszik a nyálhártya affectiók e relativ gyakoriságát. Az utóbbi időben *Marx*[11] és *Nékám*[12] a végbél nyálhártyáján, *Heuss*[13] pedig urethralis lichen planus eruptiót ismertettek.

Arra, hogy a nyálhártya elváltozásai a bőreruptiót jóval megelőzhetik *Thibierge*[14] figyelmeztetett első izben. Közöltek az irodalomban — habár csak nagyon elvétve — oly eseteket is, melyeknél a lichen *kizárólag* a buccalis nyálhártyára szoritkozott (*Crocker*, *Audry* s mások), melyeknél eldöntetlenül maradt, hogy vajjon a buccalis laesiót múlhatatlanul követi-e a bőrelváltozás.

Az 1901. évfolyama lichen alatt planusnak két különösen érdekes nyálhártyaelváltozását volt alkalmam a kir. tud. egyetem bőrkórtani intézetének rendelésén észlelni. Az egyik esetet, melynél a buccalis laesiókon kivül végbélnyálhártya elváltozás is volt jelen *Nékám* a kir. Orvos-Egyesület 1901. január 12-dikén tartott ülésén be is mutatta. A második eset a következő:

Sz. Imre 24 éves MÁV. irodatiszt. Klinikai rendelésre jött 1901. november 20-dikán.

Kórelőzmény: Szülői, testvérei egészségesek. Családjából senkinek sem volt bőrbaja. 1897-ben testén kiütése támadt, mely a has bőrén kezdődve fájdalom nélkül terjedt, mig jelen kiterjedését elérte. Szájnyálhártya elváltozásait beteg észre sem vette eddig s igy azok keletkezésének időpontjáról sem tud felvilágositást adni.

*Status*: Has, törzs és karok hajlító oldalán részben élesen elhatárolt, részben szorosan egymás mellé sorakozott s igy fillérnyi foltokat alkotó 1—2 mm. átmérőjű, mérsékelten az ép bőr felszine fölé emelkedő, laposabb felszinű tömör, kékesvörös, viaszfényű papulák, melyek polygonalis contourokkal birnak s egyesek közülök felületükön kis horpadást mutatnak. Ráeső fény mellett lupeval szemügyre véve egyes papulákban fehér pontocskák láthatók. *A száj nyálhártyája általában normális színezetű, mivel élénk ellentétet képeznek a jobb buccalis nyálhártyán a molarisok rágó felszinének magasságában jelenlevő, némileg a szomszédos nyálhártya felszine fölé emelkedett gombostűfej-kölesnyi ezüstfehér, tömör consistentiával biró papulák, melyek részben isoláltan, részben egymással összefüggőleg görbevonal vagy körsegmentum alakját utánzó rajzolatokban mutatkoznak és az ép nyálhártyánál élénkebb rózsaszinű, hyperaemiás udvarral birnak.* Ujjunkat a kiütésen végighúzva, bizonyos érdességet tapasztalunk. Nyelv, lágy és kemény szájpadlás, bal bucca valamint anus és húgycső nyálhártyái épek.

A buccalis elváltozásokból alkalmam volt a górcsői vizsgálat czéljaira anyagot kimetszeni. A vizsgálatot annál is inkább érdemesnek tartom a közlésre, mert tudomásom szerint *az irodalomban a lichen planus nyálhártya elváltozásairól eddigelé szövettani viszsgálat nem áll rendelkezésünkre s igy dolgozatom az első ezen irányban.* E hiány annál feltünőbb, mert a lichen

különböző megjelenéseinek (planus, acuminatus, corneus, verrucosus s más alakok) bőrelváltozásait *Hebra F.* (1860),[15] *Neumann* (1869),[16] *Bisiadecki* (1871),[17] *Poór Imre* (1875),[18] *Obtulowitz* (1877)[19] stb. régibb és *Unna*,[20] *Török*,[21] *Joseph*,[22] *Robinson*,[35] *Caspary*,[24] *Ehrmann*[23] s mások újabb histologiai dolgozatai révén főbb vonásaiban meglehetősen tisztázottaknak tekinthetjük.

Anyagom korlátolt volta főleg miatt bizonyos irányokban végeztem szövettani vizsgálataimat. Felvetettem a következő kérdéseket:

1. *Jelen vannak-e a nyálhártya lichen planusánál is, és ha igen, miként magyarázható azon hézagok, illetőleg űrök létrejövetele, melyeket egyes észlelők (Caspary, Török, Joseph stb.) már a lichen planus bőrelváltozásainál leirtak, de különbözőképen értelmeztek?*

2. *A lichen planus mucosae orisnál a nyálhártyának mely szövete képezi az elváltozás kiindulási pontját?*

3. *Vannak-e jelenségei a nyálhártyában lefolyó abnormális sejtelszarúsodásnak?*

*Szövettani vizsgálatom eredménye*:

*A tunica propria és submucosa* az affectio szélén kötőszöveti sejtekben mérsékelten gazdag. Unna-féle polychrom methylenkékkel festett s tanninnal páczolt készitményeimen néhány vörösre festődött, sok maggal biró tömött sejt (Mastzelle) látható, leginkább a nyirok- és véredények mentén. A véredények környezete itt még beszűrődéstől mentes, nyirokhézagok normálisak. Az affectio középrésze felé közeledőleg feltünik a véredényeknek fokozatosan nagyobbfokú tágulása és körülöttük a kivándorolt leukocyták tömege. A subpapillaris edényhálózat edényeinek ezen elváltozása már oly helyeken is észlelhető, hol nemcsak a felül fekvő epithel, de még a papillaris rész is teljesen intakt képet ad. Ugyanitt már a kötőszöveti sejtek is egymástól széttoltak s a collagen-rostok is duzzadtabbak. Az elváltozás középpontjában úgy a submucosa, mint a tunica propria edényei tátongók és a nagyobbrészt mono- s csak elenyésző részben polynuclearis leukocytákból álló beszürődés az egész kötőszöveti részt fel az epithelbe is átmenőleg ellepi. A beszűrődés legsűrűbb a véredények körül. Plasmasejtek sehol nem találhatók. A beszűrődött sejtek által, valamint az oedema következtében a kötőszövet elemei egymástól még inkább széttolatnak s helyenként rések képződtek. A nyirokhézagok két-háromszorosukra tágultak. Az elváltozás középponti részében nagy 3—4 papilla kiterjedésének megfelelő űrképződés van jelen, mely a submucosától az epithel alsó határáig felterjed. (L. ábrán A.) Az üreg széli részei erősen infiltráltak, (hasonlóan a perivascularis beszűrődéshez) sokkal inkább mint a kötőszöveti rétegek egyéb helyei. A megmaradt papillák minden irányban kiszélesedettek, egyenetlenek.

Az *epithel* az elváltozás helyén az ép részhez viszonyítva kiszélesedett. Az elváltozás középpontjában azonban, úgy látszik a subepithelialis hólyag tartalma által nyomatva, mechanikai behatás alatt keskenyedik. Ez utóbbi helyen a sejtek mintegy egymáshoz szorítottaknak, komprimáltaknak tünnek fel. (L. ábrán D.)

Nagy nagyitás mellett vizsgálva kitünik, hogy az epithel térfogatnagyobbodását csak kisebb részben okozza az epithelsejtek proliferatiója s az inkább a parenchymatosus és interspinalis vizenyőnek tudható be.

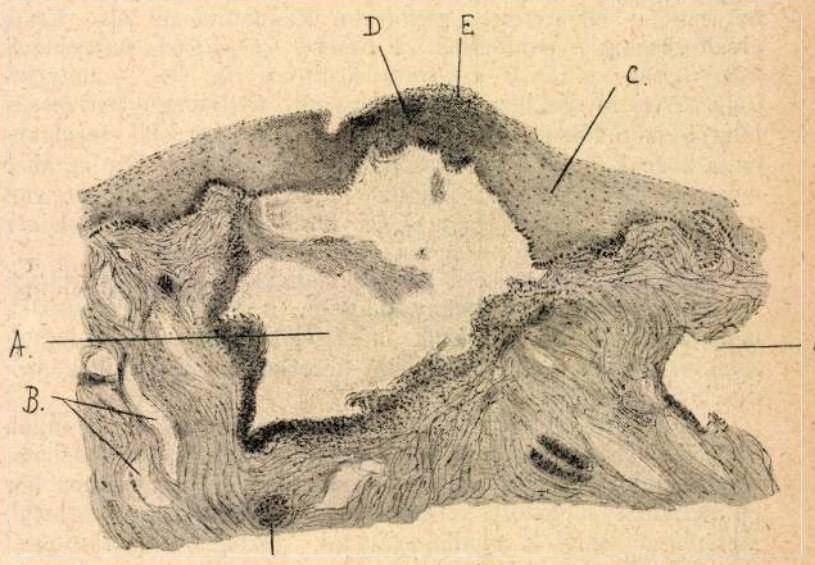
Az epithelréteg alapját képező cylindersejtréteg, valamint a felette elterülő kifejezetten fogazott polyedrikus sejtek tisztán kivehetők ugyan, de protoplasmájuk duzzadt s intercellularis közeikbe egyes helyeken leukocyták nyomultak, mi által a sejtközötti hézagok kitágultak. (L. ábra C.)

A tüskés sejtek az epithel legfelsőbb rétegeiben fokozatosan vízszintes irányban megnyúlnak, ovális alakot öltenek, azaz typusos fedőhámsejtekké alakulnak át. E fedőhámsejtek sötét magvai haematoxylin-vizes fuchsin + pikrinsavval (Van Gieson) kezelt metszeteken élénken előtünnek a világosra festődött protoplasmából. Feltünő, hogy az elváltozás tetőpontja felé haladólag, a fedőhámréteg két-három legfelső sorában a magok kisebbekké válnak s a sejtprotoplasmában sötéten festődött, apró szabálytalan alakú szemcsék tünnek fel, melyeket festődésük alapján másnak, mint Waldeyer-féle keratohyalinnak nem foghatunk fel. E szemcsés sejtek úgy látszik, mint ilyenek válnak le, a nélkül, hogy teljesen elszarúsodtak volna. (L. ábra E.)

* * *

Mint a histologiai vizsgálatból kitünik, *a lichen planus buccalis laesiojánál is tapasztalható azon sajátságos űrképződés*, mely a bőr hasonló affectiójánál oly különböző magyarázatokra adott okot. A bőr hasonnemű elváltozásánál *Caspary*[24] hivta fel ezen űrképződésre először a figyelmet. A legfelső irharétegek beszűrődése mellett az egész epithelréteg elemelődését észlelte, mely elemelődésnek okát a beszűrődött subepithelialis kötőszövet visszafejlődésében, sorvadásában kereste. Vele ellentétben, *Török* igy nyilatkozik: „A papillaris test és az epithelréteg leirt elváltozásai által határfelületeik eltolódása folytán szükségképen szenved mindkettőjük összetartása és ezért az epidermis gyakran már a keményitő folyadékban is vagy a metszésnél válik el a papillaris testtől. Egészen szükségtelen az utóbbi tünemény magyarázatára felvennünk, hogy a subpapillaris irharéteg sorvad, visszafejlődik, a mint azt Caspary állitja.“ *Joseph* az űrben egyes epithelsejteket, leukocytákat és fibrinszerű rostokat talált s ezen lelete alapján ellentmond a mehanikai származás lehetőségének s az üvegképződést, mint a Malpighi-réteg szétesését fogja fel.

Esetünkben a nyálhártya laesión észleltem a szóban forgó űrképződést, még pedig olyformán, hogy az üregképződésben kizárólag a felsőbb kötőszöveti rétegek vettek részt. Daczára annak, hogy magában az űrben nem volt alkalmam




*A*) Subepithelialis hólyag. — *B*) Exsudatum által szétnyomott sejtközötti hézagok. — *C*) Epithel vizenyősen duzzadt s proliferált sejtekkel. — *D*) Epithel mechanikus úton összesajtolt sejtekkel. — *E*) Keratohyalin szemcsékkel biró fedőhámsejtek.

azon leukocytákat s fibrinhez hasonló rostokat látni, melyeket Joseph irt le s a dolgozatához mellékelt reproductiókban is bemutatott, még sem merném a létrejött üreg képződését — legalább a lichen planus nyálhártya elváltozásánál — a keményités vagy metszés alatt létrejötteknek tekinteni, már azért sem, mert már az üreg felett levő epithel sejtjeinek összenyomatása is a mellett tanuskodik, hogy *itt egy nagyobb nyomás alatt álló folyadékgyülem okozatával állunk szemben.* Másrészt a keményitő folyadék hatása a dolog természeténél fogva a metszet széli részein juthatna leginkább érvényre s ott lazitaná meg az epithel és kötőszövet között az összetartást, mig készitményeim épen ellenkezőleg az űrképződés maximuma oda esik, hol a laesio tetőpontjára jut. Az űr létrejövetele tehát szerintük úgy magyarázható, hogy *az edényekből kiáramló exsudationalis folyadék az epithel és kötőszövet között gyült meg s szaporodva, az utóbbit lefelé, mig az előbbit fölfelé nyomta.* E folyadék az epithel egyes helyein a cylindrikus sejtrétegen átszivárgott s e helyeken nemcsak az epithelsejteket egymással való összefüggésükben lazitotta meg, hanem részben azok protoplasmáját is megduzzasztotta. *Kétségtelenül subepithelialis hólyagképződés fordult tehát esetemben elő,*

mely hogy a lichennél néha excessiv fokban jelen lehet, bizonyítja már *a lichen pemphigoidesnek* is elegendő számban közölt előfordulása is.

Megjegyzem azonban, hogy az esetemben előfordult hólyagképződést még nem általánositom, mire egy eset vizsgálata fel sem jogositana. Valószinű, hogy a subepithelialis hólyagképződés csak nagyobb fokú exsudationál ily kifejezett. De hogy az, ha kisebb mértékben is, állandóan jelen van-e, azt a további vizsgálatok dönthetik csak el.

*A bőrelváltozás kiindulási pontját* illetőleg sokáig *Hebra F.* nézete uralkodott s azt a hajtüszőkben, illetőleg faggyúmirigyekben keresték. De hogy a megbetegedésnél a véredényrendszer is szerepet játszik, azt már a régibb szerzők is elismerték. Igy *Poór Imre* 1875-ben lichen ruberről közölt dolgozatában a többi közt a következőképen nyilatkozik: *„Az irha edényei . . . . ki vannak tágulva s azokat szembetünő sejtburjánzás kiséri*; sőt e sejtburjánzások nemcsak az edények körül, hanem az irhának mind szemölcsös, mind reczés rétegében, kivált az izzadás és szőrtüszők körül, sőt ott is csoportosulnak, hol sem edényeket, sem bőrmirigyeket nem veszünk észre (izzadmánysejtek?)." (Gyógyászat 1875., 282. lap.) *Crocker*[25] 1881-ben a corium felső rétegeinek véredényfalába helyezte a megbetegedés első nyilvánulását. Nézetét *Weyl*[26] is elfogadta s szintén elsődlegesnek ismeri el. A kötőszövet rétegeiben levő edénykörüli elváltozást, míg a papillaris beszürődést csak másodlagosnak tekinti. Az újabb szerzők legnagyobb része elfogadta e nézetet s csak *Köbner*[27] (1887) helyezte — ellentétben Crocker és Weyllel — az első lobos elváltozásokat a papillákba. *A Crocker-féle felfogás mellett szól véleményem szerint a nyálhártyaelváltozás is*, hol a mélyebb kötőszöveti rétegekben jelenlevő tágult, sőt tátongó perivasculáris beszürődéssel biró edények sokkal nagyobb területen mutatkoznak, mint a felsőbb rétegek elváltozásai. Ott is, ahol még felette az epithel s a papillák teljesen épek, már jelen van a mérsékelt véredénytágulás és körülötte — habár eleinte nem is nagy fokban — a leukocytaris beszürődés.

Egyike volt az érdekes tüneteknek, melyet szövettani készitményeimen tanulmányozhattam, *a kóros keratinisatio*, mely az elváltozás helyének megfelelőleg, az epithel legfelsőbb rétegeiben, a lapos fedőhám körében, keratohyalin képződésében mutatkozott.

Ismeretes, hogy rendes körülmények között az ép nyálhártyák felszinéről a lapos, magvaikat megtartott fedőhámsejtek, mint olyanok válnak le, a nélkül, hogy mint a bőr epitheliumai megelőző elszarúsodáson mennének keresztül. Különböző emlősök nyálhártyájának részleges elszarúsodását (keratohyalin képződését) irta le *Severin*[28] Flemming laboratoriumából kelt dolgozatában, de *Virchow*[29] volt az, ki 1887-ben azon érdekes megfigyelését közölte, hogy a toroknyálhártya bizonyos részei, különböző ingerek behatása alatt megvastagodhatnak s az epithel megkeményedik („verhärtet"), részlegesen elszarúsodik azon helyeken, hol nem cylindrikus, hanem lapos fedőhámsejtek vannak jelen. Virchow jellemzőleg a nyálhártya „dermoid" elváltozásának minősitette e folyamatot s rámutatott arra, hogy *bizonyos kóros körülmények között a nyálhártya oly szöveti elváltozásokat szenvedhet el, melyek rendes körülmények között kizárólag a szarúszövet sajátságát képezik s e folyamatokat a pachydermia mucosae közös elnevezése alá foglalta.* Az utána következő vizsgálók megerősitették Virchow ezen felfedezését s kimutatták a Virchow értelmében vett nyálhártya elszarúsodási rendellenességet nemcsak a torok, hanem az orrüreg, húgyutak kóros elváltozásai-nál is. (*Neelsen*,[30] *Schuchardt*,[31] *Büngner*,[32] *Posner*,[33] *Róna Dezső*[34] stb.)

Mint szövettani vizsgálatunknál leirtuk a lichen planus nyálhártya elváltozásánál is megtaláltuk a keratohyalinban a kóros elszarúsodás jelenségét az epithel legfelsőbb rétegeiben. Hogy az elszarúsodás nem tökéletes, azt talán a szájban állandóan jelenlevő nedvesség részéről fennálló macerationak s ezáltal a leválás gyorsításának tulajdoníthatjuk.

* * *

Összefoglalva az eddig mondottakat, a dolgozatom elején feltett kérdésekre véleményem szerint a következőképen válaszolhatunk:

1. *A nyálhártya lichen planusánál jelenlevő űrképződés a subepithelialis hólyag képének felel meg s azt a véredényekből áramló exsudatio hozza létre.*

2. *Az elváltozás a submucosa véredényeiből indul ki.*

3. *A folyamatnál a nyálhártyára nézve kóros keratohyalin képződésével járó részleges elszarúsodással találkozunk. Az elszarúsodás az epithel részleges kóros túlsarjadzásával párosul s igy a lichen planus nyálhártya elváltozása Virchow értelmében vett pachydermia mucosae csoportjába sorolható.*

Végül nem mulaszthatom el, hogy *Nékám Lajos* dr. magántanár úrnak köszönetet ne mondjak az esetnek szives átengedéséért, valamint *Pertik Ottó* ny. r. tanár úrnak, ki alkalmat adott arra, hogy intézetében dolgozatom szövettani részét kidolgozzam.

### Irodalom.

1. *Wilson E.* On lichen planus. Journal of cutaneus medic. and diseases of the Skin. III. 120, 125, 129 és 131.
2. *Wilson E.* On diseases of the Skin. Sixth. edition. London 1876. 192.
3. *Hutchinson T.* Lecture on clinical Surgery. London, 1879, I. 211, 222, 224, 225.
4. *Crocker K.* Medical Society of London, 27. Mars 1882. — The Lancet 8. April 1882.
5. *Pospelow.* Ein Fall einer seltenen Hautkrankheit. (Lichen r. p'anus). St. Petersburger Medic. Wochenschr. 1881, 44. sz.
6. *Neumann J.* Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1881.
7. *Unna.* Über die Mundaffection bei Lichen ruber. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1882, 257.
8. *Touton.* Casuistisches zum Lichen ruber planus der Haut und Schleimhaut. Berl. Klin. Wochenschr. 1886, 23. sz.
9. *Bender M.* Über Lichen ruber der Haut- und Schleimhaut. Deutsche Med. Wochenschr. 1887.
10. *Herxheimer L.* Marx-nál.
11. *Marx.* Inaugural-Dissert. Würzburg 1893.
12. *Nékám.* Bemutatás a Budapesti kir. Orvos-Egyesületben 1901. január 12.
13. *Heuss.* Lichen planus der Urethralschleimhaut. Monatsh. für p. Dermat. 31. k. 1900. 470. l.
14. *Thibierge.* Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan. Annales de Dermat. 1885, 65.
15. *Hebra F.* Lichen ruber. Hautkrankheiten. Erlangen 1860.
16. *Neumann J.* Hautkrankheiten. Wien.
17. *Bisiadecki.* Untersuchungen aus dem pathol.-anat. Institute in Krakau. Wien 1872.
18. *Poór Imre.* A vörös dobrócz újabb esete. Gyógyászat 1875., 3., 4., 5., 19. sz.
19. *Obtulowic.* Beitr. zur Path. u. Ther. des L. r. exs. Referálva: Vierteljahrschr. f. Derm. 1877, 259. l.
20. *Unna.* Histopathologie d. Hautkrankheiten. — Über die Mundaffection bei lichen ruber. Monatsh. f. p. D. 1882, 257.
21. *Török L.* A lichen planus boncztana. Orvosi Hetilap. 1890, 125. szám. Ziegler's Beiträge 1890.
22. *Joseph M.* Beitr. zur Anatomie des Lichen ruber. Archiv für Dermat. u. Syphil. 38. k. 1897.
23. *Ehrmann.* Festschrift Neumann.
24. *Caspary.* Über Lichen ruber. Archiv für Dermat. und Syph. 1888, 159.
25. *Crocker.* Lichen planus. Lancet. 1881.
26. *Weyl.* Lichen r. planus. Ziemssen's Handbuch 1883. 518.
27. *Köbner.* Zur Path. des Lichen ruber. Berl. Klin. Wochenschrift 1887.
28. *Severin.* Archiv für mikr. Anat. 26. k. 1885.
29. *Virchow.* Über Pachydermia laryngis. Berliner Klin. Wochenschrift 1887.
30. *Neelsen.* Über histol. Veränderungen in der chronisch entzündeten männl. Urethra. Beitr. zur Path. und Ther. des chron. Trippers. Wien 1888. (*Posner* után.)
31. *Schuchardt.* Über das Wesen der Ozoena. Volkmann's Sammlungen. 1889.
32. *Büngner.* Archiv für Chirurgie 1889.
33. *Posner.* Untersuchungen über Schleimhautverhornung (Pachydermia mucosae). Virchow's Archiv. 118. k. 391. l.
34. *Róna Dezső.* A felső húgyútak nyálkahártyáján felléppő hámsparúsodásról. Magyar Orv. Archivum 1901. 138—149.
35. *Robinson.* The question of relationship letween lichen planus and lichen ruber. Journal of cut. and gen. urin. dis. VII. 1889. 1, 41, 81.
36. *Gautier.* Du lichen plan buccal. Thèse de Bordeaux 1895.

## Újabb irányú tapintóérzési vizsgálatok.

Irta: *Guszman József* dr., klinikai gyakornok, volt egyetemi I. tanársegéd.

Immár közel két évtizede annak, hogy *Blix* és *Goldscheider* epochális vizsgálataikkal egymástól függetlenül a bőrérzésekre is megállapitották a specifikus érzékszervi energiát. Maga a specifikus érzékszervi energia alapfogalma *Johannes Müller*-től származik, a melynek értelmében ugyanazon inger különböző érzékszervi idegekre hatva állandóan különböző érzéseket kelt s viszont különböző ingerek egyugyanazon érzékszervet érintve állandóan ugyanazon érzést ébresztik. *Blix* és *Goldscheider* fáradozásai hozták meg azt az eredményt, hogy most már határozottan tudjuk, hogy a bőrön nyilvánuló kardinális érzések egymástól függetlenek s teljesen különállók. Eddigi ismereteink alapján a bőrön kimutatható érzékeket három, illetőleg négy fajtára oszthatjuk: fájdalom-, tapintás- s hőérzékre, mely utóbbi ismét hideg és meleg érzések felfogására szolgál. Az egyes érzékeknek megfelelő végkészülékek felelnek meg, a mit különösen *Frey*-nek vizsgálatai állapitottak meg. Ezek alapján felvehetjük, hogy a thermikus ingerek felfogására kétféle végkészülék szolgál, a hideg érzetére a *Krause*-féle végbunkók, a melegére a *Ruffini*-féle testecskék. A fájdalomérzés közvetitésére *Frey* a szabad intraepitheliális idegvégződéseket jelöli meg. A tapintásra általában a *Meissner*-féle tapintó testecskék szolgálnak, a szőrös testrészeken pedig főleg a hajgyökérhüvelyek idegrosthálózata. A hajak eminens fontosságát a tapintóérzési benyomásokra különösen *Exner* vizsgálatai óta ismerjük közelebbről. Fontos még azon ténynek ismerete, hogy a két tapintókészülék bár functió tekintetében ugyanazon munkát végzi, mégis abban különbözik egymástól, hogy mig a hajhüvelyek rosthálózatai külső ingerekre jóval érzékenyebbek, addig a *Meissner*-féle testecskék nagyobb kitartást s finomabb localisatiót mutatnak a létrejött érzések közvetitésében.

Különösen *Blix* és *Goldscheider*-nek érdeme az is, hogy most már tisztában vagyunk azzal, hogy a nyilvánulásra kerülő különböző érzések a bőrben nem diffus, tehát felületérzések, hanem fix pontokhoz kötött érzések. Ezen érzést felfogó pontokat, melyek a bőrben minőség s hely szerint váltakozó mennyiségben vannak elhelyezve, az egész testfelszinre különösen *Goldscheider* állapitotta meg. E vizsgálatokból azt is tudjuk, hogy általában azon hely, mely az ingerek egyik fajának felfogására sok és sűrűn elhelyezett érző pontokat tartalmaz (például hőérzési pontok), az a másikból kevesebbel rendelkezik (például tapintási pontok).

Bár általában nagyot haladtak ismereteink a különböző bőrérzések terén, úgy mégis sok kérdés vár még megoldásra s magyarázatra. Elég tiszta áttekintésük van e tekintetben a két hőérzésről (hideg, meleg), a mennyiben ezen élesen körülirt érzések felfogására szolgáló pontoknak a bőrben való elhelyezésével a legfontosabb tudnivalók megállapittattak. A fájdalomérzés, melyet szintén csak érintünk s a melyről általában felveszik, hogy nem is különálló bőrérzés, hanem inkább közérzet, valamennyi érzés közül a legkevésbbé ismert. A fájdalomérzést *Frey* nyomán physiologiailag különállónak vehetjük, a mennyiben fáradságos kisérleteivel sikerült kimutatnia, hogy léteznek önálló fájdalomközvetitő pontok, melyeknek izgatására állandóan csak fájdalomérzés létesül. Tudjuk azonban azt is, hogy e felfogás még korántsem jegeczesedett ki megdönthetetlen ténynyé, mert kiváló physiologusok, mint például *Richet* sem fogadja el a fájdalmat mint különálló érzést s azt csupán valamennyi érzékszervi benyomás quantitativ felfokozódásának tartja. De eltekintve ettől, ismereteink a fájdalomról — bármily gyakori s kinos érzés az az orvos előtt — különben is oly homályba burkoltak, hogy teljes mértékben áll *Bunge*-nek mondása: „Es liegt etwas Beschämendes darin für die gesammte medizinische Wissenschaft, dass dieses qualvolliste Symptom aller menschlichen Leiden noch so wenig beobachtet und so wenig erforscht ist".

Áttérve most a tapintó érzékre, ezen kiválóan quantitativ érzékre, azt általában igen jól áttanulmányozottnak s számos kiváló kutató által megvilágitottnak mondhatjuk. Tudjuk, hogy a tapintási érzés nem oly egységes, mint például a látási vagy hallási, mert vannak sajátosságai, melyek miatt némikép a közérzetekhez hasonló. Ilyen például az, hogy működésekor a tapintási érzést kiváltó ingereknek a külvilágba helyezése mellett a bőrnek egyúttal saját állapotáról is szerzünk tudomást (*Klug*).

A tapintási érzéseket közvetitő pontok, melyeket *Blix* nyomási pontoknak, *Frey* pedig még helyesebben tapintó pontoknak nevezett el, a hőérzést közvetitőkhöz hasonlóan egyes láncokban vannak elszórva a bőrben. Ezeket fáradságos s nagy türelmet igénylő vizsgálatokkal csaknem az egész testfelületre meg lehet állapitani. A tapintási érzések felkeltésére tulajdonképen minden inger alkalmazható, de azért a gyakorlatban mégis csak főleg a mechanikai behatások szerepelnek, melyek azonban csak akkor hoznak létre ingerületet, ha oly intensitással lépnek fel a bőrön, hogy azt deformálják (*Frey*). E deformáló mechanikai behatások nyilvánulásban számtalanok lehetnek, de azért *Frey* exact vizsgálataiból tudjuk, hogy azok lényegben csak kétfélék: olyanok, melyek a normális szövetnyomást emelik s olyanok, melyek azt csökkentik. *Frey* e két fogalomra „nyomás" (Druck) s „húzás" (Zug) kifejezéseket használt. A kétféle deformatiós erő mindazonáltal nem produkál heterogen nyilvánulásokat, a mennyiben mindkettő ugyan azon nyomási, illetőleg tapintó pontok útján jut érvényre. A tapintást közvetitő pontok tehát rendes viszonyok között mindig csak deformatiókra reagálnak. A tapintó érzés létrejöttéhez szükséges erőt mérni is tudjuk s a mérésre *Frey* külön fogalmakat létesitett. Igy a nyomási deformatió vizsgálatánál műszerének (lényegben egy hajszál) maximális ellenállását „*erő*"-nek nevezte, annak pedig az 1 $mm^2$-re kifejtett hatását „*nyomás*"-nak.

A tapintásérzés több irányban lett igen gondos vizsgálat alá véve. Szükséges, hogy azoknak főbbjeit saját vizsgálataink ismertetése előtt röviden előrebocsássuk, mert vonatkozásba kell azokat egymással hozni. Tudjuk, hogy bőrünknek megvan az a képessége, mely szerint bármikor meg tudjuk mondani, hogy valamely érintési ingernek (nyomás) hol volt a behatási helye a bőrön. E képesség, melyet a bőr helyérzésének neveznek, úgy vizsgálható, hogy a vizsgált egyén szemét elfödjük, úgy hogy a bőrén alkalmazott ingerek behatási helyét újjal kell megmutatnia. Ezt a képességet az *E. H. Weber* által először inaugurált vizsgálattal olyképen is kutathatjuk, hogy az úgynevezett tapintókörző csúcsainak azt a minimális egymástóli távolságát keressük az egyes bőrterületeken, melynél még két külön érzés támad. *Weber* az ily módon végzett klasszikus vizsgálatainak eredményét táblázatba foglalta, a melynek adataira alább még reátérünk. *Weber* adatai azonban bizonyos határokon belül ingadozást mutatnak s nem fix értékek, a mennyiben azoknak létrejötténél több fontos körülmény működik közre. Igy első sorban attól függ az eredmény, hogy milyen hőhatások érvényesülnek a tapintókörző alkalmazásánál. Ezt igen élesen mutatják azon vizsgálati eredmények, melyek a *Klug*-féle thermaesthesiometer alkalmazásakor mutatkoznak. Ilyenkor az tapasztalható, hogy a helyérzés tökéletesebb, ha a vizsgált bőrfelület s a körzővégek között nagyobb hőbeli differentia van (Klug). A vizsgálati eredmény némileg attól is függ, hogy mily fokú erőt alkalmazunk, valamint attól is, hogy hosszú gyakorlat alapján, vagy csak első alkalommal végezzük-e a kisérletet. A gyakorlat teszi tudvalevőleg a helyérzést tökéletesebbé a vakoknál is. Ily körző-vizsgálatoknál különben az a körülmény is ad értékbeli differentiákra alkalmat, hogy a körző végeivel successiv vagy simultán izgatás történt-e, a mennyiben az utóbbi applikálás alkalmával a jelentkező érzőküszöb nagyobb értékű, mint a successivnél, a mint azt különösen *Frey* vizsgálataiból tudjuk.

A helyérzés finomságát *Weberen* kivül különösen *Goldscheider* vizsgálta, a ki jóval kisebb értékeket nyert amannál. A jelentékeny értékbeli különbség onnan ered, hogy *Goldscheider* közvetetlenül a nyomási (tapintási) pontokon állapitotta meg a helyérzést és nem úgy mint *Weber*, a kinek idejében csak felületérzésekről, nem pedig tapintó pontokról volt szó. *Weber* tehát csak általában a bőr felszinét vizsgálta a gyakorlatban való megnyilatkozás értelmében. Csak megemlitjük, hogy *Weber* a bőrt mozaikszerűen elszórt érzőkörökből állónak tekintette, melyeknek anatomiai substratumaiként az „elemi

idegrostok“ (elementare Nervenfäden) szerepeltek. E nézetet később a *Meissner-Czermák*-féle felfogás oda módosította, hogy az elemi idegrostoktól feltételezett érzőkörök nem egymás mellett, hanem egymásba esnek. Mindkét felfogásnak az volt a közös hibája, a mint azt különösen *Frey* kiemelte, hogy az „elemi rostokat“, nem pedig a végkészülékeket vették figyelembe.

A tapintási érzékszervnek egy más irányú vizsgálati módja abban áll, hogy azon legkisebb nyomást (súly) keressük, mely még képes nyomásérzést létesíteni. Ezek az adatok szintén nagy mértékben váltakozók, a szerint, hogy pontszerű ingerek avagy felületingerek hatnak-e a bőrre. A pontszerű ingereknél ismét különbözik az eredmény, a szerint, hogy a tapintó pontokat közvetetlenül éri-e az inger vagy sem. Ilyfajta vizsgálatokkal különösen *Blix* és *Frey* foglalkoztak.

A megterhelési vizsgálatoknál azt a *Weber* által először használt eljárást is alkalmazhatjuk, hogy megfigyeljük, mennyivel kell egy súlynak növekedni, hogy a különbséget felismerhessük. E vizsgálat tehát nem más, mint egy súlyviszonynak a mérése, a mely állandóan $^1/_{29}$-nek felel meg és mint *Weber*-féle törvény jól ismert physiologiai tény.

A mostan elmondott vagy inkább csak érintett vizsgálati irányok mellett igen érdekesnek, sőt tudományos szempontból véve fontosnak látszik a tapintásnak egyes finomabb nyilvánulási alakjait pontosabban szemügyre venni s ha lehetséges, exact kisérletekkel számokban kifejezni. Egy ily specialis nyilvánulása s talán prototypje a tapintásnak az a képességünk, hogy az érintett tárgyaknak nemcsak alakját, súlyát vagyunk képesek meghatározni, hanem hogy felületüknek minőségét, simaságát vagy érdességét is észre tudjuk venni. E specialis képesség az, a melynek segitségével egyedül érintés s végigsimitás útján képesek vagyunk például a selymet a bársonytól, a sima üveget a reczézettől megkülönböztetni. Kétségtelen, hogy ez a képesség csak a létrejövő bőrbeli deformatiók útján magyarázható, a melyek „nyomás“ és „húzás“ által jönnek létre, a mint azt már előbb említettük.

Az ilyen vizsgálatok végzésére s számbeli kifejezésére igen alkalmasnak kellett tartanunk *Graham Brown*-nak új aesthesiometerét, a melyet e szerző csak nemrég ismertetett először. *Graham Brown*-nak aesthesiometere, melyet tervezője úgy látszik főleg klinikai s diagnostikai czélokra tart alkalmasnak, előttünk különösen physiologiái vizsgálatokra tünt fel czélszerűnek, a mi szükséges is, mielőtt pathologiai czélokra használtatnék.

A *Graham Brown*-féle aesthesiometer igen egyszerű. Képzeljünk egy ökölnyi sárgarézhengert, melynek egyik vége félgömb alakúra van csiszolva, a másik ellenben beosztással biró finom csavarral van ellátva. Ennek ide-oda csavarásával a félgömb alakú másik végből hat [1] finom rudacskát lehet többé-kevésbbé kitolni vagy visszahúzni s ezáltal a gömbfelszint többé-kevésbbé érdessé tenni. Az érdesség mértékét a skálán le lehet olvasni: egy fok 10 $\mu$-nek, egy egész körülforgatás 0·5 mm.-nek felel meg.[2]

A vizsgálat úgy történik, hogy a vizsgált bőrfelületet a 0-ra állitott műszernek vizsgáló felszinével simitjuk, a mikor természetesen teljesen sima érzés támad. Most fokozatosan addig forgatjuk a csavart, míg a vizsgált egyén érdességérzését jelzi, mire az így nyert értéket leolvassuk. A műszerrel tehát bármely testrészen számokban kifejezhetjük a kiálló fogak által létrehozott azt a minimalis érdességi fokot, mely szükséges, hogy tapintás útján érzést keltsen bennünk. A műszer hibájának tekintendő, hogy hőmérséke nem szabályozható, a mi által az tekintve, hogy tiszta fémből készült, állandóan alacsony hőfokú. E körülmény látszólag bizonyos értékbeli differentiákra adhat alkalmat, a mi zavarra vezethet. Tapasztalataink szerint azonban minden számba menő értékbeli eltérést elkerülhetünk, ha a vizsgálatokat állandóan szobahőmérséken végezzük.

Tapintási vizsgálataink czélja az volt, hogy az egész testre megállapitsuk s számokban kifejezzük a tapintási képességnek ezen qualitását. Ily vizsgálatokhoz csak intelligens egyének használhatók, mert új s eddig nem ismert adatok beszerzéséről van szó, a hol egyebek közt arra is van szükségünk, hogy a vizsgált egyén megértse szándékunkat, sőt bizonyos érdeklődést is mutasson. Vizsgálatainkat ezért nagyrészt egyetemi hallgatókon végeztük és pedig az egész testre kiterjedőleg négy, a könnyen hozzáférhető, testrészeken nyolcz egyénen. Az összes vizsgálatokból származott adatok átlagos értékét *mikron*-okban (0·001 mm.) kifejezve a következő táblázat mutatja.

| | | |
|---|---|---|
| III. ujjpercz (hajlító oldal) | 20—25 $\mu$ | (0·020 mm.) |
| Nyelvcsúcs | 25 „ | (0·025 „ ) |
| Ajak | 25 „ | (0·025 „ ) |
| III. ujjpercz (feszitő oldal) | 30 „ | (0·030 „ ) |
| Hypothenar (kisujj-párna) | 35 „ | (0·035 „ ) |
| II. ujjpercz (feszitő oldal) | 35 „ | (0·035 „ ) |
| Thenar (hüvelykujj-párna) | 40 „ | (0·040 „ ) |
| Talp distalis fele s lábujjak (hajlító oldal) | 40 „ | (0·040 „ ) |
| I. ujjpercz (hajlító oldal) | 40 „ | (0·040 „ ) |
| II. ujjpercz (hajlító oldal) | 40 „ | (0·040 „ ) |
| Talp (proximalis fele) | 50 „ | (0·050 „ ) |
| I. ujjpercz (feszitő oldal) | 50 „ | (0·050 „ ) |
| Kézcsukló (hajlító oldal) | 50 „ | (0·050 „ ) |
| Orrcsúcs | 60 „ | (0·060 „ ) |
| Kézhát | 70 „ | (0·070 „ ) |
| Tenyér közepe | 70 „ | (0·070 „ ) |
| Achilles-in tájéka | 70 „ | (0·070 „ ) |
| Lábhát | 70 „ | (0·070 „ ) |
| Állcsúcs | 80 „ | (0·080 „ ) |
| Homlok | 80 „ | (0·080 „ ) |
| Könyök | 80 „ | (0·080 „ ) |
| Alkar (feszitő oldal) | 90 „ | (0·090 „ ) |
| Alkar (hajlító oldal) | 90 „ | (0·090 „ ) |
| Felkar (feszitő oldal) | 90 „ | (0·090 „ ) |
| Felkar (hajlító oldal) | 90 „ | (0·090 „ ) |
| Járomcsont tájéka | 100 „ | (0·100 „ ) |
| Nyak a pajzsporcz felett | 100 „ | (0·100 „ ) |
| Czomb (feszitő oldal) | 100 „ | (0·100 „ ) |
| Térd | 110 „ | (0·110 „ ) |
| Alszár (feszitő oldal) | 120 „ | (0·120 „ ) |
| Czomb (hajlító oldal) | 120 „ | (0·120 „ ) |
| Czomb (közelitő oldal) | 120 „ | (0·120 „ ) |
| Alszár (hajlító oldal) | 130 „ | (0·130 „ ) |
| Has | 135 „ | (0·135 „ ) |
| Glutealis tájék | 150 „ | (0·150 „ ) |
| Váll | 150 „ | (0·150 „ ) |
| Mell (pectoralis maj.) | 170 „ | (0·170 „ ) |
| Hát (felül) | 170 „ | (0·170 „ ) |
| Hát (alul) | 170 „ | (0·170 „ ) |
| Kereszttájék | 180 „ | (0·180 „ ) |
| Tarkó | 180 „ | (0·180 „ ) |

Ha most ezen összeállitást közelebbről szemügyre veszszük, úgy — ismerve *Weber* és *Goldscheider*-nek a helyérzésre vonatkozó táblázatát — azonnal szembe szökik a különben is várt szoros kapocs, mely e szerzők által nyert értékek s a saját adataink között fenforog. Összeállitásunkban látható, hogy a legalsó értéket a körömpercz tenyéri oldala képviseli, a mi azt jelenti, hogy az képezi a tárgyak érdes felszinének percipiálására testünknek legérzékenyebb részét. Ugyanazt látjuk *Weber* (2·25 mm.) s *Goldscheider* (0·1 mm.) helyérzési táblázatában is, a hol ezen értékek képviselik a legalsó fokot. Ugyancsak hasonló egyértelműséget tapasztalunk a relativ legkevésbbé érzékeny testrészeken is. Igy azt látjuk, hogy összeállitásunkban a hát s tarkó mutatja a legnagyobb tapintásérzési küszöböt s hasonló viszonyt tüntetnek fel *Weber* (67·5 mm.) s *Goldscheider* (4—6 mm.) értékei is. De ugyanaz a viszony deríthető ki csaknem valamennyi egyéb testrész vizsgálatából nyert értékeken is. Ettől eltérést tulajdonképen csak a felkar s czomb értékeiben találunk, a mennyiben azok *Weber* és *Goldscheider* táblázatában a saját vizsgálatainkból nyert adatoknál jóval magasabbak, vagyis e helyeken az érdességet megérző képesség tökéletesebb mint a helyérzés.

Arra nézve, hogy e tapintási kisérleteknél akkor mutatkozik-e nagyobb érzékenység, ha a műszert a proximalis irányból a distális felé húzzuk, avagy fordítva, szintén végeztünk kisérleteket a különböző testfelszineken. Tettük ezt azért, mert *Graham Brown* közleményében felemliti, hogy véleménye szerint az első esetben nagyobb fokú az érzékenység. Mi erről

[1] Az aesthesiometer első példányán csak egy rudacska emelkedett ki. A rudacskák 1 mm. vastagok.

[2] *Graham Brown* első műszere, melyet közleményében is leir, egy körforgásra csak 0·25 mm.-rel emeli ki a fogakat.

sehogy sem tudtunk meggyőződni, de e jelenségnek — feltéve, hogy jelen volna — nem is tudnók plausibilis magyarázatát adni. Arra nézve, hogy a bőrnek bizonyos állapotai milyen befolyást gyakorolnak a tapintásnak ily fajta vizsgálataira, két kisérletet végeztünk. Az elsőben a *Bengué*-féle anaesthetisáló balzsammal kentünk be a vizsgálandó bőrrészleteket s azt találtuk, hogy a beálló zsibbadás érzete mellett végzett kisérletek úgyszólván semmiféle quantitativ érzésbeli elváltozást nem mutattak. Ezt ellenőrizendő a második kisérletben mérsékelt chlor-aethyl spray-t alkalmaztunk különböző bőrterületekre s azokat vizsgáltuk ily irányban. A kisérletek itt is csaknem negativ eredménynyel jártak, a mennyiben ezen úton sem tudtunk valamelyes tapintásérzésbeli eltérést constatálni.

Oly helyeken, a hol a műszernek kiemelkedő fogait nagyobb mértékben kell kicsavarni, hogy érdességi érzést nyerjünk a bőrnek eltolatása ellen *Graham Brown* a bőrnek beolajozását ajánlja. Igaz ugyan, hogy ezzel sikamlósabbá teszszük a bőrt, de azért egész nyugodtan tartózkodhatunk ezen nem épen kifogástalan eljárástól, mert ha enyhén, úgyszólván minden nyomást elkerülve csak érintve húzzuk végig a műszert, sohasem válik szükségessé a bőrt csúszósabbá tennünk. Azt azonban mindig szemügyre vegyük, hogy vizsgálatkor a bőr teljesen száraz s különösen verejtékes ne legyen, mert a nélkül lényeges akadályt szenvedhet a kisérlet. Magától értetődő, hogy e vizsgálatok hajas vagy szőrös területeken egyáltalán nem hajthatók végre.

Az összes eddig felsorolt adatainkból arra a következtetésre jutunk, hogy a bőrnek ily módon való átkutatása első sorban a tapintásnak élettani átvizsgálására mutatkozik alkalmasnak, mert ezzel kissé más oldalról is sikerül megvilágitanunk ezen érdekes és fontos érzékszervet. Klinikai, nevezetesen neurologiai vizsgálatokra *Graham Brown*-nal szemben még nem tarthatjuk érettnek e vizsgálati methodust, mert eltekintve attól, hogy kisérleteink előbb mások által is ismétlendők, még a műszernek bizonyos módositása is volna szükséges, igy első sorban hőbeli regulálhatóság tekintetében, a mit a legegyszerűbben egy Leiter-féle csővel való összekapcsolás útján lehetne elérni, a mi által az azonban kellemes manualis alakjából is veszitene némileg.

Végül kedves kötelességemnek tartom, hogy mélyen tisztelt főnökömnek, *Nékám Lajos* m.-tanár úrnak, az aesthesiometer azonnali szives megszerzése, valamint tanulságos útbaigazitásai miatt e helyen is hálás köszönetet mondjak.

**Irodalom.**

*Graham Brown:* Journal of Physiology. XXVII. 85. l.
*Graham Brown:* Neurolog. Centralbl. XXI. Bd. 1902. Nr. 19. 882. l.
*M. Blix:* Zeitschrift f. Biologie. Bd. 20. 1884. 141. l. és Bd. 21. 1885. 145. l.
*A. Goldscheider:* Monatshefte f. pr. Dermat. 1884. Bd. 3. Nr. 7—10.
*M. v. Frey:* Berichte ü. d. Verhandl. d. kön. sächs. Gesellschaft d. Wissenschaft. Leipzig, 1897. Sitzung v. 2. August (math.-phys. Cl.).
*M. v. Frey:* Sitzungsberichte der physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 1899. Nr. 7.
*M. v. Frey und F. Kiesow:* Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorg. 1899. XXI.
*Klug:* Emberélettan.
*A. Kreidl:* Physiolog. d. Haut (Mraček: Handbuch).
*G. v. Bunge:* Physiologie d. Menschen. I. Bd.

## Vizsgálatok a „jothion" hatásáról a syphilis késői stadiumában.

Irta: *Guszman József dr.* klinikai gyakornok, v. egyetemi I. tanársegéd és kórházi segédorvos.

Azon irányzat, mely az új gyógyszerek tömeges produkálását czélozza, a syphilidologiát sem hagyta érintés nélkül. Sőt épen e téren tapasztalunk túltermelést, ha tekintetbe veszszük a specifikus szerek kicsiny számát.

De e téren az irányelv nem is a régen használt higany és jód kiszorítása, hanem hogy azoknak kellemesebb vagy kényelmesebb adagolási és alkalmazási formát teremtsen. Ugyanis kétségtelen, hogy daczára a nagy számban rendelkezésünkre álló higany- és jódkészitménynek az általános gyakorlatban mégis igen kevés, úgyszólván egy-két szerrel végezzük a medikatiót. A többi szerek és alkalmazási módok már csak specialis esetekben jönnek szóba, de épen ezek azon esetek, melyek a gyógyszerelés választásában néha alapos körültekintést igényelnek. Ily momentumok a syphilisnek különösen azon szakában lépnek fel, melyben a jód veszi át a vezérszerepet, az úgynevezett tertiaer-stadiumban.

Ilyenkor már régen használt kiváló szereink a jódalkaliák, melyek az esetek nagy többségében pontosan be is válnak. E jódsók azonban bármily kitünő is általában a hatásuk, az esetek bizonyos töredékében nem válnak a betegnek előnyére a kisérő kellemetlen melléktünetek miatt. Ilyenek a különböző nyálkahártyák hurutos állapotai s a bőrcomplicatiók, mely intoxicatiós tüneteket már régóta a jodismus gyüjtőnevével jelölik. Kétségtelen, hogy a jodismus különféle tünetei a legtöbb esetben enyhék s a szer kihagyására hamar mulók, de azért tudnunk kell, hogy fordulnak elő kivételesen oly tünetek is, melyek a beteget csaknem életveszedelembe sodorják (glottis oedema).

Ismerve tehát e lehetőségeket, kivánatos, hogy minél több ily jódkészitmény álljon rendelkezésünkre, melyekkel adott esetben minden mellékhatástól mentes, jodhatásra biztosan számithassunk. Az újabb idő hozott is e kivánalomnak megfelelően több alkalmas jodpraeparatumot, melyek közül csak a jodalbacidot s a jodipint emlitjük fel. A jodalbacidról, mely egy jódfehérjeösszetétel, már többen nyilatkoztak elismerőleg, igy a klinikánkon szerzett tapasztalatokat *Kelemen* dr. foglalta össze, de már az a körülmény, hogy elterjedése máig is meglehetősen korlátolt, is mutatja, hogy hatás dolgában nem áll az első helyen.

Egészen más a vélemény a jodipinről, melynek gyógyértékéről már annyian nyilatkoztak dicsérőleg. Mindazonáltal akadtak szerzők, a kik a jodipinben sem látják a jodkalinak igazi pótló szerét, egyrészt mert hatásossága bizonyos mértékben gyengébb, másrészt mert olykor még az sem mentesiti a beteget a jodismustól.

S igy csak örömmel kellett tapasztalnunk, hogy az elismert hirű elberfeldi festékgyár *„jothion"* név alatt egy új jódkészitményt állitott elő, mely hatás dolgában úgy látszik a jodipinnal teljesen egyenrangú készitménynek tekintendő. Mert kétségtelenül nagy előny az orvosra nézve, ha hatás dolgában több egyenrangú szer birtokában van, melyekben esetről esetre szabadon választhat.

*Winternitz H.* alapvető vizsgálatai óta tudjuk, hogy állatoknak jódzsirokkal való etetése után a jódzsir a testnek összes szerveiben lerakódik. *Winternitz* e tény alapján azon véleményének adott kifejezést, hogy adott esetben a jód egyenesen a laesio helyére (locus morbi) is juthat, a hol az a gyógyulást megindítja. Ez alkalommal azt is állitotta, hogy ilyenkor a jód a zsirok lassu oxydatioja folytán lehasad s jodalkali-vegyületbe megy át. Mindezek elsősorban a *Winternitz* által felfedezett jodipinre vonatkoznak.

Teljesen hasonló elvek alapján állitotta elő az elberfeldi gyár a jothiont, mely szerrel való kisérletezéseinket a következőkben nyujtjuk.

A jothion, mely hasonlóan a jodipinhez, nem egyéb, mint jodsesamolaj, kétféle alakban jut előállitásra. Az erősebb készitmény 25% jódot tartalmaz, a gyengébb 10%-ot. A jothion a jod mellett még ként is tartalmaz, a mely azonban nem mint gyógyitó elem, hanem mint jódátvivő szerepel. A kéntartalom csaknem arányos a jód mennyiségével, a mennyiben az erősebb jothion 2·5%-ot tartalmaz belőle, a gyengébb körülbelül 1·5%-ot. A kén teljesen indifferens hatású a jothionban, a mint erre alább még visszatérünk.

A jothion sárgás-barnás, syrupsűrűségű s indifferens olajizű praeparatum, melynek erősebb, injectiókra alkalmas alakja igen czélszerűen széles szájú 50 kcm. tartalmú üvegekben jut forgalomba. Felmelegitve, kis mértékben $H_2S$ szagot áraszt.

Vizsgálatainkat mindkét jothionpraeparatummal végeztük, a 25%-ot kizárólag injectiókra, a 10%-ot belső adagolásra használtuk. Kisérletezésünkhöz összesen 18 lueses beteget használtunk fel, kik közül 12-öt injectiókkal, 4-et belsőleg s 2-öt mindkét módon combinálva kezeltünk. Megjegyezzük még, hogy csaknem valamennyi betegünk a luesnek kifejezetten késői tüneteit mutatta.

A jothioninjectiók technikája teljesen azonos a jodipinnel követett eljárással; ajánlatos tehát, hogy az olajat gyenge melegitéssel kissé felhigítsuk s hogy jó tág űrterű tűket alkalmazzunk. Az injectiókat csaknem kivétel nélkül a két glutealis tájékban s intramuscularisan adtuk; a hát bőre alá csak egy esetben. A mi a mennyiséget illeti, melyet a naponkénti injectiók alkalmával befecskendeztünk, az a jodipinból nyujtott szokásos magas adagokhoz képest aránylag csekély volt, a mennyiben jothionadagaink sohasem haladták túl az 5 kcm.-t. Tettük ezt azért, mert nem vagyunk hivei a túlságosan magas olajos dosisoknak s mert tudjuk, hogy azok nem tekinthetők egészen indifferens tömegeknek (zsirembolia összes esélyeivel könnyebben jön létre). A hatás kiegyenlitése végett ezért a 3—5 kcm.-es jothioninjectiókat naponként és huzamosabb időn át applikáltuk. A jothioninjectiók kivétel nélkül csaknem teljesen fájdalmatlanok s infiltratiókat is csak kivételesen okoznak, igazi kellemetlenségeket sohasem láttunk.

A mi a belső adagolásra használt 10%-os jothiont illeti, úgy arról már nem nyilatkozhatunk oly kedvezően. Igaz ugyan, hogy a betegek eleinte elég szivesen veszik, de gyakran már egy-két heti használat után émelygés lép fel s a betegek a bevett szert könnyen kihányják. A hányást ilyenkor még a szokásos fogásokkal (leves, cognac, száraz kenyér) sem tudjuk megakadályozni. A 10%-os jothionból a rendes napi adag 3 kávéskanál volt.

Hogy a jothion hatását teljesen mérlegelhessük, egyik esetünkben sem bocsátottunk előre higanykezelést, sőt legtöbbször még a helybeli elváltozásokra is csak indifferens kötéseket alkalmaztunk (bórkenőcs, steril gaze). Fontos volt még annak az eldöntése is, hogy alkalmas-e a jothion S tartalmánál fogva a kombinált higanykezelésre. E czélból két esetben (exulcerált gummák) a jothioninjectiókkal parallel még egy rendszeres inunctiós kúrát is végeztettünk. Az eredmény igen kielégitő volt s ennélfogva úgy látszik, hogy a jothion bátran combinálható higannyal, mert a benne foglalt nem oxydált kén erősen kötött állapotban van jelen.

Ha végig tekintjük a jothionnal kezelt eseteinket, úgy az általános gyógyitó eredmény igen kielégitőnek látszik, a mennyiben 18 esetünk közül csak négyben maradt ki a javulás. De megjegyzendő, hogy ezek közül egy eset késői secundaer tüneteket mutatott, egy pedig igen súlyos tünetekkel járó lues maligna praecox volt. A többi esetünkben csaknem kivétel nélkül igen jó eredményt értünk el, mert lényeges javulást mindig constatálhattunk, sőt több esetünkben oly kiváló s aránylag gyors gyógyulást tapasztaltunk, hogy azok alapján meggyőződhettünk a jothion figyelemre méltó gyógyértékéről. Hatásossága mellett még azon jó tulajdonsággal is bir, hogy jodismust sohasem okoz s igy használata különösen azon esetekben lesz ajánlatos, melyekben a betegek intoleranciája a rendes jódszerelésnek daczol.

Sok száz injectio tapasztalat alapján állithatjuk, hogy a jothiontherapia alatt soha jodintoxikatiós vagy praetoxikus tüneteket, a milyenek a jodnátha, jodgastricismus, bőrcomplicatiók, nem észleltünk.

Fontos tulajdonsága még a jothionnak, hogy hatása a lassú jódkiválás következtében rendkivül protrahált, úgy hogy azt még hosszabb tartamúnak találtunk, mint a jodipin használatakor. E tapasztalatainkat controll-kisérleteinkből meritettük, melyeket olyképen végeztünk, hogy az azokra felhasznált luesesetekben egyenlő dosisban s időn keresztül jothion — illetőleg jodipininjectiókat alkalmaztunk. Az analysis főleg a vizeletből történt *Struve*-nek colorimetriás jódmeghatározó módszerével E helyen a hosszas számadatokat mellőzzük s csak felemlitjük, hogy controll-eseteinkben kezdetben a jodipines vizeletben volt több jód kimutatható, később azonban s különösen a jódnak heteken való elhagyása után a jothionos vizeletben volt több a jod s annak reactioja még akkor is élénk volt, mikor a jodipines vizeletből a jódot csak nyomokban lehetett kimutatni. Következtethető tehát ebből, hogy a jothiontherapia mellett a jód huzamosabb ideig s nagy mennyiségben tartatik vissza a szervezetben.

Ezek után pedig legyen szabad eseteink közül néhány érdekesebbet ismertetnünk.

1. eset. H. R., 28 éves, hajadon, takarítónő. Felvétetett 1902. junius 2-dikán. 3 év előtt papulo-maculosus kiütéssel feküdt a kórházban, a mikor összesen 10 kenést végzett. 1902. jannár óta ismét beteg. Ekkor a bal arczfelén mogyorónyi daganata támadt, mely fájdalmas és kemény tapintású volt. Orvoshoz csak április végén fordult, a ki a daganatot felvágta, a mire az kifekélyesedett. Jelenleg az alsó ajak bal szélén az arczára átterjedőleg két egymásba átmenő koronányi szalonnás lepedékü fekély, melynek szélei sánczszerüen kiemelkedők s keményen beszürődöttek. A beszürődés a pofa nyálkahártyájára is kiterjed, a hol a hám kissé erodált. Diagnosis: gumma exulcerans faciei. Therapia 25 jothioninjectio (à 3 kcm.) A javulás különösen a 12. injectio után haladt gyorsan, mely a 24. befecskendezéskor már tökéletes gyógyulásba ment át. Néhány kissé fájdalmas infiltratión kivül semmi kellemetlen complikátio.

2. eset. J. M.-né 42 éves, szobafényező neje. Matrimonium 1886-ban. Utóbbi években három abortus. Beteg 1899-ben ujját megvágta s ugyanakkor zöld féregporral (schweinfurti zöld?) manipulált, erre állitólag mindkét tenyerén hólyagok támadtak, majd pedig mind a tiz körme leesett. E bajából csak néhány hónap mulva gyógyult ki.

Jelenleg az egész orra — az orrgyökér kivételével — három hónap óta tartó serpiginosus jellegü papulo-squammosus syphilidekkel borított. A luesnek egyéb manifest tünete nem áll fenn. Beteg azonkivül tabesben is szenved. A jothionkezelés 1902. julius 20-dikától augusztus 12-dikéig tartott s ambulanter történt, ezen idő alatt összesen 15 injectiót kapott (à 3 kcm.) Beteg localis kezelésben az egész időalatt nem részesült. A kiütés már az 5. injectio után kezdett javulni, a 15. befecskendezéskor pedig csaknem teljesen eltünt. Betegnek ugyanakkor hasmenései támadtak, melyek néhány laudanum-porra csakhamar megszüntek.

3. eset. Z. M. 49 éves, nős, földmives. Felvétetett 1902. október 19-dikén. 1882-ben fekélye volt, utána foltos kiütése támadt. Később két könyöke táján „csomók" támadtak, melyek utóbb kifakadtak s csak hosszú időre gyógyultak. 1892-ben homlokán s fejtetején újra csomók képződtek, melyek fájdalmasak voltak s feltörtek, mire a baj éveken át húzódott. Jelen év tavaszán az orrgyökéren támadt daganata, mely csakhamar kifakadt s azóta egyre terjedt. Általános specifikus kezelést — 30 kenés alakjában — csak jelen baja ellen nyert.

Jelenleg az orrgyökerétől kiindulólag gyermektenyérnyi vesealakú fekély, mely a két szemzúgra s a glabellára terjed. A szalonnás lepedékü s keményen beszürődött szélü fekély a két orresontot elpusztitotta s részben a rostacsont jobb mellső sejtjeire átterjed. Régi bajának maradványaként kiemelendő a következő. Homlokán két rendetlen alakú, koronányi heges behorpadás, melynek megfelelően a bőr a csonttal összenőtt. A fejtető hepe-hupás felületet képez, a mennyiben a homlok — s a falcsontok számos $^1/_2$—$1^1/_2$ cm. mély, hyperostotikus sánczokkal körülvett, behorpadást mutat. E helyeken mindenütt a bőr a csonttal erősen összenőtt. Mindkét fartájon tenyérnyi heges területek. Diagnosis: gumma exulcerans faciei.

Az igen súlyos eset gyógyitására első sorban 20 jothioninjectiót (à 5 kcm.) alkalmaztunk, melyeket ez alkalommal kivételesen a hát bőre alá adtunk. Localisan azalatt bórkenőcsös kötéseket alkalmaztunk. A gyógyulás a 10 injectió után (50 kcm.) rohamosan haladt, a mi különösen a szélekről a centrum felé nyúló tömeges hámnyúlványokban nyilvánult. A 18. injectio után a fekély már csak forintnyi volt, de e ponton a csontelváltozások miatt a gyógyulás egyelőre megállapodott. E czélból később erélyes kikaparást végeztünk, mire a fekély alapja csakhamar megtisztult. Erre 20 napi szünet után ismét elővettük a jothiont, melyet most belsőleg alkalmaztunk, localis higanykenőcsös kötésekkel egybekötve. Kétheti belső jothiontherapia után (naponként 3 kávéskanál) a fekély csaknem teljesen begyógyult. A jothiont a beteg az egész idő alatt kitünően tűrte.

Látjuk tehát, hogy a jothion ily súlyos elváltozások teljes gyógyulására is igen alkalmas és hatásos gyógyszernek bizonyult.

Mindezek alapján véleményünket a jothion therapiás értékéről a következőkben foglalhatjuk össze.

1. A jothion tertiaer lues számos alakjában igen kedvező eredménynyel adható, a mennyiben aránylag már kisebb adagok is az esetek nagyobb részében lényeges javulásra, sőt gyógyulásra vezettek.

2. A jothionnak legalkalmasabb adagolási módjául az injectiós methodus tartandó; belső adagolása csak másodsorban jöhet szóba.

3. Kellemetlen mellékhatásokat, jodismust eseteink egyikében sem észleltünk, a mi nyilván onnan ered, hogy a jód csak lassan hasad le a szervezetben.

4. A protrahált jodkiválasztás miatt a jothionkezelés különösen oly esetekben alkalmas, a hol nem annyira sürgős, mint inkább huzamosabb jodhatásra számitunk.

Tudomásunk szerint az előállitó gyár még haboz arra nézve, hogy forgalomba bocsássa-e ezt a készitményt. A fentebbiek alapján határozottan előnyösnek kellene tartanunk gyógyszerkincsünknek ily szaporitását.

Végül igen tisztelt főnökömnek, Nékám Lajos egyetemi m. tanár úrnak az esetek szives átengedéséért hálás köszönetemet fejezem ki.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

*Negyvenhetedik évfolyam.* 26. szám. *Budapest, 1903. junius 28.*

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Gerster Árpád**: Közlemény a newyorki Mount Sinai kórház sebészi osztályáról. A vena portae gyökereinek septikus thrombosisáról és a pylephlebitisről, néhány megjegyzéssel a „hashártyasepsis"-hez. 412. lap.

**Hudovernig Károly és Petzy-Popovits Uros**: Közlemény a kir. m. tud.-egyetemi elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik E. Emil egyet. ny. r. tanár.) A kóros óriásnövésről. 414. l.

**Jellachich István**: A gyermeköles. 415. lap.

**Berend Miklós és Rácz István**: Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez. 418. lap.

**Tárcza. Sugár K. Márton**: Gussenbauer Károly. 419. lap. — A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése Kolozsvárt. 420. lap.

**Irodalom-szemle.** *Összefoglaló szemle.* **Pólya Jenő Sándor**: Az általános heveny hashártyalob sebészeti gyógykezelése. 421. lap. — *Könyvismertetés. Székely Ágoston*: A hörgök, a tüdő és a mellhártya betegségeinek orvoslása. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Boas*: Colitis ulcerosa műtéttel meggyógyitott esete. — *Gerhardt*: A bórsav mint hízás ellenes szer. — *Venereás bántalmak. C. Hochsinger*: Az exanthema nélkül lefolyó hereditaer korai syphilis. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Reidhaar*: A collargol. — *Kirsch*: A creosotal specifikus hatásához pneumoniában. — *Folyóiratok átnézete.* 412—412. lap.

**Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Egyetemi alkalmaztatások. — A magyar orvosok és természetvizsgálók f. évi szeptember 5—10-diki vándorgyülésére bejelentett orvosi és gyógyszerészi előadások. — Tudnivalók a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyüléséhez. — A VII. nemzetközi fülorvosi congressus. — A madridi nemzetközi orvosi congressus. — A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének V. évi jelentése. — Új kórház. — Új rákvizsgáló intézet. — Megjelent. — Elhunytak. 424. lap. — Hirdetések. — Pályázatok.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** Magyar Tudományos Akademia. — Közkórházi Orvostársulat. — A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

**Melléklet.** Gynaekologia. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény a newyorki Mount Sinai kórház sebészi osztályáról.

### A vena portae gyökereinek septikus thrombosisáról és a pylephlebitisről, néhány megjegyzéssel a „hashártyasepsis"-hez.[1]

Közli: *Gerster Árpád* dr. kórházi főorvos.

Noha progrediens, mikrobás fertőzési góczczal közlekedő visszerek septikus lobosodása nem egyéb, mint a szövetelhalási, bomlási folyamat egyik rendes változata, mégis azzal a különös ténynyel állunk szemben, hogy — szerencsére — septikus tömeszek leválása és *a portalis vagy általános vérkeringésbe* való sodrása aránylag ritkán fordul elő.

Hogy a fertőzési folyamat elhatárolódása miként megy végbe ezen septikusan eltömeszelt visszerek lumenén *belül*, az a maga részleteiben még tudva nincs és kutatásra szorul. A kérdés, melynek megoldását várjuk minden idevágó tanulmánytól, ezért az: *Miért válnak le egyes tömeszek, hogy embolus alakjában besodortassanak a vérkeringésbe és miért nem látjuk ezt a szövődményt gyakrabban?*

Septikus pylephlebitis akkor áll be, ha valahol a vena portae ágainak a gyökerében, melyek kezdve a cardiától le a végbélnyilásig, beleértve akár egyenes összeköttetés, akár számos anastomosis útján a hólyagot és a női nemi szerveket is, az összes hasi zsigereket drainezik, tömesz képződött és ez levált. Legközönségesebb oka gyanánt appendicitis szerepel.

A szerzők legnagyobb része e szövődményt ritkának tartja. *Ralph Thompson*[2] aránylag gyakorinak tekinti. Saját tapasztalataim, melyek az utolsó tíz év alatt (1892—1902) a Mount Sinai kórházban műtett 1189 appendicitis-esetre alapítvák, szintén az előbbi nézetre utalnak. Én a bántalommal csak 9 esetben találkoztam.

Ha tekintetbe veszszük azon fényes eredményt, melyet a sebészet a féregnyúlvány változatos lobos megbetegései és ezeknek súlyos következményei, nevezetesen a körülirt vagy többékevésbbé kiterjedt hashártyalob körül felmutathat, úgy a szövődmények e legsúlyosbika valóságos „sötét pont"-ját képezi a modern gyógykezelésnek. A betegség ritkasága és a kedvező megoldás szerfelett sivár volta, úgy látszik, eleve útját állta az idevágó irodalom kifejlődésének, lévén a tárgy maga olyan, a mely therapeutikus szempontból alig megközelíthető és eredménynyel is alig kecsegtet.

Kórboncztanilag a vena portae és ágazatainak septikus eltömeszülése következőkép osztályozható:

1. *Folytatólagos thrombosis.* Az eredeti tömesz vagy apró megszakításokkal vagy ilyenek nélkül egyhuzamban felfelé folytatódik, néha elfoglalva a vena portae alsó lefutásának teljes lumenét, többnyire azonban oldalfekvésü thrombust képezve, a mely mellett a véráram, ha akadályozva is, de elfolyhat. Teljesen obliteráló tömeszek rendesen a májba való belépéséhez közel vagy a körül fordulnak elő és pedig ritkábban a vena portae törzsében, közönségesen pedig egyik vagy mindkét oldalágában. A fertőzési folyamat lassan terjeszkedik *per continuitatem*, és kisebb-nagyobb, egyenlőtlen terjedelmü és változó szilárdságú septikus tömesz képződéséhez vezet.

