ORVOSI HETILA

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

4 TÁBLÁVAL ÉS 240 RAJZZAL.

ÁLLANDÓ MELLÉKLETEK:

SZEMÉSZET.
(1—5. szám.)
SZERKESZTI: **GRÓSZ EMIL.**

GYNAEKOLOGIA.
(1—4. szám.)
SZERKESZTI: **TÓTH ISTVÁN ÉS TEMESVÁRY**

ELME- ÉS IDEGKÓRTAN.
(1—4. szám.)
SZERKESZTI: BABARCZI **SCHWARTZER OTTÓ ÉS MORAVCSIK ERNŐ EMIL.**

RENDKIVÜLI MELLÉKLETEK:

Friedrich Vilmos és **Jurkiny Emil**: A gümőkór nagyvárosokban, tekintettel Budapest ipari lakosságára.
Friedrich Vilmos: A gümőkórt előidéző okok Budapest ipari lakossága között.
Hochhalt Károly: A szív skiagrammja párhuzamban a kopogtatási módszerekkel.
Illyés Géza: A belgyógyászati vesemegbetegedések sebészeti kezeléséről.
Kollarits Jenő: A galván izomgörbe egészséges és beteg emberen.
Petz Lajos: Adatok a vérsavó-oltások értékének meg diftériánál.
Réczey Imre: A budapesti egyetemi 2. számú sebész betegforgalma az 1905. évben.
Ritoók Zsigmond: A verőér-rendszer hypoplasiája.
Török Béla: Jelentés a II. sz. belklinika és az új szen ház fülgyógyászati rendeléseiről.
Közlemények a budapesti egyetem 2. számú sebészeti
A budapesti kir. orvosegyesület 69. évzáró közgyülése.

F. L.
4/49.
BUDAPESTI ORVOS
II. sz. Sebészeti
Budapest, VIII.
Telefon:

1906.

ÖTVENEDIK ÉVFOLYAM.

BUDAPEST, 1906.
A PESTI LLOYD-TÁRSULAT KÖNYVNYOMDÁJA
DOROTTYA-UTCZA 14. SZ.

II. sz. SEBÉSZETI KLINIKA
KÖNYVTÁRA
Bp. VIII., Baross-u. 23-25
~~II. 22. 25.~~
Leltári szám: F 46/189.

TARTALOM.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egyetemi intézetekből, klinikákból és kórházakból.

Oldal

Lenhossék Mihály tnr. I. anatomiai intézete.

1. **Pólya Jenő Sándor**: A férfi lágyékcsatornája izomfalának változatairól ... 871, 904, 929

Pertik Ottó tnr. II. kórboncztani intézete.

2. **Királyfi Géza**: A malachit-zöld táptalajok értéke a typhus-bacillusok felismerésében ... 674
3. **Királyfi Géza**: Meningeális anthrax esetei ... 989

Bókay Árpád tnr. gyógyszertani intézete:

4. **Bókay Árpád**: Miképen rendeljük a digitalis leveleket 35
5. **Barla-Szabó József**: Chloroform és phosgen ... 269, 289

Általános kór- és gyógytani intézet.

6. **Székely Ágoston**: Adatok a fertőző betegségek kisérletes kór- és gyógytanához ... 215, 231
7. **Marikovszky György**: Immunisatiós és serotherapeutikus kisérletek morphiummal szemben ... 724
8. **Pólya Jenő Sándor**: Kisérleti adatok a hasi zsírszövetnekrosist előidéző pankreasbántalmak kóroktanához ... 745

Liebermann Leó tnr. közegészségtani intézete:

9. **Liebermann Leó**: Fermentumok-e az amboceptorok és a complementumok ... 246

Korányi Frigyes tnr. I. belklinikája.

10. **Korányi Frigyes**: Ujabb adatok a gerinczoszlop kopogtatási hangja diagnostikai értékesítéséhez ... 5
11. **Korányi Frigyes**: A gerinczoszlop kopogtatási hangjáról ép és kórtani viszonyok közt ... 641, 656
12. **Kövesi Géza**: A szívblockról ... 179
13. **Bálint Rezső**: A térdreflex hiányának jelentősége a cerebrospinalis folyadék nyomásának emelkedésével járó megbetegedéseknél ... 189
14. **Elischer Gyula** és **Engel Károly**: Röntgen-fénynyel kezelt mediastinális daganatok ... 812
15. **Kentzler Gyula**: Serummal kezelt traumás tetanus három esete ... 797, 814
16. **Török Béla**: A felületi feszültség jelentőségéről a felszívódási folyamatokban ... 949

Kétly Károly tnr. II. belklinikája.

17. **Kétly Károly**: Megakadályozható-e a syphilis kellő kezelésével a tabes dorsalis vagy paralysis progressiva fejlődése ... 15
18. **Kétly Károly**: A villamosság az orvosgyakorlatban ... 587
19. **Kétly László**: A chylusszerü trans- és exsudatumokról két eset kapcsán ... 226, 251
20. **Kétly László**: A myastheniás paralysisről, két kapcsán ...
21. **Zirkelbach Antal**: Adatok a gyomorrák diagnosi
22. **Szinnyei József**: A mellhártya-endothelioma kórké
23. **Török Béla**: Jelentés a II. sz. belklinika és szent János-kórház fülgyógyászati rendeléseiről

Dollinger Gyula tnr. I. sebklinikája.

24. **Dollinger Gyula**: A gümös csont- és izületi beteg gyógykezelése ...
25. **Dollinger Gyula**: Szájpadlásvarrat ...
26. **Zimmermann Károly**: A gátor légdaganatainak légmellnek keletkezéséről ...
27. **Bakay Lajos**: A gáttáj sérveiről ...
28. **Bakay Lajos**: Csontos összeköttetés a sarok- és csont közt ...
29. **Gergő Imre**: A czombcsont veleszületett hiá 410,
30. **Gergő Imre**: Az Achilles-ín egy sajátos me gedéséről. (Tendinidis achillea traumatica.) ...
31. **Lobmayer Géza**: A májechinococcusok végeredn
32. **Navratil Dezső**: A submucosus paraffininjectiók kéről ozaenánál ...
33. **Navratil Dezső**: A bárzsingvarratokra tett pajzsm szeletek hegképző hatásáról ...
34. **Steiner Pál**: Lumbális analgesia stovainnal ...

Réczey Imre tnr. II. sebklinikája.

35. **Réczey Imre**: Balassa-előadás ...
36. **Kuzmik Pál**: Luetikus alapon fejlődött gyomorh sipoly ...
37. **Borszéky Károly**: A máj nyilt sérüléseiről ...
38. **Borszéky Károly**: Klinikai tapasztalatok az helybeli érzéstelenitő szerekkel ... 623,
39. **Verebély Tibor**: A féregnyujtvány okozta szöv nyek sérvmütéteknél ...
40. **Bradách Emil**: Öncsonkítás ritka esete ...
41. **Demeczky Ödön**: Aneurysma traumaticum ...
42. **Fáykiss Ferencz**: A sipcsont compressiós töré arteria poplitea beszakadása a végtag következm elüszkösödésével ...
43. **Ofner Oszkár**: Idegen test a méhben ...
44. **Parassin József**: Ritkább emlődaganatok ...
45. **Zilahi Jenő** A klinikum betegforgalma az évben ...
46. **Zilahi Jenő**: A Klapp-féle hydrokelemütét érté

Bársony János tnr. I. szülő- és nőb klinikája:

47. **Bársony János**: A méhfibromákról a gyakorló szempontjából ...

* Sz. = „Szemészet". — G. = „Gynaekologia." — E. = „Elme- és Idegkórtan." — K. m. = Külön melléklet.

49. **Lovrich József**: A placenta praeviáról ... ... G. 64
50. **Lovrich József**: Rákos méh abdominális kiirtása G. 109
51. **Lovrich József**: Két császármetszés esete ... ... G. 111
52. **Lovrich József**: A magzat halála után hat hónapig viselt, kihordott méhenkivüli terhesség ... ... G. 224
53. **Lovrich József**: Lépcsavarodás esete a gyermekágyban ... ... G. 226
54. **Wenczel Tivadar**: Adatok a cementszerü medenczebeli exsudatumok gyógyitásához ... ... G. 114
55. **Wenczel Tivadar**: Szivbetegek terhességéről és szüléséről nyolcz eset kapcsán ... ... G. 185
56. **Wenczel Tivadar**: Elgenyedt adnextumor hasfalon át operált két esete ... ... G. 229
57. **Balika Ferencz**: Sectio caesarea vaginalis eklampsiánál ... ... G. 232
58. **Balika Ferencz**: A szülés gyors befejezése köldökvérzés indicatiojából ... ... G. 236
59. **Balika Ferencz**: A rendes helyen tapadó lepény idő-előtti leválása ... ... G. 239
60. **Bogdanovics Milos**: A gátrepedésekről ... ... G. 195
61. **Nádosy István**: Gyorsan ölő sepsis két esete ... G. 243
62. **Nádosy István**: Egy monstrum esete ... ... G. 248

Tauffer Vilmos tnr. II. szülő- és nőbeteg-klinikája.

63. **Tauffer Vilmos**: A méhfibroma jelentősége egykor és most 19
64. **Tóth István**: Két méhenkivüli terhesség élő magzattal 107
65. **Tóth István**: Tauffer tanár hólyagsipolymütétei G. 612
66. **Kubinyi Pál**: Terhesség következtében megnyilott urachus radikális mütét által gyógyult esete ... ... G. 117
67. **Kubinyi Pál**: A rákbetegség elleni védekezés állása a müvelt államokban ... ... G. 165
68. **Kubinyi Pál**: A nehéz abdominális hysterektomiák technikájáról ... ... G. 311
69. **Frigyesi József**: A terhességnek és tüdőtuberculosisnak egymásra való hatásáról ... ... G. 54
70. **Frigyesi József**: Tölcsérszerü szük medencze esete G. 123
71. **Frigyesi József**: Fibroma omenti esete ... ... G. 126
72. **Frigyesi József**: Az idült lobos adnex-megbetegedések sebészi gyógykezeléséről ... ... G. 412
73. **Scipiades Elemér**: A szükmedenczés szülések kezeléséről ... ... G. 350
74. **Schmidlechner Károly**: Az anatomiailag rosszindulatú és „kétes jellegü“ ovariális álképletek miatt végzett ovariotomiák ... ... G. 491
75. **Mansfeld Ottó**: Ritkább megjelenésü kystadenoma serosum papillare ... ... G. 212
76. **Mansfeld Ottó**: Adatok a méhenkivüli terhesség aetiologiájához ... ... G. 216
77. **Mansfeld Ottó**: A gyermekágyi bakteriologia értékéről ... ... G. 578

Grósz Emil tnr. szemklinikája.

78. **Scholtz Kornél**: Streptococcusok által okozott kötőhártyatályogok ... ... Sz. 14
79. **Scholtz Kornél**: Szemizmok túltengése ... ... Sz. 84
80. **Barlay János**: Syphiloma corporis ciliaris ... ... Sz. 16
81. **Barlay János**: Ulcus durum a szemhéjon ... ... Sz. 17
82. **Török Ervin**: A szem tuberculosisáról és annak gyógyitásáról tuberculinnal ... ... Sz. 255
83. **Genersich Margit**: Tenonitis két esete ... ... Sz. 21
84. **Ifj. Liebermann Leó**: Az újabb helybeli érzéstelenitő szerek alkalmazása a szemészetben ... ... Sz. 287
85. **Makai Endre**: A heveny kötőhártyahurutok és az azoknak megfelelő klinikai elváltozások 100 vizsgált eset kapcsán ... ... Sz. 229
86. **Weinek Gusztáv**: Idegen test eltávolítása a szem belsejéből a látás teljes megtartásával ... ... Sz. 18
88. **Weinek Gusztáv**: Rézdarab eltávolítása a szem
89. **Weinek Gusztáv**: Iridocyclitis metastatica ...
90. **Weinek Gusztáv**: Fibrosarcoma ad regionem interni ... ...

Moravcsik E. Emil tnr. elme- és idegkó intézete.

91. **Moravcsik Ernő Emil**: Paranoiás egyén em ellen elkövetett többszörös büntette ... ...
92. **Hudovernig Károly**: A methylatropinum bro alkalmazása az idegrendszer megbetegedései
93. **Hudovernig Károly**: Egy új kézi készülék a tiós massage eszközlésére ... ...
94. **Hudovernig Károly**: Az organotherapia szer ideg- és elmebántalmak gyógyitásában ... ...

Jendrássik Ernő tnr. idegbeteg-klinikáj

95. **Jendrássik Ernő**: Dosologiai észrevételek ...
96. **Jendrássik Ernő**: A hallucinálás és a téves keletkezéséről 32
97. **Kollarits Jenő**: Acrocyanosis a lágyrészek dásával ... ...
98. **Kollarits Jenő**: A galván izomgörbe egészsé beteg emberen ... ...
99. **Herzog Ferencz**: A látópálya, a ganglion basale és a harmadik agygyomor fenekének zata a szemgolyók atrophiájának egy esetébe
100. **Hammer Dezső**: Klinikai adatok a tabes tüneteinek és lefolyásának ismeretéhez ... ...

Korányi Sándor tnr. diagnostikai tan

101. **Korányi Sándor**: A polyglobuliáról ... ...
102. **Korányi Sándor**: Az idült szívbajok kezelésének a
103. **Korányi Sándor**: A szívbetegségek patholog és therapiájának néhány problemájáról ... ...
104. **Korányi Sándor**: A gyomorcarcinoma kor gnosisa ... ...
105. **Bence Gyula**: A polyglobulia lépmegnagyobb 393, 413, 43

Bőrkórtani intézet.

106. **Guszman József**: Xeroderma pigmentosum fo rákban elpusztult 8 éves fiú ... ...

Kolozsvári egyetem általános kór- és intézete.

107. **Lőte József**: Átoltható-e a [veszettség a

Kolozsvári egyetem kórboncztani inté

108. **Veszprémi Dezső**: Bacillus fusiformis-szal, spir gracilis-szal és cladothrix pudredogenes szel tenyésztési és állatkisérletek. Adatok a kisérl graena bakteriologiájához és histogenesiséhez 1102, 1121,

Kolozsvári egyetem belklinikája.

109. **Purjesz Zsigmond**: A typhusbacillus ragályz ségéről ... ...
110. **Jancsó Miklós**: Chininprophylaxis-kisérletek ségesen elöidézett váltólázas fertőzéseknél ...
111. **Elfer Aladár**: Észrevételek a Röntgen-fény je ségéről a fehérvérüségnél ... ...

Kolozsvári egyetem ideg- és elmekó nikája.

112. **Lukács Hugó** és **Markbreiter Irén**: A sz let jelentősége elmebetegeknél ... ...

Kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikája.

113. **Kanitz Henrik**: Adatok a pityriasis rubra (Hebra) ismeretéhez ... 339, 359, 378, 397
114. **Kanitz Henrik**: Pemphigus foliaceus egy esetéről 707, 730

Breslaui egyetem belklinikája.

115. **Herzog Ferencz**: A vibratio-érzésről ... 946

Freiburgi egyetem anatomiai intézete.

116. **Szily Aurél**: Amnionbetüremkedés a madarak lencsehólyagjába ... Sz. 9
117. **Szily Aurél**: Az iris hátsó határrétegéről ... Sz. 68

Würzburgi egyetem szemklinikája.

118. **Scholtz Kornél**: A jequiritol és jequiritol-serum értékmeghatározása állatkisérletek alapján ... Sz. 1

Állatorvosi főiskola bakteriologiai intézete.

119. **Preisz Hugó**: Az emberek és az állatok tuberculosisának bacillusai egy fajhoz tartoznak-e, vagy sem 143
120. **Aujeszky Aladár**: Adatok a gümőbacillus variabilitásához ... 323

Lipótmezei állami elmegyógyintézet.

121. **Konrád Jenő**: A retrograd amnesia egy esetéről E. 109

Budapesti bábaképző.

122. **Mauks Károly**: A budapesti bábaképző szülészeti osztályának nyolcz évi forgalma... G. 394

Gyógypaedagogiai intézetekhez csatolt physiologiai laboratorium.

123. **Ranschburg Pál**: Fantom a tudat-energia jelenségeinek demonstrálására ... 139

Szt. Rókus-kórház.

124. **Müller Kálmán**: Gastritis atrophicans ... 12
125. **Haberern Jonathan Pál**: Diagnostikai nehézség a kizárt czombsérvek megitélésében ... 98
126. **Goldzieher Vilmos**: Adalék a hályogmütétek után keletkező endogen fertőzés ismeretéhez ... 54
127. **Navratil Imre**: Orr-gégegyógyászati adatok ... 917
128. **Nádory Béla**: Hüvelyen át végzett császármetszés öt esete ... G. 89
129. **Nádory Béla**: A hysterektomia abdominalis módosítása G. 103
130. **Rotter Henrik**: A sectio caesarea vaginalisról négy eset kapcsán ... G. 73
131. **Steiner Miksa**: Adatok az ozaenák tanához ... 763

Szt. István-kórház.

132. **Blaskovics László**: A szent István-kórház trachomaosztályának 1905. évi működése... Sz. 24
133. **Blaskovics László**: A trachomaellenes kötőhártya- és tarsus-kimetszésekről... Sz. 55
134. **Hochhalt Károly**: A genyes szívburoklob a kórisme és prognosis szempontjából ... 81
135. **Hochhalt Károly**: A szív skiagrammja párhuzamban a kopogtatási módszerekkel ... K. m.
136. **Hültl Hümér**: A collodium-kötésről... 644
137. **Róna Sámuel**: A spirochaetákról ... 65
138. **Róna Sámuel és Preisz Károly**: A spirochaeta pallidáról ... 284, 305
139. **Balás Dezső**: Traumás eredetü teljes skalpozás esete 782
140. **Csillag Jakab**: Adatok a symmetriás arcznaevusok tanához ... 415
141. **Csillag Jakab**: Mi okozza a heveny eczemát ... 835

erjesztő saccharometer értékéről ...
143. **Halász Aladár**: Adat a kóros tejczukorvizelés retéhez: alimentaris lactosuria gyomorbántalma
144. **Paunz Sándor**: Ferdén szük medenczénél feny ruptura és inficiált méhür mellett sikerrel végzett ra lis császármetszés esete retroperitonealis csonkkeze
145. **Paunz Sándor**: Vesekiirtás után normálisan folyt terhesség és szülés esete...
146. **Paunz Sándor**: A Pfannenstiel-féle suprasymph fascia harántmetszésről és a Pfannenstiel-Menge-féle döksérvmütétről ...
147. **Pesthy István**: A gyomor zsírhasító képessé

Szt. László-kórház.

148. **Preisich Kornél**: A kanyaró lappangása ...

Szt. János-kórház.

149. **Szontagh Felix**: Adatok a félbenhagyó lázzal le tüdőgyuladások ismeretéhez ...
150. **Polyák Lajos**: A Bier-féle fokozott vérbőség alka zásáról a felső légutak betegségeiben ...
151. **Török Béla**: Jelentés a II. sz. belklinika és a szent János-kórház fülgyógyászati rendeléseiről.

Szent Margit-kórház.

152. **Neumann Szigfrid**: Fibromyoma és terhesség
153. **Pólya Jenő Sándor**: Az epekövek kórtanának állása és az epeköbetegség sebészi kezelésének jav 431, 450, 471, 491, 508, 527, 548, 568,

Stefánia-gyermekkórház.

154. **Bókay János**: 1559 intubált croup-esetem statis átnézete ...
155. **Bókay János**: Megjegyzések Genersich G. dr „A kanyaró lappangása“ czimü czikkére ...
156. **Bókay János**: A tubus-bevezetés technikája O'Dwyer-féle eljárásnál ...
157. **Leitner Vilmos**: Neuritis retrobulbaris acuta
158. **Flesch Ármin**: Észleletek Röntgen-fénynyel k leukaemiáknál ...
159. **Flesch Ármin és Schossberger Sándor**: A gyer kori szívburokösszenövés leggyakoribb alakjának jelzése és lényege ... 505, 524,
160. **Flesch Ármin és Schossberger Sándor**: A neutr vérkép elváltozása a kanyaró lappangási időszak
161. **Erdély Jenő**: Hörgkörüli, sajtosan elfajult mirigy rése a légutakba két esetben. Bronchoskopia. Gyóg

Vörös-kereszt-kórház.

162. **Imrédy Béla**: Pár megjegyzés a homokóragyom

Irgalmas-rend budapesti kórháza.

163. **Heim Pál**: A lisztek adagolásáról három hón alóli csecsemőknél ...
164. **Heim Pál**: Heveny idiopathikus bőrgangraena a csemőkorban ...
165. **Siklóssy Gyula**: A látáspróbák egységes megvilág
166. **Siklóssy Gyula**: A látásélesség és a megvilágítás zötti összefüggéses viszony ...

Pesti izraelita hitközség kórháza.

167. **Stiller Bertalan**: Van-e hysteriás láz ...
168. **Berczeller Imre**: A méhenkivüli terhesség kez húsz év előtt és ma ...
169. **Hevesi Arthur**: Szonda által okozott ritkább séri haematoma portionis ...
170. **Hevesi Arthur**: Kolpohyperplasia cystica eset

des helyen tapadó lepény időelőtti leválása G. 486
172. **Schwartz Tivadar**: Hasüri műtétek után észlelt méhenkivüli terhességi esetek ... ... G. 488

Bródy Adél-gyermekkórház.

173. **Grósz Gyula**: A Sachs-féle idiotia amaurotica familiarisról 157

Budapesti poliklinika.

174. **Vas Bernát**: A typhusbakteriuriáról és annak a vesékhez való viszonyáról 119
175. **Áldor Lajos**: A gyomor chemismusának természetes módon, gyomorszonda alkalmazása nélkül való vizsgálatáról (Sahli-féle desmoid-reactio) 447
176. **Derera Henrik**: Parovariális cysta kocsánya által okozott teljes elzáródása a flexura sigmoideának másodlagos átfúródásos hashártyagyuladással 769

Erzsébet királyné-sanatorium.

177. **Okolicsányi-Kuthy Dezső**: A tüdőbeteg-sanatoriumok hygienikus nevelő hatásáról 112

Budapesti kerületi betegsegélyző pénztár rendelő intézete.

178. **Jacobi József**: A tetaniáról 78 eset kapcsán 750, 766, 784, 799, 816

Borsodmegyei Erzsébet-közkórház.

179. **Vajda Géza**: A szemészeti osztály 1905. évi betegforgalmi kimutatása ... ... Sz. 312

Győri közkórház.

180. **Petz Lajos**: Adatok a vérsavó-oltások értékének megállapításához diphtheriánál ... ... K. m.
181. **Petz Lajos**: A sérvek kizáródása mechanismusának kérdéséhez 83

Kolozsvári Karolina-kórház.

182. **Engel Gábor**: Az érzéstelenítés szülészeti műtéteknél 58

Nagyváradi bábaképző.

183. **Konrád Márk**: Az antisepsisről a szülészetben 87

Pécs város közkórháza.

184. **Kenessey Aladár**: A pécsvárosi közkórház szemészeti osztályának működése az 1905. évben Sz. 30
185. **Kenessey Aladár**: Közlések a kórház szemészeti osztályáról ... ... Sz. 313

Pozsonyi állami kórház.

186. **Pávai Vajna Gábor**: Önálló tapasztalatok a tüdővész legújabb kezelési módjairól 60

Pozsonyi bábaképző.

187. **Velits Dezső**: A máj- és a veseechinococcus a nőgyógyászat körében 99
188. **Velits Dezső**: Az ovariotomia eredményeiről G. 1
189. **Velits Dezső**: A méhrák elleni védekezés eredménytelenségéről Pozsonyban ... ... G. 287

Szombathelyi bábaképző.

190. **Reisman Adolf**: A szombathelyi bábaképző gyermekágyi statistikája ... ... G. 377

Babarczi-Schwartzer Ottó sanatoriuma.

191. **Babarczi-Schwartzer Ottó**: Az elmebetegügyi törvényhozás fejlődése hazánkban az utolsó ötven év alatt 17

tóság ... ...
193. **Kiss Ödön**: Oophorin-kisérletek elmebetegek

Pasteur-Jenner-intézet laboratoriuma.

194. **Detre László**: A lépfene seruma, tekintettel jelentőségére hazánkban ... ...
195. **Detre László** és **Sellei József**: A serum-lipoidok ellenes hatásáról ... ...

---

196. **Baumgarten Egmont**: Heveny szemmegbeteg heveny orrmegbetegedések kapcsán ... ...
197. **Bánki Zoltán**: Placenta praevia, gyermekfejny mucosus fibromyoma spontan megszületésével a mekágyban ... ...
198. **Berend Miklós**: Az újszülött bélrothadásának képéről ... ...
199. **Boross Ernő**: A prostata, az ondóhólyagok és k csöveik bántalmainak újabb kezelésmódja ...
200. **Deutsch Ernő**: Richter-féle thyreoidea-tabletták zelt cretinismus sporadicus esete ... ...
201. **Deutsch N. Adolf**: Méhenkívüli terhesség ritka e
202. **Déri J. Henrik**: Májsülyedés ... ...
203. **Edelmann Menyhért**: A felső bélfodorbeli eltömülése ... ...
204. **Eisenmenger Rezső**: Új eljárás a bronchopne gyógykezelésében ... ...
205. **Elischer Gyula** és **Kelen Béla**: A plastikus x-s képekről ... ...
206. **Feleki Hugó**: Újabb tökéletesítések az urethro és cystoskopiai eljárások terén ... ...
207. **Fischer Aladár**: A tonocain suprarenale Richte mazásáról a sebészeti gyakorlatban ... ...
208. **Friedrich Vilmos**: A dispositio jelentősége a gümőkórban ... ...
209. **Friedrich Vilmos**: A gümőkórt előidéző okok pest ipari lakossága között ... ...
210. **Friedrich Vilmos** és **Jurkiny Emil**: A gümők városokban (statistikai alapon) tekintettel B ipari lakosságára ... ...
211 **Genersich Gusztáv**: A kanyaró lappangása ...
212. **Hasenfeld Arthur**: A korai arteriosclerosis jel géről és okairól ... ...
213. **Havas Adolf**: Quincke-féle megbetegedés ...
214. **Huber Alfréd**: A lupus vulgaris elterjedése M országon statistikai adatok alapján ... ...
215. **Ihrig Lajos**: A conservativ sebészet határai
216. **Illyés Géza**: A belgyógyászati vesemegbete sebészi kezeléséről ... ...
217. **Kopits Jenő**: Módosított skoliosis redresszáló ismertetése ... ...
218. **Kopits Jenő**: Dongalábkötés alkalmazására új eszköz ... ...
219. **Lenkei Vilmos Dani**: A spektrum kék és sárg rainak az állati szöveteken áthatoló képessége
220. **Ligeti Ármin**: Villámsujtás esete ... ...
221. **Márer József**: A folia betulae albae húgyhajt sáról ... ...
222. **Morelli Gusztáv**: Szobahőmérséken látható pá lom a kilégzett levegőben ... ...
223. **Nenádovics Lázár**: Nőorvoslási kérdések a therapia szempontjából ... ...
224. **Novotny Lajos**: A betegségek felismerése a hú vek bajaiban ... ...
225. **Ónodi Adolf**: Az orrsövény resectiója elsődleges kórban ... ...
226. **Ónodi Adolf**: A Highmor-üreg empyemáinak gyógyulásáról és az endonasalis kiöblítés érté
227. **Ónodi Adolf**: Az orrbajok által feltételezett lateralis látászavar és vakság kóroktanáról ...

229. **Poór Ferencz**: Az öröklödő bőrbetegségekről 188
230. **Rihmer Béla**: A vesetuberculosisról 688, 710, 732
231. **Ritoók Zsigmond**: Vitás kérdések az endocarditisek pathogenesisében 173
232 **Ritoók Zsigmond**: A verőér-rendszer hypoplasiája ... K. m.
233. **Scheiber S. H.**: A Jackson-féle epilepsiának hemicraniával egybekötött esete 89
234. **Schiff Ernő**: Symmetrikus gangraena (Raynaud) esete hereditaer luetikus alapon 110
235. **Schulhof Vilmos**: A subacut és idült fertőzéses izületi lobok gyógyszeres kezelése 192
236. **Sellei József**: A cystitis kezelése alkohollal 950
237. **Sellei József**: Folliculitis fibrosa urethrae 1027
238. **Sugár K. Márton**: A füleredetű agyhártyalob operativ kezelésének kérdéséhez 467, 489
240. **Szenes Zsigmond**: Az otitis media acuta kórtani állása ... ...
241. **Szili Jenő**: Női betegségek gyógyítása a lejtős helyzetnek megterheléssel ... ...
242. **Szili Sándor**: Sodronyvezető készülék a Kézmárszky féle ecraseurhez ... ...
243. **Tauszk Ferencz**: Egyes senilis és endoarteritises jelenségek ... ...
244. **Tóth Imre**: Küzdelem az ólommérgezés ellen
245. **Török Lajos**: A sclerodermia bőrelváltozásainak lényege és pathogenesise ... ...
246. **Török Lajos**: A viszketés érzésének elemzése
247. **Váli Ernő**: Vitás pontok a heveny középfülgyulladás kezelésében ... ...
248. **Verebély Tibor**: A rákbetegség kóroktana ...

TÁRCZA.

Oldal

Klug Nándor: A budapesti tudományegyetem élettani intézete 1858-tól 1860-ig 8
Than Károly: Az orvosnövendékek chemiai kiképzése 10
Grósz Emil: Az orvosképzésről 28
Hutyra Ferencz: Vonatkozások az emberorvostan és az állatorvostan között 36
Moravcsik Ernő Emil: A psychiatria fejlődése hazánkban az utolsó ötven év alatt 38
Navratil Imre: Az „Orvosi Hetilap" szerepe az orr- és gégetükrészet fejlődésében 44
Csatáry Lajos: A vasúti egészségügy haladása hazánkban és külföldön ... 45
Donath Gyula: Az idegkórtan fél évszázad előtt 49
Böke Gyula: A fülgyógyászat és az Orvosi Hetilap 51
Genersich Antal: A Markusovszky-féle jubiláris előadásokról 52
Marschalkó Tamás: Dermatologia és orvosképzés 56
Szily Adolf: Magyar Bridgman Laura ... 64
Stein Fülöp: Az alkoholkérdés Magyarországon 70
Bakó Sándor: A húgykőmorzsolás nálunk a lefolyt ötven év alatt 77
Imre József: A szembajosok sorsa az Alföldön, régebben és mostanában ... 79
Sarbó Arthur: A tabes dorsualis kórismézése ma és ötven év előtt 109
Temesváry Rezső: Néhány lap a nőgyógyászat történetéből Magyarországon az utolsó 50 év alatt 117
Győry Tibor: Semmelweis irodalmi hagyatéka 121
Fejér Gyula: A trachoma és ophthalmoblennorrhoea neonatorum aetiologiájának és prophylaxisának ötven év előtti és jelenlegi állásáról 128
Pólya Jenő Sándor: A sebészet ötven év előtt és ma 133
Mann Jakab: Emléksorok az ötvenéves Orvosi Hetilapnak 141
Szegedi-Maszák Elemér: A tüdőbetegrendelők szerepe a munkásvédelemben 142

Oldal

Manninger Vilmos: Sebészetünk az Orvosi Hetilap hasábjain 148
Horváth Mihály: Ötven év az orthopaedia fejlődésében 151
Polyák Lajos: Az orrsebészet mai állása 152
Ifj. Klug Nándor: A fülgyógyászat kötelező tanítása az egyetemen 178
Elischer Gyula: A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban 218, 234, 253, 274, 290
Bókay János: Mozart halálának oka ... 233
Id. Liebermann Leó: Benyomások a középiskolai reform ügyében tartott értekezletről 307
Grósz Emil: A középiskolai reform tárgyában tartott ministeri tanácskozás 308
Győry Tibor: Semmelweis magyar voltának elismerése 309
Sarbó Arthur: Elnöki megnyitó 325
Günther József: Egészségügyi szolgálat az óceánon 345, 365, 380, 399, 417, 455, 474, 493, 531, 552, 595
Grósz Emil: Az orvosok továbbképzésére szolgáló Frigyes császárné-ház felavatása Berlinben 364
Feleki Hugó: Nitze 380
Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen 416
Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári jubileuma 436
Ráskai Dezső: Bevezető előadás a nemi betegségek terjedése ellen létesitendő országos egyesületnek alakuló közgyülésén 438, 454
Grósz Emil: XVI. nemzetközi orvosi congressus Lissabonban 510
Grósz Emil: Elnöki beszéd a XII. szünidei orvosi cursus megnyitó ülésén ... 571
Temesváry Rezső: Titkári jelentés a XII. szünidei orvosi cursus megnyitó ülésén 572
A XII. szünidei orvosi cursus megnyitása 595
Verebély Tibor: Úti jegyzetek ... 630
Okolicsányi-Kuthy Dezső: A stájer tüdővészes népsanatorium 647
Donath Gyula: Az orvos és az alkoholkérdés 677, 694
Grósz Emil: Az 1906. évi állami költségvetés 678
Bálint Rezső: Egyptom és Sudan ... 713, 734

Oldal

Tihanyi Mór: A prostituáltak ... zése és a rendőrorvosi in... Budapesten ... ...
Magyarország közegészségügye ... évben ... ...
Reusz Frigyes: Állatvédelem é... kisérlet ... ...
A berlini orvosegyesület appe... vitája ... ...
Id. Liebermann Leo: Az állan... kásjóléti kiállítás Berlinben
Poór Ferencz: Neumann Izidor
Klug Nándor: Hőgyes Endre ...
Faragó Ödön: A reconstructio u... ged közegészségügyi viszon...
Kétly Károly: Megnyitó beszéd ... országos Orvos-Szövetség ez ... gressusán ... ...
Az Országos Orvos-Szövetség ... susa ... ...
Győry Tibor: Emlékbeszéd Sem... felett ... ...
Kézmárszky Tivadar szobra ...
A Semmelweis-ünnepélyek ...
Verebély Tibor: A nemzetközi ... kezlet ... ...
A Semmelweis-ünnepségen részt... földi vendégek beszédei ...
Bolyó Károly ... ...
Grósz Emil: Az 1907. évi állami ... vetés ... ...
Steiner Pál: Úti jegyzetek ...
Deutsch Ernő: A körülmetélésr...
Lévai Ödön: Levél a távol ideg...
Kóssa Gyula: Adatok a sebészet ... országi történetéhez ... ...
Steiner Pál: E. von Bergmann
Grósz Emil: A budapesti egyetem ... fakultásának fejlődése az ut... tizedben és a harmadik egy...
XII. szünidei orvosi cursus ...
Pach Henrik: Iparüzem és tüdő...
Tauffer Jenő: A születés és nő... szat egy szerény új bölcsője ... délvidékén ... ...
Temesváry Rezső: A gynaekol... lottjai ... ... G.
Moravcsik Ernő Emil: Emlé... Laufenauer Károly felett ...

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Oldal

Benczur Gyula: A paratyphus-kérdés mai állása 679, 696
Picker Rezső: Újabb vívmányok a hastyphus kórtanában és epidemiologiájában 326, 346
Steiner Pál: Újabb adatok a lumbális analgesiához 494

Oldal

Torday Árpád: Az ivóvíz sz... typhus epidemiologiájában

Abderhalden: Lehrbuch der physiologischen Chemie ... 803
Albarran: Exploration des fonctions rénales ... 613
Alexander és Lenhossék: Az ember ... 293
Axenfeld: Serumtherapie bei infektiösen Augenerkrankungen ... Sz. 41
Bechterew: Die Bedeutung der Suggestion im sozialen Leben ... 347
Benedikt: Aus meinem Leben ... 840
Berczeller Imre: A szülészeti és sebészeti antisepsis története ... 1146
Berger und Loewy: Über Augenerkrankungen sexuellen Ursprunges bei Frauen ... Sz. 328
Bernoulli: Zum Gesundgarten ... 1108
Best: Die lokale Anaesthesie in der Augenheilkunde ... Sz. 40
Bourget: Die Krankheiten des Magens und ihre Behandlung ... 1088
Bingelmann: Die Behandlung von Kranken durch Suggestion ... 736
Buxbaum: Kompendium der physikalischen Therapie ... 476
Cabanès et Nass: La névrose révolutionnaire ... 977
Canon: Die Bakteriologie des Blutes bei Infektionskrankheiten ... 309
Dollinger: A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájának évkönyve az 1904/5. tanitási évről ... 401
Donogány és Lipscher: Magyar orr- és gégegyógyászati bibliographia és repertorium ... 736
Driesch: Der Vitalismus ... 597
Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie ... 496
Ellenberger: Handbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Haustiere ... 1015
Erhardt: Ketzerische Betrachtungen eines Arztes ... 348
Ewald: Albert's Diagnostik der chirurgischen Krankheiten ... 574
Fasbender: Geschichte der Geburtshülfe 771
Feilchenfeld: Gesundheitspflege d. Auges Sz. 41
Fonk: Radium und Nervensystem ... 840
Forselles: Über die frühzeitige Diagnose und Operation des Empyems des Warzenfortsatzes bei Otitis media suppurativa acuta ... 381
Friedrich: Die Eiterungen des Ohrlabyrinths ... 1167
Froriep: Die Entwickelung des Auges der Wirbeltiere ... Sz. 325
Garnier: La femme criminelle ... 1066
Goldscheider: Über naturgemässe Therapie ... 699
Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes 884
Grawitz: Methodik der klinischen Blutuntersuchungen ... 1167
Grawitz und Grüneberg: Die Zellen des menschlichen Blutes im ultravioletten Lichte ... 597
Günther: Einführung in das Studium der Bakteriologie ... 366
Herczel: A féregnyúlványlob kór- és gyógytana ... 235
Hitzig: Welt und Gehirn ... E. 99
Hutyra und Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere ... 201, 680
Jacobi: Supplement zum Atlas der Hautkrankheiten ... 840
Jacoby: Immunität und Disposition ... 419
Jessner: Kompendium der Hautkrankheiten ... 275
Kopsch: Rauber's Lehrbuch der Anatomie des Menschen ... 911
Leathes: Problems in animal metabolism. 1048
Lechner: Az álmatlanságról ... E. 131
Lejars: Sürgős sebészeti műtétek ... 938
Lenhossék: Útmutatás az anatomiai gyakorlatokhoz ... 1088
Leser: Die allgemeine Chirurgie ... 439
Lépine: Les complications du diabète et leur traitement ... 553
Liepmann: Über Ideenflucht ... E. 98
Liepmann: Über Störungen des Handelns bei Gehirnkranken ... 99
Magnus: Die Volksmedizin ... 574
Manasse: Über chronische, progressive labyrinthäre Taubheit ... 1031
Markusovszky Lajos válogatott munkái 496
Mayer: Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen im Deutschen Reiche ... 715
Meyer-Rüegg: Kompendium der Frauenkrankheiten ... G. 151
Möbius: Die Basedow'sche Krankheit ... 771
Neisser et Jacobi: Ikonographia dermatologica ... 787
Nolda: Über die Indicationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke ... 1126
Noorden: Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels ... 649
Oerum: Methodik der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen am Krankenbette ... 381
Okolicsányi-Kuthy: Physikalische Therapie der Skrofulose ... 882
Ónodi und Rosenberg: Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens ... 532
Passow: Die Verletzungen des Gehörorganes ... 255
Pesti: Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára ... 309
Pfaundler und Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde ... 857, 955
Pflüger: Das Glykogen und seine Beziehungen zur Zuckerkrankheit ... 418
Pilcz: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie ... E. 134
Pincus: Atmokausis und Zestokausis G. 273
Proust: Traitement de l'hypertr prostatique par la prostatectom
Rádl: Geschichte der biologischen rien ...
Reisz: Az 1876. évi XIV. törvény a közegészségügy rendezéséről.
Rodari: Grundriss der medikamen Therapie der Magen- und krankheiten ...
Rosenthal: Alkoholismus und P tution ...
Rückel: Über das Lymphom der und der Orbita ...
Salamon: A stomatologia tanitás története Magyarországon 1906
Sarbó: A beszéd ...
Scherbel: Jüdische Aerzte und ihr fluss auf das Judentum ...
Schwarz: Encyclopädie der Auge kunde ...
Siebenmann: Grundzüge der Anat und Pathogenese der Taubstum
Snyder: Das Weltbild der mod Naturwissenschaft ...
Sprengel: Appendicitis ...
Sternberg: Pathologie der Prim krankungen des lymphatischen hämatopoetischen Apparates
Stilling: Die Kurzsichtigkeit, ihre stehung und Bedeutung ...
Than: A kisérleti chemia elemei ...
Torday: Mamák könyve ...
Török: Spezielle Diagnostik der krankheiten ...
Triepel: Die anatomischen Namen, Ableitung und Aussprache ...
Verworn: Naturwissenschaft und anschauung ...
Villiger: Gehirn und Rückenmark.
Weinberger: Die Entwickelung un gegenwärtige Stand der Rön technik und Röntgendiagnost k rer Krankheiten ...
Wernicke: Grundriss der Psychiatri
Winckel: Handbuch der Geburtshilf
Zabel: Das Spiel des Zwerchfells den Pleurasinus ...
Zuntz, Loewy, Müller und Cas Höhenklima und Bergwanderu
Zeissl: Die Behandlung der Syphil
A könyvismertetéseket a szerk kivül a következők irták: Adl Csiky János, Deutsch Ernő, Falt Gergő Imre, Goldberger Márk, József, Győry Tibor, Halász Aladár, Ernő, ifj. Klug Nándor, Kollarits Je Aladár, Körmöczi Emil, Kőrösy Ko kovszky György, Nagy László, Pfe Polyák Lajos, Pólya Jenő Sándo burg Pál, Ráskai Dezső, Reinl Reuter Camillo, Scholtz Kornél, S Szily Aurél, Tauszk Ferencz, Tör Vermes Lajos.

Lapszemle.

I. Anatomia — összesen 3 közlés.
II. Általános kór- és gyógytan — összesen 59 közlés.
III. Gyógyszertan — összesen 41 közlés.
IV. Belorvostan — összesen 163 közlés.
V. Sebészet — összesen 210 közlés.
VI. Szemészet — összesen 133 közlés.
VII. Szülészet és nőorvostan — összesen 29 közlés.
VIII. Elme- és idegkórtan — összesen 100 közlés.
IX. Gyermekorvostan — összesen 93 közlés.
X. Bőrkórtan — összesen 47 közlés.
XI. Húgyszervi betegségek — összesen 80 közlés.
XII. Venereás betegségek — összesen 48 közlés.
XIII. Orr-, torok- és gégebajok — összesen 13 közlés.
XIV. Fülorvostan — összesen 5 közlés.
XV. Orthopaedia — összesen 9 közlés.
XVI. Közegészségtan — összesen 15 közlés.
XVII. Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra — összesen 196 közlés.

A lapszemléket a szerkesztőségen kivül a következők készitették: Adler Oszkár, Dalmady Zoltán, Deutsch Ernő, Deme Erdély Jenő, Faludi Géza, Fisch Flesch Ármin, Gergő Imre, Goldbe Goldner Viktor, Guszman Józse Vilmos, Halász Aladár, Hári Pál, Károly, Koós Aurél, Kollarits Je Jenő, Loránd Leó, Marikovszky Gy Adolf, Péteri Ignácz, Picker Rez Jenő Sándor, Reuter Camillo, Ri mond, Scholtz Kornél, Schossberg Singer Gusztáv, Steiner Miksa S Szenes Zsigmond, Székely Zsigmon József, Torday Ferencz, Tóth Sá Béla, Vas Jakab és Zboray Béla.

Oldal

Magyar tudományos Akadémia 261, 335, 444, 1001
Budapesti királyi orvosegyesület 241, 261, 281, 298, 315, 335, 353, 371, 388, 407, 427, 462, 501, 518, 539, 558, 582, 618, 943, 982, 1001, 1019, 1037, 1055, 1072, 1093, 1113, 1133
Budapesti királyi orvosegyesület dermatologiai és urologiai szakosztálya 828, 865, 889, 1003, 1075, 1173
Budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya E. 96, E. 150
Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya ... G. 132, G. 264
Budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya 318, 373, 389, 542, 585, 603, 722, 742, 1136, 1176
Budapesti kir. orvosegyesület rákbizottsága 619
Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya 243, 263, 283, 390, 429, 445, 482, 560, 621, 637, 654, 669, 686, 704, 721, 742, 793, 1175
Budapesti orvosi kör 1057
Budapesti orvosi kör sorozatos előadásai 354
Közkórházi orvostársulat 207, 224, 242, 299, 317, 337, 353, 428, 444, 482, 503, 518, 603, 620, 637, 654, 669, 685, 703, 721, 741, 777, 983, 1021, 1039, 1094, 1134, 1152, 1172
Balneologiai egyesület 481
Balneologiai congressus 465, 481
Magyar orvosi könyvkiadó-társulat ... 407
Országos Orvos-Szövetség 883
Országos rákértekezlet ... 1114, 1135, 1152
Stomatologusok országos egyesülete ... 889
Természettudományi társulat élettani szakosztálya 501
Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet 743, 778, 793, 809, 829, 845, 867, 891, 943, 961, 984
Debreczeni orvos-gyógyszerészegylet ... 355
Erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztálya 208, 224, 244, 265, 283, 299, 318, 338, 354, 391, 408, 483, 519, 585, 604, 639, 655, 670, 687, 705, 722, 983
Szegedi orvosegyesület 355, 484
Nemzetközi munkásbiztosító congressus Sz. 39
XVI. nemzetközi orvosi congressu
Nemzetközi rákértekezlet ... ...
Belga szemészeti társaság ... ...
Berlini szemészeti társaság ...
Bécsi szemészeti társaság ... ...
Franczia sebésztársaság XIX. congr
Franczia szemésztársaság ... ...
Franczia urologusok X. congressu
Heidelbergi szemésztársaság Sz.
Német gynaekologiai társulat X gressusa ... ...
Német orvosok és természetviz vándorgyülése ... ...
Német sebésztársaság, német Rö társulat és német orthopaed- társaság 1906. évi congressu 529, 55
Trachoma-congressus Palermoban
Személyének külföldi tudomány sulatok üléseiből 225, 300, 33 373, 391, 409, 446, 466, 484, 5 560, 585, 604, 622, 639, 65 687, 705, 779, 794, 811, 83 869, 8 2, 962, 1022, 1039

TÁRGYMUTATÓ.