2. *Thrombus-leválás.* Embolismus és az általános vérkeringés fertőzése.

Septikus tömeszek leválása több körülmény beállásától függ; ezek:

*a*) A tömesznek az edény falaihoz való tapadása meglazul.

[1] Felolvastatott a budapesti kir. orvosegyesületben.

[2] Pylephlebitis and Liver abscesses following Appendicitis. Boston City Hospital Reports. 1902.

*b)* A tömesz septikus elmállás következtében tömörségéből veszít.

*c)* Mechanikus behatások a szervezeten belől vagy kivülről jövők, melyek oldalnyomás útján meglazítják a tapadó tömeszt, felaprítják azt részletekre és ez utóbbiakat a legkisebb ellenállás irányában elmozdítják. A mechanikus nyomásnak ezen propulsiv hatása a tömesz kisebb-nagyobb tömöttsége, illetőleg folyóssága szerint többé-kevésbbé kifejezett. Mechanikus nyomás előállhat a testizmok — ileopsoas és hasfal — összehúzódása útján, vagy lehet eredménye kivülről jövő ütésnek, massagenak vagy a műtéttel járó manipulationak. Rázkódás, pl. esésnél, szintén előidézhet tömeszleválást. Végül a véráram irányváltozása, mely valamely tályog bemetszésekor és kiürítésekor a környező szövetek hydrostatikus viszonyainak intravenosus megmásításával együtt jár, szintén elég okot szolgáltathat egy szétmállásban levő tömesz leválására (l. A. Hannah esetét).

A tömeszek maguk a bonczasztalon úgy tömöttségükre, mint törékenységükre nézve nagy eltéréseket mutattak. Egyesek frissen megalvadt vérrel sajátos ruganyos tömörséget mutattak; mások jobban összeálló, némileg elszínesedett kéreg alatt tejfelszerű, nyúlós vagy csaknem folyós, genyes, evszerű emulsiót tartalmaztak.

Nyilvánvaló, hogy a tömeszek ezen eltérő physikai sajátságai nagyban befolynak úgy a thrombus leválására, mint a levált anyag további sorsára.

Lássuk most már, mily befolyással van a levált thrombus tömöttsége és térfogata a septikus embolismusnál bekövetkező kórfolyamatra.

*Folytatólagos thrombosisnál*, mint láttuk, a tömesz főleg centripetalis irányban történő felrakódás útján terjeszkedik. Kivételes esetben ez centrifugal irányban is történhetik, ha t. i. a főtörzs thrombosisa valamely beszájadzó oldalág nyilását eltömeszeli. A folyamat rendszerint aránylag lassú és a hajlandóság az embolikus eltömeszelés gyorsabban lefolyó változataira nem igen kifejezett.

A tömeszek rendszerint oldalfekvésűek lévén, a véráram örökösen mossa szabad felületüket, úgy hogy abban az arányban, a mint a szétmállási folyamat előrehalad, a septikus anyagnak mind több és több apró részlete lesz el- és besodorva a vena portae ágaiba, hogy a hajszáledényzetben fennakadjon vagy esetleg ezen is áthaladjon. Mechanikus nyomás azonban itt is okot adhat nagy embolusok leválására.

*Embolismus.* Nagyobb embolusok rendszerint megakadnak a vena portae főágaiban, a kisebbek terjedelmük szerint a finomabb ágazatokba jutnak, míg a legapróbb morzsalék a máj hajszáledényzetén innen, vagy azon belül akad fenn. A leghígabb ev a hajszálrendszeren át egyenesen a vena cavába és így az általános vérkeringésbe juthat.[1]

Mindezen különböző lehetőségek előfordulhatnak egymagukban és egymást követve, vagy, mint ezt csakugyan látjuk is, egy időben.

Ha szemügyre veszszük ezen egyes átviteli, illetőleg fertőzési alakok következményeit, azt látjuk, hogy a tünetek mindig rámutatnak az elsodort anyag minőségére. Mivel azonban a kórokozó viszonyok rendszerint bonyolultak, azaz, csak igen ritkán fordul elő, hogy a levált thrombotizáló anyag egyforma tömöttségü és térfogatú legyen, ennélfogva a tünetek szükségkép kevert vagy combinált jelleggel szoktak birni.

Igen híg és csaknem vízszerű ev folyósságánál fogva természetesen legalkalmasabb arra, hogy helyéből kimozdíttatva tovasöpörtessék és a máj hajszálrendszerén át akadálytalanul a vena cavába és az általános vérkeringésbe jusson. Hogy mi történik ezután, az első sorban ennek a vérkeringésbe felvett anyagnak a mennyiségétől, azután pedig a virulentiájától függ. Ha az anyag bőséges és fertőző képessége magas fokú, a leghevesebb *intoxicatio* — a mi jól megkülönböztetendő az *infectio*-tól — áll be, azaz a *toxinok* végzetes vérmérgezésre vezethetnek néhány órán belül, mielőtt még a tovasodort evben tartalmazott fertőző bakteriumok szaporodásnak indulhattak volna. Ilyen esetben a vér nem mutat fel bakteriumokat.

Szokásos dolog volt és ma is az, hogy vérveszteséggel alig járt és alig kimerítő hasműtét után rövidesen szivgyengeségből beálló halál *sebészi shock* nak tulajdoníttassék, főleg az esetben, ha a vég előtt exorbitans hőemelkedés nem mutatkozott. Én részemről ezt a magyarázatot mindig ki nem elégítőnek, valószinütlennek és ismereteinkkel össze nem férőnek tartottam. A nagy trauma hiánya és a jelentéktelen vérveszteség egymagában is shock elfogadhatósága ellen szól. Szerintem sokkal egyszerübb megoldása a kérdésnek található, főleg appendicitis esetén, ha a végzetes toxaemia okát septikus thrombosisban és megfelelő mennyiségü evnek a keringésbe való hirtelen bejutásában keressük.

A következő kórtörténet alkalmas arra, hogy világot vessen erre a tárgyra.[1] *C. Becky*, 19 éves, felvétetett junius 27-én. Öt hét előtt heves fájdalmak a jobb ileocoecalis tájon, hányással, a mely azonban néhány nap mulva megszünt. 6 hónap óta állitólag állandó fájdalmasság a belekben. 4 nap előtt újból heves fájdalom a fossa iliacában, hányással. Constipatio. *Felvételkor* közérzet jó, belszervek épek, has puha, nem felfújt. A féregnyúlvány helyén daganat nem tapintható, de nyomásra kifejezett érzékenység a Mc Burney ponton. Érverés 76–92, hőfok 98–100·6° F. Vizelet normális. *Műtét* junius 30-dikán chloroformnarcosisban. A féregnyúlvány kissé belövelt, laza álszálagokkal odanött, melyek könnyen felszabadíttatnak. Szomszédos hashártya halvány, fényes. Féregnyúlvány resekáltatik. Csonk elvarratik. Teljes hasfalvarrat. Julius 1-jén. 5 izben hányt sötét folyadékot. Elesettség jelentékeny. Érverés gyenge, 130. Hőmérsék fokozatosan felkúszik 101·4° F.-ra. Vizeletben nyomokban fehérje; napi mennyisége 1350 cm.³ Has nem feszes, nem érzékeny, nem felfújt. Beöntésre ürülés nem történt. Julius 2-dikán. Hányás gyakoribb, hányadék időnként vérrel festett. Érverés rossz, perczenként 120—150. Hőmérsék 99—101·4° F. Vizelet napi mennyisége 1300 cm.³ Helyi állapot a hasban változatlan, de elesettség még jobban kifejezett. Julius 3-dikán. Hányás folytonos. Érverés 174, alig tapintható, beteg comatosus és collabált. Hőmérsék 105·2°-ra emelkedett közvetlen exitus előtt. Bonczolás nem engedélyeztetett.

A nagymérvü elesettség, a gyenge és szapora érverés, az agyi tünetek, a mérsékelt láz mind heves toxaemia jelei; ellenben shock felvételére semmiféle jelenség nem jogosít. A kórelözmény a féregnyúlvány huzamosabb, bár nem igen heves lobjára mutat; a resekált appendixen, közvetlen a mütét után, főleg a nyákhártyára kiterjedő csekély vastagodás és belöveltség volt látható, de sem fekélyesedés, sem egyéb roncsoló folyamat nem mutatkozott. Mikroskopikus vizsgálat, sajnos, nem történt. A halálos kimenetel legtermészetesebb magyarázata egy régi tömesz elmállásában, leválásában és a keringésbe való besodrásában kereshető.

Ha az eves anyag mennyisége és virulentiája nem nagy, úgy a természet esetleg képes arra, hogy a keringésre és a központi idegrendszerre gyakorolt közvetlen mérgező hatást ellensúlyozza és ekkor alkalom nyilik a fertőző bakteriumok szaporodására, vagyis heveny és gyakran végzetes septicaemia typikus esetének a kifejlődésére. Ilyen esetekben a vér rendszerint hemzseg a coccusoktól.

Azok az esetek, a hol a vena portae folytatólagos thrombosisánál az oldalfekvésü tömesz felületéről a véráram lassan, de többé-kevésbbé állandóan szétmálló vagy folyós anyagot söpör magával, szintén többé kevésbbé heves septicaemiára vezetnek.

A darabosabb anyag, mely a vena portae ágaiban akad fenn, helyi bakteriumgóczokat képez a májban; ezen góczok mindegyike másodlagos thrombusokból és nekrotikus szövetből álló réteggel van körülvéve és a folyamat végül több-kevesebb májtályog képződésére vezet. Az invasio ezen alakjánál, különösen eleinte, *pyaemia* tünetei, vagyis nagy hőmérsék-ingadozások rákövetkező bőséges izzadással vannak előtérben. Az exitus felé a pyaemiás hőingadozások vesztenek typikus jellegükből és a láz remittens alakolt ölt: *septico-pyaemia*.

[1] Nagy embolusok is juthatnak keresztül közvetlenül a májállományon át azon nagy visszeres anastomosisok útján, melyek Claude Bernard szerint a vena portae és vena cava közt léteznek. L. Oppenheim: Lungenembolien nach Appendicitisoperationen. Berliner klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 5.

[1] Lásd: Mount Sinai Hospital Records, 1899. Vol. IV. p. 22.

*Tünettan és kórisme.*

Ha appendicitis folyamán rázóhideg lép fel, és ezt a hőmérsék rohamos emelkedése követi, úgy bármily enyhék legyenek a helyi tünetek, jogunk van felvenni, hogy fertőző anyag jutott a portalis és állandó vérkeringésbe. E szövődményeknek ennélfogva rendkivüli fontosságot kell tulajdonítanunk. Mert, noha a féregnyúlvány idült lobosodása enyhe megbetegedésszámba megy is, az végzetes pylephlebitisre vezethet, a miként ezt *Ralph Thompson* bonczleletei mutatják.[1]

Ha a rázóhideg után a láz tartós marad, a nyelv és bőr száraz lesz, hányinger lép fel, a sensorium zavart, az érverés rohamosan szaporodik, mind kisebb hullámú és egyenlőtlenebb lesz, a hőmérsék pedig 103·7° F.-en felül mozog, felszökve egészen 106°—107°-ig, akkor a heveny septicaemia kórisméje alig kétséges. Ez a szövődmény felléphet ép úgy korán, mint későn a lefolyás alatt és pedig tekintet nélkül arra, vajjon van-e localis peritonitis jelen vagy nincs. A hol a necrotizált féregnyúlvány régi és erős összenövések közé van ágyazva és teljesen el van falazva a szabad hasüregtől, melynek határvonalai épeknek mutatkoznak, ott ez a heveny folyamat ép oly gyakran fordul elő, mint azokban az esetekben, a hol a műtő kisebb-nagyobb kiterjedésü localis peritonitisre bukkan. A kóros féregnyúlvány eltávolítása, a fennálló tályog kiürítése és drainezése, vagy a fertőzött és lobos hashártyafelület tamponádja és drainezése, mind e beavatkozások külön-külön vagy együttesen a legcsekélyebb befolyással sem birnak a betegség lefolyására vagy legjobb esetben a tünetek futólagos enyhülését eredményezik.

Ez a passiv magatartás annak tulajdonítható, hogy miután a septikus visszérlob thrombosishoz vezetett, a szétmálló tömesz részleteivel fertőző anyag sordortatik az általános vérkeringésbe és a kórfolyamat, ily módon általánosíttatva, túllépte azt a határt, a melyen innen az eredeti gócz megtámadása bármily kedvező befolyást gyakorolhatna.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a kir. m. tud.-egyetemi elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik E. Emil egyet. ny. r. tanár.)

### A kóros óriásnövésről.

Közlik: *Hudovernig Károly* dr. és *Pétzy-Popovits Uros* dr.

(Folytatás.)

A beteg korára való tekintettel rendkivüli fejlődést mutat. Magassága 137 cm., testsúlya 35·5 kgm. Ezen rendkivüli fejlődés az egész testre egyenletesen terjed ki, egyes testrészeknek a többihez viszonyított aránytalan fejlődése nem constatálható. A fiú egész testi fejlettségével nem egy $5^3/_4$, hanem egy normális 14—15 éves fiúgyermek benyomását kelti. Bőrszíne piszkossárga, haja szőke, tesét mindenütt bő lanugo fedi, hónaljszőrzet csekély nyomokban található, ellenben rendkivüli és feltünő fejlődést mutat fanszőrzete: ez olyan bő és kifejlett, mint egy ivarérett férfiúé. Izomzata a testmagassághoz viszonyítva általában arányosan fejlettnek mondható, igen erősen fejlett az alsó végtagoknak, jelesen a czomboknak izomzata, mit nem dystrophiás jellegnek, hanem működési fejlettségnek minősíthetünk, mivelhogy a fiú igen sokat szaladgál és footballoz.

A koponya dudoros, asymmetriás alkatú, az arcz- és agykoponyának jobb fele fejlettebb; homloka előre- és lefelé lejtős, széles, erős fejlődésü, mint az agykoponya és az arczkoponya felső része általában. A fej kerülete 518 mm.; a koponya hosszátmérője 167, a biparietalis 144, a bimastoidealis 130, a biauricularis 129, a bitemporalis 98 mm.; a két állkapocsszöglet távolsága 124, a járomíveké 100 mm. A koponya magassága jobboldalt 132, baloldalt 120 mm.; az íves méretek közül az orr-bregma-ív hossza 125, az orr-protub. occ. ívé 315, a két fület összekötő ívé 285, a két homlokdomb közötti ívé 120 mm.

Az arczméretek közül: homlokmagasság (orrgyöktől hajzatos fejbőrig) 60, orrhossz 40, fülbasis 40, fülhossz 45, szemrés 27, szájrés 38 mm. Feltünők az igen kifejlett homlokdombok, melyeknek egymástóli távolsága 45 mm.

A homlok alsó-középső része kiemelkedik. A két szemöldök 2 egymástól elkülönített keskeny ívet képez. A szemeken semmi eltérés nem látható: irisek szürkék, pupillák egyenlőek, szabályosak, középtágak és jól reagálnak. A szemmozgások teljesen szabadok, a szemfenék ép, pangásnak nyoma sem látható. Az orr minimalisan jobbra elferdült; orrlukak kicsinyek, előrefelé convergálnak; a septum egyenes, orrjáratok átjárhatók.

Arczidegei közül már nyugalmi helyzetben is a baloldali túlmüködésben van, a száj állandóan balra van elhúzva, beidegzésnél a jobb szájzug visszamarad, az ajkpír és philtrum rajzolata elmosódott, utóbbi lefelé kiszélesedő. A fülek úgy implantatiojukra, mint configuratiojukra és irányukra nézve rendesek. Fogai még tejfogak, csak a négy alsó incisivus állandó fog.

Nyaka részarányos, árkok mérsékelten kitöltöttek. A pomum Adami kissé prominál, ennek magasságában a nyak kerülete 29·5 cm. Thyreoidea megnagyobbodva nincsen; üterek pulsálása nem látható.

A mellkas symmetriás, arányos dimensiojú. Kulcscsont alatti árkok és bordaközök mérsékelten kitöltöttek. A bimbók kicsinyek, egymástól 16 cm.-re vannak. A mellkas kerülete a hónaljban 69, a bimbók alatt 66, a kardnyújtvány magasságában 64 cm.; a mellcsont hossza 12·5 cm. A gerinczoszlop elferdülést nem mutat. Szív és nagy edények épek (pulsus 76, normális), tüdő is, csupán a jobb középső lebeny és bal tüdőcsúcs felett hallható érdes légzés, szórványos szörtyzörejekkel.

A has kissé előredomborodó, nem feszes, hasüri szervek rendes leletet adnak. Kardnyújtvány és köldök távolsága 23·5, köldök- symphysis 15 cm.; a spinák közti távolság 22·3 cm.

Ivarszervek rendkivül fejlettek, a már jelzett fanször fejlődésen kivül felemlítjük, hogy a penis pars pendulája lelohadt állapotban 9 cm. hosszú, megfelelő átmérővel; a herék a scrotumban vannak, a testi fejlettséghez képest normálisak, a kort tekintve szintén túlnagyoknak mondhatók.

A felső végtagok arányosan fejlettek, de kissé hosszúak, a lelógó végtag kéztője a spina ossis ilei magasságában van; a kezek nagyok, de nem aránytalan méretüek, a testalkatnak megfelelőek. Durva izomerő jó; nyomóerő jobboldalt 13, baloldalt 12 kgm.

A felső végtagok méretei:

| | jobboldalt | baloldalt |
|---|---|---|
| acromion és proc. condyl. ext. távolsága | 250 mm. | 245 mm. |
| capitulum radii és „ „ „ | 180 „ | 175 „ |
| a kéz hossza . . . . . | 147 „ | 145 „ |
| a középső ujj hosszúsága . . . . . | 64 „ | 64 „ |
| a felkar közepének kerülete . . . . . | 197 „ | 195 „ |
| az alkar felső végének kerülete . . . . | 193 „ | 192 „ |
| az alkar alsó végének kerülete . . . . | 135 „ | 134 „ |

Az alsó végtagok ugyancsak arányosan fejlettek, izomzat erős, különösen a czombok külső oldalán; általában aránylag rövidebbeknek mondhatók, mint a felső végtagok. Izomerő igen jó.

Méretek:

| | jobboldalt | baloldalt |
|---|---|---|
| A spina anter. super. és condyl. int. távolsága | 370 mm. | 375 mm. |
| a malleolus int. „ „ „ „ | 280 „ | 290 „ |
| a láb hossza . . . . . | 210 „ | 210 „ |
| a czomb felső részének kerülete . . . . | 393 „ | 390 „ |
| a czomb középső „ „ . . . . | 370 „ | 380 „ |
| a czomb alsó „ „ . . . . | 275 „ | 280 „ |
| az alszár felső „ „ . . . . | 275 „ | 270 „ |
| az alszár alsó „ „ . . . . | 190 „ | 180 „ |

A speciell neurologiai vizsgálat nem derített ki semmi nevezetes tüneményt. Szembeötlő a jobb facialisnak gyengesége s a bal facialis területén állandóan mutatkozó enyhe összehúzódottsága az izomzatnak, mi leginkább a bal szájzug magasabb állásában nyer kifejezést. A szemmozgások egészen szabadon történnek, nystagmus nincs jelen. A többi agyideg területén sem deríthető ki eltérés; beszéde jó, nem hibás, feltünő azonban a szokatlan mély férfias hang, mi különösen éneklésnél mutatkozik, viszont felemlítendő, hogy a hang csak minimalisan modulálható, mint egy kis gyermeké; ha énekel, ez monoton, magasság szerint

[1] Boston City Hospital Reports, 1902. p. 143.

alig váltakozó hangokkal történik. Járásnál törzsökét előrehajlítja, fejét kissé lehorgasztja. A bőrérzés vizsgálata egyik qualitásban sem derített ki eltérést, ép úgy normálisnak mutatkoztak az összes reflexek.

Az érzékszerveknek vizsgálata nehezen volt megejthető a fiúnak később leirandó szellemi állapota miatt, mert figyelmének rögzítése s nyugodt viselkedés épenséggel nem voltak elérhetők. Ezen vizsgálatok csak nagy vonásokban voltak megejthetők s eltérés nem volt kideríthető; speciell a hallás egyenlőnek mutatkozott mindkét oldalon.

*Török Béla* dr. szíves volt a beteget megvizsgálni, miért neki e helyütt köszönetünket nyilvánítjuk; lelete: régi otitis maradványai, jobboldalt perforált dobhártyával, de újabb vagy épen friss folyamat nyomai nélkül.

A vizeletnek czukortartalomra való megvizsgálását *Lengyel Lóránd* tanársegéd volt szíves két izben is teljesíteni. Az első vizsgálat rendes táplálkozás után történt, mikor Trommer-próbával a kihüléskor határozott oxydulképződés volt kimutatható, polarisatioval 0·05—0·1% balra csavarást lehetett kapni, mi egy redukáló anyagnak nyomokban való jelenlétét mutatja; ez valószinüleg párosult glykuronsav. Bőséges szénhydrat élvezet után a lelet ugyanilyen volt. Tény, hogy a — különben teljesen normális — vizelet egy redukáló anyagot nyomokban tartalmaz, de ezt mint czukrot nem lehetett kimutatni.

Az izmok és idegek villamos vizsgálata a fiúnak viselkedése folytán rendkivül nehezen és csak felületesen volt eszközölhető. Vizsgálatunkat itt is csak a látszólag túlfejlett czomb izomzatra irányíthattuk, de ebben eltérést a rendes ingerlékenységtől nem tapasztalhattunk.

Tekintettel arra, hogy esetünkben a csontváznak rendellenes és nagyfokú növekedésével állunk szemben, indokoltnak és szükségesnek tartottuk a Röntgen-sugarakkal való átvilágítást, mely mód egyszersmind alkalmasnak látszott arra, hogy az esetleg fennálló intracranialis eltérésekről felvilágosítást adjon. Ezen vizsgálat a következő eredményekre vezetett: A bal kar és kéz radiogrammján látható, hogy a csontosodás az összes csontokon jól kifejezett, söt előrehaladott. A kézközépcsontok csontosodása befejezett. A csöves csontok epiphysisporczainak megfelelő hasadékok a képen láthatók ugyan, de azok keskenyebbek, mint a milyenek egy 5—6 éves gyermeknél lenni szoktak; a II—V metacarpalis csontok epiphysisporczai a distalis végen már alig láthatók, a proximalis végeken pedig épenséggel nem láthatók már. Ugyancsak csupán nyomokban látható az epiphysis-porcz helye az első phalanxok distalis és a IV. ujjnál a proximalis végén is. Ezen csontosodási viszonyok határozottan későbbi kornak felelnek meg, mint a 6-dik életévnek.

Ez irányban csak arra utalunk, hegy a metacarpal csontokban az epiphysis csontosodási magja csak a második életévben lép fel, az egész csontosodás csak a 18—20-dik életévben van befejezve; a mi esetünkben pedig a csontosodás körülbelül a befejezéshez közelállónak mutatkozik, úgy hogy a viszonyok körülbelül a 15-dik életévnek felelnek meg.

A koponya radiogrammja a csontosodást illetőleg ugyancsak — tekintve betegünk korát — előrehaladott viszonyokat derített ki. A koponya falai igen vastagok; igen feltünő a homlokcsont vastagsága, jól fejlett külső és belső csontlemeze. Feltünő a koponya radiogrammján még egy szokatlan jelenség: egyrészt az orbita mögött, másrészt a csigolyák felett egy szabálytalan alakú, világosabb folt, melyet rendes koponyaképeken nem szoktunk találni. Ezen foltot közvetlenül a franczia szerzők által keresett sella-turcica kiszélesedésnek minősíteni nem merjük; de viszont az orron át eszközölt mérések eredményét átvive a radiogrammra kitünik, hogy a világosabb folt topographice megfelel a sella turcicának; a folt világosságát illetőleg fel kell vennünk egy olyan képletet (és pedig a rendestől eltérőt), mely e helyütt a fényt jobban bocsátja át, mint a csont. S mint ilyet felvehetünk egy vérdús képletet: a mi topographice is a hypophysis egy térfogat nagyobbodásának felel meg. (A Röntgen-képek felvételét *Zimmermann Károly* dr. tanársegéd úr szíves volt eszközölni és a képek elemzésénél tanácsaival támogatni, miért neki e helyütt is hálás köszönetet mondunk.)

A beteg szellemi körének megvizsgálásánál mindig szem előtt tartandónak véltük korát, nehogy a nagy test keltette benyomás alatt egy 5½ éves gyermekkel szemben oly igényeket támasszunk, mint egy 14 évessel szemben, a milyennek a beteg látszik. Mindezek daczára nála nagyfokú szellemi gyengeséget, valóságos, bár nem legnagyobb fokú idiotismust tapasztaltunk, mit beteg az ismételt és számos vizsgálatok alatt tanusított viselkedésével is mutatott. Az előzményi adatokban említettek: rosszasága, makranczoskodása, indulatossága és idegenekkel, főleg gyermekekkel szemben tanusított aggressiv viselkedése szellemi defectusra irányították a gyanut, mi később teljes beigazolást nyert. Tulajdonképeni szellemi életről betegünknél szólni sem lehet. A mindennapi, főleg a vegetativ életre vonatkozó fogalmakkal bir ugyan, gondolkodása csak evésre, ivásra és játszásra irányított; de még oly ethikai és elvont ismeretei sincsenek, melyeket egy 5 éves gyermektől elvárhatnánk. Az időről, a napról sejtelme sincsen, a nap szakairól is csak annyiban bir fogalommal, hogy aludni kell menni, mert künn „sötét van“. Beszéde alakilag rövid mondatokból áll, tartalma vagy a vegetativ életre, vagy gyermekes kivánesiság kielégítésére irányul; minden tárgy megragadja figyelmét, mindenben játékszert keres, minden darabról kérdezi „mi ez?“, de a feleletet be sem várva, más dolgok ragadják meg figyelmét. Figyelmét egy irányban lekötni, őt nyugodtan egy helyütt tartani lehetetlen (a Röntgen-felvételek is csak chloroform-narcosisban voltak megejthetők). A legprimitivebb számolási müveleteket sem tudja végezni, ily irányú kérdésekre nem is válaszol, hanem felelet helyett kalácsot vagy cognacot kér. Hangulata labilis, rendszerint jókedvü, ugrál, nevetgél, ha egy kivánságát nem látja teljesítve sír, kiabál, magát a földre veti s mindenkit rugdos, anyját is, kit különben nagyon szeret. A történtek közül csak azok maradnak emlékében, mik falánkságát vagy játszási hajlamát már első izben megragadták; a többivel nem törödik, azokat mint új ismeretlen dolgokat megnézi, de azokra nem emlékszik. Csupán a zene iránt mutat érdeklődést; legnagyobb indulatkitörés alkalmával is azonnal figyel, ha egy hangvillát megszólaltattunk. Pontosabb vizsgálatok és mérések is csak úgy voltak megejthetők, ha a betegnek egy kis kézi kintornát adtunk kezébe: máskülönben a vizsgálatnak ellenszegült, avagy ha jókedvü volt, a vizsgálati eszközt elkapta s azzal játszani akart. Maradásra csak úgy volt rábirható, ha neki tésztát vagy czukrot adtunk.

(Folytatása következik.)

## A gyermekölés.

Irta: *Jellachich István* dr. jogakadémiai magántanár, kir. törvényszéki és fogházorvos Pécsett.

(Vége.)

### *II. A gyermek élveszülöttsége.*

Az élveszülöttség megállapítása a tárgyi tényálladék szempontjából nagy fontossággal bir, mert csak az élő gyermeket lehet megölni; ha tehát bebizonyul, hogy a magzat a szülés alatt vagy közvetlenül utána nem élt, akkor gyermekölésről szólni nem lehet.

Régebben az egyes törvénykönyvek gyermekölési perekben feltételezték, hogy a gyermek élve született és hogy az anya ölte meg azt; így I. Jakab angol király statutuma 1524-ben tartalmazott ilyen szigorú rendelkezést, majd a franczióknál II. Henrik (1556) edictuma. Az 1734-dik évi svéd törvény még kegyetlenebb, midőn az ellenkezőnek, vagyis a halvaszületésnek bizonyítását meg sem engedi.

A svájczi kantonok közül Basel 1821-ben még ily álláspontón volt, midőn a svédhez hasonlóan a gyermek élveszületését minden körülmények között felveendőnek mondja.

A szász büntető javaslat a XVIII. század elejéről nagy szigorúságról tesz tanuságot, midőn az élveszületés jelenlétét vagy jelen nem létét irrevelansnak tekinti s a vádlott nőt gyermekölésben mondja ki bünösnek minden esetben, midőn a gyermeken szándékosan ölési cselekmények eszközöltettek; a büntetés igen súlyos volt, t. i. lefejezés.

Az 1803-dik évi bajor büntető törvénykönyv rendelkezése a következő volt: Ha az életképesség vagy az élveszülöttség nem

egészen bizonyos, hanem csak valószinü, mégis az ölési szándék és életveszélyes cselekmény kétségtelen, a vádlott nő büntetése 8—10 évi fegyház.

A gyermek élveszületését bizonyítják egyrészt a gyermeken közvetlenül a szülés után észrevehető életnyilvánulásoknak jelei, másrészt a hullavizsgálat eredményei. Az élve született gyermek születése után azonnal arczát fintorgatja, szemeit forgatja, száját felnyitja, légzési mozgásokat végez, miközben mellkasa emelkedik, síró hangot ad, vizelet és béltartalom távozik el tőle. Az ös germán törvény magánjogi szempontból is nagy súlyt fektetett a gyermeksírásra, mely a szülés után közvetlenül hallható volt: „ut vox ejus audita sit intra quattuor parietes damus, in qua natus est.“

A régi római jogászok közt a tulajdonképeni életnyilvánulások nemére nézve ellentétes vélemények uralkodtak. A proculiánok felvették, hogy a gyermek halva születettnek tekintendő, ha szülés után közvetlenül nem kiáltott, a sabiniánusok ezzel szemben azt állitották, hogy az újszülött hangja s kiáltása nem képez feltétlenül szükséges életnyilvánulási módot, feltéve, hogy más életjelek vannak a gyermek részéről. Justinian a sabiniánusoknak adott igazat s ezen vélemény szerint élveszülöttnek tekintetik a gyermek, ha szülés után közvetlenül nem is adott hangot, hanem testének, szemeinek, karjainak, lábainak mozgatása által, vagy más módon életjelt adott magáról.

Dalloz szerint: La loi penale ne s'est expliquée sur le degré de vitalité que l'enfant doit posséder pour que sa mort puisse être un crime; elle n'a précisé ni le terme de sa gestation, ni le développement qu'il doit avoir. Il suffit qu'il ait existé, quelle qu'ait été cette existence; il n'est pas même nécessaire, qu'il ait vécu de la vie extrautérine . . . Un mouvement, un vagissement attesteraient seuls cette vie; elle semblerait comme une lueur vacillante prête à s'éteindre, que la loi verrait un crime. De quel droit disposerait on d'un être humain? Pourquoi serait-il permis d'en précipiter le cours? On objecte qu'il est voué à une mort certaine; cela est vrai, et c'est même par ce que cette vie, sitôt dévorée, reste indécise et confuse, que la loi civile a hésité d'y faire reposer un droit. Mais cet être qui se débat contre la mort, existe cependant; et il ne faut pas confondre les principes de la loi qui protége les intérêts privés avec ceux de la loi qui protége l'humanité elle-même. La première peut refuser d'accorder un droit d'héritage à l'enfant qui doit succomber aussitôt; l'autre ne fait point de distinction: elle ne voit qu'un être qui existe, et dont elle doit protéger la vie chétive pendant les heures qui lui sont données. Et pourquoi sa protection ne lui serait-elle pas accordée aussi bien qu'au malade à l'agone, au vieillard parvenu au terme de son existence, au condamné à mort jusqu'à l'exécution réelle de sa condamnation. Distinguer, pour punir l'infanticide, entre l'enfant qui est né viable et celui dont la vitalité serait douteuse, ne serait-ce pas vouer à la mort une foule d'êtres faibles? Ne serait-ce pas surtout couvrir d'une excuse perpétuelle tous les crimes commis contre les enfants?“

A gyermek életnyilvánulásainak jelei tanuk által bizonyíthatók s adott esetben, ha a hullavizsgálat adatai ki nem elégítők, az élveszületés bizonyítására felhasználhatók.

A hullavizsgálat által az úgynevezett élveszülöttségi próbák segélyével lehet a gyermek élveszületését megállapítani, melyek között kiváló jelentőségü a tüdőpróba.

Ezen élveszülöttségi próba oly nagy fontosságú a gyermekölésre nézve, hogy nem tartjuk feleslegesnek felőle rövid történeti áttekintést nyujtani, annál is inkább, mert annak tulajdonképeni feltalálója magyar orvos volt.

Mielőtt azonban a tüdőpróba fejtegetésére áttérnénk, szükséges a megfelelő élettani ismereteket előrebocsátani. Az anya méhében a magzatot magzatvíz veszi körül, miért is légző mozgásokat nem szabad végeznie, mert ha ezt tenné, megfuladna, mert a magzatvizet lehelné be. A szülés után az összeköttetés az anya méhével megszünik, miért is légzési mozgásokat végez, mert az anya vére nem eszközli az elhasznált éleny pótlását; hogy ezt a belehelt levegővel szerezze meg, a levegőt tüdejébe szívja.

Ezen röviden vázolt élettani folyamat eléggé megmagyarázza azt, hogy miért más a születés után az újszülött tüdeje, mint a méhen belül élő magzaté. Ugyanis az utóbbi tüdeje levegőt nem tartalmaz, míg az előbbié igen.

Az újszülött tüdejében levő levegőnek a hullaboncolás alkalmával történő megállapítását nevezzük tüdőpróbának.

Már Galenus tudomással birt arról, hogy a szülés után „substantia pulmonis ex rubra, gravi, densa, in albam, levem ac raram transfertur.“

Bartholinus „De substantia et motu pulmonum“ czimü munkájában (1663-ban) említést tesz arról, hogy a halva született gyermekek tüdeje a vízben alámerül, míg felnőtt emberek tüdeje úszik a víz felszinén.

Mégis ezen jelenségnek törvényszéki orvosi jelentőségét legelőször Rayger pozsonyi physikus méltatta. Rayger Károly 1641-től 1707-ig élt. Miután tanulmányait Strassburgban, Leydenben, majd Párisban, Svájczban befejezte, visszatérve Strassburgba 1667-ben doctor medicinaevé promoveáltatott. Ezután még Ausztria és Olaszország több városában tökéletesítette ismereteit, mire 1668-ban Pozsonyban letelepedett és mint keresett orvos 39 évig működött, miközben széleskörü irodalmi tevékenységet fejtett ki. Nagy érdeme volt Raygernek, hogy bonczolásokat végzett emberi hullákon azon időben, midőn az még általánosságban nem volt elterjedve.

A tüdők úszási próbájáról szóló munkája „Miscellinae curiosa medico-physica Academiae naturae curiosorum“ czimü folyóirat 1675/76. évi folyamában jelent meg: Observatio 202. De quibusdam in dissectione recens natorum observatis. Ezen közleményében előadja, hogy tudományos szempontból érett, de halva született újszülött hulláját boncolta fel. Majd igy folytatja: „Pulmones parvi, exigui, non admodum rubicundi, instar parenchymatis hepatis vel portiunculae carnis ex utroque latere cordis jacebant, in aquam mersi, subito fundum petebant, unde constitit infantem in utero non respirare (alias aëre distenti fuissent), illum que fuisse ante exclusionem mortuum. Nam si semel tantum extra uterum respirasset, aër in pulmonibus detentus submersionem impedivisset.“

Vizsgálatainak helyességét állatkisérletekkel erősitette meg, nevezetesen borjutüdőket használt ily czélból. „Ut de experimento certi essemus, immissimus pulmones agninos in aquam, qui supernatarunt, utemque incisi sint et aër omni vi expressus fuerit, foetus vero pulmones fundum petierunt. Deinde cum uterque foetus post mortem exclusus sit ut utriusque pulmones toties quoties immersi fuissent, fundum petiisent unum sumsimus, perque asperam arteriam inflavimus unde lobi statim distenti sunt, mox omni conamine expresso interum flatu u natarunt nihiliminus nec mergi potuerunt. Argumentum credo indubitatum ad condicendas infanticidas et indagandam veritatem an infans in utero mortuus vel demum post partum quocumque modo stangulatus vel occisus.“

Ő tehát kétségtelen bizonyítéknak tartja a tüdőpróbát, mely hivatva van gyermeköl ésnél az igazságot kideriteni a tekintetben, hogy a magzat az anya méhében halt-e meg, vagy pedig csak a szülés után halt meg valami módon.

Ehhez hasonló kisérleteket Haller is végzett, sőt ő a magzattüdőket rothadt állapotban is vizsgálat alá vette.

A tüdőpróbát legtöbb külföldi törvényszéki orvosi munkában a szász Schreyer János nevével hozzák kapcsolatba, mert ő azt egy bünügyben gyakorlatilag először használta fel. 1681-ben október 8-dikán Schreyer dr. városi physikusnak utazásai alkalmával egy gyermek hulláját kellett megvizsgálnia, melyen 11 seb volt látható, a szúrási sebek részben a gyermek testén áthatoltak (nyárssal előidézve).

A bonczolást, mint orvoshoz nem méltó eljárást, egy borbély teljesitette, a tüdőpróbát azonban ő maga végezte; miután a tüdők a vízben alá nem merültek, ő oda nyilatkozott, hogy a gyermek élve született.

Vádlott nő védelmét Thomasius, a hírneves jogtudós, vállalta el és daczára annak, hogy több más tekintélyes orvos véleményét, igy többek között a wittenbergi orvosi karét, is kikérte (1684-ben) s mindannyinak véleménye egyező, tehát vádlott nőre kedvező volt, az mégis elmarasztaltatott. Thomasius III. György választó fejedelemhez terjesztette fel az iratokat, kinek utasítása folytán az eredeti súlyos itéletet megváltoztatták s terhelt nő 1687 junius hónapban 8 havi börtönre itéltetett.

A tüdőpróba ezen idő után csak nehezen tudott értékének megfelelő érvényre jutni, míg végre újabban már általános elismerésben részesül és gyakorlati értékét az újszülöttek élveszülöttségének bizonyításánál ma már senki sem vonja kétségbe.

Az újszülött tüdeje a légzés után térfogatában nyer, mert a belégzés után a levegő azt kitágitja, állománya (consistentia), színe, vértartalma megváltozik.

A levegőt nem tartalmazó, vagyis a légzés által ki nem tágult tüdő húshoz hasonló, kis térfogatú, a mellkas felnyitásánál alig látszik, mert a mellkas hátsó falához lapult, összeállása tömött; a légzés után a tüdő kiterjedt, azonnal szembe tünik, puha, rugalmas tapintatú, az ujjak közt összenyomva serczegés érezhető. Míg a légzés által ki nem tágított tüdőből bemetszésnél csak

*

vér ömlik ki, addig a légzett tüdőből véres hab jön ki. A tüdő színe, míg nem légzett, vöröses-barna, májhoz vagy tejes csokoládéhoz hasonló, kevesebb vért tartalmaz, a légzett tüdő színe rózsaszínü, vértartalma nagyobb és a kitágult tüdőhólyagcsák rajta gyöngysorok alakjában láthatók.

A tüdőpróba azon alapszik, hogy a tüdő fajsúlya légzés előtt, tehát míg levegőt nem tartalmaz, nagyobb, mint légzés után, előbbi esetben 1·045—1·056, míg a légzett tüdő fajsúlya 0·94. A levegőt nem tartalmazó tüdő tehát vízben alámerül, míg a levegőt tartalmazó a víz felszinén úszik. Előfordul az is, hogy az újszülött légutaiba nyálka vagy vér jut, midőn a légzés meg van akadályozva, ilyenkor a légzés csak felületes s így a tüdőpróba negativ eredményt adna, ha előbbi módon végeztetnék. Tévedések kikerülése végett szükséges tehát minden esetben a tüdőt apró darabokra vagdalni, hogy ezen tüdőrészecskéknek úszási képességét vizsgálni lehessen, tudniillik, hogy úsznak-e, vagy alámerülnek?

A tüdőpróba alkalmazásánál figyelembe kell venni még azt is, hogy rothadási gázok jelenlétében a tüdő úszhatik, daczára annak, hogy légzés nem történt és csak a rothadási gázok adják az eredményt.

Az újszülöttek hullái aránylag gyorsan rothadnak, azonban a tüdők nem, sőt az újszülöttek tüdői még lassabban indulnak feloszlásnak, mint a felnőttek tüdői.

A rothadás megindulása alkalmával a tüdőkön hólyagok mutatkoznak, melyek leginkább a felületen, a zsigeri mellhártya alatt foglalnak helyet, de még mielőtt a tüdőn ezen rothadási elváltozások mutatkoznának, a holttest egyéb szerveiben már felismerhetők a feloszlásnak jelei, nevezetesen a máj, lép, vesék is felpuffadtak, úsznak a vizen. A rothadás folytán a víz felszinén úszó tüdőt, a légzés folytán a vizen úszó tüdőtől meg lehet különböztetni oly módon, hogy a tüdőt apró darabokra vagdaljuk és a víz alatt ujjaink közt gyúrogatjuk, midőn a rothadási gázok kinyomatnak, de a légzés folytán a tüdőbe jutott levegő nem nyomható ki, csakis a tüdő szövetének teljes elroncsolása mellett.

Az újszülött tüdeibe a belégzésen kivül levegő még befúvás által is juthat, erre vonatkozólag Camper Péter végzett kisérleteket, melyeket ő részletesen le is irt.

Ezen kisérletek neki nagyon nehezére estek, mert bár hosszú idő óta hozzá volt szokva hullákkal bánni, mégis irtózott azon gondolattól, hogy száját közvetlenül a gyermekhulla szájára illeszsze, mert erős szaga volt. Két gyermek hulláján végezte kisérleteit: Mindkettőnek mellkasát a jobb oldalon a bordák közt kis seb ejtése mellett megnyitotta s kicsiny fogó segélyével annyira kihúzta, hogy kis darabot lemetszhetett, mindkettőnél ezen lemetszett tüdőrészletek sötétvörösek és feketések voltak, mert a vérerek vérrel voltak kitöltve. A tüdődarabkák vízbe helyeztetvén, abban alámerültek.

Tehát teljesen meggyőződve arról, hogy a gyermekek nem vettek lélegzetet, az egyiknek orrlyukait bal kezével befogta s azután száját a hulla szájára szorítva nagy erővel belefújt, midőn a következő eredményre jutott: 1. a has gyorsan felfúvódott, a levegő zörej kiséretében hatolt a belekbe s a bélsár a végbélen át kinyomult; 2. a vér a köldökzsinórból erősen folyt ki és 3. a melkas is kitágult. Ezután az egész mellüreget megnyitotta s azt tapasztalta, hogy a tüdő színe megváltozott, előbbi sötétvörös színét rózsaszínnel váltotta fel és hogy az léggel volt telve s egy kis darabot belőle a vízbe dobva, az ép úgy úszott annak felszinén, mint a hogy normális légzés után szokott úszni.

Ezen körülménynek törvényszéki orvosi jetentősége azonban alig van, ha tekintetbe veszszük, hogy a gyermeköléssel vádolt nő ily kisérletet gyermekének életre keltése czéljából nem végez.

Még ha pl. a bába bosszúból ily eljárást foganatosítana is, hogy a gyermek élőnek látszassék, akkor sem ütközik nehézségbe a valódi tényállást megállapítani, mert az ily módon felfúvott tüdő színe halványabb, mint a légzett tüdőé s a gyomorban és belekben sokkal nagyobb mennyiségü levegőt találni, mint a rendes légzés után. Végre megemlítendő, hogy a tetszhalott állapotban született gyermekek élesztési kisérletei alkalmával a Schultze-féle lóbálások folytán is juthat levegő a tüdőkbe, a gyermek activ légzése nélkül.

A magzat tüdejébe, mielőtt még megszületett volna, az anya méhében is juthat levegő nehéz szülések alkalmával, a nő nemi szerveinek kézzel való vizsgálata, vagy műszereknek (pl. fogónak) alkalmazásakor harántfekvés esetében a magzat megfordítása alkalmával.

Gyorsan lefolyó, titokban történő szülésnél ily eset elő nem fordulhat és minthogy törvényszéki orvosi szempontból ezek jönnek figyelembe, a levegőnek a tüdőkben való jelenléte a szülés után belégzett levegőre vall.

Régebben nagy szerepe volt az úgynevezett vagitus uterinus-nak, mely abban állott, hogy a magzat mielőtt még megszületett, a méhben lélegzetet vett és így hangot adott, a fentiekben ennek jelentőségét már eléggé méltattuk.

Megemlítendő még, hogy a levegő a tüdőkből újból eltünhet és ilyenkor a tüdők negativ leletet adnak, daczára annak, hogy az újszülött légzett. Ilyen esetekben Ungar szerint a levegő a tüdőkből ismét felszívódik, a mi csak akkor történhetik, hogy ha a levegő csak kis mennyiségü volt.

Az elmondottakból kitünik, hogy a tüdőpróba képezi egyik legbiztosabb jelét az élveszülöttségnek, a belégzett levegő által kellőkép kitágult tüdő következtetést enged vonni az élveszülöttségre s az még a rothadás bekövetkezésekor is kimutatható.

Míg azonban egyrészt a tüdőben foglalt levegő az újszülött élveszülöttségére nézve nyujt értékes bizonyítékot, addig másrészt a tüdő légtartalmának hiányából az újszülött halvaszületését nem állíthatjuk, mert az újszülött rövid ideig élhet a szülés után a nélkül, hogy lélegzetet venne s így a nélkül, hogy halála után levegőt tartalmazna tüdeje.

Az ily újszülötteknél az élet nyilvánulását a szivműködés és izommozgások jelenléte képezi. Az újszülött él, de nem lélegzik, mert a tetszhalál állapotában van.

Hogy élni lehet bizonyos ideig légzés nélkül is, azt a felakasztottaknál is tapasztalni, ugyanis ezeknél a légzés felfüggesztése után még néhány perczig működik a szív.

Ujszülöttek aránylag hosszabb ideig életben maradnak levegő nélkül, mint a felnőttek; ezt abból magyarázzák, hogy az újszülöttnek igen kevés élenyre van szüksége, mert mint magzat, az anya méhében szokva volt ehhez.

Bohn említést tesz egy esetről, melyben két kendőkbe takart újszülöttet földbe ástak, majd néhány óra mulva onnét ismét kivették és sikerült őket életben tartani.

Buffon kisérleteket tett állatokon, nevezetesen terhes kutyát langyos vizben hagyott kölykezni, ezután a nélkül, hogy alkalmuk lett volna lélekzetet venni, tejbe helyezte azokat; félóráig életben maradtak így a kutyakölykök a nélkül, hogy lélegzetet vettek volna.

A tetszhalott állapotban született magzat gyermeklésnek eshetik áldozatul, a nélkül, hogy légzett volna. Ilyen esetekben meg kell állapítani azt, hogy a magzat élt akkor, midőn a külerőszaki behatásnak ki volt téve és hogy az anya méhéből élve jutott ki, ámbár látszólag halva volt.

Azon jelek az életműködések fennállásában nyilvánulnak, a melyek ép úgy megvannak a magzatnál, mint az újszülött gyermeknél és a melyek nem szünnek meg, csakis az élet kialvásával, jobban mondva a vérkeringés megszünésével. A légzés hiányában bizonyos ideig rendesen és megszakitás nélkül keringésben van az újszülött vére, mindaddig, a míg a tetszhalál tart. A gyermek meg sem mozdult, egy hangot sem hallatott, mégis a vér kering és a test minden részébe eljut; maga a vér élő.

Tardieu[1] ide vonatkozólag következőkép nyilatkozik: „On ne peut douter que l'enfant né en état de mort apparente et pendant tout le temp qu'il reste dans cet état soit cependant très-réellement vivant, puisque des soins appropriés peuvent l'en faire sortir et lui rendre le sentiment et le mouvement; mais par cela même qu'il est vivant, il peut être tué, et périr avant d'avoir respiré, victime d'un infanticide. Ce n'est plus dans ce cas à l'établissement d'une fonction nouvelle et aux changements apportés dans les organes pour les premiers actes de la vie extra-utérine qu'il faut demander la preuve que l'enfant vivait encore lorsqu'il a été l'objet de violences criminelles, et que par conséquent il était sorti vivant du sein de sa mère, quoique avec les apparences de la mort. Ces preuves on les trouvera dans la

[1] Étude médico-legale sur l'infanticide.

persistance de la fonction vitale par excellence, de celle qui appartient aussi bien au foetus qu'au nouveau-né, et qui ne cesse qu'avec la vie elle-même, c'est-à-dire la circulation. Même en l'absence de la respiration elle continue pendant un certain temps à s'accomplir d'une manière régulière et constante chez le nouveau-né et tout que dure l'état de mort apparente. L'enfant n'a pas fait un mouvement, n'a pas poussé un cri, mais le sang circule et porte la vie dans toutes les parties; le sang lui-même est vivant."

A tüdőpróba viselkedését, megváltozását magasabb hő behatása mellett Kenyeres Balázs dr. mutatta ki kisérletei alapján (Orvosi Hetilap 1893. évfolyam); ezen kisérletek ugyanis azt tanusították, hogy a hőbehatás a tüdőket úszóképességüktől megfosztja s fajsúlyuk 1·1 egész 1·9 körül van, míg az eredetileg levegőt nem tartalmazó tüdő fajsúlya 1·1 egész 1·2, sőt ezen felül van. Továbbá a magasabb hőbehatás mellett a légzett tüdő szitaszerüen áttört, míg a nem légzett tüdő egy- nemü marad.

Megfagyás és alkoholban hosszabb időn át való állás folytán a tüdő szövete szintén úszóképes lehet. Az előbbi esetben felengedés, az utóbbiban vízben való áztatás által lehet a valóságot kideríteni.

A többi tüdőpróbák gyakorlati jelentőséggel nem birnak, ilyenek: a Plouquet-féle tüdővérpróba, a Zaleski-féle tüdővaspróba, a Bernt-féle hydrostatikus tüdőpróba, a Daniel-féle légzési próba, a Tourtual-féle aërostatikus légzési próba.

Még leginkább használható a tüdőlégpróbán kivül a Breslau-féle gyomor-bélpróba az élveszülöttség bizonyítására.

Élve szülött gyermekek, midőn légző mozgásokat végeznek, egyszersmind levegőt is nyelnek, tehát levegő jut a gyomorba s ezért a gyomor két vége (a cardia felett és pylorus alatt) leköttetvén, úszni fog a vizen, ezt nevezzük gyomorpróbának.

Breslau 1866-ban „Ueber Entstehung und Bedeutung der Darmgaze beim neugeborenen Kinde" czímü munkájában fejtette ki kisérletek alapján felfedezését, melyet következő három pontban foglalt:

I. Ha a bélhuzamban egyáltalán nincsen levegő, akkor legnagyobb valószinüség szerint felvehető, hogy az illető gyermek méhen kivüli életet nem folytatott.

II. Ki van töltve a bélhuzam nagyobb része levegővel, ez biztossággal enged következtetni a gyermek méhen kivüli életére még pedig annál hosszabb ideig élt az, minél több levegőt tartalmaz a bélhuzam a gyomortól lefelé számítva, a belek friss vagy rothadásnak indult állapota befolyással nem bir.

III. A belek előrehaladt rothadása mellett és egyes részleteknek gázok által való kitágítása esetében legnagyobb valószinüség szerint felvehető, hogy ezen gázok rothadási termékek és hogy az illető gyermek méhen kivüli életet nem folytatott.

Breslau szerint a gyomor és belek levegő tartalmának nagyságából a gyermek szülés utáni életének tartamára is lehet következtetni, nevezetesen, ha csak a gyomor tartalmaz levegőt, akkor valószinüséggel állíthatni, hogy a gyermek közvetlenül a szülés után halt meg. Míg a levegőnek a colonon túl való jelenléte legalább is 12 óriág tartó élettartam mellett szól.

Breslau után még Liman, Hoffmann és Ungar foglalkozott a gyomor-bélpróbával.

Hoffmannn nem osztja teljesen Breslau nézetét, szerinte a gyermek élettartamára oly határozottsággal következtetni nem lehet. Szerinte mindazon esetekben, melyekben a gyomor-bélpróba ily czélból felhasználva lesz, az is megvizsgálandó volna, vajjon a légutak szabadok voltak-e, vagy nem, mert a légcsőnek és hörgöknek nyálkával való eltömetése esetében a tüdők bár atelektatikusak voltak, a gyomor és belek mégis nagy mennyiségü levegőt tartalmaztak, sőt Hoffmann szerint ily esetekben, midőn a légutak átjárhatatlansága miatt a tüdőkbe levegő nem juthat, a gyomorba s belekbe nagyobb mennyiségü levegő tódul, mint a légutak szabad átjárhatósága s így a meg nem akadályozott légzés mellett.

Ungar szerint a bélhuzamba jutott levegő még fel is szívódhatik, tehát a levegő hiánya a belekben még nem jogosit fel annak felvételére, hogy a gyermek nem élt.

## Közlemény a budapesti egyetem II. szülő- és nőbetegkórodájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.)

### Adatok az újszülöttek köldökkezelésének és fürösztésének kérdéséhez.

Irták: *Berend Miklós* dr. közkórházi rendelő orvos és *Rácz István* dr. kórodai gyakornok.

(Folytatás.)

A kérdés lényegét ellenben körülbelül eldönti azon kimutatás, mely arra vonatkozik, hogy melyik kezelésmód mellett betegszik meg könnyebben a köldök? Erre vonatkozó statistikánk a következő:

*Köldökgyógyulás és lázak aránysáma.* (Láz 37·8°-tól.)

| | Fürösztöttek | | | | Nem fürösztöttek | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Szám | % | Láz | % | Szám | % | Láz | % |
| Rendes gyógyulás | 318 | 31·8 | 26 | 2·6 | 630 | 63 | 29 | 2·9 |
| Sphacelus-alakok | 524 | 52·4 | 117 | 11·7 | 292 | 29·2 | 39 | 3·9 |
| Omphalit. cat. | 88 | 8·8 | 20 | 2·0 | 30 | 3·0 | 5 | 0·5 |
| Ulcus umbilici | 34 | 3·4 | 4 | 0 4 | 26 | 2·6 | 3 | 0·3 |
| Fungus | 51 | 5·1 | 5 | 0·5 | 16 | 1·6 | 1 | 0·1 |
| Thromboarteriitis circumscripta | 10 | 1·0 | 10 | 1·0 | 6 | 0·6 | 6 | 0·6 |
| Septicaemia | 15 | 1·5 | 15 | 1·5 | 10 | 1·0 | 10 | 1·0 |
| Összege a gyermekeknek | 1000* | 100 | 197 | 19·7 | 1000* | 100 | 93 | 9·3 |

Fürösztött kóros esetek összege 682, ezek lázszázaléka 29; nem fürösztött eseteké 370, ezek lázszázaléka 25.

1000 fürösztött közt a köldökre vonatkozó láz 171 = 17·1%; 1000 nem fürösztött közt 93 − 29 = 64 = 6·4%.

* A főösszeg itt tulajdonképen 1040, a nem fürösztöttek közt 1010; ezen szám + azon fungusok és ulcusok által okoztatik, a melyek *sphacelus* mellett fejlődtek.

Ez adatok értékének megitéléséhez a következő megjegyzéseket kell tennünk:

1. Sphacelus-alakok neve alatt a csonk fertözésének, illetve kóros leválásának különböző alakjait értjük, a kisfokú nedves üszkösödéstől a czafatos büzös szétesésig, beleértve a persistens edénycsonkot is. Az *Erőss* által használt részleges kórismék czéljainkra csak annyiban lettek volna alkalmasak, a mennyiben az ő statistikájával való pontos összehasonlítást tették volna lehetővé. Miután azonban az elváltozások a fejlapokon nem e diagnosisok szerint vezettettek, csakis ezen gyüjtönevet használhatjuk. Ezen kórformák differential-kórismézjére *Erőss* sem fektet nagy súlyt s csak annyiban tartja azokat fontosnak, a mennyiben ezekkel demonstrálhatja az egyszerü sphacelus nagy százalékban lázokozó hatását. E tapasztalatot magunk is megerősíthetjük, s a csonkinfectio általunk észlelt 292 esete közt az aránylag csekély lázszám összefüggésben áll azzal, hogy a kicsi csonk mellett teljes sphacelus csak igen ritka volt, alig 70 esetben észleltük, persistens edénycsonkot 44-szer, leggyakoribb formája a kóros leválásnak a basalis elpuhulás volt (158 eset). A sphacelus-alakok közt észlelt 39 lázas esetünk majdnem fele a teljes sphacelus esetekben észleltetett.

Hangsúlyoznunk kell még egyet: a sphacelus, omphalitis és ulcus fungus képző hatását, a mi kiderül abból, hogy a fürösztöttek közt az aránytalanul nagyobb számú kóros csonkleválásnál 51 fungus eset volt, a nem fürösztöttek közt pedig 16. *Kóros köldökcsonkleválás, különösen a persistens edénycsonk, ha sphacelus mellett fejlődik, fungus-képződést segit elő,* a mi egyértelmű azzal, hogy a gyógyulás ily esetekben lassú, hosszú granulatio következménye. Kijelentjük azonban, hogy ez adatoknak a fürösztés kérdésének megitélésénél nem tulajdonitunk nagy értéket; nem az a lényeges, hogy mennyi százalékban van a kóros leválások közt ulcus vagy fungus, *hanem hányszor voltak kóros elváltozások és hányszor idéztek elő lázat.*

Ha ezt a lényeget veszszük számításba és semmi különös fontosságot nem fektetünk a kóros leválásformák közti differentialkórismére, akkor is szembeszökő marad a statistikának az utolsó sora, a melyre nézve pedig tévedés nem lehetséges: *1000 fürösztött közt 318 rendes leválás, illetve gyógyulás, 1000 nem fürösztött*

*közt pedig 630 rendes gyógyulás, 31·8%-kal szemben tehát 63% áll; oly óriási különbség, a mely a kérdést nézetünk szerint már magában képes eldönteni.* És ez adatok körülbelül megfelelnek más statistikáknak. *Erőss* 1000 fürösztött közt 32% rendes gyógyulást irt le, *Grosz* pedig 446 esete közt 21·62%-ot; a nem fürösztötteknél pedig a mi 63% rendes gyógyulásunk a Doktor és Keilmann-féle eredményekkel majdnem teljesen azonos és eléggé kielégítő is, bár „idealis gyógyulásokról", mint *Schrader* és *Keilmann* tesznek említést a fürösztés elhagyása mellett, mi még nem beszélhetünk, mert 35·8% kóros leválásnál az idealis állapottól még messze vagyunk.

Mindazonáltal első conclusioképen ki lehet mondani azt: *a nem fürösztött újszülött köldökleválás 2/3-ban valószinüséggel normális; a fürösztötteké csak az esetek 1/3-ában,* a minek következménye viszont, hogy *épen kétszeres infectio veszélye fenyegeti a fürösztött, mint a nem fürösztött újszülöttet.*

Mert, habár kétségtelen az, hogy a köldökön keresztül megtörténhetik a szervezet általános fertőzése akkor is, ha annak leválása idealisnak mondható, de ezek mindenesetre csak igen ritka kivételek és valószinü, hogy ily esetekben a csonk leválása után történt meg az infectio: az esetek óriási többségében azonban *a köldökcsonk kóros leválása az, a mi a fertőzésnek mintegy indicatora, kapunyitója.*

Hogy ez valóban így van, azt a lázak arányszáma és lefolyásuk észlelése minden kétségen kivül helyezi. *1000 fürösztött eset közt 642 kóros köldökleválásnak megfelelőleg 197 lázas eset van; 1000 nem fürösztött közt 370 kóros köldökleválásnak megfelelőleg 93 lázas; az első categoriában tehát 68·2% megbetegedés 19% lázzal, a másodikban 37% megbetegedés 9·3% lázzal.*

És még egy igen felötlő különbség. Míg a fürösztött újszülöttek közt azok, a kiknek köldökleválása kóros, 29%-ban lázasak, addig a nem fürösztött újszülöttnél a beállott csonkmegbetegedések csak körülbelül 25% lázat mutatnak, vagyis, *a nem fürösztött újszülött, még ha a csonk megbetegedése be is áll nála egy vagy más okból, a szervezet mélyebbre hatoló infectioja ritkábban következik be.*

Ez a tétel némi magyarázatot követel.

Első perczben nem látszik érthetőnek, hogy ha a köldökcsonknak egy megbetegedése — mondjuk a sphacelus — beállt, az gyakrabban idéz elő lázat fürösztés mellett. Pedig a dolog igen érthető, csak azt kell szem előtt tartanunk, hogy a csonk megbetegedése még nem idéz elő okvetlenül lázat, ehhez még más momentumok is szükségesek. Utalunk Doktor S. már idézett statistikájára, a melyből kiderül, hogy a fürdő elhagyása magában még sok lázas esetet hagy (25·83%), ha a csonkot hosszúra hagytuk és utólag reamputáltuk, vagy akkor is, ha csak a csonk volt hosszú, még mindig 17·5% a lázas arányszám. Épen úgy, a mint az ő végső jó eredménye tehát több tényezőből tevődött össze: 1. rövid csonk, 2. kötés meg nem újítása, 3. fürdő elhagyása; ép úgy a fürösztés káros hatása is több tényezőből tevődik össze. Ezek 1. a csonk felpuhítása, különösen annak külső és a gyürühöz legközelebb eső s a leválás stadiumában levő alsó, vagyis azon részleteiben, a melyek a fertőzésnek legkönnyebben hozzáférhetők, 2. e felpuhult részeken át a direkt fertőzés a mindig tisztátalan fürdővíz által, 3. a csonk mozgatása, vongálása általi propagálása a fertőző anyagnak. *Ezen két utolsó tényező sokszorosan könnyebben idézheti elő fertőzését a szervezetnek akkor, ha a csonk puha vagy elpuhult, vagyis sphacelusos, kóros,* mert természetes, hogy a sphacelusos csonkból a bakteriumokat direct bemoshatja, besodorhatja, a kötésváltásnál beszorithatja a köldökgyürű nyirk- vagy véredényeibe a fürdővíz; hogy a puhult csonkon a felszívódás könnyebb, már mondottuk, sőt bebizonyítottuk; érthető tehát, hogy a kórosan elváltozott csonkból a fürdő direct elősegíti a felszívódást és a fertőzést.

Nem fürösztött újszülöttnél pedig, ha a csonk megbetegedett is, a fürdő elhagyása és a csonk immobil volta folytán a fertőzés gyakrabban localizálódik a csonkra, s így kevesebbszer idéz elő lázat.

Ugyanezen tételt bizonyítja az is, ha a fürösztötteknél és nem fürösztötteknél észlelt lázak nagyságát, fellépési és lefolyási módját összehasonlítjuk.

Lázasoknak vettük a statistikában mindazon újszülötteket, a kiknek hőmérséke — 24 órával post partum végeztetve az első hőmérést — a végbélben 37·8°-ot elért vagy meghaladott, habár csak egyszer is fordult elő e hőemelkedés. *Erőssnek* ez irányú pontos és mérvadó vizsgálatai alapján e hőmérsék feltétlenül kórosnak tekintendő s ez megegyezik saját tapasztalatainkkal is; sőt tapasztaltuk azt, hogy 37·4—37·5 végbélhő is *mindig kóros, sőt koraszülött, gyenge, rendes körülmények közt hypothermikus újszülötteknél a 37° is akárhányszor lázas hőmérséknek felel meg.* Nehogy azonban vita tárgyát képezhesse az, mit szabad és mit nem *feltétlenül kóros* hőmérséknek tekintenünk, *37·8°*-ot vettünk a *láz* küszöbének. Ez magyarázza meg egyrészt azon különbséget, a mely a mi adataink és Groszé közt fennáll (Grosz ugyanis 38°-tól mérve a lázakat, az általa észlelt 444 esetben csak 26 olyan hőemelkedést ir le, a mely 38°-ot meghalad!) Mi ugyan a fürösztött 1000 gyermek közt a lázak intensitására is tekintettel voltunk, s a fürösztött 1000 közt 75% olyan hőemelkedést találtunk, a mely 38°-ot meghaladott, a nem fürösztöttek közt pedig csak 58-at, de a láz magasságát újszülötteknél, megvalljuk, nem tartjuk lényeges momentumnak. Csak a hőszabályozó központ hiányos fejlettségére kell gondolnunk, hogy álláspontunk jogosultságát belássuk.

Miután azonban Erőss és Doktor statistikájában is csak *38°* van a láz küszöbének felvéve, ebből következik, hogy a mi adataink, illetve *eredményeink a Doktor S. eredményeinél is lényegesen jobbak.* Mert ha az általunk észlelt 93 lázas megbetegedésből a 37·8—38° közti hőemelkedéseket levonjuk, összesen *38* eset marad, *a mi 3·8% összes lázszámnak felel meg az ő 11·8 lázarányszámával szemben.*

Miután pedig a fürösztés elhagyásában a Doktor és az általunk kezelt esetek egyenlők, már kimondhatjuk azt is, hogy *egyrészt az általunk összehasonlított két statistika, másrészt a Doktor és Erőss statistikája közti különbség igen nagy részét nem a fürösztés vagy nem fürösztés kérdése okozza.* Hogy mi ezen tényező, arra a morbiditás kérdésének tárgyalásánál részletesen ki fogunk terjeszkedni.

(Folytatása következik.)

# TÁRCZA.

## Gussenbauer Károly.

A termékeny magból, melyet *Billroth Tivadar* lángelméje elhintett, terebélyes fa fejlődött, mely gyümölcsdús ágait messzire kiterjesztette. E fának egyik legerősebb ága kiszáradt, elsorvadt és letünt a végtelen semmiségbe! Gussenbauer Károly meghalt!

Elegikus hangulat fog el, ha a régebben hires osztrák orvosi tudománynak oszlopos tagjait kidőlni látom és a commersek deákdalának refrainje hangzik fel ajkamon: „Vita nostra nil nisi umbra est et fumus. . . . Nam repenter venit nox et nos tegit humus!

Ott ültem Billroth lábainál és Gussenbauer tanítványa voltam.

A prágai német egyetemen oktatott és jóságos kék szemeit vélem látni, mint tanította a sebészeti tudományt, mint vezette kezemet személyesen a sebészeti gyakorlatok alkalmával.

Kis zömök testén hatalmas szőke szakállú kopasz fej ült és élesen megfigyelő szemeiből sugárzott meleg szíve, ritka értelmessége és erélye.

Oly emberanyagból származott, melyből Billroth „Lehren und Lernen med. Wissenschaften" czimű érdekes könyve szerint jó orvos származik. Az orvos és a tanító fiáról állította ugyanis Billroth, hogy praedestinálva van az orvosi pályára. Talán mert a családi tűzhelyen ismerik már meg az önmegtagadást, a komoly, szorgalmas munkát a közjó érdekében!?

És szívbajban halt meg mint mestere Billroth, ki élete utolsó napjaiban azt állította, hogy a jó functioval biró szív határozza meg az élet tartamát. Közös elme, közös szív, melyről a német költő mondja: „Du gleichst dem Geist, den du begreifst!"

És ki Billroth szellemének fényében bámulta a test és ész ritka harmoniáját, Gussenbauerben felismerte Billrothot. Nem volt benne affectio és mégis önkénytelenül jutott az ember eszébe a szó: „Wie er sich räuspert und wie er da spuckt, das haben sie ihm trefflich abgeguckt."

Minden mozdulata, testtartása, szaggatott modorú, szellemes előadása, olympiai nyugalma, biztos keze a legvakmerőbb operatióknál, még a fehér nyári kalabreser is jellemfején, Billrothra emlékeztetett. És büszkén vallotta mindenki magát Gussenbauer tanítványának, mint büszke volt Billrothra, a mesterre. Nem egyszerű sebész volt, hanem művész a szó legnemesebb értelmében. Ama gárdából, mely irodalomban, zenében, festészetben egyaránt otthonos volt, mi *Albert*-ben, az elhunyt bécsi sebészben is megnyilatkozott, ki cseh földijének *Vrchlitzky Jaroszláv*-nak költeményeit mesteri kézzel németre fordította, a mint Gussenbauer legismertebb prágai tanítványa, *Bayer Károly* sebésztanár

is híres német költő. Valóban a „szellem lovagjai“ *Gutzkow* szerint, kik leteszik a véres kést és előkelő gondolkozású emberek, valódi művészlelkek!

És midőn e sorokat Gussenbauer árnyékának szentelem, lassanként feltünik előttem egyéniségének egész rendkivüli volta. Fülembe szól eleinte idegen hangzású megszólitása: „Ihre Diagnose, *Herr*“; „die Therapie des Falles, *Herr*“. A német nyelvben szokatlanul élesen hangzó „*Herr*“ megszólitása, Gussenbauer lüttichi tanári éveire emlékeztette a hallgatót; németre való forditása volt ez a „monsieur“-nek, mert tudni kell, hogy Gussenbauert, a fiatal docenst, Bécsből a franczia előadású belga egyetemre, Lüttichbe (Liége) hivták, hol 1875-től 1878 ig működött. Ott is elnevezték: „le grande médecin“-nek!

Belga tanárok küldöttsége járt Billrothnál, hogy ajánlaná egy assistensét a lüttichi egyetemnek, a hol később *Winiwarter*, Billroth egy másik tanítványa működött, mint ma is Utrechtben *Narath* működik, mint a szintén Billroth iskolájából kikerült báró *Eiselsberg* utóda. És Billroth választása az akkor francziául alig beszélő Gussenbauerra esett, kinek vasszorgalmát és erélyét ismerte. Gussenbauer egy hónappal reá folyékonyan adta elő franczia nyelven tárgyát a lüttichi egyetemen.

De 1878-ban már a meghalt híres sebésztanár, *Heine* utóda volt a prágai német egyetemen. Ez állásában 1894-ig megmaradt, midőn Billroth örökét vette át Bécsben. Le roi est mort, vive le roi!

A tudomány fejedelme a fejedelem örökébe lépett . . .

1886-tól 1888 ig volt alkalmam Gussenbauer lábainál ülni. Operatioi, előadásai a prágai német egyetemen, Európa legelső, legrégibb egyetemén, élvezetszámba mentek. Bámulatos memoriájával otthonos volt az orvosi tudományok minden terén. E mellett a deákok igaz jó barátja volt.

Ha sebészeti osztályára került egy-egy „burs“ hatalmas mensuravágással fején, mindig megkönyörült a „gonosztevőn“. Az osztrák államügyészek ugyanis a deákpárbajt (mensur) szigorúan üldözték és most is hallom Gussenbauer jámbor hazugságát, midőn orvosi látleletébe diktálta: „Schnittwunde durch Fall in eine Glasscheibe“, mi által kivonta a deákokat a birósági felelősségtől. Hogy mily meleg barátja volt a deákoknak és hogy mily igazságos volt, az kitünik a következő eseményből. Egy *Schmidt Theodor* nevü orvosnövendék arra kérte, hogy legyen elnézéssel iránta a szigorlaton, mert beteg testtel viseli gondját elszegényedett édes anyjának. Gussenbauer 1000 forintot ajándékozott scrophulotikus collegámnak, hogy délszaki vidékre menjen és midőn fél év mulva sikerrel letette rigorosumát, majd felavatták, maga mellé fogadta műtőnövendéknek.

Egyénisége rendkivüli nevelő hatást gyakorolt az orvosnövendékekre és a műtőnövendékekre. A műtéteknél néma praecisiót és fegyelmet követelt; csak beszédes szemeivel osztogatott parancsot, ritkán hangzott fel rövid commandószava. Esküdt ellensége volt minden phrasisnak. Egy orvosnövendéknek, kinek minden második szava „kérem“ volt, szemébe tudta vágni: „hát pinczérnek tekinti magát!?“ Egy orvosnövendék a betegnek azt a tanácsot adta: „Ziehen Sie sich zurück von ihren *Geschäften*“ és Gussenbauer élesen közbevágott: „Herr, das Geschäft geht Ihnen über Alles!“

Ha röviden akarnám erősen kidomborodó egyéniségét jellemezni, azt kellene mondanom, hogy a personifikált becsületesség, a megtestesült nyugalom, a tudományos és ethikai nagyság példaképe volt.

Az élesebben figyelőnek feltünt, hogy mig Billroth élvezeteket szerető epikureusnak látszott, ki attikus sóval fűszerezett beszédeivel is éreztette kápráztató szellemi fölényét, addig Gussenbauer a phrasist gyűlölő, külsőleg száraznak látszó askéta volt, mi talán abban leli magyarázatát, hogy egy prépost nagybátyja Salzburgban az egyházi pályára szánta, mire azonban Gussenbauernak nem volt hajlama.

A téli semester végén meghitta asztalához műtőnövendékeit és szorgalmas tanítványait és boldog volt minden ily módon kitüntetett hallgatója. Észrevehettük a vele való barátságos érintkezés alkalmával, hogy érczből öntött nyugalma szigorú önfegyelmezés következménye. Egész ritka egyénisége az önnevelés fényes példája, a jóság, szellem, erő harmonikus összeköttetésének mintaképe volt. Mint Karinthia hegyeinek egyenes fia, őszinte és becsületes volt, egyenes, mint a tenger ben álló szirt, melyen megtörik a hullámok hatalma! Erős német érzésű ember volt, de veleszületett lelki nemessége kerülte a politikai harczot, miért is a szlávok osztatlan szeretetét is birta Prágában. Benső barátja *Knoll*, később Stricker utóda Bécsben, azonban „politisches Schlachtross“ volt.

E mellett szigorú, semmi által meg nem ingatható logikája, legmarkansabb vonása volt jellemének. A mit jónak és igaznak ismert fel, ezért sikra szállt és emígy vasconsequentiája, mely itt-ott merevnek látszott, szigorúan logikusan gondolkozó elmejárásának következménye volt.

Nagy súlyt fektetett arra, hogy a klinikus nemcsak boncztani és élettani ismeretek felett rendelkezzék, hanem hogy a kórszövettani és bakteriologiai tudományokban is otthonos legyen. Megkövetelte, hogy már az orvosnövendék a beteg belső szerveit is megvizsgálja és egy olyan „Practiciren“-nek nevezett a semesterben megismételt vizsgálat egy félórát is vett igénybe, úgy hogy a semester végén már az esti órákat is szentelte arra, hogy az orvosnövendékek jelenlétében „practiczáljanak“, mert ettől függött a collegium „testálása“. Természetes, hogy sokat tanultunk e rendszere mellett.

Egyszer egy betege narcosisban meghalt. Minden éltető kisérlet meghiúsult. Most is hallom Gussenbauer commandószavát: „Antreten; künstliche Athmung“, és maga vezette active az éltető kisérleteket. Midőn nem sikerült a beteget Thanatos küszöbéről visszahivni, látható nyomott kedélyhangulattal a haláleset hatása alatt azonnal bevégezte előadását és hallgatója mindegyike érezte jövendő nagy felelősségének tudatát.

Billroth iskolájának zászlaján ama jelige szerepelt, hogy mélyen az egészséges szövetig hatoltak előre recidiva kikerülése czéljából. Gussenbauer is szerette a radicalis operatiókat. Czéltudatos műtéti eljárása termékenyitőleg hatott más rokonszakmákra is, *Breisky*-re és *Schauta*-ra a nőgyógyászat terén és főkép *Zaufal*-ra a fülgyógyászat terén, kik Gussenbauer hatása alatt maradandó becsü operatiókat találtak fel.

Midőn egy „practizáló“ orvosnövendék egy mirigycsoport-gyuladást conservative vélt kezelni, Gussenbauer felszólalt: „Herr, es frägt sich nur was Sie conserviren wollen: den Patienten oder die Drüse“.

A gyuladásoknál a szövetben lezajló kórfolyamatokról és a neoplasmákról való búvárkodásainak eredménye, korán érlelte már benne a meggyőződést, hogy a rosszindulatú újképletek parasitarius eredetüek és már 1886-ban oktatott ez értelemben. Úgynevezett „publicum“-ában, azaz ingyenes előadásában, fejtette ki Gussenbauer e véleményét, mely a bakteriologia nagy haladása folytán, ma már általánosan el van fogadva. Pontos definitio, éles jellemzés, szigorú differencirozás jellemezte előadásait, dictioját összes műveiben. Legjobban látható ez két legnagyobb műveiben, melyeket a „pyo-septicaemiáról“ és a „traumás sérülésekről“ irt, mindkét munkája, „standard works“ a szó szoros értelmében. A mit egyszer jónak elismert, ezt egyénisége egész erejével védte. Igy *Stricker* mesterének tanait hosszú ideig védelmezte. Számtalan műveiből csak a következőket emelem ki: „Kórszövettani vizsgálatok a per primam intentionem való gyógyulásnál“, „A haránteikolt izomszövet elváltozásai a traumás gyuladásnál“, „Az első Billroth által végzett gégefőkiirtás műtétéről“, „A mesterséges csontszétválasztás módszerei“, „A gyöngyházesztergályosok csont-gyuladásai“, „A partialis gyomorresectioról“, „Rapport de la clinique chirurgicale de l'Université de Liége“, „A traumás sérülésekről“, „A seblázról“.

Ezüstből készült műleges gégefője, melyet teljes larynxkiirtás után ajánlott, dolgozatai az agysebészet terén a pankreascystákról, nagyobb bélterületek resectiojáról, stb., világhirt szereztek neki. A prágai híres „Zeitschrift für Heilkunde“ társkiadója és szerkesztője és az „Arch. für klin. Chirurgie“ társszerkesztője volt, a mint a berlini Langenbeck-házban tartott sebészeti congressusokon is nagy tisztelettel környezték.

Közmegbecsülés vette körül, midőn 1894-ben Billroth utóda lett.

Október 22-dikén tartotta megnyitó előadását Bécsben és a sors kegyének köszönhettem, hogy tömérdek hallgatósága között megjelenhettem.

Gussenbauer mintha megnőtt volna feladatának súlya alatt. Palma sub pondere crescit! Még most is emlékszem gyönyörű megnyitó beszédére.

Akárhányszor teszi be lábát e hallgatóterembe, 30 éves multja emlékképének hatása alatt áll. Itt vezette be *Schuh* a sebészet elemeibe, itt kezdte meg pályáját Billroth iskolájában, hogy hosszú távolléte után visszatérjen.

Személyes aspiratio nélkül hagyta el a legrégibb német egyetemet, a prágait: mint a fiúra édes atyja öröksége, úgy szállt reá a sors rejtélyes, de változhatlan törvénye szerint e tanszék. Azon az úton akar haladni, melyet elébe szabott halhatatlan mestere. „Mi epigonok nem tehetünk jobbat, minthogy nyomdokain kövessük Billrothot. Iskolájának traditioja volt előre törekedni, mert nincs megállapodás, szünet az igazság kutatásában. E gondolattól áthatva, ősrégi akademiai szokás szerint zárja be szavait: „Quod bonum, faustum, felix, fortunatumque sit, ubi veniat!“ (A prágai német egyetem orvosi okleveleinek kezdőbetűi Q. B. F. F. F. Q. S.)

És Gussenbauer fényesen váltotta be igéretét élete utoltó perczéig. Az agysebészetről szóló rendkivüli érdekes dolgozata csik ez időbe. Nemcsak a sebészeknek irta, hanem a fülorvosoknak is. Felszólalásai a bécsi cs. kir. orvosegyesület gyülésein döntő szerepet játszottak; az öregek tanácsában, a gerusiában, vezérszerepet vitt. Még a mult év deczember havában szólalt fel, midőn assistense, *Pupovacs Dominik* a struczgyomorról (sok idegen testet tartalmazó gyomor) tartott előadást és tapasztalatainak ki nem meríthető tárházából említett fel eseteket. A mult év őszén átvette a bécsi egyetem rectori méltóságát és szellemdús beszédet tartott az „agyról és lélekről“. Különösen a „közérzetről“ beszélt.

„Ez utóbbi az által keletkezik, hogy a külvilág ingerei szünet nélkül átmennek az érzéki sphaerába. Ez ingerek összegezése által a közérzet állapota támad, mely utóbbi nem kerül az ember öntudatára, sem ébrenléte, sem álma alatt, ha fájdalmas és kedvtelen érzések nem keltik fel arra a figyelmét. E közérzet már oly időben megvan az egyéneknél, a midőn az érzékszervek még nem léptek functioba. Csak az érzékszervek együttműködésével és az összes neuronok előrehaladó fejlődésével növekszik ezen öntudat is. A szürke agykéreg idegelemei, melyek a tudatos functiók szervei, is részt vesznek e továbbfejlődésben, mig a fejlődés magaslatán, mint végeredménye az egész agy functiojának, a kész, kifejezett személyiség áll elő. De ezzel nincsen még vége a fejlődésnek, mert az idegelemek továbbra menő fejlődést mutatnak az emberre ható ingerek befolyása alatt. Ebből következik, hogy a gyarapodó tapasztalatokkal növekszik az ember tapasztalata, alkotásra való hajlama támad és az ember mindig azon lesz, hogy kibővitse ismereteinek határait.“

Az orvosi polyhistor és philosophus beszélt belőle!

Nem sokára reá szivbaja keletkezett heves asthmatikus rohamokkal. Felesége, *Halla* elhúnyt prágai belgyógyász-tanár finom érzelmü leánya, gyöngéd szeretettel ápolta. Hiába keresett enyhülést szülőföldje, Obervellach, a magas Tauernnek nevezett hegyei és fenyvesei között. Oda, a hol a minden touristának ismert „Gussenbauer-Hütte“ (menház) áll,

az égbe nyuló Aukogel szomszédságába menekült, hogy szülőföldjét megölelve, Anteusként új erőt merítsen!

A végzet másképen akarta. Honi hegyei felveszik hült tetemét és végleg nyugalomra tér a tauerni bérczek és fenyvesek alján.

Sokat alkothatott volna még, ha a halál nem ragadja ki kezéből tollát, áldást és enyhülést nyujtó kését. De aránylag rövid élete teli volt munkával és így hosszú tartamú volt...

Meghalt egy a tudomány és ethikai nagyság magaslatán álló ember! A miénk is volt, mert az orvosi tudomány nem ismeri a nemzetiségektől felállitott mesterséges határsorompókat. És a commersek deákdalának szomorú folytatása hangzik fel ajkamon: „Ubi sunt, qui ante nos, in mundo fuere . . . Vadeant ad superos“ . . . Igen, Gussenbauerra alkalmazható a „vadere ad superos“, mert Billroth tanitványának, legméltóbb epigonjának emléke nem tünhet el a végtelen semmiségbe.

*Sugár K. Márton* dr.

## A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXII. vándorgyülése Kolozsvárt.

A magyar orvosok és természetvizsgálóknak Bártfán (Bártfafürdőn) tartott vándorgyülése elfogadta az Erdélyi Muzeum-egylet meghivását s elhatározta, hogy XXXII. vándorgyülését 1903-ban Kolozsvárt tartja meg szeptember havában.

Kolozsvár egy izben már volt választott helye a vándorgyülésnek. Itt tartották 1844-ben V. vándorgyülésöket a magyar orvosok és természetvizsgálók. Azóta többször ülésezett a vándorgyülés az országkirályhágóntúli részében, de hosszú idő, közel 6 évtized után, most gyülnek ismét össze Kolozsvárt a magyar orvosok és természetvizsgálók, hogy az orvosi, természeti és rokon tudományok fejlesztése, terjesztése, népszerüsitése érdekében működjenek.

Akkor, 1844-ben, még külön kormányhatóság alatt álló társország volt Erdély, s mondhatni, a vándorgyülés „a két haza lakosait barátságos egyesületbe vonván“ első lépés volt a két testvárhon elválaszthatatlan egyesülésére, melyet ekként a tudomány kezdeményezett.

S ha a vándorgyülési intézmény, lépést tartva a tudomány haladásával, czéljának megfelelően, a hazai közművelődési törekvések megvalósitásában tevékeny részt vett: nem kevésbbé törekedtek a hajdani testvérhon tudományos férfiai és testületei is, hogy e munkából a maguk részét kivegyék. A XXXII. vándorgyülés tagjai meggyőződhetnek majd erről, megláthatják, hova fejlődött, különösen a legutóbbi két évtized alatt, Kolozsvár.

Alulirottak, mint a XXXII. vándorgyülés tisztikara, kiknek feladata e vándorgyülés szervezése és előkészitése, reméljük, hogy a vándorgyülés keretébe tartozó tudományszakok művelői és barátai számosan fognak megjelenni a nagygyülés tudományos és társadalmi sikerének biztosítására.

E reményben hivjuk meg Magyarország orvosait, természetvizsgálóit, a társadalmi tudományok művelöit, valamint a tudományok kedvelőit és az egész művelt magyar közönséget.

Kolozsvár, 1903. junius havában.

*Esterházy Kálmán* gróf, országgyülési képviselő, az Erdélyi Muzeum-egylet elnöke, a vándorgyülés elnöke. *Béldi Ákos* gróf, Kolozsmegye főispánja, *Feilitzsch Arthur* báró, országgyülési képviselő, a helyi bizottság elnökei. *Apáthy István* dr., egyetemi ny. r. tanár, *Purjesz Zsigmond* dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár, *Szvacsina Géza*, kir. tanácsos, Kolozsvár polgármertere, *Hőgyes Endre* dr., ministeri tanácsos, egyetemi ny. r. tanár, a vándorgyülés alelnökei. *Sólyom János*, polgári iskolai tanár, a helyi bizottság jegyzője. *Boross György* dr., unit. gymn. tanár, *Farkas Géza* dr., Kolozsmegye tiszti főorvosa, *Lóky Béla* dr., kegyesr. gymn. tanár, *Scheitz Vilmos* dr. orvos, *Szatmáry Ákos*, ev. ref. gymn. tanár, *Szécsy Ákos*, polgári isk. igazgató, a vándorgyülés titkárai.

*A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. kolozsvári vándorgyülésének előrajza.*

1903. szeptember 5-dikén: Ismerkedési est.

Szeptember 6-dikán: Délelőtt 10 órakor megnyitó közgyülés a tudomány-egyetem aulájában. Tárgyai:

*Elnöki megnyitó.* Tartja *Esterházy Kálmán* gróf, az Erdélyi Muzeum-egylet s a nagygyülés elnöke.

*Titkári jelentés.* Bemutatja *Prochnov József* dr.

*„Kovács József-előadás“.* Tartja *Szabó Dénes* dr., m. kir. udv. tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.

*Hódításaink a mikromillimeterek világában.* Bemutatásokkal kapcsolatban előadja *Apáthy István* dr., egyetemi ny. r. tanár, a nagygyülés alelnöke.

Délután 2 órakor közös ebéd.

4½ órakor népünnep a sétatéren néprajzi felvonulással.

7½ órakor szinházi előadás a vándorgyülés tiszteletére.

Szeptember 7-dikén: Délelőtt 9 órakor az orvostudományi szakosztály megnyitása a közp. egyetem IV. sz. tantermében *Lechner Károly* dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár által.

10 órakor a természettudományi szakosztály megnyitása az egyetem természettani intézete tantermében, *Fabinyi Rudolf* dr., egyetemi ny. r. tanár által.

11 órakor a társadalom-tudományi szakosztály megnyitása a központi egyetemi épület II. sz. tantermében, *Kuun Géza* gróf, v. b. t. tanácsos, magyar tudományos akademiai másodelnök által.

*A szakosztályok megnyitása után következnek: a szakosztályok megalakulása és szakosztályi ülések.*

Délután szakosztályi ülések.

Este 7 órakor: Tudományos est. Erdély fürdői s természeti ritkaságai. Színes vetített képekkel bemutatja: *Hankó Vilmos* dr. tanár. A levegő súlya; kisérletekkel bemutatja: *Kiss Károly* dr. tanár.

Szeptember 8-dikán: Négy különböző, egész napra terjedő kirándulás, és pedig:

I. A Révi-szorosba. Kolozsvárról Várasonkolyosra és vissza vasuton.

II. Vasúton Tordára, kocsin a tordai hasadékhoz, onnét tovább az Aranyos völgyén Toroczkóra és az Enyedi-szoroson át Nagyenyedre. Nagyenyedről vasúton Kolozsvárra.

III. Vasúton Marosujvárra a sóbánya és a fürdő megtekintésére.

IV. Kocsin a Hideg-Szamos völgyén Reketóbe, fel a Magurára, le a Meleg-Szamos völgyébe, Belesen át Bánffihunyadra, onnét vasúton Kolozsvárra.

A vándorgyülés tagjai tetszésük szerint választhatnak a négy kirándulás között.

Szeptember 9-dikén: Délelőtt 9 órától 12-ig és délután 3-tól 6-ig szakülések.

Este 7 órakor: Tudományos est. Az elektromos hullámok s a drótnélküli telegraphálás. Bemutatásokkal kapcsolatban előadja *Pfeiffer Péter* dr., egyetemi m. tanár. (A természettani intézet tantermében) és: Képek a magyar erdős Kárpátokból. Vetített képekkel bemutatja *Siegmeth Károly* államvasúti üzletvezető-helyettes.

Szeptember 10-dikén: Délelőtt: Szakülések.

Délután: 4 órakor ünnepies záróülés az egyetem aulájában.

Elnöki megnyitó *Esterházy Kálmán* gróftól.

Titkári jelentés a nagygyülés lefolyásáról, *Nuricsán József* dr.-tól.

A jövő nagygyülés helyének megállapítása.

*Biró Lajos* előadása: Humanismus az emberevőknél.

A város és környéke tudományos, emberbaráti s közhasznú intézeteinek és intézményeinek megtekintéséről, a megtekintés idejéről a „Napi Közlöny“ fogja a nagygyülés tagjait tájékoztatni.

A nagygyülés befejeztével nagyobb kirándulás lesz a Székelyföldre és Nagyszebenbe.

# IRODALOM-SZEMLE.

## Összefoglaló szemle.

### Az általános heveny hashártyalob sebészi gyógykezeléséről.

Irta: **Pólya Jenő Sándor** dr. műtő.

(Folytatás.)

Az operativ indicatiókra nézve három csoportot különböztet meg *Burckhardt* (epityphlitisből eredő) peritonitisnél:

1. Oly esetek, a hol a peritonitis igen hevesen lép fel, s a hol 12—24 óra alatt igen fenyegető kórkép fejlődik, a mennyiben a súlyos általános tünetek a localis jelenségek felett praevaleálnak; gyakori hányás, frequens pulsus, teljes székrekedés és ominosus arczkifejezés adják ezt a súlyos kórképet s ilyen esetben várakozni egyáltalán nem lehet, 12—18, legfeljebb 24 órával az első tünetek után kell beavatkozni, ha a siker valamelyes reményével akarunk operálni.

2. Oly esetek, a hol nehány napig a localis lobosság progressioja dominálja a kórképet s a peritonitisre jellegző általános tünetek relative későn — 2—3 nap mulva — lépnek fel. Ilyen eseteknél, ha a lobfolyamat terjedése a nyomásra érzékeny terület állandó növekvése által kimutatható s az általános tünetek csak homályosan is jelentkeznek, műtétet ajánl már az első 24—36 órában, mert ha tovább, ha addig várunk, a míg a habitus abdominalis már félreismerhetetlen, a folyamat kiterjedése már rendszerint oly nagy, hogy a beavatkozástól keveset várhatunk.

3. Oly esetek, a hol egy eltokolt intraperitonealis gócz mellett hirtelen előre haladó peritonitis tünetei lépnek fel; ha ilyenkor heves hasfájdalmak jelentkeznek, vagy a már meglevők fokozódnak, vagy a nyomásra érzékeny terület kiterjed, az azonnali műtétet indikál.

Igen érdekesek *Schnitzler*[30] fejtegetései e tárgyról. Circumscript peritonitis tünetei (körülirt fájdalmasság, nyomási érzékenység, tompulat, resistentia) mellett fennálló általános peritonealis tünetek (hányás, csuklás, meteorismus, szék- és szélrekedés) azt a kérdést vetik fel, hogy toxinok okozta peritonealis izgalom, vagy a folyamat tovaterjedése a peritoneumra áll-e fenn; exsudatum — nevezetesen serosus — mindkét esetben lehet jelen, épen úgy bélhűdés. A várakozás eldöntheti a kérdést, de nehéz a várakozás következményeiért, a műtét kedvező chanceainak elmulasztásáért a felelősséget elvállalni. Csak a közérzetnek és pulsusnak lehet ilyen esetekben diagnostikus jelentőséget tulajdonitanunk, s ha a pulsusszám normalis temparatura mellett a 100-at, emelkedett hőmérséknél a 120-at eléri, inkább a peritonitis progressioját kell felvennünk. Differentialdiagnostikus jelnek tekinti azt is, hogy a peritonealis izgalom tünetei hirtelen következnek be s azután lassan mulnak el (s e mellett hiányzanak a shok tünetei, melyek a tályog perforatioját a szabad hasűrbe jelentik), míg a tovahaladó peritonitisnél a symptomák lassan kezdődnek s folyton és következetesen fokozódnak.

Megjegyzendő, hogy tályogperforationál is a shok elmulta után javulhatnak a súlyos tünetek, a mi súlyos diagnostikus és prognostikus tévedésekre szolgáltathat alkalmat. Fontos különbségeket szolgáltat az operativ indicatio felállitására nézve az is, vajjon primaer szerv-, vagy secundaer tályogperforatioval állunk-e szemközt. Előbbi esetben későbbi beavatkozás is bir kedvező chanceokkal, mert itt az infectio forrását kiiktathatjuk a beavatkozás által; tályogperforatióknál ellenben csak

röviddel az átfúródás megtörténte után végzett műtét hozhat sikert, mert ilyenkor relative nagy genytömegeket birunk eltávolítani a hasűrből, mielőtt ez még lényegesebben bántalmazva lett volna; később, ha az általános peritonitis tünetei kifejlődtek már, jobb az esetet magára hagyni, mert az ilyen folyamatok spontan gyógyulásra leginkább hajlamosak s kifejlődött peritonitis mellett, a szervezet vízszegénysége, szívgyengeség mellett maga a műtéti shock, a narcosis igen ront a beteg állapotán; azért 48 órán túl a tályogperforatio után nem operál, mert ilyenkor laparotomia által is csak kevés életet menthetünk meg, s lesznek, a kik laparotomia nélkül is meggyógyulnak.

Az általános peritonitis miatt végzett műtéteket első sorban a beteg közérzetétől és pulsusától teszi függővé; 120 pulsusig dubiosus kilátással lehet operálni, 120—140 közt műtéttel vagy a nélkül igen rossz a prognosis, 140 pulsuson túl, súlyos septikus jelenségek közt a műtétet majdnem minden esetben megtagadja, majdnem minden esetben, mert előfordul, hogy számos ominosus jelenség közt akad egy kedvező symptoma, mely arra az elhatározásra birja az embert, hogy mégis operáljon, s igen kétségbeesett esetekben is előfordulnak sikerek.

Exsudatum jelenléte egy igen nyomós ok az operatio véghezvitelére, annál nyomósabb, mentől több az exsudatum; exsudatum nélkül pedig egyáltalán csak akkor szabad operálni, ha röviddel valamely szerv perforatioja után jutunk az esethez.

*Tietze*[21] ott ajánlja az operatiót, a hol kimutatható infectiosus exsudatum van jelen (progrediens genyes, disseminált és eves-genyes septikus peritonitisnél), továbbá perforatiós peritonitisnél, traumatikus és postoperativ peritonitisnél, ha elég hamar történhetik a beavatkozás, mert ekkor egy kezdődő diffus septikus peritonitisnek elejét vehetjük. Kifejlődött septikus peritonitisnél, előrehaladott általános infectio esetében, diffus peritonealis izgalommal járó, de sem intoxicatiós jelenségeket, sem exsudatumot nem okozó „száraz" peritonitisnél contraindikáltnak tartja a műtétet.

Igen röviden és azt hiszszük igen találóan foglalja össze *Lennander* a peritonitis műtevésének indicatioit. Szerinte operálni kell eltokolt és eltokolodó genyes folyamatoknál s olyan általános a pritonitiseknél, melyeknél a hasűrből exsudatumot vagy gázokat bocsáthatunk ki, úgyszintén kezdődő perforatiós, traumatikus és operativ peritonitiseknél, a mig az infectio forrásának ártalmatlanná tételét, vagy tamponálás és drainage által eltokolását remélhetjük.

Ennyit a peritonitis miatt végzendő műtevések indicatioiról. Újra hangsúlyozzuk, hogy az itt szelőztetett problemákban való döntés egyik legnehezebb s egyszersmind legfontosabb feladatát képezi a sebészi működésnek, s a sebészre az ily esetekben háramló moralis felelősség annyival nagyobb, mivel úgy a műtét, mint a halogatás által életet menthet és viszont annak kioltását siettetheti és elhatározása bizony sok esetben az egymásnak ellentmondó jelenségek folytán inkább valamelyes definiálhatatlan érzéstől, mint az objectiv tünetek megfontolásától kell hogy függjön.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Székely Ágoston: A hörgök, a tüdő és a mellhártya betegségeinek orvoslása.** Budapest, 1903. Singer és Wolfner kiadása.

A Justus Jakab és Szerb Zsigmond dr.-ok szerkesztésében megjelenő „Therapia, a gyógyító tudományok könyvtára" harmadik kötetét képezi Székelynek 315 lapra terjedő könyve. Általános részében a légzőszervek betegségeinek orvoslásanál követendő főelvekkel, majd e betegségek tüneteinek kezelésével foglalkozik. Azután sorra veszi a hörgök, a tüdő és a mellhártya betegségeinek gyógyítását, végül röviden tájékoztat a tüdőbetegségek sebészi kezelése felől. Székely régi és kipróbált munkása orvosi irodalmunknak és legújabb műve az eléje tűzött czélnak és a szerzőhöz kötött várakozásoknak egyaránt megfelel. Nagy részletességgel, a mellett minden felesleges terjengősség nélkül mond el jóformán mindent, a mit a therapiának általa feldolgozott fejezetébe csak beleilleszthetünk. Nagy hasznát fogja venni orvosi közönségünk a physikai gyógyító eljárások részletes ismertetésének, a mely eljárások magyar irodalmunkban eddig vajmi mostoha elbánásban részesültek. Lehet, hogy a physikai therapiát a külföld szakemberei kissé mesterségesen növelték akkorává, mint a milyen az az utóbbi években lett és előrelátható, hogy az, a therapiát általánosabb szempontokból kezelő gyakorlatban, nemsokára lényegesen egyszerűbbé fog válni, de a „Therapiá"-hoz hasonló vállalat czéljának az felel meg, ha a szerzők a themájukat úgy tárgyalják, a hogy azt az irodalom általánosságban teszi és azért helyesen cselekedett a szerző, a mikor ez alkalommal az idevágó módszereket orvosainkkal úgy ismertette, a hogy az a szűkebb szakirodalom ma uralkodó irányának legjobban megfelel. A légzőszervek betegségeinek tünetei ellen használt gyógyító eljárások igen kimerítő tárgyalásában a szerzőt alapos kórtani tudása, az irodalom beható ismerete és a gyakorlati szükségletek iránti helyes érzéke igen szerencsésen vezették és bár egyes részletekkel, a hogy az ilyen irányú munkánál nem is kerülhető el, nem mindenki fog egyetértetni (így pl. a cannabis indica ajánlásával, az antipyreticumok között a chininnek első helyre tevésével, más antipyreticumoknak a hőmérsék leesésének időszakában való alkalmazásával, a haemoptoë kezelésénél a hánytatóknak bármily megszorításokkal történő felemlítésével), egészében a könyv ezen részét kitünően sikerültnek kell tartani. Az általános rész iránya nagy következetességgel vonul végig a részletes részen, a mely az egyes betegségek therapiáját egyenként tárgyalja, és a melynek legkiválóbb fejezete a tuberculosis kezelésével foglalkozik. Egészben véve Székely könyve jó. Benne a gyakorló orvos megtalálja mindazt, a mit tőle várhat és megjelenése irodalmunkra nézve határozott nyereség.

## Lapszemle.

### Belgyógyászat.

**Colitis ulcerosa műtéttel meggyógyitott esetét** irja le *Boas*. A 28 éves nő öt év óta volt beteg. Utóbbi időben naponként 4—5 híg széke volt, benne vér és geny; azonkivül rendszerint találhatók voltak benne Charcot-Leyden-féle kristályok; amoebák, gümőbacillusok állandóan hiányoztak. A vizelet rendes, alimentaris glycosuria nincs. A colon nyomásra mérsékelten érzékeny, néha kisfokú meteorismus. A végbélben semmi rendellenes. Minthogy a legkülönbözőbb szerekkel végzett bélöblítések legfeljebb muló eredményre vezettek, műtéti beavatkozásra határozták el magukat. A colon teljes nyugalomba helyezése czéljából coecalis fistulát készitettek 1901. márczius havában. Négy hét mulva a bélsárnak a rectumon kiürülése teljesen megszünt, az összes bélsár a fistulán át távozott. Ekkor naponként, majd ritkábban ezüst-, később jodkészitményeket fecskendeztek be a sipolyon át úgy centripetalis, mint centrifugalis irányban. Különösen a jodoldatok látszottak a kóros folyamatot kedvezően befolyásolni. Egy év mulva elzárták a fistulát. A beteg teljesen meggyógyult, bélsarában azóta sem vért, sem genyet nem lehet kimutatni. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1903. 11. szám.)

**A bórsav mint hízás ellenes szer.** Miután *Gerhardt* a mult évben meglehetősen kedvező eredményekről számolt be, a melyeket bórkészitményekkel elhízottaknál elért, *Rubner* pedig kisérletes vizsgálatokkal kimutatta, hogy a súlycsökkenést boratok használata után a fokozott zsir- és főleg vizleadás okozza: *Senz* is kisérleteket tett 6 egyénen. Eredményeit röviden a következőkben foglalja össze: a bórsav némelyeknél már kis adagokban is nagyon kellemetlen tüneteket okoz, alkalmas esetekben azonban nagyon használható és kényelmes soványitó szer. Hogy mi az oka a bórsav jól tűrésének vagy nem tűrésének, eddig még ismeretlen. Czélszerü eleinte kis adagokat használni és csak lassanként emelkedni a hatásos adagokig ($1^1/_2$—2 gramm naponként). Megemliti még szerző, hogy elhizottak idült rheumás (esetleg köszvényes) izom- és izületfájdalmainál is kisérleteket lehetne tenni a bórsavval, mert egyik esetében, melyben a használatos antirheumaticumok nem vezettek eredményre, a bórsav kedvező hatása szembeszökő volt. (Therapie der Gegenwart, 1903. 4. füzet.)

### Venereás bántalmak.

**Az exanthema nélkül lefolyó hereditaer korai syphilist** tárgyalja egy igen értékes dolgozatában *C. Hochsinger*. Az öröklött lues ily alakja általában még alig ismeretes, sőt az irodalomban is alig foglalkoztak vele. *Heubner*, *Monti* s *Finkelstein* is éppen csak megemlitik, hogy előfordulhatnak bőrlaesio nélkül lefolyó hereditaer lues-esetek. Szerző ennek bizonyitására felhozza 14 esetét, melyekben az exanthema állandóan hiányzott, noha egyéb kétségtelen syphilises manifestatiók jelen voltak. A syphilises manifestatiók minősitésére nagy súly fektetendő, mert azok megitélésében még nincs megállapodás. A legtöbben ugyanis jellegzetesnek tartják a veleszületett syphilisre, hogy a secundaer s tertiaer jelenségek egy időben mutatkoznak. Szerző e nézetet határozottan ellenzi s a syphilises zsigeri elváltozásokat is secundaer jellegüeknek mondja, a melyek keletkezésre nézve rendesen koraiabbak, mint az exanthemák. Szerző az összes veleszületett korai syphilis-eseteket tüneteik alapján a következő négy csoportba osztja: 1. oly syphilises magzatok, melyek az uterusban még a 8. hónapon innen elpusztulnak. Ezek kifejezett zsigeri elváltozások s *Wegner*-féle osteochondritis mellett bőrtüneteket nem mutatnak. 2. Oly magzatok, melyek a terhesség végén syphilises bőrtünetekkel születnek. 3. Az esetek legnagyobb számában az élve született gyermekeken kezdetben exanthemák még nem észlelhetők, hanem csak később betegednek meg bőrtünetekkel. E csoportban tekinteten kivül marad, hogy a zsigeri, vagy osteochondritises tünetek már születéskor jelen vannak-e, vagy csak később fejlődnek ki. 4. Ide azon ritka esetek tartoznak, a melyekben a zsigeri syphilisnek jelenléte mellett manifest bőrtünetek állandóan hiányzanak. *Hochsinger*-nek fent emlitett 14 esete ez utóbbi csoportba tartozik. Az esetekre vonatkozó részletes kórrajzokból s táblázatos kimutatásokból a következő tények derülnek ki. A mellett hogy valamennyi esetben az orr a bántalom körébe volt vonva, nyolczszor osteochondritis, kétszer pedig hyperplasiás máj állott fenn. A lépen hat esetben volt tetemes megnagyobbodás constatálható. Mindezekből következik, hogy rendkivüli fontosságú az ily esetek felismerése, mert kétségtelen, hogy ilyenkor azonnal erélyes antilueses eljárást kell foganatositani, nem pedig exanthemákra várni vagy csak azoktól függővé tenni a medicatiót. Sőt éppen ily visceralis- és csontelváltozások azok, melyek leginkább igényelnek haladéktalan kezelést, tekintettel arra, hogy ezeknél még sokkal imminensebb a veszély, mint tisztán exanthemáknál. (Archiv f. Dermat. u. Syphil. LXV. k. 2. f. 1903. május hó.)

*Guszman* dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A collargol** használhatóságát bizonyító számos újabb közlemény közül a következőket emlitjük. *Reidhaar* (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, 16. kötet, 4. füzet) egy súlyos általános sepsis

(streptococcus-fertőzés) esetét irja le, melyben streptococcus-serum három izben alkalmazása teljesen eredménytelen volt, sőt a beteg állapota rosszabbodott, míg collargol intravenosus befecskendezésére javulás, majd teljes gyógyulás következett be. Összesen 100 köbcentimeter 1%-os collargol-oldatot használt el, még pedig naponként 1—2-szer 10—10 köbcentimetert. Szerző felhivja a figyelmet arra, hogy az első befecskendezések után mutatkozó javulás után nem szabad abbahagyni a kezelést, mert visszaesés állhat be. *Weissmann* (Aerztliche Rundschau, 1903. 15. szám) a méhből kiinduló septikus fertőzés 10 esetét közli, a melyekben collargollal nagyon jó eredményeket ért el. A szert részint unguentum Credé alakjában — 12 óránként 3 grammot a háton és a czombok hátsó felületén a tenyérrel 20 perczig bedörzsölve —, részint intravenosus befecskendezés útján használta. *Jaenicke* (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 6. szám) esetében nehéz fogóműtét után keletkezett septikus parametritis, rendkivül súlyos, teljesen infaust prognosisra utaló tünetekkel volt jelen; 8 köbcentimeter 1%-os collargol-oldat befecskendezése után javulás állott be és a beteg meggyógyult.

**A creosotal specifikus hatásához pneumoniában** szolgáltat adatokat *Kirsch*. Az 1902. évben rendkivül sok pneumonia crouposa eset került a vezetése alatt álló kórházba, még pedig túlnyomóan 60 és 78 év között levő betegek, a kiknek halálozási százaléka 50 körül szokott lenni. A betegeket creosotal kezelésnek vetette alá (Rp. Creosotali 10·0, Cognac 20·0, Syr. althaeae 60·0. Jól felrázva 24 óra alatt négyszerre elfogyasztani), azzal az eredménynyel, hogy egy betege sem halt meg. Szerző felemliti, hogy a creosotalt a légutak egyéb fertőző bajaiban is jó eredménynyel használta és hogy tussis convulsiva ellen is nagyon jó hatásúnak bizonyult. (Bericht des Graf Spork-Hospitals zu Kukus in Böhmen.)

### Folyóiratok átnézete.

**Magyar orvosi archivum,** 1903. 3. füzet. *Krompecher Ödön* és *Zimmermann Károly*: Különféle emberi gümőkóros megbetegedésekből kitenyésztett tuberculosis-bacillusok virulentiájáról. *Aujeszky Aladár*: A gümőbacillushoz hasonló saválló bacteriumokról.

**Gyógyászat,** 1903. 25. szám. *Felletár Emil*: Chloroform ivása által okozott halálos mérgezés. *Borbély Samu*: Száz sérvműtét eredménye.

**Orvosok lapja,** 1903. 25. szám. *Arányi Zsigmond*: Meningomyelitis luetica gyógyult esete. *Szana Sándor*: Az iskolaköteles korban levő gyermekek internatusban való gondozásának hygieneje.

**Budapesti orvosi újság,** 1903. 13. szám. *Kuthy Dezső*: Izomerővizsgálatok tüdőbetegeknél. *Pollatschek Elemér*: Orrbajok összefüggése a szervezet egyéb megbetegedéseivel. *Surányi Miklós*: A lázas betegségek diaetás kezeléséről. *Fornet Elemér*: Szivbántalmak diaetotherapiájáról. *Kelen József*: A forrólégkezelés hőfokairól.

**Wiener medicinische Wochenschrift,** 1903. 25. szám. *Englisch*: Betokolt húgykövek. *Probst*: Haladó butulás-folyamatok a gyermekkorban. *Schanz*: A gümőkórra való hajlam. *Neumann*: A végbélen át való vizsgálat a gynaekologiában. *Scheiber*: Arthropathia tabidorum esete.

**Wiener klinische Wochenschrift,** 1903. 25. szám. *Sachs*: A Chrobak-klinikán 10 év alatt végzett fogóműtétek. *Marcus*: Kisérletes vizsgálatok a húgyhólyag tartalmának visszafelé áramlását illetőleg. *Exner*: Daganatok kezelése Röntgen-fénynyel. *Payr*: A peczkelő ujj aetiologiája. *Fuchsig*: A diffus septikus gyomorvérzések kérdéséhez.

**Wiener medizinische Presse,** 1903. 24. szám. *Popielski*: Az emésztőmirigyek működésének czélszerűsége. *Wiener*: A veronal, új hypnoticum. *Frankl*: Adat a mola-kérdéshez.

**Berliner klinische Wochenschrift,** 1903. 25. szám. *Grawitz*: Halálos cachexiák anatomiai ok nélkül. *Maragliano*: A szervezet immunizálása gümőkór ellen. *Liepelt*: Lysol-mérgezés negy esete. *Dunbar*: A szénaláz aetilogiája és specifikus therapiája. *Pick* és *Poll*: Érdekes daganatok állatokban, főleg jóindulatú és rákos daganatok hidegvérűekben.

**Deutsche medicinische Wochenschrift,** 1903. 25. szám. *Blumenthal*: A fehérjék visszafejlődése éhezéskor. *Aronson*: Vizsgálatok streptococcusokkal. *Casper*: Vesehalál, veseelégtelenség és functionalis vesevizsgálat. *Reichard*: Inátültetés 60 esete. *Rothmann*: Oldalkötegmegbetegedés és spastikus spinalparalysis. *Fischer*: Új thymian-készitmények.

**Centralblatt für innere Medicin,** 1903. 24. szám. *Pal*: Paroxysmalis haematoporphynuria.

**Centralblatt für Chirurgie,** 1903. 23. szám. *Hammesfahr*: A Kutkowsky-féle gastroenterostomia gastrostomiával.

**Neurologisches Centralblatt,** 1903. 11. szám. *Kohnstamm*: A leszálló tectospinalis pálya, a nucleus intratrigeminalis és a retina helyi jelei. *Reichardt*: Veleszületett pupillamerevség. *Alter*: A toxikus agybajok kórtanához.

**Le progrès médical,** 1903. 24. szám. *Laffont* és *Lombard*: A gümőkór kezelése.

**La semaine médicale,** 1903. 24. szám. *Chryssovergis*: Az influenza kólikus alakja és a palato-pharyngealis erythema közötti összefüggés.

**Journal médical de Bruxelles,** 1903. 24. szám. *Gottignies*: Rák és rhinoscleroma gyógyitása Röntgent-fénynyel. *Depage*: Naso-pharyngealis polyp kiirtása új módon (naso-bucco-jugularis út).

**The lancet,** 1903. I. 22. szám. *A. E. Barker*: A kizárt sérvek műtevésének eredményei. *W. B. Cheadle*: Acholia. *L. Rogers*: A tropusokban előjövő állandó és remittáló lázak megkülönböztetése a vérelváltozások segélyével. *G. Carpenter*: Szövődmény nélküli myocarditis a gyermekkorban. *H. Littlewood*: A colon rosszindulatú megbetegedése, 14 colectomia kapcsán. *S. Snell*: Peritomia corneabajokban. *S. Sloan*: A hasi sympathicusra alkalmazott változó áram gyógyértéke. *J. Lynn Thomas*: A gyomor ¾ részének eltávolitása rák miatt és gastrojejunostomia. *A. Christie Reid*: Xanthelasmoidok felnőttben. *C. F. M. Althorp*: Gyomorfekély-átfúródás három esete.

**British medical journal,** 1903. május 23. *W. Gordon*: A szél befolyása a tüdővészre. *W. Knowsley* és *W. Arbuthnot Lane*: Pyopneumopericardium műtett esete. *Dyce Duckworth*: Infectiosus endocarditis esete; eredményes kezelés antistreptococcus-serum rectalis alkalmazásával. *J. Weir*: A trauma a tüdőgümőkór aetiologiájában. *R. S. Trotter*: Anthracosis és phthisis szénbányászoknál. *J. E. Squire*: Physiologiai eltérések a mellkas két felének felső részei között. *W. E. Home*: Tüdővész hajósoknál. *P. S Blaker*: Gyermekkori empyemák. *O. F. Rowley*: Empyema hat esete. *W. W. Fyfe*: Exsudatum pleuriticum esete. *M. Mc Intyre Sinclair*: Familiaris nystagmus. *W. W. Pike*: Heveny tonsillitis után rövid idő mulva végzett tonsillotomia. *E. A. G. Doyle*: A szív szürt sebzésének gyógyult esete. Május 30. *Patrick Manson* és *C. W. Daniels*: Trypanosomiasis esete. *W. B. Leishman*: A trypanosomiasis Indiában előfordulásának lehetősége. *C. J. Baker*: Trypanosomiasis három esete Entebbeben (Uganda). *R. Hutchison*: Savanyú natriumphosphat használata a vizelet alkalikus volta mellett. *A. F. Meredith Powell*: Inoperabilis rák kezelése formalinnal. *J. J. Ridge*: Himlő kezelése guajacollal. *F. J. Lambkin*: A syphilis kezelése intramuscularis higany-injectiókkal. *A. R. Walter*: Appendicitis miatt végzett műtét 78 éves nőnél. *R. Wilson*: Senilis gangraena rohamosan gyógyult esete.

**The practitioner,** 1903. május. *Thornley Stoker*: Ajakrák. *W. Whitehead*: A nyelv kimetszése rák miatt. *H. T. Butlin*: Nehézségek a nyelvrák diagnosisában. *W. H. A. Jacobson*: Nyelvrák 50 műtett esete. *Stanley Boyd*: Nyelvrák-esetek. *J. Hutchinson*: A száj epitheliomájának megkülönböztetése tertiaer syphilises és másféle bajoktól. *A. Carless*: Pharyngotomia transhyoidea. *E. W. Roughton*: A szájrák alattomos fejlődése. *A. D. Fripp* és *R. C. Jocelyn Swan*: Nyelvsarcoma. *J. G. Turner*: Az állcsontnak fogaktól függő lobos és másféle daganatai. *D'Arcy Power*: Adat a rák elterjedéséhez.

## Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 22. hetében (1903. május 31-dikétől junius 6.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Elveszületett 433 gyermek, elhalt 308 egyén, a születések tehát 162-tel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·3, az egy éven felüli lakosságnál: 17·9, az öt éven felüli lakosságnál: 16·0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümős agykérlob 7, agyguta 3, ránggörcs 3, terjedő hűdés 13, hátgerinczsorvadás 0, szivbaj 20, hörglob 15, tüdőlob 17, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 2, tüdővész 56, tüdőlégdag 1, bélhurut 16, májbajok 3, hashártyalob 2, kizárt sérv 0, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 11, gyermekaszály 0, aggaszály 12, rák 9, méhrák 2, egyéb álképlet 6, gümős bajok 5, kanyaró 11, vörheny 15, álh. gégelob 0, roncsoló toroklob 10, hökhurut 1, gyermekágyi láz 1, hagymáz 0, influenza 1, himlő 0, veleszületett bujakór 3, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 3, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 0, gyilkosság 1, öngyilkosság 5, baleset 4, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3252 beteg, szaporodás 885, csökkenés 908, maradt e hét végén 3229 beteg. *b)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi május 31-dikától junius 6-dikáig terjedő 22. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 178 (229), vörheny 101 (84), álh. gége- és roncsoló toroklob 51 (50), hökhurut 11 (10), gyermekágyi láz 1 (1), hasi hagymáz 2 (5), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 26 (20), vérhas 0 (0), orbáncz 18 (21), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (4), trachoma 5 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

☒ **Kitüntetés.** Ő Felsége *Elischer Gyula* egyetemi rk. tanárnak és törvényes utódainak régi magyar nemességük épségben tartása mellett a thurzóbányai előnevet adományozta.

= **Egyetemi alkalmaztatások.** A mult számunkban közölt alkalmaztatások alkalmával a felsoroltakon kivül a II. sz. sebklinikához műtőnövendékekül megválasztattak még a következők is: *Genersich Antal* dr., *Demeczky Ödön* dr., *Hartmann Lajos* dr., *Lobstein Leo* dr., *Fischer Imre* dr.

∞ **A magyar orvosok és természetvizsgálók f. évi szeptember 5—10-diki vándorgyülésére bejelentett orvosi és gyógyszerészi előadások**: Alexander Béla dr.: Az X-sugár rajz és demonstrativ képessége. Apáthy István dr.: *a)* A szövetek osztályozása. *b)* A derékszögben kétszer csikolt (ú. n. harántcsikolt) izomrostok Z-rétegének (Zwischenscheibe, Krause-féle hártya, Dobie-féle elemek) új előfordulásai mikroskopiai készitmények bemutatásával. Balogh Tihamér dr.: Jousset elvei a therapiáról. Békéssy Géza dr.: A városi népesség gyarapodásának közegészségügyi jelentősége. Biringer Ferencz dr.: Chylosus transsudatumokról. Blum Ödön dr.: A büntettes elmebeteg elhelyezése és házi

ápolása. Chiki Mihály dr.: Az uterus-gonorrhoea kezeléséről. Chyzer Kornél dr.: A zemplénvármegyei orvos és gyógyszerész segélyző egylet története. Csippék János dr.: A magyar gyógyszerészet története. Deér Endre dr.: A gyógyszeres készítmények értékmeghatározásának módszeréről. Dirner Gusztáv dr.: Mikor áldozza fel az orvos a magzat életét az anya javára. Donogány Zakariás dr.: A Vincent-féle angináról. Fáy Aladár dr.: A közlekedési eszközök szerepe a tüdővész terjesztésénél. Filep Gyula dr.: A szent-László szappan fertőtlenítő hatásáról. Gara Géza dr.: Klimatotherapeutikus tapasztalatok különös tekintettel a tüdőbetegek gyógykezelésére. Genersich Gusztáv dr.: *a*) A fertőző bántalmak lappangási időszakáról. *b*) A bölcső befolyása a gyermek koponyájának alakjára. *c*) A fogzás és annak rendellenességei. Grósz Emil dr.: A trachoma elleni védekezésünk fejlesztése. Hajós Béla dr.: Az anchylostomiasis elterjedése hazai bányáinkban. Hollaender Hugó dr.: A malaria elterjedése Magyarországon. Ijac Aurél dr.: *a*) Kolozsvár középületeinek levegője. *b*) Mily mértékben szennyezi Kolozsvár a Szamos folyót. Imre József dr.: A görbe szemhéj-porczogó gyógyításáról. Jakabházy Zsigmond dr.: A Rheum nostrasnak mint hashajtó szernek értékéről. Jancsó Miklós dr.: Vizsgálatok a malaria endemia évszaki ingadozásainak okairól. Kenyeres Balázs dr.: Beszámoló a törvényszéki orvostani intézet működéséről bemutatásokkal. Kerekes Pál dr.: A venereás betegségek a hazai kórházakban. Konrádi Dániel dr.: A myxoedemáról. Marschalkó Tamás dr.: Betegbemutatások. Marschalkó Tamás dr. és Demeter György dr.: Finsen- és Röntgen-kezeléssel elért eredmények. Móhr Mihály dr.: Thiersch-féle transplantatio a kötőhártyán. Neubauer Adolf dr.: A gyermekek gégepapillomáiról és azok gyógykezeléséről. Ónodi Adolf dr.: Egyes orrgyógyászati kérdések. Pataky Zoltán: Adalékok a kétéltűek hólyaghámjának ismeretéhez (mikroskop-készítmény bemutatása). Pécsi Dani dr.: Nagyvárosaink kövezése egészségi szempontból. Polyák Lajos dr.: Az orrmelléküreg-genyedések és a bűzös orr (ozaena) egymáshoz való viszonyáról. Reismann Ödön dr.: Bakteriumok mint egyes gyógyító és kémlő szerek bomlásának okozói. Rigler Gusztáv dr.: *a*) Az erdélyi ásványvizek vegyi összetételének ingadozása egy éven belül. *b*) Erdély nevesebb fürdői és ásványviztelepei (140 vetített képpel). Riegler Gusztáv dr. és Filep Gyula dr.: A gáz izzó-testekkel való világítás hygienikus értékéről. Salgó Jakab dr.: A periodikus elmezavar és az epilepsia klinikai képe. Stiller Bertalan dr.: Gyakorlati adatok a bélkórtan köréből. Szana Sándor dr.: A beteg és egészséges csecsemők intézeti ápolásának hygieneje. Szekeres József dr.: Néhány érdekesebb eset a gyakorlatból. Temesváry Rezső dr.: Dietás eljárások a terhesség alatt. Tihanyi Mór dr.: Az orvosi rend és az orvostudományok fejlődése az ó-korban. Tauszk Ferencz dr.: A nyugalom a szivbetegségek therapiájában. Vas Bernát dr.: Vesebántalom és diabetes.

Tárgyat fentartva a következő orvosok jelentettek be előadásokat: Bókay János dr., Borbély Samu dr., Buday Kálmán dr., Donáth Gyula dr., Elfer Aladár dr., Grósz Gyula dr., Haberern Jonathán Pál dr., Hegyi Mózes dr., Hoór Károly dr., Jendrássik Ernő dr., Krepuska Géza dr., Lőte József dr, Matolcsi dr., Pertik Ottó dr., Ranschburg Pál dr., Sarbó Arthur dr., Tangl Ferencz dr., Veszprémi Dezső dr.

— **Tudnivalók a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléséhez.** 1. A vándorgyülés tagja mindenki lehet, ki az orvosi, természeti és társadalmi tudományokat műveli vagy kedveli, ha a 12 koronában megállapított tagdíjat lefizeti.

A tagok megkapják a „Munkálatokat“, a „Napi Közlönyt“, egyéb kiosztásra kerülő nyomtatványokat (Kolozsvár helyrajzát és látnivalóit ismertető füzetet stb.), s az utazás és a kirándulások kedvezményeiben részesülnek.

2. A vándorgyülés tagjai a m. kir. államvasútakon, a kezelésük alatt álló vasútakon, a kassa-oderbergi vasúton, a déli vasúton és a szamosvölgyi vasúton kedvezményben részesülnek, a jelentkezés, illetve a tagdíjnak beküldése alkalmával szerezhető igazolvány alapján. Budapesten át való utazásra Budapestig és innen tovább külön jegyek váltandók.

3. A tagdíjat, melynek befizetése után kapják a vasúti igazolványt is, a vándorgyülés pénztárnokának (Kaiser Károly dr., Budapest, I. ker., belügyministerium) legkésőbb augusztus hó 30-dikáig kell beküldeni; ezen túl már csak a helyszinén, Kolozsvárt lehet beiratkozni, személyesen vagy megbizás útján. A tagsági jegynek idején való kiváltása tehát a gyülés tagjainak érdekében van, hogy a vasúti igazolványt megkaphassák.

Tekintettel arra, hogy egyes vasútak csak meghatározott csekélyebb számú igazolványt adtak s tekintettel arra is, hogy az állami és törvényhatósági hivatalos állásban levők a számukra biztosított kedvezmény mellett olcsóbban utazhatnak, mint a nagygyülés tagjai számára nyujtott kedvezmény alapján, kérjük a gyülésre beiratkozókat, hogy figyelemmel e körülményre, a beiratási díj beküldése alkalmával világosan jelöljék meg azon vasúti igazolványt, a melyre szükségük van. Megjegyezzük még, hogy a kedvezmények csak a székhelyről oda- és visszautazásra szólnak.

4. Minden iránt, a mi a vándorgyülésre vonatkozik, a központi választmányi titkároknál (Prochnov József dr., Budapest, VIII., József-körút 55. sz. és Nuricsán József dr., Budapest, VIII., Rökk Szilárd utcza 28. sz.), illetőleg a kolozsvári helyi bizottság jegyzőjénél, Sólyom Jánosnál (Kolozsvár, Zsidótemplom-utcza 2. sz.) tudakozódhatni. A kolozsvári helyi bizottság a vándorgyülés tagjainak fogadásáról és elszállásolásáról, valamint a kirándulásokról külön értesítést fog adni. A vándorgyülésre vonatkozó egyéb megállapodásokról, az előrajz részleteiről a szaklapok fogják tájékoztatni a gyülésen résztvenni óhajtókat.

⊕ **A VII. nemzetközi fülorvosi congressust** az idén augusztus 1—4-dikéig Bordeauxban fogják megtartani.

| **A madridi nemzetközi orvos-congressusról.** A Brit. med. Journ. május 23-diki száma panaszkodik, hogy a madridi orvosi congressushoz annyi laikus (vegyész, műszerész, elektrotechnikus, droguista stb.) nyert bebocsátást, hogy lehetetlen volt a tanácskozást szakszerűen vezetni. Az internationalis congressusok ideje, mely minden szakot felöleljen, már lejárt s csakis valamely specialis szak embereinek összehivása jogosult manapság.

| **A budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének V. évi jelentése** szerint az egyesület vagyona az 1902. év végén 640,939·03 koronára rúgott, a miből az ágyalapítványok összesen 307,600 koronát tesznek ki. A sanatorium épülete és berendezésére 1902. deczember 31-dikéig 823,858 kor. és 46 fillért fizettek ki. Az egyesületnek a mult év végén 22 ágyalapító, 51 alapító, 273 rendes és 103 pártoló tagja volt.

< **Új kórház.** Szentesen nagy ünnepséggel a minap avatták fel a 200,000 korona költséggel épült, 100 ágyra berendezett új kórházat. A kórház főorvosa Rimély Károly dr.

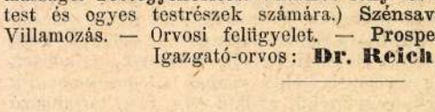
× **Új rákvizsgáló intézet.** A berlini charitében junius 8-dikán új rákvizsgáló laboratorium nyilott meg, melyet Leyden fog vezetni.

□ **Megjelent.** *Gönczy Béla* dr.-tól: Az esztergomi „Kolos“ közkórház 1902. évi jelentése. A jelentésből kitünik, hogy a kórházban 1902-ben 27,982 ápolási napon 1307 beteg ápoltatott. — *Hoor Károly* dr.: A jequiritollal (és a jequiritol-serummal) szerzett tapasztalatok stb. Magyar Orvosok Lapja. 1902. — Ugyanattól: Uj, világító perimeterem. Budapesti Orvosi Ujság. 1903. — Ugyanattól: Erwiderung auf Dr. Wagner's Bemerkung etc. Arch. f. Augenheilk. 47. kötet. — Ugyanattól: Das Jequirity, d. Jequiritol u. Jequiritolserum. Sammlung der Abhandlungen aus dem Gebiete d. Augenheilkunde. 1903. — Ugyanattól: Az Egyptomban előforduló kötőhártya-betegségekről. Magyar Orvosok Lapja. 1903. — *Sugár K. Márton*: A jobb fülkagyló hiányos és torzképződése veleszületett sipolyokkal; a külső hangvezeték teljes hiánya; féloldali arczsorvadás. Orvosi Hetilap. 1903. — Ugyanattól: Ugyanaz németül. Arch. f. Ohrenheilkunde. 58. kötet. — *Apert*: La goutte et son traitement. Baillière et Fils. 1903.

† **Elhunytak.** *Imre Gábor* dr. hadházi orvos f. hó 18-dikán Budapesten. — *Gegenbaur K.* a heidelbergi egyetemen a boncztan tanára.

**Vízgyógyintézet eladó.** Változott körülményeknél fogva, *nagyvárosban*, egy az összes physicalis gyógymódokra berendezett (hidegvizgyógymód, szénsavas-, villamfény-, villamos-, móor-, nap-fürdő, inhalatiós szekrény, tornaterem), külön férfi s női osztálylyal biró, belügyministerileg bennlakó betegek befogadására is engedélyezett intézet, mely évek óta fennál, jó megélhetést biztosit s jövedelmező ambulantiával jár, szabad kézből olcsón előnyös feltételek mellett eladó. Levélbeli kérdezősködések „Petőfi kiadóvállalat „Eladó vízgyógyintézet“. Budapest, III., Zsigmond-utcza 70. sz.“ czim alá intézendők.

**„Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.“** Ujonnan épült 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.-Lukácsfürdő**
gyógyfürdő
Budapesten.

**Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások,** zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö. és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Üsüz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

**Budapesti**
**Mechanikai Zander-gyógyintézet**
**VIII., Muzeum-körut 2., 1. emelet. (Lift.)**

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

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**

# TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1903. junius 22-dikén.) 425. l. — Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1903. április 8-dikán.) 425. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. évi márczius hó 12-dikén tartott rendes ülés.) 426. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1903. junius 22-dikén.)

Elnök: **Than Károly**, titkár: **Lengyel Béla** m. helyettes.

Orvosi érdekű értekezések voltak:

1. **Klug Nándor** r. tag előterjesztette **Róth-Schultz Vilmos** dr., **Kőrösy Kornél** és **Lobmayer Géza** „Adatok a felszívódás élettanához“ czimű vizsgálatait.

Szerzők a felszívódás alkalmával szereplő physikai tényezők jelentőségét igyekeztek önálló vizsgálatok alapján megvilágítani.

E végből *Roth-Schultz* és *Kőrösy* az állati hártyákon át folyó oldatkicserélődést — mely a szervezet felszívódási folyamatainak physikai schemája — tették tanulmányuk tárgyává. Első sorban *pergamentpapiron át destillált víz ellen* diffundáltattak egyenlő osmosisnyomású sóoldatokat s ezen sorozatban nyert eredményeiket vetették össze a szabad diffusio azon törvényeivel, a melyek *Fick* ismert képletében és *Nernst* elméletében jutottak kifejezésre. Ez összevetésből azon végső következtetésre jutottak, hogy a pergamentpapiron át a sók diffusioja ugyanazon törvények szerint — nevezetesen a concentratio-eséstől s a diffusio-állandótól való ugyanazon függésben — történik, mint a szabad diffusio, de sokkal (mintegy tizenötször) lassabban.

Ha a szervezet viszonyait egy lépéssel megközelítve, nem viz, hanem *vér ellen* diffundáltatták *pergamentpapiron* át sóoldataikat, úgy a diffusio az előbbi sorozathoz képest lényegesen meglassúbbodott, még pedig a különböző sóoldatoknál különböző fokban. Legnagyobb mértékben meggátolva találták aránylag a chloridokat, legkevésbbé a két vegyértékű gyököket (Mg vagy $SO_4$) tartalmazó sókat. A retardatio okát a vérben oldott sók ellennyomásában, a vér oldott részeinek a dissociatio fokát s diffusio állandóját csökkentő befolyásában, a vér oldóképességében s alakelemeinek az egyes sók számára való különböző átjárhatóságában keresték. Ezek közül a második és utolsó mozzanat ugyanolyan módon, mint a hogyan a diffusiót lassítja, a vér villamos vezetőképességét is leszállítja, hasonló összetételű, de szerves részektől s alakelemektől ment sóoldathoz képest. A különböző egyéb befolyás a vér elleni diffusionál teljesen elmossa a diffusio-állandótól való függés szabályosságát.

Ha a diffusio — a szervezet viszonyainak további megközelítésére — vér ellen nem pergamentpapiron, hanem 6—12 órával az állat kimulása után használt *marhahélen* át történik: akkor a kép újból annyiban megváltozik, hogy a chloridok s hydrocarbonatok, mint a szervezet háztartásában fontos sónemek, a pergament-sorozathoz képest jobban bocsáttatnak át, kevésbbé a sulphatok s legkevésbbé a nitratok. A diffusio-állandótól való függés érvénye e sorozatban is teljesen leplezve van.

Ezen kisérletekből a szervezet felszívódási folyamataira nézve az következik, hogy a sók felszívódásának sebességét korántsem csak azok természete szabja meg; közrejátszanak itt, az élő sejtek működésétől eltekintve, a szervezet nedvei (vér) és hártyái (nyálkahártyák) már physikai mivoltuknál fogva, oly módon, hogy egyes sók áthatolását késleltetik, másokét előmozdítják.

Ennek megfeleltek élő bélen tett kisérletek eredményei is. *Vella-féle sipolyos kutya vékonybélkacsában* végzett felszívódási kisérletek tudni illik azt mutatták, hogy a sóoldatok felszívódása korántsem a diffusio-állandók értékének arányában történik: leggyorsabban szivatnak fel a Cl és $HCO_3$ oldatok, előnyben részesülnek továbbá a sulphatok is, melyekkel szemben, mint a physikai kisérletek mutatják, a vér kevésbbé érvényesíti a diffusiót gátló hatását, mint egyéb savmaradékokkal szemben.

Hasonló elvi következtetésekre vezettek *Kőrösy* és *Lobmayer* a hasüregben folyó felszívódásra vonatkozólag tett vizsgálatai. A kisérletek ugyanazon sóoldatokkal történtek, mint a fentiek. Itt az oldatok concentratioja szintén nem a diffusio-állandó arányában csökken. Legkisebb concentratio-csökkenést a Cl és $HCO_3$ sók mutatnak, mindenek szerint azért, mivel ezek a vérben is jelen vannak s legerősebben, a vérsorozattal egyezőleg, a két vegyértékű gyököt (Mg, $SO_4$) tartalmazó sók hígulnak fel, daczára, hogy ezek diffusio-sebessége a legkisebb.

Mindezen vizsgálatok tanuságul szolgálnak arra, hogy a felszívódás jelenségei megértésének első feltétele a bennök szereplő physikai s chemiai tényezők lehető részletes tanulmányozása és végelemzésben arra utalnak, hogy a peritoneumban és bélben folyó felszívódás hasonlít a vér ellen történő diffusiohoz, melyben a diffusio-állandóktól való függést a fent felsorolt befolyások módosítják.

2. **Lenhossék Mihály** r. tag bemutatta **Herczog Ferencz** „Adatok a férfi húgycső ismeretéhez“ czimű dolgozatát. (Folyt. köv.)

## Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1903. április 8-dikán.)

Elnök: **Schrodt Antal**. Jegyző: **Juba Adolf**.

(Vége.)

### Dermatitis universalis esete higanyinunctiók után.

**Csillag Jakab**: A mult ülésen hasonló czimen bemutatott eset kapcsán felsorolta a dermatitis universalis aetiologice különböző alakjait, kiemelte és méltatta különösen a vegyi ingerek következtében fellépő dermatitis universalisok tüneteit. Minthogy ezen esetek ritkák és gyakorlatilag fontosak, egy újabb, a multkorihoz teljesen hasonló esetet mutat be, mely a következő: K. M., 17 éves lakatossegéd 1903. márczius 22-dikén vétetett fel Róna tanár osztályára. 8 héttel előbb venereás fekélyeket szerzett, melyekhez 2 hét mulva j. ingu. elgenyedt bubo társult, s melyeket orvosa rendeletére maga a beteg jodoformmal kezelt. Ugyanakkor orvosa által egy tégelyben — nem adagolva — rendelt higanykenőcsesel körülbelülül 7 inunctiót végzett, melyeknek abbahagyása után néhány nappal a köztakaróján viszketés, egyes helyeken pörsenéses vörösség lépett fel. Ezen tünetek márczius elején az egész köztakaróra kiterjedtek; márczius 3-dikán előrement nedvezés nélkül általános nagy lemezes hámlás lépett fel, kezeiről keztyűujj módjára vált le a hám. Márczius 15-dike táján a hámlást általános nedvezés váltotta fel. A bőrtünetek általánosodása óta lázas, étvágytalan, sokat iszik, fázékony; előzőleg hasonló baja nem volt;

*Bejövetelkor állapota*: Az elég jól fejlett és táplált beteg egész köztakarója diffuse hyperaemiás, mérsékelten megvastagodott, fejbőre és arcza részben varas, részben nedvező, a köztakaró többi része, főleg a hajlatokban mérsékelten nedvező; a talpon az egész szarúréteg leválóban. Hőmérséklete reggel 36·3°, este 37·3° C. Vizelete tiszta, savi hatású, fehérjét nem tartalmaz.

A lefolyás alatt mérsékelt, szabálytalan hőemelkedés 36·0—38·4° C. között, az első napokon a vizelet napi mennyiségének csökkent, 500—1000 kcm. közötti volta és igen nagyfokú fázékonysága volt észlelhető.

Az összes tünetek javulása április hó 2-dikán állott be és azóta tart.