Oldal

Abducenshűdés menstruatiozavarok következtében ... ... Sz. 97
Abortusnál a méhüreg kitakarítása G. 154
Absence, nem epilepsiás 806
Aceton kimutatása 884
Acetontestek képződésére az alkohol hatása 665
Achilles-ín sajátságos megbetegedése 423, 1102
Achilles-ín subcutan átmetszése Bayer szerint 294
Achylia gastrica 859
Acrocyanosis 125
Acromegalia ... ... 654, E. 102
Actinomycosis 299, 1110
Actinomycosis gyógyitása 237
Adams-Stokes-féle betegség 633, 789
Addison-kór 296, 604
Adenoid vegetatiók és enuresis 499
Adenoid vegetatiók műtevése utáni vérzés 312
Adenoma papilliferum 722
Adnex-megbetegedések, idült lobosak, sebészi gyógyitása ... ... G. 412
Adnex-tumor, elgenyedt, operálása a hasfalon át ... ... G. 229
Aethernarcosis, Sudeck-féle 1129
Aethernarcosis után tüdővizenyő 423
Aethylchlorid-narcosis 886
Aethylmethylxanthin 719
Aggkori jelenségek 114
Agrammatismus ... ... E. 138
Agyaneurysma, mykogen 355
Agy arteriosclerosisa 535
Agybajokban a functio újraéledése ... 478
Agydaganat ... ... 391, E. 101
Agydaganatok korai felismerése 824
Agydaganat műtevése 582, 789, 996
Agydefectusok, koraiak ... ... E. 163
Agygerinczvelőlob, járványos — l. Meningitis cerebrospinalis epidemica.
Agygümőkór sebészeti kezelése 555
Agylövés 829
Agy öregkori elváltozása 1050
Agyrázkódás 652
Agyrázkódáshoz közvetlenül társuló elmezavar ... ... E. 103
Agysclerosis ... ... E. 154
Agysebészet technikája 978
Agysebzés, szúrt 1135
Agysorvadás, kisérleti úton előidézett E. 136
Agy súlya 578
Agysyphilis ... ... 579, E. 143
Agytályog 583
Agy térfogatának meghatározása ... E. 100
Ajakképzés 685
Ajakrák műtevése 778

Oldal

Akadémia, magyar tudományos 261, 335, 444, 1001
Albinismus öröklékenysége ... ... Sz. 54
Albuminuria a vesék kitapintása után ... 805
Albuminuria adolescentium 312
Albuminuria, haematogen 823
Albuminuria, orthostatikus 1108
Alkohol és orvos 677, 694
Alkohol használata a gyermekkorban 536, 1150
Alkohol hatása az acetontestek képződésére 665
Alkohol okozta amblyopia ... ... Sz. 39
Alkohol okozta öntudatzavarok és mozgásváltozások ... ... E. 144
Alkoholismus fegyvertársai 956
Alkoholismus gyógytana ... ... 371, E. 150
Alkoholkérdés Magyarországon 70
Alkoholezüstkenőcs 533
Alopecia megakadályozása 412, 887
Alypin ... ... 333, 536, 700, Sz. 49
Amann G. † 262
Amaurosis idiotica, Sachs-féle 354
Amblyopia, dohány és alkohol által okozott ... ... Sz. 39
Amblyopia, methylalkohol okozta ... Sz. 95
Amblyopia, thyreoidin által okozott Sz. 49
Amboceptorok fermentumok-e 246
Amenorrhoea szemtünetekkel ... ... G. 277
Amnesia, retrograd ... ... E. 109, E. 168
Ammonbetüremkedés a madarak lencsehólyagjába ... ... Sz. 9
Amputatio interscapulo-thoracica 1056
Amylnitrit használata a nőorvostanban G. 157
Anaemia gyógyitása 259, 329, 667
Anaemia perniciosa 355
Anaemia perniciosa gyógyitása ... 521, 841
Anaemia perniciosa prognosisa 794
Anaemia tuberculosisban 575
Aneurysma arteriae dorsalis pedis operált esete 1093
Aneurysma arteriae popliteae 276
Aneurysma arteriosovenosum az occipitalis ereken 330
Aneurysma cerebri, mykogen 355
Aneurysma dissecans aortae gyógyulása 513
Aneurysma gyógyitása ... 279, 622, 779, 956
Aneurysma, hasüri 317
Aneurysma traumaticum ... ... K. m.
Angina és erythema 616
Angina és nephritis 256
Angina pectoris gyógyitása 296, 614
Angina pectoris mellett beálló vasomotoros görcsök 978
Angioma kezelése 373

Angiomatosis retinae ... ...
Angioneurosis ... ...
Angolkór — l. Rachitis.
Anilinfestékek okozta szembajok
Ankylostomiasis gyógyitása ...
Ankylostomiasis okozta anaemia ráza a ... ...
Anthrax, meningealis ... ...
Anthrax-serum ... ...
Antipyrinkeratitis ... ...
Antipyrin okozta bőrkiütés ...
Antisepsis a szülészetben ... ...
Anuria ... ...
Anus praeternaturalis elzárása ...
Aorta gyógyult aneurysma disse
Aorta-aneurysma gyógyitása ...
Aortabillentyük mechanismusa ...
Aorta-elváltozások veleszületett lisben ... ...
Aortaszükület ... ...
Aortitis syphilitica kezelése ...
Aphasia elmélet, Marie-féle ...
Appendix és sérv 1
Appendicitis, epidemiás jellegű
Appendicitis gangraenosa szokatl vésű appendix mellett ... ...
Appendicitis és icterus ... ...
Appendicitis larvata ... ...
Appendicitis megelőzése és gyó 35
Appendicitis-recidivák ... ...
Appendicitis sebészeti kezelése 2 384, 459, 599, 600, 639, 7
Appendicitis sérvkizáródással ...
Appendicitis tünetei a bal oldalo
Appendicitis-vita a berlini orvoseg
Appendicitisszerű kórképek kimu elváltozások nélkül ... ...
Appendicitisben vérhányás ...
Appendicitisben elváltozások az rendszerben ... ...
Appendicostomia 3
Appendix pontszerű vérzései ...
Appendix-epiploicusok okozta abc lis megbetegedések ... ...
Appendix idült lobjának szerep veny roham keletkezésében
Appendix maradványából kiindul
Appendixben Bilharziosis ...
Arczhiány pótlása prothesissel
Arczplastika ... ...
Arczideg-görcs gyógyitása ...
Arcznaevusok, symmetriásak ...
Arczsorvadás, előrehaladó kétold
Aromatismus ... ...

Arsenkeratosis ... 826
Arsenhez szokás oka ... 884
Arteriosclerosis a hasi erekben ... 995
Arteriosclerosis az agyban és gerinczvelőben ... 535
Arteriosclerosis és jód ... 315
Arteriosclerosis és veselob ... 575
Arteriosclerosis kezelése ... 348
Arteriosclerosis, korai, jelentősége ... 780
Arteriosclerosis összefüggése szer bajokkal ... Sz. 330
Arteriosclerosis szerepe a sebészetben 301, 650
Arteriosclerosis tanának mai állása ... 737
Arteriosclerosis, traumás ... 650
Arteriosclerosis új jele ... 772
Arteriosclerosisban a verőeres nyomás ... 367
Arthritis deformans gyógyítása Röntgenfénynyel ... 808
Ascaris elhajtása ... 758
Ascarisok okozta meningismus ... 774
Ascites kezelése ... 351
Asphyxia neonatorum kezelése ... 718
Aspirin a szülészetben és nőorvostanban 313
Asthma bronchiale gyógyítása 405, 824, 939, 1050
Asthmakarbon ... 1131
Asthmában a leukocyták viselkedése ... 716
Asthma thymicum operativ kezelése ... 330
Atmokausis ... G. 275
Autointoxicatio okozta szembajok ... Sz. 49
Állami költségvetés ... 678, 992
Állatorvostan viszonya az emberorvostanhoz ... 36
Állatvédelem és állatkisérlet ... 801
Ásványvizek hatása a gyomor secretorius működésére ... 293
Ásványvizeknek szénsavval telitése ... 461
Bab-konzervvel tömeges mérgezés ... 888
Bacillus fusiformis 1082, 1102, 1121, 1140, 1157
Bakteriaemia tünetek nélkül ... 788
Bakteriologia, gyermekágyi ... G. 578
Bakteriumok viselkedése a vízben ... 517
Bakteriumokra néhány physikális hatány befolyása ... 356
Bakteriuria gyógyítása ... 958
Balanitis erosiva circinata és gangraenosa 651
Balantidium coli ... 310
Balassa-előadás ... 964
Balneologiai congressus ... 465, 481
Balneologiai egyesület ... 481
Baraesthesia viszonya más érzésfajokhoz 237
Barlow-kór ... 1129
Bartholini-mirigy rákja, elsődleges ... 265
Basedow-kór gyógyítása 382, 479, 539, 600, 826, 886, 1034
Basedow-kór pajzsmirigyelmélete ... 578
Basedow-kórban új szemtünet ... Sz. 322
Bassini-műtét módosítása ... 705
Bábaügy ... G. 274
Bárzsingban felfelé haladó áramlás ... 737
Bárzsingból idegen test eltávolítása ... 312
Bárzsing gümős megbetegedése ... 477
Bárzsinglob gyógyítása ... 405
Bárzsingrák és gyomorműködés ... 1033
Bárzsingreflex okozta intermittáló könyezés ... Sz. 48
Bárzsingszűkület gyógyítása ... 459, 776
Bárzsingvarrat és pajzsmirigyszeletek 589, 611
Bell-féle jelenség ... Sz. 48
Benvenuto Cellini élete ... 1088
Benzosalin ... 349
Bergmann 70. születésnapja ... 1144
Beszámíthatóság, korlátolt ... E. 169
Beszédzavar ... E. 138
Betula alba levelének húgyhajtó hatása 186
Bélcsatorna hygienéje ... 651
Bélelzáródás — l. Ileus.
Bélerek infarctusa ... 599
Bélfertőtlenítés ... 402
Bélférgek elhajtása ... 442, 521, 955
Bélfodorbeli verőér eltömülése ... 469
Bélgümőkór, heveny ... 1015
Bél mozgása sebészi szempontból ... 665
Bélrepedés, többszörös ... 655
Bélresorptio ... 501
Bélsár baktériumfejlődést gátló hatása ... 515
Bélsárban a gümőbacillus kimutatása ... 296
Bélsárban a vér kimutatása ... 858
Bélsárban a zsír kimutatása ... 382
Bélsárban a nyers hús kötőszövete ... 779
Bélsérülés ... 504
Bélstenosis ... 741, 983
Bél subcutan sérüléseinek sebészeti kezelése ... 615
Bélvérzés higanykezelés kapcsán ... 257
Bélvérzés lueses csecsemőben ... 536
Bier-féle pangás 277, 303, 333, 459, 633, 774, 793, 847, 862, 887, 1052, 1055, 1174, G. 156, Sz. 331
Biharmegyei orvosegylet 743, 778, 793, 809, 829, 845, 867, 891, 913, 961, 984
Bélharziosis az appendixben ... 577
Bioferrin ... 333
Blepharoplastika ... Sz. 151
Blutan ... 701
Bolyó Károly † ... 974
Bornyval ... 499, 580
Bottini-féle műtét ... 635
Bovovaccin ... 653
Bőr alá fecskendett anyagok sorsa ... 958
Bőrátültetés ... 717
Bőrbajok, a női nemi szervekből kiindulók 890
Bőrbajok és hőszabályozás ... 826
Bőrbajok gyógyítása 313, 332, 405, 739, 842
Bőrbajok, öröklődők ... 188
Bőr felszivó képessége ... 556, 1091
Bőrgangraena, heveny multiplex ... 317, 866
Bőrgangraena, idiopathiás, a csecsemőkorban ... 1119
Bőr idiosynkrasiája higanynyal szemben 265
Bőrkiütés antipyrin használata után ... 1090
Bőrkórtan és orvosképzés ... 56
Bőrlob, haematogen eredetű ... 262
Bőrlob, napraforgó-mag által okozott 424
Bőr-myoma ... 479
Bőrrák, Röntgen-fény okozta ... 940
Bőrrákok kórtana ... 445
Bőrrákok gyógyítása 265, 300, 391, 445, 519, 794
Bőrre a Finsen-fény hatása ... 634
Bőrtuberculosis ... 258, 1175
Bőr villamos jelenségei ... E. 101, E. 138
Bridgman Laura, magyar ... 64
Bright-kór, traumás eredetű ... 466
Bromatol ... 1091
Bromipin ... 385
Bromismus és chlormentes diaeta ... 225
Bromotan ... 556
Bromprotylin ... 826
Bronchectasia gyógyítása ... 1127
Bronchitis gyógyítása ... 939, 959, 1050
Bronchusban idegen test ... 869
Brown-Séquard-bénulás ... 427
Bubo pathogenesise ... 205
Bubo kezelése ... 666, 862, 1070, 1175
Budapesti bábaképző szülészeti osztályának nyolcz évi forgalma ... G. 394
Budapesti egyetem élettani intézete 1858-tól 1860-ig ... 8
Budapesti egyetem orvosi fakultásának fejlődése ... 1163
Budapesti kir. orvosegyesület — l. Orvosegyesület.
Budapesti orvosi kör ... 354, 1057
Budde-féle tejkonzerválás ... 331
Cafeismus ... 956
Calciumchlorid mint vérzéscsillapító 356, 409
Califig ... 601, 1150
Calodal ... 310, 479
Canthoplastica módosítása ... Sz. 185
Caput obstipum műtéti gyógyítása ... 773
Carbolmérgezés ... 355
Carcinoma cutis gyógyítása 265, 300, 391, 445, 519, 794
Carcinoma cutis kórtana ... 445
Carcinoma cutis, Röntgen-fény okozta 940
Carcinoma-értekezlet, nemzetközi ... 936, 953
Carcinoma-értekezlet, országos 1114, 1135, 1152
Carcinoma elleni védekezés a művelt államokban ... G. 165
Carcinoma fejlődése hysterectomia után G. 278
Carcinoma gyógyítása 276, 382, 403, 458, 637
Carcinoma korai gyógyítása érdek agitatio ...
Carcinoma kóroktana ...
Carcinoma laryngis gyökeres műt
Carcinoma linguae sebészi kezelése
Carcinoma mammae műtevése ...
Carcinoma penis két éves gyermek
Carcinoma recti operálása 423, 514,
Carcinoma-statistika, magyar ...
Carcinoma szövettana ...
Carcinoma tonsillae ...
Carcinoma uteri ...
Carcinoma uteri elleni küzdés 891
Carcinoma uteri műtevése ... 241
Carcinoma ventriculi ...
Carcinoma ventriculi diagnosisa 544, 1033, 1117,
Carcinoma ventriculi sebészi kezelé
Carcinoma vesicae felleae ...
Carcinomára a trypsin hatása ...
Carcinomától való félelem ...
Cardia elzárása ...
Cardia-fekély ...
Cardioptosis gyógyítása ...
Carotis-vérzés, halálos, a fülből
Cascoferrin ...
Cataracta — l. Hályog.
Catgut sterilizálása ...
Cathelin-féle levegő-cystoskop ...
Cauda equina sérülésének javulása ectomia után ...
Celosoma ...
Cerolin ...
Chiara † ...
Chininsók bőr alá fecskendezése
Chininprophylaxis váltólázban ...
Chloral okozta delirium tremens
Chlorbaryum szivbajokban ...
Chloroform és phosgen ...
Chloroform-halálozás esetén az orvos lősége ...
Chlorosis gyógyítása forró fürdőkk
Chlorosisban a gyomornedv viselk
Choanalis atresia, veleszületett cs
Cholecystectomia ...
Cholecystitis calculosa purulenta a hólyag többszörös perforatiojá
Cholecystitis gangraenosa ...
Cholecystitis typhosa ...
Choledochotomia, transduodenális
Choledochus kő ...
Cholelithiasis — l. Epekő.
Chorea gyógyítása ...
Choreában mikróbák ...
Chorioidea veleszületett hiánya
Chorioretinitis tuberculosa, idült alakú ...
Chromsav-gyöngy előállítása ...
Chrysarobin hatása a szemre ...
Chylangioma mesenterialis ...
Chyluria, egyoldali ...
Chylusszerű trans- és exsudatumok
Citarin ... 205,
Cladothrix pudrefogenes 1082, 1102,
Clavin ...
Coley-folyadék sarcoma gyógyítás
Colica mucosa gyógyítása ...
Collargol ... 369, 425,
Collodium-kötés ...
Complementumok fermentumok-e
Conjunctiva alá fecskendezések
Conjunctiva bulbi cystái ...
Conjunctiva fertőzése staphylococ kal ...
Conjunctiva heveny hurutjai ...
Conjunctiva lymphangiomája ...
Conjunctiva-tályogok, streptococcus okozottak ...
Conjunctivális lupus gyógyítása 115
Conjunctivális xerosis, genuin ...
Conjunctivitis, egyptomi heveny g
Conjunctivitis follicularis az iskol

Conjunctivitis, Parinaud-féle ... ... Sz. 92
Conjunctivitis vernalis kórbonctana Sz. 179
Conjunctivitisek, fertőzők, kezelése Sz. 92
Contracturák gyógyítása 841
Corneaelváltozások nyomásemelkedés folytán gyermekeknél ... ... Sz. 45
Cornea erezettsége a foetalis korban Sz. 319
Cornea-fekély gyógyítása ... Sz. 118, Sz. 198
Cornea fertőzéses bajainak gyógyítása Sz. 330
Corneafestés befolyása a látásélességre Sz. 50
Corneahomály, rácsalakú ... ... Sz. 39
Corneahomály, veleszületett kétoldali Sz. 44
Corneahomályok, mész és ólom által okozottak ... ... Sz. 36
Cornea kristályszerű képletei ... ... Sz. 319
Cornea veleszületett pigmentatiói ... Sz. 93
Corneális papillomák keletkezése ... Sz. 318
Corneális staphyloma egyszerű műtevése Sz. 318
Corpus ciliare syphilomája ... ... Sz. 16
Cowper-mirigy lobja 1130
Creosotal 385, 460, 739
Cretinismus ... ... 295, E. 104
Cretinismus gyógyítása 399, 537
Croup-esetekben végzett intubatio statistikája 46
Cyanosis, mikrobás 717
Cyclodialysis 207
Cysta iridis traumatica 242
Cystalgia 1111
Cystitis — l. Húgyhólyaglob.
Cystographia 1002
Cystoskop, Cathelin-féle 442
Cystoskop, Freudenberg-féle 683
Cystoskop, szűkült húgycsövön át bevezethető 442
Cystoskopia tökéletesítése 95
Cytorrhyctes luis 405
Czementszerű medenczebeli izzadmányok G. 114
Czombcsont veleszületett hiánya 410, 433, 453
Czombsérvek kizáródásának diagnosisa 98
Czombsérvműtét, gyökeres 996, 1168
Czombtörés ambulans kezelése gyermekeknél 704
Czukor kimutatása a vizeletben 576
Czukor mennyileges meghatározása a vizeletben 328, 996
Czukorkiválasztásra a zsírok befolyása 824
Czukorvizelés és higanykúra 942
Czukorvizelés, suprarenális eredetű 858
Császármetszés 241, 503, 1037, G. 73, G. 89, G. 111, G. 136, G. 152, G. 232, G. 252
Csecsemő vérnyomása 349
Csecsemőhalandóság leküzdésére mintaintézet 260
Csecsemők menedékhelyeken 666
Csecsemőkori gyomorbélzavarok gyógyítása 791
Csecsemőkori idiopathiás bőrgangraena 1119
Csecsemőkori multiplex tályogok 791
Csecsemőkori pylorusszűkület 886
Csecsemőtáplálás 146, 536, 558, 1094
Csecsemővédelem Magyarországon 183
Cseplesz, csökevényes 773
Csepleszesavarodás 330
Csiga mint élelmiszer 602
Csigolyatörés 203, 282
Csigolyák syphilises elváltozásai 391
Csípőizületi lobok a terhességben és gyermekágyban 652
Csípőizületi torzító lob kezelése 384
Csontdiaphysisek elsődleges gümőkórja 996
Csontképződésre a thymus befolyása ... 521
Csonttörések, komplikáltak, kezelése ... 996
Csonttörések operativ kezelése 1149
Csuklás megszüntetése 760
Dajkaügy 1057
Debreczeni orvosegylet 355
Deferentitis pelvica 683
Delirium tremens chloral következtében E. 108
Dementia praecox kórbonctana 265
Dementia praecox stuporosa 655
Dementia praecoxban hőmérsékváltozások 265
Dermatitis exfoliativa neonatorum 980
Diabetes insipidus gyógyítása 205, 758
Diabetes mellitus és pneumonia 805
Diabetes mellitus gyógyítása 311, 779, 912, 1032
Diabetes mellitus, pankreas okozta 220
Diabetes mellitusban formaldehydpróba ... 534
Diachylon mint elvetélést létesítő szer ... 844
Digalen 333, 425
Digitalis cumulativ hatása 1127
Digitalis-hatás elmélete 977
Digitalis-levelek rendelésmódja 35
Digitalis rendelése 1032
Diphtheria bakteriologiai diagnosisa ... 869
Diphtheria gyógyítása 739, 913
Diphtheria serumtherapiája ... ... 441, K. m.
Diphtheria serum adta immunitás tartama 1069
Diphtheria utáni bénulás gyógyítása ... 739
Dobverőujjak aetiologiája 459
Dohány okozta amblyopia ... ... Sz. 39
Dongaláb, amniogen eredetű 1169
Dongaláb kezelése 1059, 1129
Dormiol 222
Dosologiai észrevételek 42
Doyen-féle rákserum 458
Duodenum átfúródás, hajtű okozta 330
Duodenum-fekély sebészi kezelése 1136
Duodenum myomája 482
Duodenum-rendellenességek 536
Dupuytren-féle ujjcontractura gyógyítása 516, 1170
Dysenteria gyógyítása 914
Dysmenorrhoea gyógyítása 863
Dyspepsia flatulenta gyógyítása 385
Echinococcus 99, 390, 483, 515, 585, 669, 1020, 1133, 1138
Ectopia vesicae Maydl szerint operálva 742
Eczema chronicum palmare 265
Eczema, heveny, oktana 835
Eczema kezelése íróval 349
Eczema kezelése Röntgen-fénynyel ... 774
Eczema oktana 721
Edestin hasnyálemésztődése 283
Edinger-Westphal-mag élettani szerepe E. 100
Egészségügyi szolgálat az óczeánon 345, 365, 380, 399, 417, 455, 474, 493, 531, 552, 595
Egyptom és Sudan 713, 734
Egyptomi heveny genyes kötőhártyagyuladások ... ... Sz. 43
Ehrlich-féle diazoreactio prognostikai értéke tüdővészben 575
Eklampsia gyógyítása ... 521, 580, G. 232
Ektogan 275
Elfáradás toxinja 293
Elhízás pajzsmirigykezelése 805
Elmebajok, luesesek ... ... E. 160
Elmebajok organotherapiája 154
Elmebajokban a szemtükri lelet jelentősége ... ... Sz. 291
Elmebetegeknél oophorin-kisérletek E. 68
Elmebetegügyi törvényhozás hazánkban 17
Elmegyengeség orvosi és nevelési kezelése ... ... E. 148
Elmekórtan fejlődése hazánkban 38
Elmekórtani ritkaságok ... ... E. 167
Elmeorvostan Japánban ... ... E. 149
Elmezavar szinlelése ... ... E. 105
Embolia a. centralis retinae 1172, Sz. 143, Sz. 150
Emésztési leukocytosis 203, 716
Emlőcsonkitás, Kocher-féle 778
Emlődaganatok, ritkábbak ... ... K. m.
Emlőrák műtevése 238, 403
Emphysema, gyermekkori 790
Emphysema gyógyítása 842, 1050
Empyema műtevése 665
Encephalocele műtevése közvetlenül a születés után 482
Encephalopathia infantilis epileptica ... 483
Endocarditis maligna gyógyítása 576
Endocarditisek pathogenesise 173
Endothelioma pleurae 831
Enteroptosis és a vastagbél teltségi állapota 382
Enteroptosis gyógyítása 841
Enuresis nocturna 499, 843
Enuresis nocturna gyógyítása 554, 1131
Epefesték kimutatása 420
Epehólyag papilláris burjánzásai
Epehólyagrák ... ...
Epekőbetegség gyógyítása ...
Epekőbetegség kórtana és sebészi lésének javalatai 431, 450, 47 508, 527, 548, 56
Epekőbetegség okozta dyspepsia
Epekőileus ... ...
Epekőműtétek 33
Epekő, nagy, spontan távozása
Epekövek, a choledochusban sz diagnosisa ... ...
Epekövek aetiologiája ... ...
Epeútszakadás ... ...
Epicanthus congenitalis ...
Epidermolysis bullosa hereditat Röntgen-fény ... ...
Epididymitis gonorrhoica gyógyít
Epilepsia és alkoholismus vegyes

Epilepsia gyógyítása ... 1017, E. 1
Epilepsia-rohamok, villamos áram kiváltottak ... ...
Epilepsia, Jackson-féle, hemicrani
Epilepsiás elmezavarban aphasia severatio ... ...
Epilepsiás görcsrohamot előidéző gok ... ...
Epilepsiás status kezelése ...
Erb-féle hűdés ... ...
Erdélyi múzeum-egylet 208, 224 265, 283, 299, 318, 338, 35 408, 483, 519, 585, 604, 63 670, 687, 70
Erysipelas gyógyítása ... ...
Erythema exsudativum multiform
Erythema exsudativum recens lue
Erythema és angina ... ...
Erythema nodosum és szembaj
Erythema nodosum, gonorrhoeás
Erythema scarlatiniforme ...
Euporphin ... ...
Eutannin ... ...
Exophthalmus kezelése ... ...
Exostosis cartilaginea ... ...
Exsudatumok megkülönböztetése t datumoktól ... ...
Égéssebek gyógyítása ... ...
Éhség és pajzsmirigy összefüggés
Élve- és halvaszületés felismerése
Érverés hiánya ... ...
Érzéstelenítés, helyi 4
Érzéstelenítés jelentősége helyi lol lyamatok gyógyításában ...
Érzéstelenítés, lumbális 494, 66
Érzéstelenítés szülészeti műtéteknl
Érzéstelenítő szerek káros ha szemre ... ...
Érzéstelenítő szerek, újak 623, 64

Facialis-görcs gyógyítása ... ...
Facialis-hűdésben idegátültetés
Fagyásdaganatok kezelése ...
Fagyott kezek gyógyítása ...
Fantom a tudat-energia jelenségé monstrálására ... ...
Favus gyógyítása Röntgen-fényny
Favus klinikája ... ...
Fehérjeszükséglet ... ...
Fehérjevizelés — l. Albuminuria.
Fehérvérsejt l Leukocyta.
Fejfájás gyógyítása ... 275, 77
Fejmozgás, rythmusos, gyermeke vás közben ... ...
Fejtetanus ... ... E.
Fekélyek gyógyítása ... ...
Felszívódási folyamatokban a felü szültség jelentősége ... ...
Ferrisulfat fertőtlenítő értéke ...
Fersan ... ...
Fertőtlenítés faluhelyen ... ...
Fertőtlenítő intézetek felállítása
Fertőzés terjesztésében a könyv repe ... ...
Fertőző bajokban a láz hydrother

Fertőző betegségek terjedése háziállatok útján ... 1017
Félelmi érzés ... 1149
Fény áthatoló képessége ... 671
Fényingerek, színesek, hatásának gyengítése fehér fénynyel ... 261
Féregnyújtvány — l. Appendix.
Fibrolipoma a gyomron ... 238
Fibroma cysticum ... G. 139
Fibroma omenti ... G. 126
Fibroma uteri ... 19, 24
Fibromyoma és terhesség ... G. 451
Fibromyoma spontan megszületése a gyermekágyban ... G. 477
Fibromyoma uteri ... 503
Fibrosarcoma ad regionem canthi interni Sz. 20
Filariasis sebészi kezelése ... 1169
Filmaron ... 442
Finsen-fény ... 634, 1174
Fixatiós tályogok ... 1049
Foetus papyraceus ... 428
Fogászatban a cocain-adrenalin használata ... 351
Foggyökér távozása az orron át ... 887
Folliculitis fibrosa urethrae ... 1027
Formaldehydpróba diabetesben ... 534
Formicin ... 310
Fornix-ruptura közösülés után ... 1094
Freudenberg-féle cystoskop ... 683
Friedländer-bacillus okozta septikus általános megbetegedések ... 282
Friedländer-bacillus okozta húgycsőlob ... 558
Frigyes császárné-ház ... 364
Furonkuline ... 739
Fülbajok gyógyítása ... 1131
Füleredetű agyhártyalob műtéti kezelése 467, 489
Füleredetű sinusthrombosis ... 1038
Fül felől kiváltott nystagmus ... Sz. 38
Fülgyógyászati rendelésekről jelentés K. m.
Füllob, heveny középső ... 193, 376, 395
Fülorvostan kötelező tanítása ... 178
Fülorvostanban Bier-féle pangás ... 847, 1052
Fülorvostanban helyi érzéstelenítés ... 479
Fülzúgás kezelése ... 425, 1150
Galandféreg elhajtása ... 205
Galván izomgörbe ... K. m.
Gangraena bakteriologiája és histogenesise ... 1082, 1102, 1121, 1140, 1157
Gangraena cutis, csecsemőkorbeli idiopathiás ... 1119
Gangraena cutis multiplex acutum ... 317, 866
Gangraena penis ... 428
Gangraena pulmonum gyógyítása ... 460
Gangraena symmetricum (Raynaud) ... 110
Garatmandola-túltengésnél vérvizsgálat ... 384
Garrulitas vulvae ... 1037
Gasser-dúcz kiirtása ... 440
Gastritis atrophicans ... 12
Gastroenterostomia ... 276, 318
Gastroenterostomia befolyása a gyomorfekélyre és gyomorrákra ... 1136
Gastrostaxis ... 1033
Gastrostomia, Kader-féle ... 208
Gátor — l. Mediastinum.
Gátrepedések ... 778, G. 195
Gáttáj sérvei ... 985
Gelatina mint antidiarrhoicum ... 460
Genyedések kezelése ... 863
Gerinczoszlop kopogtatása 5, 353, 641, 656
Gerinczvelő arteriosclerosisa ... 535
Gerinczvelőbaj okozta időszakos sántítás 700
Gerinczvelő-daganatok sebészete ... 294, 773
Gerinczvelő-elváltozások véroltások után 501
Gerinczvelő extradurális szövetének gyuladása nyakszirtmerevedésben ... E. 136
Gerinczvelő, nyaki, sérülése ... 337
Gégedaganat ... 585, 867
Gégefal, elülső, pótlása ... 1136
Gégegümökór a terhességben ... 442
Gégegümökór gyógyítása ... 601, 887
Gégegyógyászati adatok ... 917
Gégehűdés, tabeses ... 603
Gégelégcsőszűkület ... 542
Gége-lipoma ... 442
Gége-lupus ... 585
Gégescleroma ... 389
Gégesérülés, sajátságos ... 1134
Gégestridor, veleszületett ... 423
Gégeszűkület kezelése ... 999
Gégetükör felfedezője 426 ... 426
Glaucomaellenes operatio, új ... 207
Glaucoma gyógyítása ... Sz. 34, Sz. 107
Glykosuria — l. Czukorvizelés és Diabetes.
Goldschmied-féle endoskop ... 404
Golyva, endemiás, aetiologiája ... 604
Golyva gyógyítása 383, 385, 651, 841, 1051, 1149
Gonococcus-tenyésztés ... 1038
Gonorrhoea externa ... 604
Gonorrhoea gyógyítása 279, 369, 404, 683, 719, 774, 980
Gonorrhoea recidiváló izületlobbal és iritissel ... 558
Gonorrhoea szokatlan helyen ... 556
Gonorrhoeában szenvedők részére utasítás ... 498
Gonorrhoeás eredetű elsődleges nyirokérlob ... 331
Gonorhoeás exanthemák ... 499, 760
Gonorrhoeás urethrocystitis ... 890
Guderin ... 499
Gusserow † ... G. 129
Gümőkór — l. Tuberculosis.
Gynaekologia — l. Nőorvostan.
Gyermekágyban lépcsavarodás ... G. 226
Gyermekágyban támadt csípőizületi lobok 652
Gyermekágyi bakteriologia ... G. 578
Gyermekek alvása ... 861
Gyermekek czombtörésének ambulans kezelése ... 704
Gyermekkorban az alkohol használata ... 536
Gyermekkori gyomor-bélhurut gyógyítása élesztővel ... 886
Gyermekkori pleuritisek ... 441
Gyermekkori pseudouraemia ... 459, 1130
Gyermekkori spastikus hemiplegia ... E. 157
Gyermekkori szívburokösszenövés 408, 505, 524, 546, 567
Gyomorbajok hydrotherapiája ... 237
Gyomorbajok, jóindulatuak, sebészi gyógyítása ... 459
Gyomorbajok viszonya a szívbajokhoz ... 614
Gyomorbajokban alimentáris lactosuria 1007
Gyomor-bélhurut, gyermekkori, gyógyítása élesztővel ... 886
Gyomorbélvarratok egyszerűsítése ... 793
Gyomorchemismus vizsgálata Sahli szerint 447, 665, 685
Gyomor ép- és kórélettanának újabb haladása ... 354
Gyomorfekély ... 670
Gyomorfekély gyógyítása 258, 300, 329, 441, 499, 599, 681
Gyomor fibrolipomája ... 238
Gyomorhasfalsipoly luetikus alapon ... 73
Gyomor, homokóra alakú ... 97
Gyomorhyperaciditas orvoslása ... 772
Gyomor ideges eredetű elváltozásai ... 859
Gyomor mozgása sebészi szempontból ... 665
Gyomormozgás tanulmányozására új módszer ... 356
Gyomor mozgászavarai ... 354
Gyomornedvelválasztás 293, 311, 367, 477, 576, 699, 805
Gyomorrák — l. Carcinoma ventriculi.
Gyomor subcutan sérüléseinek sebészi kezelése ... 615
Gyomorresectio ... 1169
Gyomorvérzés kimutatható elváltozások nélkül ... 1033
Gyomorvérzés prophylaxisa ... 681
Gyomor zsirhasító képessége ... 388, 485
Gyógyszeradag kiszámítása gyermeknek 1035
Gyógyszerek kombinált rendelése ... 421
Gyógyszerek, újak ... 859, 1015, 1147
Gyűrűkés, módosított ... 542
Haemangioma buccae ... 430
Haemangioma tonsillae ... 585
Haematogen albuminuria ... 823
Haematoma portionis ... G. 483
Haematuria ... 385, 578
Haemopoietin ...
Haemoptoë — l. Tüdővérzés.
Haemorrhoidális csomók kezelése ...
Haemorrhoisid ...
Haemostan ...
Hajfestő szerek, újak ...
Haldoklás tüneményei ...
Halhús tápláló értéke ...
Hallucinálás keletkezése ... 32
Hasban érzett fájdalmak magyaráz
Hasfalizomgörcsök, hysteriásak ...
Hashajtószerekkel visszaélés ...
Hashártya — l. Peritoneum.
Hasi erek sclerosisa ...
Hasmenés gyógyítása ...
Hasmetszés Pfannenstiel szerint ...
Hasműtéteknél a metszések iránya
Hasűri actinomycosis ...
Hasűri aneurysma ...
Hausmann stereoskopos képei ...
Hályog, utólagos, műtevése ...
Hályog, veleszületett teljes ...
Hályog, zonuláris, aetiologiája ...
Hályogképződés és heterochromia ...
Hályogműtét iridectomiával ...
Hályogműtétek után endogen fertő
Hályogműtét után hosszas vérzés ...
Hályogüveg, bifocális ...
Heine betegsége ...
Helmitol ...
Hemeralopia szemfenéki elváltozás kül ...
Hemianopsia ... Sz. 3
Hemicrania gyógyítása ...
Hemiplegia saturnina ...
Hemiplegia spastica infantilis ...
Hemiplegiában vizelészavar ...
Here le nem szállása — l. Kryptorch
Here-ectopia műtevése ...
Heregümőkór gyógyítása Bier-féle gással ...
Heregümőkór miatt castráltak t sorsa ...
Herelob, lueses ...
Hernia — l. Sérv.
Herpes gyógyítása ...
Hess-féle ptosis-műtét ...
Heusner-féle vizeletsegregator ...
Higanyintolerantia korai felismerés
Higanykezelés kapcsán bélvérzés ...
Higanykezelés új alakja ...
Higanykészítmények befecskendezé
Higanykúra és glykosuria ...
Higanynyal szemben a bőr indios siája ...
Higany okozta stomatitis kezelése
Higanyvizlámpák ...
Highmor-empyema spontan gyógy
Himlőjárvány, st.-galleni ...
Himlőoltás, subcutan ...
Hippus ... Sz. 9
Hirschsprung-féle betegség ...
Histosan ...
Homlokagybajok tünetei ...
Homloköbölgenyedés gyermekekn
Homloköbölgyuladás miatt végzet lian-műtét ...
Homloküreg-empyema ...
Homokóragyomor ...
Hopogan ...
Hőgyes Endre † ...
Hörgkörüli sajtos mirigy áttörése utakba ...
Hőszabályozás és bőrbajok ...
Hullák kiásása és szállítása ...
Húgy elkülönítése a hólyagban
Húgyban czukor kimutatása ...
Húgyban czukor mennyileges megl zása ...
Húgyban epefesték kimutatása ...
Húgyban fehérje és mucin megkül tetése ...
Húgyban indican kimutatása ...
Húgyban kevés fehérje és czukor j sége ...
Húgyban spirochaeta pallida ...
Húgycső gümős megbetegedése

Húgycsőkövek ... 635, 741
Húgycsőlob, Friedländer-bacillus által okozott ... 558
Húgycsőmetszés, belső ... 330
Húgycső-polyposis ... 407
Húgycsőszűkület elektrolytikus kezelése 843
Húgycsőtágítás haemophiliás egyéneknél 350
Húgycsővarrat ... 499
Húgycsőben idegen test ... 332, 537
Húgyhólyagbajokban diagnostikai nehézségek ... 369
Húgyhólyagdaganat ... 638, 717, 958, 1149
Húgyhólyag-diverticulum ... 789
Húgyhólyag-ectopia Maydl-féle műtéte ... 742
Húgyhólyag kikaparása ... 683
Húgyhólyagkő ... 262, 408
Húgyhólyag leukoplakiája ... 556
Húgyhólyaglob gyógyítása 313, 369, 950, 1169
Húgyhólyagrák, papilláris, műtett esete ... 337
Húgyhólyagrepedés ... 281
Húgyhólyagsérv, extraperitoneális ... 384
Húgyhólyagsipolyműtétek ... G. 612
Húgyhólyag zárómechanismusa ... 775
Húgyivarszervek colibacillosisa ... 498
Húgyivarszervi gümőkór kezelése tuberculinnal ... 515
Húgyivarszervi gümőkórban műtétek az ondóhólyagokon ... 738
Húgykő ... 1051
Húgykőmorzsolás története ... 77
Húgysegregator, Heusner-féle extravesicalis ... 998
Húgyszervek gümőkórjának diagnosisa ... 424
Húgyszervi bajok felismerése ... 190
Húgyszervi bajok gyógyítása ... 332, 498, 635
Húgytarthatlanság, idiopathiás ... 579
Húgyutakból kiinduló sepsis ... 1070
Hüsevés ... 206, 740
Hűdések hysteriás természetének felismerése ... 1128
Hűdések kezelése ... 349
Hydroaestivale ... 502
Hydrokeleműtét, Klapp-féle ... K. m.
Hydronephrosis perirenalis ... 1109
Hypermetropia, nagyfokú ... Sz. 331
Hypernephroma ... 1113
Hyperpyrexiás rejtélyes betegség ... 788
Hypertrichosis kezelése ... 516
Hypospadiasis scrotalis műtevése ... 686
Hysteria állatokban ... 634
Hysteria hydrotherapiája ... E. 145
Hysteria idegbaj-e? ... 718
Hysteriás beteg hypnosisa ... 604
Hysteriás contractura sebészi kezelése ... 666
Hysteriás egyén felelőssége ... 1168
Hysteriás hasfalizomgörcsök ... 1057
Hysteriás járvány ... 203
Hysteriás láz ... 9, 555
Hysteromelancholia ... E. 144
Ichthyosis congenita ... 865
Icterus, emotiós ... 220
Icterus és appendicitis ... 842
Icterus gyógyítása ... 1170
Icterus heveny phosphormérgezésben ... 310
Idegátültetés facialis-bénulásban ... 1109
Idegbajok a mohamedánoknál ... 825
Idegbajok, balesetek által okozottak, psychophysikai vizsgálata ... E. 138
Idegbajok organotherapiája ... 154
Idegbajokban a methylatropinum bromatum használata ... E. 125
Idegesség nőbajok műtevése után ... 578
Idegkórtan fejlődése ... 49
Idegnyújtás, véres, tabesben ... 237
Idegrendszer „claudication intermettente"-ja ... E. 140
Idegsérülések seborvosi kezelése ... 841
Idiotia amaurotica familiaris ... 157, E. 159
Ikköbölgenyedés ... 723
Ikrek, hármasak, sorsa ... 223
Ileus ... 518, 634, 738, 769, 941, 1089, 1172
Ileuslaparotomia technikája ... 294
Imitatiós betegség ... 1110
Immunitás, helyi szöveti ... 420
Immunitás magyarázata ... 892
Inátültetés értéke ... 1016
Intubált croup-esetek statistikája ... 46
Intubatio technikája ... 562
Invaginatio ileocoecalis ... 560, 620
Iparegészségügyi múzeum ... 761
Iparüzem és tüdővész ... 1164
Iridocyclitis metastatica ... Sz. 20
Iridotomia, praecornealis ... Sz. 99
Iris bombans ... Sz. 148
Iris-cysta ... 242, Sz. 149, Sz. 319
Iris hátulsó határrétege ... Sz. 68
Iris-hiány ... Sz. 149
Irishólyag ... 242
Iris vérerei ... Sz. 93
Irisek színkülönbsége ... Sz. 95
Iritis glaucomatosa ... Sz. 200
Iritis rheumatica gyógyítása ... 516
Iró a csecsemő táplálásában ... 238, 349, 1094
Irógörcs gyógyítása ... 957
Ischias gyógyítása ... 440, 650, 842, 1049
Isoform ... 425, 1017
Isopral ... 279, 537
Izegérben fejlődött gümős gócz ... 243
Izületlobok kezelése ... 192, 385
Izületi gümőkór sebészete ... 650
Izületi csúz, gümőkóros eredetű ... 1067
Izületi csúz, heveny, gyógyítása ... 805, 1127
Izületi csúz, heveny, lefolyásának módosulatai ... 298
Izületi csúz hyperpyrexiával ... 772
Jackson-epilepsia haemicraniával ... 89
Jacoby-féle stereocystoskop ... 1003
Jatrevin ... 1035
Javol ... 579
Járásról újabb tanulmány ... 335
Járványkórházak felállítása ... 999
Jequiritol és jequiritol-serum értékmeghatározása ... Sz. 1
Jég hygienés ellenőrzése ... 499
Jodbenzindesinfectio ... 759
Jodipin ... 385, 460, 556
Jodismus megszüntetése ... 238
Jodoform-plomb, orbitális ... 224
Jothion ... 351, 635, 1150
Kader-féle gastrostomia ... 208
Kanyaró lappangása ... 266, 286, 322, 323
Kanyaró lappangási szakában a neutrophil vérkép megváltozása ... 693
Kanyaróban a testsúly és a vizelet viselkedése ... 312
Kanyarós fertőzés egészséges ember útján 979
Katheterezés, aseptikus ... 775
Kámfor mérgező hatása ... 516
Kephaldol ... 823
Keratitis antipyrin használata után ... Sz. 318
Keratitis ex acne rosacea ... Sz. 318
Keratitis parenchymatosa ... 482
Keratitis parenchymatosa és trauma Sz. 93
Keratitis parenchymatosa gyógyítása Sz. 318
Keratoconus múló ectasiája ... Sz. 93
Keratoconus operálása ... Sz. 38
Keratotomia, kombinált transversalis Sz. 49
Keratosis, arsen okozta ... 826
Keserű anyagok befolyása a gyomor sósavtermelésére ... 311
Kénsavas synthesis feltételei ... 501
Kétly Károly megnyitó beszéde az Országos Orvos-Szövetség congressusán 882
Kézfertőtlenítés ... 615
Kézizzadás megszüntetése ... 776
Kéz kényszerizzadása ... E. 103
Kézmárszky-féle ecraseurhez sodronyvezető készülék ... G. 472
Kézmárszky szobra ... 911
Kéztőizület Madelung-féle deformitása ... 913
Killian-műtét homloköbölgenyedés miatt 429
Klapp-féle hydrokeleműtét ... K. m.
Kleinwächter † ... G. 263
Kocher-féle emlőcsonkitás ... 778
Koller Gyula 50 éves orvosdoktori jubileuma ... 701
Kolpohyperplasia cystica ... G. 484
Kopaszság megelőzése ... 442, 887
Koponyahiányok fedésére a fascia temporalis felhasználása ... 1089
Koponyasérülés ... 743
Koponyatörés és szem ... Sz. 322
Korlátolt beszámíthatóság ...
Korsakow-féle tünetcsoport agylue
Köldöksérvműtét, Pfannenstiel-Mer 1
Köldökvérzés miatt javalt gyors zése a szülésnek ...
Könyecsurgás gyógyítása ...
Könyezés, bárzsingreflex által oko
Könymirigy elválasztó idegei ...
Könymirigyek gümőkórja ...
Könyutak veleszületett rendellen
Könyvek szerepe a fertőzések te sében ...
Köpetben a gümőbacillusok kim
Köpetvizsgáló állomások ...
Köptetés ...
Körömbetegségek, ritkák ...
Körösy József † ...
Körülmetélés ... 1028
Köszvény, gastro-intestinális ...
Köszvény gyógyítása 205, 422, 88
Kötőhártya — l. Conjunctiva.
Közegészségügy a képviselőházba
Közegészségügy Magyarországon 1 7
Közegészségügyi ministerium A ban ...
Középiskolai reform ...
Közkórházi orvostársulat 207, 2 299, 317, 337, 353, 428, 4 503, 518, 603, 620, 637, 6 685, 703, 721, 741, 777, 98 1039, 1094, 113
Kryptorchismus ... 2
Kystadenoma serosum papillare
Labyrinth-megbetegedés veles luesben ...
Lactosuria, alimentaris, gyomorb
Lakás, nedves, ártalmassága ...
Landry-féle hűdés gyógyult esete
Landry-hűdésben a cerebrospinali dék viselkedése ...
Laparotomia visszatekintőleges n gitásban ... 218, 234, 2
Lapoczkadaganat ...
Larynx — l. Gége.
Laufenauer Károly felett emlékbe
Lábizzadás megszüntetése ... 2
Lágyékcsatorna izomfalának vá 8
Lápfürdők élettani hatása ...
Látás élessége ...
Látás lesség és megvilágítás köz szony ...
Látásélesség meghatározása ...
Látáspróbák egységes megvilágít
Látáspróbák, újak ...
Látászavarok, orreredetűek ... 1
Látóideg pigmentatioja ...
Látóidegsérülés, közvetlen ...
Látóidegsorvadás higanykezelése
Látóidegsorvadás, neuritises ered
Látóidegsorvadás syphilis congeni tán ...
Láz, hysteriás ...
Lázas fertőző betegségek hydroth
Lepra kezelése jodoformmal ...
Leukaemia gyógyítása 140, 341, 3
Leukaemia okozta szemelváltozás
Leukaemiában szembetegségek ...
Leukocytaszámlálás ...
Leukocyták viselkedése asthmába
Leukocytosis alimentaris ...
Leukocytosis okozta pyuria ...
Leukoderma ...
Leukoderma psoriaticum ...
Leukoplakia oris ...
Leukoplakia vesicae ...
Levél a távol idegenből ...
Légmell — l. Pneumothorax.
Lépcsavarodás a gyermekágyban
Lépfene — l. Anthrax.
Lép idiopathiás hypertrophiája ...
Lépkiirtás utáni lázak oka ...