Mint a multkori esetben, itt is a higanykenőcs szerepelt az anamnesisben, de itt jodoformmal combinálva. Mindkét szer képes dermatitist előidézni bizonyos egyéneknél, mindkettő illékony, tehát alkalmas universalis dermatitisek provokálására. Hogy ez esetben az egyik vagy a másik, vagy mindkettő, vagy az együttes jelenlétükkor fejlődni szokott higanyjodit szerepel-e agensül, csak a köztakaró teljes reperatioja után megejtendő kisérletek fogják eldönteni. Feltünő, hogy a kórházi gyakorlatban, hol évenként százai a betegeknek végeznek higanykenőcsinunctiókat, ily súlyos dermatitisek fejlődését nem észlelték; az eddig észlelt ily esetek mind kivülről jöttek a kórházba. Nincs kizárva, hogy ennek oka részben a különböző eredetű higanykenőcsök alapanyaga, mely különböző, sokszor avas zsiradékokat és különböző mennyiségű terpentint tartalmazhat, mely utóbbi szer szintén elsőrangú szerepet játszik az arteficialis dermatitisek aetiologiájában. Hogy ezen avas zsiradékok és terpentin mennyiben folynak be ily dermatitisek létrejövetelénél: azt is csak az esetről esetre végzendő vizsgálatok és kisérletek dönthetnék el.

*Matolcsy Miklós*: Hogy jodhigany okozta-e a kiütést, be lehet bizonyitani a vizeletvizsgálat által, melyben a higanyt és jodot chemice, a higanyt electrolytice is ki lehet mutatni. De okozhatta a kiütést a jodoform és a higanykenőcs külön-külön.

A higanykenőcs hivatalos szer, mely avas lehet és ez okoz dermatitist, de nem hiszi, hogy terpentines higanykenőcs kapható legyen, mert olyan laboratoriumban készül, hol ez ki van zárva. A külföldi praeparatunok lanolint tartalmaznak. A terpentin czélja a gyorsabb szétdörzsölés volna, de ez a mai gyógyszertárakban nem található, legfeljebb a kézi eladásra használt huszárzsirban.

*Csillag Jakab*: Vizeletvizsgálat ilyen irányban nem történt, Informatioit gyógyszerészektől szerezte. Első sorban a jodoform és higany okozhatta a dermatitist. A vidékről érkezett beteg tégelyből kent és lehet, hogy itt terpentin is szerepelt, lagalább lehet erre gondolni, bizonyitani is lehetne, ha a kérdéses higanykenőcsöt megtalálhatnók.

### Subcutan májsérülés esete.

**Fischer Aladár**: A subcutan májsérülések — azaz azon sérülései a májnak, mikor ép köztakaró és hasfalak mellett a máj sérülése jön létre — nem tartoznak a ritkaságok közé. Mayer és Edler szerint a subcutan májsérülések ép oly gyakoriak, mint a nyilt májsérülések. Ennek oka részben a máj szövetében, részben szöveténck könnyű szakadékonyságában, exponált helyzetében és függesztő szalagainak merevségében keresendő.

A subcutan sérülések két csoportba foglalhatók, ha a Kehr által felhozott formákat még csoportositani akarjuk. Az első csoportba azok

tartoznak, hol a rupturája, szétszakadása a májszövetnek a májburok beszakadásával is jár, a második csoportba azok, a hol a májszövet szétszakadása mellett a májburok ép marad. A mondottakból kiviláglik a két csoport között levő eminens klinikai különbség. Mert az első esetben a vérzés és az epeömlés a szabad hasüregbe, a második esetben pedig magában a májállományban történik. Ha ez első csoportba tartozó májsérülések momentan veszélyesebbek, a második csoportba tartozók annál alattomosabbak, mert a májállományban keletkezett vér- és epeömleny könnyen inficiálódik és esetleg hetek mulva oltja ki a sérült életét. E subcutan májsérülések prognosisának komolyságát mutatják a statistikák. Igy Schlatter szerint Mayer 86·6% és Kehr szerint Edler 35·0% mortalitást talált ezen sérüléseknél. A fentebb mondottak illusztrálására szolgáljon a következő eset:

V. G., 54 éves lóápoló f. é. február hó 24-dikén a mentők által a Rókus-közkórház Navratil tanár vezetése alatt álló I. seb. osztályára szállittatván, nála a következőket találták:

Gyenge testalkatú férfibeteg. Külsérülés nyomai nem mutatkoznak, de kifejezett shock-tünetek állanak fenn. Has diffuse érzékeny, nem puffadt és semmi prononcierozott localis tünetet nem mutat. Ily körülmények között, miután beavatkozásra támpont nem volt, betegnél a megfelelő tüneti kezelés alkalmaztatott. Az első viharos shock-tünetek lezajlása után azonban lassanként — napok mulva — a következő tünetek fejlődtek ki: A regio-epigastricában férfi-fejnyi, félgömbszerűleg előredomborodó, diffuse szétterülő tumor fejlődött ki, mely felett a kopogtatási hang tompa. A tumor alsó határa ki nem tapintható, az egész tumor mintegy észrevétlenül vész el a szomszédságban. A rekesz a tumornak megfelelően feltolt, a légzés nagyon megnehezitett, pulsus 100—120 közt váltakozik, a beteg többször hány, a regio epigastrica és mesogastrica érzékeny. Esti hőemelkedések lépnek fel. Ezen tünetcsoport mellett — tekintettel az előre ment traumára — két dologra lehet gondolni. Vagy egy a májban keletkezett és szétesésnek induló vér- és epeömleny van jelen, mely a májburokhoz közel foglalván helyet, a peritonealis izgatottságot kiváltja. Vagy pedig oly a bursa omentalisban lévő, esetleg gyomor-ruptura által keletkezett folyadékgyülemre is lehet gondolni, mint a minő egy hivatalbeli előde, Boros József dr. által operált esetben volt jelen. Akár az egyik, akár a másik lehetőség is forgott legyen fent, a tünetek mind fenyegetőbbekké váltak és ez okból a bemutató — Navratil tanár megbizásából — f. é. márczius hó 7-dikén laparotomiát végzett. A bal rectus rostjai közt a regio epigastricában vezetett hasmetszés megtétele után kiderült, hogy a máj ballebenye helyét egy óriási cystaszerű tumor foglalja el, melynek megfelelőleg a máj hashártyaburka a fali hashártyával össze van tapadva. A máj burka megnyiittatván kiderült, hogy a cystaszerű tumorban — a mint várható volt — véralvadék, roncsolt májszövet, régi folyós vér és epe keveréke foglal helyet. A bal májlebenyben levő ezen nagy üreg kitakaríttatott. Azután steril gazeval tamponáltatott, a hasfal részben záratott. Műtét után az összes fenyegető tünetek egy csapásra megszüntek. A nagy üreg a bal májlebenyben igen gyorsan kisebbedett, jelenleg már csak egy szűk sipolyjárat képviseli.

Bemutatott eset több szempontból érdekes: 1. A bal májlebenyben lévő subcutan sérülések egyáltalában ritkák. 2. Igen nagyfokú májszövet roncsolása mellett a máj tokja sértetlen marad. 3. Daczára a tüneteknek a műtét sikerre vezetett, a mi igazolja a modern szerzők által táplált azon reményt, hogy a jövőben megfelelő beavatkozások mellett ezen ominosus sérülések prognosisa is javulni fog.

## Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1903. évi márczius hó 12-dikén tartott rendes ülés.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Haberern J. Pál, Dapsi Viktor.**

*Elnök* megnyitja az ülést és bejelenti a következő új tagokat: Farkas Dániel, Bányai Sándor, Rosenak Miksa rendes; Kövesi Albert, Remete Jenő rendkivüli tagok.

Bemutatások:

### Készitmény bemutatása.

**Illyés Géza:** A készítmény egy betegtől származik, kinek kórtörténete a következő volt: M. J. 54 éves férfi a klinikára az I. számú belklinikáról lett áttéve 1902. október 23-dikán. Előadja, hogy 1901. szeptember havában fájdalmakat kezdett érezni jobb hasfelében, melyek főleg járáskor fokozódtak s csakhamar daganatot is vett észre. Felvételkor a jobb hasfél kitöltöttnek látszik, benne egy gyermekfejnyi, kissé egyenetlen felületü, tömött nagyobbodás tapintható, melynek felső határa a jobb bordán, befelé majdnem a középvonalig terjed, alsó határa a köldök alá megy két harántujjnyira, kitölti a hasüreget s hátra az ágyéktáj felé folytatódik.

Bimanualis vizsgálatnál a terimenagyobbodás jól átballotálható, tehát előre- s hátrafelé kissé mozgatható, de a légzési mozgásokat nem követi, felette a kopogtatási hang tompa. Vizelet tiszta, átlátszó, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Az I. belgyógyászati klinikáról az esetet vesedaganat valószinűségi diagnosisával kapták s főleg az ureter katheterismustól vártak közelebbi bizonyitékokat ez irányban. Október 29-dikén cystoskop segélyével kathetert vezettek a jobboldali ureterbe s feltolták azt a vesemedenczéig; a hólyagba állandó kathetert helyeztek s ezen át ürült ki a baloldali vese vizelete. Délelőtt 1/2 10—1-ig ürült, s a külön felfogott vizelet fagypontját meghatározva, jobb oldalon 75 cm³ vizelet távozott. A fagypontja $\Delta = 1,58$, bal oldalon 55 cm³, fagypontja $\Delta = 1,83$. 1 órakor a beteg 1 cgm. phloridzint kapott bőr alá s a 1/2 3 óráig gyüjtött vizeletben meghatároz'ák a czukortartalmat, mely jobb oldalon 0·54%, bal oldalon 1·1% volt. 2—1/2 3 óráig 3 üveg Salvator-vizet itattak a beteggel és a 1/2 óránként gyüjtött vizeletből a vesék higítóképességét akarták meghatározni. A beteg a víz egy részét kihányta ugyan, de azért látható volt, hogy mindkét vese jól képes higítani. A vizeletek chemiai és górcsői vizsgálatánál bennök semmi idegen alkatrészt nem találtak.

A külön felfogott vizeletek tehát semmi kórosat nem mutattak, a functionalis vizsgálatnál volt ugyan különbség a fagypont és a phloridzin-reactiónál a czukor %-ában, azonban ezen elváltozás kevés volt ahhoz, mely ily nagy vesedaganatnak megfelelt volna. A vesedaganat ellen szólt az is, hogy a betegnek soha spontan haematuriája nem volt, ámbár a Grawitz-féle berepedt ébrényi mellékvesecsirokból fejlődő úgynevezett hypernephromáknál, melynek a daganat tartatott, ez előfordulhat.

Végbél felől való bélfelfúvásnál a terimenagyobbodás legnagyobb része eltünt s felette dobos kopogtatási hangot kaptak. A beteg egy párszor hányt s ezért gyomorvizsgálatot is csináltak. A próbareggeli után a gyomornedvben sósavat nem, de kevés tejsavat találtak; a próbaebéd után hat órával a gyomrot üresnek találták. Mandrinos ureterkatheterrel való röntgenezést azért nem végeztek, mert a daganat haránt irányban alig volt mozgatható s azért ennek ez esetben alig lett volna czélja.

Tehát a vizsgálatokból látták, hogy egy terimenagyobbodással van dolguk, mely bimanualis vizsgálatnál jól átballotálható, vastagbélfelfúvásnál részben eltünik, felette dobos hang támad, míg a vesefunctioban az eltérés csekély. Betegnél sem véres vizelet, sem véres székletek nem észleltettek, sem bélszűkület tüneteit nem mutatta, de időnként subfebrilis volt; ezek alapján csak annyit mondhattak, hogy a terimenagyobbodás legnagyobb valószinűség szerint nem a veséből indul ki.

Dollinger a műtétet deczember 5-dikén végezte. Hátsó lumbalis metszést kezdett, melyet a köldök magasságában mellfelé irányitott, miután számitott rá, hogy a hasüreget is meg kell nyitnia. Hátulról behatolva a tumorig, a praeparáló ujj beszakad a tumor szövetébe s ebből kocsonyaszerű tömeget hoz ki, mely górcső alatt homogen kocsonyaszerű tömegnek mutatkozott. Majd a tumort szabaddá téve, látható a tumor mögött fekvő és a gerinczoszlophoz nyomott vese is, melynek mellső tokjával a daganat szorosan összenőtt, úgy hogy a vese kifejtésekor a daganaton maradt. A hasfal sebe meghosszabbitásában a rectuson át a köldökig a hasüreg elölről is meg lett nyitva s ekkor kitünik, hogy a daganat a flex. coli dextr.-ból indult ki.

A környezetből való kifejtés után a daganatot a vakbéllel, féregnyúlvánnyal, a szomszédos 5—6 cm. hosszú vékonybéllel s a colon transversum egy részével együtt eltávolitják s a vékonybélvéget a vastagbél oldalába belevarrják. Beteg a műtét utáni harmadik napon peritonitis következtében, a mi inficiált területen való dolgozás miatt könnyen érthető, elhalt. A kiirtott daganat, mely carc. gelatiniform.-nak bizonyult, körkörösen ül a bélfalon s azt kisujjnyira szükíti, de az elülső colon falnak a colon transversum felüli részén egy darabot szabadon hagy, ez volt az oka annak, hogy vastagbélfelfúvásnál a colon transversum felőli levegővel telt bélrész a daganat egy részét elfedte. A daganat nagy tömege a bél hátsó falán ült, ezért volt az hátulról átballotálható, ezért nyomta fel a vesét a gerinczoszlophoz s ezért volt a vesefunctioban csekély eltérés, viszont a középvonal felé való beterjedése volt az oka a duodenum nyomásának s ebből voltak a gyomortünetek, főleg a hányás magyarázható.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

9509/1903. szám.

Arad vármegye törvényhatósága 463/1899. sz. határozatával a m. kir. honvéd-hadapródiskolánál egy alapitványt tett olykép, hogy a bemutatási jog ezen alapitványra Arad vármegye törvényhatóságát illeti.

Ezen alapitványi hely az 1897. évi XXIII. t.-cz. értelmében szervezett honvéd-hadapródiskolák I. évfolyamába az 1903. II. tanév kezdetén betöltendő lesz.

A pályázásra jogositva vannak az aradmegyei községi illetőségü szülők, továbbá Arad vármegye törvényhatósági bizottsági tagjainak, végül a tényleges alkalmazásban levő vagy a vármegyei szolgálatban állott tisztviselőknek gyermekei, a kik:

1. Magyar állampolgárok, a mi a törvényhatóság vagy a járási tisztviselő által kiállitott honossági bizonyitványnyal igazolandó, melyben a községi illetőség s illetve az is kiteendő, hogy kérvényező az alapitványra az illetőségi viszonyon kivül álló jogczimen tarthat-e igényt?

A pályázat többi feltételei:

2. A pályázó a katonai nevelésre való, testi alkalmasságát valamely honvéd vagy közös hadseregbeli tényleges állománybeli orvos által kiállitott bizonyitványnyal mutassa ki, melyben a himlőoltás külön igazolásának mellőzése végett az is kitüntethető, hogy a himlő ellen be van oltva.

3. Képzettsége tekintetében igazolandó valamely középiskola (gymnasium, reáliskola, magyarországi polgári iskola, fiumei polgári iskola) IV. osztályának legalább elégséges eredménynyel történt elvégzése.

Ezen előismeretek igazolandók az elmult iskolai év végbizonyitványával és a folyó iskolai év I. és II. tanidőszakának iskolai értesitőjével, továbbá legalább elégséges eredménynyel letett felvételi vizsga által.

A latin vagy görög nyelvből nyert elégtelen osztályzatok nem jönnek figyelembe.

4. Ha az iskolai bizonyitványban a kifogástalan magaviseletre vonatkozó adat nem foglaltatnék, vagy ha a belépés nem közvetlenül valamely nyilvános iskolából történnék — a kifogástalan erkölcsi magaviseletről külön bizonyitvány mellékelendő.

5. Keresztlevéllel vagy születési bizonyitványnyal igazolandó, hogy a pályázó szeptember hó 1-sejére a 14 évet betölti s a 16 évet túl nem haladja.

A pályázati kérvények Arad vármegye törvényhatóságához intézve és Arad vármegye alispánjához czimezve ez évi julius hó 8-dikáig terjesztendők be, mert az ezen időn túl beérkező, avagy a kellően fel nem szerelt pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Arad, 1903. évi junius hó 24-dikén.

*Dálnoki Nagy Lajos*, alispán.

709/1903.

**A gyulai kerületi betegsegélyző pénztárnál Gyulán** (Békésvármegye székhelyén) 1903. évi julius hó 15-dikén elfoglalandó pénztári orvosi állásra pályázat hirdettetik.

Javadalmazása: 1000, azaz egyezer korona évi fizetés utólagos évnegyedi részletekben; a pénztári orvos a pénztári tagok gyógykezelésén kivül csak magán praxist gyakorolhat.

A pénztári ambulans betegek részére a rendelés délelőtt és délután egy-egy órában állapittatik meg, a rendelés a pénztári helyiség rendelőszobájában tartandó meg.

Egyebekben pedig az orvosi teendőkre vonatkozólag az alapszabályainkban előirt „ügyviteli szabály" rendelkezése intézkedik.

Bizonyitványokkal felszerelt pályázati kérvények **folyó évi julius hó 8-dikáig** Gyulán a gyulai kerületi betegsegélyző pénztár igazgatóságához nyujtandók be.

Gyula, 1903. évi junius hó 22-dikén.

Az igazgatóság nevében:

2—1 *Máyer István*, ig. elnök.

2718/1903.

A hevesmegyei XV-dik közegészségi körben üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánó orvostudorokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi julius hó 7-dikéig** nyujtsák be.

A választás folyó évi julius hó 9-dikén délelőtt 10 órakor **Parád** községben, mint a kör székhelyén, fog megtartatni.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona fizetés, 200 korona úti átalány. A körorvos tartozik 10 községből álló kerületét kéthetenként egyszer beutazni s az ez alkalommal jelentkező betegeknek és szegényeknek díj nélkül, a házaknáli látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni.

A körorvos — a fürdői idény kivételével — kézi gyógyszertár tartására jogositható.

Pályázóknak a községbeni személyes bemutatkozása kivánatos s a megválasztandó orvos állását sürgősen elfoglalni köteles.

Pétervására, 1903. évi junius hó 20-dikán.

*Drisnyey Béla*, főszolgabiró.

A vezetésem alatt álló m. kir. állami elmegyógyintézetben megüresedett egyik **másodorvosi állásra** a nagyméltóságú Belügyminister úrnak f. é. 59,591. szám alatt kelt rendelete alapján pályázatot hirdetek. Ezen állás egyelőre ideiglenesen töltetik be s további intézkedésig évi 1200 korona fizetés, I. osztályú élelmezés, egy szobából álló lakás, fütéssel és világitással javadalmaztatik.

Felhivatnak azon orvosdoktorok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú Belügyminister úrhoz czimzett, 1 korona bélyeggel ellátott s a megfelelő okmányokkal kellően felszerelt folyamodványaikat nálam **folyó évi julius hó 12-dikéig** nyujtsák be.

Nagyszeben, 1903. évi junius hó 20-dikán.

2—1 *A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.*

1755/1903.

A **Mezőkeresztes** székhelylyel rendszeresitett és lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Mezőkeresztes, Ártánd, Bors és Szt.-János nagyközségek, valamint M.-Peterd és P.-Told kisközségek.

A körorvos javadalmazása évi kettő ezer korona; a szabályrendeletileg megállapitott látogatási és vényirási díjak, azonkivül megfelelő díjazásban részesül Mezőkeresztes községben a halottkémi és húsvágatási biztosi teendők teljesitéséért.

A körorvos tartozik a körhöz tartozó községekben a községi elöljáróságokkal egyetértve megállapitandó határnapon hetenként egyszer megjelenni.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIX. törv.-czikk 143. §-ában foglalt minősitvényüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **folyó évi julius hó 10-dik napjáig** adják be. A választást Mező-Keresztes községházánál folyó évi julius hó 11-dikén d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Mező-Keresztes, 1903. évi junius hó 15-dikén.

*Cziffra Kálmán* dr., főszolgabiró.

1657/1903.

Biharmegye **Konyár** nagyközségében megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely állásnak javadalmazása 1200 korona, természetbeni lakás, minden egyes látogatásért földdel biró gazdától 80 fillér, napszámosoktól pedig 40 fillér (a községi szegények ingyen gyógykezeltetnek) s végül halottvizsgálatért 80 fillér, ezennel pályázatot hirdetek s a választás megtartására határidőül folyó évi julius hó 19-dik napjának d. e. 10-dik óráját kitüzöm.

Felhivom ennélfogva az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43 §-ában előirt képességüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alólirotthoz **folyó évi julius hó 18-dik** napjáig annyival inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1903. évi junius hó 16-dikán.

3—1 *Fráter Barnabás*, főszolgabiró.

**Egyéb üresedésben levő állások.**

| Lejárat | Állás | Hely | Fizetés | Czim |
|---|---|---|---|---|
| jun. 28 | körorvos | Monostor | 1400 k., 200 k. lakbér | Pongrácz fszbiró, Vinga. |
| „ 30 | közs. o. | Bács-Földvár | 1600 k. | Balaton Gy. fsz. Obecse. |
| „ 30 | körorvos | M.-Valkó | 1000 k., 400 k. úti átalány, 200 k. lakbér | Kertész főszolgabiró, Bánffy-Hunyad. |
| „ 30 | kórh. s. o. | Nyitra | 1400 k., lakás, nyugdij | Markhót alispán, Nyitra. |
| „ 30 | körorvos | Vaál | 1111 k. 27 f. | Vuits fszbiró, Vaál. |
| „ 30 | bányao. | Ferenczfalva | 2400 k., gyógytár | Martinek igazg., Bpest, Teréz-körút 24/b. |
| julius 1 | közs. o. | Kúnbaja | 1200 k. | Szuntrély Lipót főszolgabiró, B.-Almás |
| „ 8 | gyermekkórh. s. o. | Pozsony | 1200 k., lakás, élelm. | Dr. Kovács György igazgató-főorvos |
| „ 10 | járáso. | Heves | 1110 k., 600 k. úti át. | Kállay Z., főispán. |
| „ 10 | közs. o. | Mélykút | 1600 k. | Szuntrély Lipót főszolgabiró, B.-Almás |
| „ 12 | körorvos | Szil.-Nagyfalu | 1200 k., 600 fuvar, 200 k. lakbér | Nagy G. főszolgabiró, Szilágy-Somló. |
| „ 15 | körorvos | Maros-Illye | 1000 k., 500 k. utaz. át. | Goró Endre főszolgabiró, Maros-Illye. |
| „ 15 | körorvos | Alsó-Jára | 1000 k. | Ferenczy J. fszbiró, Alsó-Jára. |
| „ 20 | körorvos | Nagy-Somkút | 1200 k. | Főszolgab., N.-Somkút. |

## HIRDETÉSEK.

**Dr. HASENFELD OSCÁR** nőorvos **Franzensbadban**

**fürdőorvosi működését május 15-től ez idén is folytatja és szivesen szolgál a fürdőt illető felvilágositással.**

**Lakás: Neuquellstrasse, Uhland.**

# Iglófüred.

**Klimatikus gyógyhely. — Vízgyógyintézet. — Nyaralóhely.**

Vasúti állomás Igló (Kassa-Oderbergi vasút) Szepesmegyében, 580 méter magasságban a tenger szine felett, nagy kiterjedésü fenyvesek közepette, pompás sétányokkal. Tükör-, kád- és fenyőfürdők. Villanyozás, massage. Kiválóan alkalmas gyógyhely ideggyengeség, légzőszervek bántalmaiban szenvedőknek, üdülők részére. Jó konyha, mérsékelt árak. Zongora, olvasóterem. Lawn-tennis.

Fürdő-évad: **Május 15-től szeptember végeig.** Az elő- és utó-évadban tetemes árleengedés. Fürdőorvos: **dr. Neubauer Lajos.** Posta- és távirdaállomás helyben. Utazás: Budapest—Kassa—Igló, vagy Budapest—Ruttka—Igló.

**Prospektussal szolgál a**

***fürdőigazgatóság Iglófüred.***

**Marienbadi Zander-intézet.**

Modernül berendezett intézett svéd gyógygymnastika, massage, **vill. fényfürdők, száraz-forró légkezelés;** a marienbadi kúrák kitünő kiegészitése.

**Tulajdonos és orvosi vezető: Med. Dr. Eduard Kraus.**

**CONTRATUSSIN**

(Elixirium Thymi „BAYER".)

**Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen**

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készitő

**BAYER ANTAL gyógyszerész,**

BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér.

**Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.**

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap“ 26. számához. 2. SZ. Budapest, 1903. junius 28.

# GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

Szerkesztik: TÓTH ISTVÁN dr. egyet. magántanár és TEMESVÁRY REZSŐ dr. egyet. magántanár.

TARTALOM: *Csiky János*: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos egyet. ny. r. tanár, magy. kir. udvari tanácsos. A méhüreg vaporisatiojáról. 23. l. — *Scipiades Elemér*: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos egyetemi ny. r. tanár, magy. kir. udvari tanácsos.) Néhány adat az újszülöttek vérphysiologiájához az első 10 életnapon. 31. l. — *Wenczel Tivadar*: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János, egyetemi ny. r. tanár.) Két magas fogómütét Tarnier-féle fogóval. 39. l. — *Konrád Jenő*: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos ny. r. tanár.) Tubatuberculosis esete. 40. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. 41. l. — *Irodalomszemle*: I. Könyvismertetés. 49. l. — II. Lapszemle. 50. l. — III. Bibliographia. 53. l. — Congressusok. 54. l. — Vegyesek. 54. l.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. női klinikájáról (Igazgató: Tauffer Vilmos, egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)

## A méhüreg vaporisatiojáról.[1]

Irta: *Csiky János* dr. tanársegéd.

A régi orvosok is jól tudták, hogy a túlhevített vizgőz edző, étető hatását felhasználhatják a therapiában úgy, mint a tüzes vasat s akár a túlságosan, akár a renyhén sarjazó, egészségtelen szövetet produkáló sebet hasznosan kezelhetik vele. A XVIII. század vége felé vérzéscsillapító hatását emelik ki s a parenchymás szervek vérzését kizárólag így csillapitották. Az épen elmult század első évtizedeiben *Rust* emliti fel újra edző hatását; ő azt találja, hogy a gőz edzése után maradnak a legtisztábban sarjazó sebfelületek.

*Snegirjew*, moszkvai tanár, ajánlja ujra az edző meg vérzéscsillapító hatása miatt a méhüreg belső felülete kezelésére; ő igen jó eredménynyel használta fel e czélra a forró viz gőzét. Ujságként fogadják ezt az ajánlatot, a mely pedig a méhűri kezelések számát emelné, ha beválnék a gyakorlatban. Kevés amúgy is az ily gyógyitó eljárás és eszköz, s köztük is csak a *curette* jelentősebb. Egyéb eszközeink ugyanis a chemikáliák köréből kerülnek ki, s ezért nem határozhatjuk meg előre, vajjon oly fokú hatást érünk-e el velük, a milyenre ép szükségünk van. Egyszer az edzés foka nem elegendő, máskor meg több a kelleténél. Ha tehát az új ajánlat beválik, még mindig csak párja akadt a curettenek.

*Vaporisatio*-nak nevezi el *Snegirjew*; eleinte csak öt sikeres esetet, majd néhány százat közöl, mind igen szép gyógyulási perczenttel. Oroszul közli első eseteit, s igy csak Oroszország vett róla tudomást, bár a nemsokára *német* nyelven megjelenő czikk sem ösztökél sokakat a próbálkozásra.

*Pincus*, danzigi gyakorló orvos végre *1895*-ben *hét esete* kapcsán kiváló gyógyeszköznek ismeri el s melegen ajánlja is a szakkörök figyelmébe. Ezzel s következő számtalan czikkével *Pincus* a vaporisatio leghivebb szószólója lesz s lelkesitő agitálása, reformáló törekvései fel is keltik a műtét iránt a megérdemelt érdeklődést.

A műtét *eszköze* ez időben a *Snegirjew* egyszerű kazánja volt, a melynek gőzvezető csövén a méhbe helyezett canulebe s ezen át a méh falzatára jutott a forró gőz s kifejtette rajta vérzéscsillapító, edző hatását.

Szükségesnek mutatkozott, hogy tökéletesebb legyen az az eszköz, a mely ezt a veszedelmes agenst fejleszti; *Pincus* ezért első (primitiv) kellékként *szeleppel* látta el a kazánt, a melyben 115—120 s magasabb fokú, tehát túlhevített gőzt fejlesztünk. A *hőmérő* meg megmutatja, hogy milyen fokú gőzt merjünk beengedni abba a kényes szervbe, a méhbe; fontos ez a betegek jövendő sorsára is.

Mindezek s főleg az *instrumentarium* terén végzett igazán praktikus, okos módositásai támadásoknak teszik ki *Pincus*-t annál is inkább, mert feltételezett hiúságán kivül egymást követő sajátos, rhapsodikus, a rendes német stylustól nagyon eltérő irályú czikkei jó élesen szelik ellenfeleit. Pedig az való, hogy ezt az eljárást ő emelte a tudományos megbizhatóság mai fokára, s kár, hogy ép az emlitett sajátosság akárhányszor indit mosolygásra bennünket!

A *Pincus* eszköztára végre igy alakult ki: *kazán hőmérővel* és *biztositó* szeleppel, belőle gummicsövön át a *canulebe* s a méhűrbe jut a gőz. Kétféle canulet használ s ajánl; az egyik az *atmokauter*, *az atmokausis* eszköze, (gracilis *Bozeman Fritsch*-féle double courranthoz hasonlit) kis likacskákkal s hosszanti keskeny két nyilással van ellátva, a másik a *zestokauter* a *zestokausis* czéljait szolgálja s nincs rajta nyilás, tehát csak a gőz keringhet benne. (*Ζεστότης, ἡ* = forraló hő, *ζέειν* = főzni; *ἀτμός, ὁ* = gőz; *καίω, καίω* = égetni.) Leghasznosabb módositása a *cervix védő*, a melylyel *Pincus* a canulenak azt a részét boritja, a mely a nyakcsatornában fekszik, úgy, hogy szabadon csak 3—4—5 cm.-nyi végrészlete marad, az *uterinalis rész*. Anyaga a *fibre*, *celluvert* (*Fibrestoff*) oly rossz hővezető, hogy teljes bizonyossággal nem érheti hőhatás az érintkező részletet. Fontosságáról szó lesz még. *Snegirjew* az *atmokausist* végzi csak, súlyt egyáltalán nem helyez a cervix védelmére.

A hőmérővel s oly kisérletekkel, a melyek alkalmasak voltak a behatás *fokát* demonstrálni a mélybe, lehetővé vált már előre, teljes pontossággal meghatároznunk, hogy a bennünket foglalkoztató esetben mennyi időn át és mekkora hőfokon áramoljék be a gőz. A kisérletek módja az volt, — *Pincus* és legtöbbször *Kahn* végezték — hogy oly uterusokat vaporizáltak meg, a melyek már ki voltak jelölve a teljes kiirtásra. A műtét után nyert készitmény nem csak a keresett kérdésre felelt, hanem megmutatta azt is, hogy a gőz elég egyenletesen hat a felület minden egyes kis pontjára, feltéve természetesen, hogy részarányos s elég sima a méh belső felszine. Megnyugtat minket e tény azért, hogy nem kell az egy oldalú, főleg a nagyon is mély edzés káros utókövetkezményeitől félnünk.

Nagy vonásokban ez a különbség a *Snegirjew* alapvető eljárása s *Pincus* tökéletesitésre törekvő kisérletei folytán javitott módszer között. Tény, hogy *Snegirjew* nem számithatta ki előre bizonyossággal, mint mi ma *Pincus* nyomán, eljárása következményeit. Mi a gőz *adagolása* birtokában vagyunk.

*Pincus*-nak hamar sok, pro és contra vitázó követője akadt, a kik jókora irodalmat teremtenek ez eljárás körül.

Mellőzve e „Sturm és Drang“ kort röviden constatáljuk, hogy nagyon széles körben terjedt el a vaporisatio. *Panecki*,[12] *Jaworski*,[10] *Dührssen*,[14—16] *Kahn*[13] stb. stb. mellett oly egyéniség, mint *Fritsch* vagy *Fehling* sem tagadja e műtét jelentőségét; előbbi *tankönyvében* nagy jövőt is jósol neki. *Pit'ha* ellenmondásokkal teli referadáján s *Flatau*-on[17] kivül nagyban gyakorolják *Gerich*[19] (Riga), *Stapler*,[20] (St.-Paulo, Brazilia), v. *Steinbüchel*[22] (Graz), *Stöckel*[22] (Bonn, *Fritsch*-nél), *Schlutius*[24—29]; újabban igen behatóan s tárgyilagosan *Hammerschlag*[30—33] (Königsberg), a Winter anyagából ir le szép gyógyulásokat. Lassankint oda jut a vaporisatio, hogy egész Európában, Amerikában csaknem minden klinikán elismerik jogait s gyakorolják is.

Természetes, hogy ily fellendülés idején sokan és sokat operálnak; a sok operálás kapcsolatban a gyakorlatlan kezekkel volt tán az oka az első áldozatoknak. Halálos, szeren-

[1] Előadás a Budapesti kir. Orvosegyesület 1903. május 23-diki ülésén.

csére csak egy ismeretes, a mely a *Treub* (Amsterdam) klinikáján történt. Perforatio totalis uteri s következménye a septikus, purulens hashártyagyuladás okozza az exitust. *Van der Velde*,[17] az assistense számol be róla; ez a halálos végű eset az oka, hogy *Treub* azóta sem vaporizál többé! Pedig nem a műtét rovására esik a balsiker, mert maga *Van der Velde* elismeri, hogy egyik elemi cauteláját nem tartották be, t. i. a canulet nem húzták kissé vissza a méh fundusától, s igy a hegye lassankint be is, át is hatolt a falzaton.

Közölnek oly eseteket is, mint a *Weisz*-é,[28–29] a mikor túl lőttek a czélon s megszabaditották ugyan a fiatal nőt vérzésétől, de az *amenorrhoea* árán. Ez az első ilyen baleset, a mely közlés tárgya. *Weisz* azonban nem veti el az eljárást, hanem tovább gyakorolja; ennek folytán már a következő közleményében sok gyógyult esetet sorol fel; megvallja, hogy egyes szabályokat nem ismert, a melyek tudatában ma már efféle szomorú tapasztalást nem fog megérni.

Jellemzi a fellendülés fokát, hogy *Pincus* neves orvosok észlelete alapján *833* esetet referálhat *München*-ben, a német orv. és term. búvárok congressusán. (1899.) Körülirja e sok eset alapján a *feltételeket*, *javalatokat* s megadja az eljárás *helyes kiviteli módját*. Általán minden néven nevezhető méhűri vérzés *specificumá*-nak tartja, de kiemeli azokat a súlyos eseteket, a melyeket csak nagy műtét árán lehetett volna gyógyitani, t. i. a mikor hysterektomiát, castratiót helyettesitett s kitünő állandó gyógyulással is járt úgy, hogy az ilyen eseteket csak a vaporisatio sikertelensége után volna szabad hysterektomizálni vagy castrálni; a czélja ugyan mindegyiknek a definitiv vérzéscsillapitás, de mekkora a különbség a műtétek jelentősége között.

Viszont fiatal nők rendetlen nemi functioját a vaporisatioval rendbe hozhatjuk úgy annyira, hogy periodikus vérzésük e műtét nyomán teljesen normális módon jelentkezik.

*

Klinikánkon *1898 május közepén történik* meg az *első* vaporisatio; Tauffer tanár végzi.

Ki kell emelnem, hogy már első műtétünk javalata is abból a körből került ki, a mely úgy szólván nélkülözhetetlenné teszi a műtétet; nem is tértünk el ettől az elvünktől egyszer sem, s tovább is csak szigorú elbirálás után, válogatott súlyos esetekben alkalmaztuk, ha már minden egyéb módszer cserben hagyott.

Nem hagytuk el a régi, jó *curettet*, mint külföldön, főleg Németországban sokan. Évtizedek alatt a gyógyult betegek ezrei tanusitják, hogy mily jótékonyan gyógyító eljárás a curettage; de pár esetben ki kellett egészitenünk a hatásosabb gőzöléssel. A betegség foka túlhaladja úgy szólván a curette hatása erejét, a vaporisatio, mint sokkal hatalmasabb erejű agens megküzd mégis a betegséggel.

Ugy látszik tehát, hogy valamelyes viszony van e két eljárás között; e viszonyt meg kell ismernünk, hogy kitünjék, vajjon *önálló-e* a javalati körük, vagy csak *kiegészitik* egymást. Mily alapokon nyugszik *hatásuk*; elvessük-e hát, s melyiket a kettő közül, a curettaget-e, vagy az ujonan ajánlott vaporisatiót.

Ezt a viszonyt kettejük között mutatják s meg is határozzák ama súlyos vérzések, a melyek semmi módon sem gyógyithatók, legalább ismeretes eszközeinkkel, módszereinkkel, tehát a curettage-zsal sem: *csillapithatatlannak* mondjuk mármár őket; a vérzést okozó genit. megbetegedés oka legtöbbször a *metritis chron.*, a mely pedig annyiféle, számtalan sok aethiolog. alapján fejlődik ki, tehát egyedül a tünet közös. Máskor meg sem elméletekkel, sem tényleges elváltozások felismerésével, tehát patholog. alapon sem tudjuk okát találni a vérzésnek, s ezért meg kell elégednünk theoretikus magyarázatokkal.

*Itt a határ a két operatio között.*

*Első* eszközünk a curette volt és lesz a vérzéscsillapitásra, de fenmaradnak a jelzett, a curette-hatással megküzdő esetek, a melyeket hiába curettezünk akár ismételten is! Itt kezdődik a *másik* eszköz szerepe, ez megküzd velük úgy, hogy tartósan meggyógyitja a betegeket. De a vaporisatio hatását úgy felfokozhatjuk, hogy a vérzés az endometrium teljes *elpusztulása árán* marad el; ilyenkor nem hagy regeneratiora képes mirigyes meneteket.

Azt hiszem tehát, hogy nem csalódunk ama felfogásunkban, ha mind a két módszert *önálló* vérzéscsillapitónak ismerjük el; közöttük pusztán *fokozati* különbség van a behatás erejében, enyhébb ható erő a régi, az új több oldalról támadja meg a beteg méhet.

Nem helyes hát, hogy *Pincus* tovább is megy, s *Fritsch*-re, az ő előkelő gyámolitójára hivatkozva *nem ismeri el*, hogy a *curette* önálló *vérzéscsillapító*, mert hatását egyébb szerekkel (chemiaiakkal) kell pótolnunk, kiegészitenünk. Csak jobb talajt teremt — szerinte — a letisztitott felület alakjában azoknak az edző anyagoknak, a melyek a vérzést csillapitják, majd meg serkentik a nyálkahártya regenerálódását.

Ez az állitás csak könnyedén el nem fogadható; hiszen számtalan eset tanusitja, hogy lekaparás után mindjárt meg is szünik a vérzés, bár mi semmi módon sem kezeltük utána a méhet; sőt pl. ép abortusok után nem is szokásos okvetetlenül ily edző anyagot, jodot bevinni a méhűrbe sem a lekaparás után, sem utólag, a reconvalescentia idején. A vaporisatio ellenben definitiv vérzéscsillapító! Hivatkozunk az épen jelzett *fokozati* különbségre a hatásban, a melylyel megleljük a magyarázatot. Szóval: a maga körében mind a kettő a vérzést is megcsillapitja, *a curette a kisebbet*, emez *mindegyiket*.

Ennek az erősebb factornak erősebb hatását *Pincus* és *mások* nyomán *közvetlen* és *közvetett* okokkal magyarázzuk. *Közvetlenül* a magas, 100°-os hő hatalmas inger a méhre, az is közvetlen hatás, hogy a szövetek a gőz lecsapódó, *condens* vizét oly mohón veszik fel, hogy csak alig vezethet le az elvezető cső. A közvetleneknek segitségére vannak a közvetettek, igy főleg a *méhösszehúzódások*. A néha nagyon *bő folyás* valósággal kimossa s lehordja a méhfalakban meggyülemlett káros anyagokat, s igy ad alkalmat a szövetnedvek és a *vér rendes* cserélődésére. Kitünő gát mindennemű *infectio* felhaladása elé az a *jó granulatiós felszin*, a mely a pörkleválás nyomán béleli a méh belső szinét.

*

Tájékozódtunk nagy vonásokban műtétünk mibenlétéről s lényegesebb tudni való részletekről.

Eseteink ismertetése előtt fel kell emlitenünk, hogy ép most jelent meg *Dr. L. Pincus*, prakt. Arzt in Danzig, jókora kötete: „*Atmokausis u. Zestokausis* etc.“ a czime. Lehető széles mederben tárgyalja e műtét minden kicsi, vagy nagy viszonyát. Átmokausisa teljesen kikristályosodott javalati körét stb. úgy ajánlja, mint a hogy mi meghatároztuk, a kik — mint fennebb mondtam — már 1898-ban igy állapitottuk meg a műtét minden viszonyát s e megállapodásunkat keresztül is vittük. Ezeket az elveket ma szentesitik a legjobb nevű német nőorvos-operateurök; nem tettünk ennél többet, nem estünk most sem túlzásokba. Ezért van ép 5 év alatt nagy anyagunkban csak *17* vaporizált betegünk.

Eseteink rövid foglalata igy adható:

*1. F. E.*, OP. (1898. 35., III. 20.), 23 éves virgo. 15 éves kora óta *1—3 hetenkint* u. e. tartammal vérzik, majd a közti időkben is *véres fluor*. Észlelés alatt rendkivül erős vérzések. Jodinjectiók, belső szerelés, nyugalom mellett stb. *curettage* sem szünteti a 8 éves vérzést. — *Vaporisatio* (1898. IV. 28.) nark.-ban. Innen kezdve $^1/_2$ évig teljesen rendes menstr. Ekkor vm. tüdőbetegségben meghal. (Családi értesités.)

*2. K. J.-né* (1901. 246., IX. 16.), 21 éves, 3 év óta férjes. 12 éves korában jelentkező első vérzése állandóan tart, csak egy hosszabb, 3 hetes szünete volt, máskor csak 1—2 napra terjedő, de ekkor is folytonos *véres fluor*. Jodinjectiók, curettage, újabb injectiók, 10 erélyes *Apostoli*-féle vill. kezelés sem segitenek. Beteg szemlátomást esik össze. — *Vaporisatio*, nark.-ban, a mikor kis, retrovertált, szabad uterust találunk szabad környezetben. (1901. X. 19), 100°—45″-nyi tart. hat a gőz. — Utókezelés 13 nap, 4 méhűri mosás, hüvelyi irrig. naponta. Gyorsan jut erőhöz, 1901. XI. 3-dikán megy el menten minden vérzéstől. 1902. XII. végén irja, hogy *teljesen jól* van, norm., 2 n. menstr.

*3. J. P.-né*, VIIP., közte 3 ab. (1900/17., XI. 15.), 37 éves, férjes. 11 éves kora óta bő, r. menstr. 9 hó előtt 18 n. vérzés. Curettere 1 havi szünet. *Nark.*-ban: Rendkivül

hájas, vastag hasfalon át valamivel nagyobb, szabad méh, elég jól mozog; Douglasban pár köteg, lobnak nyoma sincs. Lamin. digit. intraut. vizsg. negativ. *Curette.* 3 jodinj. Endomtr. mikrosk. vizsgálata malignitasra szintén negativ. Semmi reactio, még ismételt (3) jodinjectiokra sem, de a *vérzés nem szűnik.* Ujra lamin. és Hegar-féle tágitás után *nark.*-ban vizsgálva *leletünk előbbivel egyező.* 1900. I. 29. — *Vaporisatio* 108°—50″. Lefolyás: 13-dik napig *zavartalan.*

*14. n.* T. 38·1, P. 96.; d. u.: 37·1—100. Urticaria. Bevont nyelv. Borzongás.

*15. n.* 39·2—112; hányási inger. Hasi érzékenység, kevés pang. fluor. *Hidegrázás:* 39·4—116. Közérzet kielégitő.

*16. n.* 38·3—102, 38·8—104. D. u. 1 órás hidegrázás. Urtic. eltünik. By.: *Douglasban képlet, mely a retrofl. uterus benyomását teszi.* Érzékenység.

*17. n.* 38·2—102; 38·8—106. Sp. szék; fájd. kevés; *hidegrázás:* 39·1—102.

*18. n.* St. idem.; jó közérzet. *Bv.*: a hasi érzékenység engedett. A Douglasban levő képlet az uterust mellfelé tolja, *porczkemény, tömött intraperitonealis. Genyedésre való tünet abs.* hiányzik.

*19. n.* 38·3—98; 39·2—102. St. idem.

*20. n.* este 10° *hirt.* erős hasi fájd. között *rosszul* lesz; 40° 130—140; kifejlődik a peritonitis sept. acut. (purul.) és *17 óra mulva mors.*

A nagyon pontos klinikai észlelés arra vall, hogy infectio folytán keletkezett Douglas-tályog megrepedése történt; a nyomán járó peritonitis 17 óra alatt lethalis. Kétes, vajjon honnan került az infectio a szervezetbe, vagy már *jelen volt* sactosalp. purul. megrepedése volt ennek a fulm. gyuladásnak oka. Bonczolás nem engedtetvén meg, klinikai észleleteink mind arra utalnak, hogy első feltevésünk a valószinű. A tárgyalás folyamán visszatérünk ez esetre.

*4. L T.-né*, IVP., (1901. 37., I. 16.), 38 éves, férjes. Négy év óta (utolsó P.), 3 hóra 2—3 hetes vérzés; *curettagera* 3 heti szünet, majd 1—2 hetenkint u. i. tart., rendkivül heves vérzés áll be. — *Nark.*-ban: Nagy tömött, egyenes állásban levő, szabad méh. — *Vaporisatio*: (1901. V. 21.), 107°—35″. Utókezelés 15' napja alatt 2 méhűri, naponta hüvelyi irrig. Távozáskor *teljesen jól.* Levéli kérdezőskedésünkre: $^1/_2$ é. még 3 hetenkint 3—4 n. vérzés, ettől fogva norm. viszonyok; igen jól van, (1902. X. 20), most 4 hetenkint, 4—5 n. menstr.

*5. K. S.-né*, 0P. (1900/185.; V. 17.), 29 éves, férjes. Két év óta vehemens-rdtl. vérzés. Belső kezelés, *curettage nark.*-ban: méh egyenes állásban, szabad körny., szab. mozog. Méhűr belfelülete sima, falzat rigid, vastag. — *Vaporisatio*: 107°—45″. (1900. V. 22.) Utókezelés 19 n., 6 m.-űri mosás. 15. n.-tól semmi fluor; „ez évek óta meg nem történt vele“. 1902. XII. irja, hogy semmi baja, *norm. menstr.*

*6. St. A.-né*, VIIP., (1899. 103.; IV. 18.), 28 éves, férjes. 4 év e. 4 egymást köv. abort. miatt vehemens vérzések. *4 curettage.* Kevés javulás. 2 év óta 2 hetenkint 5—8 n. vérzés. (Néha orron át vicariáló menses. Hysteria.) Beteg minden kezelés (fürdőzés, roborálás, stb. stb.) daczára vérzik, szemlátomást esik össze megfigyelésünk alatt. — Bv.: Alig nagyobb, teljesen szabad, jól mozgó méh. Az 5. curettage sem hoz javulást. — *Vaporisatio*, in nark. (1899., V. 5.) *110°—45″.* Utókezelés m. űrimosások, irrigatiókból áll. Távozáskor (28. n.) jól, *cervix jól átjárható a belső méhszájjal együtt,* vérzés, folyás *nincs* (1899. VI. 3.). U. e. évi X. 18-dikán bejő s elmondja, hogy X. 8-dikáig *folyton vérzett. 1900. VI. 12.* újra bejő; rendetlen vérzések ez év elején, 6 hónapja szüntek meg, s azóta semmiféle vérzése sem volt. Szédül olykor, fáj a feje, de súlyosabb castratiós tünetei periodice *nincsenek.* Vizsg.: kis, szabad, (nem gravid) méh anteflectált, *méhszáj átjárható. — 1903. I. 18-dikán* kérésemre bejő. St. idem. Menstr. idején türhető ideges stb. panaszok. K. méhszáj uterus-sonda fejnyi, már a nyakcsatorna vékony sondát sem enged be 2—2$^1/_2$ cm.-nél tovább. A *méhűr obliterált.* R. Ovarial tabl. — 1903. IV. 22. St. i., ovarialra semmi változás.

*7. B. S. J.-né*, VP., (1901. III. 19.), 9 hó óta folytonos, 5—6 heti közökben oly vehemens vérzés, hogy *ájuldozik.* Beteg teljesen leromlott, hydraemiás, kachekt. küllemű. — Bv.: uterus egyenes állásban, nagy, kemény, rigid. Portio rendkivül túltengett; 5 korona nagys. erosio, a mely nagyon vérzékeny. Hegar-dilatatio után rendkivül sok és vastag hypertr. nyálkahártyát távolitunk el, *a mire oly óriási vérzés* áll be, melyet therebenth. tamponade-dal is csak alig tudunk megszüntetni. Mikrosk. vizsg. malign.-ra *negativ* a portio-ékből is, a nyálkahártyából származó készitményeken is. — E curette mitsem javit. 1 heti véres fluor után oly óriási, abundans vérzések jönnek, a melyeket minden eszközünk segélyével is csak alig tudunk megállitani; a beteg meg tökéletesen leromlik; *vitalis* indicatio alapján kell beavatkoznunk. Mielőtt az igazán rossz prognosist adó radicalis operatiót végeznők, mint utolsó mentőböz, a *vaporisatiohoz* fordulunk. A gőz 110°—30″ hat be, (1901. IV. 27.). Utókezelés 27 napig tart el. Vérzés absolute nincs, s a beteg napról napra örvendetesen gyarapszik, jól eszik, iszik, kedélyi élete felélénkül s jócskán megjavulva megy haza, a honnan kérdésünkre 1903. jan.-ban irja, hogy *10 kg.*-ot hizott, bár erős tüdőhurutja kinozza. Egy évig 4—5 hétre volt 2 napos kevés vérzése, azóta teljes *amenorrhoeája van.*

*8. Cs. J.-né*, 46 éves, IP., (1900. V. 29., magánbeteg), férjes. 3 év óta 3, majd 2 heti közökben súlyos, 5—6 n. vérzés. — *Bv.* Nagy golyószerű lapszerűen lenőtt, fixált, retroflectált méh, nem jól emelhető. Curette (1 é.) múló javulással; de mind vehemensebbek a vérzések. — *Vaporisatio* (1900. V. 29.) 25″—105° (in nark.). — Utókezelés pusztán irrig., 10 n., — 1903. elején találkozva vele elmondja, hogy $^1/_2$ é. 6—8 hetes, kevés, majd 2 havonkint, de erősebb vérzései vannak. Most 3—4 hó óta teljesen rendben. (1$^1/_2$ é. e. 5 operatióval járó typhlitist áll ki, ezt követik a bővebb vérzések.)

*9. R. D.-né*, 0P. (1899. II. 1., magánbeteg), 9 év előtt hydrosalp. salpingotomia. 6 év előtt térdizületi metastasissal járó igen súlyos acut gonorrhea. Eleinte genyes, nyákos fluor, majd csaknem állandó, erősödő vérzés. Szakférfiak minden egyéb mód mellett 2 curettage-zsal kezelik, javulás nélkül. Uterus nagy, vaskos, tömött falú, cerv. részlete kevéssé megkötött. *Vaporisatio* (nark. 1899. II. 1.), 108°—43″-ig. — Utókezelés norm. Azóta *amenorrhea.* 1902. XII., beteg teljesen jól, kifogástalan állapotban.

*10. S. K.-né*, (1901. IV. 10.; magánbeteg), IIP., férjes. 8 év óta tartó igen bőséges vérzéseit több curettage stb. sem szünteti. Nagyon rigid méh, a mely rugalmasságát teljesen elvesztette, egyenes állásban, szabad környezetben foglal helyet. *Vaporisatio narkosis nélkül* (1901. IV. 12.), 110° *1 teljes* perczig. *Amenorrhoeát* czéloztunk s értünk is el. — Az utókezelés bizonyitotta, hogy mily terjedelmes *szövetroncsolást* idézhetünk elő a gőzzel, mert a 4—5-dik naptól tenyérnyi széles rongyok alakjában távoztak a nekrotizált rétegek palaszürke, piszkos részei. Több méhűri mosás, zavartalan gyógyulás. Jelenleg (XII. 1902.) irja, hogy „teljesen jól van, ily boldog sohsem volt“. *Amenorrhoea.*

*11. T. E.-né, 53 éves, VP.* (magánbeteg, 1901. V. 8.). Mintegy 9—10 év óta tartó rendetlen, rkivül bőséges vérzései ma már életét veszélyeztetik; a megfigyelés alatt tényleg olykor az acut anaemia határára jut, bár most is, régen is minden kezelésen túlment *kiváló* szakemberek részéről. 2 curettage. *Vaporisatio*, narkosisban, *110°—45″*-ig. Rendes lefolyás a szokott utókezelés mellett. Azóta *teljes amenorrhoea.*

*12. K. Gy.-né*, 35 éves, IIP. + 2 ab. (1902. 137., XII. 9.), férjes. 2 év e. 2 ab., ezóta igen abund., rendetlen vérzések heteken át. 5 *curettage* klinikánkon és poliklinikumunk részéről alig segit állapotán; chron. anaemia. Jelenleg utolsó r. menstr.-ja óta — hat hete — folyton s mind erősebben vérzik. Nov. 31-dikén (1902.) 6. *curettage eredménytelen;* szöveti mikrosk. vizsg., valamint méhűr kitapintása negativ. A méh igen nagy, rugalmatlan, vaskos falú, hátsó lapjával megkötött retroversio-flexioban. Ezért 7. curettage után nark.-ban *vaporisatio, 110°—35″*-ig. Utókezelés a szokott néhány méhűri és rendszeres hüvelyi mosásokból áll. Megfigyelésünk alatt áll; eddig — 5-dik hó — teljesen jól.

*13. V. A., 1 ab.* (1900. 114., V. 15.), 23 éves, hajadon. 1$^1/_2$ év e. ab.-a óta 18 naponkint 6—8 napos erős vérzés. Kórházi

kezelés ($2^1/_2$ hó) után jő be hozzánk 1 évre az ab.-ra. Alig nagyobb méh egyenes állásban, vastag a fala, szabad környezetben, szabadon mozog. *Curettage* (1900. VI. 24.) alkalmával hypertr. van jelen. $5^1/_2$ hétre újra oly fokú vérzés áll be, hogy a leggondosabb ápolás és szerelés mellett is ájuldozik, anaemia acuta határára jut. *Vaporisatio* negativ intraut. és histologiai vizsg. után nark.-ban (1900. V. 9.) 103° 30″ ig. 5 hó mulva jelentkezik kitünő szinben; 2 hó után mérs. 3—4 n. menst. jelentk., azóta e typus meg is maradt.

*14. Z. J.-né*, IVP. (1901. 136., X. 23.), 39 éves, férjes. 2 év előtti korai ab. óta folytonos, igen bő vérzése *5 curettage* után sem szünik meg. Nagyobb antefl. méhe szabad teljesen. Narcosisban méhüri vizsg. negat. *Vaporisatio* 105°—50″-ig. Utókezelés 6 m. ü. mosás stb. 15 n. m. megy ki. 1902. XII. kérdésünkre feleli, hogy teljes *amenorrhoea* mellett kitünő állapotban van.

*15. E. J.-né*, XIP. (1900. 82., V. 14.), 41 éves, férjes. A XIP. között 7 az abortus, utolsó 7 hónapja, utána — vérzés miatt — *curette* a klinikán, és ez az *5. curettage*, a melyben előző sok abort. miatt részesült. Jelentékeny javulás nem mutatkozik sem ezekre, sem a folytonos, gondos kezelésre, úgy ,hogy ma már a chron. anaemiáig jut. — Nark.-ban: nagy méh, tág űrtérrel, vaskos, rigid falakkal, anteflexióban, szabad. *Negativ intraut.* és *szöveti* lelet. *Vaporisatio* (1902. V. 18.) narc.-ban, 102° C—45″-ig. Szokott utókezelés. Vérzés két hóra szünik. Ekkor *új* conceptio és *abortus* a III. hóban, a mely miatt ujabb *curettage válik szükségessé*, erre beáll a teljes *amenorrhoea*. 1903. februárban látjuk; teljesen jól van, semmi panasza sincs.

*16. Sch. J.*, OP. (1903. 168., VI. 28.), 31 éves, hajadon. 6 év óta 6 hetenként 3—6 hétig vérzik. Pár havi szünet beáll ugyan kezelésre, de a vérzés lassanként újra csak visszanyeri fokonként régi, rendetlen alakját. Jelenleg 4-dik hete vérzik. 1897. V. 2. 1897. XI. 23-án *curette* nálunk; ez utóbbi után *8 Apostoli*-féle vill. kezeléssel stb. stb. sem tudjuk vérzését megszüntetni, csak erős *vaschlorid-injectioval*. Kis méh, *teljesen rendes viszonyok* között. Intraut. digital. és szöv. vizsg. negativ lévén, *vaporisatiót* végzünk, 110° C—17″-ig, nark.-ban. Utókezelés rendes, 1 méhüri mosás. Jelenleg — $2^3/_4$ hó — *jól van*.

*17. Sz. L.-né*, OP. (1903. 103., I. 30.), 24 éves, férjes. 6 év óta vérzik; ugyanis 6—8 heti véres folyás után 2—3 heti abundáns vérzést kap, de néha már 2 hét után jő. Vidéken *4 curettaget* áll ki, a melyek után 1—2 havi javulás áll be. Nagyobb méh, reclinált, környezete s megmozgatása szabad. Vizsgálatkor csupán dús hypertrophia mutatkozott, mely szövetileg egészen jóindulatú. 3 nap mulva megint csak vérzik. ezért 13-ad napra megvaporizáljuk 110° C—17″-ig narkosisban. Utókezelés, hüvely-irrigatiók. Kibocsátáskor (1903. III. 24.) semmi vérzés, kevés savós fluor. Jelenleg: jól.

*

E 17 esetet sorolhatom fel klinikánk (s orvosai) gyakorlatából, mint a melyek tényleg *rászorultak* a vaporisatiora; egyébkor mindig meg tudtuk tartósan gyógyitani betegeinket a curettage-zsal vagy más, régi eljárásunkkal.

De az épen most adott leirás mutatja, hogy e néhány eset kezelésére igazán hatalmas eszközünk volt és ép ily eseteket tartva szem előtt jónak láttuk, hogy a figyelmet felhivjuk reá annál is inkább, mert tudtommal alig gyakorolják nálunk, és nem is referált róla senki sem; magyar casuistikus közlést sem ismerek.

Joggal kér helyet therapeutikus beavatkozásaink kisebb eszközei között, a melylyel pedig *súlyos eseteket vitalis indicatio* alapján is meg tudunk gyógyitani. Ilyenkor a beteg oly műtéttől szabadul meg, a mely sok technikai készültséget, hosszú időt kiván a megfelelő hosszú narkosissal. A kivérzett beteggel szemben ily behatás prognosisa, ha nem is infaust, de bizonyosan nagyon komoly. Legyen előtte ezért a vaporisatio a végső tefugium, a mely ily könnyű szerrel kivihető, s a mely belejut a nagy műtétek indicatio körébe és *életmentő jelentőségre* emelkedik.

*

Néhány esetünket igyekszem azon okok szerint csoportba osztani, a mely közös a megbetegedés előidézésében; könnyebb lesz áttekintenünk őket. (L. a táblázatot is.)

*Első* kis csoportunkban *három betegünk* szerepel (1., 2., 16.), 1 asszony, 2 hajadon; a panaszuk felvehető oka, fellépésének ideje, betegségük lefolyása azonos a három nőnél; mellőzve az okot egyelőre, a vérzés *fellépésének* ideje az ivarérettség első jelével, az első menstruatio beköszöntésével synchron; a lefolyás évek hosszú során át húzódik el, vagyis: véres kifolyás csaknem folyton, rendetlen és kis közökben mindinkább fokozódó bőségű vérzés, daczára minden ismert gyógyitó anyag, módszer s eszköz erélyes alkalmazásának. Kóros elváltozást, a mely megmagyarázná e súlyos jelenséget s a melyet egyszersmind megtámadhatnánk therapiánkkal, egyik betegünknél sem találunk; kettőnek anteflectált, a harmadiknak retrovertált (valószinűleg congenitalis eredettel) kis, jól mozgó, szabad méhe van. A legkomolyabb *vitalis* indicatio kényszeritett volna a castratiora, mert utóvégre sem hagyhatnók szemünk láttára elpusztulni a három nőt, de megmenekülnek a nagy műtéttől: a *vaporisatio* meggyógyitja őket.

A *metritis chron.* betegeire térünk; e megbetegedés tudvalevőleg számtalan alapon fejlődik ki; főtüneteinek egyike a genyes, majd a véres folyás, a mely lassanként vérzésekbe csap át. Az ilyen méh nagy, tömött, vaskos falú, olykor annyira gömbszerű a teste, mint a milyen a fibromyomás méheké szokott lenni; főtünetük, a vérzés is közös. Méhüri vizsgálattal kell tisztáznunk gyakorta a diagnosist. Nincsen a submucosus góczot jellemző, a méh űrtere felé benyomuló gömbsegmentum jelen, hanem *maga a méhfal vastag*, túltengett, rugalmatlan, nem hajlitható többé. A belső felület pedig durván gerendás, barázdás; sokszor a bélelő nyálkahártya maga nem is túlságosan hypertrophiás, pedig az erős vérzések ilyenre vallanak. Tehát maga *a méh izomzata, interstitiuma betegedett meg jelentékenyen*, ezt kell gyógykezelnünk s erre csak a hatásos vaporisatio hat be majd a kellő erélylyel.

Ide számithatjuk 3., 4., 5., 7., 8., 10. sz. a. közölt eseteinket, köztük a *lethalis* végűt. Ezt illetőleg megjegyezzük még, hogy *infectión* alapuló megbetegedés kellett, hogy előidézze a halálos kimenetet. Az eset leirásakor mondottakon kivül e felvétel mellett szól az, hogy a kórkép oly napokban fejlődik ki, a mikor az edzett belső méhfelület épen a legalkalmasabb mikroorganismusok felvételére, dús táplálására és felszivására. Megtörtént már a pörkleválás, de a teljes granulatio be nem következhetett még; ez a vérzékeny, nedvet dúsan elválasztó, testhőfokon álló felület jó tápláló talaj s felszivó felület. Esetünk fulminans lefolyása igazolja, hogy mily virulentiája volt az ily infectionak.

A fennmaradó öt beteg tökéletesen gyógyult. Semmi javulást sem hoz sokszoros beavatkozásunk, a *vaporisatio* egy csapásra vet véget a vérzésnek; a klimakterikus nőnél azt intendáljuk, hogy egyszer s mindenkorra el is maradjon.

Példa van a *deviatiók* közül a *retroflexio*-ra; másrészt a *gonorrhea* súlyos betege a 16. sz. asszony, a kit jónak látszik *amenorrhea* előidézésével gyógyitani meg, bár még nincs is klimaxa táján. Értesitése szerint „ily boldog sem volt még életében“ mint e műtét óta.

A *metritis chron.* csoportjához tartoznak ugyan az abortus után beteg uterusok csak az egységes kórok miatt emlitjük őket külön (6., 12., 13., 14. és 15. sz. a.). Az *endometritis deciduae* a visszamaradt peterészletekkel együtt nemcsak az endometriumot, hanem a falakat is megbetegiti épen úgy, mint a már emlitett esetekben. *Vaporisatiokor* oly czélzattal hatolunk be, hogy csak kevés glanduláris elemet hagyjunk hátra. Ezért a teljes regeneratiora sok idő kell, majd csak 2—3 hónap után történhetik meg teljesen. Nagy haszna van a méhösszehúzódásoknak a gyógyitásban; a felébredő beteg szülőfájásokat, a kik még nem szültek, görcsös fájdalmakat emlegetnek. A méhet egészségesen táplálja friss vér, a mi ezekkel a contractiókkal együtt úgy hat, hogy egyszer-másszor egészen feltűnő különbséget találunk távozó betegeink méhe összeállásában, tapintásában s nagyságában, ha egybevetjük a felvételi vizsgálat leletével.

**A II. számú nőbeteg-klinika vaporisatioi.**

| Folyó szám | Év, napló-szám, hó, nap | Név, állapot | Kor | P. | Panaszok | Előző kezelések | Felvételi jelen állapot | A vaporisatio napja, hőfoka, időtartama | Narkosis | Szükséges utókezelés | Lefolyás | Beteg későbbi sorsa. Végleges gyógyulás. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1898/35. II/30. | F. E., hajadon. | 23 | 0. | Első menstr. óta (8 é. ó.) 2—3 hetenként, 2—3 heti vérzés, vehemens, folytonos véres folyás. Jelenleg 5 hete folytonos vérzés. | 1. Erélyes belső szerelés, fürdőkúrák, (1898. IV). 2. *Curettage* (nálunk). | Kis, szabad, jól mozgatható méh (in narkosi p. rectum.) | 1898. IV/20. 100° C.; 35" | Chloroform | 3 méhűri mosás. Naponta 2 hüvelyi öblítés. | *Láztalan.* Igen erős fluor. | Távozik minden folyás vagy vérzés nélkül. Fél évig *normális* vérzésekkel. Akkor meghalt (tüdőbaj). Családi értesítés. Teljes gyógyulás. |
| 2 | 1901/246. IX/16. | K. J.-né, férjes. | 21 | 0 | 12 é. k. óta *folytonos* vérzés; (8 év!) 3 heti szünet férjhez menetelekor, különben 1—2 nap. | Klinikánkon: 1. jodinjectiók. 2. Apostoli-f. vill. kezelés (tizszer), erélyesen. 3. *Curettage.* | Kicsi, szabad, sondával könnyen előre emelhető, retrovertált (congenit.) méh. Két kicsi ov. szabad, kemény. (In narkosi) | 1901. X/8. 100° C.; 45" | " | 4. naptól 3 mosás (méhűri), 2-szer naponta hüvelyi irrigat. | *Láztalan*; igen erős fluor. pörk. *10 n.* válik le. | Levélben kérdezősködünk. Válasza: *teljesen egészséges*, 3 hó mulva 2 napi rendes menstr. jelentk. (1902. XII.) Teljes gyógyulás. |
| 3 | 1900/17. I/15. | J. P.-né, férjes. | 37 | VII | 9 hó óta 16—20 naponként 15—25 napi vérzés. | 1. *Curettage* (nőorvostól) 2. *Curettage* (nálunk) | Valamivel nagyobb, tömöttebb, szabad méh. Douglasban pár köteg. (In narkosi.) | 1901. I/29. 108° C., 50" | " | 4. naptól 3-szor méhűri mosás. Hüvelyi irrigat. 2-szer naponta. | 14 n. *láztalan*, innen *lázas 21 n. Mors* (perit. fulmin.) | *Mors* 13 n.-nyi láztalanság után. Infectio folytán sepsis purulens fulminas. |
| 4 | 1901/137. V/16. | L. T.-né. férjes. | 38 | IV | Utolsó P. ó. (4é.), 3 h. szünettel 2—3 heti, később még gyakoribb vérzés rendkivül heves. | 1. *Curettage* (nőorvos). 2. *Curettage* (klin. 1900. XII/26.) 3. Jodinjectiók stb. | Nagyobb méh, kemény, tömött, vaskos falú. Környezet szabad. (In narkosi.) | 1901. IV/20. 107° C., 37" | " | 7. naptól 2 méhűri mosás; hüvelyi irrigat. | *Láztalan*, pörk levás 6. napon. | Levélben kérdőzösködünk. *1 évig* még hevesebb, de rendes időre jel. vérzés. *Azután normális.* Teljes gyógyulás. |
| 5 | 1900/185. X/17. | K. S.-né, férjes. | 29 | 0 | 1½ é. óta 3 hetenként 4, majd 7—8 n. erős vérzés. Folytonos véres folyás. | 1. Belső szerelés állandó. 2. *Curettage* (7 hó előtt; klinikánkon). | Kevéssé retrovertált, nagyobb, tömött, de szabad méh. (In narkosi.) | 1900. V/20. 108° C., 48" | " | 7. naptól 7 méhűri mosás. Folytonos irrigat. 2-szer naponta. | *Láztalan*, 7. napon pörklevás. | 1900. XI/24. irja: nagyon hálás, mert teljesen egészséges, normális menstr. Teljes gyógyulás. |
| 6 | 1899/103. IV/18. | St. A.-né, férjes. | 28 | VI P. 4 ab. | 4 é. előtt 4-szer abort., 4-szeri curettage daczára folytonos vérzés. 2 hó óta 2 heti közökben 5 napi vérzés. (Olykor vicariáló menstr.) | 1. *4. curettage*, állandó belső szerelés, roboráló kúrák. 2. *5. curettage* (1899. IV. 27.) | Valamivel nagyobb, jól mozgatható méh. 2 kis ovar. (In narkosi.) | 1899. V/8. 110° C., 45" | " | Hüvelyi öblítések. | *Láztalan*, 5. napon pörklevás. | 1900. V/12. vizsg. 6 hó óta *amenorrhea. Atretikus méh.* Kevés panasz. Teljes gyógyulás. |
| 7 | 1901/107. III/19. | B. S. J.-né, férjes. | 43 | V | 9 hónapja vérzése 5—6 heti közökben kiválóan vehemens, folytonos; *teljesen anaemiás, szinte hydraemiás* | 1. Hosszas intrauterin kezelések otthon. 2. *Curettage* nálunk (III/28.). 3. Jodinjectiók. 4. Tamponadeok stb. mindennemű pall. therap. | Jól mozgatható, nagy méh egyenes állásban; Douglasban homályos, teljesen fájdalmatlan képlet. (In narkosi.) | 1901. IV/27. 108° C., 30" | " | Hüvelyi öblítések; 7 méhűri mosás a 7. naptól. | *Láztalan.* Pörklevás 6—7. napon. | 1902. II/11. Kérdésünkre: Igen jól van; daczára erős tüdőhurutjának *10 kg. hizás.* 1 évig 2 n. menstr. Azóta *amenorrhoea.* Teljes gyógyulás. |
| 8 | 1900. V/29. magánbeteg | Cs. J.-né, férjes. | 46 | I | 3 é. óta 3 hetenként, majd ½ é. óta 4—6 nap *igen abundans* vérzés 2 hétre. | 1 é. előtt intraut. vizsg. negat. Felemelési kisérl. szintén. U. e.: *curettage.* Jodinjectiók. | Mérs. nagyobb, tömött, gömbszerű méh retrofl.-ban, lapszerűleg lenőve. (In narkosi.) | 1900. V/29. 105° C., 35" | " | Hüvelyi irrigatiók. | *Láztalan*, mérsékelt pörk 3—4. napon. | 1 é. jelentéktelen 3—6 heti közökben 3—4 n. 1901. juniusban súlyos typhlitis alatt amenorrhea; azóta 4—6—7 hét. 2 napi vérzés. Teljes gyógyulás. |
| 9 | 1900. II/1. magánbeteg | R. D.-né, férjes. | 34 | 0 | 9 é. előtt hydrosalp.-salpingot. 6 é. előtt acut gonorrhea, metast. a térdben; állandó fluor, vehemens vérzések. | 1. Hosszas intraut. kezelés. 2. *2. curettage.* | Igen nagy méh, metritikus, kissé megkötött. (In narkosi.) | 1900. II/1. 108° C. 48" | " | " | Láztalan. | 1 é. *amenorrhea.* Teljes gyógyulás. |

| Folyó szám | Év, napló-szám, hó, nap | Név, állapot. | Kor | P. | Panaszok | Előző kezelések | Felvételi jelen állapot | A vaporisatio napja, hőfoka, időtartama | Narkosis | Szükséges utókezelés | Lefolyás | Beteg későbbi sorsa. Végleges gyógyulás. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | 1901. IV/10. magán-beteg | S. K.-né, férjes. | 40 | III | 8 é. óta folytonos, csaknem mindig abundans vérzés. | *Curettage* többször (szakemberek végzik). | Vastagfalú, anteflectált, szabad méh. | 1900. IV/12. 110° C., 1 p. | Sine narkosi | Több méhűri, naponta hüvelyi irrigat. | Láztalan | Azóta *amenorrhea*. Teljes gyógyulás. |
| 11 | 1901. V/8. magán-beteg | T. E.-né, férjes. | 53 | V | Igen rendetlen, csaknem elvérzésre vezető vérzések. | 2. *curettage* (múló hatás). | Nagyobb, golyószerű, szabad méh. | 1901. V/8. 110° C., 45″ | Chloroform | " | " | *Teljes amenorrhea*. Teljes gyógyulás. |
| 12 | 1902/137. XII/9. | K. Gy.-né, férjes. | 35 | II | Két abortust követő, chron. anaemiára vezető vérzés | 7. *curettage* (mind nálunk). | Nagy, kissé retrovertált, kevéssé megkötött méh. (In narkosi.) | 1902. XII/13. 110° C., 35″ | " | 1 méhűri mosás. Hüvelyi irrigatiók. | " | 5 hó óta vérzés *normális*. 5 hó óta gyógyulás. |
| 13 | 1900/114. V/15. | V. A., hajadon. | 23 | 1 ab. | 14 hó előtti ab. óta 18 naponként 6—8 napi vérzés, véres folyás folytonos. | *Curettage* (nálunk); 16 nap mulva újra vérzik. | Nagy, szabad, anteflectált méh. (In narkosi.) | 1900. V/19. 103° C., 30″ | " | 4 méhűri mosás. Hüvelyi irrigatiók. | Láztalan, 10. napon leválás. | 5 hó mulva látjuk teljesen jól. Azóta norm. mensesek. Teljes gyógyulás. |
| 14 | 1901/316. X/23. | Z. J.-né, férjes. | 39 | IV | 2 é. előtt kor. ab. óta alig szünetelő vérzés. | *Curettage 5 izben* eredménytelen. | Valamivel nagyobb, anteflectált, szabad méh. (In narkosi.) | 1901. X/26. 105° C., 56″ | " | 2. naptól 8 méhűri, — naponta hüvelyi mosás. | Láztalan, 8. napon leválás. | Jelenleg *teljesen jól*. Levélben értesít *amenorrheájáról*. Teljes gyógyulás. |
| 15 | 1900/182. V/14. | E. J.-né, férjes. | 41 | V P. 7 ab. | 7 hó óta folytonos, erős vérzés vagy folyás. | *Curettage 5 izben*, ambulantiánkon állandó intraut. kezelés. | Igen nagy, tömött, teljesen szabad, anteflectált méh. (In narkosi.) | 1900. V/18. 102° C., 45″ | " | 6 méhűri mosás, hüvelyi irrigatiók. | Láztalan, 6. napon leválás. | Fél évig erősebb még a vérzés, ekkor ab. II., utána curettage és *telj. amenorrhea*. Teljes gyógyulás. |
| 16 | 1903/108. II/28. | Sch. I., hajadon. | 31 | 0 | 6 é. óta 6 hetenként 3—6 hetes vérzés; kezelésre 1—2 héti szünet után újra előállnak. Most 4 hete vérzik erősen. | 1. *Curettage* (1897. V/2.) klin. 2. *Curettage* (1897. XI/23.) klin. 3. 8 *Apostoli-kezelés*, többször, *ferrum sesquichlorat.* injectio stb. | Kis, nem szült méh *teljesen* normális viszonyok mellett. (In narkosi.) | 1903. III/4. 110° C., 17″ | " | 1 méhűri mosás, irrigatiók. | Láztalan. | Kibocsátáskor: jól. Csak 1 heti megfigyelés. Végeredm.? |
| 17 | 1903/902. II/26. | Sz. L.-né, férjes. | 24 | 0 | 5 óta igen rendetlen, igen bő vérzés. | *Curettage 4 izben* muló javulást hoz. | Kissé nagyobb, reklinált, szabad méh. (In narkosi.) | 1903. III/16. 110° C., 17″ | " | Hüvelyi irrigatiók. | " | Rövid megfigyelés. Végeredm.? |

Ez a gyógyulás módja; ez abortusok után vérző nők közt egyik, az első, a 6. curette után kerül vaporisatiora; súlyosan beteg, tartunk a recidivától és kissé tovább teszszük ki a gőzhatásnak, 45″-re, s végeredményként kb. $1^1/_2$—2 évnyi hosszú idő mulva obliterál a méhe! Kétségtelenül nagy szerepe van az obliteratio létrejöttében az előrement 6 curettagenak. Ugyanis heges, roncsolt, egyenetlen marad ennyi insultus után a belfelület és pedig kiválóan a *belső méhszáj* táján, pedig ép e táj erősebb edzése praedisponál obliteratio bekövetkezésére. Jól indokolja s magyarázza *l'incus* könyvében, hogy miért nem szabad vaporisatio előtt 1—2 kaparásnál többet végeznünk; a sokszoros curettage után megmaradó sértett szövetek gőzzel való kezelése jár oly utókövetkezményekkel, a melyek alkalmasak az eljárás discreditálására. Ez volt egyetlen esetünk, a melynek kezelése túljárt czélján; bár betegünk meg van elégedve állapotával, ez a körülmény ment; de az épen mondott megjegyzések alapján tulajdonképen nem irhatjuk a vaporisatio rovására: *alkalmatlan felületet edztünk sokáig*.

Tény, hogy sem ebben, sem a 12, 14, 15. sz. a. esetünkben ma már nem végeznénk 4—7 curettaget; már a 2. után a többit bizonyosan vaporizálással helyettesitenők. Szokatlanul folyik le 15-dik betegünk gyógyulása; úgy látszik, hogy a műtét után 1—2 hóval gravidává lesz, vetél. E vetélésével kapcsolatos vérzés miatt *curetteznünk kell ismét*, s ezután beáll amenorrheája s tart $2^1/_2$ éve.

*

Eseteink e részletesebbb fejtegetése mutatja, hogy a 17 esetből 1 *volt halálos végű*, egyszer pedig *fiatal nőnél* idéztünk elő *amenorrheát*. 15 esetben a gyógyulás teljesen czélzatunk szerint következett be igazán *kétségbeesett esetekben*. Ez megokolja, hogy mi tovább is foglalkozni fogunk vele s alkalmazzuk javalt esetekben s másrészt azt is, hogy e pár szóval felhivni óhajtottuk reá a szakkörök figyelmét. Kevés kisérlet történt e téren nálunk. Néhány soromra, a melylyel a főváros nagyobb intézeteihez kérdést tettem, vajjon használták-e a módszert, vagy sem, 3 helyről kaptam választ s igy csak annyit tudok, hogy az *I. női klinikán* évekkel ennek előtte pár kisérlet után abba hagyták a vaporizálást; *Bäcker* m.-tanár úr értesitésében azt irja, *hogy új Szent-János-kórházi osztályán* szintén kisérletezett kevés számú esetben s hozzá teszi, hogy eddigi tapasztalatai után bizony nem lehet pártolója az eljárásnak. *Dirner* bábaképző int. igazgató úr 3 esetben végezte, értesitése szerint. *Bäcker* és *Dirner* m.-tanár urak és *Lovrich* tanársegéd úr vegyék köszönetemet szivességükért.

Ugy tűnik fel előttem, hogy mind a három intézetben a vaporisatio ama korszakában kisérleteztek, a mikor még nem szabályozhattuk elég biztonsággal s tudatosan a műtétet épen elérendő czéljaink szerint. Én meg vagyok győződve, hogy ha ma újra megpróbálkoznak vele ama sokszorosan jónak és főleg *biztos*-nak tapasztalt elvek szerint, a melyek pl. *Pincus* hosszadalmas könyvében kitűnően ki vannak fejtve, sokszor fogják jó, gyakorta meglepő hasznosságát tapasztalni. A *Snegirjow* idejében egyszerű, kisérletekkel nem ellenőrizett eljárá-

sunk volt benne, ma, a mikor tudjuk, hogy mily fokú gőzhatás kivánatos, kisérletileg bebizonyitott alapon minden egyes esetben *előre kiszámithatjuk* tervszerűen, esetről esetre a szükséges beható gőzerőt.

A műtét viszonyait, szabályait a magunk tapasztalatai alapján alábbiakban határozhatjuk meg. Végeredményként ily elvek szerint ajánlhatjuk feltételét, javalatait, kivitelét stb.

*Feltétele* azonos minden méhűri beavatkozás egyetlen feltételével: *a méh környezetében ne legyen semminemű acut, vagy subacut gyuladás.* Egyetlen, de soha *el nem hanyagolható, könnyedén meg nem ithető feltétele*; ha nem vennők tekintetbe, súlyos recidivák keservesen hosszú időre betegitenék meg operáltunkat. *Vitalis indicatio* alapján eltérhetni e feltételtől, a mikor is számot vetettünk a következményekkel.

*Indicatioinak* foglalata röviden: *Javalt oly* női genitalis megbetegedések esetén, a melyeknek egyik főtünetét, a méhből eredő *vérzést* semmi módon sem, kivált az eddig legjobb hatásúnak tapasztalt *curettetel sem tudjuk megszüntetni*, sőt még megcsökkentenünk sem sikerül oly mértékben s annyi időre, mennyi kivánatos volna arra, hogy betegünket esetleges nagyobb műtétre előkészitsük.

Sok megbetegedés tartozik tehát ez indicatio körbe, mert a méhvérzés majdnem minden női bajt kisér. Általán kimondhatjuk, hogy *fiatal*, az *élet javakorába.* és *öreg nők*, a *klimax*-ban, vagy közel hozzá lévők *egymástól elválasztandók*, mert más-más megitélés alá esnek. Ugyanis:

1. *fiatal nőket* úgy vaporizálunk, hogy a genitalis életüket jellemző menstruatiojuk megmaradjon, illetve hogy eddigi bőséges és rendetlen vérzésük *normalis typusát visszakapják*, másrészt pedig:

2. az *idős, a klimax körül*, vagy *klimaxban élő* nőket akként vaporizáljuk, hogy *többé sem rendes, sem rendetlen vérzésük* ne lehessen.

1. *Az első sorba* tartoznak: *a)* oly vérzések, a melyeknek *oka bizonyossággal* nem is ismeretes s az ivarérettség első jelével, az első havi bajjal szoktak kezdődni s teljesen nem is igen szünnek meg, csak jelentéktelen időre, de ilyenkor sem marad el véresfolyás; a másodikba

*b)* a *metritis chron.* sok minden okból származó kóralakjai tartoznak; ezeknek is a *vérzés szokott* egyik *főtünete lenni.* Eseteink tanúsága szerint *gyógyulást kaptunk abortus* után való, nem csillapitható vérzésnél; éveken át *tartó gyermekágyi subinvolutio* nyomán, meg *retroflexio* miatt keletkező vérzésekre is van egy-egy példánk.

2. A *második csoportba* a *klimakterikus* vérzési zavarok tartoznak; néha *idős nők* oly súlyosan vérzenek ez időtájt, hogy akár az *elvérzés veszedelme is fenyegeti* őket; az endometrium teljes elpusztitásával, a melyhez esetleg a méhűr obliteratioja is társulhat, a vérzésnek teljesen útját vágjuk.

Ezt tartjuk legértékesebb javalatának; nagy műtétet kell rosz prognosissal előbb-utóbb végeznünk, mert előttünk pusztul el a beteg örökös vérzése folytán. A vaporisatio mégis csak kis behatás, akár technikai kivitelét, akár veszedelmességét illetőleg, vagy akármi más szempontból tekintve. Hiszen kevésbbé gyakorolt kézzel, a nagy orvosi gyakorlatban is elvégezhető, ama javalt nagy operatiokat csak kiváló, gyakorolt műtő végezheti klinikus viszonyok és előkészület mellett.

*Iincus* persze hangzatos nevet is ad a műtét ily alakjának, a mikor: *castratio mulieris uterina atmokaustika*-nak nevezi el.

Kevés aetiolog. momentumot mutathatunk be csak néhány esetünkkel. De alkalmazhatjuk a jövőben, úgy hiszem egyéb ily természetű, csillapithatatlannak tetsző vérzések ellen is, ha feltétele adva van, s kifogytunk gyógyeszközeinkből. Igy olyan *fibromák* gyógyitására is alkalmas lehet, a melyek a mucosától távol esnek és *intramuralis* kifejlődésüek, de nem volna czélszerű *submucosus* góczok mellett vaporizálni, mert a megbontott fibromatok infectioja gangraenára vezetne.

*

Hátra van még, hogy leirjuk, vajjon milyen előkészületek után, mily módon végezhető az ismertetett eljárás, milyen cautelái vannak, hogyan folyik le a reconvalescentia szaka s milyen utókezelésre szorul még a beteg.

1. A beteget épen úgy kell *előkészíteni*, a mint egyéb intrauterin beavatkozásoknál szokásos. Két részben végezzük, mert előbb a *nyakcsatornát kell kitágítanunk* úgy, hogy 6—8 ó.-val előbb *laminariát* helyezünk a cervix canalisába; nálunk ezt a szokásos s kitünő dilatatio-mód. Hegar-féle gyorstágitókkal is el lehet végezni, ha elég tágulékony, elég laza a nyakcsatorna; legalább mutatóujjnyira tágult legyen két okból: az első ok az intrauterin vizsgálat, a melyet mi sohasem hanyagolunk el e műtét előtt; a másik ok a műtét sikerét czélozza, t. i. a canule nem érintkezik a nyakcsatorna nyálkahártyájával, ha jó ujjnyira kitágult. Azért, ha a laminaria nem tágitott kellőképen, vastagabbat, esetleg két szálat helyezünk be, de csak *bőséges méhűri mosás után.*

Legtöbbször mégis a laminaria benléte alatt annyira fellazulnak a szövetek, hogy most már a Hegar-féle gyorstágitókkal nyugodtan haladhatunk fel a 18—19 sz.-ig; mutatóujjunk jól áthalad a belső méhszájon. Ujjunkkal (jó magasra jutunk a hosszabb középső ujjal) kitapintjuk tehát az űrt, felületének minden részét, a tubasarkok táját kiváló figyelemmel; ha a kitapintás arról győz meg, hogy elődomborodó (fibroma), tömött felületrészletek nincsenek, de pl. e tágasság mellett puha, fészekszerű, a mélybe hatoló kraterszerű fellazulásra sem bukkan az ujjunk, *egyenletes a felszin, bár gerendás, barázdált* — mert tökéletesen sima aligha lesz — kétségtelen, hogy *semmi sem állja* útját annak, hogy a tulajdonképeni *műtétet el ne végezzük.*

E perczben még egyszer reá gondolunk műtétünk végczéljára, t. i., hogy betegünk ifjú, vagy idős volta s a megbetegedés foka mily erejű behatást kiván. Csak most térünk ki e kérdésre, a melyről már emlitettünk rövid elveket. Ki van mutatva kisérletileg s igazolják hosszú műtéti tapasztalatok, hogy magas, 110° C. hőfok, rövid (8—15"-nyi) időn át szükséges, ha egészséges nyálkahártya regeneratiot akarunk előidézni. Viszont a 100—104° C.-on és hosszabb időn: 40—60"-en át beáramló gőz már nem hagy mirigyes meneteket, a melyekből az újonnan képződés létrejöhetne; de még az is előfordul, hogy az izomzat felső rétegei is elpusztulnak. Ezt az előre megállapított, a szükséghez, az esethez mért alkalmazást hijják a *gőz adagolásának.*

Fontosságát felesleges magyaráznunk; ezért nem szabad *sohasem elmulasztanunk* az *idő és hőfok* pontos ellenőrzését.

E kitérés után visszatérünk eljárásunkhoz, a melynek kivitele következik:

2. A hanyattfekvésben jól feltárt beteg lágy részeit a gőz forrázásától meg kell óvnunk. Mi lucskos, sublimatos vattalapokkal fedjük fémfeltáró eszközeinket, kipárnázzuk őket, jól befödjük a szeméremrés táját a fandombbal meg a gát tájával együtt; ép igy a hüvelyfalzatot is úgy, hogy pusztán a golyófogóval lehúzott portiorészlet, ennek is csak a méhszájkörüli kis részlete szabad, mert a boltozatokat is mindenütt az átitatott vattalapok takarják.

*Kezdődik a műtét.* Előzőleg kipróbált gőzkazánunk a felszerelésével együtt jól működik. A hőfok kellő magas, az óra perczmutatóját figyeljük s az elzárt gőzvezető csőre erősitett canulet behelyezzük a méhűrbe. A celluvert cervixvédő helyesen fekszik, a *canulet* a fundustól visszahúztuk egy kicsit; igy teljesen rendben van eszköz is, a beteg is, megnyitjuk az áramot, a mire a gőz süstörögve halad be, a méhszájszélek pillanat alatt főtt-fehéres-szürkék. A perczmutató 15—20 letelt másodperczet jelez, elzárjuk a gőzáramot s csak aztán szabad eltávolitani a canulet. (Bizonyos nyomasztó, máskor nem tapasztalt, egészen sajátos elfogultság fogja el a műtőt és pedig tán nem is pusztán első vaporisatioja alkalmával; a 10"—15" óriási időköz, melynek alig várjuk végét, hogy eltávolithassuk már a canulet.) A cervicalis csatornát *nyitva* kell tartanunk, ezért jodol, jodoform, vagy steril gazecsikot vezetünk fel a méhűrbe, a melyet mi 2—3 nap mulva távolitunk el.

3. A beteg ágyában felébred a narkosisból s elég intensiv, 1—2 órán át tartó *görcsös, szülőfájáshoz hasonlító* hasfájásról panaszkodik. Ha ezek megszüntek, rendes lefolyás mellett más panaszuk nincs is a reconvalescentia folyamán. *Utókezelésül* már az első naptól kezdve 1—2 hüvelyi öblitést végeztetünk naponta, hogy a rendkivül bőséges folyás ne panghasson a

vaginában; tiszta viz felel meg e czélra jól; ha kissé pangott a fluor, kalium permanganat rózsaszin oldatát ajánljuk; még czélszerűbb a Merck savmentes $H_2O_2$ 1% *oldatának* alkalmazása.

A 3., de legtöbbször 4—6. napon indul meg az elhalt szövetek demarcált czafatainak kiürülése, sokszor csak apró törmelékeket sodor ki a mosóviz; ilyenkor nincs pangás a méhűrben, mert nem dugul be a cervicalis csatorna, tehát felesleges volna a méhűrt kimosnunk. Gyakran azonban tenyérnyi, szürkés, piszkos-fehér rongyok alakjában válnak ki az elhalt szövet-rétegek, főleg hosszas gőzhatás után. Ha ezek eldugják a nyakcsatornát, *pangás állhat be*; mihelyt jeleit találjuk, már prophylaktice ajánlatos méhűri mosásokat végezni *Bozeman-Fritsch* double courrantje segitségével. 3—5 mosás elég is szokott lenni.

Nincs is más megjegyzésünk e 3. szakra; fekvő beteg diaetája lesz jó; talán nem is szükséges még az első napokban sem az absolut csendes fekvés. A felkelés az elhalt szövet-czafatok kitakarodása után engedhető meg, a mikor már a bő, eleinte piszkos, majd tisztább savos fluor is megkevesbbedik. Ha kell, jó 14—18 napig is ágyban tartani a beteget, ha pl. még túlságos fokú a folyás. Sohasem gondoltunk arra, hogy *ambulanter vaporizáljuk,* mint mások (Németországban); különben ma már mindenki felhagyott vele.

Tisztázásra vár még a *narkosis kérdése. Pincus Fritsch* e mondatára hivatkozik: „Az atmokausis *veszélytelen, fájdalmatlan és hatásos.*“ Assistense *Stoeckel* pedig a bonni klinika anyagáról referálva (az aacheni ném. term. búv. és orv. congressusán) azt mondja: „Ha nincs különös czélunk vele (a narkosissal), nagyon helyes narkosis nélkül elvégezni a vaporisatiót“; *Pincus szerint* csak *nagyon fiatal* vagy *hysteriás nőket* jó narkotizálni, s egészen felesleges volna a narkosist, mint szabályos módot alkalmaznunk; a nagy gyakorlatban ne narkotizáljunk soha, — a klinikák pedig lehetőleg korlátolt számban altassanak e műtét miatt. — Másutt meg azt mondja *Fritsch*, hogy a hosszabb behatás alatt és a klinikus gyakorlat kevésbbé intelligens betegeit narkotizáljuk, ép úgy a tanitási, demonstrativ czélra szolgáló eseteket is.

A mi álláspontunk szerint a narkosis nem elkerülhetetlen, s ha mi mégis mindig — csak egy kivétellel, — narkosisban végeztük, ez a pontos méhűri vizsgálat érdekében is, meg a méh környezetének alapos kitapintásáért is szükséges, kivált, a mikor nem könnyen áttapintható hasfalzattal van dolgunk. Egy izben hagytuk csak el az altatást, s a beteg tényleg elég jól birta a műtétet. Csak rámutatok egyesek sajátságos indokolására, hogy miért nem jó narkotizálnunk: a beteg fájdalmat jelez olyankor, ha a canule a méhizomzaton át halad a peritoneum üre felé; szóval a nem altatás a perforatio elkerülésére jó. Nem válik az ily indokolás a vaporizálás javára. Nem végeznénk oly műtétet, a melynek biztonsága az épen operatio alatt álló egyén teljesen individuális, esetekint nagyon is változékony érzetén nyugszik; a fájdalomérzés pedig tudvalevőleg egyénenkint nagyon is különböző, nagyon is tág határok között változik. De nincsen is erre egyáltalán szükség; ha betartjuk az eljárás cauteláit, épen úgy elkerüljük a méh átfúrását s minden más veszedelmet, mint a hogy egyéb méhűri eljárásunknál sem számitunk kellő óvatosságunk mellett ilyenre. Épen e *cautelák* rövid *ismertetését óhajtjuk* még adni.

Első sorban arra kell hogy felhivjuk a figyelmet, hogy a *beteg lágy részeit*, — meg magunkat is — *óvjuk* meg a gőz forrázásától; előbbi czélra már elmondottuk, hogy e részeket nedves vattalapokkal fedjük be a műszerekkel együtt; magunk is óvakodjunk a fém részektől. A legfontosabb két cautela pedig a cervix megvédése és a méhperforatio elkerülése; elsőt a műszeren levő, — már ismertetett — védő jó elhelyezésével érjük el, a másikat a canulenek visszahúzásával úgy, hogy a canulevég tulajdonkép a méhűr közepén, a tengelyében áll, s a falakat pusztán a belőle kiáramló gőz forrázza.

Evvel be is fejeztük mondani valóinkat a vaporisatioról. Ha tapasztalatainkat összevonjuk, a következő pontokban foglalhatjuk egybe tanulságainkat:

1. A *vaporisatio*, a melyet *Snegirjow* talált fel és közölt (1894), s a melyet *Pincus* tökéletesitett mai, biztonsággal való kezelhetéséig, *minden oly vérzés esetében* bizonyult hasznosnak, *a mely a méhűrből veszi eredetét*, legyenek bár az aetiologikus momentumok nagyon is különbözők.

2. Kiválóan mégis az eddig ú. n. *csillapíthatatlan* vérzések gyógyitó eszköze, a melyeket eddig ismert eljárásaink egyikével sem tudtunk megszüntetni, különösen pedig a *curettel sem*, a melyet pedig a leghatásosabbnak ismertünk. A beteg még a többször megismételt curettage után sem jutott állandó gyógyuláshoz.

3. Legnagyobb jelentőségűnek ismertük meg ama felfokozott hatásában, a melylyel kiválasztott és kivételes pár esetben úgy elroncsolhatjuk a méh nyálkahártyáját, hogy nem is regenerálódhatik többé; így e műtét révén teljes *amenorrheát tudtunk előidézni;* ez a művi klimax vagy a *méh obliteratiójával* jár, vagy — és pedig gyakrabban — e *nélkül.* Igy szabadulnak meg súlyos betegek életveszedelemből aránylag igen kis operatioval, a mely tehát e hatása folytán *életmentő* jelentőségűvé válik. Okvetetlenül ki kell mondanunk a tapasztaltak nyomán, hogy az így indicált castratio, vagy totalis exstirpatio kivitele előtt a vaporizálást nem szabad elhagynunk; czélunkat elérjük a méhűri vizsgálat veszedelmével, tehát úgyszólván veszély nélkül, a másik két műtét jelentőségét kiemelnünk bizonyosan felesleges. Eseteink elég markans példákat nyujtanak.

*Feltétele*: a lobtól mentes méhkörnyezet.

*Kivitele* elég *egyszerű*; szokatlan ható anyaga veszedelmesebbnek mutatja tán a valóságnál. Alkalmas kézben a nagy gyakorlat eszközévé lehet.

*Utókezelésre* alig szorul, s ha mégis szükséges volna, könnyű szerrel végezhető.

*

Ajánljuk a szakkörök figyelmébe az épen ismertetett eljárást; a vele való kisérletekre csak melegen biztathatunk eseteink végleges gyógyulási arányszámai miatt. Ha szélesebb körben terjed el s kézügyességünk megszokja a szokatlan eszköz kezelését s ható anyagát, bizonyosan meghonosodik a mi nőorvoslásunk körében is; sajátságos, hogy a kezdet kezdetétől fogva mily ellenérzéssel küzd mindenütt másutt is minden egyes műtő e módszer ellen. Ennek daczára megnyerte, aránylag rövid 6—7 év lejárta alatt a külföld, főleg Németország legjelentékenyebb nevű nőorvosait: egy *Fritsch*-et, *Küstner*-t, *Winckel*-t, *Winter*-t, stb., stb. Az ellene felhangzó érvek legtöbbször az érvelőkkel együtt jelentéktelenek vagy elfogultak, (*Treub*) s bár nem emberi volna a sohsem tévedés — oly egyének egyöntetű csalódása nem jól képzelhető el, s dicséret részükről mégis csak számba veendő ajánlat.

**Irodalom.**

Pincus most megjelent „Atmokausis und Zestokausis“ czimű vaskos kötete végén a *teljes* irodalom feltalálható *309* czikk felsorolásával.

1. *Rust* J. N.: Helcologie I. Aufl. Wien, 1811. B. 2.
2. *Snegirjew:* (*eredeti* közlése) Zsurnal aku sersztva i zsenszkik bolyeznej *1902.* évi 1. sz.
3. — Wiener med. Wochenschrift. 1894. H. 34. p. 1222.
4. *Pincus:* Üb. d. therapeut. Verwert. d. heissen Wasserdampf. in d. Gynäk. Cbl. f. Gyn. 1895. Nr. 11.
5. — Die Vapor. in d. Therap. d. putr. Abort. Cbl. f. Gyn. 1897. Nr. 7.
6. — Cbl. f. Gyn. 1898. 10, 22, 38; 1899. 4; 1899. 6—7; 1902. 8, 14, 22.
7. — Therap. Monatshefte, Oct. 1898. p. 453.
8. — Atmokausis u. Zestokausis in d. Gynäk. Volkmann's Samml. N. F. Nr. 238., (1899. márcz. Nr. 26, p. 262., 1899. decz.)
9. — Das Verhältniss d. Atmokausis z. Curettage. Mschr. f. Geb. u. Gyn. 1902. B. XLI. H. 7.
10. — *Atmokausis* u. *Zestokausis.* 1903. Wiesbaden, J. F. Bergman ed.
11. *Jaworski:* Wien. med. Presse 1895. Nr. 3.
12. *Panecki:* Therap. Monhefte. 1896. Jan. Ref. Cbl. 1896. H. 17. p. 463.
13. *Kahn:* Cbl. f. Gyn. 1896. Nr. 49. p. 1232.
14. *Dührssen:* Vortr. u. Dem. d. 27. Cong. d. d. Gesellsch. f. Chir. *Verhandl.* 1898., p. 495. Berlin.
15. — Berl. klin. Wochschr. 1898. Bd. 57. Nov.
16. — Cbl. f. Gyn. 1899. Nr. 11; 1900. Nr. 5.
17. *Fritsch:* Die Krankheiten d. Frauen. IX. Aufl. 1900., p. 223.: X. Aufl. *Die Atmokausis v. Pincus.*
18. *Pit'ha:* Cbl. f. Gyn. 1897. H. 22. p. 652.
19. *Gerich:* Cbl. f. Gyn. 1899. Nr. 19. p. 657.
20. *Stapler:* Cbl. f. Gyn. 1899. Nr. 33. p. 1000.

21. *Steinbüchel*, v.: Cbl. f. Gyn. 1899. Nr. 40. p. 1222.
22. — Mon. f. Geb. u. Gyn. 1900. B. XI. p. 546.
23. *Stöckel*: Therap. Monatshefte 1900. Dec.
24. *Schlutius*: Therap. Monatshefte 1899. Dec.
25. *Flatau*: Mon. f. Geb. u. Gyn. 1899. X., Sept. (H. 3.)
26. — Cbl. f. Gyn. 1900. Nr. 3.
27. *Velde*, v. der: Cbl. f. Gyn. 1898. 52.
28. *Weiss*, v.: Cbl. f. Gyn. 1898. 24.
29. — Wien. klin. Rundsch. 1899. 37.
30. *Hammerschlag*: Ther. d. Gegenwart. 1902. Május.
31. — Deutsch. med. Wochschr. 1902. II. 24—25.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató Tauffer Vilmos egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)

# Néhány adat az újszülöttek vérphysiologiájához az első 10 életnapon.

Irta: *Scipiades Elemér* dr. klinikai gyakornok.

Ismeretes, hogy az a kérdés, fürösztessenek-e az újszülöttek mindjárt születésöktől kezdve folytonosan, avagy a fürösztés az első tisztasági fürdő után a köldök leválásának idejéig felfüggesztessék, máig sincs eldöntve. A vitában résztvevők igyekeznek argumentumaikat úgy pro mint contra minél nagyobb halmazba összerakni s csak természetes, hogy egy olyan fontos terrenumot, mint a vér, mely az anyagcsere szolgálatában, mint legfőbb szállító eszköz, előkelő szerepet játszik, nem hagynak vizsgálatlanul, hogy annak esetleges változásaiból a maguk számára egyik vagy másik irányban érveket kovácsolhassanak.

A fürösztés kérdésében a döntést meghozni czélzó vizsgálatokat Tauffer tanár, Berend dr. gyermekorvosra bizta, a kitől viszont a vérvizsgálat részkérdésének kidolgozását én vállaltam magamra. Berend dr. kisérleteinek eredményéről a kir. magyar orvosegyesület 1903. márczius 14-diki ülésén számolt be, a hol per tangentem megemlékezett az én vizsgálataim eredményéről is. Ezeknek részletes ismertetését óhajtom most a következőkben adni.

Az újszülöttek vérmorphologiájának vizsgálata nem új keletű. Igy csak 1876. óta Lepin, Hayem, Helot, Cadet, Duperié, Krüger, Cherenzis, Bayer, Toenissen, Sörensen, Otto, Englesen, Widovitz, Leichtenstern, Stierlin, Demme, Schnecking, Haumeder, Sillermann, Hock, Schlesinger, Woino-Oransky, Gundobin stb. foglalkoztak e tárgygyal s igyekeztek egy-egy adattal hozzájárulni a kérdés megvilágításához. Azért mondom, hogy egy-egy adattal, mert e szerzők egyike sem nyujt az újszülöttek vérmorphologiájának physiologikus viszonyairól az egymásra következő első 10 életnap alatt systematikus egészet, sőt vizsgálataik sem egészitik ki olyképen egymást, hogy azok összerakása által a kérdés felől a tiszta kép megalkotható volna. Ezek a szerzők ugyanis legtöbbször csak azon átlagszám megállapitására törekedtek, melylyel a vörös és fehér vérsejtek vagy a haemoglobin az első életnapokban az újszülöttnél szerepelnek, hogy összehasonlitani tudják a kapott eredményeket a felnőtteknél található viszonyokkal. Mások megint az újszülötteknél található physiologikus leukocytosis kérdésében akartak dönteni, megállapitván azt az átlagszámot egyrészt, melylyel a fehér vérsejtek az első életnapokban szerepelnek, másrészt percentualiter hasonlitván össze a fehér vérsejtek különböző fajait, hogy igy a leukocytosist előidéző alakok milyenségéről meggyőződjenek s esetleg feleletet kapjanak ezen physiologikus leukocytosis okairól is. Megint mások az étkezési leukocytosis kérdésébe akartak világosságot hozni, vagy az újszülött vérének összes mennyiségét törekedtek meghatározni. Akadtak végül olyanok is, a kik néhány hézagos adattal az első s a későbbi életnapok morphologiás viszonyait hasonlitották össze.

Nem óhajtom mindez adatokat, bár a kérdés hystoricumát illetőleg azok megfelelő érdekességgel birnak, itt felsorolni, egyrészt, mert czélomhoz nem vinnének közelebb, másrészt mert magyar részről Schiff ezen történelmi adatokat mind összegyüjtötte s azok szakköreink előtt ismeretesek. Schiff volt egyszersmind az első, ki az újszülötteknek az első életnapok alatti vérphysiologiájáról systematikus vizsgálatokat adott közre s minthogy az én czélom első sorban azon kérdésben dönteni, vajjon az újszülöttek vérmorphologiájában történnek-e változások a fürösztés vagy nem fürösztés esetében, összehasonlító alapul egyedül ezen vizsgálatokat használhatom.

Lássuk tehát, hogy rajzolja ő meg az újszülöttek vérmorphologiáját az első 10 életnapon.

Schiff, a ki vérvizsgálatait állandóan fürösztött újszülötteken napjában kétszer végezte, az újszülötteket mindenekelőtt két kategoriába osztja. Az elsőbe tartoznak azok, kiknél a köldökzsinór a megszületés után azonnal leköttetik, a másodikba, kiknél a lekötés későn történik (nála állandóan 10 percz után), tehát kiknél a normálisnak supponált vérmennyiségen felül, még úgynevezett „tartalékvér“ jut a szervezetbe.

Az első kategoriába osztott újszülöttek vérvizsgálatainak eredményét szemléltetni a következő tabellát csatolom ide Schiff dolgozatából.[1]

*P. Ferencz, született 1889. április 5-dikén délután 4 órakor.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | — | — | — | 7190000 | — | 19600 | — | Este 7 órakor szopott először s az éj folyamán 4-szer. |
| E. | 34·7 | | 7190000 | | 19600 | | 1:367 | |
| II. R. | 37·0 | 2720 | 6892000 | 6676000 | 36000 | 28000 | 1:191 | |
| E. | 37·1 | | 6460000 | | 20000 | | 1:323 | |
| III. R. | 36·5 | 2700 | 6070000 | 6385000 | 19200 | 16400 | 1:316 | |
| E. | 37·4 | | 6700000 | | 13600 | | 1:492 | |
| IV. R. | 36·8 | 2650 | 6646000 | 6353000 | 11200 | 10200 | 1:593 | |
| E. | 37·3 | | 6060000 | | 9200 | | 1:658 | |
| V. R. | 37·1 | 2650 | 6840000 | 6542000 | 8600 | 9500 | 1:795 | |
| E. | 37·0 | | 6244000 | | 10400 | | 1:600 | |
| VI. R. | 36·6 | 2670 | 6000000 | 5749000 | 10600 | 11300 | 1:567 | Köldök leesett. |
| E. | 37·1 | | 5492000 | | 12000 | | 1:458 | |
| VII. R. | 37·2 | 2670 | 6406000 | 5904000 | 10200 | 10100 | 1:628 | |
| E. | 37·5 | | 5402000 | | 10000 | | 1:540 | |
| VIII. R. | 37·3 | 2700 | 6875000 | 6379500 | 7400 | 7750 | 1:929 | |
| E. | 37·7 | | 5884000 | | 8000 | | 1:735 | |
| IX. R. | 37·2 | 2700 | 6996000 | 6526000 | 9000 | 10625 | 1:777 | |
| E. | 37·3 | | 6056000 | | 12250 | | 1:494 | |
| X. R. | 37·1 | 2700 | 6146800 | 6284300 | 9800 | 12500 | 1:627 | |
| E. | 37·3 | | 6421800 | | 15200 | | 1:422 | |

Ehhez közel hasonló 11. tabella van közölve még ugyanazon helyen, melyeknek egybevetéséből Schiff a következőket vonja le eredményül.[2]

1. „Egészséges újszülötteknél az élet első napján legnagyobb a vörös vérsejtek relativ száma; az első napok folyamán fokozatosan bár kis mértékben csökken; a csökkenés ingadozásokkal jár, szabálytalan.“

„Reggel aránylag számosabbak a vörös vérsejtek, mint este; éhezés közben számuk nagyobb, mint táplálék felvétele után.“

„Az újszülöttek testsúlyának, fejlettségének nincsen határozott befolyása a vérsejtek számára.“

2. „A fehér vérsejtek szintén az élet első napjaiban legszámosabbak és a 4-dik napon rendesen a minimumra csökkennek. A maximum nem születéskor, hanem csakhamar az első tápfelvétel után mutatkozik.“

Mindezen tételesen felsorolt körülményeket Schiff meg is indokolja. A vörös vérsejteknek az első napon található magas

[1] Schiff E. Über das quantitative Verhalten der Blutkörperchen stb. Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XI. 1890., 30. lap.

[2] Schiff E. A vér alakos elemeinek és haemoglobin-tartalmának mennyiségéről stb. Mathemat. és természettudományi értesitő 1890. 8. kötet. 2. lap.

száma szerinte a vérnek besűrűsödésében fekszik, a mit azon nagy nedvveszteségek okoznak, melyeket az újszülött a táplálékfelvétel hiánya, a vizelet és szék kiürítése s a per és respiratiók útján szenved. A vörös vérsejteknek a következő napok alatti fogyását pedig relativ és absolut okokra vezeti vissza. A táplálékfelvételnek megkezdése és fokozódása ugyanis ismét megszaporítja a vér nedvtartalmát, a minek következtében a vérsejtek absolut száma nagyobb savó-volumenre osztatik széjjel, a mi a vérsejtek látszólagos, relativ megfogyását eredményezi. E mellett azonban az első napokban több irányban meginduló anyagcsere követelményeinek az újszülött organismusa egyelőre megfelelni nem képes az „újszülött, mint egy a saját organismusának rovására él". Ennek az eredménye lesz, hogy a szükségelt fehérjék szolgáltatására sok vörös vérsejt használtatik el. Igaz azonban, hogy a vérben található normoblasták azt mutatják, hogy az elhasználtak helyett újak is képződnek, azonban ez az újraképződés nem lesz arányban az elhasználás mértékével, mert az anyagcserében az egyensúly hovatovább helyre áll s így a kisebb szükséglethez kevesebb vörös vérsejt képződik most már újra, mint a mennyi elhasználtatott, a minek következtében most a vörös vérsejtek számában a csökkenés az absolut számban is megtörténik.

Azt pedig, hogy ez a vörös vérsejtfogyás szabálytalanul lépcsőzetes, azon körülményből magyarázza egyrészt, mely az elhasználódás és újraképződés mértékének aránytalanságában fekszik, másrészt azon szabálytalan befolyásokból, a melyeknek az egész vér nedvmennyisége egyes physiologikus (éhezés, tápfelvétel, légzés és perspiratio útján való nedvveszteségek) vagy pathologikus (hányás, diarrhoeák) folyamatokban alá van vetve.

A fehér vérsejtek nagy számát, vagyis az újszülöteknél található physiologikus leukocytosist extrauterinalis okokra vezeti Schiff vissza s azon nagy nyirokbeömlésből magyarázza, mely szerinte főkép az élet első napjaiban a táplálékfelvételek után történik.

A második kategoriába osztott, tehát a későn (10 percz után) lekötött köldökű újszülöttek vérmorphologiájának rajzolására szintén 11. vizsgálat tabelláját közli Schiff egy másik munkájában,[1] melyeket én egy táblába állítottam össze a tizenegy vizsgálat középértékéül, mint az következik:

| Nap | | Tempe-ratura | Súly | Vörös vérsejt | Napi közép-érték | Fehér vérsejt | Napi közép-érték | Arány | Közép-érték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | R. | 34·0 | 3170 | 5731200 | 7391190 | 29000 | 19169 | 1:614 | 1:408 | |
| | E. | 36·4 | | 9065200 | | 12700 | | 1:265 | | |
| II. | R. | 34·5 | 3075 | 6566400 | 8000646 | 46200 | 24445 | 1:702 | 1:378 | |
| | E. | 37·7 | | 9503100 | | 12700 | | 1:151 | | |
| III. | R. | 35·0 | 2999 | 7415600 | 8555043 | 11000 | 17415 | 1:767 | 1:528 | |
| | E. | 37·6 | | 9428000 | | 31500 | | 1:269 | | |
| IV. | R. | 35·8 | 3018 | 6977500 | 8412241 | 9400 | 14762 | 1:846 | 1:602 | |
| | E. | 37·4 | | 9671000 | | 27000 | | 1:302 | | |
| V. | R. | 35·5 | 3023 | 6517000 | 7833019 | 10000 | 12972 | 1:803 | 1:609 | |
| | E. | 37·2 | | 9805000 | | 16500 | | 1:468 | | |
| VI. | R. | 35·0 | 3075 | 5622500 | 7483205 | 11200 | 14349 | 1:733 | 1:548 | Köldök leesés. |
| | E. | 38 0 | | 8910000 | | 24000 | | 1:326 | | |
| VII. | R. | 36·0 | 3114 | 6071800 | 6918480 | 9500 | 16877 | 1:824 | 1:489 | |
| | E. | 37·6 | | 8820000 | | 30200 | | 1:255 | | |
| VIII. | R. | 35·4 | 3143 | 5660000 | 7124690 | 6600 | 12995 | 1:917 | 1:575 | |
| | E. | 37·5 | | 8740000 | | 17200 | | 1:378 | | |
| IX. | R. | 35·6 | 3150 | 5712500 | 6913348 | 6300 | 12910 | 1:953 | 1:560 | |
| | E. | 37·5 | | 8203000 | | 17200 | | 1:378 | | |
| X. | R. | 36·4 | 3138 | 5602000 | 6995175 | 8100 | 12570 | 1:691 | 1:587 | |
| | E. | 37·5 | | 8170000 | | 15700 | | 1:372 | | |

[1] Schiff E. Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához stb. Természettudományi értekezések XXII. kötet. 1892. 70—85 lap.

Ezen vizsgálatok alapján Schiff a következő corollaliumot vonja le.

Azon változások, melyek a későn lekötött köldökű újszülöttek vérmorphologiájában észlelhetők a korán lekötött köldökű újszülöttekével szemben, az újszülött szervezetébe a placentából az uterus contractioi és retractioja következtében besajtolt úgynevezett tartalékvérnek tulajdonitandók. Ez a körülbelül 60—80 cm³-re tehető tartalékvérmennyiség Schiff szerint csak az uterusnak meglehetős magas nyomása következtében juthat be a szervezetbe, még pedig, mivel befogadására kellő hely nincs, *az újszülött vérereinek oly fokú túlfeszültsége mellett, mely a normális középfeszültséget jóval túlhaladja.* Minthogy azonban ilyenkor a vér összes alakelemeivel benne van még az újszülött érrendszerében, a vörös vérsejteknek egy köbmillimeterre eső számában a korán lekötött köldökű újszülöttek vérsejtszámához viszonyítva, szaporodás, természet szerint, a dilutio egyformasága folytán, ki nem mutatható. A viszonyok azonban csakhamar változnak. A vérnyomás fokozott feszültségének ugyanis az edényeket környező szövetek közötti diffusio folytán csakhamar ki kell egyenlítődnie, azaz a felesleges vérsavómennyiségnek vagy a szövetek, vagy az excretorius utak felé, túlnyomó részben valószínűleg az utabbiakon át, ki kell ürülnie. A felesleges vérsavó kiürülésének arányában fog a vörös vérsejteknek a köbmillimerenkénti száma a kisebb dilutio következtében szaporodni, mint a táblázat első négy napján láthatni. A mint a felesleges vérsavó kiürült, rövid időre kiterjedő regulativ folyamatok által a vérmennyiség véglegesen állandósittatik. Ez a stadium adja a vörös vérsejt szaporodásában a maximumot. Azon regulativ folyamat azonban, mely a vérsavó feleslegét kiküszöbölte, a vérsejtek feleslegére is kiterjed, vagyis ezek is kiküszöböltetnek, csakhogy az elhasználódás folyamata által lassabban, mint a tartaléksavó a diffusio következtében s így a vörös vérsejteknek az absolut számot illető fogyása a rohamosabb lépésekben haladó besűrűsödéssel szemben nem vehető észre. A fogyás láthatólag csak akkor kezdődik, a mikor a vérből a tartalékvér vörös vérsejtfeleslege eliminâltatott, mert az anyagcsere által feltételezett elhasználtatás az eredeti vérsejtszámon nem mindjárt az első napoktól kezdve érvényesül, mint a korán lekötött köldökű újszülöttek vérében, hanem csak akkor, mikor már a tartalékvér eliminatioja megtörtént, vagyis körülbelül az 5—6-dik napon.

A fehér vérsejtszám viselkedése a korán lekötött köldökű újszülöttekéhez hasonló; a legnagyobb fehér vérsejtszám Schiff szerint ezeknél is az első táplálékfelvételek utánra esik. Ezután a fehér vérsejtek is fogyni kezdenek. A köldökleválás idején újra jelentkezik a fehér vérsejtek számában egy kisebb emelkedés, melyet Schiff a köldökleválás és gyógyulással járó s a köldök sebéből kiinduló izgatásnak tulajdonit.

Ezeknek előre bocsátása után áttérhetek most saját vizsgálataimnak ismertetésére, melyeknek végzésében igyekeztem lehetőleg pontosan azon cautelák szerint eljárni, melyek alatt Schiff vizsgálatai folytak. Ezért a vizsgálathoz lehetőleg olyan újszülötteket válogattam, a kik normális viszonyok között koponyafekvésben születtek, hogy az őket ért intrauterinalis nyomásviszonyok közel hasonlók legyenek. Továbbá, minthogy klinikánkon a köldök késői lekötése szokásos, a vizsgálatra ilyen újszülötteket használtam fel, betartva mindenütt a köldöklekötéssel való várakozásban a Schiff által szokásos 10 percz időt. Tekintettel voltam még a vizsgálatra választott újszülöttek kezdősúlyára is, hogy ezek is lehetőleg egyezzenek azon viszonyokkal, melyek között Schiff vizsgálatait végezte. Minthogy továbbá mások vizsgálatai alapján tudjuk azt is, hogy a lehülés utján való s egyéb nedvveszteségek (diarrhoea, hányás), a táplálék-, tehát nedvfelvétel, úgy a vörös, valamint a fehér vérsejtek számviszonyaira lényeges befolyással birnak, igyekeztem ezen viszonyokban is bizonyos egyöntetűséget teremteni. Az egyenlő hőmérséklet alatt tartás nem ütközött nehézségekbe, a mennyiben a gyermekágyas termek, melyekben az újszülöttek is vannak a köz-

ponti fűtés folytán közel egyenlő hőmérsékletűek, az újszülöttek pedig mindannyian egyenlő klinikai ruházattal és takaróval lévén ellátva, e téren lényegesebb eltérések kizárhatók.

A táplálkozást illetőleg a vizsgált újszülöttek zöménél (kettő kivételével) az első szoptatás az első és második nap közötti éjjel foganatosíttatott, mely után a legalább három óránként való szoptatást pontosan betartottuk. A vérvételt s a vizsgálatot naponként délelőtt 9—11 órák között, délután pedig 4—6 között legalább három órával az utolsó szoptatás után végeztem, hogy így az étkezési leukocytosis s a nedvfelvétel által támasztott viszonyok a lehetőségig egyenlővé tétetvén, a vizsgálatban a különböző újszülötteknél hibák forrásai ne lehessenek. A normálistól eltérő nedvveszteségeket pedig úgy kerültem ki, hogy dyseptikus újszülötteket vizsgálatra nem választottam. Az újszülötteken fellépő icterusok vizsgálataimnak akadályul nem szolgáltak, mert az icterus, mint Schiff vizsgátataiból[1] tudjuk, lényegesen nem befolyásolja a vérsejtszám menetét, legfeljebb annyiban, hogy az icterus megszüntével a vörös vérsejtek számában csekély csökkenés mutatkozik.

A vizsgálatra választott újszülötteket továbbá, feladatomhoz híven két kategoriába osztottam. Az elsőbe a nem fürösztött újszülöttek tartoztak, kiknél a születés utáni első tisztasági fürdőt kivéve, a fürösztések felfügesztettek egészen a köldök lekötésének idejéig s ez alatt naponként csupán az arcz s a genitalis és analis tájak mosattak le langyos szappanos vízzel a tisztántartási szükséglet szerint.

A második kategoriába osztott újszülöttek a születés napjától kezdve minden nap egy egész, 28° R.-os fürdőt kaptak a reggeli órákban, $^1/_2 6 - ^1/_2 7$ óra között, s így a vérvizsgálat idejéig ezeknél egyöntetűen körülbelül három óra telt el a fürdetés után.

A mi ezek után a vizsgálat methodikáját[2] illeti, azt a következőkben ismertethetem:

A számolásra a Thoma-Zeiss-féle apparatust használtam. A vizgálathoz a szükséges vért az újszülött lábának öregujjából dr. Lacker-féle billentyűs-rugós, beállítható szúrókészülékkel felváltva nyertem. E czélra az újszülött lábának öregujját előbb alkoholos, azután sublimatos vattával dörzsöltem le, majd pedig steril-vízzel leöblitettem és száraz vattával leitattam. Az első spontán, minden nyomás nélkül, kiserkedő vércseppet letörültem s csak a második cseppet használtam vizsgálatra. Ebből a vércseppből szívtam fel a szükséges mennyiséget a vörös vérsejtszámoláshoz az apparatusban található pipettába az 1-es jelzésig. Ekkor a pipetta nyilását befogva, azt destillált vízzel leöblitettem, hogy a kivül tapadó vérmennyiséget eltávolítsam. Ezután százszoros higitásig Hayem-féle oldatot[3] (Hydrargyrum bichloratum corrosivum 0·5; Natrium sulphuricum 5·0; Natrium chloratum 1·0; Aqua Destillata 200·0) szívtam a pipettába s a melangeur külső nyilását befogva, pontosan három perczig ráztam a pipettát. Ennek megtörténtével a pipetta szárában levő keveréket, melynek elegyítése természetesen nem történhetett pontosan, kifújtam s csak az ezután következő keverékből bocsátottam egy cseppet a tárgylemez belső körlapjára. Ráhelyeztem most a fedőlemezt, vigyázva, hogy légbuborék ne kerüljön a tárgylemez alá, továbbá, hogy a szétnyomódó folyadék a belső körből ki ne folyjék az azt körülvevő árokba, de viszont arra is, hogy a folyadék a belső körnek egészen széléig érjen, mint a hogy azok a pontos vizsgálat nélkülözhetetlen kellékei. A praeparatum sikerültét, vagyis a fedőlemez kellő tapadását a rajta megjelenő Newton-gyűrűk jelezték.

Ha mindezek az első cseppel nem sikerültek, az egész keveréket kifújtam s a pipettát átmosva és kiszárítva, új keveréket készítettem, mert többszörös próba után meggyőződtem, hogy a második vagy harmadik folyadékcsepp felhasználásával arányosan a köbmillimeterre eső vérsejtmennyiség növekedik s így kisérleti hiba támad. Ezután félretettem a készítményt rövid időre, hogy az ilyenkor még áramlásban levő vörös vérsejtek megülepedjenek. Most következett a készítménynek górcső alatt való áttekintése. Ha a vörös vérsejteknek teljes szétosztása nem sikerült, a készítményt számolásra fel nem használtam, hanem újra kezdtem az egész eljárást, mig ennek a feltételnek is megfeleltem.

Az ilyen módon elkészített vérpraeparatumnak 400 koczkája közül 200-at számoltam meg állandóan, megjegyezve, hogy a koczkák jobboldali vonalán helyet foglaló vérsejteket a jobboldali, az alsó vonalon helyet foglaló vértestecskéket pedig az alsó koczkákba számitottam. A kijött eredményt, minthogy a koczkák számának felét olvastam meg, előbb kettővel szoroztam, azután, minthogy a tárgy és fedőlemez közötti tér a köbmillimeternek csak $^1/_{10}$ részét teszi ki, a szorzás eredményét még tizzel szoroztam. Hozzá kellett ezen eredményhez most még a százszoros higitást is számitanom, a minek megfelelőleg az egész eredményt még százzal szoroztam. A most kijött eredmény adta az újszülött vérsejtjeinek egy köbmillimeter területre eső számát.

Ezt a számolást végeztem napjában kétszer s ez adta a napi maximumot és minimumot. Ebből a középérték adta a napi átlagos vörös vérsejtszámot. Ezen számadatok mindegyikét összehasonlitottam a fehér vérsejtek megfelelő számadatával, a mi az esedékes arányszámot adta.

A fehér vérsejtek számolásához szükséges praeparatum elkészítésére az előirt kisebb melangeurt használtam. Az eljárás itt a vér nyerését és felszivását illetőleg az előzőkkel egyezett. Keverő folyadékul $^1/_3$ percentes acidum aceticumot használtam. A praeparatumnak a már leirt kautelák melletti elkészítése és átvizsgálása után itt mind a 400 koczkát megolvastam, tekintettel a fehér vérsejtek kisebb számára. A kapott eredményt itt csak, a higitás tizszeres lévén, az előbbiek alapján százzal kellett szoroznom.

A nem fürösztött újszülöttek közül ötöt, a fürösztött újszülöttek közül hármat (többet azért nem, mert a vizsgálati adatok egyeztek) vetettem alá ily módon vizsgálatnak. Talált eredményeimet egyenként tabellákba állitottam. Minthogy azonban helyes és általános értékű következtetéseket csak középértékekből vonhatunk le, a melyekben kiegyenlitődnek azok a változások, melyeknek egy, vagy más, physiologiás vagy pathologiás körülményekből folyólag az individuum s annak vére is alá van vetve, helyesnek láttuk úgy az öt fürösztetlen, mint a három fürösztött újszülött vizsgálatainak eredményét egy-egy középérték-tabellába összefoglalni s e kettőt, minthogy az szemléltetőbb, egy graphikus táblába összefoglalni.

Szemléljük tehát most ezeket keresztül s az azokból vonható következtetéseket csak azután vonjuk le.

I. tábla.

*K. Verona (Gyula) fia.* Született 1901. szeptember 10-dikén, délután $^1/_2 10$ órakor az I. kpf. mechanismusa szerint. Születéskor nyákaspiratio folytán livid asphixia. Nyák-kiszivás és bőringerek után azonnal sír. Köldöklekötés a születés után 10 perczczel.

Szülés tartama $12^1/_2$ óra.

Születési méretek: súly: 3225 gm.; hossz: 50 cm.; fejkerület: 35 cm.

Az anya 18 éves IP.

[1] Schiff E. Adatok az újszülöttek sárgaságának tanához. Magyar orvosok és természetvizsgálók 25-ik vándorgyülésének munkálatai 1890. 7271 lap és Orvosi Hetilap 1893. 29. sz.

[2] Rieder: Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose stb. Lipcse, 1892.

[3] Schmaltz R.: Die Pathologie des Blutes stb. Lipcse, 1896.

*Fürösztés csak a köldökleválás után.*

| Nap | | Tempe-ratura | Súly | Vörös vérsejt | Napi közép-érték | Fehér vérsejt | Napi közép-érték | Arány | Közép-érték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | R. | 37·0 | 3025 | — | 5020000 | 15200 | 17500 | — | 1:289 | Még nem szopott. Két meconiumos szék. |
| | E. | | | 5020000 | | 20000 | | 1:251 | | |
| II. | R. | 36·0 | 2985 | 5342000 | 5014000 | 12300 | 12650 | 1:442 | 1:396 | Még nem szopott. Két mecon. szék |
| | E. | | | 4686000 | | 13000 | | 1:360 | | Még nem szopott. |
| III. | R. | 36·4 | **3050** | 5370000 | 4981000 | 7000 | 9400 | 1:768 | 1:529 | Először szopott tegnap este 11 órakor. Két átmeneti szék. Enyhe icterus. |
| | E. | | | 4592000 | | 11800 | | 1:389 | | |
| IV. | R. | 36·8 | 3100 | 5984000 | **5701000** | 7450 | 8175 | 1:803 | 1:697 | Két átmeneti szék. Enyhe icterus. |
| | E. | | | 5418000 | | 8900 | | 1:608 | | |
| V. | R. | 36·8 | 3000 | 5604000 | 5582000 | 6000 | 8350 | 1:934 | 1:668 | Icterus fennáll, két rendes szék. |
| | E. | | | 5565000 | | 10700 | | 1:519 | | |
| VI. | R. | 36·8 | 3000 | — | 5602000 | — | 9500 | — | 1:589 | *Köldök levált.* Icterus tart. Két rendes szék. |
| | E. | | | 5602000 | | 9500 | | 1:589 | | |
| VII. | R. | 36·7 | 3055 | 5824000 | 5480500 | 5100 | 7950 | 1:1141 | 1:690 | Fürdött. Icterus csökken. Két rendes szék. |
| | E. | | | 5137000 | | 10800 | | 1:475 | | |
| VIII. | R. | 36·7 | 3150 | 4728000 | 4728000 | 9600 | **9600** | 1:492 | 1:492 | Fürdött. Icterus megszünt, szék rendes. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |
| IX. | R. | 36·9 | 3125 | 5554000 | 5554000 | 7500 | 7500 | 1:740 | 1:740 | Köldökgyürü tiszta. Fürdött, szék rendes. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |
| X. | R. | Elhagyta az intézetet. | | | | — | — | — | — | |
| | E. | | | | | | | | | |

II. tábla.

*B. Teréz (Ferencz) fia.* Született 1901. szeptember 20-dikán, délelőtt 2 óra 15 perczkor a II. kpf. mechanismusa szerint. Köldökkötés a pulsatio megszüntekor, 10 perczczel a születés után.

Születés tartama $20^1/_4$ óra.

Születési méretek: súly: 3475 gm.; hossz: 54 cm.; fejkerület: 36 cm.

Az anya 20 éves IP.

*Naponkénti fürösztés csak a köldökleválás után.*

| Nap | | Tempe-ratura | Súly | Vörös vérsejt | Napi közép-érték | Fehér vérsejt | Napi közép-érték | Arány | Közép-érték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | R. | 36·0 | 3400 | 6468000 | 6462000 | 24300 | 20100 | 1:266 | 1:322 | Még nem szopott Két meconiumos szék. |
| | E. | | | 6456000 | | 15900 | | 1:406 | | |
| II. | R. | 37·3 | 3380 | 6226000 | 6226000 | 16400 | 16400 | 1:379 | 1:379 | Az éjjel szopott először. Két meconiumos szék. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |
| III. | R. | 37·2 | **3260** | 6412000 | 6122000 | 9850 | 9075 | 1:650 | 1:634 | Két meconiumos szék. |
| | E. | | | 5132000 | | 8300 | | 1:618 | | |
| IV. | R. | 37·1 | 3350 | 6110000 | 5750000 | 9300 | 9350 | 1:656 | 1:614 | Enyhe icterus. Két rendes szék. |
| | E. | | | 5390000 | | 9400 | | 1:573 | | |
| V. | R. | 36·9 | 3450 | 5496000 | 5241000 | 8900 | 9150 | 1:617 | 1:573 | Icterus megszünt. Négy nyákos szék. *Köldök levált.* |
| | E. | | | 4986000 | | 9400 | | 1:530 | | |
| VI. | R. | 36·8 | 3530 | 5566000 | 5610000 | 8700 | 10500 | 1:573 | 1:536 | Fürdött. Négy rendes szék. |
| | E. | | | 5654000 | | 11300 | | 1:500 | | |
| VII. | R. | 36·8 | 3550 | 5718000 | 5781000 | 10800 | **12136** | 1:529 | 1:481 | Fürösztés. Négy rendes szék. |
| | E. | | | 5844000 | | 13473 | | 1:443 | | |
| VIII. | R. | 36·8 | 3580 | 5600000 | 5629000 | 11000 | 10950 | 1:509 | 1:514 | Fürdött. Négy rendes szék. |
| | E. | | | 5658000 | | 10900 | | 1:519 | | |
| IX. | R. | 36·8 | 3580 | 5662000 | 5662000 | 11000 | 11000 | 1:514 | 1:514 | Fürösztés. Négy rendes szék. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |
| X. | R. | 36·8 | 3660 | 5204000 | 5204000 | 7100 | 7100 | 1:732 | 1:732 | Fürösztés. Három rendes szék. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |

III. tábla.

*R. Istvánné (Róza) leánya.* Született 1901. október 5-dikén, délután 11 óra 10 perczkor, az I. kpf. mechanismusa szerint. Szülés után a köldökkötés 10 percz mulva.

Szülés tartama: 26 óra 30 percz.

Születési méretek: súly: 3600 gm.; hossz: 51 cm.; fejkerület 34 cm.

Az anya 28 éves VP.

*Naponkénti fürösztés csak a köldökleesés után.*

| Nap | | Tempe-ratura | Súly | Vörös vérsejt | Napi közép-érték | Fehér vérsejt | Napi közép-érték | Arány | Közép-érték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | R. | 36·7 | 3350 | 7488000 | 7044000 | 1210[illegible] | 15900 | 1:618 | 1:476 | Még nem szopott. Először szopott d. u. 1 órakor. |
| | E. | | | 6600000 | | 19700 | | 1:335 | | |
| II. | R. | 36·9 | 3270 | 5268000 | 5203000 | 17600 | 16000 | 1:299 | 1:328 | Meconiumos szék. |
| | E. | | | 5148000 | | 14400 | | 1:357 | | |
| III. | R. | 37·0 | **3200** | 6104000 | **5961000** | 13400 | 13700 | 1:455 | 1:435 | Átmeneti szék Csekély icterus a sclerán. |
| | E. | | | 5818000 | | 14000 | | 1:415 | | |
| IV. | R. | 36·7 | 3370 | 5314000 | 5485000 | 11300 | 9815 | 1:470 | 1:574 | Három rendes szék. Icterus csekély. |
| | E. | | | 5656000 | | 8330 | | 1:678 | | |
| V. | R. | 36·7 | 3475 | 5500000 | 5329000 | 7900 | 9200 | 1:696 | 1:593 | Icterus erősebb. Két rendes szék. |
| | E. | | | 5158000 | | 10500 | | 1:491 | | |
| VI. | R. | 36·5 | 3525 | 4926000 | 4926000 | 7000 | 7000 | 1:703 | 1:703 | *Köldök levált.* Négy rend. szék. Fürösztés. |
| | E. | | | — | | — | | — | | |
| VII. | R. | 36·8 | 3600 | 5160000 | 5277000 | 10600 | 11500 | 1:486 | 1:455 | Fürösztés. Icterus tart. Csekély cyanosis. |
| | E. | | | 5394000 | | 12400 | | 1:434 | | |
| VIII. | R. | 36·8 | 3675 | 4490000 | 4635000 | 11200 | **13300** | 1:400 | 1:335 | Icterus tart. Négy rendes szék. Fürösztés. |
| | E. | | | 4780000 | | 15400 | | 1:310 | | |
| IX. | R. | 36·7 | 3700 | 5182000 | 5566000 | 11600 | 12050 | 1:446 | 1:461 | Fürösztés. Icterus tart. Négy rendes szék, |
| | E. | | | 5950000 | | 12500 | | 1:476 | | |
| X. | R. | 36·7 | 3660 | Elhagyta a klinikát. | | | | — | — | |
| | E. | | | | | | | | | |

IV. tábla.

*P. Zsuzsanna (Mihály) fia.* Született 1901. október 21-dikén, délelőtt $^1/_2 7$ órakor, az I. kpf. mechanismusa szerint. Köldökkötés 10 perczczel a születés után.

Születés tartama: 25 óra 45 percz.

Születési méretek: súly: 3150 gm.; hossz: 52 cm.; fejkerület: 34 cm.

Az anya 22 éves IP.

*Naponkénti fürösztés csak a köldökleválás után.*

| Nap | | Tempe-ratura | Súly | Vörös vérsejt | Napi közép-érték | Fehér vérsejt | Napi közép-érték | Arány | Közép-érték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | R. | — | — | 7446000 | 6733000 | 13000 | 14650 | 1:572 | 1:470 | Még nem szopott. |
| | E. | | | 6020000 | | 16300 | | 1:369 | | |
| II. | R. | 36·7 | 3000 | 6854000 | 6803000 | 9900 | 9450 | 1:692 | 1:721 | Tegnap este 9 órakor szopott először. |
| | E. | | | 6752000 | | 9000 | | 1:751 | | |
| III. | R. | 36·6 | 2875 | 6164000 | 6172000 | 7900 | 7450 | 1:780 | 1:831 | Rendes székletek. |
| | E. | | | 6180000 | | 7000 | | 1:882 | | |
| IV. | R. | 37·0 | **2800** | 5620000 | 5705000 | 6900 | 5950 | 1:814 | 1:986 | Rendes székletek. |
| | E. | | | 5792000 | | 5000 | | 1:1158 | | |
| V. | R. | 36·7 | 3010 | 5896000 | **6045000** | 6800 | 6500 | 1:866 | 1:932 | Rendes székletek. |
| | E. | | | 6194000 | | 6200 | | 1:999 | | |
| VI. | R. | 37·0 | 3075 | 5470000 | 5210000 | 8200 | 7350 | 1:667 | 1:669 | Rendes székletek. |
| | E. | | | 4950000 | | 6500 | | 1:671 | | |
| VII. | R. | 36·7 | 3075 | 6098000 | 5451000 | 9100 | **10650** | 1:670 | 1:531 | *Köldök levált.* Fürdő. Két rendes szék. |
| | E. | | | 4804000 | | 12200 | | 1:393 | | |
| VIII. | R. | 36·8 | 3225 | 5454000 | 5445000 | 8100 | 7700 | 1:673 | 1:708 | Fürdő. Három rendes szék. |
| | E. | | | 5436000 | | 7300 | | 1:774 | | |
| IX. | R. | 36·7 | 3370 | 5424000 | 5364000 | 8900 | 8600 | 1:609 | 1:624 | Fürösztés. Két rendes szék. |
| | E. | | | 5304000 | | 8300 | | 1:639 | | |
| X. | R. | Elhagyta az intézetet. | | | | — | — | — | — | |
| | E. | | | | | | | | | |

## V. tábla.

*R. Mária (Margit) leánya.* Született 1901. november 8-dikán, délután $^3/_4$12 órakor, az I. kpf. mechanismusa szerint. Köldöklekötés 10 perczczel a születés után. Születés tartama: 23 óra. Születési méretek: súly: 3225 gm.; hossz: 51 cm.; fejkerület: 33·5 cm. Az anya 20 éves IP.