Lipomatosis, symmetrias, a felső szemhéjakon ... Sz. 98
Lisztek adagolása csecsemőknél ... 146
Lohnstein-féle saccharometer ... 753
Lues — l. Syphilis.
Lumbális analgesia 494, 669, 759, 849, 1089
Lumbális punctio csecsemőknél ... 279, 460
Lupus conjunctivae kezelése ... 1150, Sz. 92
Lupus elterjedése Magyarországon ... 971
Lupus erythematosus ... 865
Lupus gyógyítása ... 313, 828, 1174
Lupus laryngis ... 585
Lupus-sanatorium Bécsben ... 333
Lupus vulgaris és folliclis ... 865
Lúdtalp diagnosisa ... 330
Lymphadenitis postscarlatinosa ... 278
Lymphangioma a szemhéjakon ... Sz. 98
Lymphangioma conjunctivae ... Sz. 92
Lymphangioma palati duri ... 722
Lymphangioma pharyngis ... 1136
Lymphangioma tonsillae ... 373
Lymphangitis rheumatica chronica ... 913
Lymphoma malignum Röntgen-kezelése 940
Lyssa — l. Veszettség.
Magolan ... 1032
Magyarország közegészségügye 1904-ben 755, 769, 786
Magyar orvosi könyvkiadó-társulat ... 407
Malachit-zöld táptalaj a typhus-bacillus felismerésére ... 674
Malaria elleni védekezés ... 101, 863
Mamma — l. Emlő.
Mankóbénulás ... 666
Marie-féle aphasia-elmélet ... 615, 1067
Markusovszky-féle jubiláris előadások ... 52
Marmorek-serum ... 310
Massage, vibratiós ... E. 129
Mastoiditis újszülöttben ... 1016
Mágnes vasdarabok eltávolítására a szemből ... Sz. 99
Májbajok keletkezése és kezelése ... 440
Májcirrhosis okozta ascites műtéti kezelése ... 1096
Májcirrhosisban a Langerhans-szigetek magatartása ... 409
Májcirrhosisban pollakiuria ... 498
Májechinococcus 99, 483, 669, 861, 869, 1133, 1138
Májgyüjtőerek elzáródása ... 256, 483
Májkólika, ideges ... 939
Máj nyilt sérülései ... 129
Májsarcoma ... 518
Májsülyedés ... 170
Májsyphilis okozta láz ... 758
Májtályog, solitaer ... 1109
Mechling-féle chinavas ... 999
Meckel-diverticulumon csomóképződés ... 536
Medencze-sérvek ... G. 276
Medenczebeli izzadmányok, czementszerűek ... G. 114
Medenczeszűkület, tölcsérszerű ... G. 123
Medenczeszűkületnél a szülés kezelése G. 350
Mediastinalis daganatok kezelése Röntgen-fénynyel ... 335, 812, 1019
Mediastinum légdaganatának keletkezése 247, 270
Medulláris analgesia — l. Érzéstelenítés, lumbális.
Megalerythema epidemicum ... 536, 718
Melaena ... 349
Melaena neonatorum gyógyítása ... 962, 1149
Melancholia szellemi okai ... E. 143
Mellékhere, gümős, kezelése ... 742
Mellékvesedaganatok diagnostikája és sebészi kezelése ... 257
Mellbártya — l. Pleura.
Mellkasbesüppedés, tölcséralakú ... 257
Mellkasi sebészet ... 758
Mellűrbeli nyirokmirigyek megnagyobbodásának diagnosisa ... 329
Mendel-féle lábhát-reflex ... E. 137
Meningeális anthrax ... 989
Meningismus, ascarisok által okozott ... 774
Meningitis basilaris posterior ... 996
Meningitis cerebrospinalis és gyógyítása 338, 369, 425, 683, 699, 1090, 1134, Sz. 35
Menstruatio alkalmával elvérzés ... 338
Menstruatio előtti hőmérsékemelkedések 476
Menstruatio-zavarok okozta abducensbűdés ... Sz. 97
Menstruatioban a méhmirigyek elváltozásai ... G. 275
Mergal ... 757
Mesenteriális chylangioma ... 886
Mesoappendix hiányos fejlődése ... 238
Mesocolonsarcoma kiirtása ... 1019
Mesotan ... 616
Methylatropinum bromatum ... E. 125
Méhbelhártyalob szűzeknél ... G. 276
Méhben idegen test ... K. m.
Méhenkivüli terhesség 107, 282, 428, 638, 703, 1039, 1095, G. 216, G. 224, G. 346, G. 488, G. 529
Méhfibroma ... 19, 24
Méhfibromyoma ... 503
Méhkiirtás, abdominális ... G. 103, G. 311
Méhkiirtás után rák a cervicális csonkban ... G. 278
Méhlepény — l. Placenta.
Méhmirigyek elváltozásai a terhességben és a havi vérzés alatt ... G. 275
Méh, myomás, tengelycsavarodása ... G. 156
Méhrák — l. Carcinoma uteri.
Méh-retroflexio operativ kezelése ... G. 275
Méhtályog ... G. 277
Méhüreg kitakaritása abortusnál ... G. 154
Méhvérzés kezelése ... 296
Méregtani chemia néhány fontosabb fejezete ... 336
Migraphen ... 1127
Mikrobás cyanosis ... 717
Miliaria epidemica ... 956
Mirigy-gümőkór gyógyítása ... 205
Mongolismus ... 634, 668, 1069
Monstrum ... G. 248
Morbilli — l. Kanyaró.
Morphinismus serumtherapiája ... 724
Mozart halálának oka ... 233
Muiracithin ... 683
Munkásbiztositó congressus ... Sz. 39
Munkásjóléti kiállitás Berlinben ... 839
Murphy-gomb alkalmazása ... 477
Myasthenias paralysis ... E. 1
Mycosis fungoides kezelése Röntgen-fénynyel ... 516
Mydriasis, egyoldali, tüdőgümőkórban Sz. 48
Myocarditis luetica ... 1069
Myoma cutis ... 479
Myoma duodeni ... 482
Myopia és gyógyítása Sz. 36, Sz. 188, Sz. 329
Myopia operativ kezelésének végső eredményei ... Sz. 50, Sz. 99
Myositis ossificans progressiva ... 462
Myxoedema gyógyítása ... 843
Nagyvárad közegészségi állapota ... 845
Nagyváradi bábaképezde működése ... 868
Nátha kóroktana ... 720
Negri-féle testecsek ... 603
Nemi betegségek ellen küzdés az egyetemen ... 239
Nemi betegségek ellen küzdő német társaság ... 843
Nemi betegségek ellen országos védőegyesület ... 416, 438, 454
Nemi szervek bajaiban Bier-féle eljárás 1055
Nephritis — l. Veselob.
Neumann Izidor † ... 839
Neuralgiák gyógyítása ... 892
Neurasthenia gyógyítása ... 666, 772
Neurasthenia sexualis gyógyítása ... 404, 860
Neuritis retrobulbaris acuta ... Sz. 22
Neuroglia szövettana ... E. 135
Neuronal ... 775
Neurosis (psychogen) megkülönböztetése multiplex sclerosistól ... E. 139
Neurosis traumatica ... E. 103
Neurosis traumaticában szemtünetek Sz. 37
Nitroglycerin hatása a vérkeringésre ... 356
Nitze † ... 380
Noma typhus után ... 830
Novargan ... 556
Nőbajok gyógyítása lejtős sikon megterheléssel ...
Nőbetegségek műtevése utáni ideg
Nőorvoslási kérdések a balneotherap
Nőorvostan halottai ... G. 1
Nőorvostan történetéhez adatok
Nőorvostanban az amyluitrit használ
Nőorvostani társulat, német ...
Női nemi szervek tuberculosisa
Női nemi szervekből kiinduló bő
Nucleinsav mint leukocytosist okoz
Nucleinsavas natrium ...
Nylander-féle czukorpróba ...
Nystagmus, fül felől kiváltott ...
Nyak sz mölcsszerű függelékei
Nyaki seb ...
Nyakizomgörcsök ...
Nyál ép és kóros viszonyok közö
Nyelv idiopathiás heveny vizenyő
Nyelvrák sebészi kezelése ...
Obesitas pajzsmirigykezelése ...
Obstipatio és a vastagbél teltségi ál
Obstipatio gyógyítása 203, 807, 84
Odda ...
Oesophagus — l. Bárzsing.
Oleander-mérgezés ...
Omentum-fibroma ...
Omorol ...
Ondóhólyag-műtétek húgyivarszer mőkórban ...
Ondózsinór csavarodása ...
Oophorin-kisérletek elmebetegekn
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum gátlása ... 1017, 10
Optometer, zsebben hordható ...
Orbánecz gyógyítása ...
Orbita — l. Szemüreg.
Orchitis luetica ...
Orchitis tuberculosa ...
Organotherapia ideg- és elmebajol
Orr-blennorrhoea gyógyítása ...
Orr-epithelioma kezelése radiumm
Orreredetű látászavarok 93, 1001, 11
Orrfibroma ...
Orrgaratpolyp ...
Orrgyógyászati adatok ...
Orrjárat, középső, hártyás fala
Orrképlés ...
Orrlob, pseudomembranás ...
Orr-melléküregek gyuladásai 560
Orrmelléküregek viszonya a látói
Orrscleroma ...
Orrsebészet mai állása ...
Orrsövény elsődleges gümőkórja
Orrsövény haematomája ...
Orrsyphilis, gummás ...
Orrtükör, rögzíthető ...
Orrvérzés gyógyítása ...
Orsócsont typusos törése ...
Orthopaed sebésztársaság, német 5 55
Orthopaedia 50 éves fejlődése ...
Orvos és alkohol ...
Orvosegylet, biharmegyei — l. megyei.
Orvosegyesület, budapesti király 261, 281, 298, 315, 335, 3 388, 407, 427, 462, 501, 5 558, 582, 618, 943, 982, 100 1037, 1055, 1072, 109
Orvosegyesület, budapesti királyi, a bizottsága ...
Orvosegyesület, budapesti király matologiai és urologiai szako 828, 865, 889, 100
Orvosegyesület, budapesti királyi, és idegkórtani szakosztálya
Orvosegyesület, budapesti királyi, kologiai szakosztálya G. 1
Orvosegyesület, budapesti király és gégegyógyászati szakosztál 373, 389, 542, 585, 603, 722, 74

Orvosegyesület, budapesti királyi, sebészeti szakosztálya 243, 263, 283, 390, 429, 445, 482, 560, 621, 637, 654, 669, 686, 704, 721, 742, 793, 1175
Orvosegylet, debreczeni ... 355
Orvosegylet, szegedi ... 355, 484
Orvosképzés ... 28
Orvosi congressus, nemzetközi, 510, 981, Sz. 329
Orvosi cursus, szünidei ... 571, 572, 595, 1163
Orvosi könyvkiadó-társulat, magyar ... 407
Orvosi kör, budapesti ... 354, 1057
Orvosnövendékek chemiai kiképzése ... 10
Orvosok gyakorlati éve ... 1170
Orvosok jövedelme ... 406, 581
Orvosok, németek, vándorgyülése ... Sz. 38
Orvos-szövetség, országos ... 883
Orvostársulat, közkórházi — l. Közkórházi orvostársulat.
Orvostörténelmi adatok ... 942
Orvostudomány Tibetben ... 827
Osteomalacia kezelése ... 1137, G. 152
Osteomalaciás medencze ... 943
Ovariális cystát utánzó epehólyag-tágulat G. 156
Ovariotomia ... G. 1, G. 491
Ovarium-átültetés ... 668, 684
Ovarium-torsio sérvtömlőben ... G. 276
Ovogal ... 600
Oxygenes konyhasóoldat intravenosus befecskendezése ... 556
Ozaena ellen paraffininjectiók ... 357
Ozaena fertőző volta ... 1131
Ozaenák tanához adatok ... 763
Ólommérgezés leküzdése ... 374
Ólom okozta féloldali hűdés ... 244
Öncsonkítás ... K. m.
Öngyilkossági statistika ... 827
Öregkori izomretractiós paraplegiák ... 912
Quillaja-decoctum ... 959
Paedatrophia ... 577
Pajzsmirigy átültetése a lépbe ... 1110
Pajzsmirigy echinococcusa ... 585
Pajzsmirigy kórtana ... 585
Pajzsmirigy összefüggése az éhséggel ... 794
Pajzsmirigy syphilise ... 862
Pankreasbántalmak és hasi zsirszövet-necrosis ... 745
Pankreas-diabetes ... 220
Pankreaslob, heveny vérzéses ... 478
Pankreasnecrosis ... 515
Pankreas-vérzés szokatlan tünetekkel ... 402
Pankreatitis indurativa chronica luetica 583
Pankreon ... 775
Panophthalmit s metastatica ... Sz. 322
Papillán előforduló kötőszöveti menisczusok ... 705
Paraffin-befecskendések káros hatása a szemre ... Sz. 39, Sz. 50
Paraffin-injectiók ozaenánál ... 357
Paralysis conjugalis ... 1021
Paralysis és syphilis ... 15, 702, 758, E. 140
Paralysis gyógyítása higanynyal ... 687
Paralysis, myastheniás ... E. 1
Paralysis progressiva anatomiai különbözeti kórisméje ... E. 139
Paralysis prostituáltaknál ... 578
Paranephritises tályogok ... 940
Paranoia ... E. 118
Paratyphus ... 404, 679, 696
Parinaud-féle conjunctivitis ... Sz. 92
Paronychia gyógyítása ... 601
Parotitis kapcsan meningitis ... 384
Parotitis postoperativa ... 682
Pasquali † ... G. 130
Patellatörés operativ kezelése ... 256
Patellavarrás technikája ... 1051
Peliosis rheumatica ... 428
Pemphigus foliaceus ... 707, 730, 867
Pemphigus pruriginosus ... 317, 866
Pemphigus vegetans ... 317
Pemphigus vulgaris ... 444
Penis-carcinoma két éves gyermeknél ... 205
Penis fejlődési rendellenessége ... 537
Penis-gangraena ... 428
Penis plastikus induratiója ... 1170
Pentosuria ... 554, 1050
Peptobrom-eigon ... 293
Perhydrase-tej ... 1130
Pericardiális összenövés, gyermekkori 408, 505, 524, 546, 567
Pericarditis diagnosisa ... 554
Pericarditis diaphragmatica ... 845
Pericarditis, genyes ... 81
Perifolliculitis conglomerata ... 829
Perirenális hydronephrosis ... 1109
Peritoneum felszivó képessége ... 841
Peritoneum gyöngykórja ... 221
Peritoneum védőképessége ... 699
Peritonitis, genyes, kezelése ... G. 264
Peritonitis, heveny, gyógyítása ... 368
Peritonitis, pneumococcus okozta ... 295
Pertussis felnőttnél ... 576
Pertussis gyógyítása ... 460, 635, 779, 807
Pertussis gyógyulása tracheotomia után 1131
Pertussisban a leukocyták viselkedése ... 204
Peru-balzsam okozta mérgezés ... 601
Petefészek — l. Ovarium.
Pfannenstiel-féle fascia-harántmetszés 703, G. 532
Pfannenstiel-Menge-féle köldöksérvműtét 1113, G. 532
Pharyngitis jelentősége a járványos nyakszirtmerevedés kelekezésében ... 1090
Pharyngomycosis ... 224
Pharynx lymphangiomája ... 1136
Phenyform ... 1127
Phokomelia ... 410, 433, 453
Phosgen és chloroform ... 269, 289
Phosphaturia ... 635
Phosphormérgezésben icterus ... 310
Phosphorsavas kreosot okozta polyneuritis ... 634
Pittylen ... 293, 369
Pityriasis pilaris ... 1174
Pityriasis rubra ... 339, 359, 378, 397
Placenta praevia ... G. 64, G. 477
Placenta, rendes helyen tapadó, időelőtti leválása ... G. 239, G. 486
Pleura endothelioma ... 831
Pleura-összenövések ellen thoracotomia 577
Pleuralis izzadmánynál a paravertebrális tompulat viselkedése ... 578
Pleuritis, gyermekkori ... 441
Pleuritis gyógyítása ... 758
Pleuritis, metadiphtheriás ... 718
Pleuritis tuberculosa diagnosisa és gyógyítása ... 421
Pneumatikus kamrában végzett műtétek 311
Pneumin ... 385
Pneumococcus okozta peritonitis ... 295
Pneumonia agytünetekkel ... 842
Pneumonia és diabetes ... 805
Pneumonia félbenhagyó lázzal ... 84
Pneumonia gyógyítása 276, 385, 421, 442, 739
Pneumothorax a tüdővész gyógyítására 665
Pneumothorax, gümőkóros, gyógyítása ... 534
Pneumothorax keletkezése ... 247, 270
Polyglobulia ... 53, 393, 413, 435, 451, 473
Poliomyelitis acuta ... 515
Polyneuritis ... 634, 1093
Polyposis urethrae ... 407
Polyserositis ... 504
Porencephalia ... 354
Priapismus ... 466, 540, 667
Proponal ... 202, 843, E. 146
Prostatabaj és csúz ... 1130
Prostata-bajok újabb kezelésmódja ... 630
Prostata-hypertrophia kezelése 220, 257, 263, 295, 311, 429, 635, 667, 941, 1020, 1091
Prostata masszálása ... 1130
Prostata-műtétek ... 579
Prostatitis gyógyítása ... 556
Prostatitis prognosisa ... 283
Prostituáltak ambulans kezelése ... 791
Prostituáltak tabese és dementiája ... 578
Prostitutio ellenőrzése Budapesten ... 715
Prothesis nagy arczdefectusnál ... 429
Protosal ... 293
Protylin ... 845
Prurigo kóroktana ... 914
Pruritus ani gyógyítása ... 460
Pruritus gyógyítása ... 405, 1017
Pseudarthrosisok gyógyítása ...
Pseudodelirium tremens ...
Pseudomelancholia ...
Pseudoparalysis spastica ...
Pseudouraemia a gyermekkorban
Psoriasis kezelése ...
Psoriasis lényege ...
Psoriasisos leukoderma ...
Ptosis-műtét ... 721, Sz.
Pubotomia ...
Pupilla-fényreactio vizsgálata ...
Purjesz Zsigmond negyedszázados jubileuma ...
Purpura fulminans ...
Purpura vörheny után ...
Pyelocystitis gyógyítása ...
Pyelographia ...
Pylorusszűkület, csecsemőkori ...
Pylorusszűkület okozta autointoxi
Pyopneumothorax, subphrenikus által okozott ...
Pyothorax, idült, gyógyítása szivózással ...
Pyuria, leukocytosis által okozott
Quincke-féle megbetegedés ...
Rachitis ... 4
Radium gyógyító hatása 207, 33 637, 830, 8
Rák — l. Carcinoma.
Recto-romanoskop ...
Reflex, új, a lábon ...
Regulin ...
Rekeszalatti tályogok ...
Rendőrorvosi intézmény Budapes
Reszketés orvoslása ...
Retinabibor elváltozásai a fény sára ...
Retina központi verőerének en 1172, Sz. 1
Retina pigment-degeneratioja ...
Retina-sarcoma ...
Retina sárga foltja ...
Retina zsíremboliája ...
Retinában angiomaképződés ...
Retinitis atrophicans centralis ...
Retinitis punctata albescens ...
Retrograd amnesia ...
Rheumasol ...
Rhinitis — l. Orr.
Ricinus-olaj rendelése ...
Richter-féle thyreoidea-tabletták
Rostasejt és iköből viszonya a opticushoz ...
Rostasejtek empyemája ...
Röntgen-carcinoma ...
Röntgen-égés ...
Röntgen-fény adagolása ...
Röntgen-fény a törvényszéki or ban ...
Röntgen-fény befolyása a terhes
Röntgen-fény elleni óvintézkedése
Röntgen-fény gyógyító hatása 1 276, 299, 300, 332, 333, 3 361, 382, 390, 391, 430, 5 658, 651, 774, 808, 812, 8 939, 940, 1019, 1051, 1070, 107
Röntgen-fény okozta fejlődési za
Röntgen-fénynyel pillanatfelvéte
Röntgen-képek, plastikusak 38
Röntgen-társulat, német 511, 5
Rövidlátás — l. Myopia.
Rubeola-járvány ...
Rubeola után polyneuritis ...
Rubeola után neuritis optica ...
Saccharin káros hatása ...
Sachs-féle idiotia amaurotica fa 157,
Sahli-féle desmoid-reactio ... 4
Salodin ...
Salicyltherapia és nephritis ...
Salimenthol ...
Salit ...
Sanatogen ...
Sanitas ...

kal ... 534
Sarcoma hepatis ... 518
Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum ... 828
Sarcoma mesocoli ... 1019
Sarcoma retinae ... 207
Sarok- és köbesont közt csontos összeköttetés ... 1047
Sárgaság — l. Icterus.
Schäfer-féle antagonistikus reflex ... E. 137
Sclera átvilágítására új eszköz ... Sz. 323
Sclerodermia ... 105, 259, 637, 890, 1003
Scleroma az orrban ... 389
Scleroma laryngis ... 373, 389
Sclerosis multiplex és psychogen neurosis megkülönböztetése ... E. 139
Scoliosis gyógyítása ... 166, 979, 1053
Scopolamin-morphin ... 257
Scorbutban szemtünetek ... 204
Scotoma scintillans ... Sz. 47
Scrophulosis gyógyítása ... 460, 699
Scrophulosis tanának mai állása ... 518
Sebésztársaság, franczia ... 1020
Sebésztársaság, német 511, 529, 550, 573, 975
Sebészet az Orvosi Hetilap hasábjain ... 148
Sebészet, conservativ, határai ... 184
Sebészet haladása 50 év alatt ... 133
Sebészet magyarországi történetéhez adatok ... 1125, 1144
Sebészi műszerek a régi görögöknél és rómaiaknál ... 1112
Sebgyógyulásnál a zsírszövet szerepe ... 298
Sebklinika, budapesti egyet. II., 1905-ben K. m.
Sebirol ... 521
Secacornin-Roche ... 1067
Semmelweis 124, 309, 314, 462, 893, 933, 951
Senilis jelenségek ... 114
Sepsis ... G. 243
Serum-lipoidok méregellenes hatása ... 625
Sérvben átfúródott appendix ... 686
Sérv, cruralis, gyökeres műtevése ... 996
Sérv, cruralis, kizáródásának felismerése 98
Sérvek a gáttájon ... 985
Sérvkapuk, nagyok, elzárása ... 941
Sérvkizáródás ... 83, 355
Sérvkizáródási tünetek, dystopiás pyosalpinx által kiváltottak ... 685
Sérvkizáródással járó appendicitis ... 337
Sérvműtét, gyökeres, módosításai ... 423
Sérvműtéteknél a féregnyújtvány okozta szövődmények ... 162
Sérv, obturatorius ... 1176
Sérvtömlőben két vékonybélkacs és a féregnyújtvány ... 777
Sérvtömlőben petefészek-torsio ... G. 276
Sérv, umbilicalis, gyökeres gyógyítása 1113, G. 532
Silkwormgut készítésmódja ... 538
Sinusitis, heveny genyes, gyógyítása ... 318
Sipcsont compressiós törése ... K. m.
Skalpozás, traumás eredetű teljes ... 782
Solurol ... 202
Somatose ... 1150
Sophol ... 1091
Sorisin ... 580
Sósavmérgezés ... 244
Sörfogyasztás Münchenben ... 1092
Spárga tápláló értéke ... 581
Specialista-gyakorlat szabályozása ... 259, 386
Spirochaeták ... 65
Spirochaeta gracilis 1082, 1102, 1121, 1140, 1157
Spirochaeta pallida 224, 242, 261, 284, 305, 382, 579, 652, 667, 687, 737, 760, 775, 830, 1052, 1175
Splenectomia sérülés miatt ... 300
Spondylitis cervicalis luetica ... 373
Staphylococcus-pyaemia ... 639
Staphylococcus-septicaemia ... 773
Staphylomycosis, idült ... 429
Stefánia-gyermekkórház bővítése ... 915
Stomatitis mercurialis kezelése ... 1131
Stomatitis ulceromembranosa gyógyítása 701
Stomatologusok országos egyesülete ... 889
Stovain ... 256, 616, 669, 849
Strabismus sursumvergens ... Sz. 47
Streptococcus okozta kötőhártyatályogok Sz. 14
Strophantin ... 275, 382, 863
Strophulus kezelése iróval ... 349
Struma — l. Golyva.
Stypticin ... 479, 601
Styptogan ... 348
Styptol ... 863
Styracol ... 499, 556
Sulfonal ... 667
Suprarenin okozta nekrosisok ... Sz. 101
Süketnémaság szinlelése ... E. 105
Sympathiás szemlob ... Sz. 45
Sympathicus-neurosis ... E. 142
Synaesthesia ... 636
Synechiák kezelése ... Sz. 101
Syphilis cerebri ... 579, E. 143
Syphilis congenita gyógyítása ... 739
Syphilis congenita, izületi ... 1169
Syphilis congenita leukaemia lymphatica tüneteivel ... 1052
Syphilis congenitában aorta-elváltozások 498
Syphilis congenitában végtagbénulások ... 979
Syphilis congenitának 20 éven át megfigyelt esete ... 979
Syphilis diagnosisa ... 808
Syphilis, endemiás ... 639
Syphilis és cytorrhyctes luis ... 405
Syphilis és tabes valamint paralysis 15, 702, E. 140
Syphilis és tüdővész ... 598
Syphilis-fertőzés, extragenitális ... 243, 540
Syphilis-fertőzés pióczák útján ... 461
Syphilis glandulae thyreoideae ... 862
Syphilis gyógyítása 601, 775, 791, 843, 914, 959, 1017
Syphilis hepatis okozta láz ... 758
Syphilis hereditaria tardában mindkét labyrinth megbetegedése ... 258
Syphilis kapcsán fájdalmas nyirokmirigyduzzanatok ... 863
Syphilis-kisérletek majmokon ... 615, 1131
Syphilis maligna és tertiaria fertőzőképessége ... 1111
Syphilis meggyógyítható-e teljesen ... 480
Syphilis nodosa ... 760
Syphilis prophylaxisa ... 498, 601, 808
Syphilis serumreactiója ... 584
Syphilis-spirochaeta — l. Spirochaeta pallida
Syphilis tertiaria nodosa faciei ... 265
Syphilis tertiaria tabeses és dementiás betegeken ... 758
Syphilis tisztességes asszonyokban ... 1018
Syphilisben a leukocyták viselkedése ... 405
Syphilisben a lumbalpunctiós folyadék vizsgálata ... 862
Syphilises aortitis kezelése ... 633
Syphilises Brown-Séquard-bénulás ... 427
Syphilises csecsemőben halálos bélvérzés 536
Syphilises elváltozások a nyaki csigolyákon ... 391
Syphilises fekély a szemhéjon ... Sz. 17
Syphilises gyomorhasfalsipoly ... 73
Syphilises homloküreg-empyema ... 389
Syphilises keratitis, művi ... 775
Syphilises kiütés, atypusos ... 639
Syphilises leukoderma ... 1130
Syphilises myocarditis ... 1069
Syphilises orchitis ... 865
Syphilises psychosisok ... E. 160
Syphiloma corporis ciliaris ... Sz. 16
Szamárhurut — l. Pertussis.
Szappanos klysma ... 556
Szarúhártya ... l. Cornea.
Szájgaratrák ... 1051
Szájpadbénulás új tünete ... E. 102
Szájpadlás lymphangiomája ... 722
Szájpadlásvarrat ... 302
Szájvizek használata után kiütések a szájon ... 776
Szájzugfekélyződés, epidemiás ... 682
Szeged közegészségügyi viszonyai ... 879
Szegedi Orvosegyesület ... 355, 484
Szellemi műveletek mechanismusa és lokalizálása ... 618
Szembaj és erythema nodosum ... Sz. 321
Szembajok, anilinfestékek által okozottak ... Sz. 321
Szembajok autointoxicatio folytán ... Sz. 49
Szembajok, rheumások, gyógyítás
Szembajosok sorsa az Alföldön
Szembeli daganatok ... Sz.
Szem belsejéből idegen test eltáv
a látás teljes megtartásával
Szemben a b. pyocyaneus előfordul
Szemben vegyes fertőzés gümő- és
diphtheria-bacillusokkal ...
Szemben vérzések a születéskor
Szembetegségek leukaemiában ...
Szemblennorrhoea meggátlása új
teknél ... 1017, 10
Szemből a fertőző anyag beju
vérbe ...
Szemből rézdarabnak spontan tá
Szemcseppentő-üveg, új ...
Szemelváltozások leukaemiában
Szemeredetű torticollis ...
Szem és koponyatörés ...
Szemfertőzések gyógyítása ...
Szemgolyó-sorvadásban némely
rostozatának viselkedése ...
Szemhéjcoloboma ...
Szemhéj-epithelioma kezelése ...
Szemhéjplastika ... Sz.
Szemhéjmozgás, paradox ...
Szemhéjrák, radiummal kezelt ...
Szemhéjterpesztő, új ...
Szemhéjak lymphangiomája ...
Szemhéjak symmetriás lipomatosi
Szemhéjon kemény fekély ...
Szemizmok érzékenysége ...
Szemizmok túltengése ...
Szemizomhüdések, conjugált sze
lást utánzók ...
Szemkrizisek tabesban ...
Szemlencse anyagcseréje ...
Szemlencsehólyagba amnionbetüre
madaraknál ...
Szemlencse parasitái ...
Szemlencse subconjunctivalis luxa
Szemlencse-subluxatio ...
Szemlencsébe epithelimplantatio
Szemlencsében üvegszilánkok ...
Szemlob, sympathiás ...
Szemoperálásoknál narkosis ...
Szemorvos feladata gyógyithatlan
vakultakkal szemben ...
Szemorvosok, magyarországiak,
letének II közgyülése ...
Szemptosis műtevése 721, Sz.
Szemre az alypin hatása ...
Szemre a chrysarobin hatása ...
Szemre káros hatása a paraffinbef
déseknek ... Sz.
Szemsérülés folytán támadt tetanus
Szemsérülések utáni keresetképess
Szemtuberculosis és kezelése Sz.
Szemtükri lelet jelentősége elm
ban ...
Szemtünet, új, Basedow-kórban
Szemtünetek amenorrhoeában ...
Szemtünetek járványos agyhártya
Szemtünetek neurosis traumaticáb
Szemtünetek scorbutban ...
Szemüreg pseudotumorjai ...
Szemüregbeli jodoform-plomb ...
Szemüregbeli phlegmone aetiologi
Szemüveg, orthoskopikus ...
Szemüvegek, cylindrikusak ...
Szem védése a radium ellen ...
Szemvizsgálatokhoz való kettős
Szemzugban fibrosarcoma ...
Személszetben a tuberculin diagn
értéke ...
Személszetben kalium chloricum
lata ...
Személszetben novocain használat
Személszetben Bier-féle eljárás ...
Személszetben újabb érzéstelenitő
Személszeti asepsis ...

ház, kimutatása ... Sz. 30, Sz. 313
Szemésztársaság, franczia ... Sz. 330
Szemésztársaság, heidelbergi Sz. 34, Sz. 330
Szemészeti társaság, belga ... Sz. 37
Szemészeti társaság, berlini ... Sz. 38
Szemészeti társaság, bécsi ... Sz. 38
Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből 225, 300, 338, 355, 373, 391, 409, 446, 466, 484, 504, 521, 560, 585, 604, 622, 639, 655, 670, 687, 705, 779, 794, 811, 830, 847, 869, 892, 962, 1022, 1039, 1906, 1136
Szemölcsök elleni szer ... 205
Székrekedés — l. Obstipatio.
Szénaláz gyógyítása ... Sz. 318
Színlátás meghatározása ... Sz. 324
Szívbajok kezelése ... 458, 576, 605, 628
Szívbelhártyalob — l. Endocarditis.
Szivbetegek terhessége és szülése ... G. 185
Szivbetegségek kór- és gyógytanának néhány problemája ... 1019, 1023
Szívbetegségek gyermekkori fertőző bajokban ... 221
Szivbetegségek viszonya a gyomorbetegségekhez ... 614
Szivblock ... 179
Szívburok — l. Pericardium.
Szív erejének mérése ... 1067
Szív és turisztika ... 329
Szív galopprythmusa ... 737
Szív gümökórja ... 632
Szívhang, első ... 681
Szív, izolált túlélő emberi ... 367
Szívkamra és pitvar működésének dissociatioja ... 614
Szív munkabirása ... 794
Szívműködés neurogen és myogen elmélete ... 457
Szívműködés rendellenességei ... 622
Szív-neurosisok kezelése ... 256
Szívsérülés, gyógyult ... 224
Szív skiagrammja ... K. m.
Szívvarrat ... 484, 790, 1109
Szivzörej, systolés ... 664
Szombathelyi bábaképző gyermekágyi statistikája ... G. 377
Szorzat-görbék ... Sz. 130
Szövetek helyi immunitása ... 420
Szülés és szívbaj ... G. 185
Szülés gyors befejezése küldökvérzés miatt ... G. 236
Szülés, szűkmedenczés, kezelése ... G. 350
Szülés 14 éves korban ... 779
Szülés vesekiirtás után ... G. 256
Szülések, szűkmedenczések, kezelése ... 518
Szülészet új bölcsője hazánk délvidékén G. 339
Szülészeti antisepsis ... 87
Szülészeti műtéteknél érzéstelenítés ... 58
Szülőtevékenység megindítása ... G. 273
Szünidei orvosi cursus ... 571, 572, 595, 1163
Tabes és syphilis ... 15, 758, E. 140
Tabes histopathologiája ... E. 139
Tabes, gyermek- vagy fiatalkori ... 278
Tabes kezelése higanynyal ... 687
Tabes, késői ... 499
Tabes kórismézése ma és ötven év előtt 109
Tabes okai, tünetei és lefolyása ... 1041
Tabes prognosisa ... 422
Tabes prostituáltaknál ... 578
Tabesben bitemporalis hemianopia Sz. 38
Tabesben szemkrizisek ... 700
Tabesben véres idegnyújtás ... 237
Tabeses fájdalmak gyógyitása ... 718
Tabeses gégehűdés ... 603
Taeniol ... 955
Tanuló ifjúság felvilágosítása a nemi élet terén ... 331
Tapintás-aphasia ... 666
Táplálás a végbélen át ... 310, 586
Táplálás, túlságos, káros hatása a gyermekkorban ... 446
Tejelválasztás fokozása ... 333, 1150
Tejelválasztás hirtelen megszünése ... 811
Tejgazdaság, mintaszerű ... 1110
Tej konzerválása ... 258, 331
Tendinitis achillea ... 423, 1102
Tenonitis ... Sz. 21
Terhesek hányása ... G. 153
Terhesség és fibromyoma ... G. 451
Terhesség és gégegümőkór ... 442
Terhesség és nephritis ... G. 486
Terhesség és szívbaj ... G. 185
Terhesség és tüdővész ... 315, G. 54
Terhesség, interstitiális ... G. 153
Terhesség, méhenkivüli 107, 282, 428, 638, 703, 1039, 1095, G. 216, G. 224, G. 346, G. 488, G. 529
Terhesség vesekiirtás után ... G. 256
Terhességben a méhmirigyek elváltozásai ... G. 275
Terhességben támadt csipőizületi lobok 652
Terhességi embryogen toxaemia ... G. 274
Terhességre a Röntgen-fény befolyása G. 154
Természettudományi társulat élettani szakosztálya ... 501
Tetania 331, 649, 750, 766, 784, 799, 816, 869, 885, 1069, E. 163
Tetanus ... E. 163, E. 165
Tetanus gyógyítása 276, 779, 797, 814, 1128, 1129
Tetanus kifejlődésére a hőség hatása ... 300
Tetanus szemsérülés folytán ... Sz. 38
Térdkalács — l. Patella.
Térdreflex ... 189
Theinhardt-féle liszt ... 760
Theismus ... 957
Theocin ... 422
Theyolip ... 914
Thiosinamin ... 296, 459, 516
Thyminsav ... 202
Thymomel scillae ... 1017
Thymus befolyása a csontképződésre ... 521
Thymus-halál újszülöttekben ... 515
Thymusstenosis ... 1069
Thyreoidin-amblyopia ... Sz. 49
Tonocain suprarenale ... 712
Tonsilla haemangiomája ... 585
Tonsilla lymphangiomája ... 373
Tonsilla-rák ... 442
Torticollis ocularis ... Sz. 47
Torzszülött ... G. 248
Törésvégek dislocatioja ... 913
Trachoma a katonaságnál Sz. 90, Sz. 91, Sz. 209
Trachoma bakteriologiája ... Sz. 43
Trachoma-congressus ... Sz. 331
Trachomacsomó-expressor ... Sz. 152
Trachomaellenes kötőhártya- és tarsuskimetszés ... 427, Sz. 55
Trachomaelleni küzdés Poroszországban ... Sz. 317
Trachomaellenes védekezés Magyarországon ... Sz. 333
Trachoma és baleset ... Sz. 317
Trachoma gyógyítása Sz. 51, Sz. 90, Sz. 221
Trachoma Japánban ... Sz. 43
Trachoma-jutalmak ... Sz. 102
Trachoma kórbonczolástana ... 335, Sz. 116
Trachoma osztály, szt. Isván-kórházi, 1905. évi működése ... Sz. 24
Trachoma-pályadíj, nemzetközi 776, Sz. 334
Trachoma prophylaxisa ... Sz. 91
Trachoma tanának haladása ötven év alatt 128
Trachoma-tanfolyamok ... 370
Trachomásak ködös látása ... Sz. 139
Trachomásak részére népszerű utasitás Sz. 225
Transsudatumok megkülönböztetése exsudatumoktól ... 477
Trichophytia profunda ... 1174
Trigeminus-neuralgia gyógyitása ... 238
Tritanopia, veleszületett kétoldali ... Sz. 98
Trochlaris-ideg kereszteződése ... E. 100
Trygase ... 333, 460
Trypsin-emésztés ... 501
Trypsin hatása a rákra ... 328
Tuberculin ... 515, 682, Sz. 127, Sz. 323
Tuberculinin ... 794
Tuberculosis a könymirigyekben ... Sz. 97
Tuberculosis a női nemi szervekben G. 155
Tuberculosis a tractus seminalisban ... 1070
Tuberculosis-bacillusok a vérben ... 788
petben ...
Tuberculosis bacillus variabilitása
Tuberculosis-bacillusok, emberiek latiak ...
Tuberculosis coeci et ilei gyógyu
Tuberculosis cordis ...
Tuberculosis cutis gyógyitása ...
Tuberculosis elháritása az iskolál
Tuberculosis ellen védőoltás ...
Tuberculosis elleni küzdelemről előadása ...
Tuberculosis, elsődleges, a csont sisben ...
Tuberculosis-értekezlet a belüg teriumban ...
Tuberculosis gyakorisága az el évben ...
Tuberculosis gyógyitása ...
Tuberculosis inoculationis ...
Tuberculosis intestini, heveny ...
Tuberculosis kórtana ...
Tuberculosis laryngis gyógyitása
Tuberculosis miliaris és typhus e előfordulása ...
Tuberculosis nagy városokban.
Tuberculosis, nyálkahártyán lev gyitása ...
Tuberculosis oculi Sz. 35, Sz.
Tuberculosis oesophagi ...
Tuberculosis összefüggése a lak
Tuberculosis pulmonum — l. Tü
Tuberculosis renum 404, 541, 6
Tuberculosis testis kezelése B pangással ...
Tuberculosis urogenitalis diagnos
Tuberculosis urogenitalis gyó tuberculinnal ...
Tuberculosis, veleszületett ...
Tuberculosisban agglutinatio és nitás ...
Tuberculosisban az öröklött di szerepe ...
Tuberculosist előidéző okok B ipari lakossága között. ...
Tuberculosus anaemia ...
Tuberculosus chorioretinitis, idül alakú ...
Tuberculosus csont- és izületba zelése ...
Tuberculosus-fekély kezelése ...
Tuberculosus gócz izegérben ...
Tuberculosus izületbajok sebésze
Tuberculosus izületcsúz ...
Tuberculosus megbetegedésekre mosság a gyermekkorban ...
Tuberculosus mellékhere kezelése
Tuberculosus mellhártyalob dia és gyógyitása ...
Tuberculosus meningitis gyógyitá
Tuberculosus pneumothorax gyó
Tuberculosus tályogok gyógyitás
Tuberculum cerebri sebészeti k
Tulase ...
Tumenolammonium ...
Tussis convulsiva — l. Pertussis.
Tüdőben pangásos vérbőség lé
Tüdőbetegrendelők szerepe a n védelemben ...
Tüdőbeteg-sanatorium, stájer ...
Tüdőbeteg-sanatoriumok hygienil velő hatása ...
Tüdőechinococcus műtett esete
Tüdőgyuladás — l. Pneumonia.
Tüdő-hypostasis megelőzése ...
Tüdőüszök gyógyitása ...
Tüdővarrat ...
Tüdőverőér emboliája méhpolyp e tása után ...
Tüdőverőér-szűkület ...
Tüdővérzés gyógyitása ...
Tüdővész bejelentése ...
Tüdővész és albumosuria ...
Tüdővész és syphilis ...
Tüdővész és terhesség ...
Tüdővész gyógyitása 60, 131, 2

Tüdővészben egyoldali mydriasis .. Sz. 48
Tüdővészesek fehérneműjének fertőtlenitése 959
Tüdővésztani pályadij 279
Tüdővizenyő aethernarcosis után 423
Typhus-agglutinatio máj- és epebajokban 219
Typhus-bacillus ragályzó képessége 33, 408
Typhus-bacillusok tenyésztése 939
Typhus-bacillus okozta cholecystitis 638, 840
Typhus bakteriologiai diagnosisa 757
Typhusbakteriuria és viszonya a vesékhez 119
Typhusban az angina ulcerosa diagnostikai jelentősége... 1128
Typhusban görcsök 294
Typhus epidemiologiájában az ivóvíz szerepe... 1012
Typhus és műtét.. 294
Typhus és tuberculosis miliaris együttes előfordulása... 779
Typhus gyógyítása 446, 702, 772, 885, 1070
Typhus, hosszasan elhúzódó 779
Typhus kórtanában és epidemiologiájában újabb vivmányok 326, 346
Typhus Magyarországon 332
Typhusosak könyeinek agglutináló hatása 202
Typhus ritka szövődményei 788, 824
Typhus után támadt noma 830
Újjizületek veleszületett ankylosisa ... 384
Urachuscysták 1168
Urachus gyökeres műtevése ... ... G. 117
Uraemia gyógyitása 382
Uraemia, nem valódi, a gyermekkorban 459, 1130
Ureter-cysta 1070
Ureterkiirtás 654
Ureterlekötés, időleges, következményei 1109
Ureterplastika 369
Ureterresectio 446
Urethroskopia tökéletesítése 95
Urologus-congressus, franczia... 1020
Uronephrosis intermittens 759
Urophor 958
Urotropin 385
Uvea veleszületett ectropiumja ... Sz. 94
Újszülöttek asphyxiájának kezelése ... 718
Újszülöttek bélrothadasa 175
Újszülöttek szemblennorrhoeájának meggátlása ... ... 1017, 1091, Sz. 317
Újszülöttek thymus-halála 515
Újszülöttek vérének chemiai összetétele 444
Úti jegyzetek 630, 992, 1010
Üvegtest sebei ... ... Sz. 319
Vakbél elcsavarodása 478
Vakbélgümökór gyógyult esete 1002
Vakbél pontszerű vérzései 773
Vakság fenyegetését meg kell-e mondani a betegnek .. .. Sz. 37
Vakság Portugáliában ... ... Sz. 329
Vakság Skandináviában ... ... Sz. 324
Valyl 425
Varicella bullosa 478
Vasarsenkezelés, intravenosus... 840
Vaskészitmények hatásmódja 939
Vasprotylin 425
Vastagbélhurut, idült, gyógyitása 863
Vasuti egészségügy haladása 45
Vállbénulás, akaratlagos 600
Vena cava kettős beszájadzása a szivbe G. 157
Venereás — l. Nemi.
Veronal 350, 385, 422
Verőér-rendszer hypoplasiája ... ... K. m.
Veseátültetés 705
Vesebaj és pruritus 616
Vesebajok sebészi kezelése ... ... 403, K. m.
Vesechinococcus a nőgyógyászat körében 99
Vesegyüjtőér lekötése 1111
Vese kettészelése 368
Vesekiirtás után terhesség és szülés G. 256
Vesekő 1113
Veselob, apostematosus 1113
Veselob a terhesség alatt .. .. G. 486
Veselob és arteriosclerosis 575
Veselob és salicyltherapia 409, 440
Veselob gyógyitása 391, 405, 514, 534
Veselob hirtelen gyógyulása uraemia után 885
Vesemedenczekő 319
Vesemedenceze mérése 719
Vesemetszés, longitudinalis 368
Veseműködés lényege 884
Vese működésképessége nephrotomia után 203
Vese, polycystikus 404, 1150
Vesesebészethez adatok 806
Vesesérülés, subcutan 704
Vesetuberculosis 404, 541, 688, 710, 721, 732, 1152
Veseverőér lekötése 1091
Vesevérzés 1034
Vesipyrin 460
Vestosol 776
Veszettség átoltása a békára 795
Veszettség és Negri-féle testecsek 603
Veszettség kitörése karczolt sebzések után 655
Végbélen át táplálás 310, 586
Végbélhurut gyógyitása 580
Végbélrák műtevése 423, 514, 603, 604, 861
Vérkeringés megszakitásával gyógyitás ... ...
Vérkeringési zavarok felismerése tagokon .. ..
Vérkeringésre a nitroglycerin hatá
Vérképződés elősegitése ... ...
Vérkészitmények fixálása .. ...
Vér kimutatása a bélsárban ...
Vérköpés kezelése ... ...
Vérlelet, sajátságos, ideges emberé
Vér magatartása az emésztőszervjaiban ... ...
Véroltások után gerinczvelő-elvált
Vérsejtszámlálás módositása ...
Vérszegénység — l. Anaemia.
Vérvizelés, essentialis 25
Vérvizsgálat garatmandola-túlter
Vérzés, belső, kezelése gyógyszer
Vérzéscsillapitás... 3
Vérzések az emésztőszervek bajai
Vibratio-érzés ... ...
Vibratiós massage ... ...
Viferral... ... ...
Viliamosság az orvosgyakorlatban
Villámsujtás .. ..
Visvit ... ...
Viszketésérzés elemzése ... .. (
Víz szerepe a typhus epidemiologi
Viz tisztitására új eljárás... ...
Vízben a bakteriumok viselkedés
Vizolészavar hemiplegiában ...
Vízsérvmütét, Klapp-féle ... ...
Volvulus az S romanumon ...
Vörheny prophylaxisa ... ...
Vörheny serumtherapiája .. ...
Vörheny utáni lymphadenitis
Vörhenyben konyhasómentes tápl
Vörhenyes angina gyógyitása...
Vulva-pruritus gyógyitása ...
Waller-féle törvény ... ...
Wecker † ... ...
Werlhof-kór gyógyitása ... ...
Xeroderma pigmentosum folyamán kezett rák 8 éves fiún ...
Xerosis conjunctivalis, genuin..
Yohimbin ... ...
Zabkúra diabetesben ... ...
Zestokausis ... ...
Zinkperhydrol ... ...
Zsigerivitőmlő, nyaki... ... ...
Zsír kimutatása a bélsárban ...
Zsirok befolyása a czukorvizelésr
Zsirszövet szerepe a sebgyógyulá
Zsirszövetnekrosis és pankreasbár

NÉVMUTATÓ.

Oldal
Alapy Henrik 686, 704, 705
Alexander Bernát. ... 293
Alexander Béla .. 388, 1072
Alth Egon 1174
Aujeszky Aladár ... 323
Ádám Lajos.. 620
Áldor Lajos 447
Árkövy József 889
Babarczi Schwartzer Ottó .. ... 17, E. 169
Bakay Lajos.. ... 985, 1047
Bakó Sándor.. 77
Balás Dezső 224, 429, 558, 669, 685, 742, 782, 983, 1095
Balika Ferencz G. 232, G. 236, G. 239
Barla Szabó József 269, 289
Barlay János 242, Sz. 16, Sz. 17
Baróthy Ákos 845
Barta Andor ... 809, 891
Bassa Ignácz ... Sz. 152
BaumgartenEgmont 93, 585, 1136
Bálint Rezső 189, 713, 734
Bánki Zoltán ... G. 477
Báron Jónás.. ... 686, 705
Bársony János 24, 1097, 1135
Bence Gyula 393, 413, 435, 451, 473, 583
Benczúr Gyula ... 679, 696
Berczeller Imre 1146, G. 346
Berend Miklós 175
Berger Gyula .. 603, 620
Berger Mór... 484
Blaskovics L. szló 4.7, Sz. 24, Sz. 55, Sz. 151, Sz. 185
Bogdanovics Milos G. 195
Borbély Samu ... 318, 604
Boros József 555
Boross Ernő 407, 408, 630
Borszéky Károly 129, 281, 623, 645, 661, 1001, 1002, 1093, 1175, 1176
Bosányi Béla 298
Bókay Árpád 35
Bókay János 46, 233, 322, 562
Böke Gyula.. 51
Bradách Emil ... ... K. m.
Buday Kálmán . 483, 1135
Csapodi István ... Sz. 200
Csatáry Lajos 45
Csiki Mihály.. ... 224, 687
Csikos Sándor 355
Csillag Jakab 415, 721, 829, 835, 1075, 1174, 1175
Demeczky Ödön .. ... K. m.
Demeter György 244, 283, 687, 722
Derera Henrik 769
Detre László 194, 584, 625
Deutsch Ernő 399, 1028, 1047, 1064
Deutsch V. Adolf G. 529
Déri J. Henrik 170
Dirner Gusztáv G. 136, G. 139
Doktor Sándor 1057
Dollinger Gyula 209, 302, 390, 391, 401, 429, 704, 742, 1115
Donath Gyula 49, 677, 694, 1001
Donogány Zakariás 318, 736
Edelmann Menyhért 469, 778
Eisenmenger Rezső ... 131
Elfer Aladár 140, 639, 705, 722
Id. Elischer Gyula 218, 234, 253, 274, 290
Ifj. Elischer Gyula 335, 584, 812, 902, 1019
Engel Gábor 58
Engel Károly 335, 812, 1019
Entz Béla 261
Erdély Jenő.. 1062
Erdös Adolf 793, 810, 829, 830
Fabinyi Rudolf ... 244, 391
Falta Marczel ... Sz. 139
Faragó Ödön 879
Fáykiss Ferencz... ... K. m.
Fejér Gyula 128, 207, 482, 503, 72 Sz.
Feldmann Igná
Feleki Hugó 9
Fenyvessy Béla
Ferenczi Sándo
Félegyházi Ern
Fisch Áron...
Fischer Aladár
Fischer Ernő
Fischer Imre..
Fleischmann L
Flesch Ármin 3 408, 505, 5
Fráter Imre 7
Friedrich Vilm
Frigyesi Józse 54, G. 123, G
Fürst Károly Gámán Béla
Genersich Anta
Genersich Gusz
Genersich Marg

Goldzieher Miksa 335, Sz. 116
Goldzieher Vilmos 54, 207, 335, Sz. 179
Góth Lajos 300
Grósz Emil 28, 308, 364, 510, 571, 678, 992, 1163, Sz. 107
Grósz Gyula 157
Grósz Pál 265
Guszman József ... 159
Günther József 345, 365, 380, 399, 417, 455, 474, 493, 531, 552, 595
Gyergyai Árpád 319
Győry Tibor 124, 309, 462, 893
Haberern J. Pál 98, 511, 529, 550, 573, 975
Halász Aladár 501, 753, 1007
Hammer Dezső 1041
Hasenfeld Arthur ... 780
Havas Adolf 76, 317, 445, 637, 828, 866, 867, 1003
Hári Pál 501
Hegyi Mózes. ... 639, 655
Heim Pál 146, 1094, 1119
Herczel Manó 235, 243, 337, 338, 621, 637, 638, 639, 654, 1133, 1172
Herczogh Irma ... Sz. 221
Herzog Ferencz 213, 228, 946
Hevesi Arthur G. 483, G. 484, G. 486
Hirschler Ágoston 354, 685
Hochhalt Károly ... 81, K.m.
Hodoly Elek 355
Hollós József 355, 484, E. 166
Holzwarth Jenő 430
Horváth Mihály 151
Höncz Kálmán 889
Huber Alfréd 584, 866, 971, 1076, 1173
Hudovernig Károly 154, E. 125, E. 129
Hutyra Ferencz 36, 201, 680
Hültl Hümér 482, 644, 1056, 1113
Ihrig Lajos 184
Illyés Géza 243, 263, 1113, K.m.
Imre József 79
Imrédy Béla ... 97, 354
Iványi Ernő 243
Jacobi József 750, 766, 784, 799, 816, E. 163
Jakabházy Zsigmond ... 283
Jancsó Miklós 101, 391, 483, 687
Jendrássik Ernő 42, 320, 335, 343, 363, 618
Kanitz Henrik 244, 265, 300, 339, 359, 378, 391, 397, 519, 670, 707, 730, 983
Kelen Béla 902
Keller Kálmán ... 337, 1021
Kenessey Aladár Sz. 30, Sz. 313
Kentzler Gyula 501, 797, 814
Kenyeres Balázs 705, 722, 983
Kétly Károly 15, 587, 882
Kétly László 226, 251, 427, E. 1
Királyfi Géza ... 674, 989
Kiss Ödön ... ... E. 68
Klein Mór 484
Id. Klug Nándor ... 8, 854
Ifj. Klug Nándor 178
Kollarits Jenő ... 125, K.m.
Kolosváry Sándor 265, 391
Konrád Béla 778, 868, 944
Konrád Jenő 300, 391, E. 109, E. 168
Konrád Márk 87, 778, 779, 868
Konrádi Dániel ... 319, 338
Kopits Jenő ... 166, 1059
Korányi Frigyes 5, 353, 641, 656
Korányi Sándor 53, 315, 605, 628, 1019, 1023, 1117
Kóssa Gyula ... 1124, 1144
Kövesi Géza 179, 1055
Krompecher Ödön ... 1154
Kubinyi Pál G. 117, G. 165, G. 267, G. 311
Kuzmik Pál 73
Lechner Károly ... 131
Leitner Vilmos Sz. 22, Sz. 188, Sz. 198
Lenhossék Mihály 293, 1088
Lenkei Vilmos Dani ... 671
Lévai Ödön 1085
Lichtenberg Sándor ... 1002
Id. Liebermann Leó 246, 307, 839
Ifj. Liebermann Leó Sz. 287
Ligeti Armin 71
Lipscher Mór ... 582, 583
Lipscher Sándor 373, 389, 542, 736, 1136, 1176, 1177
Lobmayer Géza 1138
Lovrich József 241, 582, G. 64, G. 109, G. 111, G. 224, G. 226
Lőte József ... 705, 795
Lukács Hugó 265, 300, 354, 483, 604, 639, Sz. 291
Makai Endre ... Sz. 229
Makara Lajos 208, 299, 585, 604, 655, 705
Mansfeld Ottó G. 212, G. 216, G. 578
Marek József ... 201, 680
Marikovszky György ... 724
Markbreiter Irén 354, 604, 639, 705, 722, Sz. 291
Marschalkó Tamás 56, 670
Marsovszky Pál 654
Mauks Károly ... G. 394
Márer József 186
Máthé Gábor 585, 604, 687
Milkó Vilmos 504, 518, 655, 669, 741
Minich Károly ... 1134, 1135
Moravcsik E. Emil 38, E. 82, E. 118
Morelli Gusztáv 594
Müller Kálmán 12
Nagy Emil 889
Navratil Dezső 357, 589, 611, 722, 723, 743
Navratil Imre 44, 917, 1136
Nádory Béla G. 89. G. 103
Nádosy István G. 243, G. 248
Nenádovics Lázár ... 522
Neumann Szigfrid G. 451
Novotny Lajos 190
Ofner Oszkár ... ... K.m.
Okolicsányi-Kuthy D. 112, 647, 822
Orsós Ferencz 603
Ónodi Adolf 63, 532, 542, 604, 722, 1001, 1005, 1156, Sz. 183
Pach Henrik 1164
Pap Dezső ... ... Sz. 209
Parassin József ... ... K.m.
Paunz Márk 560, 852, 877, 908, Sz. 174
Paunz Sándor 446, 620, G. 252, G. 256, G. 532
Pándy Kálmán 427, E. 154, E. 160, E. 163, E. 167
Pávai Vajna Gábor ... 60
Pesthy István ... 388, 485
Petz Lajos ... ... 83, K.m.
Péteri Ignácz 462
Picker Rezső 283, 326, 346, 558, 1038
Polyák Lajos 152, 303, 542
Poór Ferencz ... 188, 839
Popovici Miklós 778
Potocky Dezső 687
Pólya Jenő Sándor 133, 337, 431, 450, 471, 491, 508, 527, 548, 568, 592, 608, 654, 745, 777, 793, 871, 904, 929, 1019, 1020
Preis Károly 242, 284, 305, 829, 1175
Ranschburg Pál 139
Rácz Miksa 869
Ráskai Dezső 438, 454, 1056
Reinbold Béla 283
Reisman Adolf ... G. 377
Reisz Mór 1049
Remete Jenő. ... 890, 1020
Reusz Frigyes 801
Réczey Imre 964
Révész Géza 261
Révész Vilmos 845
Rhorer László 501
Rihmer Béla 541, 688, 710, 721, 732, 1152
Ritoók Zsigmond 173, K.m.
Rosenák Miksa ... 482, 637
Rotter Henrik 428, 462, 503, 703, 1037, 1039, 1094, G. 73
Róna Sámuel 65, 284, 305, 444, 445, 1175
Salamon Henrik 401, 429
Salgó Jakab 371, E. 150
Sarbó Arthur 109, 325, 662
Schaffer Károly E. 156, E. 159, E. 162
Scheiber S. H. 89
Schein Mór 335, 890
Schiff Ernő 110, 444
Schiller Károly ... 282, 1093
Schmidlechner Károly G. 142, G. 264, G. 491
Scholtz Kornél Sz. 1, Sz. 14, Sz. 84, Sz. 118
Schossberger Sándor 408, 505, 524, 546, 567, 693
Schöller Károly 428
Schreiber Mór ... Sz. 225
Schulhof Vilmos 192
Schwartz Tivadar G. 488
Schwarz Arthur 1057
Schwitzer Hugó 242, Sz. 143, Sz. 148, Sz. 149, Sz. 150
Scipiades Elemér 518, G. 266, G. 350
Sellei József 625, 950, 1027
Siklóssy Gyula 335, 502, Sz. 77, Sz. 130, Sz. 298
Singer Gusztáv 462
Stein Adolf 445, 1076, 1173
Stein Fülöp 70
Stein Lipót 655
Steiner Gyula 865
Steiner Miksa 373, 603, 763
Steiner Pál 494, 849, 992, 1010, 1144
Stiller Bertalan 9
Sugár K. Márton 467, 489
Szabóky János 464
Szana Sándor 183
Szegedi-Maszák Elemér 142
Szilárd Béla ...
Szili Jenő ...
Szili Sándor ...
Szily Adolf ...
Szily Aurél ...
Szinnyei Józ...
Szontagh Fél...
Tangl Feren...
Tauffer Jenő ...
Tauffer Vilm...
Tausz Béla ...
Tauszk Fere...
Tellyesniczky...
Temesváry ... 572, ...
Than Károly ...
Tihanyi Mór...
Torday Árpád...
Torday Fere...
Tóth Imre ...
Tóth István ...
Tóvölgyi Ele...
Török Béla ...
Török Ervin ...
Török Lajos ... 457, 69...
Tuszkai Ödö...
Unterberg H...
Vajda Géza ...
Vargha Gyul...
Vas Bernát ...
Váli Ernő ...
Vámossy Zol...
Velits Dezső ...
Verebély Ti... 298, 630, ...
Veress Eleme...
Veress Fere...
Vermes Lajos...
Vermes Mór ...
Veszprémi D... 604, 639, ... 1102, 11...
Waldmann ...
Walheim Bél...
Weinek Gusz... Sz. 19, S...
Weisz Ernő ...
Wenczel Tiv... 114, ...
Winternitz ...
Wolf Ferencz...
Zilahy Jenő...
Zimmermann ... 247, ...
Zirkelbach A...
Zwillinger H...

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁN
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső sze 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb mellékletek.**

Az Orvosi Hetilap ötvenedik évfolyamának megindultakor.

Ötven év! . . . . Röpke pillanat az idők végtelenségében, de hosszú idő az emberi élet korlátoltságához mérve. A föld geologiai átalakulásai, a fajok fejlődése szempontjából egy félszázad jóformán semmi; de társadalmi téren, az emberi művelődés mezején gyakran nagy idő, mely alatt nagyot fordulhat a világ. Fordulhat! Csak a lehetőségéről szólhatunk ennek, mert vannak évszázadok, a melyek a művelődés, a haladás tekintetében szinte nyomtalanul vonulnak el az emberiség felett, de vannak idők, a mikor már pár évtized nagy, nevezetes korszaka az emberi nem szellemi és erkölcsi fejlődésének, társadalmi megújhodásának. Hasonlít ebben az emberiség története az ember egyéni életéhez: ebben is vannak évsorok, a melyekhez alig fűződik fontosabb esemény emléke, a melyek visszaemlékezésünkben idők multán szinte elmosódnak, összefolynak, s viszont vannak időszakok, melyekben minden arasznyi idő jelentős események, egész létünkre kiható fontos fordulatok lánczolatával véste be magát emlékezetünkbe.

A XIX. századot az emberi művelődés történetében ilyen korszakos, örök időkre emlékezetes, áldásos időnek nevezhetjük. Ez a száz év az emberi megismerést, a tudományok összes körét óriási léptekkel vitte előre. A haladás egy téren sem olyan nagy, mint a természettudományok terén, s ezen a téren bőven kijutott a haladásból annak a tudományszaknak is, a mely az emberi élet ellenségeinek, a betegségeknek tanulmányozását és az ellenük való védekezést vallja czéljául: az orvostudománynak. Az orvostudományok klassikus századának nevezhetnők az elmult századot, ha a maga egészében reá szolgálna erre; valójában csak e század második fele, az elmult 5—6 évtized érdemli meg, hogy korszakos időnek nevezzük a mi tudományunk történetében. Erre esik a sejtelmélet átvitele a kórtan terére (Virchow 1858), a mivel felfogásunk a betegségek természetéről, a beteg szervezetben végbemenő folyamatokról új alakot öltött és egy csapásra megdőltek a régi „humoralpathologiai“ és hasonló rendszerek. Erre az időre esik a fertőző betegségek aetiologiájának a felismerése (Pasteur 1852, Koch 1878, stb.), a bakteriologiának megteremtése és bő tudománynyá való kifejlesztése, s az új felismerés világossága mellett a sikeres védekezés megindítása e betegségek ellen. Ebben a fél században gazdagodott az orvos tudása és művészete az érzéstelenítés különböző módszereivel, az asepsis elvével, melyhez a sebészet az antisepsisen át jutott, s az elmésen kieszelt operatiók egész seregével. Ez a félszázad hozta meg a szem- és gégetükröt, a cystoskopot, a Röngten-átvilágitást, a phototherapiát és még rengeteg egyéb dolgot, a mi mind fontos fegyvere az orvosnak, mikor szembeszáll a betegséggel. Tudományunk minden fejezete kibővült, gazdagodott e félszázad során a széles áradatként hömpölygő, hatalmas részletkutatás által. De mindennél fontosabb elvi szempontból, hogy e félszázad alatt honosodott meg végkép az orvostudományban a természettudományi gondolkodás, a szabatos megfigyelés, az inductio módszere, hogy ezen idő alatt vesztette el a hitelét ezen a téren is teljesen az a bölcselkedő, elméleti irány, mely a betegségek mivoltát pontos észlelés helyett elmés okoskodásokkal, az elavult philosophiai systemák példájára megalkotott „rendszerek“-kel akarta megmagyarázni.

Fordítsuk most tekintetünket szükebb körre: értünk el mi magyar orvosok ezen ötven év sorá nálunk is ez alatt az orvostudomány s az orvosi közi mel és megnyugvással mondhatjuk, hogy ez a félszáz tetben nálunk is a haladás, a fellendülés korszaka vo gyobb haladást az orvosképzés terén értük el. A nem matás megszüntével, önállóságunk, szabad rendelke visszanyerésével élénk tevékenység indult meg a közi terén: közgazdasági, szellemi, társadalmi téren. A ne dásnak, az anyagi és kulturális fellendülésnek nev szaka kezdődött meg ekkor, mely eltartott e század nemzet óriási léptekkel haladt előre minden téren. E sokra és nagy eszmék megvalósítására oly kedv került az oktatásügy élére Trefort (1872) s melléje intéző állásba Markusovszky. Az ő érdemük s különö sovszky-é, hogy a budapesti és (1872 óta) a kolozsvá orvosi karai azokból a kisszerű, szük viszonyokból ben még a 60-as évek elején leledzettek, mind bontakozva, modern színvonalon álló fakultásokká át, új tanszékek felállítása s főkép nagyszerű i klinikák felépítése és kellő felszerelése útján, a m orvosi pályára lépő ifjúság az orvostudomány egyes á tileg és gyakorlatilag a legtökéletesebben sajátíthatja e ben az önálló kutatás is gazdag felszerelésű ottho ha ez irányban nem értünk is el eddig még mind kívánhatunk, bizalommal tekinthetünk a jövőbe, m hogy az a szellem, a melyet Markusovszky meghonosíto körökben, többé ott el nem homályosodhatik, s érezzük és nap után e szellem, e hagyományok változatlan fennn tevékeny megnyilvánulását.

Hogy az a nagy anyagi áldozat, a mit ez a országra rótt, nem volt kárbaveszett pénz, azt máris hatóan bizonyítja újabb orvosi nemzedékünk szinvon ségbevonhatlan emelkedése. Régi orvosaink közt is hány kiváló szakember, részint olyan, a ki tanulmánya végezte, részint olyan, a ki saját szorgalmával pótolta temi kiképzése hiányait. De bizonyos, hogy átlagban mostani nemzedék képzettsége nemcsak tudományunkna elért nagy haladásaihoz képest, hanem azon felül tudásban, ügyességben fiatal orvosaink bátran verseny küiföldi, németországi, ausztriai stb. kartársainkkal kötelezővé tett gyakorlati évvel növekedtek ugyan az képzés költségei és egyéb terhei, de viszont kétség meglesz a tanulmányi idő e meghosszabbításának a abban az irányban, hogy fiatal orvosaink az eddigi gyakorlati tapasztalatokkal lépnek az életbe. Nagy haladás volt a szüneti ismétlő tanfolyamok létesítése az intézmény üdvös és föltétlenül szükséges, hogy t tése nagyon kívánatos, azt alig kell bizonyítanunk. mozzanat, hogy a ministerium érdeklődését ezen inté máris kimutatta azzal, hogy anyagi segélyben részesí látásba helyezte, hogy a jövőben még fokozottabb mért védő szárnyai alá a még zsenge intézményt s anyagi támogatásával elősegíti izmosodását. Külföldön is mi súlyt helyeznek arra, hogy az elszigetelten álló vi

nagyobb kórházakban az orvostudomány és orvoslás terén felmerülő újabb haladásokat nemcsak elméletileg, hanem gyakorlatilag is megismerni, betegeik és saját maguk javára.

Nagyot haladt az ország ezen ötven év alatt a fővárosi és vidéki kórházak dolgában is, úgy a számot, mint a minőséget véve tekintetbe; vannak már vidéki kórházaink, a melyek modern felszerelésükkel és kitünő vezetésükkel a legnagyobb követelményeket is kielégítik. Kétségtelen azonban, hogy ezen a téren még sok a tennivalónk.

Orvosi tanintézeteink, klinikáink és kórházaink modern fejlődése nemcsak az orvosképzés terén bizonyult gyümölcsözőnek, hanem örvendetes hatása megnyilvánult abban is, hogy orvosaink tudományos tevékenysége, önálló irodalmi termelése nagyban fokozódott, a mióta a kutatás eszközeivel bőven ellátott laboratoriumok, prosecturák, kellőkép felszerelt kórházak nyujtanak teret, eszközöket, anyagot, útmutatást a dolgozni, kutatni vágyó orvosoknak. Orvosi lapjaink és folyóirataink száma tetemesen megnövekedett az utolsó évtizedben s valamennyinek bőven kijut az eredeti, önálló vizsgálatokon alapuló czikkekből, sőt mintha meglevő lapjaink már nem is volnának elegendők az irodalmi termelés befogadására. A haladás ez irányban, valamint a dolgozatok belső értéke, módszere, szelleme tekintetében is szembeötlő. A magyar orvosok irodalmi tevékenysége ma már számot tevő tényező az orvostudomány nemzetközi haladásában. Az a tudományos szellem, az a szabatos természettudományi gondolkozás, a melynek Markusovszky oly lelkes szószólója volt, ma már végkép meghonosodott orvosi iróink között.

S végül igen jelentékeny haladásokat értünk el ez ötven esztendőben az orvos közhasznú tevékenységének egy másik mezején: a közegészségügy terén is. Csak egy párat említünk fel ama nevezetes mozzanatokból, a melyek valamennyien szinte egy-egy lökéssel vitték előre hazánkban ezt az ügyet: a közegészségügyi tanszékek és intézetek felállítását a budapesti (1873) és kolozsvári egyetemen, az 1876. évi XIV. törvényczikket, az országos közegészségügyi tanács (1868) és közegészségügyi egyesület (1880) megalapítását, az iskolaorvosi intézmény (1885)szervezését, az első hazai tüdőbaj ellenes sanatorium megteremtését. S mindennél talán fontosabb, hogy a hygiene alapigazságai, a tisztaság, a fertőző betegségek ellen való észszerű védekezés elvei a közegészségtan lelkes zászlóvivői részéről megindított társadalmi mozgalom révén mindinkább tért hódítottak a közönség körében s hogy az állapotok e tekintetben nagy előhaladást tüntetnek fel a néhány évtized előtti viszonyokhoz képest nemcsak a városok jómódú polgársága közt, hanem sok helyt az egyszerű falusi lakosság körében is.

* * *

Mind e haladások elvonulnak szemeink előtt, midőn világgá bocsátjuk ezt a lapszámot, melyre először irhatjuk, hogy „ötvenedik évfolyam“!

Kevés hiján egy fél százada tehát, hogy Markusovszky, orvosi és egyetemi ügyeink e felejthetlen, fenkölt lelkü harczosa, megindította ezt a lapot.

Már egymagában is emlékezetes dolog, ha egy magyarnyelvü újság megéri alapításának ötvenedik évfordulóját. Közel ezer magyar nyelvű hirlapunk és folyóiratunk közt az Orvosi Hetilapon kivül csak négy olyan van, a mely félszázados összefüggő multtal dicsekedhetik, ezek között is az egyik velünk együtt lép 50. évfolyamába.[1]

De kétszeresen nevezetes mozzanattá lesz ez az esemény azáltal, hogy ez az ötven év egybeesik egy nagyjelentőségü korszakkal az orvostudomány történetében s egybeesik másfelől a magyar orvostudománynak és orvosi közügynek renaissance-ával

[1] Ez a négy újság a következő: Religio-Vallás (65. évf.), Pesti Napló (57. évf.), Vasárnapi Ujság (52. évf.) és Vadász- és Versenylap (50. évfolyam). A nem magyar nyelvű magyarországi lapok közt több van, a mely ennél sokkal hosszabb multra tekinthet vissza: igy a Hermannstädter Zeitung 122., a Kaschauer Zeitung 68., a Gazeta Transilvaniei 64. évfolyamába lép az idén. 1857-ben, midőn az Orvosi Hetilap megindult, kb. 30 magyar hirlap és folyóirat jelent meg. (1854-ben csak 20).

százados pályafutásában becsülettel kivette a maga rész

Az Orvosi Hetilap nem az első magyar orvosi újs orvosi nemzedéknek már alig van tudomása az „Orvosi melyet Bugát Pál Schedel Ferencz (későbbi Toldy F közreműködésével 1831-ben indított meg. Ez volt az lap. Eleinte mint havi folyóirat, de nemsokára már mi jelent meg s egyfolytában szolgálta orvosi ügyünket 1 forradalom viharai oltották ki az életét. Élő orvosaink még többen vannak, a kik az Orvosi Tár olvasói közé de bizonyára csak egy van, a kinek nevével a munkat találkozunk: Korányi Frigyes. Az 1848. évfolyam II. 84. lapján az akkor 19 éves Korányi eleven tollal i közöl ilyen czimen: „Szózat az orvoskar javaslatkészít mányához.“ E czikk a régi orvoskar azon javaslatához s hogy a sebésztanfolyamot el kell törülni (a mi csak valósult meg). Korányi határozottan az eltörlés mellett Bugáttal azt a közvetítő inditványt teszi, hogy a má latban levő sebészeknek bizonyos feltételek mellett orvos kell adni.

Az Orvosi Tár először mutatta meg, hogy é nyelvünkön is lehet az orvostudományt ápolni, fejleszte valamint hazafias szellemével teljességgel reászolgál kegy s reászolgál erre különösen szerkesztője, Bugát Pál hazaszeretete s a magyar orvosi nyelv körül kifejtett l buzgalma révén. Az az ideál, az az álomkép lelkesített pár év alatt az orvostudomány, sőt a természettudomány műszavait átültesse magyar nyelvre s igy megteremtse tarkaságoktól ment tiszta magyar orvosi münyelvet, azután hazai tudományunk szépen haladhat előre. Kár, a nemes buzgalom nem párosult nála kellő kritikával érzékkel. Bugát számos sikerült alkotás mellett hal gyártotta a rossz szavakat is, melyek egy része, sajnos gyökeret vert már orvosi és természettudományi irodal hogy alig lehet majd őket kigyomlálni. Lassubb, tart óvatosabb haladás mellett helyesebben fejlődött volna o nyelvünk.

Bugát lapjának nagy hibája volt az egyoldalúság. felől minden sorát, minden szavát igaz hazafias érzés addig másfelől nem találunk benne valódi tudományos nemcsak a mi korunk haladott tudományosságát véve hanem saját kora szinvonalához képest is. Mintha biz kettőt nem lehetne összeegyeztetni! Hogy milyen s vezette Bugát lapját, azt legjobban jellemezhetjük az 1848-ban adott programmjából ideiktatunk néhány programm élére, mint lapjának főelvét, Bugát a következő „Azon leendünk, hogy a magyar medicinát semmi futó konyságú, külföldről hozzánk becsapó theoria alapjaiba rázhassa, s ekként állítsunk ki magunk ereje által l magunk számára egy állhatatos medicinát.“ Balassa eg — magának ez Orvosi Tárnak a hasábjain — finom kelt ki e „magyar medicina“ ellen, a mely a mi sa használatunkra a külföld tudományos haladásaitól fü akar egy orvostudományt megteremteni.

Az utolsó évfolyamokban ehhez a hibához még e járult: a polemiák, személyes támadások és védekezések zása a lap hasábjain. Igy nem is csoda, hogy az O nem tudott nagyobb népszerüségre vergődni s hogy utolsó évfolyamban keserüen panaszolja lapjának csekél „Hiszen mi jelenben rosszabb állapotban vagyunk, mi 17 évvel, midőn tárunkat legelőször megindítottuk, n akárki az akkori és utolsó félévi olvasóink számát“.

Kilencz évi szünet után — vessünk fátyolt e időre! — 1857. junius 4.-én indítja meg Markuso Orvosi Hetilapot. Markusovszky a lap keletkezésének elmondta ama minden egyszerüségük és tartózkodásuk megható szavakban, a melyekkel 1889. deczember 29.-én a lap olvasóitól. A forradalom utáni években Balassának méltó egyénisége körül csoportosultak leginkább a főváros és egyetemi tanárok közül azok, a kik „reményüket jövőbe el nem vesztve, tanulni, készülni, tenni kívántak hazafias eszményekért, a hazai orvostudomány előbb

alatt indult meg 1857-ben az Orvosi Hetilap. Markusovszky lapjának első programmjában szerényen mondja, hogy a lap szerkesztését nem azért vállalta épen ő el, mintha erre kiválóan hivatottnak érezné magát, hanem mivel más nem igen találkozott, a ki testet adott volna az eszmének.

Az Orvosi Hetilapban első számától kezdve új hang szólal meg, új szellem nyer kifejezést: szerkesztőjének széles látókörű, magas szinvonalú, a dolgok mélyébe tekintő szelleme. Programmját 1857-ben a következőkben fejti ki: „Czélunk: *az orvosi tudomány művelése közöttünk és általunk*; figyelmeztetni ügyfeleinket a tudományos orvosi világ tanulmányaira és felfedezéseire; terjeszteni és meghonosítani közöttünk az okszerű és lehetőleg tüzetes kórbúvárlat elveit és eljárását; megörökíteni hazánk javára kitünő szakembereink tapasztalatait és buzdítani őket nemes munkálkodásbeli kitartásra; ébren tartani honunk minden vidékein a tudományos haladás és nemzeti műveltség iránti részvétet; értékesíteni tanintézeteink és kórodáink tanulságos anyagát; közremunkálkodni honunk egészségi viszonyai és kincsei megismerésére és az orvosi hivatás tudományos és erkölcsi emelésére.“

Az alap tehát, a melyre Markusovszky lapját helyezi: egyfelől az orvostudománynak modern szellemben, természettudományi irányban való ápolása hazai nyelvünkön, másfelől meg szabatos orvosi ismeretek terjesztése a hazai és külföldi haladások figyelembevételével. Nem abban áll az igazi hazafiság, hogy elzárkózzunk a művelt külföldtől s magunk teremtsünk meg magunknak egy külön orvostudományt, a minek alkalmasint leginkább betegeink vallanák a kárát, hanem igenis abban, hogy éber figyelemmel, komoly érdeklődéssel kisérve tudományunk haladásait, bárhol merülnek is fel, oda törekedjünk, hogy valóban tudományosan képzett, elméletileg és gyakorlatilag a kor szinvonalán álló orvosok legyünk. E mellett teljesen megóvhatjuk nemzeti jellemünket, s érzésben és gondolkozásban, észjárásban és nyelvben teljesen magyarok maradhatunk. Hazafiságunk abban lelje kifejezését, hogy a kinek módjában van és a kinek tehetsége van hozzá, hazai tudományunkat önálló értékes termékekkel gyarapítsa.

Markusovszky nem szünt meg ez elveket hangoztatni az Orvosi Hetilap hasábjain. Gyönyörű czikkeiben, a melyek áthúzódnak a lapon alapításának évétől 1889-ig, mikor Markusovszky megvált a lap szerkesztésétől, újra meg újra kifejti más-más alakban e nézeteit, így azokban a szép czikkekben, a melyekben — az angol orvosi lapok példájára — 1857-től 1867-ig a tanév elején buzdító, irányító szózatot intéz az orvosi pályára lépő ifjúsághoz, vagy azokban a lelkes enunciatiókban, a melyekben orvosi tanintézeteink tökéletesítését sürgeti, vagy egy-egy haladást e téren lelkesedéssel üdvözöl. Markusovszky e czikkei közül a főbbeket az imént kiadta az Orvosi Könyvkiadó Társulat egy kötetben, s ezzel nemcsak kegyeletét rótta le alapítójával szemben, hanem tagjainak élvezetes és tanulságos olvasmányt is nyujtott. Bámulatos, hogy Markusovszky mily helyesen fogta fel a haladó tudomány szellemét, mily világosan ismerte fel — ötven évvel ezelőtt — azt az irányt, a melyben a modern orvostudománynak fejlődnie kell, s a melyben haladnia kell különösen a mi orvosi culturánknak. Mintha ma irták volna e czikkeket, olyan újak, olyan beleillők mai gondolkozásunkba, a legrégiebbeket is beleszámítva. Eszmékben való bőségük, fordulatosságuk és gondolatfüzésük mesteri könnyedsége és világossága valódi szellemi élvezetté teszi e czikkek olvasását, s valóban kissé gördülékenyebb, közvetlenebb, egyszerübb stylus mellett természettudományi irodalmunk remekművei közé sorozhatnók őket. Markusovszky kerüli a szónokias pathost, s mégis stylusát az igazi lelkesedés melege akarva nemakarva is lendületessé, emelkedett hangúvá teszi, mellőzi a hazafias ömlengéseket s mégis minden szavából a legtisztább, a legnemesebb hazafiúi érzés sugárzik felénk.

Markusovszky lapján bebizonyult azon mondás igazsága, hogy az idealismus egyúttal a legjobb politika is. Az a zászló, a melyet Markusovszky kibontott és fennen lobogtatott, csakhamar a legjelesebb munkásokat toborzotta a lap köré. Már az első években kitünő munkatársak, egy Balassa, egy Bókai János, egy séggel jelennek meg eredeti dolgozataikkal a lap jelesebb szakembereink, egyetemi tanáraink s kivá és vidéki orvosaink. Itt közbevetőleg megemlítjük, 1857-i évfolyam munkatársai közül a következők az élők sorában: Korányi Frigyes („Adalék a lép h sainak tanához“), Chyzer Kornél (két könyvismert Gyula („Légcső-hörg-tüdőlob a légutakba jutott idegen keztében, halál“) és Csatáry (Grósz) Lajos („ [ophthalmia intermittens]).

De helyes úton járt Markusovszky annyiban i jának szellemével, irányával eltalálta az olvasó köz legalább is orvosaink komolyabb, törekvő részének kinyerte a tetszésüket. A lap sikerét mi sem bizon mint hogy az előfizetők száma már az első annyira emelkedett, hogy a lap fennmaradása bizto Markusovszky már az 5. számban írhatta, hogy: Hetilap anyagi állását illetőleg örömmel és a két közönsége tudományos és hazafiúi buzgalmának mélt résével nyilatkoztathatjuk, hogy a kezdetlegi részvét kat, mely, az igaz, túlságos nem volt, felülmulta“.

Jeles munkatársat nyert Markusovszky lapjá Balogh Kálmánban, hinek neve 26 évig, 1862-1888-ig, szerepel az Orvosi Hetilap czímlapján m társé. Nagy universalitása, fürge tolla nagy számba lap számára, kivált a 60-as években az eredeti czikk ismertetéseket, lapkivonatokat, s Balogh később majd végezte a tulajdonképeni szerkesztői teendőket, mag a legnagyobb részt „a napi munkában, az anyag öss s a munkások buzdításában és nevelésében“. 1863-h három melléklettel lepi meg az Orvosi Hetilap olva nőorvoslási, gyermekorvoslási s szemorvoslásival, Bókai és Hirschler szerkesztésében. Ezek közül pe utóbbi — a Hirschleré — volt hosszabb életü, a már néhány év múlva, 1866-ban megszünt s csak k fel újra. A Szemészet melléklet 1863 óta félbeszakítás meg s — reméljük — hét év mulva külön megünnep félszázados jubileumát.

* * *

Az Orvosi Hetilap hü maradt ahhoz a szellem ben ideális gondolkozású alapítója megindította, hü nemcsak az alatt a 31 év alatt, míg Markusovszky lapját, hanem azóta is, a mióta szerkesztése Högy Antal Géza, majd egyedül Högyes Endre kezébe me e tizenöt év alatt is, bátran mondhatjuk, megmaradt megőrizte csorbitatlanul a reá maradt nagy hagyo híven és változatlan irányban szolgálta nemcsak az igényeit, hanem ezen felül a magyar orvostudomá ügyét is.

Az Orvosi Hetilap mostani vezetői, visszatek ötven éves történetére, teljesen átérzik azt a nagy azokat a kötelességeket, a melyeket e nagy mult s tiói rónak reájuk, s komolyan fogadják, hogy mind azon lesznek, hogy a lap megmaradjon azon a sz melyre elődjeik emelték, s mint eddig, úgy ezentúl irányváltoztatás nélkül teljesitse hazafias küldetését.

Lapunk első czélja tehát ezentúl is az marad sorban lebegett Markusovszky szemei előtt, midőn la szólította orvosi culturánk szunnyadó erőit: hogy t jeles orvosi tárgyú eredeti közléseknek, hogy megj erőket ösztönözzön és neveljen önálló munkára s ny szen a magyar orvosi művelődés számára. Ha szán tartani arra, hogy helyet foglalhassunk az igazán m tek sorában, nem szabad elmaradnunk az önálló termelés dolgában sem az európai és amerikai k a japániak mögött. Igenis szükséges, hogy kifejlődj igazi tudományos élet, a mely belül lüktet és kifel hogy legyenek nekünk is tudósaink, a kik kives részét abból a munkából, abból a nemzetközi kü melyet az emberiség a megismerés javaiért folytat.

a hazáját, vagy annál a hazaszeretet nem párosul eléggé értelmességgel. Kétségtelen, hogy a magyarban megvan a tehetség a tudományos munkára; elméjének élénksége, józan észjárása s termékeny fantáziája (a mi szintén nagy fontosságú tényező a tudományos alkotásban) praedestinálja őt, hogy a tudomány terén is jeleset, értékeset alkosson. S hogy a magyar ezen a téren — bár a haladás kétségbevonhatlan — még nem tett annyit, a mennyit tehetne, úgy ezért első sorban a külső körülmények bizonytalan, kedvezőtlen alakulását okolhatjuk. A tudomány haladásához nyugalmat, szélcsendet kíván. A tudomány nem tud megélni egyes, szellemi irányukkal, törekvéseikkel elszigelten álló egyének önzetlen, hiúságtól ment idealismusából, hanem fejlődéséhez a társadalom szeretetének melegére, dédelgető kultuszára szorul. De tapasztalat szerint a közszellem csak akkor fordul buzdító érdeklődésével a tudományok felé, ha egyéb, politikai és hasonló nagy létkérdések nem kötik le a közfigyelmet, nem foglalják le a maguk számára az érdeklődés, a lelkesedés teljességét. Reméljük, hogy a jövő meghozza a magyarnak azt az áldásos korszakot, a mikor lelkesedésének tüzét teljesen kulturális hivatásának, a nemzeti geniusában nyugvó szellemi erők zavartalan kifejlesztésének szentelheti!

Az Orvosi Hetilap az évtizedek során jeles szolgálatokat tett a hazai orvostudománynak mint az önálló dolgozatok, az elméleti és gyakorlati orvosi czikkek organuma. Helyet adott gyakran — a jó ügyért — a tisztán elméleti, az orvostudománynyal nem egyszer csak laza kapcsolatban levő czikkeknek is, a melyek különben magyar nyelven nem jelenhettek volna meg, mert az Akadémia kiadványai közt az ilyen tartalmú czikkeknek csak egy része láthatott napvilágot. Az utolsó évtizedben a teher egy részét levette az Orvosi Hetilap vállairól a Magyar Orvosi Archivum, ez a felette szükséges és érdemes folyóirat, mely valóban jeles hivatást teljesít. Igy az Orvosi Hetilap „Eredeti közlemények“ czimü rovatában inkább tért foglalhatott a gyakorlati orvosi irány. S ha olvasóink szemei elé a gyakorlati természetü, tisztán orvosi czikkek között néha egy-egy merőben elméleti irányú is kerül: ne ütközzenek meg ezen, s részesítsék azt is, a magyar tudomány kedvéért, jóságos figyelmükben. A külföldi orvosi lapok is, legalább a nagyobbak, majd minden számukban hoznak a gyakorlati irányú czikkek mellett ilyen tisztán elméleti dolgozatokat is.

Egyetemi intézeteink és kórházaink nagyszabású fejlődése s egész közmüvelődésünk felpezsdülése, mint már említettük, nagy haladást létesített a 60-as évek óta orvosirodalmi termelésünk dolgában is. De még sem értük el ez irányban azt a fokot, a melyet magunk elé kell tüznünk. Kivánjuk, hogy mind nagyobb számmal akadjanak orvosaink közt oly ideális lelkü egyének, a kik erőiket vagy erőik egy részét a tudomány ápolására fordítják, még pedig lehetőleg nem önérdekből, nem csakis a külső sikerekre irányuló becsvágyból, hanem a tudomány igaz szeretetéből is. S óhajtjuk, hogy közöttük minél több valódi tehetség találkozzék, minél több olyan egyén, a ki e munkálkodáshoz magával hozza a kellő általános müveltséget, nyelvismereteket, szakbeli készültséget, búvárkodó tehetséget és alaposságot, s a ki ez adományok és szorgalma alapján az orvostudományt oly megfigyelésekkel, olyan új megismerésekkel vagy a gyógyítás olyan új elveivel és módjaival gazdagítja, a melyek a betegségekről való ismereteinket valóban előbbre viszik s az emberiségnek valóban javára szolgálnak s a melyek elismerést keltenek nemcsak idehaza, hanem az egész müvelt világban is.

De elvárjuk orvosainktól, valamint egyéb tudósainktól is, hogy irodalmi közleményeiket első sorban magyar nyelven tegyék közzé. Ha a czikk értékes, tanulságos, s új tényeket vagy eszméket tartalmaz, nemcsak megengedhető, de nagyon kivánatos is a magyar tudomány hírneve szempontjából, hogy egész terjedelmében vagy legalább kivonatosan megjelenjék a nagy világnyelvek egyikén, a világszerte elterjedt külföldi lapok vagy folyóiratok valamelyikében is. Ámde a magyar nyelven való közlés el nem maradhat, ez nem felesleges, mint azt már hallottuk mondani különben hazafias érzésü kartársainktól, erre szükségünk van, hogy itt minálunk egészséges, pezsgő tudományos élet, nemzeti tudomány s a tudományok ápolására kimüvelt, hajlékony nyelv fejlődjék ki.

alapon és nemzeti nyelven fejlődhetik ki és virágozhatik.

Markusovszky ezt több izben igen szépen és me fejtette ki az Orvosi Hetilap hasábjain, talán legböve 1860. évfolyam egy czikkében. Ide iktatjuk azokat a s melyek élénk tanújelei irójuk helyes itéletének és egyút fiságának is: „A magyar sohasem volt bálványozója, de is vak gyülölője az idegennek, mert tudta és érezte, valódi felvilágosodás saját erejét csak növelheti, s csak gült ellene, hol saját benső élete megsemmisülésével a n minden lehetősége is elenyészett volna. Napjainkban pedi zet tisztában és határozottabban mint valaha, érzi és tu Európa müvelt nemzetei közepette csak úgy fog megfelel adatának s csak úgy róhatja le az emberiség iránti tarto a gondviselés adta adományok hü és erélyes kifejtése á *nyelvén, saját módján*, saját jelleme és egyénisége szerin közös civilisatio nagyszerü eszméje valósításához. Ezt ér is, midőn tiszteletben tartván a tudományt, bárhonnan s is, ... azt óhajtjuk, hogy orvosi tudományunk hazai nyelvünkön mielőbb, de minél tökéletesebben is mü mert csak ez úton számíthatunk annak felvirágoztatására kö

Az Orvosi Hetilap második feladatául mindenkor tette, hogy ismertető közlések, könyv- és lapkivonat olvasóinak minél teljesebb és hívebb képét nyújtsa az orvosi haladásának elméleti és gyakorlati téren. Tudományun haladt az utóbbi évtizedekben és halad folytonosan. lapok egyik legfőbb feladata, hogy az irodalmi termel ből kiválaszszák azt, a mi értékesnek, a mi a betegs tának megismerése, a kórság meghatározása és gyógyítá pontjából fontosnak látszik, s hogy az ilyen közlések eredményeit rövid összefoglalásban világos és hibátlan ny feltárják elvasóik előtt. E feladat nem könnyü, mert neh is felismerni az irodalom áradatában a valóban értékeset ban haladást jelentőt, s másfelől meg nehéz valamely dolognak a velejét kihámozni s röviden és érthetően ismer punk e rovatát az elmult évfolyamban tetemesen kibő az a szándékunk, hogy ezentúl fokozatosan még gazdaga teljesebbé tegyük. Roppant anyag az, a mit az Orvos ez ötven év alatt könyv- és lapismertetések alakjában felhalmozott; visszatükrözi ez az orvostudomány egész e félszázad alatt.

De az Orvosi Hetilap történelmi jelentősége orvost és orvosi viszonyaink fejlődésében koránt sincs kimerít hogy tért adott az önálló munkának és terjesztette a t cseit. Jelentőségének egy fontos része abban az agitatori kenységben rejlik, a melyet hasábjain Markusovszky az a kezdések ama termékeny évtizedeiben egyetemeink oktatásügyünk, közegészségügyi viszonyaink s az orv anyagi helyzetének és szellemi szinvonalának emelés ben kifejtett. Az Orvosi Hetilap nemcsak mindenkor támogatója, bátor szószólója, sőt nem egyszer kezdemény azoknak a haladásoknak, a melyeket az elmult 50 évbe elértünk hazánkban. Személyes politikát ez a lap sohas hanem mindenkor híven ragaszkodott ahhoz a jelszóho az első évfolyamokban a lap mottoja gyanánt szerepelt: a jobb.“ Ha a lap állásfoglalása egyszer-másszor a részrehajlás hatását kelthette is, a következmények min mutatták, hogy az volt a helyes, az ügy javára szolg pont, a melyért a lap síkra szállt, s ezzel utólag beiga motivumok tisztasága is a lap állásfoglalásában. Persze szer fordult elő, hogy a lap egyik másik czikke visszah tett az ellenkező véleményen levőknél s megindultak a a melyekben néha igen heves hang szólal meg, s a mely világot vetnek a 60-as és 70-es évek izzó tetterejére, harczkészségére.

Az idők megváltoztak, a polemiák és küzdelmek k Egyetemeink orvosi karainak kiépítése, ha nem érte is befejezettségét, de már nem messze jár tőle, s bizonyos összes illetékes körökben megvan a legteljesebb jóakar fennmaradó hiányok pótlására s az orvosképzés összes nek korszerü továbbfejlesztésére. A közegészségügyet, ső vosi rend anyagi érdekeit is immár külön lapok szolgál

erre vonatkozó kérdések megvitatása oly nagy tért foglaljon el mint régebben, mikor a lap a haladásra irányuló küzdelmével úgyszólván egyedül állott. A lap ezentúl is érdeklődésével fogja kisérni mindazon mozzanatokat, a melyek hazánkban a közegészségügy s az orvosi rend érdekeinek emelésére felmerülnek és e czélra alkalmasnak látszanak, s támogatásával fogja sikerüket elősegiteni, de főrendeltetését nem az ilyen irányú tevékenységben, hanem a tudomány fejlesztésében s az orvosi téren elért haladások ismertetésében és terjesztésében fogja keresni.

Az Orvosi Hetilap az elmult fél században minden irányban nevezetes szolgálatokat tett a hazai orvosi cultura ügyének. S hogy mi volt ez a lap azon, eleinte kicsiny, de csakhamar növekvő gárdának, a mely alapitása idején s később körülötte csoportosult, annak az ecsetelésére legyen szabad a leghitelesebb tanúnak, Korányi Frigyesnek amaz ékes szavait ideiktatunk, a melyekkel 1889 február 17. én átadta az Orvosi Hetilap munkatársainak arczképét a szerkesztéstől már visszalépett Markusovszkynak: „Nekünk öregebbeknek megváltó szó, a mely a nehéz időkben megzsibbadt erőnket tevékenységre hozta és tevékenységünk elé czélt tüzött; a fiataloknak azon tér, a melyen első szárnycsattogásaikat hallatták, s a melyen később eröteljes munkásságuk tükröződött. Egyikünknek sem volt az egy egyszerüen tudományirodalmi vállalat, hanem egy atyai ház, a melyből életirányunkat nagyrészt merítettük, a melybe törekvéseink gyümölcsét haza vittük, s a melyben reményeinket és fájdalmainkat elmondtuk.“

* * *

Az Orvosi Hetilap szerkesztősége, ismerve és méltányolva mindazt, a mit a lap ötven év alatt orvosi ügyünknek tett, úgy érezte, hogy tartozik azzal a lapnak és a lap nagy multjának, hogy az ötvenedik évfolyam megindultát ne hagyja nyom nélkül elvonulni. Lapunk szellemének leginkább véltünk megfelelni e nevezetes évforduló megünneplésének azon módjával, hogy közreműködésre hiva fel egyeseket lapunk mostani és régebbi munkatársai közül, olvasóinknak a rendesnél jóval terjedelmesebb és tartalmasabb számot nyujtunk, olyant, a mely felelevenitse ezen 50 év emlékeit, küzdelmeit, sikereit, kifejezője legyen a mostani orvosi nemzedék szellemének, s talán egyben-másban reá is mutasson a jövő feladataira.

Ime itt az ünnepi szám! Hazafias örömmel és büszkeséggel nyujtjuk olvasóinknak, mert e szám terjedelem és tartalom dolgában nagyban felülmulta várakozásunkat, s valóban örömmel tölthet el mindenkit, a ki a hazai tudomány fejlődését szivén hordja. Olvasóink bizonyára élvezettel és tanulsággal fogják olvasni azt a sok érdekes és értékes czikket, melyet e szám tarka változatosságban tár eléjük. Fogadják mindazok, a kik ez alkalommal lapunk köré sorakoztak, s a kik czikkeikkel lehetővé tették e szám sikerét, őszinte köszönetünket!

De köszönetünket kell hogy kifejezzük az 50. évfolyam megindulta alkalmával az Orvosi Hetilap összes eddigi munkatársainak is, a mostaniaknak és régiebbeknek, mindazoknak, a kik az évek során czikkeikkel felkeresték az Orvosi Hetilapot. Hálás köszönettel emlékszünk meg különösen mellékleteink szerkesztőiről. Kegyelettel gondolunk az egykori munkatársak közül azokra, a kik már nincsenek az élők közt. Munkásai voltak ők nemcsak a betegségek ellen való nagy emberi küzdelemnek, hanem egy másik szükebb körü, de szintén jó ügynek: a hazai tudomány ügyének is, magvetői egy gazdagabb, termékenyebb jövőnek. Legyen áldott az emlékük!

Köszönjük előfizetőink támogatását is, különösen azokét, a kik az évek és évtizedek során át hüségesen kitartottak mellettünk. Lapunk alapitása óta az orvosok száma hazánkban nagyon megnövekedett; ez idő szerint közel 5000 orvosa van hazánknak, s igy a magyar orvosi lapok közönsége e lap alapításának ideje óta jelentékeny természetes szaporodást ért, a mihez még hozzájárul az is, hogy hazánk fejlődésének nemzeti iránya, a középosztály kétségbevonhatlan megmagyarosodása meghódított a magyar nyelvü orvosi újságirodalomnak számos kartársat azok közül is, a kik azelőtt csak német lapot járattak. Nincs kifogásunk az ellen, sőt elismerésre méltónak tartjuk, ha a magyar orvos ismereteinek gyarapitására külföldi szaklapokra is előfizet, de azt az egyet

egy magyar orvosi lapot járasson. 5000 orvos mellett m
orvosi lap is, s igy természetes jelenség, hogy ma már
ügyet nálunk nemcsak egy lap szolgálja, mint 1857-b
lapunk megindult, nem is kettő, mint 1861 óta évtize
hanem az orvosi lapok egész sora. Kivánjuk tisztelt la
nak, hogy megtartsák és növeljék a maguk olvasóköz
óhajtjuk, hogy a hazai orvostudományt és az orvosi ren
ezentúl is olyan helyes irányban és oly sikeresen s
mint eddig.

Jubileumunk örömmel teljes hangulatába két szom
vegyül. Az egyik a mély megindultság érzése azon fér
kus sorsa felett, a ki még egy évvel ezelőtt szerkeszt
adója volt e lapnak, s ki most súlyos és gyógyithatl
ségben sinylődik, barátai és tisztelői nagy fájdalmára.