*Naponkénti fürösztés csak a köldökleválás után.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·3 | 3200 | 7264000 | 6554000 | 18500 | 19000 | 1:392 | 1:345 | Még nem szopott. Egy meconiumos szék. |
| E. | | | 5844000 | | 19500 | | 1:299 | | |
| II. R. | 36·5 | 3100 | 5014000 | 5260000 | 10100 | 9350 | 1:496 | 1:568 | Először szopott az éj folyamán. Egy átmeneti szék. |
| E. | | | 5506000 | | 8600 | | 1:640 | | |
| III. R. | 36·7 | **3100** | 5580000 | **5614000** | 7600 | 7500 | 1:734 | 1:748 | Köldök tiszta. Átmeneti szék. |
| E. | | | 5648000 | | 7400 | | 1:763 | | |
| IV. R. | 36·7 | 3150 | 5514000 | 5514000 | 8100 | 8100 | 1:680 | 1:680 | Sárga nyákos, kissé savanyú szagú híg székek |
| E. | | | — | | — | | — | | |
| V. R. | 36·6 | 3200 | 4784000 | 5076000 | 5900 | 6850 | 1:810 | 1:749 | Rendes szék. Köldök tapad. |
| E. | | | 5368000 | | 7800 | | 1:688 | | |
| VI. R. | 36·7 | 3250 | 5214000 | 5303000 | 8400 | 7450 | 1:620 | 1:724 | |
| E. | | | 5392000 | | 6500 | | 1:829 | | |
| VII. R. | 36·6 | 3300 | 5326000 | 4993000 | 7300 | 7450 | 1:729 | 1:671 | *Köldök levált.* Fürösztés |
| E. | | | 4670000 | | 7600 | | 1:614 | | |
| VIII. R. | 36·6 | 3300 | 5538000 | 5538000 | 11500 | **11500** | 1:481 | 1:481 | Fürösztés. Köldökgyűrű tiszta. Meconium. szék. |
| E. | | | — | | — | | — | | |
| IX. R. | 36·6 | 3300 | 4180000 | 4606000 | 11000 | 9350 | 1:380 | 1:516 | Fürösztés. Rendes szék. |
| E. | | | 5032000 | | 7700 | | 1:653 | | |
| X. R. | 36·6 | 3400 | 4246000 | 4246000 | 6800 | 6800 | 1:624 | 1:624 | Fürösztés. Rendes szék. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

## Középértéktábla.

Összeállítva az I—V-ös táblák után, öt *nem fürösztött* csecsemőről.

Köldöklekötés 10 percz után. A szülés középértéktartama: 21 óra 36 percz. A születési méretek középértéke: súly: 3335 gm.; hossz: 51 cm.; fejkerület: 34·5 cm. Az anya kora középértékben 21$^1/_2$ év.

*A naponkénti fürösztés csak a köldökleválás után.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·9 | 3243 | 7166500 | 6577250 | 16620 | 17950 | 1:431 | 1:379 | Átlagos első szopási idő az első és második nap közti éjjel. |
| E. | | | 5988000 | | 18280 | | 1:327 | | |
| II. R. | 36·6 | 3147 | 5740800 | 5631900 | 13260 | 12255 | 1:432 | 1:441 | |
| E. | | | 5523000 | | 11250 | | 1:450 | | |
| III. R. | 36·7 | **3097** | 5926000 | **5700000** | 9150 | 9425 | 1:640 | 1:602 | |
| E. | | | 5474000 | | 9700 | | 1:564 | | |
| IV. R. | 36·8 | 3154 | 5708400 | 5629950 | 8610 | 8258 | 1:662 | 1:682 | |
| E. | | | 5551500 | | 7907 | | 1:702 | | |
| V. R. | 36·7 | 3227 | 5456000 | 5455100 | 7100 | 8010 | 1:768 | 1:689 | |
| E. | | | 5454200 | | 8920 | | 1:611 | | |
| VI. R. | 36·7 | 3276 | 5294000 | 5346750 | 8325 | 8387 | 1:635 | 1:636 | *Köldökleválás ideje.* |
| E. | | | 5399500 | | 8450 | | 1:638 | | |
| VII. R. | 36·7 | 3316 | 5625200 | 5397500 | 8580 | 9937 | 1:655 | 1:556 | Fürösztés kezdete. |
| E. | | | 5169800 | | 11295 | | 1:457 | | |
| VIII. R. | 36·7 | 3386 | 5162000 | 5226666 | 10200 | **10700** | 1:506 | 1:489 | Fürösztés. |
| E. | | | 5291333 | | 11200 | | 1:472 | | |
| IX. R. | 36·7 | 3415 | 5200400 | 5314533 | 10000 | 9750 | 1:520 | 1:540 | Fürösztés. |
| E. | | | 5428666 | | 9500 | | 1:571 | | |
| X. R. | 36·7 | 3400 | 4725000 | 4725000 | 6950 | 6950 | 1:679 | 1:679 | Fürösztés. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

## VI. tábla.

*Sz. Rozália (Margit) leánya.* Született 1901. deczember 12-dikén, délelőtt 10 óra 20 perczkor, az I. kpf. mechanismusa szerint. Köldöklekötés 10 percz mulva. Szülés tartama: 12 óra 10 percz. Születési méretek: súly: 3225 gm.; hossz: 51 cm.; fejkerület: 32 cm. Az anya 19 éves IP.

*Naponkénti fürösztés.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·6 | 3200 | 8768000 | 8289000 | 12500 | 15800 | 1:701 | 1:554 | Fürdött. Még nem szopott. |
| E. | | | 7810000 | | 19100 | | 1:408 | | |
| II. R. | 37·0 | 3100 | 7890000 | 7771000 | 15600 | 14200 | 1:505 | 1:551 | Fürdött Délelőtt szopott először. |
| E. | | | 7652000 | | 12800 | | 1:597 | | |
| III. R. | 37·0 | **3000** | 8080000 | **8201000** | 10800 | 10700 | 1:748 | 1:766 | Fürdött. Köldök tiszta. Mecon. szék. |
| E. | | | 8322000 | | 10600 | | 1:785 | | |
| IV. R. | 36·8 | 3000 | 8022000 | 7305000 | 10800 | 10650 | 1:742 | 1:684 | Fürdött. Mérsékelt icterus. |
| E. | | | 6588000 | | 10500 | | 1:627 | | |
| V. R. | 36·7 | 3100 | 7930000 | 6962000 | 6700 | 8250 | 1:1183 | 1:892 | Fürdött. Erős icterus. |
| E. | | | 5994000 | | 9800 | | 1:601 | | |
| VI. R | 36·7 | 3200 | 6794000 | 7087000 | 9900 | **9550** | 1:686 | 1:748 | *Köldök levált.* Fürdött. Erős icterus. |
| E | | | 7380000 | | 9100 | | 1:810 | | |
| VII. R. | 36·7 | 3100 | 7150000 | 7210000 | 7700 | 8750 | 1:928 | 1:836 | Fürdött. Icterus csökkent. |
| E. | | | 7270000 | | 9800 | | 1:744 | | |
| VIII. R. | 36·6 | 3150 | 7308000 | 7370000 | 10200 | 9550 | 1:716 | 1:775 | Fürdött. Icterus még kevéssé tart. |
| E. | | | 7432000 | | 8900 | | 1:835 | | |
| IX. R. | 36·7 | 3250 | 6848000 | 6910000 | 5900 | 8200 | 1:1160 | 1:912 | Fürdött. Icterus megszünt. |
| E. | | | 6972000 | | 10500 | | 1:664 | | |
| X. R. | 36·6 | 3250 | 6994000 | 6994000 | 7600 | 7600 | 1:920 | 1:920 | Fürdött. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

## VII. tábla.

*H. Josefa (Dezső) fia.* Született 1902. január 2-dikán, délelőtt 1 órakor, az I. kpf. mechanismusa szerint. Köldöklekötés 10 percz mulva. Szülés tartama: 6$^1/_4$ óra. Születési méretek: súly: 3305 gm.; hossz: 53 cm.; fejkerület: 34 cm. Az anya kora: 32 éves IIP.

*Naponkénti fürösztés.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·7 | 3250 | 6036000 | 6796000 | 19200 | 18300 | 1:314 | 1:374 | Még nem szopott. Fürdő. |
| E. | | | 7556000 | | 17400 | | 1:434 | | |
| II. R. | 36·9 | 3200 | 5742000 | 5603000 | 12200 | 11000 | 1:470 | 1:318 | Ma reggel szopott először. Fürdő. |
| E. | | | 5464000 | | 9800 | | 1:567 | | |
| III. R. | 36·8 | **3200** | 6220000 | **5983000** | 7100 | 8050 | 1:876 | 1:757 | Fürdő. Sokat hányt. |
| E. | | | 5746000 | | 9000 | | 1:638 | | |
| IV. R. | 36·9 | 3340 | 5762000 | 5461000 | 8100 | 8150 | 1:711 | 1:670 | Fürdő. Két rendes, kissé zsíros szék. |
| E. | | | 5160000 | | 8200 | | 1:629 | | |
| V. R. | 36·6 | 3400 | 5356000 | 5446000 | 8900 | 9000 | 1:601 | 1:604 | *Köldök levált.* Fürdött. |
| E. | | | 5536000 | | 9100 | | 1:608 | | |
| VI. R. | 36·7 | 3370 | 5196000 | 5077000 | 10000 | **11750** | 1:519 | 1:443 | Fürdő. Négy rendes szék. |
| E. | | | 4958000 | | 13500 | | 1:367 | | |
| VII. R. | 36·7 | 3480 | 4744000 | 4739000 | 9900 | 10850 | 1:479 | 1:440 | Fürdő. Egy rendes szék. |
| E. | | | 4734000 | | 11800 | | 1:401 | | |
| VIII. R. | 36·7 | 3490 | 5476000 | 5497000 | 7800 | 9150 | 1:702 | 1:613 | Fürdő. |
| E. | | | 5518000 | | 10500 | | 1:525 | | |
| IX. R. | 36·8 | 3500 | 5168000 | 5116000 | 7200 | 8600 | 1:717 | 1:611 | Fürdő. |
| E. | | | 5064000 | | 10000 | | 1:506 | | |
| X. R. | 36·6 | 3520 | 5276000 | 5276000 | 6300 | 6300 | 1:837 | 1:837 | Fürdő. Két rendes szék. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

VIII. tábla.

*F. Albertné (Olga) leánya.* Született 1902. február 20-dikán, délelőtt 1/4 6 órakor. Születés tartama 21 1/4 óra. Köldöklekötés 10 percz után. Születési méretek: súly 3785 gm.; hossz: 52 cm.; fejkerület 34 1/2 cm. Az anya 28 éves IIIP.

*Naponkénti fürösztés.*

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·4 | 3700 | 8392000 | 7791000 | 30100 | 32800 | 1:278 | 1:240 | Fürdött. Még nem szopott. |
| E. | | | 7190000 | | 35500 | | 1:202 | | |
| II. R. | 36·6 | 3550 | 6612000 | 6459000 | 26900 | 26450 | 1:245 | 1:243 | Először szopott reggel 3/4 8 órakor. Fürdött. Egy mecon. szék |
| E. | | | 6306000 | | 26000 | | 1:242 | | |
| III. R. | 36·8 | **3500** | 6932000 | **6489000** | 16800 | 16000 | 1:412 | 1:404 | Fürdött. Egy átmeneti szék |
| E. | | | 6046000 | | 15200 | | 1:397 | | |
| IV. R. | 36·6 | 3600 | 6684000 | 6403000 | 12600 | 12250 | 1:530 | 1:522 | Fürdött. Egy átmeneti szék |
| E. | | | 6122000 | | 11900 | | 1:514 | | |
| V. R. | 36·6 | 3620 | 6690000 | 6089000 | 14400 | 13850 | 1:463 | 1:437 | Széke nem volt. Köldök csak a venáu tapad. Fürdö. |
| E. | | | 5488000 | | 13300 | | 1:412 | | |
| VI. R. | 36·6 | 3600 | 6378000 | 6378000 | 14300 | 14300 | 1:446 | 1:446 | Fürdő. Három rendes szék. |
| E. | | | — | | — | | — | | |
| VII. R. | 36·6 | 3680 | 5366000 | 5816000 | 14700 | 15250 | 1:365 | 1:380 | Fürdött. Két rendes szék. |
| E. | | | 6266000 | | 15800 | | 1:396 | | |
| VIII. R. | 36·7 | 3750 | 6206000 | 6312000 | 13400 | 15150 | 1:463 | 1:421 | Fürdött. Két rendes szék. Köldök tapad. |
| E. | | | 6418000 | | 16900 | | 1:379 | | |
| IX. R. | 36·6 | 3800 | 6848000 | 6412000 | 17600 | 17250 | 1:389 | *1:371* | *Köldök levált.* Fürdö. Két rendes szék. |
| E. | | | 5976000 | | 16900 | | 1:353 | | |
| X. R. | 36·8 | 3830 | 6084000 | 6084000 | 18100 | **18100** | 1:338 | 1:338 | Fürdő. Egy rendes szék. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

Középértéktábla.

Összeállítva a VI—VIII. táblák után, három *fürösztött* újszülöttről. A szülés-középérték tartama: 13 1/4 óra. A születési méretek középértéke: súly: 3435 gm.; hossz: 52 cm.; fejkerület: 33·5 cm. Az anya korának középértéke: 26 éves. Köldöklekötés 10 percz után.

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·5 | 3385 | 7732000 | 7625333 | 20600 | 22300 | 1:375 | 1:344 | Fürdő. Az első szopás ideje az első és második nap közti éj. |
| E. | | | 7518666 | | 24000 | | 1:313 | | |
| II. R. | 36·8 | 3283 | 6748000 | 6611000 | 18233 | 17216 | 1:370 | 1:384 | Fürdő. |
| E. | | | 6474000 | | 16200 | | 1:399 | | |
| III. R. | 36·8 | **3233** | 7077933 | **6891299** | 11566 | 11583 | 1:611 | 1:594 | Fürdő. |
| E. | | | 6704666 | | 11600 | | 1:577 | | |
| IV. R. | 36·7 | 3313 | 6822666 | 6389666 | 10500 | 10350 | 1:649 | 1:616 | Fürdő. |
| E. | | | 5956666 | | 10200 | | 1:583 | | |
| V. R. | 36·6 | 3380 | 6658666 | 6315666 | 10000 | 10366 | 1:665 | 1:596 | Fürdő. |
| E. | | | 5672000 | | 10733 | | 1:528 | | |
| VI. R. | 36·6 | 3390 | 6122666 | 6145833 | 11400 | 11350 | 1:537 | 1:541 | Fürdő. |
| E. | | | 6169000 | | 11300 | | 1:545 | | |
| VII. R. | 36·6 | 3420 | 5753333 | 5921666 | 10766 | **11616** | 1:534 | 1:511 | *Köldök levált.* Fürdő. |
| E. | | | 6090000 | | 12466 | | 1:488 | | |
| VIII. R. | 36·6 | 3463 | 6330000 | 6393000 | 10466 | 11283 | 1:604 | 1:568 | Fürdő. |
| E. | | | 6456000 | | 12100 | | 1:533 | | |
| IX. R. | 36·7 | 3516 | 6288000 | 6146000 | 10233 | 11349 | 1:614 | 1:549 | Fürdő. |
| E. | | | 6004000 | | 12466 | | 1:484 | | |
| X. R. | 36·6 | 3533 | 6118000 | 6118000 | 10666 | 10666 | 1:573 | 1:573 | Fürdő. |
| E. | | | — | | — | | — | | |

[Graphicus tábla helye.]

A graphikus táblára vetett figyelmes pillantás láthatóvá teszi, hogy a fürösztött és nem fürösztött újszülöttek vörös és fehér vérsejtszámának viselkedésében lényeges különbség nincsen.

Látjuk ugyanis, hogy mindkét esetben a vörös vérsejtszám az első naptól kezdve fogy. A harmadik napon, úgy itt, mint ott, csekély emelkedés mutatkozik, melytől kezdve a vörös vérsejtszám állandóan és meglehetős egyenletességgel csökken, bár a 6—7-dik naptól kezdve a csökkenésben lépcsőzetes, de mindakét kategoriában közel hasonló ingadozás mutatkozik.

A fehér vérsejtszám szintén mindkét esetben az első naptól kezdve fogy egészen a hatodik napig. Ettől kezdve csekély emelkedés mutatkozik, a mely a 7—8-dik napon punctum maximumát elérve, az újra való csökkenésnek ad helyet.

A mi különbség a két typus között mutatkozik az az, hogy a fürösztött újszülöttek vörös és fehér vérsejtszáma valamivel magasabban jár, mint a fürösztetlen újszülötteké. Ebben talán része van a fürösztésnek, illetőleg annak, hogy a langyos fürdő után beálló izzadás, mint nedvveszteség a vér csekély besűrűsödésével járhat, mint azt egyes szerzők, például Schiff,[1] Grawitz,[2] Winternitz[3] etc. állitják, de azt sem lehet tagadni, hogy e körülmény oka véletlenségben is fekhet, mert hiszen úgy Schiff, mint más szerzők, valamint mi is láttuk, hogy az egyes újszülöttek individualis vérsejtszáma egyénenként változó és nem lehetetlen, hogy a fürösztött újszülöttek közé véletlenül magasabb vérsejtszámú újszülöttek jutottak.

Hogy ezek után végül a későn lekötött köldökű újszülöttek vérmorphologiáját az első tiz életnap alatt egységes képben áttekinthessük, mivel a fürösztött és nem fürösztött újszülöttek vermorphologiájának typusa között lényeges különbséget nem találtunk, foglaljuk össze a nyolcz újszülött vizsgálatainak tabelláit egy középértéktáblába s úgy vonjuk le abból az ezekre vonatkozó következtetéseket.

Általános összefoglaló középértéktábla[4]

összeállítva az I—VIII. táblák után.

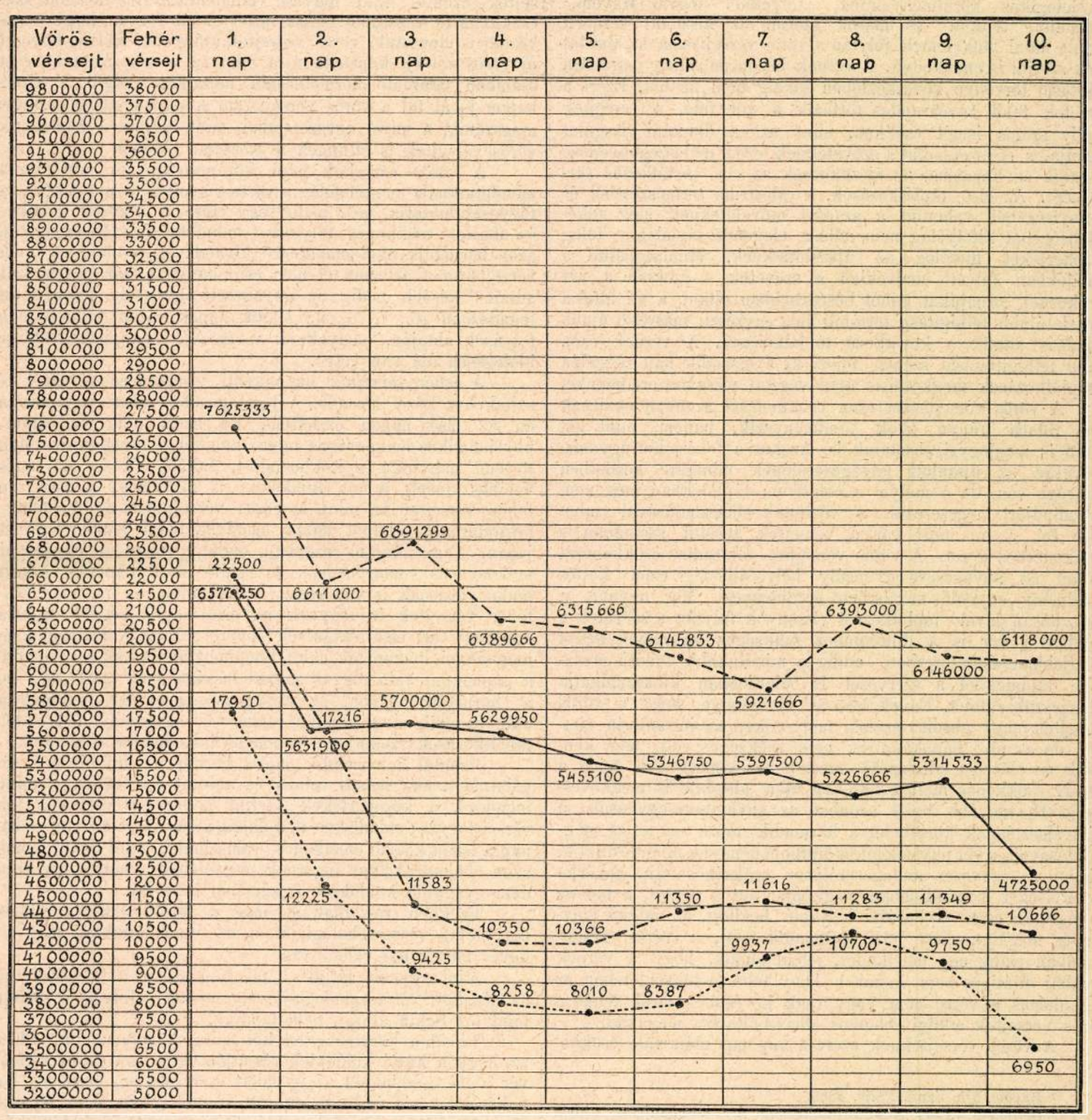
Köldöklekötés tiz percz után. Születástam középértéke: 18 1/2 óra. Születési méretek középértéke: súly: 3373 gm.; hossz: 51 cm.; fejkerület: 34 cm. Az anya korának középértéke: 23 év.

| Nap | Temperatura | Súly | Vörös vérsejt | Napi középérték | Fehér vérsejt | Napi középérték | Arány | Középérték | Megjegyzés |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. R. | 36·5 | 3303 | 7408857 | 6985428 | 18112 | 19268 | 1:409 | 1:360 | Az első szopás ideje az első és második nap közti éjjel volt. |
| E. | | | 6562000 | | 20425 | | 1:321 | | |
| II. R. | 36·7 | 3198 | 6118500 | 6024535 | 15125 | 14248 | 1:404 | 1:423 | |
| E. | | | 5930571 | | 13371 | | 1:443 | | |
| III. R. | 36·8 | **3148** | 6357750 | **6146645** | 10056 | 10234 | 1:632 | 1:601 | |
| E. | | | 5935500 | | 10412 | | 1:570 | | |
| IV. R. | 36·8 | 3213 | 6126250 | 5929267 | 9318 | 9104 | 1:657 | 1:650 | |
| E. | | | 5732285 | | 8890 | | 1:644 | | |
| V. R. | 36·7 | 3281 | 5907000 | 5721562 | 8187 | 8893 | 1:721 | 1:648 | |
| E. | | | 5536125 | | 9600 | | 1:576 | | |
| VI. R. | 36·7 | 3318 | 5649142 | 5652571 | 9500 | 9450 | 1:593 | 1:597 | *A köldöklevalás átlagos ideje.* |
| E. | | | 5656000 | | 9400 | | 1:601 | | |
| VII. R. | 36·7 | 3355 | 5673250 | 5594062 | 9400 | 10564 | 1:603 | 1:536 | |
| E. | | | 5514875 | | 11734 | | 1:470 | | |
| VIII. R. | 36·7 | 3415 | 5600000 | 5736800 | 10350 | **11000** | 1:541 | 1:522 | |
| E. | | | 5873666 | | 11650 | | 1:504 | | |
| IX. R. | 36·7 | 3453 | 5608250 | 5662291 | 10087 | 10535 | 1:556 | 1:538 | |
| E. | | | 5716333 | | 10983 | | 1:520 | | |
| X. R. | 36·6 | 3553 | 5560000 | 5560000 | 9180 | 9180 | 1:605 | 1:605 | |
| E. | | | — | | — | | — | | |

[1] Schiff E. A vér alakelemeinek és haemoglobintartalmának quantitativ magatartása stb. Math. és természettudományi értesitő. 1890.
[2] Schmaltz. Die Pathologie des Blutes stb. Lipcse, 1896. 23 lap.
[3] Limbeck. Die Pathologie des Blutes. Jena, 1896. 231 lap.
[4] Már dolgozatom megirása után vettem kézhez La Torre tanár szivességéből Prof. R. Magnanimi: Sulla compositione morphologica del sangue del neonató cz. dolgozatát. (La clinica ostetrica. 1902. Febraio vol. IV. 62. lap.) Magnanimi középértéktáblájának eredményei úgy a vörös, mint a fehér vérsejteket illetőleg az enyémmel teljesen egyeznek.

A mi a súlyviszonyokat illeti, látjuk, hogy a születési súlyhoz viszonyitva az első három nap alatt az újszülött súlyában esés mutatkozik. Ez az esés táblázatunkban 250 gm.-ot tesz ki, a mely súlyveszteség megegyezik azon súlycsökkenéssel, melyet az újszülöttek physiologiáját tárgyaló tankönyvek sok szerző észlelése alapján normálisnak állitanak. Ezen súlycsökkenés okát mi másokkal egyetértésben egyrészt az intrauterinalis életből hozott meconium és vizelet kiürítésének tudjuk be, másrészt azon decadentiának, melynek a mintegy „a saját organismusa rovására élő“ újszülött szervezete az első három nap alatti tökéletlenebb tápláltatás folytán azért esik áldozatul, mert az anyagcseréjéhez szükséges nedveket és fehérjét nagyrészt a saját szervezetéből kell elvonnia.

A harmadik napon, mint látszik, a súly megállapodik, a mi annyit jelent, hogy az újszülött anyagcseréjében az egyensúly helyreállott. Ezen időtől kezdve a csecsemő súlya gyarapodik, annyira, hogy már a nyolczadik napon, mint egészséges újszülötteknél rendesen, születési súlyát elérte, melyet az ezentúl való napokon, gyarapodásának és fejlődésének mértéke szerint, fokozatosan túlhalad.




Nem fürösztött újszülöttek vörösvérsejtjeinek száma.

Nem fürösztött újszülöttek fehérvérsejtjeinek száma.

Fürösztött újszülöttek vörösvérsejtjeinek száma.

Fürösztött újszülöttek fehérvérsejtjeinek száma.

A mi most a vörös vérsejtek viselkedését illeti, arra a táblázatból a következők olvashatók ki:

Mindenekelőtt feltünik a kezdő vörös vérsejtszám magas volta. Ennek okát mi is másokkal együtt azon nagy nedvveszteségekből magyarázzuk, melyeket az újszülött születésekor s az azt követő néhány órában a megváltozott élet és környezeti viszonyok következtében a lehülés, elpárolgás, a légzés, vizelet és székkiürités folytán elszenved s a mely a vérnek bizonyos besürüsödésével jár s igy a vörös vérsejtek relativ számának emelkedését eredményezi, másrészt azon physiologikus körülményeknek, melyeknél fogva Hayem,[1] Bettmann,[2] Aitken[3] és mások szerint az újszülött vérében foglalt fiatal alakelemek folytán a vörös vérsejtszám az absolut érték szerint is emelkedett. A vérnek beconcentráltan maradása a diffusio törvénye következtében sokáig nem tarthat. Ezért a szövetek felől savóáramlás történik a vér felé, a vérsejtek relativ száma ismét csökken, mint azt a délutáni vizsgálat igazolja, s egyszersmind a szöveteknek ezen nedvszegényedése megadja az impulsust az újszülöttnek az első táplálkozás sürgetésére. Az első táplálkozások, a colostrum természetéből és mennyiségéből, valamint a szopási müveleteknek még tökéletlenségéből kifolyólag nem adnak elegendő táplálékot, főleg a fehérjéket illetőleg az újszülötteknek. Mindazonáltal a táplálékban felvett nedvekből a szövetek s ezekből a vér igyekeznek szomjukat minél bőségesebben oltani, a mi által a vérnek újabb felhigítása történik meg egyrészt, másrészt újabb impulsus adatik a következő táplálkozásra. A vérnek ezen újabb felhigíttatását szépen fejezi ki a második nap reggelén a táplálkozások megkezdése után végzett vizsgálat eredménye.

A vörös vérsejtszám ezen csökkenését azonban nemcsak ezen relativ irányú okok eredményezik, hanem, mint azt Schiff is megjegyzi, absolutak is. Azokat a fehérjéket ugyanis, melyekre az újszülött anyagcseréjének mindjárt kezdetben szüksége van, de a melyet a colostrum táplálékban még nem tud mindjárt megszerezni, a vérsejtek elhasználásával szabadítja fel, a mi most vár a vérsejtek absolut számában is csökkenéshez vezet. A vörös vérsejtek fokozatos csökkenését ezután az anyagcsere-egyensúly helyreállásáig ezen kettős körülmény egyenlő mértékben eredményezi. Míg ugyanis a fokozatosan javuló táplálkozási viszonyok folytán a szövetek s ezekből a vér is a dilutiojához szükséges savómennyiséget mindjobban megszerezheti, addig a mindinkább fehérjegazdagabb táplálékból a szervezet is mindjobban kihasználhatja fehérjeszükségletét. Ennek lesz az eredménye, hogy a vörös vérsejtek nagy absolut száma, mely főkép az intrauterin életben, de az első napokban is, erre szükséges volt, nem képződik az előzetes elhasználás mértékéhez képest újra, tehát a relativ csökkenés mellett nap-nap után absolute is megkevesbedik. Hovatovább beáll azonban az anyagcsere-egyensúly, a tejelválasztásnak körülbelül a harmadik napra eső teljes megindulásával s a vér physiologikus dilutioja nemcsak állandósittatik, hanem a szervezet anyagcseréjéhez szükséges teljes fehérjemennyiséget is mindjobban megkapja. Azt a pontot, a hol az anyagcsere ezen egyensúlyi helyzete beállott, az addigi súlyfogyás megállapodása jelzi (harmadik nap), a vörös vérsejtszámban pedig egy emelkedés, jeléül annak, hogy a vérnek további dilutioja nem halad s hogy fehérjeszükségletében az organismus a vérre nem, vagy csak kevésbbé szorul, tehát a vörös vérsejtek addigi rohamos elhasználtatása megakad.

A vörös vérsejteknek ezentúl nap-nap után való csökkenésében a relativ számban való fogyás aligha játszhatik most már szerepet, legalább is előbbi kettős szerepéből egyiket elveszíti. Míg ugyanis a vér dilutiojának növekedéséig egyik napról a másikra is csökkentette a vörös vérsejtek relativ számát, addig a vérdilutio állandósulása után csak annyiban járul hozzá a vörös vérsejtszám relativ ingadozásához, a mennyiben estétől reggelig vagy reggeltől estig a szopás mértéke, vagy a különböző physiologiás, abnormis (éhezés, lehülés) vagy pathologiás (diarrhoea, hányás) körülmények befolyása alatt a vérsavó mennyisége időlegesen ingadozik. A vörös vérsejtek ezentúl való fogyása mindenekszerint absolut számcsökkenésre vezethető vissza, azon oknál fogva, hogy a szervezetben elpusztuló vörös vérsejtek arányához mérten kevesebb új vörös vérsejt képződik újra, mint azt a naponként kevesebb számban található normoblasták mutatják. Végül a tizedik napon jóval túl a vörös vérsejtszám is állandósittatik, a fogyás megszünik, a mivel egyszersmind, mint tudjuk, a magtartalmú vörös vérsejtek is eltünnek a csecsemő véréből.

A vörös vérsejtek napi középértékrovata mindezen elmondottaknak megfelelőleg a vörös vérsejtszám naponként való fogyását mutatja, még pedig egy előre a fokozott relativ és és absolut csökkenés folytonos haladása folytán egyeletesen azon harmadik napi emelkedés kivételével, a mely az eredeti vérsejtszámot azonban el nem éri s melynek már magyarázatát adtam; később pedig az anyagcsere-egyensúly beállása után ingadozóan (6., 7., 8., 9., 10-dik napok) azon különböző befolyások alapján, melyeknek a vérsavó mennyiségi változása időlegesen alá van vetve.

A fehér vérsejtek naponkénti viselkedése a vörös vérsejtekéhez közel hasonló. A legmagasabb fehér vérsejtszámot én az első napon észleltem. Én azért nem vallhatom a physiologikus leukocytosis okául Schiffel, a táplálkozás folytán történő nagyfokú nyirokbeömlést. Inkább itt is azt tartom valóbbszinünek, a mit Gundobin[1] is állit, hogy a nagyszámú fehér vérsejtet is, mint a vörös vérsejteket, az újszülött az intrauternalis életből hozza magával, fiatal leukocyták alakjában. Nem akarom azonban tagadni, hogy a physiologiás leukocytosis fentartásában a Schiff által imputált étkezési leukocytosisnak is van része, a mit mutat az is, hogy bár a fehér vérsejtek is fogynak az első naptól kezdve, azonban, minthogy az első étkezések ingere folytán valószinüleg úgy nagyszámú leukocyták, mint lymphocyták jutnak a keringésbe, a naponként való fogyás sokkal lassúbb s az igazi esés csak a harmadik napon, az anyagcsere-egyensúly helyreállitása után történik meg, a mikor tehát az egyensúlyi helyzettel a táplálkozások szokatlan, chaemotaktikus ingere megszünik.

Ezentúl a harmadik naptól kezdve a napi kétszeri vizsgálatnál a már ismert relativ és absolut körülmények folytán ingadozó, a középértékek szerint pedig egyenletes a fehér vérsejtfogyás; mindössze a köldökleválás idejétől van néhány napra ismét kisebb emelkedés, valószinüleg, mint Schiff mondja, azon chaemotaktikus ingernek megfelelőleg, mely a per secundam gyógyuló köldökseb izgalmából indul ki.

Ezekben rajzolhattam meg a későn lekötött köldökü újszülöttek vérmorphologiáját s az elmondottakhoz még csak kevés hozzátenni valóm van.

Mint ugyanis látjuk, a mi táblánkban a tartalékvérnek, az újszülött vérmorphologiáját oly módon befolyásoló szerepét, mint azt Schiff állitja, nem találtuk.

Ebből a körülményből két dolog következhetik. Először az, hogy a késői köldöklekötés útján vagy nem jutott tartalékvér a mi eseteinknél az újszülött szervezetébe, vagy az, hogy a késői lekötés útján bejuttatott vérmennyiség nem fejtett ki olyan befolyást a vérmorphologiára, mint azt Schiff leirta. Azt a körülményt, hogy bizonyos mennyiségü úgynevezett tartalékvér a késői köldöklekötés útján minden alkalommal jut be az újszülött szervezetébe, megtagadni nem lehet, mert az Budin, Zweifel, Haumeder, Schücking, Hofmeier, Ribemont stb. vizsgálatai alapján kétségtelenül bebizonyitott tény. Ezek szerint tehát csak az konstatálható, hogy az úgynevezett

[1] Hayem. Die Sang. Páris, 1889.

[2] Bettmann. Über Neutralrothfärbung der kernhaltigen rothen Blutkörperchen. Münchener med. Wochenschr., 1901, Nr. 24.

[3] Aitken. Blood-counts. in the newborn. Journal of obstetrics and gynaecology. 1902. április. (Aitken vérvizsgálatainak eredményei szintén eltérnek Schiff eredményeitől és inkább az én értékeim felé közelednek. Szerinte:

1. A vörös vérsejtek relative nagyobb számúak az újszülötteknél, mint a felnőtteknél. Az első 48 órában számuk a vér concentratiojának megfelelőleg növekszik. Ettől kezdve fogyás áll be.

2. A fehér vérsejtek kezdetben 3—4-szer oly nagyszámúak, mint a felnőtteknél. Ezek is szaporodnak a második napig s onnan kezdve fogynak épen úgy, mint a vörös vérsejtek.

[1] Gundobin: Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1893. XXXV. kötet.

tartalékvér a neki Schiff által imputált befolyását az újszülött vérmorphologiájára egyetlen esetünkben sem érvényesitette. Ennek oka pedig másban nem fekhetik, mint abban, hogy az úgynevezett tartalékvér az újszülött szervezetébe más viszonyok között jut be, mint azt Schiff feltételezte, s igy eliminatiojára sem lehetnek érvényesek azon törvények, mint a milyeneket ezekre Schiff vizsgálataiból kimagyarázott.

Schiff szerint a tartalékvér az újszülött szervezetében egy többletet jelent azon vérmennyiségen felül, mely az újszülött physiologikus vérquantumának tekintendő. Ezen abnormis vérfelesleg természet szerint nem volna másként elhelyezhető az újszülött szervezetében, mint egy olyan magyarázattal, mely az egész érrendszer abnormis túlfeszültségét feltételezi. Ha ez áll, akkor természetesen érvényben vannak azon további magyarázatok is, melyek a túlfeszült edényrendszerből a vérsavó kisajtolódására vonatkozólag Schiff által felhozatnak.

Kérdés azonban, vajjon feltételezhető-e, hogy egy addig idealisan physiologikus körülmények között élt és megszületett magzat életének első perczeiben tisztán physiologikus körülmények befolyása alatt ilyen abnormis, sőt majdnem pathologiásnak mondható viszonyok közé helyeztessék, azaz feltehető-e, hogy az újszülött szervezete tisztán physiologiás folyamatok behatása alatt szervezetébe egy olyan abnormis vérfelesleget fogadjon be, még pedig edényrendszerének a normális középhatárt „jóval" túlhaladó túlfeszültsége mellett, mely az ő normálisnak feltételezett vérquantumát jóval túlhaladja. Bizonyára nem és mindenekszerint *úgy kell lenni, hogy az a vérmennyiség, mely az újszülött szervezetébe a késői köldöklekötéssel bekerül, nem felesleg, hanem physiologikus tartozék, melytől az újszülött a születés pillanatában végzett köldöklekötés mellett megfosztatik.*

S ez a feltevés valószinűbb is. Az újszülött magzat az intrauterinalis életben ugyanis a gáz és anyagcseréjéhez szükséges, de szervezetének részét képező vérmennyiséget a placentában heverteti s mindazon szervei, melyek ezen folyamat munkarészleteit később végzik, csak annyiban láttatnak el vérrel, a mennyi azon szervek saját táplálkozására physiologikusan szükséges. Mihelyt azonban a magzat megszületett, megindulnak azonnal bennt a szervezetben a placentától független ezen folyamatok. Beáll a tüdőlégzés s az itt végzendő gázcsere elvégzésére beáll a tüdő nagyobb vérszükséglete egyrészt a gázcseréhez, másrészt a nagyobb munka végzésére a tüdő saját táplálkozásához. Megindul a tüdővérkör keringése, a melyhez a munkát a szív szolgáltatja, mely a munkaszaporodáshoz mérten saját táplálkozására is több vért követel. Megindul a bélkiürülésnek munkája s ezzel a bél részéről az első impulsus az itt folyó anyagcsere megindulásához, melyekre a bélfalaknak részben a saját táplálkozásukra, részben az anyagcserét szolgálni hivatott anyagszállításra fokozottabb mennyiségű vérre lesz szükségök. Hasonló sorsban osztozik e részben a máj s vele a többi szervek. A megindúló anyagcserével beáll a bomlástermékek halmozódása is, melyek kiürítésre várnak. Ezen működés körül a vesékre várnak fokozottabb feladatok. S mindezekkel beáll az egész szervezetben a szükséglet azon vértöbblet iránt, mely eddig a placentában feküdt kihelyezve. A szervezetnek ezen, mondhatni véraspiráló munkáját a szülés harmadik szakának physiologiás folyamata a lepényben, az uterus-contractiók és retractio által, fokozódó nyomással támogatja s e mellé áll segitőnek még a köldökerek azon szintén physiologiás berendeződése is, hogy az arteriák benne hamarabb összeesnek, mint a vena s hogy az újszülött szervezetébe talán még akkor is juthat vér, a mikor belőle már ki nem mehet.

*Ime nincs tehát szükség a placentából nyerhető vértöbblet befogadásánál az edények abnormis túlfeszülésére, mert a hely a vasodilatatoroknak az anyagcsere megindulásának ingere által kiváltott működésével physiologice praeformáltatik s a bejutó vértöbblet nem felesleg, hanem physiologiai tartozéka az újszülött szervezetének, melyet csak addig tart szervezetéből kihelyezve, míg a később általa végzendő működések előbb másutt, a placentában végeztetnek.*

Ezen körülmények indokolják meg egyszersmind a köldök lekötésével való várakozást legalább a pulsatio megszünéséig, mert ha a magzattól e vértöbblet elvonódik, egész anyagcseréjét illetőleg az első életnapokban vasodilatatorjainak és constrictorjainak szabályozásával szegényesebben kell berendezkednie.

Ha pedig ezen folyamatok ilyképen peregnek le, akkor egészen érthetők azok a viszonyok, melyek vizsgálataink alapján az újszülöttek tíz első napi vérmorphologiáját illetőleg utolsó középértéktabellánkból kitünnek.

---

Közlemény a kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János, egyet. ny. r. tanár.)

## Két magas fogóműtét Tarnier-féle fogóval.[1]

Irta: *Wenczel Tivadar* dr. tanársegéd.

Mióta Chamberlain Péter körülbelül kétszáz esztendő előtt a fogót, mint szülészeti műszert megalkotta, azóta egyöntetű és végleges megállapodás sem a műszer szerkezetére, sem e műtét indicatioira és feltételeire nézve nem történt. Különbözők, sőt néha egészen ellentétesek voltak az egyes nézetek, melyeket elég gyakran módositottak, megváltoztattak. Egyöntetű megállapodás még máig sincs, módositások, változtatások pedig most is történnek.

A fogók számos alakját a szerint csoportositjuk, a mint medenczegörbületeknél fogva magasabban vagy mélyebben álló fejre alkalmasabbak. A medenczebemenetben vagy a felett álló fejre alkalmas fogók az ú. n. magas fogók. Ezek közül az I. sz. női klinikán a Tarnier által 1877-ben alkotott szerszámot használjuk. Főelőnye minden eddig készült rivalisa felett az, hogy még a kritikus síkban, a medenczebemenet síkjában is a vele történő húzás iránya leginkább közeliti meg a medencze tengelyének irányát; ez által a magasan álló fejet a műszer nem úgy, mint például az egyszerű magas fogók a medencze mellső fala felé is, de direct lefelé húzza, mi által nagy az erőmegtakarítás, kisebbek a sérülések. Előnye még az is, hogy biztosan tartja a fejet, ritkán csúszik le és igy nagyobb erő fejthető ki általa.

A fogó indicatioinak megállapitásánál, mivel egyesek a műtétet egész ártalmatlan beavatkozásnak tekintik, mások a legveszedelmesebbek közé sorozzák, ezért a felállitott indicatiók is a különböző iskolákban hol szűk, hol pedig tág határok között találhatók. Osiander 2540 szülés közül 1016-ot fejezett be fogóval és szüléseinek csak 54%-a folyt le spontán. Mindez a XVIII. század végén és a XIX. század elején történt. Ha eme horribilis beavatkozásokkal okozott minden egyéb bajtól eltekintünk és csak azt veszszük figyelembe, hogy Semmelweis tanának ismerete előtt mily veszélyek támadtak, elképzelhetjük mennyi szerencsétlenséget okozott Osiander és iskolája. Még újabb időben is mennyi felesleges bajt okoznak azok, kik a fogót mint úgynevezett ártalmatlan műtétet tanulókkal, tehát teljesen gyakorlatlan és tapasztalatlan egyénekkel, indicatio nélkül, csak épen gyakorlat kedveért végeztetik vagy kivált a privat-praxisban kényelmi szempontból vagy a szülőfájások tartamának megrövidítéseért végezik.

Mi az I. sz. női klinikán prophylactikus indicatioból a kitolási szak legalább hat órás tartama után applikáljuk a műszert és vitalis indicatioból az anya vagy magzat, vagy mindkettő életveszélye miatt fejezzük be a szülést.

A mi a fogó feltételeit illeti, sokan csak akkor alkalmazzák, ha a fej legnagyobb kerületével legalább a medenczebemeneten túl van, addig mások magasan a bemenet felett mozgatható fejre is alkalmazzák, még szűk medenczénél is. Vannak szülészek, kik a prophylactikus lábrafordítást a magas fogó kedveért mellőzik és azt állítják, hogy a magas fogó enyhébb eljárás, mint a lábrafordítás. Ezért gyakran és kivált ott, hol tapasztalataik az előző szülésekről nincsenek, a lábrafordítás feltételeit szándékosan elmulasztják, szükség esetén a magas fogót végezik, ez által alkalmat adván a szülés spontán

[1] Előadatott a Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának 1903. junius 19-dikén tartott ülésén.

lefolyására. Mások a magasan álló fejre alkalmazott fogót egyenesen durva eljárásnak nevezik és szűk medenczénél teljesen kiküszöbölik a használatból; azt állítva, hogy ha szoros indicatio alapján végeztetik a műtét, úgy nem sikerül, ellenkezőleg meg a szülés úgy is lefolyt volna. A symphyseotomia egyes pártolói szerint eme műtét előtt applikált magas fogóval csak a symphyseotomia kilátásba vett sikerét rontjuk el és czélt nem érünk.

Mi az I. sz. női klinikán 1899 óta a magas fogóműtétet már a bemenetre szorított, de még a legnagyobb kerületével a bemenet felett álló fejre is, akár szűk medenczénél is gyakrabban végeztük akkor, midőn élő magzatnál kellett a szülést befejezni és a lábrafordítás feltételei már nem voltak meg, vagy eleinte spontán szülést remélve, a várakozás alatt a prophylactikus lábrafordítás feltételeit elmulasztottuk.

A magas fogó alkalmazása előtt, ha csak a méh alsó szakasza erősen elvékonyodva nincs, mindig megkisértjük narcosisban a fejnek Hofmeier szerint végezett impressioját, még pedig Walcher-féle helyzetbe fektetett nőn. Ha az impressio ilyenkor nem sikerül, akkor veszszük elő a Tarnier-féle fogót, a fejnek a bemeneten való áthúzásakor ugyancsak felhasználva a Walcher-fektetést.

Végeztünk 1899 óta a klinikán és a poliklinikán összesen huszonnégy sikerült magas fogóműtétet.

Ezek közül szabadjon a következő kettőt közölni:

I. eset. 533/504/1902. sz. A 19 éves IP. 1902. május hó 11-dikén délután 2 óra 30 perczkor jött a klinikára. Utolsó havi bajára nem emlékszik. Szülőfájásai megindultak $12^1/_2$ órával, a burok pedig megrepedt 8 órával felvétele előtt. Hő 37·2, pulsus 72. Rhachitis jelei nincsenek. Magassága 146 cm., spinák 24 cm., cristák 26 cm., conj. ext. 16·5 cm.; conj. diagonalis 10·3 cm., spinae post. 8 cm. Linea innominata elég jól végigtapintható. Szülőnő a terhesség végén van. Fej rögzítve a bemenetben, élő magzat. Méhszájnak 0·5 cm. széles pereméje tapintható; II. kf. hátsó falcsonttartás. Nyilvarrat közvetetlenül a symphysis mögött van. Ez után 16 órával a status következő volt: hő 37·7, pulsus 92. Méh alsó szakasza elvékonyodott, fej rögzítve a bemenetben. Jó magzati szívhangok. Méhszájnak alig $^1/_2$ cm. széles pereméje tapintható; II. kf. nyilvarrat közvetetlenül a symphysis mögött. A burokrepedés óta 24 óra mult el, a szülés 16 órai klinikai észlelés alatt semmit sem haladt, a méh alsó szakasza elvékonyodott, a szülőnő érdekében vitalis indicatioból, élő magzat mellett a szülés befejezését határozzuk el. Narcosisban Walcher-helyzetben óvatos impressioval nem sikerül a fejet a bemeneten átnyomni, nagyobb erőt kifejteni a méh elvékonyodása miatt nem merünk, magas fogóval igyekszünk a szülést befejezni. Tarnier-fogóval, ugyancsak Walcher-helyzetben négy erélyes tractioval a kimenetig sikerül a fejet hozni, most már a fogót levéve, a magzatot exprimáljuk. Szülőnőn 2 cm. hosszú gátrepedésen kivül egyéb sérülés nem volt. Magzat livid asphyxiából hamar felélesztheto. 51·5 cm. hosszú, 3380 gm. súlyú, fejkerülete 34·5 cm. Fején a kis kutacska táján inkább jobbra terjedő nagy almányi fejdaganat. Bal homlokcsont a jobb alá, bal falcsont a jobb alá, homlok- és nyakszirtcsontok a falcsontok alá tolódtak. A bal falcsont a hátsó falcsonttartásnak megfelelően erősen lelapitott, a koronavarrat felett piros elszínesedés a bőrön. Az asszony teljesen normális gyermekágy után 14 nap mulva egészséges gyermekével együtt hagyta el a klinikát.

II. eset. 422/405/1903. sz. A 24 éves IVP. nőt Nagy-Tétényről kocsin hozzák a klinikára április 6-dikán délután 3 óra 30 perczkor IP. öt év előtt orvosi beavatkozással, halott magzat. IIP. három év előtt spontán szülés, élő magzat. IIIP. két év, előtt expressioval élő magzat. Utolsó tisztulása 1902. julius elején volt. Szülőfájások kezdete 25 órával, burokrepedés 16 órával a felvétel előtt. Hő 38·9, pulsus 120. Magasság 144 cm., sp. 25 cm., cr. 27·5; c. ext. 17·5 cm., spinae post. 7·5 cm. Promontorium csak nehezen érhető el. Méh alsó szakasza elvékonyodott. Fej a bemenetből könnyen kimozdítható, élő magzat. I. kf. Méhszájnak $1^1/_2$ cm. széles petyhüdt pereméje tapintható, nyilvarrat kissé közelebb a promontoriumhoz. Folyás bűzös. Lázas, magas pulsusú nőnél a méh alsó szakaszának elvékonyodása és bűzös folyás mellett vitalis indicatioból fejezzük be a szülést. Élő magzatnál a Tarnier-féle fogót alkalmazzuk narkosisban. Fej igen könnyen kimozdul a bemenetből, fogózáráskor a nyelek erősen szétállanak, ebből nagy fejre következtetünk, a harántzárt jobban meghúzzuk. Walcher-helyzetben két mérsékelt erejü tractioval sikerül a fejet a kimenetig húzni, fogót leveszszük, magzatot exprimáljuk. Livid asphyxiából hamar felélesztheto. Hossza 52 cm., súlya 3975 gm., fejkerülete 38 cm. Lepény bűzös, légbuborékok nem távoztak. Méhüregöblités 10 liter steril vizzel. Egy-két kisebb sérülésen kivül a nő egyebet nem szenvedett. Hat napig erősen bűzös folyása volt lázak kiséretében, a 7. naptól kezdve rendesen folyt le a gyermekágy, úgy hogy a 12. napon egészséges gyermekkel együtt hagyhatta el a klinikát.

Az első esetben az elsőfokú szűkület alsó határát mutató medenczénél oly kedvezőtlen fejbeigazodásnál, mint a hátsó falcsonttartás, végeztük sikeresen a műtétet. A másodikban pedig fogóra a végső, felső határon álló, könnyen kimozdítható 38 cm. kerületű fejet egész könnyen lehetett 25 cm. sp., 27·5 cm. cr. és 17·5 cm. conj. ext.-jú medenczén keresztülhúzni.

Az elmondott esetekben élő magzatoknál az anyák érdekében vitalis indicatioból kellett a szülést befejezni. Milyen műtéteket végezhettünk volna? Az első esetben felvételkor 8 órával a burokrepedés után a fej már rögzitve volt a medenczebemenetben, a második esetben 16 órával a burokrepedés után a méh alsó szakasza volt elvékonyodva, a lábrafordítás feltételei tehát nem voltak meg. A császármetszés szóba sem jöhetett. Mindkét szülőnőt előzőleg megbizhatatlan bábák vizsgálták; lázas, illetve subfebrilis asszonyokon jóval a burokrepedés után végezvén a műtétet, biztos sepsisnek tettük volna ki őket. Erélyes impressiót a méh alsó szakaszának elvékonyodása miatt nem végezhettünk egyik esetben sem. Csak a craniotomia és magas fogó között választhattunk. Craniotomiánál élő magzatot perforáltunk volna, igy tehát kizárólag a magas fogóműtétet kellett megkisérelnünk, mint egyedüli oly módot, melylyel az anya nagyobb veszélyeztetése nélkül, a magzatok életét megtarthattuk.

Klinikánk tanitása szerint a magas fogó akár az anyára vagy magzatára, akár a műtőre tekintetből a legnehezebb szülészeti beavatkozások sorozatában foglal helyet. Az elmondott két esetben a műszert szűk medenczében, igen magasan fekvő fejre alkalmaztuk, épen a határon, melyen a fogókisérlet még megengedett s a kétes prognosissal indult műtét, meglepetésünkre könnyen sikerült. Azt hiszem, hogy ezt a kedvező lefolyást egyrészről a Walcher-fektetésnek, másrészről a Tarnier-fogónak lehet köszönni. Természetesen, mint minden magas fogóműtéttel szemben, úgy e két esetben is kérdés marad, hogy az idejében, jókor eszközölt prophylactikus lábrafordítást követő, kézzel való kihúzása az utoljára jövő fejnek a Walcher-fektetés és expressio segitsége mellett nem volt volna-e mind a három félre nézve még enyhébb beavatkozás. A két leirt műtétnek tapasztalásainkkal ellentétben szokatlanul könnyű lefolyása adta meg az impulsust, hogy közöljem őket.

---

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Dr. Tauffer Vilmos ny. r. tanár.)

## Tubatuberculosis esete.[1]

Irta: *Konrád Jenő dr.* klinikai gyakornok.

A női nemzőszervek tuberculosisa magában véve is ritkán előforduló betegség és még ritkábban találkozunk olyan esetekkel, melyekről csak valószinűséggel állithatnók, hogy elsődleges genitalis tuberculosisok.

Egy ilyen esettel volt alkalmam foglalkozni a II. sz. női klinikán.

[1] Bemutattatott a Budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1902. május 12-dikén tartott ülésén.

Figyelmet érdemel ez eset egyfelől a felmerült diagnostikai nehézségek miatt, melyek végre is diagnostikai tévedésre vezettek, másfelől azért, mert a műtét kórboncztani lelete, a kórszövettani vizsgálat eredménye összevetve a megelőző belgyógyászati vizsgálat eredményével, majdnem egész bizonyossággal primaer genitalis tuberculosisra engednek következtethetni.

A beteg 31 éves nő, ki 14 év előtt szült egyszer. Gyermekágya normális lefolyású volt. A szülés után egy hónappal méhgyuladást kapott, mely két hónapig tartott. Tizennégy éve vannak medenczebeli, a végből felé kisugárzó fájdalmai, melyek egy év óta erősbödtek.

A beteg jól fejlett és táplált, erőteljes nő, mellkasi szervei felett ismételt belgyógyászati vizsgálattal eltérést nem találtunk.

A genitalis vizsgálat csak hosszabb, lobellenes kezelés után volt megejthető s a beteg érzékenysége miatt a diagnosis csak egy második vizsgálattal volt megállapitható.

A diagnosis a következő volt: Anteflectált uterus, hátul a Douglasban lobosan fixált subserosus fibromgócz; két nagyobb ovarium.

Minthogy a beteg fentemlített alhasi fájdalmai az utóbbi időben elviselhetetlenné váltak, indikáltnak látszott a műtéti beavatkozás, hogy a beteg fájdalmai megszünjenek, a mit a lobosodást okozó subserosus fibromgócz eltávolításával elérhetőnek véltünk.

Ezen alapon történt a műtét colpotomia posterior útján.

A Douglas megnyitása után, számos szivós adhaesio között, vastagfalú folyadék bennékű tumor tünik elő, melyből punctiora sűrű geny ürül. Az adhaesiók teljes oldása után, minthogy a balkürt, melynek kitágult ampullaris része képezte a daganatot, majdnem az uterus sarkáig kiterjedőleg erősen vastagodott, a sorvadt bal petefészket, mely a lobos adhaesiók között veszett el, benthagyva, a kürtöt az uterus sarkánál egészen lekötjük s lekötve a ligament. infundibulopelvicum-ot is, eltávolitjuk.

A beteg 14 napi láztalan reconvalescentia után gyógyultan távozott a klinikáról.

A kiirtott tuba kitágult ampullaris részlete tyúktojásnyi, fala átlag 3—4 mm. vastag, a Douglas felé tekintő részén, hol a lobos adhaesiókból a kifordult és duzzadt fimbriák kihámozhatók, egy tömöttebb, kérges részlet tapintható. Ezen tömött, kérges részlet, a tömlő nagy feszültsége és a lobos környezet magyarázzák meg a fibromadiagnosist.

A tömlőfal metszéslapja halvány vöröses-szürke, a felületét borító genyes törmelék lemosása után vöröses-szürke, fakó, sárgás-fehér pettyekkel tarkázott, dúdorzatos felszinű sarjszövet tünik elő. A méh felé haladólag a kürt megvastagodott, akár kisujjnyi, s csak az isthmikus részének vége felé vékonyodik hirtelen, úgy hogy a tubasaroktól számított 2—3 cm. nyi hosszban normális vastagságúnak látszik és consistentiája, valamint metszéslapja sem mutat a normálistól eltérést. Ezen kis ép részlettel ellentétben a megvastagodott részlet lágy, majdnem velőszerű, metszéslapján a megvastagodott izomszövet élénkebb szürkés-vöröses szinével jelzi magát. A nyálkahártya tetemesen megvastagodott, halvány, a metszéslapon kiduzzad. Górcső alatt a kürt megvastagodott részéből készitett metszéseken a tubafal megvastagodása tünik szembe. A vastagodásban úgy az izomfal, mint a nyálkahártya résztvesznek. Az izomfal vastagodását újdonképzett kötőszövet és foltonkint található gömbsejtes beszűrődés okozza. Az újdonképzett kötőszövet számos finomabb-vastagabb rostkötegekkel keresztül-kasul átszövi az izompamatokat. Az izomzat vérdús, itt-ott vérzéses beszűrődés látható; valószinű, hogy ez műtéti trauma következménye.

Az izomfalban, a nyálkahártyához közelebb, néhány nagy epitheloidos sejtektől álló és óriássejteket tartalmazó gümő látható gömbsejtes udvarral körülvéve. Az óriássejtek nagyok, magvaik szabálytalanul elhelyezvék.

A nyálkahártya tetemesen megvastagodott, sejtdús stromájában itt-ott finom kötőszöveti hálózat tünik elő, másutt a gömbsejtes beszűrődés oly erős, hogy sejtközti anyag ki nem mutatható. A nyálkahártyát borító egyrétű hengerhám lelapult, de majdnem mindenütt megtartott és annak kiöblösödéseit és bolyhait is beboritja.

Néhol a gömbsejtes infiltratio annyira összeszoritja ezeket a recessusokat, hogy hámfelület hámfelülettel érintkezik.

Egyes helyeken az egymással lobosan összenőtt bolyhoknak és kiöblösödéseknek megfelelőleg olyan képet kapunk, mintha a stroma mélyebb rétegében, a nyálkahártya felületét borító hámtól független, egyrétegű hengerhámmal bélelt menetek volnának. A sejtdús stromában több nagyobb, 2—3 óriássejtet tartalmazó gümőt látunk.

A bacillusokat specifikus festéssel kimutatni csak nehezen sikerült és csak kevés számú bacillust találtam a gümők epitheloid sejtjei között.

Az elmondottakból kétségtelenül megállapitható, hogy a kürtben levő kóros elváltozások gümős természetűek s ha ez igy van, akkor, bár in vivo a primaer genitalis tuberculosis diagnosisa a tudomány mai álláspontja szerint absolut biztossággal meg nem állapitható, mégis nagy valószinűséggel állithatjuk, hogy jelen esetben a kürt volt az elsődleges gümős eruptio székhelye.

E mellett bizonyit a belgyógyászati vizsgálat, valamint az, hogy a műtét alkalmával a méh és ellenoldali adnexumok épeknek bizonyultak.

Konstatálhatjuk azt is, hogy a makro- és a mikroskopiai leletek szerint a gümős folyamat még nem terjedt át a kürt interstitialis részére, vagyis, hogy a folyamat elég korai stadiumában jutott a beteg műtéti kezelésre. Számba véve ezt és még azon körülményt, hogy sem tömlő és a kürt serosáján, sem az adhaesiós kötegeken szemcséket nem találtunk, bizvást remélhetjük, hogy a gümős lob még nem terjedt át a peritonelumra és hogy a műtéttel minden káros részletet eltávolitottunk. E mellett bizonyit a beteg láztalan reconvalescentiája.

Hogyan jutott a virus a tubába? erre a kérdésre positiv feleletet nem adhatunk, mert bár többféleképen magyarázzák az infectio haladását (Hegar és iskolája, Bollinger stb.) sem kórboncztani, sem kisérleti positiv adataink erre nincsenek.

## A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XLI. ülés 1903. márczius 17-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

*Elnök* megnyitja az ülést, üdvözli a megjelenteket.

Bemutatja az olasz gynaekologiai társaság ajándékát, három vaskos évkönyvet. Köszönettel vétetnek. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére Fleischl és Kubinyi tagtársakat kéri fel.

*Temesváry* jelenti, hogy a Sänger özvegyéhez intézett levélre meleghangú válasz jött. Felolvassa. Tudomásul vétetik.

Következnek a bemutatások.

### I. Fleischl Lajos: Egy 1100 gr.-os koraszülött gyermek további fejlődése.

Bemutat egy ma már három hónapos csecsemőt, a ki a terhesség 28-dik hetében született s születésekor 3 cm. hosszú volt s 1100 grm.-ot nyomott. Utal ama nehézségekre, melylyel a couveuse ideje előtt az ily éretlen magzatok felnevelése történt — felhozván az irodalomban ritkább eseteket is (d'Outrepont, Ahlfeld, Küsthner, Diescher etc.). Majd rátér az eset ismertetésére, melynél különösen felemlíti azon körülményt, hogy az anya chronikus nephritisben szenvedett s hogy a korai placentaris elváltozások, annak infarctusai okozták leválás által a koraszülést. A hetedik holdhónap minden jelét mutató végtelen piczinynek tetsző koraszülött 21 napig volt a couveuse lakója, mely alatt a bábaiskola terheseitől fejt tejjel táplálтatott, még pedig egy gummi bimbóvédő segélyével, melyet hanyatt fekve, ajkai közzé tartottak — miután az emlőt csak tizednapra vette el. — A hőfokingadozásokon, mint minden újszülött, ő is átesett, de hypothermiája nem szállott 36° alá. Oedema, sclerodermia nem volt jelen, icterus neonatorumon azonban átment. A couveuse humide (Lion-Hartmann) előnyeit kimutatja a régiekkel (couveuse

séche) szemben. Különösen utal a franciák szép eredményeire, kik a 900—2000 grammos koraszülötteknél átlag 61%-ot mentenek meg.

Eme gyermek a couveuseban csak resistensebb lett, de súlyban csak azután — otthoni ápolás mellett szaporodott — átlag hetenként 140—250 grammot, úgy hogy születése után 15-ik hetében 45·7 cm. hossz mellett 3070 grammot nyomott. Ugyanekkor fejkerülete 34·5 cm., suboc. fr. 12 cm., biparietalisa 9 cm. volt. Tehát a 43-ik hétben (3 hét hijjával) elérte a rendes ujszülött súlyát s nagyságát.

*Bársony János:* A magzat életben maradása a couveuse segítségével itt 2 szempontból érdekes; a mennyiben tudjuk, hogy a vesebajos nők az esetek 87%-ában macerált, vagy halott magzatot és a többi %-ban igen gyenge magzatot hoznak a világra. Ez a magzat ezt az akadályt legyőzte. A másik akadály, melyet ez a gyermek legyőzött, az a terhesség korai félbeszakadása volt. Klinice azt tartottuk, hogy csak a 30-dik hetet betöltött magzat olyan, mely extrauterin életre képes. Ahlfeld néhány év előtt ajánlotta, hogy a 27. hetet vegyük fel határnak, ez azonban akkor resensust szült. — A bemutatott magzatnak úgy hossza, mint súlya a 28. hétnek felel meg, tehát a mai eszközök tökéletessége folytán a 30. hétnél előbb született magzatot is képesek vagyunk életben tartani. Ezért ajánlja, hogy fogadjuk el Ahlfeld indítványát.

*Kubinyi Pál:* Az életképesség idejének meghatározása fontos a művi koraszülés idejének megállapítása szempontjából. Hogy a koraszülött magzat életben tartható-e, az nagy mértékben függ a magzat vérkeringésének és főleg idegrendszerének fejlettségétől, a mint azt Fehling hangsúlyozza, a ki az életképesség megállapításánál a fejkerületre és súlyra fekteti a fősúlyt. A II. női klinikán egy 1310 grm.-os, 21 cm. fejkerületű és 40 cm. hosszú magzatot sikerült életben tartaniok. Couveuse nem állván rendelkezésre, a magzatot egy kettősfalú, meleg vizzel töltött edényen tartották, vattába beburkolva. Az első napokban ők is hypothermiát észleltek, mely a hatodik naptól kezdve megszünt. A táplálkozás hiányos lévén, hypodermoklysiseket alkalmaztak konyhasós vizzel, a köldök leválása után pedig mustárfürdőket. A magzat a negyedik napon túl gyarapodott és 140 grm. plussal hagyta el a klinikát.

Hasonló esetet közölt már Kézmárszky is „Klin. Mittheilungen“ művében és ő is hangsúlyozza, hogy a magzat életképességének megállapítása végett minél több eset jusson tudomásra.

*Dirner Gusztáv:* Eddigi tapasztalásaik a couveuse-zel nem valami jók; azt hiszi, hogy ebben az esetben inkább a magzat egyéni tulajdonságai folytán gyarapodott az és *talán* hozzájárult a couveuse is. A maga részéről nem volna hajlandó az életképesség határát leszállítani, különösen a koraszülés megindításának ideje szempontjából, nem, mert épen ezeknél a magzatoknál vannak rosz tapasztalatai.

## II. Kubinyi Pál: Mesterséges koraszülés három esete szük medencze miatt.

A mesterséges koraszülés czélja szük medenczénél a magzat és a medencze közt fennforgó téraránytalanságot azáltal elhárítani, hogy a magzatot korábban hozzuk világra, a midőn annak kisebb fejlettsége, továbbá a fej alakulási képessége révén kedvezőbb viszonyokat teremtünk a fej áthaladására nézve. Ez ellen a legfőbb s úgyszólva egyedüli ellenvetés az lehet, hogy a magzatot ezáltal a méhenbelüli tápláltatás egy részétől megfosztjuk s felmerülhet az a kérdés, nem jár-e jobban a magzat akkor, ha a terhességet kiengedjük viselni s műtéttel, fogó, fordítás, extractio, relativ indicatiojú sect. caes. vagy symphyseotomiával hozzuk világra. Egyrészről tehát meg kell felelni arra a kérdésre, vajjon a korábban világra hozott magzat képes-e pótolni önállóan, saját szerveire utalva azt, a mit a méhenbelüli életből veszített s rendelkezik-e azzal az ellentállással, a melylyel a külvilág káros hatásaival szemben meg tudja védeni létfeltételeit; másrészt arra, hogy a bár fejlettebb magzat a műtéti beavatkozásokkal milyen károkat szenvedhet. Ma úgyszólva ez a sarkpontja a mesterséges koraszülés kérdésének. Ellenesei leginkább arra támaszkodnak, hogy az első életév végéig nagyon sok pusztul el a korábban világra hozott gyermekek közül, tehát a realis haszon csekély. (Skorscheban, Beyermann, Zweifel). — Ezzel szemben Ahlfeld, Raschkow, Dirner G. statistikai adatai az ellenkezőt bizonyítják. Ahlfeld 208 művi koraszülés-esete közül 55 házasságban született gyermek sorsát vizsgálva, kiderítette, hogy csak öt, azaz 9·1% halt meg az első életév végéig. Raschkow 37 esetében pedig csak 4 = 10·6%, holott a kiviselt gyermekek halálozási százaléka ugyanezen időn belül 20—25%. Zweifel ugyan azt állítja, hogy Ahlfeld és Raschkow eseteiben csaknem kiviselt magzatokról van szó, ámde Dirner 15 esetében (11 iker), 13 élő közül 10 maradt életben s 15 nőnek 33 koraszülöttje közül meghalt 12 = 36%, holott 26 kiviselt magzat közül 20 = 77%. Nekünk is több eset van szemünk előtt, így egy szük medenczés nő, a kinek minden gyermeke műtéttel hozatott világra, ezek közt kétszer sect. caesareával. Élő gyermekei között művi koraszüléssel világra hozott is van s évek óta igen szépen gyarapszik. Igen sok függ az ápolástól s a mint a törvénytelen kiviselt gyermekek közt igen nagy a halandóság, megfordítva, a koraszülöttek közül sokat fel lehet nevelni megfelelő gonddal. Ezt nagyon megerősítik azok az esetek, a hol 1170 grm.-os gyermeket sikerült életben megtartani (Fleischl) s a melyhez a mi esetünk is csatlakozik, a melyben 1310 grm. súlylyal született magzatnál igen szép gyarapodást észleltünk.

Ha tehát szerveinek fejlettsége, hőtermelése képessé teszik a külvilági életre, kellő gondozással sokat fel lehet nevelni. Ezzel szemben David Jessup Doherty (Amer. gynaecol. and obstetr. journ. 1900) adatait szemlélve, a ki a szülészeti műtéteknél a magzaton esett sérüléseket ismerteti, szinte csodálkoznunk kell, hogy még sokkal több magzat nem pusztul el, a mennyi mindenféle sérülést találnak bonczolásnál a csontváz és a különféle szervekben. Eltekintve az anyát fenyegető veszélyektől különösen a kiviselt terhességnél a szük medenczénél végzett műtéteknél sokszor olyan a helyzet (hibás fekvés, beigazodás, complicatiók, köldökzsinór előesés) hogy a magzatot már előre fel kell áldozni. Míg ellenben a mesterséges koraszülésnél tervszerüen és kellő asepsissel végezve azt, aránylag csekély behatással kitünő eredményt érhetünk el. Bizonyítják ezt eseteink. Ennélfogva ezt úgy az anya, mint a magzatra nézve áldásos műtétnek kell tartanunk.

I. 20 é IP. — 6 éves koráig angolkóros volt és csak ekkor kezdett járni. Utolsó tisztulás 1902. junius 15-én. Először érzett magzatmozgás idejét nem tudja. 141 cm. magas. Gracilis csontrendszer, mely azonban részarányos, úgy hogy bár a mellkas szük, a lumballordosis fokozott, de különben sem a mellkas, sem a gerinczoszlopon, sem a végtagok csöves csontjain nincs rhachitisre jellemző elváltozás. Még inkább találunk ilyet a medenczén, bár itt sem feltünő. Medenczeméretek: Sp.: 24·5, Cz.: 26, Ce.: 15·5, Tr.: 29. A medencze dőlése fokozott. A promontorium és az első keresztcsonti csigolya erősen beszögelő, a keresztcsont vájulata mélyebb, a medencze oldalfalai könnyen elérhetők, a lin. termin. végig kitapintható, a csípőkeresztvájulat mélyebb.

E szerint általánosan szük, lapos rhachitikus medenczével van dolgunk. Minthogy a promontorium mélyebbre szállt és a symphysis se nem magas, se nem meredek, a conj. veráról a legkisebb értéket, 15 mm.-t vonva le. 7·75-re becsülhetjük a conj. verát. Megfigyelés alatt tartottuk és ismételten vizsgáltuk a fej és a medencze közti arányt. A 247. napon azt észleljük, hogy a fej magasan, a nagy medenczében marad, a symphysis felett promineál s többé nem nyomható be a medenczebemenetbe. Jelenleg a terhesség 35. hetében lévén, megindítjuk a szülést. Bougiet vezetünk be. Csakhamar erélyes fájások kelnek s 13½ óra mulva megszületik az élő kora fiú. A szülési mechanismus a II. kf-nek megfelelő volt. A fej áthaladása az általános szükületnek megfelelően hyperflexioban ment végbe. A fej erősen configurálódott, a mentooccip. átmérő irányban megnyúlt, a falcsontok egymásra tolultak s a falcsontdudoron a promontorium nyomásától babnyi területen bőrhorzsolás s kis almányi fejdaganat képződött.

A magzat méretei:

2400 grm. súly, 47 hossz, 33 fejkerület.

A fej méretei:

7 bitempor. 8 biparіet.

9½ fronto suboccip. 11 fronto-occip. 12½ mento-occip.

Összehasonlítva az Ahlfeld féle táblázattal, ott a 35. hétnek a következő méretek felelnek meg:

47·3 hossz, 32·52 fejkerület

7·25 bitemp., 8·45 biparіet.

E szerint tehát bevált a terhességi időszámítás.

A gyermekágy lefolyása normális volt. A magzat 4 napig fogyott és hőmérséke subnormális volt 36·3, sőt 36·2-re süllyedt, azután rendessé lett s gyors gyarapodásnak indult s a tizenkettedik napon 2770 grm. súlylyal vagyis 370 grm. gyarapodással hagyta el a klinikát.

II. 18 é. IP. — Gyermekkori betegségre nem emlékszik. Atyja állítólag épen oly alacsony, mint ő, egyik testvére gyenge elméjü. (A Csalóközben laknak) Sem utolsó tisztulása, sem az először érzett magzatmozgás idejét nem tudja. Törpe, csak 126 cm. magas, zömök testalkotású. Rövid végtagok, a melyeknek csöves csontjai azonban nincsenek elgörbülve. Cretinistikus fejalakulat, brachycephal koponya, prognath arcz, tömpe orr, beesett orrnyereg. Fokozott lumbal-lordosis, keresztcsonti táj besüppedt, lógó has. Befelé rotált lábujjak, kacsázó járás. Medenczeméretek: Sp.: 25, Cr.: 26, Ce.: 15, Tr.: 29. A promontorium könnyen elérhető, de a keresztcsont vájulata rendes. A medencze oldalfalai közelítvék, a lin. term. végig kitapintható, az arc. pub. tágabb. A medencze egészben véve általánosan szük s kissé lapos, alacsony, azonban nem viseli magán a rhachitis nyomait s kicsiny volta az egész csontváz hypoplasiájának keretében, a hiányos csontfejlődésre vezetendő vissza. A conj. diag. 10 cm. Minthogy a symphysis nem magas, nem vastag, s el akarjuk kerülni a csalódást, azért csupán 15 mm.-t vonunk le, vagyis a conj. vera legjobb esetben is 8·5, ennél semmi esetre sem nagyobb. Felvétele idején a terhesség közepe táján volt (terhességi időszámítás alapadatai hiányoznak). Ekkor úgy itéltük meg a helyzetet, hogy a terhesség végét bevárjuk, mert az először szülőnél sokat várhatunk a szülőtevékenység erélyétől s ha csak hibás beigazodás, vagy más complicatio meg nem zavarja a szülés menetét, annak spontán lefolyását remélhetjük. A terhesség alatt ismételten vizsgáltuk, mígnem egyik vizsgálatnál feltünt, hogy a fej a symphys. felett promineál, nem lehet többé benyomni a medenczebemenetbe, s ha tovább várunk, határozott téraránytalanság fog a fej és medencze között kifejlődni. A terhességet meg kell tehát szakítani. Ebben az esetben nehézséget okozott a terhesség idejének meghatározása.

Az utolsó tisztulás ideje, az először érzett magzatmozgások datuma ismeretlen. A méhfenék állása négy ujjal a proc. xyphoid. alatt van. Igen ám, csakhogy a szük medenczénél, a fej magas állása miatt ez nem megbizható. Nem maradt más hátra, mint a magzat fejlettségének megbecsülése, a mi a gyakorlatban a legnehezebb s csalódásnak lehet forrása. Hogy a szülés idejéhez még nem állunk közel, bizonyítja az, hogy a portio vaginalis uteri még megtartott, a méhszáj zárt, jósló fájások még nem jelentkeztek. A magzatrészek s főként a fej nagysága, keménysége után itélve, az életképesnek itéljük, lehet azonban, hogy a terhesség végéig még néhány hét is hátra van.

Ebben az esetben is a bougiet alkalmaztuk. A bevezetés után fél óra mulva jó fájások kelnek. 3 ujjnyi méhszáj mellett megreped a burok s 9½ órai szülési tartam után megszületik a magzat az I. kpf. mechanismusa szerint. A fej áthaladása az általános szükület követelménye szerint, hyperflexioban ment végbe. A fiúmagzat kisebb, hossza és súlya szerint az érettség határán áll, azonban a fej méretei már az érett magzat fejméreteinek felelnek meg, csakhogy a csontok még puhák s a fej igen compressibilis.

s. : 2500 grm. h. : 47 cm. fk. : 34½ cm.
bit. : 7½ „ bip. : 9½ cm.
fso. : 8½ „ fo. : 11 „ mo : 13 cm.

Az Ahlfeld-féle táblázat szerint a 47 cm. hossz a 35. hétnek felel meg, a fajméretek azonban az érett magzatéi. E szerint tekintve a fej puhább voltát, aligha tévedünk, ha a magzatot a 37—38. hét körülinek becsüljük, vagyis a szülés korábbi megindításából a legnagyobb nyereség a fej összenyomhatóságában s alakulási képességében volt.

A gyermekágy lefolyása a tizedik napon támadt emlőgyuladásból származó egyszeri hőemelkedéstől eltekintve, teljesen normális. A csecsemő az első két napon fogyott, azontúl gyorsan gyarapodott s a tizenharmadik napon 320 grm. súlytöbblettel hagyta el a klinikát s azóta is jól fejlődik.

III. 33 é. IVP. Első szülés 1900-ban négy napi vajudozás után daraboló mütéttel ér véget. Lázas gyermekágy, hat hétig feküdt. Második szülés 1901-ben, 2 napi vajudozás után a klinikára szállítják, a hol fenyegető méhrepedés miatt perforatiót végeztünk. Rendes gyermekágy. A harmadik terhesség három hónapra abortussal végződik. Utolsó tisztulás ideje: 1902. junius 18. Először érzett magzatmozgás ideje: október végén. Élő gyermeket óhajt s ezért jött a klinikára.

Az anamnesisben rhachitis jelei nem fedezhetők fel. 148 cm. magas. Kissé fokozott lumballordosis, keresztcsont tája kissé besüppedt, egyébként azonban nincs a csontvázon nagyobb fokú elváltozás. Medenczeméretek: Sp.: 26, Cr.: 28, Ce.: 18, Cd.: 10. A promontor. beszögelő, a keresztcsont vájulata s a csípőkeresztvájulat mély, a symphysis meredekebb, a porczgyürü úgy mint a keresztcsontcsigolya közti léczei erősen kiemelkedők. A medencze oldalfalai közelítvék. A medencze dőlése fokozott. A szükület főhelye a bemenet, a kimenet aránylag tágabb. A medencze általánosan szük, lapos, rhachitikus. A symphysis vastagsága a porcz kiemelkedése miatt 19 mm. vonva le, 8·1 becsülhetjük a conj. verat.

Felvételkor a terhességi időszámítás szerint 233 napos, azaz 33 hetes. A magzatot azonban kicsinynek találjuk s ezért várunk s a 36. hétben a 252. napon indítottuk meg a szülést. Ebben az esetben is a bougiet használtuk, azonban nem oly jó eredménynyel mint az előző két esetben. Csak 5 óra mulva jelentkeznek ritka, renyhe szülőfájások. Ezek 9 óra mulva valamivel erélyesebbek, de a heges méhszáj csak egy ujjnyira nyilik meg. A bougiet Barnes-féle hysteurynterrel cseréljük fel, a mely erélyes fájásokat vált ki, úgy hogy a belső méhszáj fölé vezetett hysteurynter lassanként ki is nyomul. Ujra meg ujra visszahelyezzük. A hatás mindig ugyanaz. A hysteurynter bennlétele idején erélyes fájások, de két ujjnyinál nagyobb tágasságot nem tudunk elérni, a minek az oka az előző szüléseknél végzett mütétek folytán keletkezett hegesedés. Minthogy így a három nap telt el a hiábavaló kisérletezéssel s az ismételt manipulatiók az infectio veszélyét hordják magukkal, másrészt a szülőnő is kimerült s könnyen elhalhat a magzat is, más eszközökhöz kell folyamodnunk, hogy a szülést siettessük. A Bossi-féle tágítóhoz fordulunk, a melyet eklampsiáknál már sikerrel alkalmaztunk. Most is kitünően bevált, 28 perez alatt két ujjnyiról tünőfélben levőre tágította a méhszájat, mialatt az eszközt a lehető legnagyobb fokra széjjelnyitottuk. A tágítás lassan, türelemmel végezve, berepedés nélkül ment végbe, bár eléggé fájdalmas volt.

Közvetetlenül utána burkot repesztünk. A hatás prompt beállott, a fej rögtön beilleszkedik s erélyes fájások hatása alatt 3½ óra mulva megszületik az élő, kora leány a II. kf. mechanismusa szerint. Méretei:

Súly: 2239 grm., hossz: 49 cm., fejker.: 31 cm.
A fej méretei bit.: 7, bip.: 8, fso.: 9, fo.: 10½, mo.: 12¼.

A configuratio az általános medenczeszükületnek megfelelő.

Ahlfeld szerint: 49 cm. hossz, a 37. hétnek felel meg, a 31 cm. fejkerület azonban a 34. sőt inkább a 33. hétnek.

A mi időszámításunk a 36. hétre vonatkozott. A magzat hossza ennek megfelelő, de feje szerint itélve még nincs 36 hetes.

A gyermekágy lefolyása rendes volt. A csecsemő a hetedik napig 60 grm.-ot fogyott, azontúl szépen gyarapszik s a tizenkettedik napon már elérte eredeti súlyát.

Mind a három esetben jól sikerült, tehát a magzat intrauterin fejlettségének megbecsülése ismételt vizsgálat és a fejnek a medenczébe való benyomási kisérlete útján s mind a három esetben aránylag egyszerü eszközökkel az anya és a gyermekre nézve jó eredményt elérni.

*Bársony:* Örömmel constatálja, hogy a műtők egész sorozatát mutatják be a művi koraszüléssel világra hozott magzatoknak és látjuk, hogy másodfokú szükületeknél is az érettséghez közel álló magzatok elég rövid idő alatt megszületnek.

A koraszülés időpontjának megállapitásánál nagyon fontos a fej és medencze egymáshoz való viszonya. A conj. diag.-t mérjük le és ebből úgy kapjuk meg a verát, ha a diag.-ból 15—20 mm.-t vonunk le. Az előadó úr második esetében a c. d. 10 cm. és mert a medencze hypoplasiás, egyaránt szük, csak 15 mm.-t számit le azon megokolással, hogy az anya alacsony. Ez azonban nem elfogadható alap. Ha a medencze egyaránt szük, legtöbbet kellett volna levonni. Az előadó levonása általánosan szük, lapos medenczénél lett volna helyén. Épen ilyen indokolatlanul vont le az utolsó esetben legtöbbet azon indokolással, hogy rhachitikus medencze, ennél pedig legkevesebbet kellett volna.

*Tauffer:* A II. sz. női klinikán a szük medenczék egész sorozata kerül észlelés alá. A bemutatott esetek másodikában egy IP.-val dolgunk, kinek verája 8·5 cm.-nek lett felvéve és ezért kérdéses volt, vajjon egyáltalában megindítsuk-e a koraszülést. Ezért a nőt folytonos felügyelet alatt tartva, észleltük a fej és a medencze egymáshoz való

viszonyát és úgy itéltük meg, hogy a fej növekedése nem igen helyezi kilátásba, hogy a terhesség végén spontán megszülethessék. Tehát nem általános elvek, hanem a specialis eset megfigyelése alapján állitottuk fel a mesterséges koraszülés indicatioját. Bársony felszólalására vonatkozólag megjegyzi, hogy azért vontak le kevesebbet a diagonalisból, mert nem akartak optimistikusan eljárni az indicatio felállításánál és quasi tágabbnak venni fel a medenczét, mint a milyen tényleg.

Még igy is nagyobbra becsülték a medenczét. Ebben látjuk igazolását annak, hogy IP.-nál 10 diag. mellett mesterséges koraszülést indítottak meg, mert felvették, hogy *legalább* is ilyen szűk a medencze. A szülés 9½ óra alatt folyt le. A posteriori ő is azt mondja, hogy ennél a nőnél merne két héttel tovább várni. Ilyen nagy erélyű szülőtevékenységgel ez a nő nagyobb magzatot is megszülne.

*Dirner:* A mesterséges koraszülés megindításánál nem lehet dogmák szerint eljárni, hanem megfigyelés útján individualizálni kell és még ekkor is tévedésnek vagyunk kitéve. A methodust illetőleg ő a legjobbnak találta a metreurysist. Meg van győződve, ha Kubinyi esetében Bossi helyett nagyobb metreuryntherl alkalmazott volna, kiméletesebben ért volna czélt.

*Kubinyi:* A második eset medenczéjét hypoplastikusnak mondotta, de megjegyezte, hogy a medencze általánosan szűk, lapos, törpékre jellegző mikromeliás medencze. A külső méretek rhachitisre emlékeztetnek. A rhachitikus medenczénél pedig azért vont le sokat, mert a symphysis magas és nagyon meredek volt.

A methodust illetőleg ők a bougiet igen jónak találták. A harmadik esetben metreuryntherrel azért nem értek czélt, mert a méhszáj heges volt.

### III. Kubinyi Pál: A szülés befejezésének rendkívüli nehézsége relativ tér-aránytalanságnál.

Folyó évi február 4-dikén VIIP-t vettünk fel, a kinél az első két szülés farfekvésben ment végbe, halott magzatok, a többi három rendes koponyafekvés, közben egy abortussal. Jelenleg a terhesség végén megindul a szülés s két napi sikertelen vajudozás után beszállitják. Felvételkor T. : 39·3, P. : 120, a szülőnő kimerült, a magzat elhalt, a magzatvíz büzös, a méhnyak kinyult, fenyegető méhrepedés tünetei. Vizelet véres. Fej a bemenetbe ékelődve hátsó falcsontfekvés. Medenczeméretek : Sp. : 25½, Cr. : 27½, Ce. : 19, Cd. : 11, Cv. : 9·2. Perforatio. A fej megragadása kranioklasttal. A kihúzás feltünő nehezen megy, a fej nem forog, mert a magzattestre ráhúzódott méhizomzat fogja.

A fejet sikerül nagy nehezen a szeméremrés elé kihúzni, tovább azonban nem megy, a rendkivül nagy magzat válla és mellkasa megakadt a bemenetben.

Megkisértjük a hátsó kar lehozását, azonban nem sikerül, mert be van szorulva s visszatolni nem lehet, mert a fej már künn van. Utóbbi különben mindenben nagy akadály, másrészt jó a megragadásra. Hogy a vállöv, a mely csaknem az egyenes átmérőben van fennakadva s a hatalmas mellkas átférjen, a fej mellett felhatolva, kénytelenek vagyunk eviscerálni. Közvetlenül a nyak mentén a sternum táján hatoltuuk be A mellkasi szervek kiszedése után az összeesett mellkas átfért s kihúzhattuk. A magzatagy és mellkasi szervek nélkül 3700 grm.-ot nyomott. Utána rothadási gázok ürültek. Bőséges méhüri mosás. A gyermekágy lefolyása normális volt.

*Walla*: A magzat vállszélességének kisebbitésére igen ajánlja a kleidotomiát az evisceratio helyett s ezért ő az adott esetben is inkább az előbbi műtétet végezte volna, a melylyel több hasonló esetben czélt ért.

*Kubinyi:* Azért nem végezte, mert a fej teljesen kitöltötte a teret és az evisceratio nagyon kényelmesnek mutatkozott.

Az idő előrehaladt volta miatt a napirend többi része a következő ülésre halasztatik, mire elnök az ülést bezárja

(XLII. ülés 1903. május 12-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

*Elnök* megnyitja az ülést.

*Temesváry* titkár jelenti, hogy lapunk révén számos külföldi szaktársulattal és szaklappal lépett érintkezésbe csereviszony létesitése végett kilencz lap és egy újabb társulat igérkezett erre hajlandónak és pedig:

Giornale di Ginecologia e Pediatria, Torino; Archivio Italiano di Ginecologia, Napoli; Lucina Sicula, Palermo; Prof. Engström: Mittheilungen, Helsingfors; Revue mensuelle de gynécol, obstétr. et pédiatrie, Bordeaux; La Clinica Obstetrica (Prof. La Torre) Róma; La Rassegna d'ostetricia e Ginecologia, Napoli; és az eddig csereviszonyban lévő társulatokon kivül még a Società Toscana di ostetricia e ginecologia, Firenze.

Tudomásul vétetik.

Következik a napirend:

### I. Konrád Jenő: Tubatuberculosis esete.

(Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

### II. Kubinyi Pál: Fibromgócz nekrosisa palliativ kezelés után; műtét.

A méh fibromás megbetegedésében szenvedő betegek gyakran keresik fel az orvost s néha valóban nem könnyü dolog annak az eldöntése, hogy a gyógyitás terén mely útat válaszszuk. Mai álláspontunk az operativ gyógyitást megszabott indikatiókhoz köti. Azokban az esetekben, a hol ez nincs kifejezve, avagy valamely körülmény ellenjavalatot képez, a palliativ eszközökhöz kell fordulnunk s a tapasztalás azt bizonyítja, hogy ezzel sok esetben beérhetjük s képesek vagyunk arra, hogy a beteget kellemetlenségeitől megszabadítsuk. A palliativ eszközök közt jelentékeny szerep jut a localis, nevezetesen a méhüri kezelésnek, mert hiszen a tünetek jó részét épen a nyálkahártya következményes vagy kisérő elváltozása szolgáltatja. Ámde nem szabad elfelejtenünk, hogy a méhüri kezelés veszedelmet is rejt magában, koczkára teszi a méhür physiologikus steril voltát s a mechanikus insultus s chemiai hatás stb. által megzavarván a fibromgócz táplálkatását, annak elhalását esetleg üszkösödését idézheti elő s a septikus infectio veszélyébe döntheti a beteget. Ennek tanulságát óhajtja szolgálni jelen esetünk története.

42 éves nő, a ki először szült 19 év előtt s a kinek tisztulása jelen baja kezdetéig rendesen járt, 1903. február 16-dikán azzal a panaszszal jött a klinikára, hogy 3 hónap óta daganatot vesz észre hasában s egy idő óta, 2—3 hetenként megújuló görcsös fájdalmakkal egybekötött 8 – 10 napig tartó bő vérzésben szenved. — A tisztulás idején a daganat megkeményszik s még érintése is fájdalmas, utána megpuhul. — J. Á. Jól fejlett és táplált, kissé vérszegény nő. — Compenzált bicuspidalis insufficientiát leszámítva, szervei egészségesek. Hasban egy a medenczéből kiemelkedő, a köldök alatt 2 ujjnyira érő több osztatú kemény daganat, mely oldalirányban mérsékelten mozgatható, a medenczéből való kiemelése csak kis mértékben lehetséges. Hüvely középtág, portio hátul, kissé balra dislokálva, cervix karcsú, de felfelé hirtelen szélesedik, uterus feloszlik a tumorban, melynek főtömege úgy látszik annak mellső falából indul ki.

Diagnosis : Fibroma multiplex uteri.

A daganat nem nagy, nyomási tüneteket nem okoz. Kérdés, hogy milyen lesz a menstruatio lefolyása. Ennek a megfigyelésétől teszszük függővé az indicatio megállapitását. A megfigyelés ideje alatt teljesen láztalan. Két hét mulva kapja meg a menstruatioját. A vérzés igen bő, gyermekökölnyi véralvadékokkal kevert. Ágyban tartjuk és stypticint kap. Mindhogy a vérzés mind bővebb, a harmadik napon jodinjectiót végezünk, szorgosan betartva az asepsis szabályait. A vérzéscsillapító hatás nem is maradt el, csak szivárgó vérzés marad vissza még 4 napon keresztül, a mely azonban nem követel beavatkozást.

Az injectiót követő ötödik napon azonban nagy fájdalmai támadnak a betegnek, hőmérséke subfebrilis, majd lázassá lesz és 38·7-ig emelkedik. A has, különösen a daganat nagyon érzékeny. A betegnek laudanum-csörék s éjjelre chloralhydrattal és sulfonallal kell biztositani a nyugalmat. A láz egy napi tartam után enged, de hat napon át subfebrilis hőemelkedések vannak, főként délután. A fájdalmak változó intensitással fennállnak. Igy tart ez két hétig. A hüvelyből ürülő csekély színes, savós váladék nem büzös. A has érzékenysége lassan enged, ép úgy a pericystitisből származó vizelési inger is, a mely utóbb csatlakozott a bajhoz, közben csekély vérzés is jelentkezik, mely kilencz napig tart, de stypticinre szünik. A beteg láztalanná lesz, táplálkozik s kissé összeszedi magát, de azért mindig sinylődik. Mérlegelve a helyzetet, a daganat táplálkozási zavarát tételezzük fel s minthogy a palliativ kezelés nem folytatható, más úton kell a beteget megszabadítani a bajtól. Mütétet határozunk. Ha lehet, enucleáljuk a fibromgóczokat s megtartjuk a méhet.

Április 22-dikén laparotomia. Néhány friss cseplesz és bél-

odanövés oldása után előttünk van a daganat; több, részint intramuralis, részint subserosus gócz szélesíti a méh testét annyira, hogy a lgt. lat. ki van fejtve s a daganat mozgathatósága igen csekély, kiemelni nem lehet. E miatt a legnagyobb, a méh mellső falából, közel a fundushoz kiinduló góczot enucleáljuk. Kiderül, hogy nekrotikus, szennyes, szürkés-barna. Ugyanilyen az ágya is, a mely a nyálkahártyáig terjed. Törlökkel szorgosan védelmezzük a környezetet a szennyezés ellen s az enucleatio helyét összevarrjuk.

Tudva azt, hogy a gócz necrotikus, most már szó se lehet a méh megtartásáról, hanem totalexstirpatiót kell végezni. Iparkodunk mozgékonynyá tenni a méhet. Lefogjuk és átmetszük a lgt. lat. és rotund-ot, mellül harántul átmetszve a hólyag felett a peritoneumot, letoljuk a hólyagot, hátul pedig a méhhez odanőtt és felhúzott végbelet s ezentúl a Doyen-féle methodus szerint folytatjuk a műtétet. A hátsó hüvelyboltozatba vezetett magfogó felett megnyitjuk azt, majd Doyen-horoggal előhúzzuk a portiót, ollóval körülmetszük a hüvelyboltozatot, szétválasztjuk a hólyagot még tartó összeköttetést, átmetszük a parametriumot, miközben a fecskendő aa. uterinákat lefogjuk s végül a lgt. lat. alsó részét s ezzel el van távolítva a méh. Ezután lehetőleg proximalisan alákötjük a főereket, az uterinákat és spermaticákat selyemmel, azután összevarrjuk a parametriumot catguttel, lehetőleg ráborítjuk a csonkokra a mellső s hátsó hashártyalemezt s végül tekintettel arra, hogy hátha mégis szennyeződött a peritoneum, nyitva hagyjuk a hüvelyboltozatot s jodoformgaze-draint vezetünk a hüvely felé s zárjuk a hasürt.

Mikor a méh üregét, illetőleg a tumort felmetszettük, kiderült, hogy az elhalt gócz a nyálkahártya alatt feküdt s utóbbi húszfillérnyi helyen szintén el volt halva. E szerint tehát megmagyarázható a klinikus kép. A jodtincturainjectio után néhány nappal léptek fel a tünetek, a láz stb., e szerint tehát ezzel állnak összefüggésben a beállott változások, vagyis a jodinjectio idézte elő a gócz elhalását. Milyen módon képzelhető ez? Két tényező szerepelhet, az egyik a gyógyszeres hatás, a másik a mechanikus insultus és ehhez járul az esetleges infectio.

A tinctura mint alkohol zsugorítólag hat, a mihez a jod hatása járul, mely a fehérjével jodnatriumfehérjét képez. A nyálkahártyában hasonló gyuladás jön létre, mint a minőt a savós hártyákon látunk jodinjectio után s a mit például a hydrokele gyógyításánál a lemezek összetapasztása végett fel is használunk.

Azonkivül indirekt úton is hat a jodinjectio a vérzésre az által, hogy méhösszehúzódásokat is vált ki s így hatása e tekintetben hasonló az ergotinéhoz.

Ezek szerint tehát hatalmas eszköze a vérzéscsillapításnak s növeli értékét a jod erős antiseptikus hatása is. Ámde a mikor a nyálkahártyát sorvasztjuk, ott a capillarisokban könnyen támad thrombosis és ez tovaterjedve, esetleg egy nagyobb ágat, talán épen a myomgóczot tápláló ágat zárja el s idézi elő annak elhalását, azonfelül pedig tudjuk a sebészetből, hogy például a köztakarójától fosztott ujj elhal, ép úgy elhalhat a myomgócz, a melynek borító nyálkahártyája elpusztul.

Mindez pedig legkönnyebben jöhet létre akkor, ha a gócz különben is rosszul táplált s ha esetleg infectio is járult hozzá, a midőn lobos, vizenyős thrombosis jön benne létre, mint a phegmasiánál s ha a bakteriumtenyészet megfelelő, gangraena lesz belőle.

Legnagyobb mértékben fenyeget ez a veszély akkor, ha a gócz már a jodinjectio előtt gyuladt volt. A gyuladástól csak egy lépés kell az üszkösödéshez.

Mindezekből folyik, hogy a nyálkahártyához közel fekvő, azt esetleg már áttört nagy myomgóczok lesznek leginkább kitéve a complicationak.

Tudva azonban azt, hogy épen a nyálkahártyával szomszédos góczok szoktak vérzéseket okozni s ezeknél szorulunk leginkább rá az intrauterin therapiára, a jodinjectio után meg kell figyelni a beteget s ha láz és lobos tünetek lépnek fel, gondolni kell a nekrosisra, miként azt esetünk tanusága bizonyítja.

Ezzel az esettel nem azt akarjuk bizonyítani, hogy a jodinjectio mellőzendő, ez még nem volna ok arra, hogy erről a különben jó módszerről lemondjunk, csupán a kisérő rosz következményekre akar figyelmeztetni, a mi hasonló alakban szerencsére ritka s ezért nem jogosít fel arra, hogy a jodinjectiót palliativ eszközeink sorából töröljük.

*Bársony János:* A jodtinctura befecskendése alkalmával az előadó által említett zsugorodáson és elmeszesedésen kivül még egy hatás következhetik be, t. i. a serosához, vagy mucosához közel fekvő góczok kiválnak.

Nemrég észlelt egy ily esetet, melyben a tct. jodi befecskendése után tojásnyi fibromgócz kiválását észlelte. Egy másik esetében — mult nyáron — egy 28 éves nő került észlelése alá, kinek erős mensei képezték panaszát. Therapia: a menstruatiót megelőző napon, a menses alatt és utána pár napig ergotin adagolása.

Októberben a nő erősen vérzett (jó megfigyelés alatt állott; rokona orvos), hüvelye is olyan, hogy nem lehet jól tamponálni. A nő lázas lett. A hozzátartozók mind sürgették a műtétet. A nőt 4—6 héten át észlelte, azután megoperálta. Műtétnél a Doyen-féle fúrót használta. A befúrásnál piszkos-barna folyadék ömlött elő a daganatból, melynek szaga nem volt. Kellő cautelák mellett a méhvel együtt kiirtották a tumort. Felmetszésnél kitünt, hogy a nagy méh fala igen vastag, *nyálkahártyája ép*, a tumor maga egy chocoladeszerű, succulens tömeg. Azthiszi, hogy az ergotin folytán létrejött rossz táplálkozás okozta a daganat nekrosisát. Tapasztalása az, hogy jodinjectio után csak akkor jönnek létre erős görcsös, hosszabb ideig tartó fájdalmak, ha a méh nyálkahártyája megsérül, vagy ha a tct. jodi a tubába jut, — különben csak néhány összehúzódást végez a méh s azután megnyugszik.

Felveti a kérdést, nem gondolja-e Kubinyi, hogy a gidres-gödrös méhűrbe bevezetett sonda a promineáló daganat felett megsértette a nyálkahártyát és ezen sérülésből indult ki az infectio és a nagy fájdalom. A tct. jodi erős antisepticum, tehát ép nyálkahártyánál nem fog infectiót okozni.

*Tauffer Vilmos*: A bemutatásnak az volt a czélja, hogy demonstrálják, hogy teljesen veszélytelennek tartott palliativ beavatkozások néha milyen súlyos következményekkel járnak. A laesio természetesen a mi gondolatkörünkben is szerepel. A facitja a dolognak — bárhogy is magyarázzuk — azonban, hogy egy teljesen veszélytelennek tartott, czélszerűen, szakavatottan végzett kezelés a tumor elhalását vonta maga után.

Bársony egy másik esete, melyben belső szerelés történt, hasonlóan végződött. Ezeket a példákat azért hangsúlyozza, mert a mi fiatal szakosztályunkban a fibromák operálásának kérdése még kevéssé van megvitatva. Nemrégiben egy beteg útján Olshausennel lépett összeköttetésbe. Szóló a fibromát még nem tartotta operálandónak, Olshausen pedig, a ki conservativ, operálandónak itélte.

Ezt ő nem tudja máskép magyarázni, minthogy Olshausen nagy tapasztalási körében számos hasonló eset fordult elő, a mi őt arra indítja, hogy relativ korán végez a fibromáknál radicalis műtétet. A maga részéről talán most még egy ilyen tekintély véleményét sem fogadná el ezen kérdésben, — de mindenesetre szükséges, hogy itt a szakosztályban ezen kérdés minél gyakrabban tárgyaltassék, hogy véleményünket megalkothassuk.

*Kubinyi Pál:* A fibroma vándorlására ő is gondolt, de véletlenül kifelejtette. A laesiót pedig említette.

**III. Lovrich József:** *a)* **Terhesség alatt fellépő sárgaság két esete.** *b) c)* **Méhrepedés két esete.** *d)* **Tubaris abortus esete.**

*a) Terhesség alatt fellépő sárgaság két esete.*

Az utóbbi időben az I. sz. női klinikán ismét jelentkeztek azon nővérek, kik minden eddigi terhességük alatt sárgaságot kapnak, melyet terhesség után újolag elveszítenek.

Az idősebb nővér ötödször szülő s összes terhessége koraszüléssel végződött; a jelenlegi is. Utolsóelőtti terhessége alatt cirrhosis hepatis tünetei mutatkoztak. A fiatalabbik nővér most negyedszer terhes, 2 év előtt érett fiut szült (ki most is él) s kétszer vetélt. Mindkét esetben familiaris dispositiót kell felvennünk s mind ilyen egyedül álló az irodalomban. Az esetet Benedikt dr. előbbi terhességük után részletesen ismertette.

*b) Fornix-ruptura méhrepedéssel.*

XI. szülőnőnél valószinüleg spontán keletkezett s ezért ritka. Rendes méretü medenczénél magzat és lepény a szabad hasüregben voltak s az extractio vaginán keresztül a lehozott lábnál fogva történt. Vérzés nem volt, ezért jodoformgazeval szorosan kitöltjük a repedés területét és a hüvelyt. A hasra szorítókötést és jégtömlőt tettünk. Baloldali parametran-exsudatum árán menekült meg a nő végzetes helyzetéből. Ilyen eljárás mellett ez az első gyógyult esetünk.

*c) Violens uterus-ruptura esete.*

IV. hónapban kezdődő abortusnál az abortus művi befejezése közben történt. A kezelő orvos egy ujjnyi méhszájon át iparkodott eltávolítani a darabokra tépett ikermagzat részeit s e közben a méhet a cervix magasságban leszakította, majdnem körös-körül. A hashártyát csupán tallérnyi területen fúrta át műtét közben. I. sz. női klinikán laparotomia útján távolítottuk el

supravaginalis amputatioval a méhtestet. Az asszony ötödik nap meghalt az aethernarkosis után kifejlödött pneumoniában. A hasban semmi lobos reactio nem mutatkozott mütét után.

*d) Complet tubaris abortus esete.*

Szemünk előtt fejlödött ki egy II. szülönönél, kinél az állandó belső vérzések s nagyfokú elesettség miatt Bársony tanár laparotomiát végzett. Ez alkalommal eltávolította a véralvadékkal kitöltött tubát s kivarrta a ligamentum latum-haematoma széleit a hasfal sebéhez. A nő teljesen meggyógyult. A haematoma üregét háromnaponként vegytiszta aetherrel mostuk ki s jodoformgazeval drainiroztuk. Az eltávolított tuba az isthmikus tubaris graviditás képét adja, mely mola carneához hasonlóan alvadt vérröggel volt kitöltve. A terhesség az első hetekben fejeződött be abortussal.

*Kubinyi Pál:* A fornixruptura létrejövetele homályos. Két hasonló eset fordult elő a II. sz. női klinika poliklinikumában, — ezek violensek voltak, mindkét esetben a bába beavatkozása folytán jött létre a ruptura. Mindkét esetben a ruptura szétválasztotta a lig. lat. lemezeit. Az egyik eset rögtön beszállíttatott a klinikára, a vérzést sikerült megszüntetni, de a nő mégis meghalt; a másik eset meggyógyult. A gyógyulásnál nagy szerepet játszik, hogy ilyen fornixrupturáknál a repedés helye a peritonealis ür legmélyebb részén van, úgy hogy drainezésnek jól hozzáférhető. Azt hiszi, hogy előadó esetében is violens módon jött létre a ruptura, mert nem igen képzelhető, hogy a méh működése folytán fornixruptura jöjjön létre.

Az abortusnál létrejött rupturához teljesen hasonló esetünk volt, a hol az orvos műszerekkel perforálta az uterust, — a magzatot el is távolította, de a placentát nem tudta. Ebben az esetben ők vaginalis totalexstirpatiót végeztek. Lovrich esetében is helyesebbnek tartotta volna ezt az útat, hacsak a laceratio nagy foka nem adta az indicatiót a laparotomiára.

*Lovrich:* Az indicatiót az adta, hogy nagy vérzés volt és complet rupturát vettek fel.

*Tauffer Vilmos:* A két icterus-esetre reflectálva, megjegyzi, hogy egész szülészeti praxisában hasonló visszatérő icterust nem látott. Talán az anyagforgalmi vizsgálatok majd kiderítik a dolog lényegét.

A fornixrupturára nézve Zweifelt idézi. Zweifel ugyanis a rupturák kezelésére vonatkozólag azt mondja, hogy tendentiánk legyen a complet rupturát olyan viszonyok közé helyezni, mint a milyenek az incomplet rupturánál lenni szoktak. Tehát complet rupturánál laparotomia, a hasür kitisztítása, a peritoneum összevarrása, a mi által a hasürt elzárjuk, azután drainage a hüvelyboltozat felé. Ezt a gondolatmenet nagyon helyes. A bemutatott esetben egy $^2/_3$ részében lerepedt uterus volt jelen, tehát a táplálkozási forrásoknak $^1/_3$-a tartja az életet a szervben; jó drainage mellett az eset meggyógyul. Tehát a conservativ eljárás a helyes az uterusrupturák kezelésében. A drainage minőségét illetőleg sokkal jobban gyógyulnak azok az esetek, melyekben gummidraint alkalmaztak, mint a hol jodoformgazet; az arány körülbelül 70 : 30.

A második rupturaesetben fellépett aetherpneumonia és még három aetherbronchitis miatt bemutató az aethernarkosist elhagyandónak tartja. Klinikáján talán 100 nagy műtétnél történt az utóbbi időkben aethernarkosis, de hátrányát egyszer sem látta, ellenben igenis sok előnyét. A hiba valószinűleg a praeparatumban volt. A II. sz. női klinikák Pictet-féle aethert használnak, kis üvegekben sötét, hűvös helyen tartják. Ezen második rupturaesetben hüvelyi totalexstirpatiót végzett volna.

Ha azután a vérzést nem lehetett volna elállítani, a posteriori végezhetett volna laparotomiát. Pláne már infectiót tételeztek fel, mert hisz a csonkot kivarrták, annál inkább volt indikálva a hüvelyi út.

Az extrauterin graviditás esetében a beteg leromlott, de lázas nem volt és most a műtétet úgy végzik be, hogy a zsákot kivarrják. Nem látja indokát a kivarrásnak, hisz ez nem volt inficiált ür. Hasonló körülmények között a haematomazsákot vissza lehet süllyeszteni a hasürbe, bármilyen vastag, kérges falú legyen is, az felszívódik, nyoma sem marad. Semmi módon sem volt indokolva a kivarrás, mert ez által kiteszszük a beteget annak, hogy a nyitott helyen át infectió jön létre, de ha nem is, a gyógyulás mindenesetre sokkal tovább tart.

*Bársony János:* A Zweifel czikkét ő is olvasta, — a kinálat tényleg nagyon kedvező. — Az eljárás azonban nem tudja tetszését megnyerni, lényege az, hogy a hasűrt jól kitörülje, ezt pedig úgy éri el, hogy műtét közben a nőt fel-felülteti — ez semmi esetre se helyes. Közölve van 28 eset — ezek közül meghalt 16, a megmaradottak közül 10 lett ily módon kezelve, 2 halálesettel. A képet lezárni még semmi esetre sem lehet, már csak azért sem, mert ezek a nők még szülni fognak. Erősebb a heg, ha mi varrunk, mintha csak a hashártya tapad meg.

A tamponálás közvetlen a műtét után jodoformgazeval történt, hisz ekkor még nem a drainage, hanem a vérzéscsillapitás a czélunk; ezt azután akár már a harmadik napon eltávolithatjuk, ekkor azután elfogadja, hogy jobban vezet a gummidrain.

Hogy a második rupturaesetben mért végzett laparotomiát? mert nagyon vérzett a nő, már kivérezve jött a klinikára, gyors és pontos áttekintésre volt szükség, pláne ilyen nagy rupturánál, ez pedig csak laparotomiával lehetséges.

A haematokele esetét illetőleg a vérömleny leterjedt a hüvelyfalig, a nagyon nagy üreg felső falát belek képezték. A tok jóformán kínálkozott arra, hogy kivarrják. A nő az első pár napon lázas volt, de így a zsák kimosása után, a kötésváltoztatás után láztalan lett. Ez nem lett volna hatalmában, ha elsülyesztette volna a tokot. Nem fontos, hogy a gyógyulás tovább tart, csak meggyógyuljon a nő.

Az aethernarkosis egy esetben halálos pneumoniát, három más esetben egymásután súlyos bronchitist okozott. Jogos tehát az aethernarkosis abbahagyása a klinikán. Különben is sokkal nyugodtabb a chloroformnarkosis. A chloroformnarkosis után fellépő szomjúságérzést beöntésekkel jól lehet csillapitani.

Ő azonkivül már mütét utáni napon mozgatja a beleket, úgy hogy ez úton elkerüli a meteorismust és hányást. Lehetséges, hogy a készitmény volt rossz.

Az esetet nem bonczolták. A pneumonia diagnosis biztos volt, peritonealis tünet absolute nem volt, másrészt a kórboncznok csak törvényszéki bonczolásba akart belemenni.

*Kubinyi* kérdi, milyen altatókosarat használnak. A II. sz. női klinikán a mask majdnem olyan, mint a chloroformkosár, tehát a beteg nemcsak aethergőzöket, hanem levegőt is szi be.

*Bársony* szintén ilyen maskot használ. De szinte ijesztő menynyiségű az elhasznált aether és sohasem nyugodt a narkosis.

*Tauffer* újból hangsúlyozza, hogy nagyon meg van elégedve az aethernarkosissal.

*Lovrich:* A bronchitisek akkor léptek fel, mikor már annyi idő óta használják az aethert, tehát a gyakorlatlanság vádja nem érheti őket.

*Tauffer* említi, hogy egyszer Than tanárt kérte fel az aether megvizsgálására és kimutatta, hogy kénsav van benne. Ő a Pictet-aethert használja.

*Lovrich:* Zweifel ajánlatára használtak Merck-féle aethert.

## IV. Záborszky István: Négy fibromás készítmény bemutatása.

*1. Fibroma ovarii.*

A bemutatott, kiirtáskor emberfejnyi, kissé lelapított babalakú daganat egy 32 éves négyszer szült nőtől származik, kinek utolsó szülése 6 év előtt volt. Havi baja 8—10 heti időközben 4 napig tartó közepes vérzéssel. Hasa bal oldalában hat év óta fájdalmai vannak, két év óta ugyanott daganatot érez, mely lassan növekszik. A daganat könnyen mozgatható s a has középvonalában foglalt helyet mégis úgy, hogy nagyobb tömegével a has jobb felében helyezkedik el.

A daganat tulajdonképen a baloldali rendes nagy ovariumból indul ki, annak distalis polusából s egy csavarodással a méh előtt helyezkedik el a bal ovarium s a bal tuba nagyobb részével együtt. A daganat egy körülbelül 4 cm. hosszú, keskeny, de vérdús álhártya a symphysis felett három harántujjnyi magasságban a fali hashártyához függeszti.

Műtétnél a has megnyitása után első sorban is a daganatot felfüggesztő álhártya köttetett alá s metszetett át. Azután a daganat csavaródott s $1^1/_2$ ujjnyi vastag kocsánya két részletben történt alákötés után átmetszetvén, eltávolíttatott a daganat és pedig úgy visszamaradt azon oldalon a rendes nagy ovarium. Az eltávolított daganaton lévő $1^1/_2$ cm.-nyi kocsány is ovariumszövetnek bizonyult s ebből a szövettani vizsgálatra vett rész lemetszésekor egy corpus luteum lett láthatóvá.

A méh jobboldali függelékei épek, úgyszintén a rendesnél valamivel nagyobb méh is. A méh mellső falán egy vékony szalmaszálnyi, kemény tapintatú izomszerű gömbölyded szalag indul s húzódik a bal tuba hátulsó sarka mögé s itt a méh falába elvész. Ez kis ascessorius tubának imponál, mely a méhen visszahányatott.

A hasürben volt $1^1/_2$ liternyi szabad tiszta savó, mely többnyire malignusdaganatok kisérője, magyarázatát leli a kocsány torsioban, az ennek következtében beállott vérkeringési zavarokban, mely kissé vizenyőssé tette a daganatot is.

*2. Ligamentum latum lemezei közzé nött cervix fibroma.*

Kitől e daganat származik, a nő 27 éves OP., öt éve házas. Havi vérzései 12 éves korától rendes időközökben 7 napi tartalommal, az utolsók elég bő vérzéssel jelentkeztek.

Két év óta jobboldali alhasi fájások, melyek miatt felkeresett orvos ott daganatot kórismézett. Műtét előtti vizsgálatnál kiderül, hogy a has jobb oldalában fekvő kora gyermekfejnyi daganat a hüvelyboltozat jobb felét kissé ledomborítja s a virginalis nagyságú mérsékelt anteflexiós versioban lévő méhet dislokálja s a méh jobb szélével szorosan összefügg, a méh fundusa a daganattól élesen elhatárolható.

A daganat kiirtását indokolttá tették gyors növekedése, a

két éven át kezelés állott subjectiv tünetek kellemetlenségei s a nő fiatal kora.

A klinikus e rostdaganatokkal szemben, a betegséget észlelve, legtöbbször nincs abban a kedvező helyzetben, mint a histopathologus, hogy e daganatot „jóindulatúnak" mondhassa s így minél fiatalabb az egyén, annál inkább javasolja a daganat kiirtását.

Mütétnél a has középvonalban történt feltárása s az erősen vérző hasfali erek lefogása után a lig. latum mellső lemezén, a daganat legkiállóbb részén, a tubával párvonalasan vezetett metszés megnyitja a daganat tokját. A daganat a lig. lemezei közül elég könnyen a méhről, melynek falához szorosan odanött, nehezebben volt leválasztható és az innen történt leválasztás után egy nagyobb érből vérzés is támad. Csillapítására a méh jobb falát is befoglaló három harántöltés alkalmaztatik; három csomós öltés összefekteti a ligamentum lemezeit. A lig. infundibulo-pelvicum s a méh jobb sarkára tett biztosító lekötés után hasfalzárás három rétegben.

*3. Fibroma multiplex corporis uteri.*

esete szolgáltatja a következő készítményt, mely egy 45 éves egyszer szült nőtől származik. E nő 1899. októberben feküdt már klinikánkon az akkor 6—7 éve fennálló daganata s 14—16 napig eltartó bő vérzései miatt.

Az akkor végzett méhkaparás és jodkezelés segített is egy időre állapotán, de újból erősbbödő vérzései s egy idő óta alkalmatlankodó *prolapsusa* ismét klinikánkra vezették. Felvételkor introitus előtt kis ökölnyi tumor alakjában látható a kifordult mellső s hátsó hüvelyfal a vaskos portioval. Reponálva ezeket: a méh cervicalis része elongáltnak látszik, méhtest nagy ökölnyi, számos diónyi s ennél kisebb göbökkel torzított; méhtest mozgékony, kiemelve felső határa a köldök magasságában van.

Egyedül a hatalmasan megismétlődő vérzésre, de *főként prolapsusa* miatt volt mütét javalva, melyet ventrofixatioval gyógyítandó a daganatot, a méh is eltávolíttatott supravaginalis amputatioval. A csonkolt méhüregek égetése, hashártyával fedése után csonkot fali hashártyához varrjuk. Hasvarrat három rétegben.

*4. Fibroma myxomatodes corporis uteri.*

Április 29-dike óta áll észlelésünk alatt P. S. 25 éves hajadon virgo, ki 1902. nyarán vett észre hasában egy lassan növekedő daganatot, mely az utolsó 8 napon rohamosan nőtt, de fájdalmat alig okozott. Havi baja 13 éves korától négyhetenként 3—8 napig tartó vérzéssel, mely az utolsó két hónapban valamivel bővebb volt.

Állandóan vérszegény volt, két hó óta feltünően sápadt, melynek különösebb okát adni sem ő, sem három orvos rokona nem tudja. Az I. sz. női klinikára április 29-dikén vétetett fel menstruatioja utáni napon lázas állapotban (H. 38·5, P. 132). Esti hőmérsékei állandóan magasak, 37·8—38·7 közt ingadoznak. Pulsus 124—138 közt. Május 2-dikán bal egész lába oedemás lesz, mely lelohad s ismét előáll a mütét utáni napon.

Többszöri vizsgálat után megállapíttatott, hogy az alhas egyenletesen tágult, benne feszes, nem érzékeny, elastikus tumor tapintható, mely felett a kopogtatási hang tompa. A tumor a kis medenczéből kiemelkedve, felső határával a köldök felett három ujjnyira terjed. Feltünő, hogy vizsgálat közben mintha egyes contraktiókat lehetne észrevenni, azonban hallgatódzásnál semmiféle hangot a tumor felett kimutatnunk nem lehet. Hymen intact; portio 1½ cm. symphysis felé tekintő, ujjperczet befogadó, felpuhult szélü méhszájjal. Méhtestet sokszoros, ismételt vizsgálatnál sem lehet bizonyosan kitapintani összefüggését vagy átmenetét a tumorba, kideríteni és a feszes hasfalon át adnexumokat sem tapinthatunk. Graviditás jelei nincsenek. Nagy erek felett anaemikus zörejek, szív, tüdők, vesék épek. Vérvizsgálat a vörös vérsejtek tetemes fogyását mutatja, mi anaemiáknál szokott jelenség.

A fehér vérsejtek szaporodása (36,000), azonban valamely genyedő folyamatra vagy malignus tumorra engedett következtetni. Valószinü kórisménk egy genyes tömlőre tétetett.

A nő rohamos erőhanyatlása, lázai melyet más felderíthető ok hiányában a daganatra vezettünk vissza, továbbá a daganatnak klinikánkon is észlelt növekedése a műtétet javalták. Mütét május 11-dikén.

A has megnyitása után előtünik egy a VII. terhességi hónak megfelelő nagyságú és alakú puha méh, mely első pillanatra akár graviditás gondolatát keltheti, de a méhen ekkor sem contractiót nem észlelhetni, sem abban magzatrészt nem tapinthatni. A teljes bizonyosság kedvéért végzett fundalis haránt-metszéskor előtüremkedik a myxomatosus fibromdaganatrész. A daganatos méh supravaginalis amputatioval eltávolíttatik, a a csonkolt méhüreg égetése után csonk hashártyával boríttatik, hasvarrat három rétegben. Feltünő volt mütétkor is a nagy vérszegénység, a savószerű híg vér.

A daganatos méh átmetszésekor kiderül, hogy az egész méhüreget kitölti egy főtt keményítőszerű összeállású daganat, mely egy kis helyen a méh faláról leválasztható. Kérdés volt, hogy vajjon egy rosszindulatú sarcomás myxomával állunk-e szemben, vagy submucosus fibrománál a nyirokpangás következtében beállott másodlagos myxomatosis van-e jelen. Pontosabb szövettani vizsgálat egy helyenkint kissé sejtdúsabb, fibromyxoma képét adja. Nekrotikus részt nem találtunk.

E daganatnak klinikai képe is érdekes. E fiatal nő egy év óta észleli egy daganat lassú növekedését, mely egy submucosus fibromyomának bizonyult mütét után s csak az utolsó két havi baja volt valamivel bővebb vérzéssel, mely tehát egymaga nem magyarázza már serdülő kora óta fennálló nagy sápadtságát, vérszegénységét, de még kevésbbé engedhetett következtetést egy submucosus myomára. A láz oka is függő kérdés.

*Kubinyi:* Szülés kapcsán észlelt hosszú kocsányú ovarialis fibromát. Sectio caesarea, a daganat kiirtása.

A napirend többi része az idő előrehaladt volta miatt a következő ülésre marad, mire az elnök az ülést bezárja.

(XLIII. ülés 1903. május 19-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**; jegyző: **Temesváry Rezső.**

*Elnök* megnyitván az ülést, a mult ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére Konrád és Lovrich dr.-okat, jelen ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére Wenczel és Scipiades dr.-okat kéri fel.

Jelenti, hogy Windisch Ödön dr. a szakosztályba r. tagnak belépett.

Bemutatások.

**I. Wenczel Tivadar: Bemeneti fogó két esete.**

I. 19 éves. IP. Szülőfájások fellépése után 12½, burokrepedés után 8 órával vétetik fel. Medenczeméretek sp. 24; cr. 26; c. ext. 16·5; conj. diag. 10·3; sp. post. 8 cm. Linear innominata elég jól végigtapintható.

II. kf. hátsó falcsonttartás, élő magzat. Fej rögzítve a bemenetben. Méh alsó szakaszának elvékonyodásával szülés befejezése Tarnier-fogóval Walcher-fektetésben sikerül. Élő magzat 51·5 cm. hosszú, 3380 gm. súlyu, 34·5 cm. fejker. Anya is, gyermek is 14 nap mulva egészségesen távoznak.

II. 24 éves IVP. Szülőfájások fellépése 25, burokrepedés 16 órával a felvétel előtt. Hő 38·9; p. 120, medenczeméretek 25 sp.; 27·5 cr., 17·5 conj. ext, 7·5 cm. sp. post. Promontorium nehezen érhető el. Élő magzat; I. kf. méh alsó szakasza elvékonyodott; fej könnyen kimozdítható a bemenetből; Büzös folyás, szülés befejezése Walcher-fektetésben Tarnier-fogóval. Élő magzat, hossza 52 cm., súlya 3975 gm., fejker. 38 cm. Anya és gyermek 12 mulva egészségesen távoznak.

Az I. sz. női klinikán a magas fogót alkalmazzuk, ha a prophylactikus lábrafordítás feltételei már nincsenek meg, vagy spontán születit remélve a váaakozás alatt a feltételeket elmulasztottuk. Ha a lábrafordítás feltételei megvannak, inkább azt végezzük, mint könnyebb és enyhébb beavatkozást a magas fogónál.

*Tauffer Vilmos:* Bemutató azt mondja, hogy a magas fogó a legnehezebb műtétek egyike; ezt elfogadom, — azt azonban nem, hogy a legveszélyesebbek közé tartozik. A műtét mindenesetre megkivánja, hogy gyakorlott szakember végezze, ennek kezében azonban veszélyessége jóval kisebb. A bemutatott két eset mindegyikében a fej tartási rendellenessége volt jelen; az első esetben a conj. vera 8·5 cm. volt — és mégis az első esetben 4, a másodikban 2 tractio után a medencze kimenetébe jutott az elég nagy fej. En az eredményt sem a Tarnier-nek, sem a Walcher-féle helyzetnek nem tulajdonítom, hanem annak, hogy gyakorlott műtő végezte az operatiót. Örömmel hallom,

hogy az utolsó 3 évben 24 esetben végezték a műtétet, a mi arra mutat, hogy eredményeik jók voltak. A II. női klinika eredményei is igen jók, hisz annak idején Tóth István argumentált a szakosztályban a műtét mellett.

A szakemberek körében tisztába kell már jönni ezzel a kérdéssel és meg vagyok győződve, hogy tapasztalásaink megdöntik azokat a véleményeket, melyek, mint pl. Krönig stb. egészen elitélik a bemenet felett való alkalmazását a fogónak. A ki ilyen tapasztalások után is osztja ezek véleményét, az elfogult.

*Kubinyi Pál:* Felhasználja az alkalmat, hogy a II. női klinikán tegnap végzett magas fogó-esetét bemutassa. A nő egy VIIIP., a kinek előző 7 szülése spontán folyt le, — gyermekei korán elhaltak (1—2 éves korukban), csak egy él. Jelenleg a terhesség végén van. A szülés 16-dikán indult meg, 17-dikén erősen vajudott; minthogy a szülés nem haladt, a poliklinikum segélyét hivta tegnap, mely 39·3° hőmérs. mellett 134 pulsust, nagyfokú cervixkinyúlást, fenyegető rupturát talált és a klinikára beszállította. Rhachitikus nő, medenczéje általánosan szűk, lapos méretei 24¾—28—18; conj. diag. 10. A promontorium mélyen áll, symphysis nem magas, ezért a diag.-ból 17 mm.-t vonva le, a conj. vera 8·3 cm. vehető. Méhfenék a gyomorgödörben, méh erősen ráhúzódott a magzatra, contractionalis gyűrű a köldök felett erősen kifejezett, lig. rotunda erősen feszülők. Hólyag erősen felhúzva. Belső vizsg. Fej a bemenetre rányomva, nagy, könnyen kimozdítható, mikor is bűzös, sárszerű magzatvíz ömlik elő, eltünt méhszáj. Nyilvarrat harántul, kissé a jobb ferdében, kis kutacs mélyen, erős Naegele-obliquitás, falcsontok egymásra tolva. Magzati szívhangok jók

Az anya állapota a szülés azonnali befejezését indikálja és pedig élő magzat mellett. Az eddigi szülések spontán lefolyása után reménlhetjük, hogy ezen a szükületen keresztül magas fogóval keresztül tudjuk hozni a magzatot, de már előre elkészülünk azzal is, hogy a kinyúlt cervix mellett nagy traumát nem alkalmazunk, hanem ha a kanalak felvezetése nehézségekbe ütközik, perforálják a fejet. A Tarnier-fogó alkalmazása könnyen ment 2 tractioval a fej az üregbe jutott; ekkor a zárókészüléket meglazitották, de a fej nem forgott; ekkor eltávolitották a Tarniert és kisebb fogót alkalmaztak szabályosan a bal ferdében; élő magzat, kis asphyxia. Csekély zúzódás a columna csúcsán. A szülés befejezése után szépen lehetett constatálni, hogy a méh alsó szakasza egy kitágult nagy zsákot képez. Mérs. atonia, mely méhűri öblités, ergotin, massage után megszünik. A magzat fején a medenczének megfelelő configuratio szépen kivehető.

Az anya állapota eddig jó. Ma d. u. kissé subfebrilis (38·0), de ezt valószinűleg a beteg teltsége okozza. A magzat 3900 gm. sulyú, 52 cm. hosszú, fejkerület 35·5 cm.

Azt tartja, hogy a reservált álláspont a magas fogóval szemben nem minden tekintetben indokolt; mindenesetre gyakorlott műtő kezébe való.

A II. női klinikán 1899-től 1902. végéig 23 esetben alkalmazták. 20 élő, 3 halott magzat jött a világra, az élőkből utóbb még 2 elhalt; a 23 eseten kivül egy esetben magas fogóról perforatiora kellett áttérni.

*Bársony János:* A bemutatás nyomán úgy tünhetik fel a dolog, mintha előbbi álláspontját a magas fogóval szemben feladtam volna. Ez nem áll, mert a magas fogót ma is nemcsak nehéz, hanem veszélyes műtétnek tartom, — de épen azon reservált állásponton vagyok, mint 1899. előtt, hogy alkalomadtán kivihető. A bemutatás épen abból az alkalomból actualis, mert a külföld a magas fogót teljesen elitélni készül, pl. Krönig. Az 1901-diki gynaekologiai congressuson Strassmann a magas fogót olyan durva műtétnek nevezte, melylyel a magzat és anya sérülése nélkül nem lehet a szülést befejezni. Zangenmeister szerint a magas fogó a szük medenczék therapiájából teljesen kiküszöbölendő. Ezt az álláspontot túlhajtottnak tartom. Midőn most 24 esetről számolunk be, eredményeinket arra alapitjuk, hogy a Tarnier-fogó mellett főképen a Walcher-féle fekvés volt segitségünkre. Erre Tauffer nem helyez súlyt és csak a műtő ügyességének tulajdonitja az eredményt. Ezt azonban figyelmen kivül hagyni nem szabad. Küster terhes és szülőnők medenczéjén 1½ cm.-re becsüli a conj. vera nagyobbodását Walcher-helyzetben. Épen ezekre az adatokra támaszkodva, merünk engedni abból az álláspontunkból, melyben 1899. előtt voltunk és épen ezért hoztuk a két esetet a szakosztály elé, hogy bizonyitsuk, hogy a teljesen elitélő álláspont nem helyes. Tóth annak idején én velem szemben teljesen elitélte a prophylaktikus fordítást. En azt mondom ma is, hogy t. i. a prophylaktikus fordítás nem állitható szembe a magas fogóval. A prophylaktikus fordítás feltételei álló burok, épen, vagy nem rég eltünt méhszáj. A magas fogóval az extractio áll szemben. Ha az idejében végzett fordítással szembeállitjuk a magas fogót, el kell hinni, hogy szük medenczén keresztül könnyebben jön át a fej, ha nem teszek még rá fogót is. Ha az elől jövő fejre ráteszem a fogót, akkor a fej nem képes úgy configurálódni, mintha a fej keskenyebb része kerül szükületbe. Ma is azt állitom, hogy ha ugyanabban az esetben, melyben a magas fogó sikerült, prophylaktice fordítottunk és a Walcher-helyzetet és Hofmeier-impressiót alkalmaztunk volna, a szülés az anyára és magzatra nézve még előnyösebbben folyt volna le.

*Tauffer:* A kérdés pro és contrája csak akkor lesz eldönthető, ha nagy körültekintéssel úgy az egyik, mint a másik előnyei nemcsak theoretice, hanem számadatokkal lesznek szembeállitva.

A prophyl. fordítás és magas fogó nem állitható szembe egymással és pedig azért nem, mert azon esetek, a hol magas fogóra lesz szükség, a legritkábban azok, melyeknél a priori szükségesnek tartanók a fordítást. A bemutatott esetekben a nők több izben már spontán szültek; ezeknél tehát nem várható, hogy proph. fordítást kell majd végezni. Szóba jöhetett volna az élő magzat perforatioja és *ezzel szemben* állitjuk, hogy jogosult a magas fogó.

Abban az esetben, mikor a proph. fordítás kérdése tényleg fenforog, még abban az esetben is előnyösebb a magas fogó, mert ezekben az esetekben még mindig kérdés, nem-e fog a nő spontán szülni, a minek lehetőségét már eleve kizárom, ha prophylaktice forditok.

Azért előnyösebb a magas fogó, mert az asszony kipróbálhatja a maga erejét és csak akkor végzünk műtétet, ha spontán nem folyik le a szülés. Egy bizonyos számú esetben, a hol elhatároznák a prophylaktikus fordítást, biztosan spontán megszülhet a nő, ekkor tehát felesleges műtétet végeznének. Azoknál pedig, a kik egy bizonyos idő mulva nem szülnek meg spontán, jön tekintetbe a magas fogó.

Ezen tapasztalások tehát arra vezetnek, hogy hagyjuk a szülőnő erejét kipróbálni és csak, ha nem megy másképen, akkor avatkozzunk be, végezzünk magas fogót. A magas fogó tehát diadalmas konkurrense a prophylaktikus fordításnak.

## II. Windisch Ödön: Eklampsia három esete.

Az I. sz női klinikán a legutóbbi időben lefolyt három eklampsiás megbetegedést ismerteti a therapia szempontjából. Morphium adagolása és a szülésnek narkosisbani enyhe módon való befejezése mellett, konyhasós hypodernoklysisekre meleg pakkolásokkal bőséges izzadás állott be és két eset feltünő gyorsan gyógyult, míg a harmadik letalisan végződött, melyben a nyujtott 4·6 l. infusio daczára izzadást elérni nem sikerült. Conclusio az, hogy oly esetekben, hol morphium mellett hypodermoklysisekre meleg pakkolás és fürdő kiséretében bőséges izzadás áll be: az eklampsia prognosisa jelentékenyen jobbá tehető és e gyógymód a praxisban is könnyen keresztülvihető.

*Scipiades Elemér:* Az eklampsia therapiájára nézve mindaddig határozott véleményt mondani nem lehet, míg nem tudjuk, hogy miben áll az eklampsia oka. Az újabb vizsgálatok (Blumreich) a mellett szólnak, hogy, hogy eklampsiánál anyagfelhalmozódás történik a terhesek vérében. Erre mutat a fagyáspontcsökkenés alacsony volta, a vér vezetőképességének rosszabbodása. E mellett a fehérje és chlor nincs felhalmozódva, tehát az anyagfelhalmozódás az intermediaer bomlástermékeknek tudandó be. Ezek a termények a magzatban keletkeznek és innen jutnak az anya vérébe. Hogy mik ezen anyagok, nem tudjuk, de ezek idézik elő az eklampsiát. A bemutató említi, hogy az elhalt esetben a bonczolat a májban nekrosist mutatott ki. Ez igen fontos lelet. A mérgeket t. i. a vese működésének megakadása miatt (gyuladás, ureterek összenyomása) kiválasztani nem tudja, és ezért ezek a mérgek a májban halmozódnak fel, — mely maga is termel toxinokat, ezek pedig a legveszélyesebbek. Legrosszabb kimenetelűek azok az eklampsiák, melyekben a máj megbetegedése van jelen.

A therapiát illetőleg a sós infusiókat kétélű dolognak tartom. Eklampsiánál a vérnyomás rendkivül fel van fokozva, ezt a mérgek a vasoconstrictorok izgatása útján hozzák létre.

Ha már most még vezetünk be folyadékot, a nyomás még fokozódik; a mérgek az intimát is megtámadják és igy vérzések is jöhetnek létre. Az izzadás szempontjából sincs haszna, mert a bomlásanyagok csak nagyon csekély mértékben választatnak ki az izzadás útján. Az eklampsia therapiájában a siker csak attól függ, hogy mennyiben tudjuk meggátolni a máj és vese megbetegedését.

*Kubinyi Pál:* Blumreich kisérletei tényleg azt bizonyitják, hogy ezen bomlási anyagoknak, például kreatininnek az eklampsia létrejövetelében szerepük van. Az ureter és vesemedencze tágulata Kundrat szerint akkor jön létre, ha az art. iliaca és az ureter egymással keresztezödvén, vizeletpangás származik.

A therapiára nézve újabban a szerzők az activitás felé hajlanak, mióta a Bossi-féle dilatator divatba jött. Leopold reservältan alkalmazza. Ujabban Gloeckner közöl Zweifel klinikájáról 147 esetet, a melyeknél activ eljárás mellett 40%-ban megszüntek a rohamok, a morbiditás 15·5%.

Ezekben az esetekben narkoticumokat és diaphoresist nem alkalmaztak, de a konyhasós infusiókat G. is igen dicséri és azt mondja, hogy az elért eredményekben ennek nagy része van.

*Bársony János:* A Scipiades által felhozott theoriákat már jórészt megczáfolták. Speciell az edénygörcsről szólott, mert hisz ekkor kellene találni agyanaemiát, ennek pedig a bonczolásnál nyoma sincs.

A magzat részéről történő intoxicatiót Blumreich és Zuntz megczáfolják. Egy 70 kgm.-os ember 24 óra alatt 35 gm. hugyanyt választ ki, a magzat 1·4 gm-ot.; ha tehát ez átmegy az anya vérébe, az összes mennyiség csak 1·4-el lesz nagyobb, a mi akkor is bekövetkezik, ha valaki több húst eszik.