A másik a mély hazafiúi aggodalom hazánk sor
A haza egén sötét felhők tornyosúlnak; a magya
jólétét, nyugodt előrehaladását a gazdasági élet
tura terén komoly veszedelem fenyegeti. Reméljük, hogy
a nemzet kilábolt azokból a súlyos állapotokból, a melyek
sinylődött, mikor e lap megindult, azonképen meg fogja
kivezető utat a mostani nehézségekből is, s helyreáll
ismét a belső békének és a nyugodt haladásnak az a
ideje, a melyre oly nagy szükségünk van állami életü
gazdasági állapotainknak modern irányban való kifejles
culturánk kiépítésére.

Az Orvosi Hetilap sz

Ujabb adatok a gerinczoszlop kopogtatási diagnostikai értékesitéséhez.

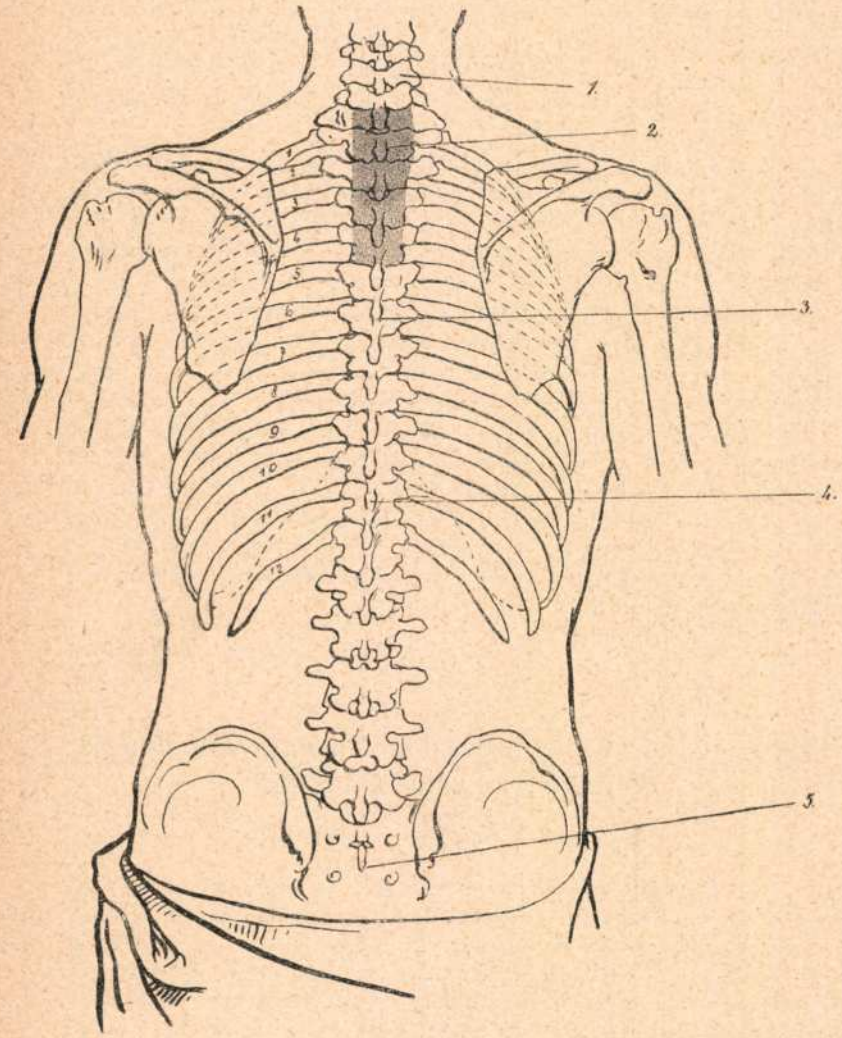
Irta: *Korányi Frigyes* dr. egyet. tanár.

A belgyógyászat kézikönyvének 1897-ben meg
kötetében a rostonyás tüdőgyuladásról irt munkámba
közöltem sajtó útján a mellhártya-izzadmánynak egy
tüdőgyuladással szemben differentialis diagnostikai j
kórtüneményét, mely abban áll, hogy olyan izzadmány
lyek átlag hátul a lapoczkaszögletig terjednek fel és
hosszabb idő óta állanak fenn, az izzadmány oldalán
intensiv tompulat a gerinczoszlopon túl átterjed az
olyan módon, hogy a XII. borda táján a gerinczosz
bizonyos távolságig meghaladván, innen felfelé a gerin
mindinkább megközelíti és ennek függélyes tengely
kevésbé éles szögben metszi, tehát egy háromszöget
szöveghez egy ábra is van csatolva, mely ezen tompula
szöget ábrázolja. Ugyancsak 1897-ben jelent meg a
clopaedie XIII. kötete Lipcsében, a melyben a tüdőbet
irt munkámban ezen kórtünetet szintén leirtam. Mielőtt
útján való közléseim megjelentek, már több éven keresztül
minden adott alkalommal klinikai előadásaimban, közlés
ban sokoldalú másnemü elfoglaltságom és egyéb külső
nem jutottam.

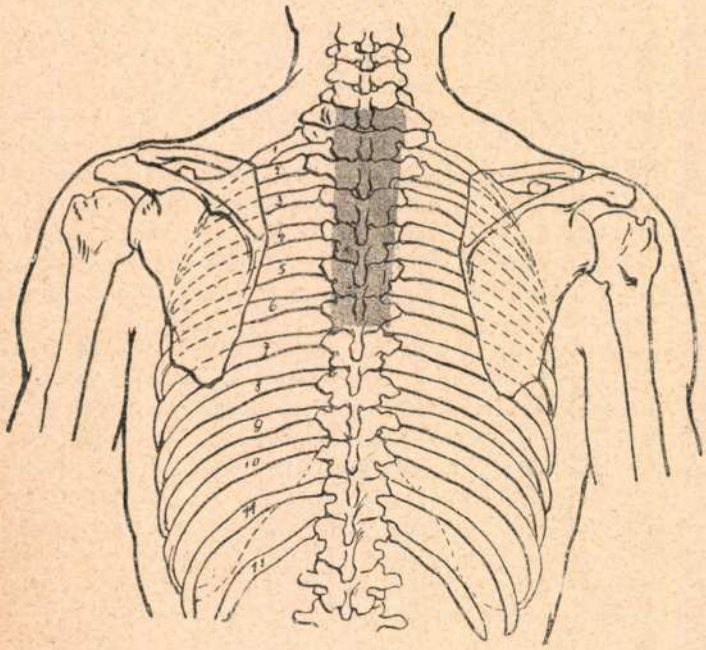
Észleleteim helyessége és diagnostikai értéke
oldalról is megerősitést nyert. A „*Centralblatt für innere*
1905. február 4.-i számában közli a Rivista Critica
Med. 1904. 1—3. száma után kivonatosan, hogy Gr
irányította a figyelmet, miszerint mellhártya-izzadmányokn
kező oldal hátsó-alsó részén egy megközelitőleg háromsz
kopogtatási tompulat jelentkezik, a melyet ő paravertebra
szögnek nevezett el. *Baduell* és *Siciliano* Florenzben e
nek fellépését és keletkezési módját már *Grocco pa*
háromszögének nevezik és hullákon tett kisérletek által
zolták. *Kraus* belgyógyászat-tanár Berlinben, 1905. noven
nyolcz évvel az én közleményeim megjelenése után és
említése nélkül, a *Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berli*
kimerítő előadást tartott Röntgen-képek bemutatásával
vertebralis háromszögről, a melyet ő csaknem kizárólag
gátor áttolására vezet vissza és egyrészt alkalmasnal
izzadmány nagyságának megitélésére, másrészt az izzadm

fordul. (Kivonatosan közli a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ 1905. 48. száma.)

* * *

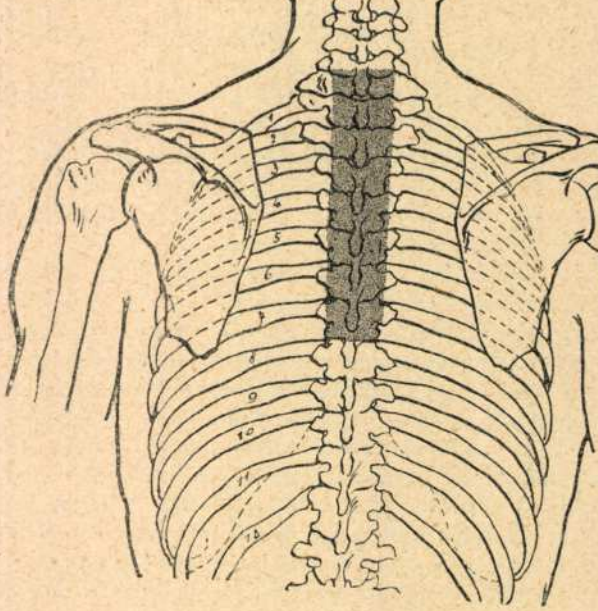


1. ábra. Normalis gerinczoszlop kopogtatása.

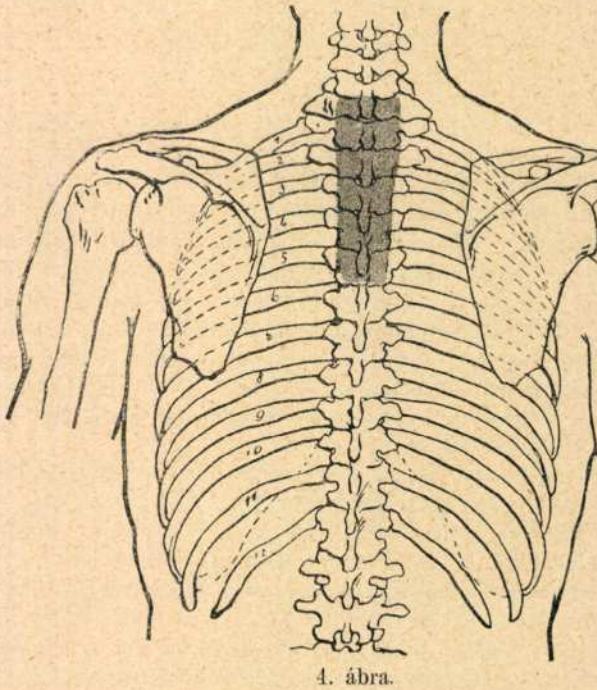


2. ábra.

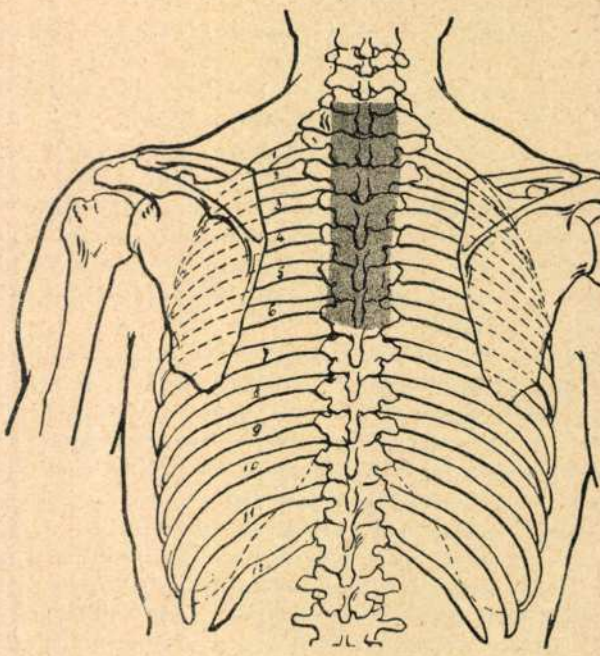
A közben, hogy a mellhártyaizzadmány ezen kopogtatási tüneményének tanulmányozásával foglalkoztam, feltünt, hogy egészséges embereknél a gerinczoszlop mentén a csigolyák orrnyújtványain kopogtatva, a kopogtatási hangok minősége egész



3. ábra.

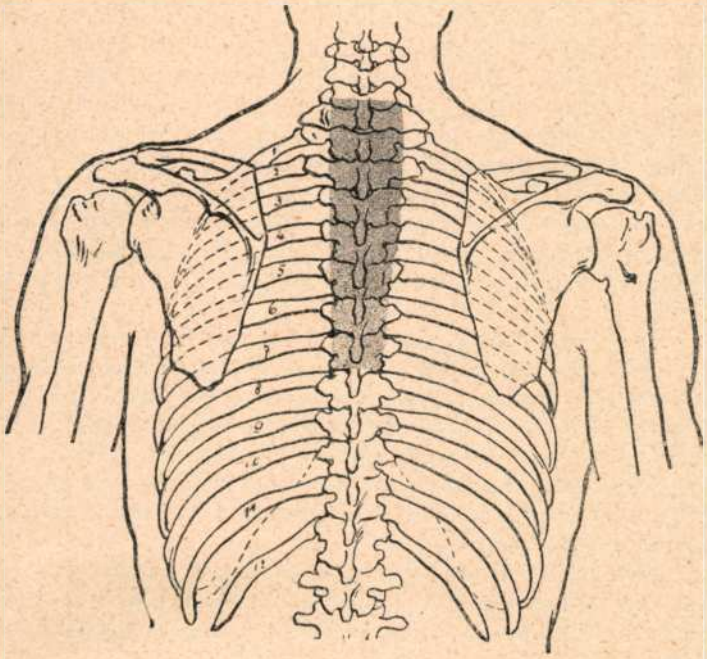


4. ábra.

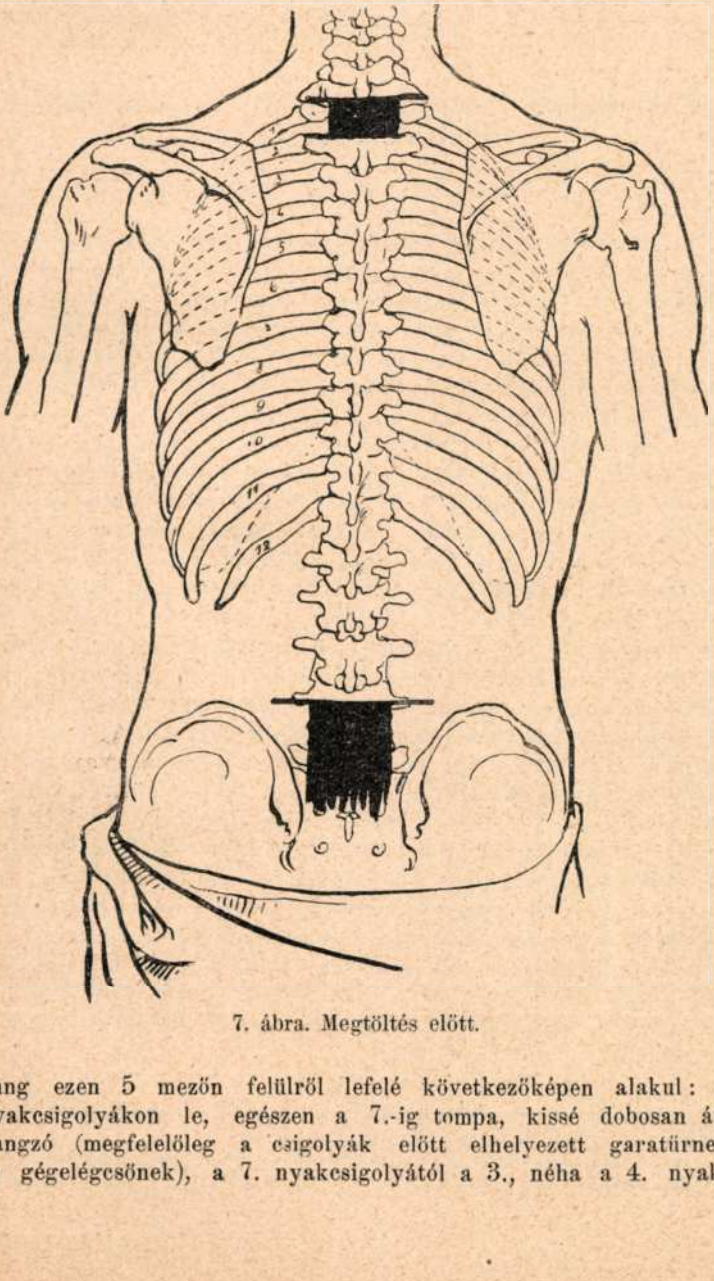


5. ábra.

azt az „Orvosi Hetilap"-nak 1905. 18. számában megjelent czikkemben részben leirtam. A mellékelt 1. ábra ezen kopogtatási zónákat, kiegészitve az ágyékgerincz, keresztcsont és farcsikcsont kopogtatási hangjával tünteti fel. A kopogtatási



6. ábra.



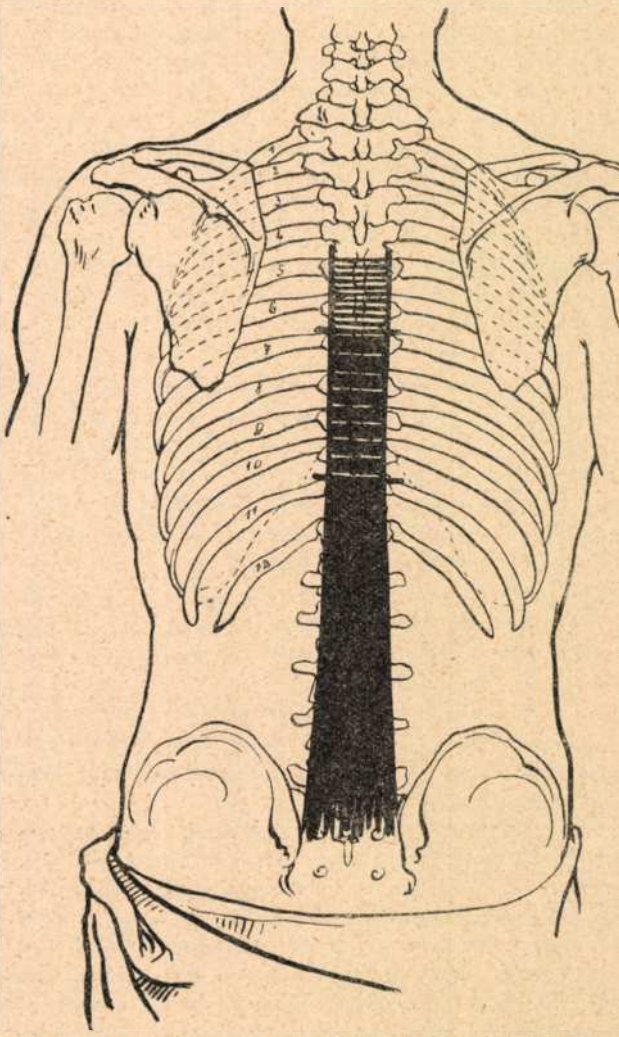
7. ábra. Megtöltés előtt.

hang ezen 5 mezőn felülről lefelé következőképen alakul: a nyakcsigolyákon le, egészen a 7.-ig tompa, kissé dobosan áthangzó (megfelelőleg a csigolyák előtt elhelyezett garatürnek és gégelégcsőnek), a 7. nyakcsigolyától a 3., néha a 4. nyak-

hangot lehet kapni, a mely leterjed különböző egyé
részben a testtartás különböző módja szerint a 10—
csigolyáig. Az itt kezdődő 4. zóna erősen tompult k
hangot ad egészen a keresztcsontig, puffadt belek je
dobos áthangzással A keresztcsont kopogtatási hangja
dobos, a farcsikcsonté élesen dobos. Az utóbbi két zóna k
hangja lényegesen a bélkacsok állapotától és helyzetét
tételezve.

Az egészséges mellkasi és hasi szervekkel biró
viszonyaitól eltérőleg mutatkozik a mellkasi gerinczoszl
tatási hangja olyan egyéneknél, a kiknél gátordaganato
elhelyezésben vannak jelen, hogy a gerinczoszloppal ki
nagyobb területen érintkeznek. Egy ilyen esetet és a reá
ábrát ismertettem az Orvosi Hetilap fenn idézett szám

A kórodán azóta 5 esetben volt alkalmam a
észlelni, a melyeket kivonatosan összefoglalva a köv
közlök.



8. ábra. Megtöltés után. Oesophagus átmérője 2 cm., kerüle

1. Binner József (2. ábra), 25 éves ércznyomó,
1905. márczius 7.-én. 1904. augusztus óta arcza m
nyakának körfogata 4 cm.-rel gyarapodott, légzési nehéz
nak, mellkasában fájdalmakat érez. Felvételkor cyanoti
erősen tágult nyakvisszerek, a szegycsont felett vize
nagy máj. Kopogtatásnál a szegycsont felső része f
kardmarkolatot mindkét oldalon meghaladó intensiv to
mellgerinczoszlopon felülről erősen tompult kopogtatási
orrnyújtványig. Ezen terület alsó részén a lapocz köz
átterjed. (Röntgen-kezelésre elég kifejezett és gyors jav

2. Király Gábor (3. ábra), 37 éves, földmüves,
1905. április 6.-án. Két év óta 6—7 napos lázas
10 – 12 napos láztalanokkal váltakoznak. A hőmérsék
eléri a 40°-ot. Betegsége alatt 26 kg.-ot fogyott, sem
sem hasmenése nincsen. (Ebstein-féle láznak bizonyult.)

get csak a gerinczoszlop kopogtatása mutat. *A kopogtatási hang felülről tompa egész a 8. mellkasi processus spinosusig.* De ezen alul sem válik egészen élessé.

3. Lajor György (4. ábra), 16 éves, szijgyártó-tanonez. Felvétetett 1905. szeptember 6.-án. Másfél év óta lábai, később arcza és hasa megpuffadtak, 4—5 hónap óta járáskor erős légzési nehézségei vannak, láztalan. Felvételkor csekély hasvízkór, kisfokú arczvizenyő, duzzadt cyanotikus arcz, nyakon és mellkason tágult visszerek, a bordaívet 3 ujjnyira meghaladó máj. A szegycsont kardmarkolata felett tompa kopogtatási hang, a mely a szegycsont szélét mindkét oldalon két ujjnyira meghaladja, a tompulat összefolyik a szívtompulattal. A szív kissé balfelé tolt, hátul az interscapuláris tér felső harmadában baloldalt rövidebb a kopogtatási hang. *A gerinczoszlop kopogtatási hangja felülről a 6. hátcsigolyáig tompult.* Hallgatódzásnál a szegycsont markolata felett a hörgihez közel álló légzési zörej.

4. Bergholtz Ferenczné (5. ábra), 33 éves, főmolnár neje, felvétetett 1905. október 6.-án. 3 év előtt a jobb kulcsfeletti mirigyei duzzadni kezdtek, azon idő óta a testfelület nyirokmirigyeinek legnagyobb része megdagadt. Egyes mirigydaganatok ki lettek irtva. A kiirtás után a betegnek úgy látszott, hogy a többi mirigydaganatok gyorsabban fejlődtek. Felvételkor igen kiterjedett mirigydaganatok a nyakon, mindkét oldalon az állcsont szöglete alatt, a hónaljban, lágyékhajlásban; mellette nagy lép, erős tumor-conglomeratum a has jobb felében, a mely tompult, helyenként elég éles, dobos kopogtatási hangot ad. Sarcomatosis. A szegycsont markolata felett a kopogtatási hang erősen tompult, a tompulat mindkét oldalon meghaladja a szegycsont szélét. *A gerinczoszlopon felülről egészen a 7. hátgerinczorrnyújtványig tompa a kopogtatási hang.*

5. Nagy Julia (6. ábra), 20 éves varrónő, 1904. junius hónapban nyakán mirigydaganatok kezdtek fejlődni. A kórodára felvétetett 1905. október 24.-én. Az első mirigydaganatok jóval a felvétel előtt a jobb kulcsfeletti árokban ellágyultak, a tályog megnyittatott és szabálytalan alakú heggel gyógyult. Nyár óta köhög, délutánonként lázasnak érzi magát, éjjel izzad. Felvételkor nagyobb fokú vérszegénység jelei.

3 millió vörös- és 27 ezer fehérvérsejt 1 mm^3 vérben. A leukocyták aránytalanul legnagyobb része neutrophil. A szegycsont markolata felett intensiv tompulat, a mely mindkét oldal felé meghaladja a szegycsont szélét és a szívtompulattal összefolyik. A tompulat átmérője a szegycsont markolata magasságában 18 cm. *A gerinczoszlopon felülről a 8. csigolya orrnyújtványáig tompa a kopogtatási hang.* A tompulat a gerinczoszlopot mindkét oldal felé két ujjnyira meghaladja.

A rendelkezésemre álló esetek jelentékeny számából azokat választottam ki, a melyeknél a más helyeken mutatkozó nyirokmirigydaganatok, a betegségnek keletkezési módja és a kórkép nem enged kétséget a felől, hogy a gátorbeli nyirokmirigyek daganatai forognak fenn és így a gerinczoszlop rendellenes kopogtatási tompulatát ezen daganatokkal kellett minden joggal összefüggésbe hoznom. Az Orvosi Hetilap ez évi április 30.-i számában közölt esetek közül az egyik, kórbonczolatilag beigazolt esetben mellkasi függő érdag képezte a tompulat okát, a másik esetben lymphoma malignum, a harmadik esetben tüdővész forgott fenn; a testfelületen semmi jelentékenyebb nyirokmirigy daganat nem találtatott, a mediastinalis hörgmirigyek daganatainak jelenléte egyedül a gerinczoszlop kopogtatási hangjából volt következtethető. A bonczolat ezen felvételt igazolta.

Utolsó időben ezen vizsgálatok kiegészítésére kisérletet tettem hullán. A férfihulla nyeregülésben helyeztetett székre, a hónaljat és fejet oly helyzetbe hoztuk, hogy a testtartás is az ülő helyzetnek felelt meg. A kisérlet tervét úgy állapitottam meg, hogy a has középvonalán nyilást képezve, a bárzsing a rekeszalatti részén szalag által alákötteteti. Azután egy bárzsingcsövön át mintegy 300 gm. folyékony higanyt öntöttünk a bárzsingba. azon czélból, hogy a bárzsing ürterének szabad volta biztositassék, a spirális helyzetü bárzsing a higany súlya által egyenes irányban feszíttessék és alsó részében bizonyos fokig tágíttassék. Ezentúl az egész bárzsing olvasztott paraffinnal öntetett ki.

és a beöntés után. A beöntés előtti viszonyokat fel*ábra*, a bárzsing kitöltése utániakat a *8. ábra*. A bárzsi előtt a hátgerinczoszlop első nyakcsigolyája adott te kopogtatási hangot, *a 2. csak kis fokban tompultat, é dobos kopogtatási hangot lehetett kapni egészen az 5. ág* Ezen nagy területen hallható dobos kopogtatási hang bélcsatornájának és gyomrának erős gázteltségéből s bárzsing kitöltése után, a mint a 8. ábra mutatja, haladólag tompult kopogtatási hang jött létre. A 4. azonban már nem érte el. Ennek okát a kisérlet be a hullaboncolás mutatta ki: ugyanis mindkét tüdő mada részben erős, szívós mellhártyakérgek által a hártyával össze volt növe, a tüdőben tuberculosus ere pneumonikus góczok és a felső lebenyek nagyfokú matikusak. A higany súlya folytán a bárzsing hasi le volt húzva.

Úgy hiszem, hogy azon kérdés, vajjon a geri érintő mediastinális daganatok képesek e a gerinczes tatási hangját tompítani, ezen kisérlet által tisztázva eredmény annyival meggyőzőbb, mert a bonczolat kö zsingból kivett szilárd paraffin-öntvény átmérője nem v mint 2 cm. és körfogata 6 cm., az érintkezési felül kisebb, mint a milyen a hátsó gátorürben kifejlődött jó részben lenni szokott.

Egyes észleleteimből úgy látszik, hogy érdemes gálatokkal is foglalkozni, a melyek hashártyamögötti daganatoknál az ágyékgerincz és a keresztcsont kopo nyaira vonatkoznak.

Ezen vizsgálatok szabályos hajtású gerinczoszl dákkal biró embereken végeztettek; rendellenes hajl oszlop és bordák a kopogtatási hangokat szabálytala

A budapesti tudomány-egyetem élettani 1858-tól 1860-ig.

Irta: *Klug Nándor* tanár.

Az Orvosi Hetilap 49 éves multja hű tükre orvoskari intézetei és így az élettani intézet fejlődés alábbiakban, a rendelkezésre álló tér szüke miatt, az csak a fenti három év történetét ragadom ki ezúttal teljes három év ez, mert ezekkel vette kezdetét tudomány-egyetemen a laboratoriumi dolgozás és a egybekötött tanítás.

Midőn az „Orvosi Hetilap“ 1857-ben megindult, nemeslelkű jóltevője, *Schordann Zsigmond*, volt a bud temen az élettan tanára, a ki „tündöklött mint tan könnyen érthető nyelven — latin, később német tartott előadásai által, melyeknek logikai következ szabatos volt, valamint ragyogó azoknak értelmisége. semmi áldozatot, csakhogy oktatását, daczára a re álló taneszközök korlátoltságának, a tudomány kors latához alkalmazhassa.“[1] Élettani intézet nem lé másokkal közösen használt hallgatótermen kivül — közösség egyébiránt ma is sorsa a budapesti egyetem zetének — csak egy kis szobácska állott a tanár kezésére, szolga és segéd hiányzott, a tanszék öss leteinek fedezésére pedig évenként csak 120 forint lyezve.[2] *Schordann* nagyon is érezte tanszéke szomo Ez indította arra, hogy az orvoskari tanártestületn alapítványa 10-ed részét az egyetem élettani intéze a végből, hogy az ebből járó kamat eszközök be egyebekre fordíttassék. Ez alapítvány kamatai az élett csak addig illetik meg, míg a magas kormány az intéz — épen ez alapítványra tekintettel — más orvosk dotatiójánál kisebbre nem teszi.

[1] Ezeket az orvoskari tanártestület mondja jelentésé Zsigmond nyugalmaztatása alkalmával 1858-ban.

[2] Jendrássik Jenő. Emlékbeszéd néhai Schordann Zs Budán, 1862.

meggyőződés, hogy a természettudományokat illető minden ismeretünk tapasztalatból származik. Egyedül a *megfigyelés és kisérletezés* nyitja meg előttünk azokat az utakat, melyek révén a természet működésébe betekintést nyerünk. A megfigyelés valamely tünemény jelenléte és lefolyása iránt nyujt felvilágositást, míg a kisérlet a jelenség lényegébe enged betekintést és a megfigyelt tünemény uraivá tesz bennünket. Igy történt, hogy midőn *Schordann* 1858-ban nyugalomba vonult és helyére *Czermák N. János* jutott, egyetemünkön élettani intézetet is állitottak fel s ez volt hazánkban az élettan első otthona. *Czermák* előadásait ez új intézetben 1858. november hó 3.-án kezdte meg „az élettani intézetek jelentőségéről és czéljáról“ szóló előadással.

Czermák intézete a volt *Kunewalder*-féle ház földszintjén, — a müegyetem mai helyén — a két kapu közti tért foglalta el, és tanteremből, előkészitő szobából, egy dolgozó szobából a tanár és egy másik szobából a tanársegéd számára, valamint szolgalakásból és mühelyből állott. Ezeken kivül kutya- és nyúl-istállóról is gondoskodva volt. Aquariumot vizben élő állatok számára nem sikerült Czermáknak elérnie. A 100 hallgató befogadására készült tanterem egyúttal elmozditható asztalokkal és székekkel volt felszerelve, úgy, hogy e terem az előadásokon kivül az intézet más czéljaira is szolgálhatott. Hozzá az élettani intézet új eszközökkel szaporodott és 600 forint évi dotatiót nyert. Ezen helyiségekben volt az élettani tanszék elhelyezve mindaddig, míg 1875-ben jelen épületébe át nem költözött.

Hogy *Czermák* megjelenését miképen fogadták az itteni orvosi körök, annak legjobb tanubizonysága *Markusovszky*-nak az „Orvosi Hetilap“ 1858. évfolyamának 39. számában, az orvostanuló ifjúsághoz intézett czikke, melyben örömmel üdvözli *Czermák*-ot, mint a ki nálunk az általa képviselt tudományban új korszakot van hivatva megalapitani. Lelkes szavakban szólva az ifjúsághoz, felhivja arra, hogy vegyen részt minél nagyobb számmal az intézet mühelyében folyó dolgozásban, mert „a ki az élettani kisérleteknél megtanulta a kisérleteket észszerüen rendezni, az esetlegességeket vagy távoltartani, vagy a számításból kihagyni, határozott kérdéseket tenni s a kisérlet eredménye szerint itélni, az az orvoslat mezején is tudományos értékü tapasztalatokat fog tenni.“

Czermák-kal valóban új korszak indult meg. Ő és tanitványai, mint *Adler Adolf*, *Machik Béla*, *Basslinger* és tanársegédje *Balogh Kálmán* azon két év alatt, melyet *Czermák* a budapesti tud. egyetemen töltött, számos önálló dolgozattal gyarapitották a physiologiát. A dolgozatok a bécsi cs. k. akadémiában, a „Wiener Medizinische Wochenschrift“-ban és magyarul az Orvosi Hetilapban jelentek meg. *Czermák*, mint a gégetükör egyik felfedezője, kiválóan a laryngoskopiáról és rhinoskopiáról tett közzé tanulmányokat, többi közleménye a szem, szív és lélekzés physiologiájára vonatkozott. *Czermák* gégetükrét, melylyel saját magán tett vizsgálatokat, a budapesti tud. egyetem élettani intézetében ép azon kegyelettel őrizzük, mint a milyennel őrzik például a firenzei physikai intézetben *Melloni* thermomultiplikatorját. Tanitványai közül *Adler* a test hömérsékéről az élet utolsó perczeiben és a halál után, *Machik* az inszövetről értekezett, *Basslinger* a házinyúl gyomrának cardiája táján történő rhythmikus összehúzódásokat ir le, míg *Balogh* a vérről, szivről, a vérerek szöveti szerkezetéről, a parányelméletről stb. értekezik. Összesen megjelent az élettani intézetből *Czermák* tól tiz, *Balogh*-tól hat közlemény és egy-egy *Adler*-től, *Machik*-tól és *Basslinger*-től. Ezeken kivül *Czermák* a gégetükröt illető dolgozatait német és franczia nyelven is külön kiadásban tette közzé. Előadásait nem csak tanulók, hanem számosan az akkor élt elökelő orvosaink közül, sőt a tudománynak nem orvosbarátai is következetesen látogatták; ez előadásokat *Czermák* számos kisérlet és vivisectio által iparkodott tanulságossá tenni.

Markusovszky az „Orvosi Hetilap“ 1859. évfolyama 41. számában az orvostanhallgatókhoz intézett újabb czikkében, melyet ma is — midőn szokássá vált a hasznot mérlegelni, ha valaminek tanulásáról van szó — haszonnal olvashatna az a nemzedék is, a melyé a jövő, következőképen ir: „A tanulók egy szebb jövőt készithetnek elő, ha a tudományt önmagáért kedvelvén, annak a szigorlatokhoz szükségelt elemeivel be nem érik, hanem azt magasabbra tüzik s legszentebb érdekeiket a haza so forrasztván, férfias munkálkodásuk legdiszesebb jutal és közhaladás előmozditásába helyezik.“ Az önma tudomány önként hozza a hasznot; a ki magas cz elé, tovább viszi az életben, mint az, a ki közelálló elégszik.

Czermák 1860-ban már eltávozott egyetemünk azért, mert nem érezte hivatva magát arra, hogy az nyilvánult nemzeti akarattal szemben, mely a magy mint a tanitás nyelvének behozatalában határozott kif tanszékén megmaradjon. Itteni müködéséről azon óhajt be,[1] vajha utódai azt a szellemet, melyet hivatása köré igyekezett, továbbra is fentartanák, hogy ezen haza sz otthonossá váljék. Mint a jövő mutatta, utódai fenn a szellemet, s az otthonossá lett nálunk.

Jendrássik Jenőben, a ki magyar nyelven e volt az élettannak, *Czermák* méltó utódot nyert. november 22.-én tanszékét elfoglalta, *Jendrássik* mele emlékezett meg *Czermák*-ról, „azon jeles tanárról, a tiszteletteljes emlékét bírja mindazoknak, a kiknel volt kitünő szakképzettségét megismerni s a ki idege kevés hónappal ezelőtt a tanszékről lemondott.“ Sz *Jendrássik* a maga feladatát tanszékén, midőn azt n tanitványaiban nemcsak türelmes hallgatókra kiván ta mielőbb buzgó munkatársakat is óhajt közülök nevel e törekvése sikerülni fog, lesz teljesülve feladata, m midőn ezen tanszékbe lép.[2] Hogy *Jendrássik* mily kedett megfelelni a maga elé tüzött czélnak, kitünik volt tanársegédei és tanitványai közül számos tane Igy *Balogh Kálmán*, ki *Czermák*-on kivül *Jendr* segéde volt, *Láng Gusztáv*, *Török Aurél*, *Thanhoffer Nándor* és *Regéczy N. Imre* mind Jendrássik tanárse

A budapesti tudomány-egyetem élettani intézet által tervezett méltó új otthont kapott 1875-ben, mely csakhamar a közegészségtani tanszék is elhelyezést két tanszék fejlődésének kimondhatatlan hátrányára élettan kisérleti iránya, mely a természettudományi kiválóan fejleszti, annyi elismerést vivott ki ma gyakorlati oktatása is kötelezővé vált és hogy ma több sőt klinikáink is el vannak látva megfelelően felsz toriumokkal, melyekben a tanitás és tudományos búvár lenül foly.

Az a szellem, melyet *Czermák* és *Jendrássik* magával ragadta mindazokat, a kik velök érintke szerencsések voltak tanitványaik közé tartozni. Ma kulturánk fejlődésében azon szellemnek nagy része ma is. *Czermák* rövid ittléte alatt az észlelés és kis való tanitást és búvárlatot, *Jendrássik* mindenek elő orvosi gondolkodást hozta egyetemünk physiologiai *Jendrássik* experimentális irányú előadásai szigorú mellett magas egyetemi szinvonalon állottak, búvárl ható gondolkodás, következtetéseiben körültekintő óv mezte. Orvosi kulturánkat ezen irányban tovább jelen és a jövő nemzedék legfőbb s legnemesebb közé tartozik.

Van-e hysteriás láz?

Irta: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

Ezen kérdésre én ép úgy, mint az észlelők túln eddig nemmel feleltem, mert 38 évi bő magán- és kór latomban egy esetet sem láttam, melyben a lázat hy ideges befolyásra visszavezetni képes lettem volna. A irodalmi adatok, melyek neurogen láz mellett tanúskod szottak előttem eléggé bizonyitóknak. De a tapasztalat k A mit 38 év anyaga nem nyujtott, azt praxisom

[1] *Czermák*: Das physiologische Institut der Univ 1858—1860.

[2] Orvosi Hetilap. 1860. évf. 951. l.

ingatta és véglegesen meggyőzött arról, hogy hysteriás láz csakugyan előfordul.

Az esetet nagy sajnálatomra nem jegyeztem fel, de rendkivüli volta miatt annyira bevésődött emlékezetembe, hogy a kezelő orvosok, ha ezen közleményemet olvassák, lényegében talán nem fogják kifogásolni. Csak vázlatos körvonalakban adhatom, de ezen hézagos leirásban is annyira meggyőző, hogy közölni bátorkodom annál inkább, mert a bántalom ritkaságánál fogva kötelességévé válik minden észlelőnek egy idevágó bizonyító esetet a kartársak tudomására hozni.

Körülbelül 4 éve, hogy egy 11 éves leánykához hivattam két kiváló fővárosi collega által, a kik a beteget észlelték és kezelték. Elbeszélték, hogy a leányka néhány hónap óta napokon, sőt heteken át heves lázrohamokban szenved; a lázas idők közt nehány heti teljes szüneteket figyeltek meg. A láz naponta kétszer-háromszor viharzott fel. Kezdeti rázóhideg és utólagos izzadás nélkül felszállt 40—41 fokra, sőt még magasabbra; az egyes lázroham legfeljebb 2—3 óráig tartott. A leánykán ilyen heves, magas lázaknak nyoma sem mutatkozott, jó színben és kedvben volt, s még a láz tartama alatt is úgy evett, mint rendesen. A beteg tüzetes vizsgálata semmi rendellenességet nem birt kimutatni, úgy hogy a kezelő kartársak, úgy mint magam is, az ijesztő hőemelkedéseknek forrását nem birtuk megtalálni, sőt elképzelni sem. Sepsises láz ellen szóltak határozottan a néha hetekre terjedő szünetek. Mihelyt a láz szünt, a gyermek kikivánkozott az ágyból és sétálni ment.

Az élénk, okos, jókedvü leányka semmi különösen kirivó ideges tünetet nem mutatott, hysteriás jelenséget épen nem. De a láznak ugrásszerü jelentkezése, rövid tartama, rendkivüli magassága, szeszélyes szünet utáni kiujulása, naponta többszöri megjelenése, ily fokú gyors hőemelkedés mellett a bevezető rázóhidegnek és a befejező izzadásnak hiánya, a láz alatt az étvágy és kedv változatlan jó volta, és az ismétlődő hyperpyresisnek teljesen befolyás nélkül maradása az általános táplálkozási állapotra, szóval a tünetek bámulatos aránytalansága, szeszélyessége, következetlensége, a jelenségeknek mintegy ataxiája, annyira magukon viselték a hysteria szinezetét, hogy kijelentettem, miszerint a betegséget egyébnek mint hysteriás láznak nem tarthatom. Ezen meggyőződésem alapján elég merész voltam az ijesztő tünetek daczára a legjobb prognosist felállitani és az anyának és kartársaknak aggodalmait egész határozottsággal alaptalanoknak nyilvánitani. A két kitünő és tapasztalt collega, a ki a hysteriás lázról most is úgy vélekedett, mint magam is még egy óra előtt, kétkedő mosolylyal fogadták állitásomat és merésznek tartották tanácsomat, hogy a beteget a láz daczára Abbaziába vigyék. A müvelt és okos anya pedig egész szigorlatnak vetett alá, és végre azon argumentum ad hominem kérdéssel fordult hozzám, hogy láttam-e már hysteriás lázat. Nyilván röstelte, hogy gyermekére rásütöm a hysteria bélyegét. Én azt feleltem, hogy nem láttam, de hogy annyi lázas betegséget észleltem, melyeknek lehető és elképzelhető okai ezen esetre nem alkalmazhatók, hogy egyéb magyarázat, mint a hysteria, véleményem szerint nem adható. A beteget csak ezen egy alkalommal láttam.

Néhány hónap mulva találkozván a rendelő orvossal, megkérdeztem, mi lett a beteggel. Elmondta, hogy csakugyan Abbaziába vitték, s hogy azóta semmi baja nincs, de hogy azóta a gyermeknél oly jelenségek mutatkoznak, melyek határozottan hysteriás psychére vallanak. A kartárs kijelentette, hogy akkori kórismémet az azóta észleltek alapján teljességgel igazoltnak találja.

Az irodalomban különböző eseteket találtam, remittáló és idült, typusosan félbehagyólag jelentkező és végre rendetlen lázakkal. Legmerészebb a remittáló lázakat hysteriásoknak tekinteni, mert azok többnyire szervi bajok vagy sepsises folyamatok következményei. A rendesen félbehagyó lázak csak akkor jellemzetesek, ha rendkivüli magasságra emelkednek és különösen, ha egyéb, kétségtelenül hysteriás tünetekkel vannak szövődve. Leginkább kórjellemző a másutt alig található hyperpyresis, vannak esetek, a hol a láz 43, sőt 45 fokra hágott. Magától értődik, hogy ravasz hysteriás manipulatiót ki kell zárni, azaz hogy a mérések az orvos által végzendők. Természetesen örizkedni kell hysteriás egyénnél támadó minden lázat neurogennek tartani; ez az orvosnak csak képes, a mi nem könnyü feladat, mert elég esetben ideges eredetü lázzal találkozunk, melynek alapját egyhamar kideriteni. A hysteriás láz mindenesetre jelenség, hogy kórismészeti megfontolásainknál csak lehetőséget szabad tekintetbe venni, kivéve, ha jellem mint a mi esetünkben, nagyon szembeötlők.

Az irodalomból csak egy esetet akarok csatolni. *Dippe*[1] 43 éves, nyilvánvalóan hysteriás kinél curettezés után érzékeny pont maradt a jobb P felett. Egy izben lökést szenvedett ezen helyen, mely az fájdalmas lett. Esteli lázak is jelentkezvén reggeli mé kal, vakbélgyuladást és genygyülemet vettek fel és se kozást határoztak. A mütét előtti este a közben hev rohamokban szenvedő nőnél a hőmérsék 42 fokra operationál a hasürben rendellenességet nem talált mégis az ép féregnyújtványt valamint a petefészkek Azóta a láz teljesen megszünt, s a beteg meggyógyu

Az orvosnövendékek chemiai kiképe

Irta: *Than Károly* dr. egyetemi tanár.

Az Orvosi Hetilap ötvenéves jubileuma alk hiszem érdekes, röpke vázlatban áttekinteni azon melyen egyetemünkön az orvosnövendékek chemiai nek módja ez idő tartama alatt átment. Az Orvosi alapitásának idejében (1857) az orvosnövendékek kötelező volt, hogy két fél éven át a chemiából felvilágositott előadásokat hallgassanak. A növend ban az első évben az anotomiát és a három tárgyat hallgatták, és e miatt a chemiát legnagyob 3. és 4. félévben hallgatta. A chemia előadásána módszere, a tanulságos előadási kisérletek kivitele években már annyira ki volt fejlődve, hogy az előad mas látogatásával és a kisérletek gondos megfigyelés nem túlságos szellemi önmunkássággal, a tanuló legfontosabb tényeiről és alapigazságairól, valamint természetü tételeiről és törvényeiről is helyes fogalma Sőt bizonyos fokig a chemia szellemében való önál dásra is szert tehetett. Mivel az egyetemi tanulásnak abban áll, hogy erre alkalmat adjunk, egyes concret adatokat tüztem ki hallgatóságom részére. E könnye feladatok czélja volt, a törvényeknek és tételeknek con való alkalmazása által, e tételek jelentőségének át önálló gondolkozásban való gyakorlat elsajátitása ille kása. E feladatok megoldását a hallgatók irásba adták, és ezen dolgozatok eredménye két heti nyilvános colloquiumok alakjában megvitattatott. Ez a és a tanárra nézve egyaránt igen tanulságos volt. ságra nézve azért, mert meggyőződhettek gondolkodá géről vagy tévedéseikről; a tanárra nézve pedig f mert ezekből volt alkalma meggyőződni, hogy előad nek mely részei voltak olyanok, melyek a hallgató ségi szintjének megfeleltek és melyek nem feleltek képest e feladatok megoldása az előadónak legjobb gáltatott arra, hogy előadási módszerét, a biztosabb kében, a hallgatóság előkészültségének megfelelőleg leg kiegészitse. Hogy az eljárás a kitüzött czélnak m felelt, kiderül abból, hogy ezen minden kényszertől quiumokban az egész hallgatóság a legélénkebb érdek részt, és abból sok tanulságot merített. Tapasztalásomb hogy előadási módszerem javitására is ez az eljárás jótékony befolyással volt. Ugyanezen irásbeli feladat mind az egyes hallgatók szorgalmáról, képességei nám értelmi jelleméről, kisebb nagyobb mértékben fe szolgáltak. E bizonyitékok a szorgalomnak és sokkal hüebb és maradandóbb képét adták, mint az járó, gyakran illusorius katalogus-olvasások. Mer

[1] Deutsches Archiv f. klin. Med. 61. kötet.

adhattak az egyes hallgató tanulmányainak értékéről. Tapasztalásból mondhatom, hogy ez eljárás, igen nagyszámú hallgatóság mellett is, alkalmas az egyes hallgató előmenetelének ellenőrzésére. Ezzel szemben illusorius és alig számbevehető azon gyakran hangoztatott ellenvetés, hogy a tanulás szabadsága mellett nagyobb hallgatóság szorgalmát és előmenetelét ellenőrizni lehetetlen. Ez csak az esetben áll, ha a tanulás szabadságába a nem tanulást is beleértjük, a mi természetesen képtelenség. Hogy ez eljárás néhány évtized lefolyása után kevésbé termékenynyé vált, azt oly tényezőnek nem mondom illetéktelen, de legalább méltánytalan beavatkozása idézte elő, melyet elhárítani módomban nem volt.

Mindig tisztában voltam azzal, hogy igazi, az életre való chemiai ismeretek megszerzésére a legjobban berendezett elméleti előadások sem felelhetnek meg egymagukban teljesen. Ez csak úgy érhető el, ha az elméleti előadásokat czélszerűen berendezett chemiai gyakorlatokkal hozzuk kapcsolatba. Ezért az orvosi szigorlati rend reformjának tárgyalása alkalmával 1875-ben, az orvosi kar részéről kiküldött bizottság tárgyalásaiban, határozottan hangsúlyoztam, hogy az orvosnövendékek alaposabb chemiai kiképeztetésére igen czélszerű volna a chemiai gyakorlatokat legalább egy fél éven át rájuk nézve kötelezővé tenni. Hogy azonban ez puszta és meddő formalitássá ne fajuljon, részemről ennek megvalósítását olyan feltételekhez kötöttem, melyek a gyakorlati tanításnak sikerét legalább némileg biztosítják. E feltételek legfontosabbja az orvosnövendékek tanrendjének olyan berendezése volt, hogy egy fél év délutánjait kizárólag a chemiai gyakorlatokkal való foglalkozásnak szentelhessék. E nélkül a gyakorlatokra szánt időnek eldarabolása miatt, tekintve a növendékek nagy számát és a chemiai technikát illető kézi ügyességben való járatlanságukat, alig lehet egy fél év alatt számbavehető sikert elérni. Ez annyival kevésbé érhető el, mert a vezető tanító személyzet elégtelensége és az óráknak eldaraboltsága mellett a gyakorlatokban való útmutatást érvényesíteni, illetőleg a frequentatiót sikeresen megvalósítani és ellenőrizni úgyszólván teljes lehetetlenség. Már pedig e nélkül a gyakorlatok a tanulók nagyobb részére nézve egyszerű beiratkozási formalitássá, sőt hogy úgy mondjam a sikertelen szédelgés egy nemévé sülyedne le, melyhez én nevemet hozzá füzni hajlandó nem voltam. Annyival inkább nem, mert meg voltam győződve, hogy a megszakítás nélkül három óra alatt végzett gyakorlatban a siker sokkal több, mint a mennyi 3—4 annyi egyes órákra szétforgácsolt időben elérhető. Ezenfelül igen fontos, hogy a rendelkezésre álló dolgozó helyek által korlátolt számban a gyakornokok egyidejüleg végezzék gyakorlataikat. Csak ekként érhető el az egységes vezetés, másrészt pedig a gyakornokok kölcsönös érintkezése és felvilágosítása által az előmenetel legtermékenyebb. Az orvosnövendékek tanrendje ez idő tájt azonban annyi tantárgygyal és gyakorlatokkal volt túlterhelve, hogy e fontos feltételt a chemiai gyakorlatokra nézve a bizottság, illetőleg az orvostanári testület, akkoriban kivihetetlennek tartotta. Azért részemről e feltétel teljesítése nélkül a chemiai gyakorlatok kötelező kimondásától, mint a növendékekre nézve meddő és czéltalan megterheltetésről egyelőre lemondtam és annak megvalósítását jobb viszonyok bekövetkezésig elhalasztottam.

A most érvényben levő tanulmányi és szigorlati rend megállapítása alkalmával a tőlem hangsúlyozott fő feltétel akadályai végre elháríttatván, az 1901/2. iskolai év első felében az orvosnövendékek chemiai gyakorlatai, a vezetésem alatt álló I. chemiai intézetben, megkezdődtek. Igaz ugyan, hogy a gyakorlatok csak igen hiányosan folyhatnak, mert azokat illetékes helyről a közvetlenül hivatottak előzetes meghallgatása nélkül rendelték el. Igy történt, hogy kellő előkészület, költség, helyiség és vezető személyzet hiányában, 50 dolgozó helyen 250—300 orvosnövendéknek kell, három szakszerűleg képzett egyén vezetése mellett, a chemiai gyakorlatokat 3 $^1/_2$ hónapos rövid semester alatt végezni. Ez az adott sajnálatos viszonyok között csak úgy volt lehetséges, hogy az orvosnövendékek 3 csoportra osztva végzik gyakorlataikat. Ennek következménye, hogy a szorgalmas gyakornok is összesen legfeljebb 70—80 órát foglalkozhatik a gyakorlatokkal. Ezen időnek is jelentékeny része, kivált a kevésbé te-

jesen jártlan és hiányos előképzettségü gyakornokok
A kényszerhelyzet nyomása alatt a gyakorlatok ily b
de csak ideiglenesen, azon reményben vállaltam el, h
végleges szervezésekor az intézet helyiségei kellőleg ki
felszereltetnek, a személyzet pedig szaporíttatni fog. E
ismételten sürgetett előterjesztéseim, sajnos, mindeddig
sültek. Ennélfogva sokkal csekélyebb sikerrel is meg
gednünk, mint a melyet a tanítás ügyének nagy el
szerűbb szervezettel és a kellő eszközökkel elérni lel

Az orvosnövendékek gyakorlatainak tárgyát képe
analysisnek qualitativ és legfontosabb quantitativ
utóbbiak között főképen a titrimetria. E módszere
egyes növendék, önállóan végzett kisérletek alapján, g
tanulmányozza. E végből *Winkler Lajos* dr. rk.
növendékek számára naponként d. u. 2—3-ig kisérl
világositott előadásokat tart az analytikai chemia fe
ból. Ezután következik a növendékek önálló foglalko
ratoriumban, naponkint d. u. 3—7 óráig, három csop
hogy átlag minden gyakornok hetenkint csak két dé
kozhatik a gyakorlatokkal. Hogy a föntebb vázolt
mellett mégis némi sikert lehessen elérni, egésze
módszert és szervezetet kellett alkalmaznom. Ez elv
ahhoz, melyet a mostani chemiai intézet létesülése ót
tesebb alakban, a tanárjelöltek és gyógyszerészek che
latainak sikere érdekében már régóta megvalósította
az analytikai előadások alapján, a gyakorlatokat elő
kitüzött feladatokat az erre alkalmas kézikönyvekből [1]
nek elméletileg át kell tanulmányoznia, illetőleg a
alapján azokat ismételnie. Minden egyes növendék egy
könyvecskét szerez be, melynek „*magyarázat*“ rov
mányának eredményét röviden bejegyzi. E jegyzetek
nap a laboratoriumban az előzőleg áttanulmányozott
„*feladat*“ rovatában kinyomatott útmutatás szerint po
hajtja. Az ekkor észlelt jelenségeket megfigyeli és
ményét a feladati könyv „*észlelés*“ rovatába bejegyzi
személyzet, t. i. az intézeti igazgató, a rk. tanár és
a kisebb csoportokba osztott gyakornokok munkálat
toriumban átnézi, nekik a mennyire $\frac{1}{4}$ lehetséges kisé
tást is ad, esetleges tévedéseikre figyelmezteti, és ezze
a feladatok könyvének magyarázat-rovatát kiigazitj
gyakorlatok ideje lehetőleg kihasználtassék és a n
a kisérletezés költségei elviselhetetlenné ne váljan
elején két-két gyakornok a szükséges eszközökkel és
kel felszerelt dolgozó asztalt vesz át és a kisérletek
szükséges minden anyagot az intézettől kap. Aó esz
sítéka fejében, elismervény mellett, minden növend
összeget tesz le; az elhasznált kémlőszerekért és
pedig az egész semesterre 20 koronát fizet. Az ek
összegből az intézet a részéről ellenőrzött elszám
nagyban, tehát olcsóbban szerezheti be a gyakorlato
ges kémlőszereket, készitményeket és anyagokat.
végén a növendékek átadják dolgozóhelyeik eszköze
kapják biztositékuk összegét. A mennyiben egyes
porczellán) eszközöket vigyázatlanságból eltörtek és
vehetetlenné tettek, ez biztositékukból, újak besze
(gyári áron), levonatik, s a biztositéknak csak fenn
adatik nekik vissza az elismervényre feljegyezve
dezés mellett, mely az intézeti személyzetre, a tanitá
ugyan, de igen súlyos elszámolási terheket ró, a fe
hiányok és nehézségek mellett is, a jobb növendék
olyan sikert lehetett elérni, mely a szigorlatokon
tagjait igen kellemesen lepte meg. Kétségtelen, ho
nosan bekövetkeznék a chemia gyakorlati tanitása
fentebb jelzett súlyes akadályok az intézet kiépités
szerelése és a személyzet megszaporitása által valal
tatnának. E hiányoknak, nevezetesen az intensiveb

[1] Than Károly: A qualitativ chemiai analysis e
1904. Lengyel Béla: A quant. chemiai analysis elemei. 18
a k. m. Természettudományi Társulat kiadványa.

az intézet budgetje évek óta deficitekkel végződik. Ez pedig csak az intézet tudományos termelésének, az önálló búvárlatoknak rovására történhetik, a mi culturánkra nézve végzetes kárt jelent.

Végül legyen szabad nehány szóval a gyakorlati tanításnak általában és a chemia gyakorlati tanításának feladatáról és czéljáról különösen megemlékeznem.

E szempontból mindenekelőtt tisztában kell lennünk azzal, miben áll a valódi tudás lényege. A valódi tudás nem csupán a tényeknek és eszméknek, vagy ezek egymással való összefüggésének (a törvényeknek) ismeretében áll. Ezek tulajdonképen csak eszközei az igazi tudásnak. Az életképes tudás lényege az a képességünk, hogy ezen ismeretek alapján szabatosan megadott előzményekből a következményeket előre biztosan meghatározhatjuk. A chemiában pl. a tényeket, az eszméket és ezek összefüggését, a törvényeket az általános chemiai előadások alapján lehet megszerezni. A fenjelzett képességet, vagyis a chemia szellemében való helyes gondolkodást, főképen a törvényeknek egyes concret esetekre való, öntevékenységünkből kifolyó alkalmazásával sajátíthatjuk el. Erre legalkalmasabb, mert a gondolkozás e módjára legrövidebb úton vezet, a chemiai analysis módszerével való gyakorlati foglalkozás a laboratoriumban. Mivel tud/alevőleg az emberi felfogás és gongolkodás számtalan tévedésnek van kitéve, a helyes következtetésnek leglényegesebb feltétele az, hogy a következtetés előzményei szabatosan legyenek megadva és ellenőrizve. Ezt pedig csak többoldalúlag megállapított és ellenőrzött *megfigyeléssel* érhetjük el. Az ekként szabatosan megállapított előzményekből a törvények ismerete alapján biztos következtetéseket vonhatunk le.

Igy például, ha az analytikai gyakorlatban az előzetes vizsgálatkor egy ismeretlen testen megfigyeltem, hogy az színtelen, koczka alakú kristályokból áll, hogy platina-lemezen lángba tartva, pattogzás közben, enyhe izzáson megolvad, erősebb izzáson pedig a lángot vakító sárgára festi: Akkor e megfigyelésekből a chemiai törvények alapján gyaníthatom, hogy a natriumnak valamely vízben is oldható haloidsójával van dolgom. Most a sót vízben oldva, az általános kémlőszerek rendszeres alkalmazásával meggyőződöm, hogy a négy első osztály fémei és a magnesium nincsenek jelen; a spektroskopos észleléskor pedig csupán egy sárga vonal jelenik meg: akkor biztosan következtethetem, hogy a fémalkatrész csak natrium lehet. Ezután pedig a savmaradékra vizsgálva azt tapasztalom, hogy a carbonat-, sulfat- és nitratcsoport kizárása után az oldat salétromsavval megsavanyítva kéksavra emlékeztető szagot nem áraszt, ellenben ezüstnitrattal túrós fehér csapadékot ad, mely ammoniában könnyen oldódik. Ha mindezen tényeket helyesen megfigyeltem, akkor kétségtelenül állíthatom, hogy a só másik alkatrésze chlor. Ezekből a pontos s sokoldalúlag ellenőrzött megfigyelésekkel megállapított előzményekből a legnagyobb biztonsággal következtetem, hogy a megvizsgált test natriumchlorid. Mivel pedig a natrium és a chlor is egy vegyértékűek, bizonyosan tudom, hogy e só chemiai képlete *NaCl*. Továbbá, mivel e só alkatrészeinek jelleme határozott, tudom azt is, hogy e só vízben oldva natrium-ionra és chlorionra bomlik. Ennélfogva higított oldata az elektromosságot jól vezeti, osmosis-nyomása és fagyáspontcsökkenése egyenlő concentratióban még egyszer akkora, mint a nem elektrolyt ureumé vagy czukoré stb. stb.

A mondottakból kiderül, hogy az analytikai chemiában való gyakorlatok főfeladata nem csupán az analytikai methodusok practikus czélokra való alkalmazásának elsajátítása. Ez inkább csak mellékes nyereség. A főczél itt a tények elfogulatlan és éles megfigyelésének megszerzése, és az ezekből vonható tényekkel ellenőrzött helyes következtetés megszokása. Csak ezen az úton lehetséges az általános chemiának fontosabb tényeit és törvényeit világosan átérteni. Mert minden egyes kisérlet alkalmat ad a tudomány szellemében való gondolkozásra; más szóval, pontos megfigyelés alapján a törvényeknek concret esetekre való és öntevékenységen nyugvó helyes alkalmazására. Ezen észjárás megszokása fődolog a leendő gyakorló orvosra nézve is, és sokkal fontosabb, mint az analytikai módszerek ügyességének elsajátítása. Ennek a pontos megfigyelőképességnek és a pontos megfigyelésből vonható ellenőrzött, tehát objectiv következtetés megbetegség leküzdésére megbecsülhetetlen hasznát veszi a orvos.

Gastritis atrophicans.

Irta: *Müller Kálmán* dr. egyet. ny. rk. tanár

Olyan gyomorbajra kívánom röviden a figyelme a melynek nyomaira az irodalomban is csak gyéren a mely ennek megfelelően a gyakorlatban is majdnem van hanyagolva.

Az a látszólagos biztonság, a melyet mint min téren, úgy a gyomorbajok felismerésére és megállapít kórboncztani alap szolgáltatni látszott, csakhamar m gyomor chemismusának megismerése által. Részletes nyerünk ezzel a gyomornak kórosan megváltozott mű az ekként elért eredmények sokszor útbaigazítanak oly esetekben is, a mikor egyéb klinikai jelenségek le mérlegelése mellett is homályban maradnánk.

A gyomorbetegségek nagy része olyan, hogy ha vezet, kórboncztani, illetve kórszövettani vizsgálat sokszor nélkülözünk. Ez a körülmény oka annak, ho gyomorbetegség anatomiai substratumát pontosan nem Pedig mint minden betegségnél, úgy itt is a baj kiderítése czéljából a klinikai és kórboncztani vizsgálat öltve kell egymással járni.

A gyomorchemismus vizsgálati adatainak némely nális kérdésekre ad gyakran választ. De minden hom dést persze még igy sem vagyunk képesek megoldani, deríteni, megvilágosítani való még mindig elég. Ilyen esetekben a kórboncztani és kórszövettani vizsgálat inkább szükségünk van.

Ismerjük a kezdetnek azon nehézségeit, a melye tak akkor, a midőn a kórboncztani, tehát szövettani sokkal járó gyomorbajokat kezdettük elkülöníteni melyek minden szöveti elváltozástól menten, tisztán m nalis zavarok voltak elkülönítendők. Közismeretü tétel ha azt mondom, hogy e működési zavarok közül min sabbak első helyen az elválasztási, második helyen pe gási zavarok állanak, míg harmadik helyen a tisztán rok alárendeltebb jelentőséggel birnak.

A vizsgálati módokkal együtt egyre szaporodnak lati eredmények sokféleségei is, úgy hogy sok olyan a mely a functionális vizsgálatok kezdetén majdnem tétel séggel birt, ma már számtalan ellenkező eredménynyel döntve. Természetes, hogy ez által mind újabb és gnostikus nehézségek állottak elő, a melyek között mé csak nehezen tudnánk eligazodni, ha azokat mind kizárólag csak mint működési zavarok következményeit fel s azoknak úgy keletkezését, mint jelentőségük kul ilyen functionális zavarok körén belül kellene keresnü

De épen a chemismusnak és zavarainak beható letesebb ismerete hozta meg azokat az újabb nehé melyek az által támadtak, hogy a gyomornak — gyomor nyálkahártyájának — ilyen vagy olyan elvál mészetszerűen kell hogy vagy már kezdettől fogva va is a bántalomnak bizonyos ideig fennállása után egyúttás vagy mozgási zavarokra is vezessen; megis továbbra azon nehézségekkel is, a melyek abban az való okozati viszonyban rejlenek, a midőn meg vi gyomorbajok, a melyek kezdetükben tisztán mint zavarok indulnak meg, további következményeikben oly komoly működési zavarokra vezetnek, a melyek az legsúlyosabbak közé sorolják, daczára annak, hogy hártyának szöveti elváltozásáról alig lehet szó, vagy hosszabb ideig tartó, kezdetben tisztán functionál előbb-utóbb a gyomornak, különösen a nyálkahártyán az izomzatnak is olyan következményes elváltozásai a melyek önmagukban és lényegükben sokkal fontosa az a functionális zavar, a mely őket okozta és létreho

további, mintegy másodlagos mozgási zavarokkal a beteg állapotára milyen döntő befolyással birhatnak, elég utalnom arra a nagyérdekű vitára, a mely a sebészeknek ez idén Brüsselben tartott congressusán az ú. n. jóindulatú gyomorbántalmak sebészi kezelése körül megindult. Pedig sarkalatos része ezen állapotok legtöbbjének az egy vagy más okból megindult hyperchlorhydria, az ez által okozott pylorus-görcs, a vele járó fájdalmakkal együtt és a tartósabb pylorus-görcs által lassan-lassan megindított izomelégtelenség. Hypersecretio, cardialgia és insufficientia muscularis, tehát a működési zavaroknak ez a három typusa szerepel ezekben az esetekben egymásután és egymás mellett, akárhány esetben — legalább egy ideig — a gyomor nyálkahártyájának komolyabb megbetegedése és elváltozása nélkül, szerepel tehát mint functionális és ezek szerint mint jóindulatú, de a betegre nézve következményeiben mégis annyira súlyos állapot, a mely, minthogy sok esetben minden belső gyógyító móddal daczol, egyébként jóindulatú természete daczára is az operativ beavatkozás javalatát teszi szükségessé és csak ez úton oldható meg eredménynyel.

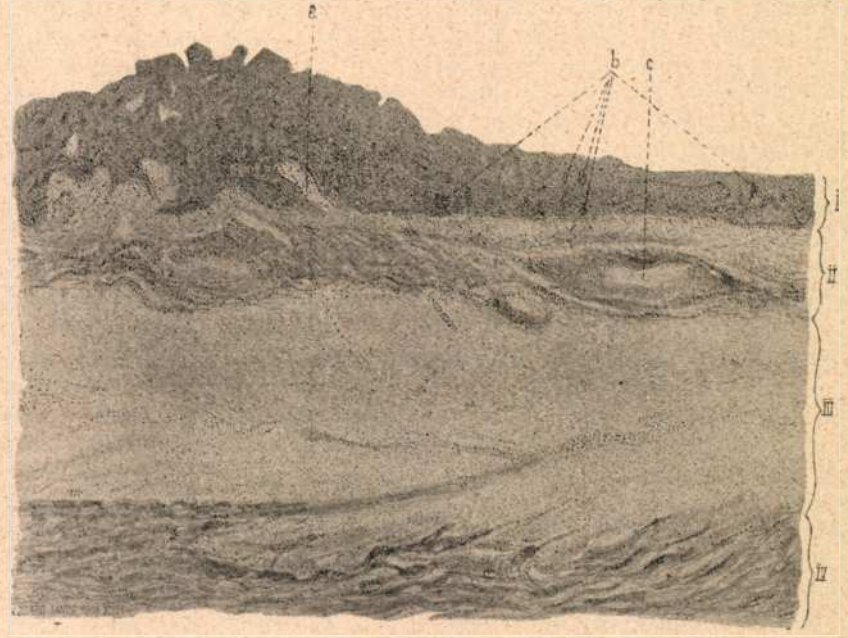
De ha már ezek a — kezdettől fogva végig, majdnem minden szöveti elváltozástól menten — fennálló functionális zavarok bizonyos körülmények között ilyen jelentős kórállapotok

szembetűnőbb tünetek következtében könnyebben, tel rabban ismerhetők fel, a fokozott sósav-elválasztás eset talanul nagyobb figyelem tárgyát képezik, mint a csökk elválasztás, akár a gyomor nyálkahártyájának kórbonczt tozása mellett, gyomorfekélynél, vagy nagy ritkán némel hurut esetében, akár pedig ideges alapon forduljanak hyperaciditas nervosa, mint Reichmann-féle betegs gastroxinsis stb.

Minket a jelen esetben kizárólag a csökkent sósav tás bizonyos esetei érdekelnek.

Egyedül a sósav hiányának constatálása természet nem adja meg a gyomorbetegség diagnosisát. Mert az csak egy tünet, a mely csak a többi, különféle klinika gekkel kapja meg kellő magyarázatát. De gyakran segélyével sem leszünk képesek a diagnosis biztos fel a mit logjobban bizonyítanak épen a minket itt érd esetek, a melyekben a kérdés nehézségét még az az ált megkülönböztetés is képezi, vajjon a sósav-elválasztás ben tisztán ideges alapon csökkent-e, vagy pedig valam tomikus, szöveti elváltozás folytán.

Ha ezen eseteket csoportosítani akarjuk, megkü hetünk egy u. n. subaciditas nervosa-t különféle depre



fejlődésére vezethetnek, akkor könnyü elképzelni, hogy gyakorlati szempontból mennyivel fontosabbak azon esetek, a melyekben e kezdetleges, tisztán functionális zavar hosszabb fennállása után nem marad meg ilyennek, hanem a maga részéről a gyomor nyálkahártyájának olyan következményes elváltozásaira vezet, a melyek természetesen egy egészen új kórállapotot, egy új kóralakot képeznek.

A régiek nyelvén szólva, a sine materia állapotok ilyen esetekben anatomiai elváltozásokra vezetnek és nem tagadható, hogy a nyálkahártyának általuk létrehozott elváltozása jelentőségében jelentékenyen felülmulja azokat a tisztán functionális zavarokat, a melyeknek szoros okozati eredményét képezik.

A sósav, a pepsin és az oltó-erjesztő elválasztása physiologikus körülmények közt egymással karöltve jár oly értelemben, hogy ha sósav rendes mennyiségben van jelen, ugyanez áll a pepsinre és az oltó erjesztőre nézve is.

Fokozott sósavelválasztásnál a pepsin és oltó-erjesztő mennyisége nem szükségképen változik, de lehet ezek elválasztása is egyúttal fokozott. Csökkent vagy teljesen hiányzó sósav-elválasztásnál a másik két anyag is rendszerint csökkent vagy hiányzik. A sósavnak a normalistól eltérő, fokozott vagy csökkent elválasztása egyaránt előfordul ideges functionális alapon, valamint organikus, anatomikus elváltozások kapcsán. Sok esetben, mint már említettük, az utóbbi lehet az előbbinek következménye.

potoknál, és ugyancsak ideges alapra vezethetjük vissz *horn* által achyliának nevezett betegséget; kórbonczta a csökkent sósav-elválasztás a gyomorráknak, az idült hurut több alakjának és végül a minket itt legközeleb sorvadásnak eseteiben bir.

A gyomor ideges elválasztási zavarai közül a lasztás hiányának legérdekesebb alakját 1892-ben *Einh* gastrica néven irta le, ezen elnevezés alatt a gyomor lasztásának teljes szünetelését, hiányát értve. Ő t. i. a hogy számos, a legkülönfélébb gyomor-, de még i panaszokkal jelentkező betegnél a kisajtolt gyomorbe zömbös vegyhatású, sósavat, pepsint, oltó-erjesztőt nem e mellett azonban a gyomor motorius functioja minde zavartalan. Néha savi ugyan a reactio, de szabad sósa tatható ki. Észleleteit csakhamar más szerzők is (*Martiu Auerbach* stb.) megerősítették, sőt már Einhorn előtt tettek ilyen eseteket (*Grunsach, Ewald* stb), csak értelmében magyarázták. Ő t. i. nyomatékosan figyelm hogy ezen esetek a klinikai kép és lefolyás, valamint ményes therapiás beavatkozás alapján szigorúan megkül dők azon esetektől, a melyekben a sósav-elválasztás szövet okából csökkent. A gyomornedv-elválasztás hiányának o szerint egy eddig még ismeretlen idegzavarban állana a kórfolyamatot egy önálló „sui generis“ betegségnek ta

beteggel vagy veleszületett, vagy pedig erre alkalmas hajlamosság mellett fejlődik s rendszerint az idegrendszer veleszületett gyengeségével párosult *Lubarsch* még az alapfelfogásban is bizonyos fokig eltér; az ő vizsgálatai szerint t. i. az achyliában szenvedő betegek gyomornyálkahártyája (a melyből részleteket számos alkalma volt a gyomor kisajtolása alkalmával a gyomorcsap falához tapadva kapni) rendszerint mutat kisebb-nagyobb olyan szöveti elváltozásokat, a melyek szerinte a gastritis progressiva atrophicans előzetes stádiumának felelhetnek meg. *Martius* és *Einhorn* szerint azonban ezen elváltozások a fontos működési hiány absolut súlyosságával egyáltalán nem állanak arányban s ezért oki mozzanatként nem szerepelhetnek.

Mint már ebből is látható, az achylia pathologiájának értelmezésében a vélemények még nem alakultak ki végérvényesen, és látszik ebből az is, hogy a csökkent elválasztásnak okát, vajjon functionális-e, vagy organikus, adott esetben elég nehéz megállapítani.

Kórboncztani elváltozással járó esetek közül aránylag a leggyakoribb és legjobban tanulmányozott oka a csökkent vagy hiányzó sósav-elválasztásnak a gyomorrák, melynél azt a legtöbb szerző szerint az a lobos folyamat okozza, mely már nagyon kezdetleges rákképződés mellett is a nyálkahártyán csaknem minden esetben jelentkezik.

A csökkent sósavelválasztásnak szövetí okát a különféle gyomorhurutok (gastritis) számos esetében is jól ismerjük. Rendszerint hiányzik a szabad sósav a *heveny* gyomorhurutnál, a hol a kórboncztani substratum a nyálkahártya vérbősége, az epithel elfajulása, a mirigyek hámsejtjeinek duzzanata, elzsírosodása, az interstitiális kötőszövet kis sejtű infiltratioja.

Sokkal változatosabbak az *idült* gyomorhurut szöveti elváltozásai; az idült gyomorhurut eseteiben, a *Boas*-féle elég ritka gastritis acida kivételével, a sósav-elválasztás rendszerint csökkent. Ez a secretio-csökkenés természetesen lépést tart a gyomornyálkahártya, illetve gyomorfal kórboncztani elváltozásának fokával; ez pedig sokféle és fokaiban is különböző. A legtöbb esetben a folyamat nemcsak a mirigyes részre szorítkozik, hanem átterjed az interstitiumra, sőt a submucosára és a muscularisra is.

A gyomorcsapnak, mint vizsgálati eszköznek behozatala előtt sokféle gyomorbetegséget, sőt majdnem minden chronikus dyspepsiát az idült gyomorhurut gyüjtőneve alá foglaltunk össze. Csak a mióta a gyomorbetegségek felismerésére a gyomorcsap alkalmazása s a gyomor chemismusának vizsgálata elengedhetlen kellékké vált, azóta lett az idült gyomorhurut diagnosisa mind ritkább. A legtöbb szerző *(Leube, Gerhardt, Oser, Boas, Riegel* stb.) egybehangzó tapasztalása szerint az idült gyomorhurut tulajdonképen nem oly gyakori betegség, mint annakelőtte állitották. Igaz, hogy a gastritis chronica pontos megállapítása még ma sem mindig könnyü. Mert Boasnak igaza van, ha azt mondja, hogy a milyen sok féleséget a gyomor kórboncztani képe mutat, ép oly sokféle képet mutat a gyomorhurut a betegnél is.

És mégis, mind e nehézségek daczára, csakis a functionális zavaroknak tüzetesebb tanulmányozása és ismerete vezetett minket mintegy visszafelé egyúttal azon szöveti elváltozások pontosabb elkülönítésére, a melyek a működési zavarnak okát képezik.

Hogy itt csak az idült gastritisről szóljak, a velejáró szöveti elváltozások bizonyos fajait már régebben ismertük. *Brinton* óta ismeretes, hogy idült gastritisnél gyakran az interstitiális kötőszövet túltengése, másrészt a mirigyszövet helyenként való hyperplasiája van jelen. A gastritis diffusa fogalmával szemben, az irodalomban rendelkezésre álló adatokból az tünik ki (*Ewald* stb.), hogy a catarrhalis szövettani elváltozások nem mindig vannak az egész gyomor nyálkahártyáján, illetve falán egyenletesen, egyenlő fokban kifejlődve.

Csaknem minden szerző megegyező észlelete szerint sajátságos módon a nyálkahártya elváltozása a legtöbb esetben a gyomor pylorikus részen a legkifejezettebb. Úgy látszik ebből, hogy ez a rész egy locus minoris resistentiae és leginkább praedestinált komolyabb és esetleg tartós elváltozásokra, a mi érthető is, ha tekintetbe veszszük azon körülményeket, melyek a gyomor chemiai és physikai munkájánál a pylorusnál közrejátszanak; ő

Szem előtt tartva mar most, hogy hosszantarto
kórboncztani következményei föleg a gyomor p
fognak tartós kóros elváltozásokkal járni, a pylor
tani szerepének mérlegelése mellett könnyen elkép
annak elváltozásai, következményeikkel együtt, a
esetben dominálni fogják.

Innen van az, hogy ha az interstitiális köt
tengése épen a pylorikus részen fejlődik ki (és
lelet épenséggel ezt mutatja), úgy ez valóságos
okozhat azonfelül, hogy klinikailag, mint a gy
részének daganata, kelti fel a vizsgáló figyelmét. Me
teszi a képet az, ha — a mi szintén nem ritka — a
muscularisra is átterjed. Ilyen módon a pyloru
szükülete jöhet létre (ú. n. hypertrophikus pylo
bert). Ugyancsak ezen keretbe tartozik a *Bri*
hyperplastica vagy cirrhosis ventriculi illetve sclerosi

Mindezen régebb ismeretü elváltozások idők
teljesen feledésbe mentek és csak újabb időben, é
functionális zavarainak és az ú. n. jóindulatú elvált
szeres kutatása során jutottak újból érvényre, úg
mint különösen a gyógyítás szempontjából.

Az idült gyomorhurutnak itt említett, min
ményes kimeneti elváltozásaival szemben minket a
épen ellenkezője érdekel, különösen azért, mert e
kal kevesebb figyelemben részesült, mint amazok.

Az eseteknek bizonyos — a megállapítot
esetre jóval nagyobb — számában a gastritis c
lassan a *gyomor nyálkahártyájának atrophiájára* v
ször az angol *Fenwick* hivta fel a figyelmet,
Nothnagel, Ewald, Boas stb. irtak le hasonló es
atrophicans, phthisis ventriculi, anadenia ventri
alatt.

Könnyen érthető következménye a sósav,
gyomornedv elválasztásának hiánya.

Mint olyan folyamat, a mely lényegére, oká
módjára nézve az achylia gastricától és haso
megkülönböztetendő, minden esetben az idült gas
ménye, szövettanilag annak mintegy végeredménye
gyes rész tönkremenése után a nyálkahártya atr
át. Másodlagosan, a gyomorrákon kivül, aránylag
fordul elő. Így *Rosenheim* diabetesnél, mások i
dásnál találtak nyálkahártya-atrophiát a gyom
ezen másodlagos állapotok, sem a mérgezések utá
phiák nem tartoznak ide.

Az önálló gastritis atrophicansnál a gyo
szerint erősen megvékonyodott (néha papirvékon
ha a nyálkahártya pusztulása mellett az interstit
szaporodik és a muscularis és a submucosa hyper
lehet a gyomor fala megvastagodott.

Ezt a gyomor-atrophiát tehát úgy kell fel
Ewald), mint az idült gastritis kimeneteli stadium

A gyomor-atrophia egyik legjellemzőbb tüne
tásnak — nem csökkent, hanem — *teljes* hiá
functionáiis zavart úgy akarjuk kifejezni, hogy a g
már e functionális zavar körülirási módjával is m
potoktól megkülönböztessük, akkor már itt ha
hagy az atrophiánál — mint önálló kórállapotná
lasztásnak hiánya nemcsak hogy teljes, hanem h
— végleges — is.

Noorden vizsgálatai óta tudjuk, hogy a
functioinak kiesése nem von maga után szükségl
zási zavarokat. Ezt a tényt azóta számos más sz
is megerősitette, a gyomor-atrophiának esetei p
csattanó bizonyítékai. Olyan körülmények ezek a m
alakulásába lényegesen befolynak, sőt kétes e
elkülönítő mozzanatok még döntők is lehetnek. És
pontból épen olyan fontossággal bir a gyomor
dése, a mely a gyomor-atrophia eseteiben rendsz
ennélfogva visszafelé — minthogy muscularis insu
jelen — a gyomor chemismusát is döntőleg befol

rákkal szemben, fontos differentiális mozzanatot képez.

Hogy a gyomorsorvadás eseteit, a melyekről itt szólunk, symptomatice szabatosan körülirhassuk, el nem hallgathatjuk, hogy azok a beteg táplálatára lényegesebb vagy legalább is komolyabb befolyással nincsenek, a mi azonban csak addig áll, a míg kizárólag gyomorsorvadásról, tehát csakis a gyomor nyálkahártyájának atrophiájáról van szó.

Egészen másként áll a dolog a súlyos, sőt néha halálos esetekben, a melyekben (*Martius*, *Eisenlotz*, *Ewald*) pontosan végig észlelt esetekben szerzett tapasztalás szerint a bonczolás nem csupán a gyomor, hanem egyúttal a bél nyálkahártyájának is igen elterjedt vagy csaknem teljes atrophiáját derítette ki. Ez által válnak érthetőkké azon súlyos klinikai jelenségek, melyek ezen esetekben in vivo észleltettek, kezdve a gyomorbélzavaroktól, a súlyos maximális szegény vérűségig. Természetes, hogy ezen esetekben tulajdonképen a bélatrophia képezi a kórképnek lényegét, a mit legjobban bizonyitanak *Blaschko* és *Sasaki* ismert esetei, a melyekben ugyancsak progressiv anaemia jeleivel beállott halál után a gyomornak és egyéb szerveknek épsége mellett csakis a belek atrophiája volt megállapitható.

Az ilyen súlyos anaemiák gastro-intestinális eredete kellőképen tisztázva még nincsen, de elméleti ismereteinken kivül a felhozott esetek is mindenesetre élénken szólnak a belek jelentékeny szerepe mellett a szervezet háztartásában. Mindezek szerint csakugyan jogosult *Martius*-nak az a fejtegetése, hogy: „a totális secretio megszünésével járó gyomoratrophia egyedül nem vezet sem anaemiás, sem cachexiás állapothoz. Súlyos anaemiás állapot kifejlődéséhez a bél nyálkahártyájának együttes atrophiája elengedhetetlen feltételnek látszik.“

A mi már most a sorvadó gastritis felismerését illeti, tagadhatatlan, hogy az bizonyos esetekben nehézségekkel járhat és különösen, hogy egyszeri vizsgálatra nem mindig állapitható meg. Fokozódik a felismerés nehézsége az által, hogy a gastritis atrophicans tulajdonképen egy rendszerint hosszabb ideig fennálló baj, tehát idült gastritisnek kimeneteli stadiumát képezi és attól úgy a szöveti elváltozások, mint a müködési zavarok tekintetében tulajdonképen csak fokozatilag különbözik. A gyomornak nyálkahártyája már sorvadt, a mi az idült gastritisnél még nem az, a sósavnak, illetve nyomornedvnek elválasztása pedig már teljesen és állandóan hiányzik, a míg az idült gastritisnél még csak csökkent.

Ha a sósavelválasztás hiányát veszszük kiindulási pontul, akkor keresnünk kell, hogy az idült gastritisnek, a gyomorráknak és az achylia gastricának esetei minő különbségeket mutatnak egymásközt klinikai symptomatologiájukban és lefolyásukban s ezek hogy állanak elő a felismerhetőség szempontjából.

Szem előtt tartva azt, hogy a sorvadó gastritisnél a gyomornedv hiányát épen a nyálkahártyának, illetve mirigyes részének sorvadása okozza, hogy tehát irreparabilis szöveti elváltozásokkal van dolgunk, önként értetődik, hogy ezen szöveti elváltozások által okozott müködési zavarok ép oly irreparabilisak, tehát *állandók*, a mi már maga is a sorvadó gastritist megkülönbözteti az achylia gastricának azon eseteitől, a melyekben a müködési — elválasztási — zavarban időleges hullámzásokat — javulást és rosszabbodást — észlelhetünk. A kinek alkalma van arra, hogy idült gastritis egyes eseteit éveken át észlelhesse és ellenőrizhesse, az meg fog győződni arról, hogy a nyálkahártya fokozatos sorvadásával lépést tart a functionális zavarok fokozatos rosszabbodása is, hogy a sósavelválasztás egyre csökken, a míg végre teljesen és állandóan szünetel. Ez a fokozati különbség különbözteti meg egyúttal a gyomor-atrophiát, mint kimeneteli stadiumot, az idült gastritistől, mint korábbi, mintegy bevezető stadiumtól.

Habár a sósavnak teljes hiánya önmagában, mint vizsgálati lelet, adott esetben a gyomorráknak gyanúját keltheti, a két betegségnek egymástól való megkülönböztetésére mégis tekintetbe vehetjük azt, hogy van különbség a lefolyásban, a menynyiben a sorvadó gastritis lassú, vontatott lefolyású, míg a gyomorráknál a tünetek többnyire vehemensebbek; és a míg a gyomorráknál a beteg táplálata rendesen fokozatosan — időközi

javulás nélkül — egyre rosszabbodik, addig a sorvadó nem egy esetében, természetesen mindig feltételezve, hog a gyomor — nem pedig egyúttal a bél — nyálkahá sorvadásáról van szó, a beteg táplálata időközben ingad nem egyszer feltünő javulást, sőt több kilónyi súlygy is mutat. A legfontosabb megkülönböztető jelek egyike hogy sorvadó gastritisnél a gyomor motorius functioja kivétel nélkül jó vagy legalább is kielégitő, míg ellenbe ráknál a motilitás erősen szenved, minek folytán erjedé kek (szerves savak) képződnek, melyek a sorvadó g a sósavnak teljes hiánya ellenére sem mutathatók ki.

Nem tagadható, hogy a sorvadó gastritisben néha, legalább bizonyos időre, lesoványodnak, de hozzá azt is, hogy mindaddig, a míg csakis a gyomor nyál jának sorvadásáról van szó, sohasem cachexiásak. A tápl természetesen szorosan összefügg bántalmuknak helyes sével, mert tagadhatatlan, hogy a náluk jelentkező d zavarok, ezek közt az aránylag gyakori hasmenés a bajának nem helyes felismerése folytán, a belek kifára és izgatásának a következménye, mely az irrationális zásból ered. Ez a körülmény már önmagában is elég teszi, hogy a gyakorlatban a sorvadó gastritisnek — idült gyomorhurut kimeneteli stadiumának — helyes sével többet törődjünk mint eddig, mert csakis ennek lesz módunkban a beteg bélemésztése szempontjából úgy szabályozni, hogy az ő dyspepsiájának tünetei megs ő maga pedig ennek folytán jobban táplálkozzék, súlyba podjék. De Pavlownak kisérleteiből kifolyólag állanak zésünkre olyan módok is, a melyek az utolsó években tapasztalásaink szerint még a gyomornak elválasztási h pótolni és ellensúlyozni képesek.

Ide iktatom végül az egyik bonczolt esetemből származ ménynek rajzát (l. a 13. lapon) és leirását, a mint azt Per tanár úr szivességének köszönöm.

Kiderül e rajzból, hogy *a*) a nyálkahártya mirig jóformán teljesen elsorvadtak és csak a megjelölt helyh hatók azok maradványai; továbbá, hogy a különben is szövetszerü nyálkahártya új sejtbevándorlások által se a kapillarisok rendkivül tágultak; *b*) a submucosában a rendkivül tágult és megvastagodott falú verőerek tünn mint hogy általában a szervezetben igen kiterjedt arteri mutatkozott; *c*) a muscularis kissé túltengett; *d*) a ser szövetes rostjai pedig kiterjedt hyalin elfajulást mutatna

Az idült gyomorhurutnak evidensen erősen atroph májával van dolgunk. Maga a gyomor falzata és nyálk szabad szemmel nézve is rendkivül meg volt vékonyod nyálkahártya, különösen a pylorus táján, még erősebben

Megakadályozható-e a syphilis kellő kezelé tabes dorsalis vagy paralysis progressiva fej

Irta: *Kétly Károly* dr., egyet. ny. r. tanár.

Az idegrendszer syphilisének tanulmányozása és fe csak a múlt század érdeme, és e kérdésben is *Virchow* meg a vezérszerep. Tudjuk, hogy a syphilis megtámadhatj velőt akár körülirt gumma, akár diffus beszürődés alakj merjük a koponya csontjainak és a kemény agyburokna lisét. Jelentkezik az mint idült gummosus lágy agyburok és végül a vérerek syphilises megbetegedése képében.

A gerinczvelő syphilises megbetegedése jóval ritká az agyvelőé, de azért előfordul vagy mint elterjedt g meningitis, vagy mint arteriitis syphilitica. Nagynéh golyák syphilises megbetegedése is észlelhető. Kétségen továbbá a környéki idegek syphilises megbetegedése gyakran mint neuritis syphilitica mutatható ki. Az érzé közül talán egyedül a látóideget támadja meg a syphilis mint neuritis retrobulbaris, részint mint papillitis syphilit mint arteriitis retiane.

Mindezen elváltozások a syphilis kórbonczolástani jellemző képét nyujtják és igy egyenes úton is, de meg rendszerint az ellenük alkalmazott specifikus eredményes orvoslás útján is felismerhetők.

Másként áll a dolog az idegrendszer két másik fontos megbetegedése: a tabes dorsalis és a paralysis progressiva tekintetében. A syphilis és e két betegség közötti összefüggést elfogulatlan vizsgálók kétségen kivülinek tartják, noha a kórbonczolási kép csak kivételesen felel meg a sajátlagos lueses leletnek. Azonban a szigorú birálatot kiálló statistika, a mely szerint e bajokban szenvedők közül 90 % állott ki syphilist, kétségbeesettlenül utal arra, hogy az említett két baj és a syphilis között valami oki viszony áll fenn. Azt azonban, vajjon ezen oki viszony egyenes-e, vagy a syphilis csak bizonyos gyengítő, depraváló befolyást gyakorol a központi idegrendszer bizonyos részeire, vagy a mint azt *Strümpell* feltételezi, a virus syphiliticum átalakul bizonyos toxinná, és ez támadja meg a központi idegrendszer bizonyos részeit s hozza létre egyszer a tabes dorsalis, máskor a dementia paralytica kórképét: ezt manapság biztosan eldönteni még nem lehet. Arra, hogy az idegrendszer bizonyos részeit, igy nevezetesen a gerinczvelő egyes ú. n. rendszereit, némelyik méreg önállóan megtámadni képes, több példa szolgál.

Ismeretes dolog, hogy bizonyos mérgek behatására a gerinczvelő egyes részei, ú. n. systemái, megbetegesznek, elfajulnak. Igy anyarozszsal kevert lisztből készült kenyér élvezete után a gerinczvelő sajátságos bénulása áll elő. *Tuczek*[1] állatokon, macskákon és házinyulakon kisérletileg igyekezett gerinczvelőelváltozást létrehozni; 1—2 gramm sclerotinsav adagolása után a lábak bénulásos gyengesége és ataxia állott be, mely zavarok azonban csakhamar megszüntek, anatomiai elváltozásokat a gerinczvelőben nem sikerült kimutatnia. Ellenben kétségen kivül áll, hogy embereknél ergotinmérgezésre a gerinczvelőben a tabeshez hasonló elfajulás áll be a hátulsó köteleken. *Tuczek* észlelései szerint 1879-ben a hesseni fejedelemség egyik kerületében éhinség uralkodván, a szegény nép 10 % anyarozszsal kevert gabonából készitett lisztet használt kenyérsütésre. Ennek hosszas élvezése után az illetőkön táplálkozási zavar, lesoványodás, ideges görcsök, epilepsiás rohamok és többször psychosis is fejlődtek. Négy halálosan végződött esetben a bonczolás a hátulsó kötelek tabeses elfajulását mutatta ki.

Egy másik mérgező anyag, mely a lathyrus cicera lisztjében van, a spastikus spinalis paralysis képét képes létrehozni. *Brunelli*[2] öt idevágó esetet észlelt és irt le. Olaszországban ezen növény lisztjéből készült kenyér élvezete következtében már régóta ismerik ezen gerinczvelőbetegséget. A kik rövid ideig élnek vele, csak átmenetileg betegesznek meg, a kik ellenben hosszasan kényszerülvék azt fogyasztani, azoknál kifejezett spasticus-járás, élénk inreflexek, izommerevség jelentkeznek, az érzés és a sphincterek azonban épek maradnak. Néha ezen betegség járványszerüen mutatkozik, és ott, a hol a szegény nép a lathyrus cicera lisztjével táplálkozik, olasz orvosok *epidemie di storpio* néven irják le. Ezen liszttel etetett sertéseknél a végtagok spasticus bénulása áll elő.

Érdekes közlésre akadunk *Althaus* „Über Sklerose des Rückenmarkes“ czimü könyvében (Leipzig 1884) a 46. lapon. *Liverpool* városában egy fuvaros lovait lathyrus sativus magvaival kevert takarmánynyal etette egész télen át. A tavaszi esős idő beálltával egyik lova a másik után spasmus laryngis képe alatt megfuladt. A bonczoláskor egyik lovon a baloldali n. recurrens és az általa ellátott izmok teljes sorvadását találták, a jobboldali recurrensen pedig kezdődő atrophia tünetei voltak, a gerinczvelő elülső szürke oszlopai dúczsejtjei szintén sorvadtak voltak és a pyramisoldalpályák sklerosisa volt jelen, vagyis az ú. n. amyotrophiás oldalsklerosis képe mutatkozott.

A mint hogy ezen mérgek sajátlagos befolyását látjuk, nem zárható ki, hogy más, eddig ismeretlen mérges vagy fertőző anyagok hasonló kóros vagy degenerativ elváltozásokat okozhatnak. Igy képzeljük a syphilist okozó virusból fejlődtását is.

Kétségtelennek kell kijelentenünk, hogy a tabes gedések 90 %-ában valóban syphilis ment előre, rendszer egyéb betegségeit tekintve, a kórelőzm syphilis legfeljebb 8—10 %-ban szerepel. Mióta a s jelzett központi idegbántalmak között e gyakori össze állapitották, érthető, hogy önként tör elő azon kérd syphilis kellő kezelésével meg lehet-e akár a tabes d a paralysis progressiva létrejöttét akadályozni? Vagy a tabeses és paralysises betegek kellő syphilis ellenes részesültek-e?

Közbeszöve ki kell jelentenem, hogy a syphilis vagy az abban szenvedők csak kis százaléka (10 %) sessé vagy paralytikussá. Azt is tudjuk, hogy úgy a a paralysis későn, a syphilises fertőzés után 5 sőt mulva mutatkozik. Hogy a syphilises vagy syphi egyének közül miért betegszik meg csupán oly cseké erre határozott választ nem adhatunk. Esetleg egyén egész idegrendszernek vagy egyes részeinek veleszi szerzett gyengesége, vagy ugyanakkor más káros túlerőltetés, lelki rázkódtatások, megfázás stb. együtt szintén szerepelhetnek. E tekintetben némileg bizonyító mény, hogy az 1866. évi porosz háború után néhán a mely háborúban az osztrák-magyar hadsereg gy utánban nagy vereségeket szenvedett s a csa nappal pihenés nélkül esőben, folyókon gázolva, átá lelki rázkódtatások közben menekültek, a bécsi kö került katonák között feltünő számú tabeses megbet leltünk.

Ujabban nehány szerző felveszi, hogy egy külö volna a syphilisnek, melynek mérge csupán az i bántalmazza, mig a viscerális syphilis elmarad, és álló syphilist „Syphilis à virus nerveux“-nek nevezik thesishez azonban sok kétség és szó fér.