Ennek a theoriának tehát nincs alapja. Blumreich és Zuntz tulajdonképen azt igyekszenek bizonyitani és oda konkludálnak, hogy a görcskiváltó idegcentrumok érzékenysége a terhességgel kapcsolatban felfokozott. Hogy ez igy van, azt bizonyitja a tapasztalat, hogy narkoticumok a rohamokat csökkentik, vagy megszüntetik. A toxinelmélet manapság teljesen elfogadott dolog. A vesebajos nő nem mindig kap eklampsiát, de a vesebaj disponál az eklampsiára. De ha a vese egészséges is, ha az ureter összenyomatik, a vese hirtelen megbetegszik. Épen ezért, mert hirtelen betegszik meg, épen olyanok a viszonyok, mintha valakinek az egészséges veséjét hirtelen kiirtják, úgy hogy a másik vese — nem lévén ideje alkalmazkodni — nem veszi át a mun-

kát és uraemia fejlődik. Czéljuk az, hogy morphinnal csillapítják a centrumok érzékenységét, a hypodermoklysis pedig azért jó, mert a vese, ha csak nem nagyon beteg, a felhigított toxinokat könnyebben választja ki; az izzadás is jó segitő eszköz. Két eset ugyan nem sok eset, de mégis bizonyit; mindkét esetben hamar megindult a vizeletkiválasztás, a harmadik esetben nem, — de ennél uretercompressio szerepelt. Ha várni akarunk addig, mig felderitjük az eklampsia okát, sokáig várhatunk — de addig is kell tenni valamit. A bemutatás fonál legyen a gyakorló orvosok számára, hogy mit kell tenni, mert ezek számára a Bossi-féle dilatator sohasem lesz eszköz. Ha a magas fogóhoz nagy dexteritás kell, még inkább kell a Bossihoz.

*Szinessy József*: A gyakorlatban legjobbnak találta a régi módszert, a morphiuminjectiókat és a diaphoresist.

*Scipiades*: Az edénygörcs eklampsiánál, bonczolásnál természetesen nem található, mert az a halál után megszünik, azonban a vérnyomás fokozódása be van bizonyitva, ez pedig másból, mint edénygörcsökből nem magyarázható. A hugyanyag mennyiségéből az intermediaer bomlásanyagokra következtetni nem lehet, mert a hugyany már végső bomlástermény.

Ő nem azt akarta mondani, hogy ne alkalmazzuk az infusiókat, mert azok esetleg jobbak, mint más eljárás, de a fősúlyt az izzasztásra fektetné.

*Windisch*: Az eseteket a therapia miatt mutatta be, ezért nem terjeszkedett ki a theoriákra.

Kubinyival szemben megjegyzi, hogy ők activ eljárásoktól nem valami különösen jó eredményt láttak. Különben erőszakos methodusokat sohasem alkalmaztak — statistikájuk igen jó.

*Kubinyi*: A II. női klinika is azon állásponton van, hogy csak lehetőleg enyhe módon fejeztessék be a szülés. Ő csak azt akarta felemliteni, hogy ujabban az irodalomban az activitásnak számos szószólója van.

*Tauffer* konstatálja, hogy az eklampsia therapiájában ugyanazok az elvek mindkét klinikán.

Előadás.

**Scipiades Elemér: A terhesek, szülőnők és gyermekágyasok vérsavójának és a magzatvíznek molekulás-concentratio viszonyairól.**

Vizsgálatait *Farkas Géza* dr. főiskolai tanársegéddel együttesen végezték a Tauffer tanár jóindulatából a II. sz. női klinikán gyüjtött anyagon Tangl F. tanár szíves vezetése alatt az állatorvosi főiskola élettani laboratoriumában.

Munkálataik úttörő kisérletek a vér osmotikus analysise terén, minthogy e szempontból teljes véranalysisünk eddig nem volt. Ugyancsak ők határozták meg először embervéren a vérsavó vegyhatását.

Vizsgálataiknak teljes leirása lapunk egyik legközelebbi számában egész terjedelmével megjelenvén, most csak eredményeik összegezését adjuk. Ezek szerint:

1. A terhesség alatt a savó fagyáspontja emelkedik, tehát molekulás concentratioja a gyermekágyban a normális átlagra 0·56 vagy fölé emelkedik.

2. A savó corrigált vezetőképessége a gyermekágyban a concentratio növekedése daczára, észrevehetőleg nem tér el a terhességi savó vezetőképességétől, a mi arra mutatna, hogy a terhesség alatt az elektrolyt-concentratio változatlan, a nem elektrolytek mennyisége, a mi nagyjában az organikus anyagoknak felel meg, kisebb, mint a gyermekágyban.

3. A fehérje- és chlortartalom jellemző változásokat nem mutat.

4. A hydroxylion-concentratio az emberi savóban is a neutralis reactionak megfelelő értékek körül változik.

5. Az embervér osmosisos analysise a Bugarszky és Tangl-féle eljárás szerint végezve az állatvértől lényeges elváltozást nem mutat.

6. A magzatvér fehérjenyomokat tartalmazó hypotoniás oldat, tehát a vérnek nem egyszerű transudatuma.

Elnök az igazán érdekes és rendkivüli szorgalmú előadásért a szakosztály köszönetét fejezi ki és kivánja, hogy előadó még több ily érdekes munkával lépjen a szakosztály elé; erre az ülést bezárja.

# IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

**L. Pincus: Atmokausis und Zestokausis. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie.** Wiesbaden: Bergmann 1903.

*Fritsch Snegirjew*-et tartja az atmokausis (vaporisatio) atyjának, *P.*-t meg nevelő apának. Kiemeli *P.* érdemeit a módszer fejlesztése körül; az ő igyekezete, törhetetlen buzgalma, a melylyel körülbelül 30 czikkben agitált a módszer mellett, tették a vaporisatiót oly számot tevő műtétté, mely az összes német nagy gynaekologusok: *Winter, Fritsch, Winckel, Küstner, Fehling, Runge, Hofmeier* stb. szerint a jövő egyik kiválóan számottevő, fontos, nagy hézagot pótló műtéte lesz.

*P.* vaskos kötete (410 oldal) összefoglalja az összes irodalmát, sőt magánlevelezése adatait is az utolsó hangig, a mely valaha elhangzott a módszerről. Vitatkozó hangja, szaggatott mondatai, a munkáján végig vonuló féltékeny örködés a módszer felett, a mely minden ellene felhangzó szót, legyen az akár kis, akár nagy férfiak számottevő vagy jelentéktelen irása, izgatott meggyőződésével, nagy erővel igyekszik legalább is jócskán meggyengiteni ellenérveréssel, ha már semmivé nem teheti, a könyvnek különös érdekességet adnak.

A kötetet *Winckel*-nek, mint tanitójának s kegyes istápolójának ajánlja; első szakasz „a történeti rész". Kimutatja, hogy mily rég ismerik a göz edző, vérzéscsillapító hatását. Hallében *Dzondi* (1821) irja le s használja fel a gőzt edző czélzattal. A vaporisatio alakjában *Snegirjow* használja fel legelébb vérzéscsillapitási czéllal; 1886 óta észleli e hatást. Első publicatioja a moszkvai egyetem klinikái munkálatai között 1894-ben jelent meg.

A továbbiakban a *Mager* és *Kahn, Zavorki, Paneeki* stb. javító, tökéletesítő kisérleteit ismerteti, és élénken vitatja a maga módszere önállóságát.

E szakasz továbbá ama küzdelmeivel foglalkozik, a melyeket elleneivel kellett vívnia, meleg elismerést és hálát mond követőinek.

A *müncheni congressusban* (1899) így számol be az eljárás használhatóságáról, indicatioiról és feltételéről stb. 1. *Az atmokausis is, a zestokausis is* hatásos és használható gyógyító eljárás. Nem veszélyesebb más méhűri beavatkozásoknál, ha technikáját tökéletesen ismerjük s a szükséges előirt rendszabályokat figyelembe véve megtartjuk. 2. Az eljárás technikája ez idő szerint már meg van oldva, és első sorban s kizárólag csak a nagy gyakorlatot veszi figyelembe. Typusos módszer. 3. Legjobbak végső eredményeink akkor, ha narkosis nélkül alkalmazzuk; nem egyszerre az abrasioval, tágitott nyakcsatorna mellett s a cervix-védővel kell végeznünk. Nem szabad általános szabályok szerint, hanem individualizálva kell eljárnunk. 4. A gőzt felületes hatások, vagy mély roncsolás előidézésére egyaránt adagolhatjuk. Az adagolás függ a gőznyomástól s a méh összeállásától. Előnyösebb a magas 110—115° C. hőfok használata, mert a hatás rövid beáramlás után is egyenletes. 5. Mind a két módszer helyettesitheti vagy kiegészitheti a *curettaget*; nélkülözhetetlen az esetben, ha a curette hatástalan volt. 6. Specificuma bármily méhvérzésnek (meno-, metrorrhagia, klimax stb.), egyaránt jó eredménynyel jár a metritisek, mindenféle fajú endometritisek, subinvolutio esetében. 7. Csakis indikált totalis méhkiirtás elkerülésére szabad a méhűr obliteratiojára törekednünk. 8. Ha hatástalan volt, vagy csak muló eredménynyel járt az atmokausis, ez jele annak, hogy az illető méh minden ruganyos eleme elveszett. 9. Inoperabilis méhtesti ráknál az eddig ismert legjobb palliativ gyógyeszköz. Abdomin- és hüvelyi operatióknál jó méhűri desinficiens. 10. A sepsis puerperalis kezdeti szakán kiváló hatással van, ha az infectio általános, hatástalan marad. 11. Submucosus és polyposus myomák kezelésére nem való. 12. Feltétlen követelmény alkalmazásához: teljesen lobmentes méhkörnyezet. Acut gonorrheás, s egyéb acut méhi processusok esetén még nincs tapasztalata.

Kiemelik e gyülésen, *hogy manap nem szabad praeklimaterikus vérzések esetén total-exstirpatiót végezni, mig az atmokausist előzőleg meg nem kisérlettük.* (Szerintünk is ez a vaporisatio leggyakoribb indicatioja! Ref.)

A *II. szakasz* az *atmo- és zestokausis instrumentariumával* foglalkozik.

A *III. szakasz a müszer technikai kezeléséről* szól. 1. Első sorban meg kell általán az eszközök jóságáról győződnünk: kitünően gyártja egy danzigi czég (szabadalom). 2. Jól rá kell erősiteni a canuleokat. 3. A csövek szorgosan tisztán tartandók.

IV. *Kisérleti rész.* Kideritették, *hogy a hő csak pár fokkal száll le a méhben, Koslenko* kisérleteiből következik, hogy 110—115° C. hő szükséges a jó atmokausishoz.

*Elméleti és kisérleti adatok a használati mód technikájához* a következő nagy fejezet tárgya; lényege: Közvetlenül műtét előtt hypodermoklysist csak szoros indicatio mellett alkalmazzunk, de jó az autotranfusio. A méhet jól ki kell törölni. Kitünő baktericid hatású; további bevándorlást gátoló a nyomán keletkező pörk.

V. rész: *az atmo-zestokausis anatomiája*; totalexstirpatio előtt álló méhet a göz hatásának tették ki, azután makro- és mikroskopice vizsgálván, kitünt, hogy az atmo- vagy zestokausis nem nagyobb behatás, mint a curettagee. A kisérletek egyöntetüen azt igazolják, hogy vannak 1. oly készitmények, melyek makro- és mikroskopice a göz egyenletes hatását tüntetik fel a szövetekre; 2. olyanok, a melyek makroskopice ugyan egyenletes hatást mutatnak, de a mikroskop különböző mélyre terjedőt mutat ki; 3. olyanok, a melyek az egyenetlen hatásról tesznek tanuságot mindkét módon. Az *első* csoportba tartozó esetek szabad, jó összehúzódási képességű uterusok tartoznak. A *másodikba* a vérzés alatt vagy előzőleg Playfair-sondával kezelt, vagy nem jól kitörölt, nedves ürterű uterusok tartoznak. A *harmadikba* a be nem tartott indicatiók, sőt contraindicatiók esetei; a gyakorlatlanság, rögzített vagy dislokált méh stb.

*A kötet specialis része, a mütét klinikája* kerül most tárgyalás alá. *P.* jelszava: *Ceterum censeo: Hysterektomiam, propter haemorrhagiam indicatam, esse cavendam.* Cato e kiforgatott mondása teljesen megismertetik a rajongó szerzőt!

Egyik következő pont a hatását magyarázza plausibilisan; közvetlen és közvetett utakon támad a hatás.

A műtét indicatioi: 1. *proklimalis vérzés*, mely ellen mások (*Fritsch*, *Winckel* stb.) is legszivesebben alkalmazzák, 2. *haemophilia*, 3. *myoma-vérzések*.

Végre a mélyreható göz gyógyeredményét, *a kastratio mulieris uterina atmokaustiká*-t tárgyalja.

*Függelékül* a módszer sebészeti és rhinologiai alkalmazását ismerteti.

Igy tárgyalja le minden betűjét kedves operatiojának P. Rajongását, törhetetlen meggyőződését végre is igazolják neves férfiak komoly megfigyelései. Megérdemli a követését a műtét. Szabályai szigorú betartása mellett eredményes esetsorozatban mutatható ki a műtét egyszerűsége mellett nyerhető jelentős gyógyulási szám.

A könyv forrásmunkának tekinthető mindazok számára, a kik a méhüreg vaporisatiojával foglalkozni akarnak s mint ilyen az érdeklődőknek a legmelegebben ajánlható.

Kiállítása a kiadó czégtől megszokott fényességű.

*Csiky János.*

**Fritz Sippel: Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshilflichen, gerichtlich-medizinischen und ethischen Standpunkt.** Tübingen, Verlag von Franz Pietzcker, 1902. 224. l.

„Szabad-e az anya érdekében a magzat életét kioltanunk?“ E kérdést világítja meg régi és új szerzők e tárgyra vonatkozó munkáinak méltatásával S. a tübingeni orvosfakultás által kitüntetett pályaművében. S. a themát 1. szülészeti, 2. törvényszéki orvosi és végül 3. ethikai szempontból világítja meg. A minket legközelebbről érdeklő, legterjedelmesebben kifejtett 1. részben ismerteti *a*) a művi abortust, *b*) a terhességgel komplikált méhrákot, *c*) a méhen kivüli terhességet és legbehatóbban *d*) az élő magzat perforatioját tárgyaló irodalmat. A heves küzdelem, mely a semmi áron „gyilkolni“ nem akarók és így inkább mindkét életet feláldozók és azok között folyt le, kik a magzat kétes értékű életét a veszélyben forgó anya bizonyosnak igérkező megmenthetésére feláldozandónak tartották; manapság már csaknem lefolytak és a nevesebb szülészek véleményei lényegökben alig térnek el S. conclusioitól, melyek a következők:

*a*) A művi abortus indikált 1. valamely oly körülmény folytán, a mely az anya életét *közvetlenül* veszélyezteti és a mely a terhesség megszakitása által megszüntethető (a terhes méh incarceratioja, hypermesis stb.); 2. oly körülmények folytán, melyek az anyát előreláthatólag a terhesség folyamán vagy a szülés alatt veszélybe sodornák (pl. anaemia perniciosa, osteomalacia).

*b*) Még operabilisnak mutatkozó méhrák esetén a méh mielőbbi kiirtása van javalva tekintet nélkül a magzat életére.

*c*) Méhen kivüli terhességnél élő magzat esetén a műtét, tekintet nélkül a magzat életére, mielőbb végrehajtandó.

*d*) Az élő magzat perforatioját szabad, és *kell* is végeznünk, ha az anya megmentése csakis a szülés gyors befejezése által remélhető és minden egyéb eszköz e czél elérésére vagy eredménytelennek bizonyult, vagy egyáltalán alkalmazható nem volt.

Az élő magzat perforatiojának elkerülésére szóba jöhető műtéteket, a relativ indicatio alapján végzendő császármetszést és a symphyseotomiát, S. a következő mindig betartandó feltételekhez köti: teljes jártasság a műtétben, kellő segédlet, az aseptikus eljárás lehetősége, korai operálás, a vajudó mentessége előbbi infectióktól, végül élő és életerős magzat.

Mnnkájának második, forensis részében S. főleg *Heimberger* nyomán ismerteti az idevágó jogi irodalmat és ennek áttekintése alapján kijelenti, hogy a magzat életének kioltása az anya megmentése érdekében in praxi büntetés alá nem esik; tudományosan azonban ezen eljárások megengedhetőségének jogi megokolása tárgyában, de sőt megengedhetőségük vagy büntetendő voltuk körül sem jutottak még a szerzők megállapodásra.

A harmadik részben végre S. a kérdést a katholika egyház szempontjából ismerteti. Az egyházi irók legnagyobb része a bibliai „non occides“ és „non sunt facienda mala, ut eveinant bona“ mondásokra hivatkozva elitélik a művi vetélést és főleg a craniotomiát; egyesek azonban, mint *Pennacchi*, *Avanzini* és újabban *Lehmkohl* megengedhetőnek tartják a perforatiót élő magzatnál is, „feltéve, hogy az orvos gondoskodik róla, hogy a magzat megöletése előtt, valamely alkalmas eszköz segélyével in utero megkereszteltessék.

S. tehát a kérdést, mint látjuk, minden oldalról megvilágitja és az egész, e tárgyra vonatkozó irodalmat elég behatóan ismerteti. Épen ezért fogja a könyvet, mely a szülészi praxis ezen legkinosabb kérdését világítja meg, minden orvos igaz érdeklődéssel olvasni.

*Adler Oszkár* dr.

**Clado: Diagnostic gynécologique.** Paris. Maloine, 1902.

A könyv három részre oszlik.

Az *első* foglalkozik azokkal a kérdésekkel, a melyek a gynaekologiai kórisme felállításakor tekintetbe vehetők; igy: a beteg kikérdezése, physikai és eszközökkel való vizsgálata. Foglalkozik a különböző vizsgálati módokkal, egyebek közt a hysteroskopiával, a melynek előnyeit kiemeli.

*Második* részlete a genitalis bántalmakat tárgyalja és az általános szempontokat, a melyekkel azok felismerhetők. Az olvasó minden betegségnél nemcsak a diagnostikához való felvilágosításokat talál, hanem egy-egy kis klinikai tanulmány is fűződik hozzá.

Az első fejezet a vulvának van szentelve: traumái, illetőleg repedései, tágitása, haematomái, mikrobák okozta megbetegedései: vulvitis, bartholinitis, tbc.-us eruptiók, gangraenák; daganatai; végre symptomatikus elváltozásai, igy a pruritus, a vulva oedemája, leukoplasiája nyernek tárgyalást.

A második fejezet a vaginát tárgyalja (vaginitis, daganatok, vaginismus; a méhnyak megbetegedései közül; tracheomegalia, polypus, inversio uteri, idegen testek a méhben, a méhnyak carcinomiája).

A harmadik fejezet a méhtest bántalmairól szól: a különböző metritisek, charakteristikus megkülönböztető jeleikkel, a jó- és rosszindulatú daganatok, a helyzetváltozások alakjában fellépő betegségekről tárgyal.

A következő fejezet tárgya a méh környezete bántalmainak diagnostikája, sokat foglalkozik a salpnigo-oophoritisekkel; diagnosisuk nehézsége jogosulttá teszi a terjedelmesebb tárgyalást.

A legnevezetesebb az ötödik fejezet; az összes hasi tumorokról részletesebben az uterus és függelékei daganatairól szól. Felsorolja azokat a jelenségeket, a melyek utánozhatnak hastumort: a hasfalak duzzanata, gyuladása; a pseudotumorok: adipositas, tympanites, coprostasis, ascites, képzelt tumorok. Végül mindazokat a hasi bántalmakat is felsorolja, a melyek hasi, genitalis tumorokat utánozhatnak. Miután e csalódásokat felderitette és a genitalis tumorok pontos, charakteristikus jellegzőit előadta, a méh és függelékei daganatainak differentialdiagnostikus jeleit tárgyalja.

A lig. rotund. daganatainak kórisméje, a hüvelyi fistulák, a genitalis prolapsusok a következő három fejezet tárgyai. Elég terjedelmesen adja a méhen kivüli terhesség diagnostikáját is.

A végső fejezetek a tuberculosus bántalmakkal s ama jelenségekkel foglalkoznak, a melyek a genitalis megbetegedések következményeként léphetnek fel.

A III. rész az emlőbántalmakat irja le: mastitis, daganatok, tuberculosis, syphilis és parasitás bártalmak. *Csiky.*

**Burckhard Georg: Die Blutungen nach der Geburt, ihre Entstehung und Behandlung.** Würzburger Abhandlungen, III. Bd. 6. H. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1903. 33. l.

Alig van a szülésznek máskor a tiszta, nyugodt, biztos itéletre, a gyors és tervszerű cselekvésre oly nagy szüksége, mint a lepényi időszakban és a szülés után fellépő vérzesek kezelésénél. E vérzések okait és kezelésük módjait alig lehetne világosabban és áttekinthetőbben ismertetni, mint azt B. jelen, a magángyakorlat igényeit is szem előtt tartó füzetében teszi. A lepényi időszak physiologikus lefolyásának ismertetése után áttér a lepény leválása körül felmerülhető azon eltérések vázolására, a melyek vérzésre vezethetnek. Ismerteti azután a postpartum-vérzések okait; az atonia aetiologiáját, az inversio okozta vérzéseket, a peterészek visszamaradását és a szülőcsatorna különböző részeinek sérüléseit, mint a vérzések okozóit. A therapiára vonatkozó részben az általánosan alkalmazott vérzéstcsillapító eljárásokon (massage, ergotin, irrigatiók, varrás, tamponade, bimanualis compressio és bimanualis massage) kivül néhány újabban ajánlott eljárást is felemlit és makacs atoniás vérzés eseteire főleg az *Arendt* eljárását, a méhnek Musseux-fogókkal való erős lehúzását, cervixrepedésekből származó vérzések kezelésére pedig főleg az elégtelen segédlettel dolgozó és esetleg a varrás technikájában sem eléggé járatos gyakorló orvosnak az uterinának Musseux-kkel való leszorítását (*Heukel*) ajánlja.

A füzet, mely a lepényi időszak és a korai gyermekágy mindennemű vérzéseinek úgy diagnostikájára, mint therapiájára kiterjed és egyes eljárásokat részletesen is ismertet teljesen megfelel azon czélnak, melyre szerzője törekedni látszik: kitünő tájékoztatóul szolgál a gyakorló orvosnak a placentaris és post-partum-vérzések nagyfontosságú tanában. *Adler Oszkár.*

## II. Lapszemle.

### Szülészet.

**Vogel G.: Casuistische Mittheilungen aus der Würzburger Universitäts-Frauenklinik.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLVIII. H. 3. p. 464.)

*a) A decidua túlnövekedésének egy esete a terhesség végén. Endometritis decid. syphilis?*

19 éves, I P., szülés folyamán indicatio áll be burokrepesztésre, mikor ezt golyófogó egyik szárával elvégezni akarják, nagy vérzés áll be. Hosszas találgatás után tünik ki, hogy ez a buroknak tartott felület körülbelül 1 cm. vastag decidua, helyenként vastag venákkal; átmetszik, előmborodik a burok; vajudni hagyják a nőt, mignem a contractiós gyürü fejlődése fogóra ad indicatiót. Életre kelthető magzat. Placentán infarctusok nyoma sincs, a burok körül helyenként hiányzik a chorion, de az anyai felszinen nyoma sincs deciduának. Chorion, amnion normálisak, köldökzsinór 74 cm. hosszú.

Méhüri mosáskor tünik ki, hogy hártya béleli ki teljesen a méhet; mikor ezt leválasztani igyekszenek, a felső részleteknél oly vérzést kapnak, hogy az egész kéreghez hasonlító hártya teljes leválasztásától elállanak azon reményben, hogy az a gyermekágyban majd lelökődik.

Láztalan gyermekágy ; csak *egy napig* véres a lochia, azután egészen kimarad, alig pár barnás pecsét marad a lepedőn. Secale, jó involutio daczára sem ürül ki a hártya. Kilenczedik napon kívánságára kibocsátják a nőt. A méh akkora, hogy 4 ujjnyira van a fundusa a symph. felett, még üres hólyag mellett is. Anteflexioja erős, környezete nem fájdalmas.

Mikroskopiai vizsgálat az 1 cm. vastag szövetből: széles, számtalan vena, finom rostos kötőszövet, közötte gömbsejtes infiltratioval. Arteriákban kifejezett end- és periarteritis. Kevés deciduan-sejt degeneratioban, magfestés hiányos. „Faute de mieux", *endarteritis-decidualis syphilitica*-ra teszik a diagnosist.

*b) A méhlepény előcsésének esettanához.*

V.-nak két év alatt négy esete volt. A placenta leválik normális tapadása helyéről a gyermek születése előtt, sőt megszületik a cervixbe vagy hüvelybe, esetleg a szeméremrés elé prolabál. Esetei:

1. 38 éves, kétszer szült nő. Hydramnios (110 cm. haskerület). Eltünt méhszáj mellett burokrepesztés. A vajudó folyton nyom, erős profus vérzés áll be; V. fordítás czéljából behatol és a teljesen levált placentát a méhszáj felett találja. Fordítás (nagy vérzés) extractio, halott magzat. Méh jól contrahálódik. Nagy lepény. Fehérje a vizeletben, mely nyolcz nap mulva eltünik.

2. IV P., három abortus után vajudó nő. Farfekvés miatt hivják a poliklinikumot. Csak kar- és fejkifejtést kell végezniök; de még egy 1 haránt fekvésben levő magzat van jelen. 20 percz mulva, erős fájás után, profus vérzés miatt fordítás. A lepény viszonya mint fent. Fordítás után extract. *Acut nephritis* van jelen. 10 nap mulva kevesebb a fehérje. Normális gyermekágy.

3. 31 éves, VI P. Ikerterhesség. Atonia a tágulás alatt. Forceps, utána profus vérzés. A második magzat fordításakor V. teljesen levált placentát talál. Atonia: A második lepényt Credé szerint kell kezelnie. Rendkivül sok vérzés és magzatvíz. Vizeletben kevés fehérje. Élő magzatok. Normális gyermekágy.

4. 28 éves, VI P. Hydramnios, hydrocephalus, perforatio, extractio mind erős vérzés mellett, extractio után kiesik a lepény. Erős atoma egy járulékos placenta leválasztására (plac. succentur. a tubaris sarokban) szünik. Uterus arcuatus, egy fibromgócz intramuralisan fekszik. Fehérje nincs. Normális puerperium.

A szerzők endometritist, (gonorrhoeás) vesemegbetegedéseket említenek aetiologiai momentumként. *Spiegelberg, Braun, Schröder* ikerterhességnél találják gyakran. A *mechanikus* viszonyokat legelső sorban kell számba venni, s a Gottschalk szerinti leválási ok, a nephritis, csak elősegíti a rendellenesség kifejlődését. A mechanikus ok pedig a nagyon kitágult méh hirtelen kiürülése ikrek s hydramniosnál. Atoniától nem kell félni, főleg ha beavatkozás előtt ergotint adagolunk.

*c) Facialis hüdés császármetszés útján született gyermeknél.*

1900-ban egy czikkében két esetet füzött e spontán szülésnél ritka sérüléshez, azóta *Frank, Kehrer, Grővé* közöltek egyet-egyet. Ismerteti őket. Jelen esetében álló buroknál végzett *császármetszés* alatt jön létre a kétségtelenül *nyomási* bénulás. 37 éves, VIII P. Sp. 24·5, Cr. 27·5, C. Ext. 19, diag. 10. Császármetszés extraperitonealis csonkkal méhkiirtás. Osteomalatia? Élő magzat. 3600 gm. Csontfájdalmak a puerperium alatt már eltünnek. Elég normális puerperium. A bénulás létrejöttét úgy magyarázza, hogy a *homlokfekvésben* beigazodott magzat a jobb, hátsó váll felé hajlott annyira, hogy e váll a gyermek jobb koponyafelét nyomta, a hosszú vajudás alatt alkalmat ad a paresisre; de ez *baloldalt* lépett fel, tehát a bal facialis az osteomalaciás medencze csőralakjának a megtöréséhez nyomódott, melyet a ramus horizont. opis pubis a symphysissel alkot. *Csiky.*

**Dr. W. Zangemeister: Über einen Fall von Hydramnion.** (Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1903 febr.) Egy esete kapcsán érdekesen fejtegeti a magzatvíz keletkezéséről és annak kóros felszaporodásáról szóló véleményeket. A szerzők egyrésze nem látja bebizonyítottnak azt, hogy a magzat vizeletének is volna szerepe a magzatvíz létrehozásában, mások ellenben és pedig a nagyobb rész azt hiszik, hogy igen, legalább a terhesség utolsó hónapjaiban.

Felszaporodhatik a magzatvíz mennyisége az anyának a hydropiás betegségeinél, továbbá akkor is, ha pangás van a magzat vérkeringésében, létrehozzák annak szív-, tüdő-, máj- stb. betegségei; nemkülönben az által is, ha a köldökzsinóron valódi csomó van, a minthogy szerző saját esetében is ez utóbbi oknak tulajdonítja a hydramnion keletkezését.

Esetében a magzatvíz töménysége és fehérjetartalma is nagyobb volt, mint rendesen; hasonlított a hydropias folyadékokhoz, tehát ez is a mellett szólna, hogy pangás, nem pedig a magzat fokozott vizeletelválasztása által jött létre. *Zboray.*

**Olshausen R.: Über Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt.** (Klinisches Jahrbuch, XI. Bd. I. H.) A szaporodási képesség törvényszéki orvosi megitélésénél úgy a férfi, mint a nő részéről az impotentia coeundi vagy az impotentia gignendi okainak kutatása képezi az orvos feladatát. Az impotentia coeundi oka férfiaknál leggyakrabban az onania vagy a neurasthenia; a nő részéről a vaginismus, mely azonban rendszerint szakszerü kezeléssel, mütéti beavatkozás nélkül is, gyorsan gyógyul. A sterilitas matrimonnii okai a férfi részéről rendszerint a gonorrhoeás megbetegedések kapcsán fellépő olygozoospermia vagy azoospermia; a nő részéről különféle genitalis megbetegedések, de leggyakrabban a méh függelékeinek lobos bántalmai, tehát ismét a gonorrhoea.

A terhességre vonatkozólag a törvényszéki orvosnak leginkább az utószülött legalitása körül felmerülő kérdésekben kell nyilatkoznia. Fontos itt a túlhordás lehetősége. A túlhordás jelei: a magzat részéről szokatlan nagy súly és hossz, a koponyacsontok keménysége; a lepény részéről főleg kiterjedt elmeszesedés.

A szülés körüli orvosi vagy bábai ténykedések a műhiba miatti panaszok révén foglalkoztathatják a törvényszéki orvost. Magasan álló fej mellett végzett erőszakos fogómütétek, méhrepedés, gyermekágyi infectiók és vérzések folytán bekövetkezett halálesetek képezik rendszerint e panaszok alapját. Az orvosnak véleménye megalkotásánál a szülés minden kideríthető körülményét gondosan mérlegelnie kell és főleg azt kell kutatnia, hogy az orvos vagy bába helyes indicatiok alapján járt-e el.

*Adler Oszkár.*

**Gottschalk S.; Krimineller Abort und Kindesmord.** (Klinisches Jahrbuch, XI. Bd. I. H.) Magzatelhajtási esetekben a törvényszéki orvos kötelessége: 1. Az abortusnak megállapítása; 2. a vetélés kriminális jellegének beigazolása; 3. a vetélés és az alkalmazott elhajtószer közötti oki összefügés kimutatása; 4. az elhajtási manipulatiók összefüggésének kimutatása a nő esetleges következményes megbetegedéseivel vagy halálával; 5. beigazolása annak, hogy a magzat a szóban forgó beavatkozás idején életben volt. — Ad 1. Az előrement abortus diagnosisa a kiüszöbölt anyag górcsövi lelete és, főleg először szülteknél, a genitaliák gondos vizsgálata alapján állapítandó meg. — Ad 2. A bünös manipulatiók gyanuját keltik a vetéléshez társáló septikus megbetegedések; bizonyos jelnek azonban csak a méhben vagy a hüvelyboltozatban constatált sérülések tekinthetők. — Ad 3. Bár egy belső szert sem ismerünk, mely bizonyos abortivumnak volna nevezhető, vannak növényi és chemiai anyagok, a melyek méreghatásuknál fogva valamely konkret esetben vetélést idézhetnek elő. A helybelileg alkalmazott szerek közül mindazok, melyek a pete megrepesztésére, vagy valamely folyadéknak a méhürbe vitelére alkalmasak, alkalmasaknak minősitendők a vetélés megindítására is. — Ad 4. Az anya megbetegedése és az elhajtás közötti causalitást az érdekeltek vallomása nélkül bizton megállapítani nem lehet. — Ad 5. Hogy a magzat a beavatkozás idejében életben volt-e, valószinüséggel megállapítható a petének gondos átvizsgálása alapján.

Czikkének második felében G. a gyermekölés orvosi bizonyításának módjaival foglalkozik. Az előrement szülés megállapításánál a carunculák kiképződésének diagnostikus fontosságára hivja fel figyelmünket. A gyermekágy első heteiben a genitaliák visszafejlődésének fokából a szülés terminusa megközelítőleg meghatározható. A magzat hulláján az élve szülöttség és újszülöttség jelei és esetleg halált okozó külső behatások nyomai vizsgálandók.

*Adler Oszkár.*

**Opitz E.: Zur histologischen Diagnose des Abortes.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLVIII. H. 3, 6.) Új histologiai, *Ruge* által is helybenhagyott, vizsgálati leletekkel támogatja a terhesség alatt meglevő mirigyelváltozásokról irt czikket Seitz-czal szemben, a ki erősen támadja és czáfolja vizsgálati leletei helyességét. *Csiky.*

**Fränkel E.: Über missed labour und missed abortion.** (Samml. klin. Vorträge, 351. sz.) Missed labour alatt tudvalevőleg a terhesség normális végén rendszerint rövid ideig tartó fájások alatt elhalt magzatnak a terminuson túl hosszabb ideig in utero visszatartását értjük. F. három esetben észlelte e ritka szülési rendellenességet és czikkében ezeket, valamint még 10, az irodalomban feljegyezve talált hasonló esetet ismertet. A rendellenesség okait kutatva, három kérdést vet fel: 1. Mi váltja ki egyáltalán a szülőfájásokat? 2. Mily körülmények közt szünhetnek meg e fájások hosszú időre vagy végleg a nélkül, hogy a szülés lefolyt volna? 3. Mi okozhatja a hosszú ideig szünetelő fájások megújulását?

Ad 1. *Keilmann* elméletét fogadja el, mely szerint a növekvő petének a cervicalis idegdúczokra gyakorolt nyomása váltja ki a terhességi contractiókat. A nyakcsatornának fokozatos tágittatásával az inger fokozódván, e contractiók lassanként szülőfájásokká erősbödnek, a melyek eredményeképen a magzat kiüszöböltetik.

Ad. 2. Nem vezetnek eredményre a fájások, ha a méhizomzat ereje és a nyakcsatorna ellenállása között nincs meg a kellő arány. Mindazon körülmények tehát, melyek egyrészt a méhizomzat elsatnyulására (peritonitis, atrophia lactationis, méhtumorok), másrészt a nyakcsatorna engedékenységének csökkentésére vezetnek (hegek, collumcarcinoma), a missed labournak is okozói.

Ad 3. A magzat elhalása után hosszabb időre újolag megindúló szülőtevékenység nem magyarázható egyedül az idegen testhatás alapján; szerepe jut itt a szülés várt terminusán túl ismét fellépő menstrualis fluxionak, valamint az esetleg bekövetkezett felszívódási láz höhatásának is.

A missed abortion kifejezés F. szerint joggal csak azon esetekre alkalmazható, a melyekben az extrauterin életképesség elérése előtt elhalt pete a méhnek többé-kevésbbé kifejezett kiüszöbölési törekvése ellenére in toto a terhesség normális végéig vagy azon túl a méhben visszatarttatik. Az elhalt pete hosszas retentiojának teljes magyarázatát *Schäffer*-nek köszönhetjük. Szerinte a belső méhszáj tájának és a paracervicalis duczoknak nyomatása, s így a fájások megindulása annál később következik be, minél lassabban halad a magzatvíz resorbtioja és a pete zsugorodása. A fájások kiváltásánál itt is közreműködik a menstrualis fluxio.

A therapiára vonatkozólag F. már a terhes deprimált kedélyállapotára való tekintettel sem ajánlja a hosszas várakozást. Missed abortion esetén *Hegar*-féle tágítók és laminaria segélyével tágítja a nyakcsatornát, ujjal fejezi be a szülést; missed labour esetén a tágítást metreurysissel, esetleg a *Bossi*-féle tágítóval folytatja s a fájások erősbítésére *Palms* ajánlatára szükség esetén spasmotint ad subcutan. Daganatok vagy súlyos méhüri fertőzés a laparotomiát, esetleg a *Porro*-féle műtétet is javalhatják.

*Adler Oszkár.*

## Gynaekologia.

**Beutner J.: Sachliche und kritische Besprechung der zur Heilung der Retroflexio uteri angegebenen Verfahren.** (Gynäk. Helv. 1892. p. 151.) A méh retroversioi és -flexioi szabadak, vagy fixáltak lehetnek, utóbbiaknak mindig van subjectiv tünetük, előbbiek pedig egészen békés módon fejlődnek ki. Mint *Olshausen*, *Zweifel* és *Küstner*, B. is minden esetben kezelendőnek tartja a retroflexiót, mert: 1. Ha magára hagyjuk, a retroflexio foka nő, descensusra, prolapsusra hajlamosítja a méhet 2. Terhesség esetén zavarok állhatnak elő, a melyek a méh incarcerálódására és koraszülésre vezethetnek. 3. Prolapsusra hajlamosítva, az ovariumok atrophiája áll be, a tuba synechiái mellett az abdom. szájadék záródik. (Hydrosalpinx.) Még azt is felvehetjük, tubaris terhességet előmozdító is lehet. 4. *Hildebrandt* és *Freund* kimutatták, hogy a méh helyzetváltozásával az ureterre jöhet elönyomás, a mi meg hydronephrosissal járhat. 5. Intercurrens peritonitis fixálhatja hátul. 6. A szívre is hat bizonyos idő mulva. 7. A vagina mellső falának ectropiumára vezethet bizonyos idő mulva. 8. Egyszerü logikus észjárás követeli, hogy egy szervet nem rendes helyén corrigáljuk, nem is szólva a metritisekre rosszul ható vér- és nyirkzavarokról.

Gyógyítása azt követeli, hogy visszahelyezzük eredeti helyére és ott meg is tartsuk. Végezhetjük *Schultze* vagy *Küstner* szerint, bimanualiter vagy a Musseux-be fogott mellső ajk lehúzásával. A sondával való előhozatalt el kell vetni; ha nem sikerül a két első móddal a correctio, műtéttel, anaesthesiában kell gyógyítanuk.

A méhet helyzetében gyürükkel vagy müvi módokra tarthatjuk meg.

*a) Gyürük:* 1. A *Schultze*-féle nyolcz alakú gyürü, melyet azonban jól alkalmazni nehéz. 2. *Thomas*-pessarium használható néhány esetben. 3. A *Hodge*-féle a legtöbbször használt s legjobb szer. A *gyürü alkalmazása contraindicatioi: a)* igen tág hüvely (prolapsus); *b)* igen szük és rövid hüvely; *c)* amputatio után való portiohiány. *d)* A beteg leküzdhetetlen ellenszenve. *e)* Virginalis állapot. *f)* Acut genitalis betegségek. *g)* Perinealis sérülések. A gyürü behelyezése előtt a méh reponálandó.

Gyürü viselése alatt hetenként kétszer—háromszor irrigatio végzendő (1 liter vízre 1 kávés kanál Natrium bicarbona); havibaj idején az öblités naponta kétszer végzendő enyhe kalium hypermangan-oldattal.

Ha fixált a retroflexio, a fixáló kötegek szétválasztásával mobilissá kell tennük, és pedig: 1. Narkosisban (*Schultze* szerint) bimanualiter per rectum. 2. *Thure-Brandt* nyomán massageval. 3. *Schultz Boilieux* eljárásával; a hátsó hüvelyboltozat megnyitásával. 4. *Dührssen:* coeliotomia vagin. ant.-jával. 5. Amerikai módra coeliotomiával az inguin. csatornán át. 6. *Laparotomia:* középső, oldalsó, vagy *Pfannenstiel* szerint harántmetszéssel.

A retroflexio corrigálására használatos műtétek három csoportba oszthatók:

I. Vaginalis hysteropexia (*Sänger*, *Dührssen* és *Mackenradt* szerint.) Előnyei *Müller* szerint: *a)* Minthogy hüvelyi műtét, szembetünő elváltozásokat nem láthatni utána; *b)* egyszerübb, mint a többi eljárás; *c)* nincs nyitva a hashártyaür; *d)* minden utókezelés nélkül, gyors gyógyulás következik be.

Ezzel szemben hátrányai: *a)* A hüvely sterilizálhatatlan, nehéz szük hüvely esetében (virgo, 0 P); *b)* a lehetséges mellék-sérülések (bél, hólyag); *c) Dührssen* szerint biztos eredmény elérésére itt szükséges a peritoneum megnyitása; *d)* a gyógyulás utána nem gyorsabb, mint más műtét után. Ez előnyök és hátrányok egybevetéséből érthető, hogy, míg egyesek (Dührssen) legmelegebben ajánlják, mások (Leopold) elvetik.

II. A ventrofixatio. Előnye: A műtéti tér áttekinthetése. Hátránya: Nem ártatlan a műtét, a méh helyzete nem normális, a fixatio következményes fájdalmai miatt néha totalexstirpatiót kellett végezni; nehéz a méhet esetleges veteléskor curettezni, a szülé után vérzések jönnek stb.

B. e műtéthez *Sippel* technikáját ajánlja, mely szerint: 1. A fonalnak át kell járnia a méh falzatát, a méh fundusát. 2. Oly magasan kell fixálni a méhet, a milyen magasan csak lehet. 3. A varratot minél kisebb mélységbe kell beölteni a méh falába.

III. Végül ismerteti az *Alexander*-féle műtétet és fejtegetését a következőkben összegezi: Minden mobilis retroversio és -flexio corrigálandó, még ha nincsenek is feltünő subjectiv tünetei. Ha nincsen határozott contraindicatio első sorban a pessar-therapia kisérlendő meg. Ha e kezelés hosszabb időn át sem eredményes, az *Alexander*-féle operatiót végzi; a reductio után bizonyos ideig gyürüt kell hordania a betegnek. Fixatiók esetén, a mennyiben az összenövéseket *Schultze* vagy *Thure-Brandt* módszere szerint oldani nem sikerül, per laparotomiam a lig. rotundák intraperitonealis megrövidítését, illetve a ventrofixatiót végzi. B. szerint a memopausában a vaginofixatio indikált egyedül. *Csiky.*

**Fehling H.: Der heutige Standpunkt in der Behandlung der Rückwärtslagerungen der Gebärmutter.** (Deutsche Klinik, IX. kötet, 57—68.) F. a retrodeviatiók orthopaediai kezelése mellett foglal állást. Szerinte műtét csak akkor van javalva, ha ismételt kisérletezés után sem sikerült a méh normális helyzetét gyürük által biztositanunk. F. mobilis retroflexionál az Alexander-Adams-féle műtétet ajánlja első sorban; kisebb fokú fixatiók esetén colpotomia anteriort és vesicofixatiót végez; kiterjedtebb lenövések és lobos függelékek esetén pedig a laparotomiát és ventrofixatiót tartja a leghelyesebb eljárásnak. *Adler Oszkár.*

**Veit J.: Der Gebärmutterkrebs.** (Deutsche Klinik, IX. kötet, 69—92. l.) A méhrák aetiologiájának tárgyalásánál ismerteti V.

a Leopold blastomycetá-elméletét is, a mely érdemes control-vizsgálatokra. A bántalom localisatioja szerint a méh rákos megbetegedéseit négy csoportba osztja: 1. A portio cancroidjaira; 2. a cervicalis nyálkahártyából; 3. a collum szövetéből kiinduló rákokra és 4. a corpus carcinomákra. E négy csoport prognosis és therapia szempontjából is különböző elbirálás alá esik. Lassabban terjednek és mirigymetastasisokat csak későn okoznak a portio és a cervix rákjai; ezeknél rendszerint a veszélytelenebb vaginalis total-exstirpatio a leghelyesebb gyógyeljárás. A collum és a corpus carcinomái gyorsabban infiltrálják a környezetet és már korán okoznak mirigyáttéteket; ezeknél tehát ajánlatosabb a méhet, Freund szerint, laparotomia útján kiirtani és ez alkalommal az esetleg infiltrált iliacalis és praeaortalis nyirkmirigyeket is kiirtani. *Adler Oszkár.*

**Kellershals A.: Über den Werth der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei Carcinom.** (Thèse, Bern; 1900.) 160 vizsgált méhrákos beteg közül operáltak 52-t, 49-et vaginalis, 3-at hasi úton.

A vaginalis totalextirpatiót mindenkor chlorformnarkosisban végzi, gondot fordítva arra, hogy a sebfelületek ne érintkezzenek a carcinomás tömegekkel és principialiter eltávolítva az adnexumokat.

Nyitva hagyja a hashártyaürt s 8—10 napon távolítja el a tamponadot. Halálozás: 3 eset (2 peritonitis, 1 kimerülés) = 5·7%. Melléksértések műtét alatt: 5 eset (1 uretr. sipoly, 2 hólyagmegnyitás, 2 rectum-megnyitás). Műtéti végeredmények: Az operáltak közül utóvizsgálat megejtésére 31 volt feltalálható; ez esetek felében nem volt kimutatható recidiva. Szerző meggyőződése, a hogy vaginalis operatio ártatlan, mindenkor végezhető, a mikor a folyamat még a méhre szorítkozik és biztosít a recidiva ellen. Ha van ilyen, mégis megnyújtja az életet. Ha átterjed a rák a környezetre, nem ajánlható a vaginalis operatio, mert a szomszéd szervek sértése és a gyors recidiva közel áll. Az abdominalis operatioval több kötőszövetet lehet eltávolítani. *Csiky.*

**Inglesei H.: L'hystérektomie vaginale sans pinces.** (Thèse, Paris; 1902. junius.) J. hangsúlyozza a hüvelyi műtétek előnyeit a hasüriek felett oly esetekben, „a mikor elváltozásokat ismerünk fel, a melyek a medencze mélyén helyezkednek el, s könnyen hozzáférhetők; főleg olyan asszonyoknál, a kiknek petyhüdt hasfaluk van és így nem eléggé ellenállók".

A hüvelyi totalexstirpatio technikáját illetőleg Franczia-ország sebészei híven megmaradtak a Richelot-féle mód mellett, míg a külföld, főleg Németország sebészei úgyszólván kizárólag ligaturákat alkalmaznak. Tagadhatatlan ugyan, hogy a pincek a műtétet szerfelett egyszerüsitik, de az is áll másrészt, hogy sok kellemetlen eshetőség megteremtői is lesznek; így vaginalis fekélyek, kisebb-nagyobb mérvü utóvérzés a műszerek levétele után; vérzés a műszer eltörése folytán, nekrosisok; de első sorban azok a kegyetlen, 48 óráig tartó fájdalmak, a melyeket a beteget bennlételük idején elszenvedni kénytelenek. E kellemetlenségektől ment és az utóvérzés veszélye ellen biztosit a ligaturás eljárás, főleg ha a lekötéseket nem en masse végezzük, hanem a méh 6 (minden oldalon 3) cardinalis ütőerét isolálva kötjük le. I. technikájának lényege tehát az, hogy a portio körülmetszése, a hólyag feltolása és a Douglas megnyitása után a méhet előbb erősen jobbra huzatva a baloldali cardinalis ütőereket (esetleg venákat is) ujjal vagy vájt kutatóval isolálja és *Reverdin*-féle hajlított tü segélyével aláköti s a lig. latumot átmetszi; majd a méhet balra áthúzva, ugyanigy látja el a jobb oldalt is. Az alákötésekhez leginkább a catgut öt, és pedig a vékonyabb (2. sz.) fonalakat ajánlja. A seb ellátásának egyszerü módja draincső behelyezéséből áll, a boltozati nyilás közepébe; vastag legyen s a peritoneumig jusson fel. Elé a peritoneum s a bélkacsokhoz jodoformgaze pamatokat helyeznek el könnyedén. A kaucsuk draincsövét a szeméremrésben vágjuk le. Steril gaze és vattapamut jő a vulvára. Első két napon csapoltat. Négy szép, kifejező tábla magyarázza 1. ajánlott vaginalis műtétét, a melylyel ő és Bouglé szép gyógyulási eredményeket értek el.

Hathatósan támogatja eljárását 23 észlelt esete, a melyeket más és más ok miatt végezett, méh- vagy adnex-bántalmaknál Egy beteget veszít csak el, a kit előző vérzései már kimerítettek volt. *Csiky.*

**Oehlecker: Drüsenuntersuchungen bei sieben Fällen von Uteruscarcinom.** (Zeitschr. f. Geb u. Gyn. XLVIII. 2.) Olshausen hét olyan nő bonczolása alkalmával, a kik a rákos méh vaginalis totalexstirpatioja következtében haltak el, a medencze, lumbalis és retroperitonealis mirigyeket conserváltatta és szerzővel megvizsgáltatta. Mind a hét eset könnyü, illetve középsúlyos volt. Csupán két esetben volt a mirigyekben metastasis és pedig csak mikroskopice kimutatható. Makroskopice a mirigyek teljesen normálisaknak látszottak és nem nyujtottak semmiféle támpontot arra, hogy rákos megbetegedésük feltételezhető lett volna. *Pozsonyi Jenő.*

## III. Bibliographia.

### Külföldi szakirodalom.

(Könyvek, dissertacziók, thèse-ek.)

*Ahlfeld.* Lehrbuch der Geburtshilfe. 3. Aufl. 1903. — *Ahlfeld F.* Der mikroskop. Nachweis vom Eindringen des Alkohols in die Haut bei der Heisswasser-Alkohol-Desinfection. Zwei Fälle von Blutmolen mit polypösen Hämatomen. 1902. — *Anders O.* Die an derselben Person wiederholte Laparotomie. 16 Fälle der Greifsw. Frauenklinik. 1903 — *Arbogast Ad.* Über Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatine-Injectionen. 1902. -- *Aschkanasy W.* Zur Pathologie der vorzeitigen Lösung der normalsitzenden Placenta. 1902. — *Bayer Hein.* Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. 1. Bd. 1. Heft. Entwickelungsgeschichte des weibl. Genitalsapparates. Strassburg. — *Beauverger A.* Étude des kystes développés aux dépens des glandes para-uréthrales chez la femme. 1902. — *Becker E.* Grundregeln für die Anfertigung von Bauchbinden. 1903. — *Beckmann O.* Zur Statistik u. Therapie der Placenta praevia. 1902. — *Berger C. F.* Ein Fall von Psammo-Carcinom des Ovarium. 1902. — *Bloebaum C.* Über Cranioclasie. 1902. — *Bogaras A.* Über die Frage der Ventrofixation. 1902. — *Bohne A.* Beitrag zur Bakteriologie der Scheide nicht untersuchter Schwangerer. 1902. — *Botzong C.* Über Bildung maligner Geschwülste an der Cervix uteri nach Amputatio uteri myomatosi supravaginalis. 1902. — *Böttger W.* Über einen Fall von wiederholter Extrauterinschwangerschaft bei derselben Frau. — *Bué.* Hystérotomie et hystérectomie en osbstétrique. Paris. — *Burckhard G.* Die Blutungen nach der Geburt, ihre Entstehung u. Behandlung. 1903. — *Bürgi C.* Beitrag zur Kenntniss der Gynaecomastie. Diss. Zürich. 1902. — *Bürkle F. J.* Venöse Stauung als Ursache von Haematocele retrouterina. 1902. — *Célérier J. L.* Indications de l'emploi de certains agents physiques dans le traitement de maladies non chirurgicales de la glande mammaire. 1903. — *Curschmann Fr.* Bietet der quere Fundalschnitt bei der Sectio caesarea (G. Fritch) gegenüber dem Längsschnitt durch die Corpuswand Vortheile? 1902. — *Döneke J.* Eine Modification der Wertheim'schen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus. 1902. — *Diehl Cl.* Die Pflege der Bauchdecken vor und nach der Geburt. 1903. — *Dienst A.* Über den Bau und die Histogenese der Placentargeschwülste. 1903. — *Dilger W.* Uterus bicornis septus cum vagina septa. 1902. — *Dudley E. C.* Principles a. practice of génecolgy. 3. ed. 1903. — *Dugge Fr.* Die Schwankungen der Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin 1821—1900. 1902. — *Duvergey A. M.* Des tumeurs polypoïdes du méat urinaire chez la femme. 1902. — *Enders L.* Zum Bau des Epoophoron und der Nebentuben. Diss. München. 1902. — *Enge J. R.* Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. 1902. — *Engström O.* Mittheilungen aus der gynäkolog. Klinik. IV. Bd. Heft 3. 1903. — *Erb Er.* Über Aplasie der Genitalien. 1903. — *Erlanger W.* L'adrenaline dans le traitement des métrorrhagies. 1903. — *Escaude P.* Des avortements et en partic; des avortements criminels. 1903. — *Fabre S.* née Boïarskaïa. Des hématomes du cordon ombilical. 1902. — *Fellner O.* Die innere Krankheiten in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 1903. — *Frank Arth.* Über Gesichts- und Stirnlagen. 21 Fälle der Greifswalder Frauenklinik. 1903. — *Ganchery P.* Sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité. Occlusions gravidiques, paragravidiques, extragravidiques. 1903. — *Garrigue H. Jacques.* A text-boock of the science and art of obstetrics. New. ed. (30 + 844. p. il. pl., partly col) Philadelphia. — *Gascheau P.* Étude sur le tumeurs solides de l'ovaire. 1903. — *Geibel Al.* Beitrag zur Kenntniss der Ovarialfibrome. 1902. — *Gerst M.* Des vomissements de la grossesse. 1903. — *Gift P.* Stieltorsion bei einem grossen subserösen Myom des Uterus. Diss. München. 1902. — *Goetze A.* Kaiserschnitt bei Eklampsie. Eine Statistik. 1902. — *Goldschmidt Ad.* Über das Vulvarcarcinom. 1902. — *Göttsche J.* Über Psychosen nach Eklampsie. 1902. — *Graefe M.* Wann bedarf die Retroflexio uteri der Behandlung? 1903. — *Grabie R.* De l'inversion utérine récente puerpérale (ligaments d'arrêt) 1903. — *Grulich C.* Über die vorzeitige Ablösung der normalsitzenden Placenta. 1903. — *Haag A.* Ein seltener Fall von teleangiectatischen hämatocystischem Uterusmyom mit Gravidität. 1902. — *Hengge A.* Eklampsie, die derzeitige Forschungen über Pathogenese dieser Erkrankung und ihre Therapie. 1903. — *Hermabessière J.* De l'éventration consécutive à la grossesse. Étude anatom. et dinamique de la paroi abdominale. 1903. — *Hermann G. E.* Diseases of women, a clinical guide to their diagnoses and treatment. London, Cassel és New-York, 1903. — *Hirschhorn W.* Die erweiterte Freund'sche Operation beim Krebs der schwangeren Gebärmutter. 1902. — *Holst M.* Ein Fall von „interstitieller Gravidität" geheilt durch Operation. 1903. — *Iljinsky Wl.* Über die Tuberculose

inneren weiblichen Genitalien. 1902. — *Isay I.* Traitement de la syphilis pendant la grossesse par l'huile grise. 1903. — *Jacobs P.* Zur Statistik der puerperalen Mastitis. 1902. — *Jambon I.* Essai sur l'assistance maternelle en Bretagne. 1903. — *Kirchner O.* Ein Beitrag zur Kenntniss von Trichterbecken. 1903. — *Knoop K.* Beitrag zur Therapie der Nabelschnurbrüche. 1903. — *Kohl H.* Sichert eine Hematocelenbildung in Folge tubaren Aborts gegen spätere Ruptur der Tube mit innerer Blutung. 1903. — *Kolaczek H.* Über die Uterusruptur. Ergebnisse der Forschung der letzten sieben Jahre. 1903. — *Krombach C.* Beitrag zur Frage der Ovariotomie in der Schwangerschaft. 1902. — *Krdilouze J. L.* De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin. 1903. — *Krensel Fr.* Über Fremdkörper in der Vagina u. im Uterus. 1903. — *Krönig Bernh.* Die Anwendung der neueren Theorien der Lösungen in der Geburtshilfe u. Gynäkologie. Antritts-Vorlesg. Leipzig. — *Lafite dupont L.* De l'insertion vicieuse du cordon ombilicale. 1903. — *Lai-ney Ch.* De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes. 1903. — *Laskowsky M.* Zur Casuistik des Myoms während der Schwangerschaft. 1902. — *Le Bosse O.* Du diagnostic de l'hydrocéphalie foetale pendant la grossesse et pendant le travail, son importance au point de vue du pronostic maternel. 1903. — *Legaye G.* Étude clinique de l'hydramnios. 1903. *Legon E.* Sur le développement du foetus, mensurations et pensées aux differents ages. 1903. — *Lehmann Will.* Über Blutmenge der Placenta. 1902. — *Leisner S.* Über conservative Behandlung der in den ersten Schwangerschaftsmonaten unterbrochen Tubargravidität. 1903. — *Leroneille Fr.* Des rétrécissements de l'urètre chez la femme. 1903. — *Lévy Mad.* La cryoscopie de urines pendant la grossesse. 1903. — *Lichtenberg Fr.* Über die Beweglichkeit des Beckens von Neugeborenen. 1902. — *Lindenmann P.* Über Osteogenesis imperfecta. 1903. — *Lizcano P.* Las metritis. 1903. — *Lorier F.* Traitement de la rétention placentaire post-abortive non compliquée. 1903. — *Lutand.* Travaux pratiques d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1903. — *Luxenburger M.* Zur Kasuistik der vorgeschrittenen ektopischen Graviditäten bei lebenden Kind nebst besond. Berücks. der Therapie. 1902. — *Lütjens D.* Zur Kasuistik der Riesenkinder. 1903. — *Mack.* Die Gefahren der Mutterschaft u. deren Verhütung nach bisheriger u. neuester wissenschaftl. Methode. Berlin. — *Manton Walter Porter.* An epitome of obstetrics. Philadelphia. — *Maroger P.* De la grossesse extra-membraneuse. 1903. — *Mary G.* Appendicite et affections utéro-annexielles. 1903 — *Matusch F.* Uterusruptur nach Metreuryse. 1902. — *Memmert P.* Über 61 Fälle künstl. Frühgeburt bei engem Becken. 1903. — *Meyer Ludw.* Ein Fall von Adenocystoma papilliferum vulvae u. ein Fall von Flimmerepithelcyste des sulcus interlabialis vulvae. 1903. — *Meyerhoff M.* Ein Fall von Ruptur des schwangeren Nebenhornes. 1902. — *Michalski J. J.* Untersuchungen über Syphilis placentae. 1902. — *Misrachi Moïse.* Traitement de l'avortement. Paris. — *Mohr L.* Über die Aetiologie der Blasenscheidelfistel. 1902. — *Möbius P. J.* Über die Wirkungen der Castration. 1903. — *Müller Joh.* Über eine eigenartige Form mechanischer Behinderung der Wendung auf den Fuss durch eine untere Extremität. 1903. — *Münch K. L.* Über einen Fall von Perforation der Harnblase durch einen papillomatösen Auswuchs einer Dermoidcyste des linken Ovariums. 1901. — *Nebel Arth.* Über Puerperalfieber und dessen Behandlung. 1902. — *Neubauer M.* Über die Blutungen bei Placenta praevia. 1902. — *Neuflies M.* Beitrag zur Aetiologie und zum klin. Ausgang der Extrauteringravidität. 1902. — *Neumeister Alb.* Die Ruptur des schwangeren Uterus. 1903. — *Oehlecker Fr.* Drüsenuntersuchungen bei sieben Fällen von Uteruscarcinom. 1903. — *Ohlmann E.* Über Metastasen der Vagina bei Carcinom des Uterus und der Ovarien und die Bedeutung des retrograden Transportes 1902. — *Otto H.* Ein Fall von Atresia hymenalis congenita. 1903. — *Panföder J.* Beitrag z. Kasuistik des Chorioepithelioma malignum. 1902. — *Paquier L.* De l'acouchement prématuré provoqué résultats obtenus a la clinique Tarnier. 1898—1902. 1902. — *Parczewski E.* Prognose der Zangenoperationen nach den Resultaten der Strassburger Klinik. 1891—1900. 1902. — *Picard G.* De la puerpéralité chez les femmes agées de moins de 16 ans. 1903. — *Pierrhugues M.* Étude critique sur les vomissements incourables de la grossesse. 1902. — *Pincus Ludw.* Atmokausis und Zestokausis. Die Behandlung m. hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. Nebst e. Anh.: Atmok. u. Zestokausis in der Chirurgie u. Rhinologie. Als typische Heilmethode monographisch-klinisch dargestellt. Wiesbaden. — *Rahusen H.* Über die verschiedenen Methoden der abdominellen Totalextirpation des Uterus. 1902. — *Rath H.* Über einen günstig verlaufenen Fall von querer Durchtrennung d. hinteren Scheidengewölbes mit Eröffnung der Bauchhöhle bei der Cohabitation. 1903. — *Rehbock L.* Zur Kasuistik der Tuberculose der weiblichen Genitalien. 1903. — *Ritter H.* Über das gleichzeitige Vorkommen von Carcinom u. Sarcom im Uterus. Diss. Zürich. 1902. — *Rixen P.* Bietet der quere Fundalschnitt bei der Sectio caesarea gegenüber dem Längsschnitt durch die Corpuswand Vortheile? 1902. — *Rosenbach O.* Korsett und Bleichsucht. 2. Aufl. 1903. — *Rosenberg J.* Ein Fall von hysterischer Lähmung einer Schwangeren. 1903. — *Rosinsky Bernh.* Die Syphilis in der Schwangerschaft. Stuttgart. — *Römer Th.* Über die Wendungsoperationen nach der Statistik der Bonner Frauenklinik. 1902. — *Rösler Alf.* Über mehrfache Geburten derselben Frau bei engem Becken. 1903. — *Rust J.* Das Geschlecht der Fehl- und Todtgeburten. (Ergebnisse der Strassburger Klinik. 1873—1900.) 1902. — *Rubinstein F.* Kasuistischer Beitrag zu den Complicationen der Gravidität und des Puerperiums mit Herzklappenfehlern. 1902. — *Rühs C.* Eine tödtliche Verletzung des hinteren Scheidengewölbes sub co.tu. 1903. — *Sachs E.* Die puerperalen Erkrankungen und Todesfälle der sept. Abtheilung der Strassburger Frauenklinik. 1891—1901. 1902. — *Salecker P.* Zur Prognose der Wendung auf den Fuss. 1903. — *Sauerhering H.* Über d. Infectionstheorie der Eklampsia puerperalis. (1893) 1903. — *Schäfer Arth.* Ein im Darme einer Frau vorgefundenes Tuch. 1903. — *Schäffer G.* Zur Frage d. Behandlung d. Uterusruptur. 1902. — *Schidkowski W.* Beitrag zur Lehre von Bauchdeckenfibrom. 1903. — *Schlieper W.* Kephalhaematoma neonatorum. 1903. — *Schmidt Fr. P.* Über Elephantiasis vulvae. 1902. — *Schmidt Johanna.* Zur Casuistik des Chorio epithelioma malignum. 1903. — *Schultz W.* Über die Ovarienverpflanzung. 1902. — *Schulze Herm.* Zur Casuistik d. malignen Adenome d. Uterus. 1903. — *Seidel H.* Laparotomie bei 90 Fällen von freiem Bluterguss in d. Bauchhöhle in Folge ununterbrochener Tubenschwangerschaft mit besond. Berücks. der Prognose. 1903. — *Sellheim H.* Leitfaden für die geburtshilflich-gynäkolog. Untersuchung. 2. Aufl. 1903. — *Sendtner F.* Über das Fibron des Ovariums. Diss. München. 1901. — *Simon A.* Bedeutung d. Salpingitis für die Aetiologie d. Tubargravidität. 1903. — *Strempel A.* Über d. instrumentuelle Erweiterung d. Cervix sub partu nach Bossi. 1903. — *Striepecke G.* 322 Fälle von Placenta praevia. 1902. — *Tinz J.* Über Castration bei Osteomalicie. 1903. — *Vagedes W.* Zur Aetiologie der Gynatresien. 1903. — *Voeckler Th.* Über die Unterbindung der den Uterus ernährenden Gefässe als Voroperation zur abdominalen Myomenukleation. 1903. — *Weeber M.* Über uterus bicornis unicollis u. seine Beziehungen zu Schwangerschaft u. Geburt. 1902. — *Wiedemann E.* Über Eklampsie bei gesunden Nieren. 1902. — *Wimmer H.* Über Casuistik der malignen Ovarialtumoren. (Cystadenoma papilliferum carcinomatosum und fibrosarcoma.) Diss. München. 1901. — *Wintzer P.* Über Blutungen aus dem sinus circularis ohne Vorhandensein von Placenta praevia. 1903. — *Witschel W. K.* Über Ausfallerscheinungen nach Entfernung der weibl. Sexualorgane. 1902. — *Zerowski B. M.* Über das oberflächliche Carcinom des Corpus uteri. 1903. — *Zickel G.* Erfahrungen über Aetiologie und Therapie der Urinfisteln bei Frauen. 1902. — *Zierhold F.* Die Mortalität der thrombophlebitischen Form des Puerperalfiebers. 1902. — *Zimmer E.* Über Provincial-Säuglingshäuser nach d. Vorschlägen von C. Jelski. 1903.

## Congressusok.

— *A X. német gynaekologiai congressust* junius 3—6-dikáig tartották meg *Würzburgban Hofmeier* tanár elnöklete alatt. Mint értesülünk, körülbelül 250 szakember vett részt a kitünően sikerült congressuson, a melyen 99 előadást tartottak. A megvitatásra kitüzött tárgyak voltak: 1. A méhen kivüli terhesség anatomiája és gyógyitása; előadók *Werth* és *Veit* tanárok. 2. A méh előesésének mütétei, tekintettel a végleges eredményre; előadók *Martin* és *Küstner* tanárok. Az előadók mindmegannyian igen alapos és terjedelmes referatumokat készitettek, a melyek a tagoknak 1—2 héttel a congressus előtt megküldettek. Magyarország részéről résztvettek a congressuson *Tauffer Vilmos* és *Szabó Dénes* tanárok, udv. tanácsosok és *Czukor Miklós* dr., a ki volt szives lapunk számára a tudósitói tisztségre vállalkozni. *Elischer Gyula* tanár sürgönyileg mentette ki távolmaradását és üdvözölte a congressust. Az 1905-ben tartandó következő congressus helyéül Kielt s elnökévé *Werth* tanárt választották. Megvitatandó tárgyak lesznek: a szülészetből a méhnyak tágitási módszereiről és a gynaekologiából a rosszindulatú petefészekdaganatokról, tekintettel a végleges eredményekre.

— Az ez idei *német orvosok és természetvizsgálók vándorgyülését* szeptember 20—26-dikáig fogják megtartani *Casselben*. A szülészeti és gynaekologiai szakosztály elnökei *Wild* és *Jellinghaus*, jegyzői *Roth* és *Baumgart*. Esetleges bejelentések *Wild*-hez küldendők (Cassel, Ulmenstrasse 17). Lapunkat Nenadovics L. dr. lesz szives képviselni.

— Az *I. orsz. szülészeti és gynaekologiai congressust* ez év deczember 28—31-ikéig fogják megtartani *Szt.-Pétervárott*. Az előkészitő bizottság elnöke *Ott* tanár, titkára *Preobrashenski*, pénztárosa *Fenomenow* tanár. A részvételi díjak a következők: rendes tag 8 rubelt, alapitó tag 25 rubelt és örökitő tag 100 rubelt fizet. A congressus lefolyásáról Nenadovics dr. fogja lapunk olvasóit értesiteni.

## VEGYESEK.

† *Veit Gusztáv*, a német gynaekologusok nestora április 20-dikán halt meg 79 éves korában pomerániai birtokán Gevelsdorfban. 1854-től 1864-ig Rostockban s ettől fogva 1893-ig Bonnban volt a szülészet és gynaekologia rendes tanára.

† *Owen Goronwy*, a szülészet és gynaekologia rendes tanára az alabamai Medical College-en, május havában meghalt.

— *Grácz. Knauer Emil* bécsi magántanárt a gráczi egyetemen a szülészet és gynaekologia rendes tanárává nevezték ki.

— *Lausanne. Rossier G.* és *Muret M.* magántanárok Lausanneban ugyanott rendkivüli tanárokká neveztettek ki, előbbi a szülészetből, utóbbi a gynaekologiából.

— *Jurjev* (Dorpat). *Meyer I.*-t magántanárrá nevezték ki a dorpati egyetemen.

— *Bécs. Halban József* magántanárrá neveztetett ki a bécsi egyetemen.

— *Zára. Lallich van der Tulpe*, a sebenicoi közkórház igazgatója a zárai bábaiskola tanárává neveztetett ki.

— *Charkov. Michin Pál* dorpati magántanár a charkovi egyetemen a szülészet és gynaekologia tanárává neveztetett ki.

Budapest, 1903. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Közol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.