Ezek közbevetése után áttérünk az elébb felv taglalására, vagyis arra, hogy a syphilis kellő keze dályozhatja-e az idegrendszer késői, tabeses és para alakjainak jelentkezését. Az erre adható válasz körü nehézségek merülnek fel, mert a nemi betegségek k lában lényegesen eltér más bajok kezelésétől. Tap hogy az ezen bajokban szenvedők egy része álszég tudatlanságból nem fordul orvoshoz, másrészt kur igénybe, ismét mások, ha orvoshoz fordultak is, nem kezelésben. Még rendes kórházi kezelés alatt állók hetők 2—3 éven át, a mely idő pedig szükséges a gyulás kimondásához, hisz 2—3 hó után kibocsáttat jelentkezik közülök ellenőrzésre? Főleg a syphil enyhe tünetei, a melyek megfelelő kezelésre gy fejlődnek, a betegben a teljes gyógyulás hitét keltik csak akkor fordul ismét orvoshoz, a midőn a lapp ség újból előtör; de még azoknál is, a kik (kétség számban) állandó orvosi kezelés vagy megfigyelés alatt évek mulva is mily nehéz teljes biztonsággal a gyógy dani. Ezekből látható és érthető, hogy a syphil nagyobb része vagy épen nem, vagy csak hiányo kezelésben, és igy nem tagadható, hogy a syphilis tabesbe esett betegek syphilisből kigyógyulásához Miután látjuk, hogy a syphilises fertőzés után re (5—20) telnek el, mig a postsyphilises idegbaj felvehető, hogy a virus syphiliticum a szervezetben alatt fejtheti ki direct, de valószinüleg átalakulása káros hatását, s igy csak akkor lesz a tabes vagy p idéző okává, ha idejekorán el nem pusztíttatott. Ez véleménynek kell kifejezést adnunk, hogy a syphilis kezelésével az idegrendszer főleg késői megbetegedé esetben képesek leszünk megakadályozni.

Több mint 40 évi gyakorlatom alatt észle kezelt syphilises egyének egyikénél sem láttam tabe lysis fejlődését.

[1] Arch. f. Psychiatr. XIII. 1. 1882.
[2] Transact. of the internat. med. Congress. London, 1881. II.

az utolsó ötven év alatt.

Irta: *Babarczi Schwartzer Ottó* dr., a főrendiház tagja, m. kir. udvari tanácsos.

Hazánk elmebetegügyi törvényhozása — értve ez alatt a közigazgatás gondozó tevékenységének törvényi szabályozását — meglehetősen szerény képet nyujt.

Az elmebetegek magánjogi cselekvőképességének és büntetőjogi felelősségének jogi rendezése már régebbi keletü, de hiába lapozzuk végig a Corpus Juris Hungarici vaskos köteteinek évszázadokat felölelő törvényeit, alig akadunk az elmebetegekről való gondoskodásnak, az állam támogató, segítő müködésének itt ott némi nyomára, mig e müködésnek rendes codificatioját, a rendszeres elmebetegügyi törvényt hiába is keressük.

Az elmebetegekről való gondoskodás eszméjével legelőször *Werbőczy* Hármaskönyvében (1514) találkozunk, e szerint (Tit. 55 §. 1. 2.) az elmebeteget szülői és testvérei kötelesek élelmezni és ruházni, de ennek fejében, szükség esetében, javaikat is elidegeníthetik; későbbi szabály (Tit. 124 §. 4.) szerint az elmebetegek gyámok oltalma alá helyeztetnek, a kik szükség esetében javaikkal is rendelkezhetnek, de azokat el nem idegenithetik.

Werbőczytől, 1514-től kezdve, évszázadokon át nem történt e téren semmi, még a XIX. század negyvenes éveiben felébredt liberális szellem, mely egyebek között a büntető törvénykönyvnek 1843. javaslatát létesitette, sem törődött az elmebetegek sorsával és az 1838. genfi és franczia elmebetegügyi törvényekben megnyilvánuló modern felfogás, hogy az elmebeteg ápolásra és gyógyitásra szoruló beteg, sem hatott el a mi törvényhozásunkig.

1876-ig, a közegészségügyi törvényig kell haladnunk, hogy az elmebetegügyi közigazgatás jelentősebb rendelkezéseit feltalálhassuk. Ez a törvény is csak hat §-ban (1876 : XIV. t.-cz. 71—76. §§.) végez az elmebetegügygyel, kimondja a közveszélyes elmebetegekre nézve a kötelező tébolydai elhelyezést, a nem közveszélyesekre nézve a házi vagy a községi ápolást (71. §.) meghatározza a tébolydába való felvétel kellékeül az orvosi bizonyitványt (72. §.), életbelépteti az állami elmegyógyintézetekre nézve a megfigyelési rendszert, a nem államiakra nézve a birósági ellenőrzést (73. §.) és a hozzátartozók részéről kérhető szakértői megvizsgálást (74. §.), korlátozza a kényszereszközök használatát (74. §.) és kimondja a felgyógyult vagy nem elmekóros azonnali elbocsátását (75. §.).

De ez a törvény is csak az intézeti elhelyezéssel foglalkozik, mig az intézeten kivüli betegeket illetőleg csak a „felügyelet“ kötelességének általános kijelentésére szoritkozik, a közegészségi szolgálatról szóló II. részben kimondván, hogy a községi orvos, a körorvos és a szolgabiró „felügyel az elmekórosokra“ (145. §. 2. p, 154. §. *d)* p.).

Ugyanily általánosságban szólanak az elmebetegek felügyeletéről a községi törvény (1886 : XXII. t.-cz. 145., 152. §§.), a törvényhatósági törvény (1886 : XXI. t.-cz. 154., 156., 157., 162. §§.), a székes fővárosra nézve a kerületi előljáróságok újjászervezéséről szóló törvény (1893 : XXXIII. t.-cz. 18., 30. §§.). A gyakorlatban azonban az intézeten kivüli elmebetegek rendszeresen szabályzott felügyelete valósággal nem létezik.

Fontos szabályt tartalmaz a nyilvános betegápolás költségeinek fedezetéről szóló 1898 : XXI. t.-cz. (mely az 1875 : III. t.-cz. helyébe lépett), midőn meghatározza, hogy az elmegyógyintézetekben, kórházakban és gyógyintézetekben, vagy hatósági megbizásból házilag kezelt szegény elmebetegek ápolási és szállitási költségeit, ha a megyében fizetésképes hozzátartozóik nincsenek, az államkincstár fedezi. Erre vonatkozólag beczikkelyezett nemzetközi szerződéseink is vannak egyes államokkal, nevezetesen Svájczczal (1876 : XVI. t.-cz. VII. czikk) és Olaszországgal (1897 : XV. t.-cz. I. czikk), melyek szerint a szerződő államok mindegyike gondoskodik arról, hogy a másik államnak elmebeteg, vagyontalan alattvalói saját alattvalóival egyenlő ápolásban és orvosi segélyben részesüljenek mindaddig, mig hazájukba visszatérhetnek. Hasonló egyezményünk van több német állammal is

is kiterjesztett), mely azonban törvényünk közlyezve nincs.

Az elmebetegügyre vonatkozó egyes közigazgat kezéseket találunk még a népiskolai törvényben (1868 t.-cz. 3. §.) az elmebeteg gyermekeknek az iskolából az 1881 : XII., 1883 : XVI. és 1897 : XXXVI. t.-czikkek az angyalföldi állami elmegyógyintézet felállitását és b az 1898 : XXII. t.-czikkben, mely a pozsonyi állami elmebetegek elhelyezése czéljából, az 1900 : XXXIV. mely a lipótmezei állami elmegyógyintézetnek hülye elhelyezése czéljából kibővitését rendelik el, a vadász vényben (1883 : XXIII. t.-cz. 36. §.), mely szerint el vadászati adó bejelentésének láttamozása megtagadható XXI. t.-cz. 15. §-ban, mely a törvényhatósági betegáp nak elmegyógyintézeti czélokra fordítását rendeli el, (1875 : LI. t.-cz. 4., 6. §§.) és a tanitói (1891 : XLIII. nyugdijtörvényben, melyek az elmebetegségről, mint a okáról rendelkeznek, az 1836 : XLII. t.-czikkben, a Nádasdy Ferencznek és Gáspárik Kázmérnak elmeg létesitésére tett alapitványait örökiti meg, az 1890. t.-cz mely az elmebetegeket a közmunka-tartozás alól f 1897 : XX. t.-cz. 132. §-ban, mely szerint az állam megvizsgálásakor a felelős számadó hivatali utódja kö világositás adásra, ha a számadó erre elmebeli fogyat képtelen.

Magasabb szinvonalon áll az elmebetegekre vo gánjogi és büntető törvényhozásnak az utolsó 50 év fejlettsége.

A magánjogi törvényhozás köréből első sorban tegség és elmegyengeség miatti gondnokság alá hely lyozása érdemel figyelmet, a mely az 1877 : XX. t.-cz. foglaltatik; ide sorozandó az 1885 : VI. t.-cz., mel betegség miatti gondnoksági eljárásnak a kiskorús megindithatásáról, a gyengeelméjüség alapján (1877 28. §. *b)* p.) indítható gondnoksági perben a háza község érdekében az árvaszéki ügyész felperességéről, gondnoksági zárlatról rendelkezik. Ezzel kapcsolatba emlékeznünk a gondnoksági eljárás szabályozásáról (1 ber 1. 3263. I. M. R. 28—50. §§.), mely az 1876 73. §-nak rendszeréhez simulva, szintén különbség állami elmegyógyintézetekben és közkórházakban, tová intézetben ápolt elmebetegekre vonatkozó gondnok között, a mennyiben az előbbiek gondnoksági eljárás indíttatja meg, és a szakértői megvizsgálás mellőzé engedi.

Fontos szerepe van az elmebetegségnek a há codificatiojában (1894 : XXXI. t.-cz.), nevezetesen: az nem köthetnek házasságot és pedig még akkor sem, h gondnokság alatt (1894 : XXXI. t.-cz. 127. §.), tov beteg házastárs nevében csak akkor lehet a házass tani, ha azt az elmebeteg házastárs nyilvánvaló érde (87. §.) és az elmebeteg szülő nem adhatja a gyerme kötésébe beleegyezését (9. §.).

Előfordul az elmebetegség a polgári peres eljárá törvényeinkben is, a mennyiben az elmebeli fogyatkoz esetben a tanú vagy a fél megesketését gátló ok t.-cz. 21. §., 1893 : XVIII. t.-cz. 91. §.) és ki van m a magánintézetbe felvett elmebetegnek elmebetegségét határozatát a törvényszéknek tanácsülésben kell (1898 : X. t.-cz. 1. §. 7. p.).

Az örökösödési eljárásról szóló 1894 : XVI. t.-cz. 1 is védik az elmebeteg örökös érdekeit, midőn az őt ill tárgy zár alá vételét és a hagyaték leltározását elren

Jelentőségéhez mért figyelmet fordit az elmebete tető törvényhozásunk, és pedig úgy az anyagi büntet (1878 : V. t.-cz., 1879 : XL. t.-cz.), mint a bünvádi p (1896 : XXXIII. t.-cz.), a mely az elmebetegekre vo delkezéseiben a modern humanismus álláspontján áll.

Az elmetehetség megzavarása, ha e miatt a te tának szabad elhatározási képességével nem birt, a 76. §-nak értelmében kizárja a büntetőjogi beszámitá

jogellenes cselekmények ellenében védelmükről kellően gondoskodni nem képesek; e fokozott oltalom — a gondnoki képviseleten kivül — egyes bűncselekményeknél, pl. a személyes szabadság megsértése (1878: V. t.-cz. 193—198. §§.), a nemi közösülés és a szemérem elleni erőszak (232. és következő §§.), az állapotánál fogva önsegélyre képtelen személy elhagyása (287. §.) stb. esetében a szigorubb minősítésben nyilvánul.

A kihágások terén is megnyilvánul a törvényhozás büntetőjogi védelme az elmebetegek irányában, a mennyiben az elmebetegügy terén kibocsátott közigazgatási rendelkezések vagy tilalmak megszegése, mint kihágás, büntető sanctio alá esik. Igy pl. engedély nélküli felállítása az elmegyógyintézetnek (1876: XIV. t.-cz. 56. §.), elmebetegnek orvosi bizonyitvány nélkül intézetbe felvétele (7., 72., 73. §§.), személyes korlátozásoknak szükség nélküli alkalmazása (75. §.) stb.

A mi pedig a bünvádi eljárásban biztosított oltalmat illeti, a bünvádi perrendtartás kimondja: hogy ha a terhelt beszámithatóságot kizáró, gyógyithatlan elmezavarban szenved (tehát akkor is, ha a bünczelekmény elkövetésekor nem volt elmebeteg), az eljárást meg kell szüntetni (264. §. 3. p.), ha pedig a terheltre nézve a beszámithatóságot kizáró vagy korlátozó elmezavar látszik fennforogni és további megfigyelés szükséges, a bünvádi eljárás tovább folytatását fel kell függeszteni (265. §. 4. p.), és az eljárás mindaddig függőben marad, míg a biróság meggyőződést nem szerez arról, hogy a terhelt elmeállapota a beszámitást nem zárja ki, vagy hogy az gyógyithatlan.

Nagyfontosságú a törvénynek az a szabálya, melyet az elmebetegség megvizsgálására nézve felállit, és mely szerint, ha gyanúok merül fel arra nézve, hogy a terhelt beszámithatóságát kizáró vagy korlátozó elmezavarban vagy öntudatlanságban szenved, a megfigyelést mindig két orvosnak kell teljesiteni és véleményt adni arról, vajjon a terhelt elmezavarban vagy öntudatlanságban szenved-e vagy nem, illetőleg a bünczelekmény elkövetésekor abban szenvedett-e úgy, hogy e miatt akaratának szabad elhatározása képességével nem birt, s az iránt is nyilatkozni, vajjon a terhelt állapota közveszélyes-e? Ha a szakértők a megfigyelés alatt a terhelt akaratának szabad elhatározását korlátoló körülményeket észlelnek, véleményökben ezeket is tartoznak részletezni.

A biróság bármelyik megfigyelő vagy véleménytadó orvosnak, vagy bármely félnek indítványára, a vádló és a védő, esetleg az e czélból nyomban kirendelendő külön védő meghallgatása után elrendelheti, hogy a terhelt elmeállapotának további megfigyelése végett az e czélra rendelt állami intézetbe szállittassék.

A szabadlábon levő terhelt csak akkor szállitandó ily intézetbe, ha elmeállapotának megfigyelése máskép nem történhetik. Az e végzés ellen használt felfolyamodásnak felfüggesztő hatálya van. Az intézetben a megfigyelés rendszerint legfeljebb két hónapig tarthat, mely idő alatt a vélemény is előterjesztendő. A megfigyelést hosszabb időre csak a biróság újabb határozata terjeszthet ki. Ennek kieszközlése végett köteles az intézet igazgatója hosszabb megfigyelés szüksége esetében az illetékes birósághoz idejekorán indokolt előterjesztést tenni.

Főképen e megfigyelés czéljára létesitette az igazságügyi minister 1896-ban a budapesti kir. gyüjtőfogház mellett a letartóztatottak és elitéltek megfigyelésére és gyógyitására berendezett elmegyógyintézetet, melynek szabályzatát az 1896. évi deczember hó 4.-én kelt 60,780. sz. rendelettel állapitotta meg. Járásbirósági ügyekben azonban a terhelt elmeállapotának megfigyelése végett elmegyógyintézetbe nem szállitható.

A bünvád alól elmebetegség okából menekült egyén további sorsáról, és a részéről fenyegető veszély elhárításáról akképen gondoskodik a törvény, hogy elrendeli, hogy akkor, ha közveszélyes elmebeteg ellen az eljárást megszüntetik, vagy felmentő itéletet hoznak, szabadlábra helyezése helyett őt a legközelebbi közigazgatási hatósághoz kell kisértetni (158. §.).

Humánus érzület vezette a törvényhozást abban a rendelkezésében is, mely szerint elmebetegnek felgyógyulása előtt sem a felsőbiróság ama határozata nem hirdethető ki, melynek követ-

sem rajta a halálbüntetés végre nem hajtható (502

Ha a szabadlábon levő elitélt akkor, a m
szabadságvesztés büntetésének végrehajtása megk
elmebetegségben szenved, bármily nemü és tarta
vesztés-büntetésnek végrehajtása az elitélt felgyógyul
tandó (507. §.). Felemlitendő e helyütt még, hog
bíróságról szóló törvény (1897: XXXIII. t.-cz. 5.
elmebetegség az esküdtképességet kizáró ok.

Az elmebetegügyet tárgyazó törvényhozási alk
és hézagait serény kormányhatósági intézkedésekl
az utolsó ötven év alatt pótolni; a belügyi kormá
rendeletet bocsátott ki, melyek az elmebetegügynek
intézeti elmebetegügynek helyes fejlődését jelentéke
tották. E kormányrendeletek tüzetes ismertetése czil
kivül esvén, közülök csak a jelentékenyebb intézke
jük ki. Első sorban az elmebetegek elhelyezésére
zetek létesitésére irányuló lankadatlan tevékenys
emelnünk. Ennek köszönhetjük, hogy míg ezelőtt 5
egy elmegyógyintézet, t. i. a boldogult atyám által
magán elme- és ideggyógyintézet volt hazánkban,
öt állami elmegyógyintézetünk van: a budapest-lipót
földi, a nagyszebeni, a nagykállói, továbbá a ko
kórtani klinika, ezenfelül a közkórházak közül a
szent János-kórház, a pozsonyi, gyöngyösi, gyul
nyitrai, szegzárdi, miskolczi, pécsi stb. közkórház
nek nagyobb elmebetegosztálylyal, és újabban két
gyógyintézet is létesült.

Mindenesetre nagy eredmény ez, bár még m
attól az ideális czéltól, hogy hazánk minden egy
gyógyintézetben találhassa felvételét, gyógyulását é
állami elmegyógyintézetek összes szervezeti, szolg
viteli viszonyait az 1902. évi 125,500. sz. a. kibo
ministeri rendelet szabályozza, mely az elmegyógy
felvételt és elbocsátást is tüzetesen megállapitja.
külözhetlen kelléke az elmebetegséget tanúsító orvos
(1876: XIV. t.-cz. 72. §.); a fizető betegnek, tov
megkeresésre közveszélyes betegnek, és megkere
rendkivüli mértékben közveszélyes betegnek felvétel
határozza el, egyébként a felvétel a belügyminister
veszélyes elmebeteget hozzátartozója bármikor kivel
ből, hatósági megkeresés nélkül felvett beteget,
továbbá hatósági rendelkezésre felvett, de már
beteget csak a további megfelelő ápolásról szóló té
ben lehet kivinni, hatósági rendelkezésre felvett és
beteg pedig csak akkor bocsátható el, ha elbocs
kórállapotának és a kilátásba helyezett ápolásnak
nek mérlegelésével, az a külön bizottság, a mel
ministernek 1898. évi 75,804. sz. rendelete fe
engedi. Az elmebetegek intézeti felvételének, elbo
szállításának összes módozatait a belügyminister
30.-án 10,538. sz. a. kelt körrendeletében egy
közönség tájékoztatása czéljából közhírré tétette. K
szabályozzák a bünvád alól felmentett elmebetege
vételét (91,855/94., 46,650/93. sz. B. M. r.) és
mely utóbbi az e czélra az 1898. augusztus 5.-én
kelt B. M. rendelettel létesitett külön bizottságnak
megállapitott ügyrend szerint hozott határozatától,
rés esetében pedig a belügyministertől függ. Az
rendelkezik még a 94,293/97 és 19,651. sz. B
A kormánynak ez a buzgó működése, a sikeres
ség, a psychiatriának tudományos müvelése — mel
kel szoros kapcsolatban áll — az intézeti elm
utolsó félszázadban, törvényhozási rendelkezés h
fejlettség oly magas fokára emelték, a melybe
marad a külföld államai mögött. De az intézeten
betegügy, a házi és községi ápolás még ma is telj
len, pedig épen az intézeten kivüli elmebetegek fel
tér, a hol a hozzátartozók esetleges indolentiája é
kevésbé intenziv közreműködése miatt erélyes r
és ezeknek szigorú végrehajtására van szükség.

codificatioja.

A rendszeres elmebetegügyi törvény, melynek általam készített és az országos elmeorvosi értekezlet, valamint az Országos Közegészségi Tanács tárgyalásaiban elfogadott javaslata már egynehány év óta a belügyminister előtt fekszik, nemcsak az elmebetegek összes közigazgatási jogi viszonyait és ezek között az intézeti elmebetegügyet is kimerítően szabályozza, hanem az intézeten kivüli elmebetegek eddig kellő szabályozás híján elhanyagolt ügyének igyekszik különösen gondos, szigorú és lelkiismetes felügyeleti szabályok létesítésével szolgálni. E törvényjavaslat egyéb rendelkezései közül a magánintézetek vezetésének, átszállásának szabályozását, a birói ellenőrzésnek az állami elmegyógyintézetekre kiterjesztését, az intézetek felügyeletének újjászervezését, önként jelentkező nem elmebetegek intézeti ápolásának megengedését említjük fel, mint olyan új rendelkezéseket, a melyek megvalósításától hazánk elmebetegügyének továbbfejlesztését joggal remélhetjük. Ezt a törvényjavaslatot Moravcsik Ernő Emil tanár, igen tisztelt barátom, az Orvosi Hetilap „Elme- és Idegkórtan“ mellékletének 1904. évi 3. számában kimerítően ismertette.

Biztató képet nyujt az igazságügyi codificatio eddigi előkészítése is. A jogélet minden ágára kiterjedő az a korszakalkotó codificatorius tevékenység, melyet az igazságügy terén dr. Plósz Sándor igazságügyminister korában megindított, közelről érinti elmebetegügyünket is. Első sorban a polgári perrendtartás javaslatának a gondnoksági eljárást szabályozó része érdemli meg a psychiaterek érdeklődő figyelmét, mert mai gondnoksági eljárásunkat a psychiatria helyes szempontjainak figyelembevételével lényegesen átalakitja. A javaslat szerint ugyanis a gondnoksági eljárást mindig csak kérelemre lehet megindítani, hivatalból soha, és a szakértői megvizsgálást sohasem szabad mellőzni. A javaslat tehát az állami és más elmegyógyintézetek közt a mai gondnoksági eljárásunkban fennálló különbséget teljesen megszünteti. További nevezetes újítás a javaslatban az, hogy a gondnokság alá helyezendő elmeállapotának megvizsgálása czéljából elmegyógyintézetbe helyezését rendelheti el a bíróság.

Még közelebbről érinti az elmebetegügyet a perrendtartás életbeléptetéséről szóló törvényjavaslat, a mely az 1876 : XIV. t.-cz. 73. és 74. §-ait hatályon kivül helyezve, az elmebetegség birói megállapítását oly irányban reformálja, hogy a birói ellenőrzést az állami elmegyógyintézetbe való felvétel esetére is kiterjeszti és hogy az igazgató és a hozzátartozó közötti véleményeltérés esetén az elbocsátást is birói határozattól teszi függővé.

A javaslat egyúttal az elmebetegség megállapítása körüli eljárást is szabályozza, a mely mai jogunkban hiányzik. Az életbeléptetési javaslatnak ezen rendelkezései mindenben az elmebetegügyi törvény tervezetében javasolt vonatkozó szabályokat kivánják megvalósítani.

Jelentékeny fejlődési fokon áll az általános polgári törvénykönyv tervezete is; e szerint gyámság alá azt kell helyezni, a ki tartós elmebetegség vagy elmegyengeség miatt magáról vagy ügyeiről gondoskodni nem képes, vagy a ki elmebetegsége vagy elmegyengesége miatt közveszélyes. Az elmebetegségnek és elmegyengeségnek szembeállitása, valamint a közveszélyességnek gyámság okául felvétele, psychiatrikus szempontból nem indokolható; ellenben helyeselnünk kell a tervezetnek azt az álláspontját, mely a cselekvőképességet kizáró vagy korlátozó „gyámság“ mellett a cselekvőképességet nem érintő „gondnokság“ intézményét létesiti, és gondnokot rendeltet olyan teljeskorú egyén mellé, a kit elmebetegség gyanúja miatt gyógyintézetbe megfigyelés végett felvettek, vagy a ki hatósági orvos bizonyítványa alapján elmebetegnek vélelmezhető, továbbá oly teljeskorú részére, a ki együgyüség, elaggottság stb. okából magáról vagy ügyeiről kellően gondoskodni nem képes. (469., 470. §§.)

Nem kerülte el Plósz Sándor körültekintő gondosságát az elmebetegek büntetőjogi beszámításának a psychiatria szempontjából megfelelőbb rendezése sem, melynek szabályozása a gyakorlatban, az irodalomban és a jogászegyletben többszörös felszólalásnak tárgya volt.

gatás, mint az igazságügy terén teljes erővel megindu
matban van, és csak a politikai viszonyokon muli
törvényhozás a reformjavaslatokat eddigelé nem valós

Reméljük, hogy a törvényhozás normális működés
távai a javaslatok mielőbb törvényerőre emelkednek
„Orvosi Hetilap“, az orvostudomány e fáklyavivője
mikor fennállásának második félszázadát ünnepli,
törekvéseknek már sikereiről, a nagy reformok már ál
ményeiről fog beszámolhatni.

A méhfibroma jelentősége egykor és

Irta: *Tauffer Vilmos* dr., egyetemi tanár.

Scanzoni,[1] korának egyik legjelentékenyebb nőorvos
a méhfibromák operativ gyógyításáról így szólott: „
Zeit wurde auch von mehreren Seiten eine operative
der runden Fibroide des Uterus vorgeschlagen und sel
führt und zwar hat man die Entfernung dieser Geschw
von der Bauchhöhle aus, nach vorausgeschickter La
theils von der Vagina her versucht. Über die erste
methode hat die Erfahrung bereits längst den Stab
indem uns kein constatirter Fall bekannt ist, wo eine
Weise operirte Frau mit dem Leben davon gekommen
auch das zweite Verfahren dürfte wohl nur in den
Fällen gerechtfertigt erscheinen. Zur Exstirpation eine
sen, in die Uterushöhle hineinragenden Fibroids würd
nicht leicht entschliessen, weil wir diese Operation ni
eine äusserst gewagte und gefährliche halten, sondern
auch kein Mittel bekannt ist, um uns von vorne here
Durchführbarkeit des Verfahrens zu überzeugen“. Scan
felfogásnak kifejezője volt e szavakban, mert addig a
más daganatai jóformán mindig csak téves diagnosi
petefészekdaganat czimén, tehát véletlenül kerültek k
mikor a valódi helyzet felismertetett, legtöbbször a
nem végezve zárták a műtők a hasürt. Koeberle[2] má
álláspontot foglal el és 1864-ben 50 idevágó esetet s
az irodalomból; az találta, hogy az 50 eset közül ha
a mütét bevégeztetett s ezen 35 közül 23 volt halálos
a 12 gyógyult eset közül 7 volt kocsányos subseros
és csak 5 tulajdonképeni hysterotomia. Péan[3] volt az
1873-ban 9 saját esetéről tehetett jelentést 7 gyógyul
tervszerüen jól átgondolt saját módszere szerint operá
alapitója lett az újkori haladásnak.

A sors különös kedvezésének tartom, hogy akk
a jelenkor egyik legnagyobb nőorvosának, Hegarna
(Freiburgba 1876), a mikor Németországban ő mint e
hasonló természetü mütéteket s igy részese lehettem ann
munkának, mely manapság az előre alig remélt ered
vezetett. Gusserow[4] 1878-ban 72 újabb időben oper
sorsát tanulmányozta és ezek között 17 megoperált
subserosus myománál 70·5 % halálozást és megoperált
vaginális amputatio, tehát valódi hysterotomia kapc
halálozást jegyzett fel.

Az ovariotomia akkori sikereinek nyomán halad
csonk elvarrásával és a hasürbe való elsülyesztésével
Schroeder, hazánkban pedig Kovács József kisérletez
nagy halálozással, hogy ez az operálási mód, legalább
haladásnak nem volt tekinthető és visszhangra n
Nagyobb sikert csak Hegar tudott felmutatni a m
extraperitoneális rögzítésével az alsó sebzugban. Ez az
mód uralta jó ideig a tért és eredményei által alkal

[1] Handbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualor
Auflage. Wien 1863. Pag. 239.

[2] Documents pour servir à l'histoire de l'exstirpation
burg 1864.

[3] Hysterotomie de l'ablation partielle ou totale de l'u
gastrotomie. Paris, A. de la Haye, 1873.

[4] Die Neubildungen des Uterus, Stuttgart 1878

felhalmozódó tapasztalás e téren is meghozta a várva várt eredményt, tudniillik a méhcsonk elsülyesztésének lehetőségét veszély nélkül, tehát azt a módszert, melynek kiművelésével a mai, azelőtt nem is sejtett eredményeinket érjük el.

Az eltelt 25 év alatt nekem is osztályrészül jutott a nőorvoslás e nagy haladásában együtt dolgozni és ez indít arra, hogy az Orvosi Hetilap 50 éves fennállásának jubileuma alkalmával tapasztalásaimról röviden beszámoljak.

25 esztendő minden operateur életében nagy idő; a ki szakadatlan tevékenységben az évek ilyen sorozatára tekint vissza, műtői tevékenységének javarészét maga mögött látja s idején való, hogy összeszedje munkájának eredményeit, számot adjon magának arról, a mit végzett és az irányító tanulságokat vonja le arra a kicsiny tevékenységi időre, a mely ilyenkor még előtte áll.

A véletlen úgy hozza magával, hogy saját műtő tevékenységem e 25 éve összeesik az Orvosi Hetilap második negyedszázados multjával; hasábjain vannak megörökítve azok a rám nézve emlékezetes viták, a melyek a Budapesti Kir. Orvosegyesület üléseiben a hetvenes évek végén és a nyolczvanasok elején lefolytak. Az idősebb és velem egykorú collegák nem egyszer voltak szívesek azokra az élénk estékre visszaemlékezni, a mikor a korán elhalt, nagy tehetségű és felejthetetlen Antal Gézával e kérdések részletei felett vitatkoztunk. A hazai nőorvoslás fejlődésének történetében sem volt egészen jelentőségnélküli azon idő és nekem mindig gyönyörüség az azokra való visszaemlékezés. Az alábbiakban számot adok arról, hogy mit dolgoztunk, tudniillik magam és klinikai munkatársaim e téren az eltelt 25 év alatt és mennyiben haladtunk párhuzamosan a müvelt világ haladásával e téren is.

Meg vagyok győződve, hogy nemcsak egykori segédeim, gyakornokaim és internistáim nagy száma, hanem collegáim sokasága is a gyakorlatban (kik betegeik révén részesei voltak munkámnak) szivesen tekintenek végig velem e 25 év történetén, melyből a számszerü adatok felsorolása után levonhatjuk a tanulságot, hogy milyen volt „a méhfibromák jelentősége és gyógyításának kilátása egykor és milyen az most“.

Tanári működésemet az egyetem 2 sz. női klinikáján 1881. év szeptember havában keztem meg. Naplóm anyagát ugyanezen év szeptember havától az 1903/904. tanév befejezésig (junius hó végéig), tehát 23 tanévről dolgoztuk fel és rendeztük részletesen[1] Ezen 23 év alatt 40,250 betegről vannak pontos feljegyzéseink, a kik között 1909 volt olyan, a ki méhében felismert módon fibromát hordott. Ezen kimutatásokba a magángyakorlatomban előfordult fibromás betegek csak annyiban vannak beszámítva, a mennyiben operativ kezelés anyagát képezték, tehát felölük rendes kórtörténet vezettetett; magánambulantiámnak sok száz esete nem szerepel a kimutatásokban; világos tehát, hogy az esetek összes száma, melyre visszatekintek, jóval felülmulja a kétezret.

Ezen egész anyagból mint fekvő beteg kezelésünk alatt állott 774; palliativ kezelésben, mint bejáró beteg, a klinikán sok száz egyén részesült. Palliativ kezelés czéljából a klinikán benn feküdt 179; a palliativ kezeléseket illetőleg fel van jegyezve, hogy excochleatiót 38 állott ki, jodinjectiót a méhürbe sokszor ismételve 18 kapott, Apostoli-féle villamos kezelésben 12 részesült, tamponálásra, gyógyszeres kezelésre (ergotin subcutan stb.) 111 esetben szorítkoztunk. *Mütétet végeztünk összesen 595 betegen, az összes fibromás* betegek közül tehát körülbelül 15—20 százalékot kezeltünk mütéti úton. Figyelemre méltó ez a szám, mert mutatja, hogy mindig az volt álláspontunk, melyet ma is helyesnek tartunk, hogy a fibroma jó természetü betegség, mely nem önmagáért, hanem csak azon következmények miatt operálandó, a melyeket a szervezetben okoz Világos, hogy újabban, mikor a fibroma-betegség prognosisát a tudomány általános haladása és a saját tapasztalásunk alapján helyesebben itéljük meg,

[1] Az anyag feldolgozása, mely a gyógyult betegek általános revisiojával járt együtt, nagy munkát és sok időt igényelt; a minden részletet felölelő nagyobb munka más helyen fog megjelenni, a jelen közlemény annak egy kis mutató részletét képezi.

és gyógyítunk alaposan, mint annak idején, tehát 2 előtt, mikor a mütéti gyógyítás még bölcsőjében volt kivétel nélkül mindnyáján, kik a bajjal operative fogl meg kellett fizessük árát a haladásnak. Hogy milyen v rálási frequentia egykor és milyen újabban, az az any beli összehasonlításából tünik ki, tudniillik abból, h 1881. évi szeptembertől 1893. juniusig (tehát 12 tané klinikán ápolt 227 fibromás beteg közül száztizenhatot százalékot kezeltünk operative, addig az 1893. évi ju 1904. évi juniusig eltelt 11 tanév alatt a klinikán fibromás beteg közül az operative kezeltek száma 4 78·5 % volt.

Az egész fibromyomás anyag áttekintése: 1881. szept 1904. junius végéig.

1. A fibromyomás betegség gyakorisága az egész beteganyaggal szemben, 23 tanév alatt ... ...
2. Fekvő beteg volt ezen 23 tanév alatt (egyéb betegségek és fibromyomások viszonya)... ... ...
3. Csak palliativ kezelésben részesült klinikai fibromyomás *esetben, 6 halálesettel* = 3·39% mortalitás.
   a) curettage 38 esetben; *b*) jodinjectiók huzamos idő telve 18 esetben; *c*) villamos kezelés Apostoli szer ben; *d*) tamponálás, gyógyszeres kezelés stb. 111 e
4. Mütét tárgyát képezte: 595 eset.

			halál-esettel	
1. Polypus eltávolítása (lecsavarás, éccraseur) ...	179	esetben;	2	= 2
2. Enucleatio per vaginam.	72	„	4	= 5
3. „ „ colpotomiam (Douglas megnyitás)...	8	„	—	=
4. Castratio, az anticipált klimax czéljából	23	„	1	= 4
5. Hysterotomia extraperitoneális csonkkezeléssel	35	„	8	= 22
6. Exstirpatio totalis uteri, typusnélküli mütétek..	36	„	6	= 16
7. Hysterotomia, Schroeder szerint	7	„	4	= 57
8. Myomotomia (a méh és a petefészkek bennhagyásával)	69	„	10	= 14
9. Myotomia plus castratio	15	„	1	= 6
10. Hysterotomia, secund. Chrobak.	140	„	10	= 7
11. Exstirp. tot. uteri fibromat. s. Doyen	68	„	5	= 13
12. Exstirp. tot. uteri fibromat. per vaginam.. ...	35	„	3	= 8

Ezen táblázat képét adja annak, hogy minő fenyegette a klinikára felvett fibromás betegeket egyál tünetileg kezelt 179 beteg közül a klinikán elhalt 6 l los vérvesztés, a szívizom degeneratioja és más követ bajokban.

A mütéti úton kezelt betegek sorsát a tábl következőkben tekintjük át:

1. Az olyan betegek közül, kiknél a daganat töb polypszerü volt és a kiknél a daganat kocsánya éccr volt érhető, 90 került mütét alá — két halálesettel. eseteknek operálása és operálásának módja annyira san ismert és elfogadott, hogy e helyen behatóbban feleslegesnek látszik.

2. *Enucleatio per vaginam* czim alatt azokat fogl kiknél a daganat a méh falában növekedett, de a n promineálva submucosus elhelyeződésü és a méh-nya át ujjal elérhető volt. A daganat eltávolítása czéljáb (tudniillik a cervikális csatorna tágítását) ilyenkor va mészet készíti elő az által, hogy a méhösszehúzódásol ganat nyomása által felülről tágult a méh nyakcsator mi magunk készítjük illetve tágítjuk az utat duzzad alkalmazása által, vagy a mikor ez előreláthatólag c vezet, a méhnyaknak hosszanti felhasítása által. Az enuc kevésbbé szép mütét, durvának látszik, hosszantartó, fá nem egyszer nagy vérzéssel jár; de a régebbi időben volt, a melyik még jó eredménynyel járt, mert nyit

halt meg, a mi 5·55% mortalitásnak felel meg, a mi, tekintve, hogy elég sokszor ökölnyi és nagyobb daganatot szedtünk ki a méhürből és a méh falából, nem volt egészen rossz eredmény. Az ilyen operalást ma is elöszeretettel végezzük, mert meggyőződésünk, hogy ezen conservativ úton sok asszonynak tartható meg a méhe és genitaliáinak functioképessége és e mellett mindig szem előtt tarthatjuk azt az elvet, hogy sohase menjünk tovább operationkkal, mint a mennyi okvetlen szükséges a beteg gyógyítása érdekében.

3. *Enucleatio per kolpotomiam* megnevezéssel azokat az eseteket jelöljük, a melyekben a daganat a peritoneum alatt a hasür felé nött, a hol rendszerint egyetlen vagy legalább kevés számú daganattal volt dolgunk, a mely a Douglas-ür megnyitása útján a hüvelyboltozaton át volt megközelíthető. Ilyenkor a hüvelyboltozat megnyitása után a daganatot a tok felhasítása után egészében vagy szétdarabolva hámozzuk ki subserosus esetleg muscularis ágyából s a visszamaradó ürt catguttal rétegesen úgy varrjuk el, hogy a sebür hashártyaszélei lehetöleg vonalasan egyesittessenek; a méh helyére való visszatolása után a hüvelyboltozatot is összevarrjuk. Az igy operált nő genitáliáinak teljes épségét nyerheti vissza, csakúgy mint az a másik, a kinél az esetleg submucosus daganat a méhür felől enucleáltatott. Az operálásnak ezen subtilis módja csak az utolsó évek vívmánya s az aseptikus operálásnak és a müféti technikának olyan tökéletességét feltételezi, melyhez mindnyájan csak hosszú tapasztalás útján jutottunk el. Ilyen operálásra alkalmas beteg aránylag csak gyéren fordul elő, nekünk például sok száz fibromás beteg között ezen technikával csak ötször volt alkalmunk operálni, szerencsére mindannyiszor gyógyulással.

4. A fibromás méh gyógyításának történetében korszakot jelent Hegarnak az a felfedezése, hogy a petefészkek eltávolítása, tehát *a castratio útján*, más szóval *a klimax anticipálása által* a fibromás méhnek ugyanolyan visszafejlödése érhető el, mint a milyent a természetes módon az ötvenes években bekövetkező klimax után a betegnél látni szoktunk. Hegarnak ezirányú állatkisérleteti tanulmányaiban magam is résztvettem és első müteleinél segédkeztem; maradandó emléket hagytak bennem azok az eredmények, a melyeket a beteg asszonyokon annak idején észleltünk. Hegar már legelső közleményében jól körülirta a feltételeket, a melyeknek betartásával érhetök el a jó eredmények, igy a többek között csak mérsékelt nagyságú és legfeljebb a köldök magasságáig felérő daganatoknál és olyanoknál várhatjuk azt, a kiknél ellágyulási góczok (cavernák, lymphangiektasiák, nekrobiotikus folyamatok) a daganatban nincsenek jelen.

Az ifjú orvos, a ki e sorokat olvassa, ki a modern viszonyok között fejlödött orvossá, alig is tudja elképzelni, hogy minő nagy vívmány volt Hegarnak ezen felfedezése azon időben, mikor a mai nagyszabású operatiók (myomotomia, hysterotomia) még egyáltalában ismeretlenek vagy embryonális állapotban voltak.

Mi magunk castratio útján 23 beteget igyekeztünk gyógyítani; ezen 23 közül egy halt meg tüdőemboliában; a halálozási százalék tehát 4·34% volt.

Hogy a castratio a myomás betegek gyógyításában csakhamar meghaladott módszerré vált, az onnan van, hogy vele csaknem párhuzamosan, jóformán egyidöben lépett előtérbe a Péan féle hysterotomia, mely különösen Hegar keze alatt s az ő nyomdokain (tudniillik az extraperitoneális csonkkezelés útján) meglepő eredményeket mutatott fel és olyan eseteket is bevont a gyógyítás keretébe, melyek castratio útján nem voltak előnyösen kezelhetők. Háttérbe szorult e módszer továbbá még azért is, mert castratio esetén a visszamaradó fibromás méh a visszafejlödés ideje alatt nem egyszer olyan utóbajok forrása lehetett és volt (vérzés fennmaradása submucosus gócz vagy ovarium-részecskék visszamaradása esetében, ellágyulás a daganatban, izzadmány a csonkok körül stb.), a mely complicatiók és utóbajok a supravaginális amputatio és extraperitoneális csonkkezelés által jó részben el voltak kerülhetök.

5. A fejlödésnek legközelebbi lépcsőfoka *az extraperitoneális csonkkezelés Hager szerint*; ezen módszernek lényege főként abban áll, hogy a hasseben át kiemelt daganatos méh alsó, elkeskenyedő részletén két lándzsaszerü tüt szúrunk át keresztezve és kisujjnyi felette levágott méhcsonk gomba alakjában feszülés rögzíthető a hasseb alsó zugában és a hasfal parietál neuma a szorító gummiszalag és a lándzsatük alatt pontosan volt odavarrható a csonkhoz úgy, hogy ezált gyógyulás biztosan a hashártyán kivüli folyamattá vált alkotórésze volt ezen eljárásnak még az is, hogy feletti csonkrészlet 10%-os chlorzink-oldat befecskende (Pravaz fecskendövel) teljesen mumifikálódott, kopogó vált és igy az elhalásra szánt részletnek veszedelmes ü el volt hárítva; a csonk körüli árkot (tudniillik a hasságában) chlorzink-oldattal impregnált és megszárított köt kitöltve elértük azt is, hogy vastag pörk keletkezvén sebén, a közvetlen infectio ki volt zárva; végül mikor megszorított hely táján demarkálódott és a 14—16. na a környező árok a hasfalban a chlorzink-pörk leválása utá szövettel volt boritva és a helyi fertözésre kevéssé alkalt

Az igy kezelt esetekben nagy hátrány volt a felett véghetetlen gonddal járó utólagos sebkezelés, továbbá csonk beforradási helyén a hasfal ellenállása hiányos utólag nem egyszer hernia képződésére adott alkalmat. alkalmazhatóságát az is, hogy különösen eleinte csak az ben volt czélszerü, a melyekben a méh alsó részlete s azaz a fibromgóczok egyik-másika nem foglalta el a szájadéka táját, tehát nem terjedt le a méh nyaki rés igaz ugyan, hogy utóbb dexteritásunk fokozódásával ne már arra is merészkedtünk, hogy mélyen fekvő myomgó hagyva a csonkban, bevártuk a hassebbe való beforra és a bennmaradt góczot utóbb chlorzink-oldat befec által aseptikus elhalásra birva, apránként utólagosan azt tokjából. Régi segédeim saját munkájukra viss tanúságot tehetnek felőle, hogy egy-egy ilyen beteg utól elkészülni nem egyszer egy-egy kis sebészi remekmü szán

Ilyen módon 35 esetben operáltunk (mindannyit és közülük nyolczat vesztettünk el, a mi 22·8% mo felel meg. Csaknem 23% mortalitás! Hogy megvá idök! Akkoriban még ezt is nagy sikernek kellett te

6. Az operáló módszerek fejlödésének ideje al találkoztunk olyan esetekkel is, a melyekben az anatomiai és más nehéz complicatiók (a daganatnak a medencze m jedő kifejlödése, a ligamentum latum lemezei közé való a daganatnak a cervixben történt kifejlödése, a hóly elválaszthatatlan összekapaszkodása, hólyagsérülések, metszése, bélresectiók, medenczebeli régi tályogok b catioval, genyes adnexdaganatok, ellágyult és eves da letek puerperális infectio folytán, a méh nyakának vag fundusának carcinomája, a petefészkek rossz természetü stb., stb.) mellett a typikus mütétek egyike sem czélhoz, hanem a körülmények által követelt külön kellett követnünk minden esetben a helyzet neh megoldására és a sebgyógyulás kilátásainak lehető A sebgyógyulás kilátása, de némelykor a kényszerl például a hüvelyboltozat beszakadása által, már k először 1884-ben) arra kényszerített, hogy *a daganat nemcsak csonkítását, hanem teljes kiirtását végezzük boltozat kikanyarításával.* Tehát totális méhkiirtás abban *mikor ilyen módszerről még sehol szó nem esett.* Kétség voltak a legnehezebb mütétek, melyek a gynaekolo elöfordulnak és nem egy közülök 2½—3 óráig is elta

Ilyen typus nélküli nehéz mütétünk 36 volt; a bet hatot vesztettünk el (egyet a mütőasztalon chlor által). A mortalitás tehát 17·6%!

Mindenesetre feltünő, hogy ezen legnehezebb, minde hető complicatioval együttjárt eseteknek csoportjában a mor kevesebb, mint *hat százalékkal jobb*, mint az aránylag könny ket felölelő typikus extraperitoneális csonkkezelés kapcsol tuk. Ma már világos előttünk, hogy a jobb eredményeket e s zebb esetek csoportjában minek köszöntük, tudniillik anns lennek az eljárásban, hogy a sebzés területét a hüvely f kellett hagynunk, tehát: a sebváladékot levezettük. Sa az ilyen tapasztalások nem tömegesen, nem rövid egym

között és így az elszórt egyes tapasztalások kevéssé voltak alkalmasak arra, hogy eljárásunkra nézve minden esetben irányadóvá váljanak; ha levontuk volna már az első esetek után a helyes következtetést, úgy az csak egy leendett, t. i. jövőre könnyű eseteinket is ilyen módon kezeljük: teljes méhkiirtással és drainageval a hüvely felé. Sajnos! erre a böles következtetésre, mely oly közel állott volna, se én, se más nem jutottunk reá annak idején, hanem soká tapogatództunk és jártunk kerülő útakon, holott az egyszerü igazság oly közel állott.

7. Az extraperitoneális csonkkezelés, daczára az általa elért kedvezőbb eredményeknek, távolról sem volt az az ideális mütéti mód, mely kielégíthetett volna; láttuk, hogy kivihetősége a daganat anatomiai kifejlődése által igen sokszor korlátoztatott és az utókezelés nagy nehézségei különösen hátrányosak voltak; de meg aztán az elkerülhetetlen utóbajokkal is sokszor kellett megküzdeni. E hátrányokat mindnyájan éreztük és egy perczig se szünetelt a törekvés abban az irányban, hogy úgy mint az ovariotomiánál, a csonk elsülyesztése és a hasfalak egyszerü bezárása váljék lehetségessé. Különösen Schröder volt az, a ki e magas czél felé való törekvésében még áldozatoktól sem rettent vissza, szakadatlanul keresve az utat és módot a mütét és utókezelés egyszerüsítésére.

Magunk 1893 előtt hét esetben vállalkoztunk az e módon, t. i. *a csonk elsülyesztésével való operálásra*, sajna, oly rossz eredménynyel, hogy hét betegünk közül négyet veszítettünk el. Csoda-e hát, hogy úgy, mint mások sokan, mi is visszariadtunk e veszélyektől és soká megmaradtunk a bár hosszadalmas és szövödményes, de életbiztosabb extraperitoneális csonkkezelés mellett.

A sikertelenség okát e vállalkozásban ma már világosan látjuk: a vérzés csillapításának módját nem értettük kellően és az aseptikus módon való operálásban voltunk tökéletlenek. Az elsőt, t. i. a vérzéscsillapítást illetőleg, a daganatos méh, az ő túlságosan fejlődött ereivel, egészen más nehézségeket okozott, mint a petefészekdaganatok többé-kevésbé hártyás képletei, melyekkel elbánni abban az időben már elég jól tudtunk; a második veszélyt, t. i. az infectiot illetőleg pedig: a visszamaradó nedvdús, vérzékeny musculáris tömeg sokkal rosszabb viszonyok között volt, mint az a legtöbb petefészekdaganat kiirtása után lenni szokott. A daganatos méh amputatioja után veszélyes volt az az eljárásunk is, hogy a méh ékalakban kimetszett felületeit lapszerüen és rétegesen igyekeztünk egymásra varrni. Ilyenkor, a míg egyrészt a vérzés elleni biztosítás nem volt elégséges, másrészt az utánaszivárgás által veszedelmes táptalajt készítettünk a bejutott mikroorganismusoknak és így, ha a beteg a vérzésnek nem esett áldozatul, a sepsis fenyegette a csonkkörüli tájról, mivel asepsisünk az ilyen nagy fokban veszélyes terrenummal szemben távolról sem volt eléggé kimüvelve.

8. Már akkor, mikor a castratio szokásos gyógyeszköz volt fibromás betegeinknél, fordultak elő esetek, a hol az intramurális dominálo daganaton kivül, egyes, többé-kevésbé kocsányos subserosus góczok combinálták a helyzetet. Közel állott, hogy az ilyen kocsányos, buzogányszerü daganatokat kivegyük, egyszerü lekötéssel látva el a kocsányok ereit. A következő lépés a felszinhez közel fekvő, a hashártyaalatti nem kocsányos daganatoknak a peritoneális toknak felhasítása után való kivétele volt, a daganat visszamaradó subserosus tokjának elvarrásával. Csakhamar megtanultuk, hogy még tovább is mehetünk, hogy t. i. a méh falában mélyebben fekvő daganatokat is ki lehet hámozni, jól szem előtt tartva mindig, hogy a méh ürét nem szabad megnyitni és hogy a daganat medrét elsülyesztett réteges varrattal pontosan el kell zárni, nevezetesen a peritoneumot felette gondosan egyesíteni. Igy fejlődött ki apránként az a mütéti eljárás, a melyet mindannyian gyakoroltunk és a melyet Schröder kezdeményezésére myomotomiának neveztünk el.

A myomotomia a myoma-operálás conservativ módjának volna nevezhető, a mennyiben itt a genitaliák épségét sikerül megtartani a radikális hysterotomiával szemben, mely a méhnek részben vagy teljesen való kiirtásával jár együtt. Nagy czél, a melyre törekedni valóban érdemes; hisz a mütét kiállása után a beteg ilyen módon nemcsak bajától szabadul, hanem annyira functiotékenyen nagyobb, mint a radikális operatióké, a mi tapasztalásaink is mutatják.

Ilyen indicatiók alapján a leirt technikával 69-tunk; a daganat viselője 44 évnél ifjabb volt 54 esetközül is 40 volt a 20—40 év között, tehát fogamzásra kéEzen 69 operált közül 10 halt meg a mütét után, kevesebb mint 14·49% halálozást jelent; tehát kémagas halálozás, mint a milyen eredményeket az alálandó módszerek mellett elérhetünk.

Kétségtelenül figyelembe veendő ezen mütéti módnek megitélésénél azon körülmény is, hogy eredmutóbbi időben ezen csoportnál is lényegesen javultak, ben az utolsó 10 év alatt végzett 48 esetből álló már csak öt beteget vesztettünk, a mortalitas tehá15%-ról 10·4%-ra szállott alá. Sajna, még mindig mortalitás, mely legalább egyelőre még nem biztató általában kérdés, vajjon a genitaliák physiologikus megtartása csakugyan olyan nagyon fontos-e a betegre ezt szem előtt tartva és erre törekedve, a beteget alkalmával még egy notorius módon nagyobb veszélytegyük, mint a minő veszélynek árán (t. i. a hysterot mint alább látandjuk) bajából kigyógyíthatnánk.

9. A nyolczvanas és kilenczvenes években t olyan esetekkel is, a melyekben sok myomás méhvel gunk, egy vagy több dominálo gócz kihámozása után ból, arról kelle meggyözödnünk, hogy a méh izomzaszámos apró myom-mag fekszik, egyik másik közülök méh alsó szakaszában olyan helyen is, a hol egész bható növekedése folytán nagyobb veszélyeket rejt a jölőjére nézve; ilyenkor czélszerünek láttuk *a myomotomiával kiegészíteni*, útját vágva ez által az egyelőre kitok nagyra való fejlödésének is. Az 1893. évig 15 ilkezelt esetünk volt; 1893-tól kezdve (a mióta a by elsülyesztett csonkkezeléssel végezzük) mostanáig mászer láttuk ezen eljárást czélszerünek, tehát összesen alkalmaztuk azt egyetlen halálesettel.

Ez az eljárás mostanában már idejét multa, ovariumától megfosztott daganatos méhnek visszahagkevés értékkel bir viselőjére nézve (nyálkahártyabefolyás, a daganat ellágyulása stb. által esetleges vtevén ki a beteget) és mivel a daganatos méhnek rtávolítása (mint az alábbiakban látni fogjuk) mostasem jár nagyobb közvetlen veszélylyel, mint a conse motomia + castratio útján való elbánás.

10. *A fibromás méhdaganat kezelésének fordakkor léptünk át*, a mikor elejtve a csonk tömeges elerek izolált lekötésének előnyeit itt is felismertük és ütőerek felkeresését és izolált ellátását még a legcoanatomiai viszonyok között is megtanultuk; nyomon a csonk alapos reductioja is, úgy, hogy a méh visszrészlete mostanság alig valamivel több, mint a menynyakának megfelel; a mi mindezeknél fontosabb, az sebészeti *antisepsis* ugyanezen idő alatt tökéletesedett *asepsissé*, úgy hogy *a csonk tökéletes vértelenítése és a tényezőinek elhárítása* egyugyanazon időben vált javájainknak és tulajdonképen ez hozta meg a várva eredményeket. Ez az átalakulás a kilenczvenes évvégbe, magam 1893. május hava óta tértem át az opmódjára, melyet egyszerüség érdekében Chrobák módszetok nevezni. Az 1903/4. tanév végéig 140 esetben azt, tíz halálesettel, a mi 7·14% mortalitásnak felel közel olyan volt, a milyennek azt annak idején az után látni szoktuk.[1]

Tekintetbe veendő itt, hogy a klinikán sohase a jobb halálozási százalék érdekében; a klinika felsdig magasabb szempontból fogtam fel, semhogy a tetsmény és a könnyü siker érdekében rendeztem vo indicatiokat betegeimnél, mert úgy gondolom, hogy

[1] Az 1904/5. tanév eredményeit lásd e közlemény vé

foglalkozik; emez jogosan és véleményem szerint bizonyos mértékig helyesen jár el, a mikor megválasztja eseteit és kitér az olyanok operálása elől, melyek statistikáját ronthatnák, illetve a melyek szerencsétlen kimenetelük folytán operateuri hírnevének árthatnának; a klinikát ilyen szempontok nem vezethetik. A klinikának kötelessége az olyan veszendő élet megmentését is megkisérteni, a hol a műtét csak mint „életmentési kisérlet“ jön számba, hol mások az operativ gyógyítás felelősségét vállalni nem hajlandók, a mely esetekben a beteg operálás nélkül biztosan elveszett avagy holtiglan invalidusságra van kárhoztatva. Ilyen alapon állva, operatioink közt egész sor olyan esetet látunk, a hol a legrosszabb kilátású előjelek daczára teljes gyógyulást sikerült elérnünk.

11. 7·14% mortalitás tervszerű, systematikus műtét kapcsán még mindig nem oly eredmény, melylyel megelégedni lehetne. Olyan esetekben, a midőn a daganat a cervixben fejlődött ki, avagy mélyen a parametriumokban ülő subserosus daganatoknál időnként, akarva vagy nem akarva, tehát kényszerű helyzetben, el nem kerülhetjük, hogy a hüvelyboltozat megnyitása után a méh teljes kiirtása történjék; mindezen okokból, de meg azért is, mert az elsülyesztett csonk körül egyidőben kellemetlen gyakorisággal láttunk izzadmányt keletkezni (mi a végleges gyógyulást elég hosszú ideig akadályozta): 1900-ban elhatároztuk, Doyen nyomain haladva, egy sorozatban a *méh totalexstirpatioját principiális módon végezni* és ennek feldicsért eredményeit közvetlenül kitapasztalni.

Az operálás ilyenkor is hasmetszés útján történik, azzal a czélzattal haladva előre munkánkban, hogy a cardinális szalagok és főerek lekötése és átmetszése után a hasseb elé kiemelt daganatos méh mögött a Douglason át megnyitjuk és körülmetszszük ollóval a hüvelyboltozatot. Az emigy felszabadult portio vaginalis alkalmas műszerrel felhuzatván a hasürbe, a parametriumok átmetszése után a hólyagot legutoljára választjuk le a daganatos méh alsó és mellső részletéről. Doyen ezen módszere, nézetem szerint, az operativ technika culminatioját jelenti; geniális és brillans a műtéti mód úgy tervezetében mint kivitelében egyaránt; alig tudok valami szebb látványt a szakértő szemlélőre nézve képzelni, mint egy ilyen fajta operatiót gyakorlott műtő kezei közt, jól összetanult segédlet mellett. A műtéti mód szépségén kivül megvesztegetett annak idején azon kinálkozó előnye is, hogy végrehajtása után a sebür a hüvelyboltozat felé drainezve marad és a sebváladéknak szabad lefolyása biztosítva van; tehát a remélt primaer jobb eredményeken túl még különösen arra is kilátásunk lehetett, hogy az annak idején fájlalt csonkkörüli izzadmányok ez úton elkerülhetők lesznek.

Doyen módszere szerint összesen 68 esetben operáltunk — 5 halálos kimenetellel; e műtét után tehát a mortalitás nem kevesebb mint 13·16%. A mortalitásban várt javulást tehát nem értük el (a csonk elsülyesztésével ez csak 7·14% volt), igaz ugyan, hogy az 5 haláleset közül egy chloroform-halál, kettő pedig szívhüdés volt, tehát nem irható okvetlen a methodus terhére, a fennmaradó 2 haláleset azonban tisztán sepsises volt; tehát ép abban csalatkoztunk, a mit a sebkezeléstől a drainage útján vártunk. A complikáló utóbajok tekintetében sem bizonyult előnyösebbnek ezen eljárás, a mennyiben négynél medenczebeli izzadmány, kettőnél pedig thrombus az alsó végtagban complikálta a kórlefolyást és hátráltatta a gyógyulást. Ezen tapasztalások indítottak arra, hogy visszatérjünk a már jól kitapasztalt, kevésbé fárasztó és technikailag egyszerűbb módszerünkhöz, t. i. a hysterotomiához a csonk elsülyesztésével, melynek újabb eredményeiről az alábbiakban négy szó leszen.

12. Tagadhatatlan, hogy az operatiora szoruló fibromás betegek egy részénél a daganatos méh a hüvelyen át is eltávolitható czélszerüen; az ezen úton való operálhatásnak azonban határát szabja egyrészt a daganatok nagysága, a sokféle complikáló betegség és az anatomiai kifejlődésnek bizonyos módosulata.

Ugyanis jóformán minden műtő megegyezik abban, hogy fundusával a köldök felé érő daganatos méh, a melyik a medenczébe már be nem nyomható, igen nagy arra, hogy a hüvelyen át vétessék ki; az anatomiai kifejlődést illetőleg pedig nem alkalmasak a hüvelyen át való operálásra azon esetek, melyekben a daganat

hártyagyuladások folytán keletkezett összenövések belek, a
és méh között szintén ellene mondanak a hüvelyen át va
rálás czélszerüségének és végre legalább is korlátozza a hi
át való operálhatást a hüvelynek tetemesen szük volta, a m
fibromás betegeknél (kik nem szültek) elég gyakran forc

Nem egyszer keltett bennem indignatiót olyan közl
melyben a műtő magát hangzatos módon conservativnek
holott közleményében a vaginális úton végzett totalexstirpat
egész sorozata olvasható. Megütközésem onnan származik
az olyan fibromás méh, a mely a fentebbi megszorításol
nagyság, anatomiai kifejlődés és a környezetben találhat
betegedések tekintetében a hüvelyen át még czélszerüen ki
azaz megoperálható, nézetem szerint *egyáltalában a leg
esetben okoz viselőjének olyan bajokat, hogy azok miatt i
lenne a beteget összes belső nemi szerveitől megfosztani.*

Egy kérdésben sincs a nőorvosok között olyan nag
ményeltérés, mint a fibromás méhvel szemben követendő
illetőleg, különösen abban a tekintetben, hogy hol szüks
radikális operatio. Úgy gondolom, hogy a fogalomzavar oka
rejlik, hogy egyik-másik szentül meg van győződve, hogy
vativ álláspontón áll és operativ indicatioi észszerüek és h
egy adott esetben, a mikor egy másik műtő ugyanolyan j
győződés alapján ugyanazon indicatiokat indokolatlanoknak
sulatlanoknak jelenti ki. Az indicatio szempontjából a tár
állás, munkaképesség, családfenntartás kötelessége, a pa
szenvedések fokának megitélése, a daganat anatomiai fejlő
a jövő veszélyére való következtetés, a palliativ gyógyí
közök állitólagos kimerítése: mind olyan tág fogalmak, a m
mindannyian egyénileg mérlegelünk és itélünk meg, mely
tünkre saját sentimentalismusunk nem kis mértékben gyako
folyást s ezért a *meggyőződés jóhiszeműségét*, mely a tan
műtő ajkára adja, kétségbevonni vajmi nehéz, mert végtére is
dolog, hogy az említett körülmények egyik-másikára m
súlyt helyez valaki. De ha a legvegsőkig méltányos is va
jóhiszeműség concedálásában: *azt a tanácsot, hogy komolya
legü panaszok hiányában is operálttassa meg méhdaganatát
„mihamarább csak azért, mert mostanában még a hüvelyen
azt kivenni“, utóbb pedig már „csak hasmetszés útján lesz
séges“, határozottan könnyelműségnek tartom.* Véleményem sz
ilyen tanács csakugyan nem más, mint a jóhiszemü betegnel
vezetése és megrémítése az ördög falrafestése által, mert
sem tudhatja előre, vajjon a mostanában mérsékelt nagys
jelentős bajt nem okozó daganat egyáltalában nő-e valaha
s hogy fog-e lényegesebb bajt okozni viselőjének.

A hüvelyen át való operálás másik támpontjaké
enthusiasták a lényegesen kisebb veszélyességét e módsz
emlegetik. Határozottan merem állitani, hogy ezen állí
kisebb veszély csak látszólagos, mert ha laparotomia ú
mind csak olyan jelentéktelen nagyságú, kedvező anatom
fejlődésü, jól megmozgatható és legtöbbször intact szerv
rejlő, lobos complicatioktól mentes daganatokat operálnánk
a minőket a hüvelyen át eltávolitani czélszerü módon lehe
merem állitani, hogy a primaer gyógyulás egyetlen num
sem volna kedvezőtlenebb, mint a hüvelyen át végzett műté
A hysterotomiánál fentebb jelzett 7·14% mortalitás a ki
igen sokszor a legsúlyosabb, kivérzett, más bajokkal con
és leromlott szervezetü betegek sorozatából válogatás nélkü
ki és sokszor vállalkoztunk a beavatkozásra olyan eset
mikor a biztos halállal szemben a menekülésnek csak egy
lehetősége kecsegtette a beteget. Ha már most az ilyen vá
és complicatiókban gazdag sorozatban a mortalitás 7·14%
a jól megválogatott esetekben (tehát azokban, a mikor
hüvelyen át is kivehetők volnának a daganatok) per laparo
ép oly jó eredmények volnának elérhetők mint a hüvely
tehát téves eljárás, mikor a hüvelyen át való operálás ar
tumaként a jobb sikert emlegetik.

Bármennyire védekezzünk a divatos irányzatok ellen
nyos mértékben mindnyájunkat magával sodor az áram, l
addig, mig önálló független itéletünk megalkotására kellő
talatokat nem gyüjtöttünk. Az irodalom egyidőben tele
hüvelyen át való operálás nagy előnyeinek hirdetésével; sz

tényleges előny tudniillik, hogy a hasür nem nyittatik meg nagy területen, tehát a lehülés jóformán el van kerülve, a belek peritoneuma nem insultáltatik, a fertőzés veszélyei kisebbek, a beteg közérzete a műtét után feltünően kedvezőbb: mind oly argumentumok, melyeknek súlyát tagadni nem lehet.

Innen van, hogy magam is meghódoltam ez irányzatnak és 35 esetben operáltam ilyen módon: három halálos kimenetellel, a mi 8·57% mortalitásnak felel meg. Meg kell azonban jegyeznem, hogy eseteimben az indicatio mindig súlyos természetü megbetegedés volt, mely a daganat által okoztatott és a hol felfogásunk szerint így vagy amúgy (per vaginam vagy per laparotomiam) okvetlen operálni kellett. Nem emlékezem egyetlen olyan esetre sem, hol csak azért operáltunk volna, mert „most még" vaginális úton lehet a daganatos méhet kivenni; indicationk lényege tehát úgy hangzott, hogy *ha már operálni mindenesetre szükséges, vajjon nem volna-e a műtét a hüvelyen át végezhető.* Az emígy megoperált betegek tehát nem a methodus kedvéért, hanem a saját betegségük miatt állották ki a műtétet; a 35 eset körül szerzett tapasztalás alapján mondhatom, hogy a medenczébe behúzható vagy benyomható, complicatio nélküli fibromás méhdaganatoknak a hüvelyen át való kivétele semmivel sem nehezebb, mint akármelyik közönséges méhkiirtás ez úton, azonban, mint fentebb már mondám, a mi felfogásunk szerint *az ilyen esetekben a legeslegritkábban van radikális műtétre szükség, oly nagyon ritkán, hogy alig kerül rá a sor.*

Nagyobb daganatoknál, mikor felső határuk a köldök táján tapintható, vagy azt meghaladja, mikor a függelékek megbetegedése, a környezet lobja complikálja a helyzetet, vagy a daganatos méh nem húzható be a medenczébe, mikor tehát az operálás a betegség miatt igazán helyén való: a hüvely felöli műtét technikája hasonlíthatatlanul nehezebb, mint a hasür felöl való operálásé és meg vagyok győződve, hogy ilyen eseteket véve szemügyre, a hüvelyen át való operálás útján se gyógyul több beteg, mint az abdominális úton.

Végre nem fogadhatnám el ellenargumentumként, hogy 35 eset tapasztalása, már csak a dexteritás hiánya miatt is, még igen kevés a helyes itélet megalkotására, mert az ellenvetés csak akkor állana meg jogosan, ha ahüvelyen át való operálásba csak most, ezen 35 eset kapcsán kezdtünk volna beletanulni és legalább eleinte a járatlanság követelt volna áldozatokat. Ilyen ellenvetés már csak azért sem volna jogosult, mert hisz más indicatiók kapcsán (uterus-carcinoma, gonorrhoeás adnexmegbetegedések, myomaenucleatio, haematokele, medenczebeli tályogok stb. miatt) már sok száz esetben végeztünk a hüvelyen át ép ilyen és akárhányszor complikáltabb viszonyok közt nagy operatiokat, tehát a technikai készültségben bizonyára nem volt hiány. Mindezen okok alapján úgy gondolom, jogos az az itéletem, hogy a fibromás méhnek a hüvelyen át való kiirtása csak legritkábban találja meg a javalatát és csak kivételesen fordulnak elő esetek, mikor az előnynyel bir az abdominális operálási módok felett.

Az elmondottak után úgy gondolom, hogy nincsen olyan eljárás a fibromyomás méhdaganat gyógyítása körében, melynek értékéről, előnyeiről és hátrányairól szaktudományunk fejlődésének egyes phasisai alatt közvetlen tapasztalások útján saját meggyőződést ne szereztünk volna. Minden rendszernek alapos kipróbálása után az 1903—1904.-i tanévben foglaltam álláspontot illetve tértem vissza ahhoz a typikus módszerhez, a melylyel régebben 7·14% mortalitással közel 100 esetet operáltunk. Ez a 7·14% mortalitás azoknak az eseteknek a sorsára vonatkozik, kik 1893 óta kerültek kezelésünk alá. Lényeges változást mutat az eredményekben, ha szemügyre veszszük, hogy minő sikert nyujt e módszer az újabb időben, nevezetesen, a legutolsó 50 esetből álló seriesünkben, a melyben két haláleset fordult elő, úgy hogy a tiszta mortalitás ezidejüleg 4%. Ez a mortalitás is magyarázatra szorul, mert a két haláleset közül az egyik, reactionélküli zavartalan gyógyulás menetén, a műtét utáni kilenczedik napon, teljes jó érzet közepette, minden előhirnök nélkül, *tüdőembolia folytán* hirtelen halállal végződött. A második egy sokat vérzett, choreában szenvedő egyénnél *szívhüdéses halál volt,* a szivizom elfajulása folytán. műtét után a második napon, kinél a szív műtét utáni shockjából, az első

nem tért. Igazában tehát e kettő közül egyik hal
a műtéti mód rovására, hanem egyszerüen a mü
volt annak okozója.

* * *

Végre néhány száraz tényt kivánok egymás
szembeállítani.

A hysterotomiát 1863-ban az akkori kor eg
nőorvosa (Scanzoni) nagy veszélyei miatt absolut
jelentette ki.

Koeberle szerint (1864-ben) 50 megkezde
35 fejeztetett be s e 35 megoperált eset közül
halálosan.

Gusserow (1868-ban) 72 eset után 58, illet
lozást talált.

A 2. sz. női klinikán 1881 ben kezdtünk o
csonkelsülyesztő módon (Schroeder szerint) végzet
halálozás 57·1% volt.

Az extraperitoneális csonkkezelés (Hegar)
tásunk 22·8 százalékra szállott alá.

A méh teljes kiirtása (Doyen methodusa s
halálozással járt.

A csonk elsülyesztésével (Chrobak módjával
mortalitásunk.

Az 1903—1905. évben az utolsó 50 hy
mortalitásunk kettő (egy embolia és egy szívl
százalék.

*A műtéti technika és az asepsis terén teh
végezélt, a melyre a letelt 25 év alatt szakadatla*
Az utolsó 50 eset között egy sem volt oly
műtéti módnak vagy az asepsisben történt hibá
volna a következménye.

A hysterotomia veszélyének megismerése, a
velése, melyek által ezen veszélyek leküzdhetők
magas czélok voltak, a melyeket kitartással és
gáltunk magunk is 25 éven át. Sajnos és szomo
reinknek, mint a haladásban mindennek, nagy
életben, de felemelő és megnemesítő az érzet, hog
és szemlélhetjük azt az időt, mikor e súlyos áld
már élvezik azok a betegek, kik most szorulnak
ségére.

A fibromyomákról a gyakorló orvos sz

Irta: *Bársony János* dr., egyetemi ta

A méh szövetének zömét sima izom- és kö
A testben mindenütt jelenlévő kötőszövet elkiséri
ványokat is, melyek a méh izomzatának folytatása
hüvely felé, részben a méhet helyéntartó úgynevez
irányában, meg a tubák falába kiterjednek. A h
meg a tubák falát is körkörös és hosszanfutó sim
síti. Ilyen szövet található a két hátulsó méhszala
csont felé futó lemezei között (musculus retractor
és ilyen szövet a ligamentum rotundum, melynek
részéből a legvégső izomnyalábok a nagyajkak z
laposan oszlanak széjjel. Épen olyan simaizomsejt
szövet a méh izomfala és annak a most említett
például az a szövet, mely az egész test erezeténe
ennek a falnak a közepét, a pars mediát alkotja. Egés
között is tehát az emberi test minden részén
szövet, de legkiváltképen és nagy tömegében talá
nemi részeiben.

Az egészséges elődöktől származott és
ingerektől, szenvedéstől, méreghatásoktól, fára
nagy ellenségtől, mikroorganismusoktól és mak
tésektől a lehetőség határain belül óvott test
ges marad. Az ilyen test maga is védekezni
minél egészségesebben fogamzott az a test és mi
a gondos ápolásban védelmet fejlődése közben, a
tartósabb lesz abban az egészség. Beteg szül

sokat gyötört test nem bírja sem külső, sem belső támadásokkal szemben magát megvédeni, könnyebben beteg lesz. Pedig az egészség folytonos védekezésben áll a belső és külső ostromokkal szemben és ha egy ponton kifárad, vagy gyengül, ott rés támad, melynek a befoltozásához megint csak erő és egészség volna szükséges. A támadások és ingerek szakadatlan behatásának egyik következménye lehet, hogy az ember testét felépítő szövetek a szükséges határon túlfejlődnek. Az ilyen túlságos fejlődés, az ilyen újképződés egyszer a szomszédságra ártatlan és csak a tömegével, súlyával kellemetlen, máskor meg határtalan szaporodása közben nem ismer gátat, melyet át ne törne, roncsol a közvetetlen környezetében, ellep és szétárad a távolban is. Hogy melyek azok a hatások, mechanikusak, chemikusak-e, vagy élő lények, mikroorganismusok-e azok az ingerek, melyek az izom- és kötőszövetet túlságos fejlődésre késztetik, s milyen tényezők azok, melyek a hámszövet határtalan és gonosz szaporodását okozzák, azt ma sem tudjuk, ez irányban ma is még csak kutatunk és kombinálunk. Mindössze annyi az, a mit bizonyosan tudunk, hogy ezek a szövetek, melyek eredetileg a test nélkülözhetetlen elemei, bizonyos, előttünk még ismeretlen okból egyszer csak a testnek valamely helyén túlságosan elszaporodnak, újonképződnek. A hámelemekből a környezetre rosszindulattal rák fejlődik, a kötőszövetből majd rosszindulatú húsdaganatok (sarkomák), majd jóindulatú rostos daganatok (fibromák), a sima izomszövetből meg izomdaganatok (myomák) támadhatnak. Hámdaganat első fészekben csak ott teremhet, a hol hámszövet van, simaizomdaganat megint csak ott, a hol ez a szövet már eredetileg is megvan. Simaizom a legnagyobb tömegben a nők nemi szerveiben van letéve. Itt ez a szövet nyalábokat alkot, a nyalábok között meg a kötőszövet adja meg az összetartó kapcsot.

A gyermekévekben a nemi élet még nem ébred, a genitaliák is szunnyadnak. A leánytest 14—15. évével fejlődik ki odáig, hogy a felszedett tápérték egy része már a továbbépítkezésre felesleges sé válik. Ezt a felesleget a jövőben felhasználja a test a reproductiora, a szaporodásra. Ez időtől fogva a tökéletes érésig eljutnak azok a tüszők, melyek a női testnek a legértékesebb és legtökéletesebb sejtjeit foglalják magukban. A tüsző és petesejt megérik s ez az érés ingerel, izgalmat kelt nemcsak helyben az ovariumban, de azonkivül az egész testben is. Az izgalom természetesen legnagyobb helyben s a közvetetlen környezetben, a genitaliákban, a méhben. Az ingerületet vérbőség, vérteltség követi, a mindeneket tápláló vértől duzzad a méh és e teltség hatásaként átszürödés és repedés útján véres szivárgás indul — a leány menstruál.

Ettől a naptól számított 30 éven keresztül folytonosan hullámzó munkában van a női genitális komplexum. Menstruatio után néhány (4—5) nap alatt rekonstruálja magát, ekkor valamennyire megpihen s azután lassanként ismét petét termel, ingerületbe jön, vérrel telődik s már 6—8 nappal a munkája positiv bizonyítékának, a menstruatiós vérnek megjelenése előtt kezdődik az a duzzadás, mely az utolsó 2—3 napban éri el tetőfokát s mely a leány és asszony életében jóformán minden alkalommal bizonyos fokú izgatott viselettel, mint mondják, idegeskedéssel jelenti magát. A vérzés, mely e vérteltség tetőfokán indul, végét veti a helyi és ezzel az általános ingerültségnek, mint a hogy megszelidíti és megcsendesíti az érvágás is a vértől való duzzadást, feszülést helyben és nyugtatja a plethorát az egész testben. A vérzés megindult, az érett tüsző felpattant, a pete kiesett, a vérbőség szünt, az izgatottság csendesedik. A pubertas korától tehát élénk munkában van az ovarium, mely meg rendkivüli befolyással van úgy a környezetre, mint az egész testre. Közvetetlenül és legközelebbről érvényesül ez a befolyás a méhre, arra a szervre, melynek főtömege izomszövet. Ez a szerv tehát telik, duzzad, majd vért ereszt, megnyugszik s ez a hullámzás 30—35 éven át havonként ismétlődik. A vér a méh üregébe gyül össze s innen egy szük, mintegy 4 cm. hosszú csatornán szivárog, vagy folyik a hüvelybe. A méhtest a nyakhoz egyszer tompa, máskor derék-, vagy épen hegyes szögletben meghajlott. A test és nyak között keskeny harántrés, a belső méhszáj, a nyak és hüvely között meg a külső méhszáj képez határt és nyit utat a méh üregé felől lefolyó vérnek. Ott, a hol ez a csatorna

méh üregébe kiszivárgott vér, a méh üregé megtelik feszül, az izomfal az izgalom következtében összehúz megszüli, a mi benne van s a leány fájdalmat, gör A pubertas idejében felébredt a nemi élet, egész tökéle valóságában azonban az ő helyi és az idegrendszerbe maival akkor indul meg az az élet, a mikor a leány f A nemi munka a klimax idejéig terjed. Talán nem n a hasonlat, a mely az ovariumot egy géprendszer a méhet meg ennek a rendszernek a legnagyobb m kesztett gépezetéhez hasonlítja. A mikor a pete elf érik, a mikor a fütés megszünik, a gépezet nyugalon

A méh tehát az a része a genitális komplexum még akkor is, ha a kötelességét csak félig teljesített nem szült, az ingerek folytonos zaklatásának van k csoda, ha ez a szerv az izgatásokra egyszer-m reactioval is válaszol, mint a milyenről a bevezető s volt szó. A nyálkahártya hámszövete rákot termel, a myomát. A myomás túlfejlődéssel lépést tart az i társasága, a kötőszövet is és annak az arányában, résztvesz ez az utóbbi szövet a túlfejlődésben, kemé puhább összeállású daganat fejlődik. Mindenütt, a ho helyet foglal, fejlődhet ilyen daganat, de csak termé abban a szervben, mely a leggazdagabb ilyenben és szövet külső befolyásoknak leginkább ki van té szervben találhatni a túlfejlődésből keletkezett daga gyakrabban. Az elmondottak nyomán könnyü meg miért nem találkozunk e daganotokkal a pubertas i gyermekleánynál soha, és érthető az is, hogy a myom szeme elé csak a 25. életéven túl, rendszerint években kerülnek, mert t. i. vagy kicsinyek voltak é szoruló tünetekkel nem jártak, vagy még nem is Továbbá természetes az is, hogy a már fejlődésnek in különös ok nélkül vissza nem fejlődnek, hiszen fol gereltetnek s a megújuló vérrel való telődések id táplálkoznak. Meg azután az a tapasztalati tény is n találja, mely szerint a klimax beköszöntésével a táplá kenése idejében a daganatok a növésben megálla akár össze is töpörödnek. Azoknál azonban, a kiknél ez gyógyulás a korral együtt nem köszönt be, azokn olyan szerkezeti, vagy fejlődési befolyások érvényesü a daganatnak a tovább táplálkozását közvetítik. Pél említve, ilyen lehet az a circulus vitiosus, mely el módon, hogy a daganat fekvése miatt, majd kiindulás kezésének, vagy az idegek és vérerek hozzá való vi következtében ő maga tartja olyan ingerületben a veket, hogy a kor szerint már várható klimax nem be, a menstruatiós idő meghosszabbodik, a hullámzás az asszony ad infinitum menstruál, a vérbőség idősz a daganat megint csak tovább és nagyobbra nő.

A nemi szervek minden olyan részén, hol izom ható, találkozhatunk tehát myomával is. A nagy hüvelyben, a ligamentumokban, a tubákban és leginl ben. A méh szöveti szerkezete szerint több és v izomfala a méh testének, mint a nyakának s ennek meg tulajdonképen a méh teste a fészke ezeknek a d Arra vonatkozó adatokkal, hogy a méhtest melyi melyen a többihez mérten gyakrabban csirázik ez az nem rendelkezünk és ezt bajos is volna eldönteni, n natokkal mi már rendszerint olyankor találkozunk, megnőttek s növekedésük közben nagyobb területet a legelső csirázás helyét nem árulják el. A mellső fal, meg fundus dúsabb izomban, mint a belső méh tubáris sarkok, e nyilások környéke azonban és ki belső méhszáj tája még olyankor is, ha az a méh leginkább ingerelt része a méhfalnak. Tömeg szerint ingerületek szerint meg a nyilások környéke lehet myomáknak. De bárhol keletkezzék a daganat, bizonyá és a helye szerint előbb vagy utóbb, kisebb vagy n potában jelenti magát a töle megszokott kórtünetek nyakában s a belső méhszáj szomszédságában a növek mechanikus insultusoknak inkább ki van téve s az utó

teltség és szokatlan időben vérzés jelentkezik, a havi vérzések meg fájdalmakkal járnak. Anatomice a méh vérerekkel legjobban ellátott a belső méhszáj körül s kétoldalt az uterinák mentén, a hátulsó méhfal pedig a mellsőnél eresebb. Ennek arányában a daganatok e helyeken jobban táplálkoznak és gyorsabban is nőnek, mint a mellsö falban. A terjeszkedő daganat széttolja a szomszédságot s ha már a méh falában nem fér el, be, a nyálkahártya felé, vagy ki, a hashártya felé púposodik. A nyálkahártyát kezdetben izgatja, majd kivongálja, nyújtja. Előbb lobosformára vérrel telt a hártya, utóbb elvékonyul s a megnyujtás folytán itt-ott szövetében megszakad s erei megnyilnak. A hashártya felé kiváló tömbök gyengén táplálkoznak, lasabban is nőnek s csak később s ha már igen nagyok, a környezetre súlyuk által nyomást gyakorolnak. A nyakon s kétoldalt a méh hónaljában kiskorukban is már nyomják a beleket, hólyagot, ereket s uretert. Arra a kérdésre, hogy a daganat következménye-e, vagy oka a meddőségnek, statistikáink nem válaszolnak. Pinard nagy anyag alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a sterilitás a daganat aetiologiájában a legnagyobb jelentőségü (Société d'obst. et gyn. Paris 1904. nov. 14), mások megfordítva tartják. Fejlödik daganat virgoban, leányban, asszonyban, steril méhben és méhben, mely már többször is szült. Feltünő az a körülmény, hogy nagyobb számmal fejlödik a daganat olyan méhekben, melyek a természet kimérte munkának csak egyik felét teljesítették, t. i. az ovulatiót hullámzásaiban kisérték és menstruáltak, de petét nem tápláltak s világra nem hoztak. Különösen pedig feltünő, hogy ilyen OP. méhek csaknem mindegyikének majd a külső, majd a belső szája, majd az egész nyaka szükebben fejlödött. Az ilyen fejlödéssel karöltve jár egy menstruatiós kínlódás, ez a kínlódás meg erős inger, a mely elég lehet arra, hogy túlképződésre ingereljen. Szük csatornával a fiatal leányméh az első menstruatiojától fogva már gyötrődik. A szük csatorna is, meg később a daganattá indult újképződés is akadálya lehet a conceptiónak. Daganattól beteggé izgatott, vagy kivongált nyálkahártya nem alkalmas petenevelésre, a hashártya felé kidomborodó daganat azonban nincs befolyással a petetáplálásra. Submucosus daganatképződés útját állja a conceptionak, vagy előbb-utóbb vetélést indít meg. Subserosus daganat mögött azonban megél a pete s baj nélkül szülhet az asszony. Épen, mert a hashártya alatti daganatok lassan nőnek és a terhességet nem zavarják, lehetetlen megállapítani, hogy a már szült asszonyok daganatának keletkezése a szülést megelőzött időre vihető-e és ez időben milyen messzire vihető az vissza.

A daganat kétségtelenül jóindulatú, a mi annyit jelent, hogy akármeddig hordozható és ha kiirtják, újból nem fejlödik. A daganat vagy azzal tesz beteggé, hogy a méh belseje felöl vérzéseket indít, vagy azzal, hogy nagyságával és súlyával torzít és a has szerveit nyomja. Egyébként a legegészségesebb testben is megnő, kezdődik közönségesen a fiatalabb években, nyilvánvaló lesz és virágzik a nemi élet derekán, az ivarkor multával növésében megállapodik s mint már mondtuk, majdnem mindig össze is zsugorodik, magától elmulik. Schülein (Berlin. klin. Woch. 1899. 38.) azt találta, hogy interstitiális myomák castratio után 90—97%-ban zsugorodni szoktak. Miért ne történnék ez a klimax miatt is igy? Egyik daganat gyorsan nő, a másik meg lassan, van olyan, mely éveken keresztül alig nagyobbodik. Leginkább és hamar azok a myomás képződések keltenek beteg érzéseket, melyek több telepből indulnak, sokan vannak és mindenfelé ellepik a méhet.

Biztos és teljes gyógyítás volna a daganat kiirtása. De hát a fiatal asszonyok daganatáról előre nem tudjuk, hogy miként fog az nőni és merre fog kiválni, az idősebb, a 40-es asszonyok meg már közel vannak a változás időszakához. Fiatal, életerős asszonyt csekély symptomákért életveszélyes mütétnek kitenni és azzal meg is csonkítani, túlságosan activ therapia volna. Gyorsnövésü és folytonosan vérző daganattal szemben persze nem lehet az operatio elől kitérni. Azt a daganatot, mely minden kezeléssel daczol és mindig csak vérzik, vagy nagyon nő és a környezetét nyomja, meg kell operálni. Különösen hamar okoznak fájdalmat és nyomják a medencze szerveit a széles szalagok közt oldalt és a hát felé, a keresztcsont felé, terjedő myomák. Az operatio módja daganatot ki lehetne hozni a hüvelyen is, nagyobb már csak a hasfalon keresztül. A teljes kiirtás alul is, ép úgy a csonkolás a hasfalon át, olyan súlyos mütét, m variatioit, a végét és a következményeit előre sohasem számítani. A lokális insultusok mellett, élénken illetik nagy operatiók a szivet és vesét is. Fleck (Archiv LXXI. 1.) a myoma és szívbetegségek genetikus vona kutatván, 325 esetből 40·9%-ban hibát talált a szív n ben és ez a pathologikus állapot nem is egészen a vérzés kezménye, a mennyiben 133 nem vérző myomás között is 3- a szívműködése mutatott a rendestől eltérést. Erőteljes elvan a daganatával mütét nélkül is, gyenge, sokat testnek meg gyengék a szervei, gyenge a szive is. A kiirtások a dolog természete szerint könnyebb operatiók csonkítják meg a nő testét, mert tulajdonképen csak a f távolítják el belöle. A hasban sem nehéz kihámozni a l felé kiülő göböket, alulról meg épen egyszerü a kiirtása a letolt s habarcz módjára a hüvelybe csüngő daganatrésze ilyen conservativ mütét felül is a hasban, a szemmel és hozzáférhető területen, gyorsan és biztosan megy végb munka még nehezebb és fárasztóbb, ha alulról kell kisz lesen tapadó submucosus göcsöket. Ez az utóbbi módja a conservativ operatióknak extraperitoneális területen f a mütét, ha a mütőre nehéz is, de a betegre nézve életv nincsen összekötve. A két mütétmodornak, tudniillik az ex nak és a conservativ operationak a kivitelben és következm való összehasonlítása azért is szükséges, mert az utóbb a betegségnek több évi fennállása és ápolása után jöhetn a mikor a göbök már valamerre kiváltak, akkor pedig a mütétet sürgető indicatiókat, fiatal asszony betegségét operativ therapiát mindenesetre meg kell előzni bizonyos kezelésnek, a mely kezelés tervszerüen oda is irányulj az egészséges érzést megzavaró tünetek enyhítésén kivül elő azokat a kiválásokat, melyek az egyszerübb és keve veszélylyel összekötött mütét választását lehetővé teszik.

A myomákkal szemben követett gyógyítás módjáró elmondhatjuk, hogy a hány ház, annyi a szokása. A ki magáról, hogy tud operálni, hamar operált is és e kaptuk az olyan tanácsot, hogy irtsuk ki a daganatos mint a betegséget benne felfedeztük, prophylaxisból is junk. Schmauch az Olshausen-klinikáról egy myoma eliminatioját irván le (Centralbl. f. Gyn. 1902. 45. szavakkal kezdi meg közlését: „In unserer heutigen op lustigen Zeit, wo der Gedanke der Prophylaxe der K der dem praktischen Arzt und Hygieniker ein so v Feld eröffnet hat, bereits einigen kühnen Operateuren Operationsvorgehen zur Richtschnur geworden ist das Ideal des konservativen chirurgischen Standpunk dem allgemeinen Praktiker in dem Kampfe um da mehr und mehr verlassen wird, wird nachstehender Spontanelimination sowohl klinisch, wie auch biologi Interesse sein. Wir stehen nicht an, diesen Fall als ein heit hinzustellen, besonders weil er in einer grossen St Berlin, vorgekommen ist, die sich einer grossen Anz Gynäkologen erfreut, die in der obenerwähnten chir Prophylaxe völlig modern sind.“

A szokások és szempontok variatioinak demonstrálá érdemes a feljegyzéseimben talált következő példákat mellett felemliteni. Simon (Arch. f. Gyn. Bd. LXIII. Hft „A myoma operálandó, ha nő, mielött anaemiát, szív okozna. A klimakterium az ő bizonytalan befolyásával randó be és az asszonyok erre az időre nem biztatan Williams (Bristol) meg egy Alban Dorannal folytatott ban (68. Annual Meeting of the Brit. Med. Associati 1900. 43.) azt állította, hogy 2000 myomás közül egy megy tönkre azért, mert nem operálták és 500 kö többnek, mint egynek, vannak komoly nehézségei. — „Myomotomiákról a terhességben“ irván (Cbl. f. Gyn. 19 statistikájában ezek az adatok olvashatók: 1886-tól napjáig 68 esetből csak egyszer operált, 17 elvetélt, 51 szült, szülés közben itt-ott láttak atoniát, de akkor is

terhességben is csak nagy ritkán indikált". -- Henkel (Zeitschr. f. G. u. G. LIII. Hft 3.) a berlini egyetemi női klinikán 1896. januártól 1904. januárig, tehát nyolcz év alatt 47,126 nőbeteg közt 927 myomabeteget talált = 1·9%. A 927 közül 778-at conservative kezeltek, 149-et = 16·1% operáltak, jóformán mind abdominális laparotomiával.

Általában azt mondhatni, hogy a különben jóindulatú daganattal szemben életveszélyes műtétet tulajdonképen csak életveszély elhárítása okából volna szabad megengedni. Manap a műtőtechnika fénykorában egy daganat kiirtása a műtő számára a megszokott foglalkozás keretébe tartozik ugyan, de ha annak a műtétnek eredménye ezer olyan eshetőségtől is függő, mely nem áll és nem állhat a műtő hatalmában, akkor az a műtét csak abban az utolsó esetben végeztessék, a melyben annak a kikerülésére más út, enyhébb mód semmiképen nem áll rendelkezésre. Az a műtét, melynél már a műtéthez való elhelyezés, fektetés, a narcosis, a vérvesztésnek akár kisebb foka az individuum szerint különböző súlylyal esik latba, a hol egy még az elővizsgálattal ki sem mutatható arteriosklerosis, vagy egy kiszámíthatatlan módon leszakadó embolus véget vethet egy olyan életnek, mely talán még nem is volt veszélyben, mert hiszen jóindulatú daganatot hordott, az olyan nagy műtétre csak a körülmények kényszerítő összetömörülése adja meg a felhatalmazást. E mellett azonban nem tagadhatni, hogy a tudományos alapon és lelkiismerettel meglatolt indicatiokon kivül mindig joga van valakinek, a ki daganatos, a maga szempontjából kívánni az operatiót, ha az veszélyes is. A maga testének mindenki ura és mindenkinek joga van ahhoz, hogy a tökéletes egészség reményében testét és életét kénye-kedve szerint veszélynek is kitegye. A radikális műtétekre nézve (Sippel indicatioi, Münch. med. Woch. 1904. 35.): gyors növés, fájdalmak, nyomás tünetei, profus vérzések, gangraena képeznek kényszerítő complicatiokat. Ott, hol ezek közül egyik sem fejlődött, a hol a betegség szelid természetű — pedig többnyire ilyen szokott lenni —, ott a palliativ kezelés van helyén s ott ezzel is sokat tudunk tenni. Az operálás és a műtét formái között való válogatás már a műtő dolga, a palliativ kezelgetés meg rendszerint a gyakorló orvos feladata.

Lássuk most, miféle kötelességek hárulnak a palliative gyógyítók vállára. Azt mondtuk, hogy a daganatok keletkezésére nagy befolyással vannak a meg-megújuló ingerült erőlködések, azután meg, hogy a daganat azzal lesz ártalmas, ha rendetlen és erős vérzéseket indít, vagy pedig nagyra nő. A vérzések forrása a méh nyálkahártyája s a daganat a havi fluxióból addig nő, míg ez tart, ez pedig eltart a klimax idejéig. (Rosszindulatú átváltozás és complicatioi a palliativ therapia keretébe nem tartoznak.) S ezzel körülbelül meg van az is mondva, hogy mely úton haladjon a tüneti kezelés: 1. Meg kell nyugtatni a méhet. 2. Utjába kell állni a daganat növésének. 3. Mérsékelni kell a vérzéseket.

1. Leányméhet általában nehéz gyógyítani. A fájdalmak, idegfájdalmak, görcsszerűek, ezek melegre enyhülnek. Üresen tartott hólyag és belek közt, fürdőkkel és thermophorral melegített hasban csakhamar szünnek a méh fájdalmai. A belső szerek közül olyat nem választunk, mely az ürülésre befoly és a melyhez könnyű hozzászokni. Aspirin, citrophen, bromidia, belladonna stb. a szokásos szerek, opium és morphium semmi esetre sem. A menstruatiókkal kínlódó asszonyméhet legjobban gyógyítja a rendes terhesség. Ha ez nem következik be s a méh tisztuláskor erőlködik, mert csatornája szük, haladéktalanul fel kell azt a csatornát szabadítani. A nyak tágítása egyszerű és könnyű, nem is fáj s tisztán végezve semmiféle káros következményekkel összekötve nincsen. Minél tovább várunk, annál ingerültebb lesz az idegrendszer s annál nehezebben nyugszik az meg a nemi szervekben is, meg egészben is.

2. A daganat növekedésére a közhit szerint nem lehet befolyni, mert hát nő az mindenképen és pedig a természete és fészke szerint lassan (subserosus) vagy gyorsabban (submucosus). Ez pedig nem egészen úgy van. A daganat jobban nő, ha jól táplálkozik. Terhes uterusban gyorsan megnő nagyra a myoma, a gyermekágyban meg kisebbedik, vagy egészen el is hal. Igy

telődik, ilyenkor az asszony maga is megérzi, hogy duzzadt, telt a daganata. Ez az érzés kezdődik s a vehető módon fokozódik az utolsó nyolcz napban, evidens nő legjobban az újképződés. Havonta a petefészekből, mi központból, indul meg a nemi részek congestioja, a tart és addig fokozódik, a meddig a pete ki nem patt belátni, hogy ez a congestio nagyobb és tovább tart, vagy beteg maga a központ is. Leon Devaux (P Dissertatio. Ref. Cfg. 1905—1906.) myomák mellett a betegesen elváltozva 59%-ban találta. Az ovariumok s megnyugtatására valók a langyos sósfürdők, de ne myomák gyógyítására a sablonosan használt iszap- vagy Az utóbbiak csupán melegükkel hatnak, a túlmeleg okoz, az pedig vagy vérzésekre késztet, vagy legalább azt a daganatot. A növekedésnek tehát útját az a k mely a vérrel telődést mérsékelni tudja. A méh simaiz az erek fala is. Azzal érhetünk czélt, a mi ez izmoka serkenti. Ilyen szerünk egy van és ez az ergotin. melyek a szervre ernyesztőleg s az érfalakra tágítól (stypticin, styptol), szolgálatot tesznek gyuladásos ellen, de nem alkalmasak a myomás növések meg A secale alkatrészei közül talán a cornutin fejti ki l a megkivánt hatást, miatta a szerv össze fog húzódn telik meg a tápláló vérrel s már ennek következtében induló vérzés mérsékelt lesz. Nyolcz nappal előbb zés idején adjuk az ergotint. Hogy mennyire jogos tevés, mely szerint ez a szer a táplálkozásra lényeg bizonyítják azok az esetek, melyekben a folytonos szerelések miatt elhalt a daganat. Szünetekkel váltogatv az ergotint s a pauzák idejét töltse ki a fürdős kezelés húzódásoknak a vérzést mérsékelő hatásán kivül még n is látjuk, t. i. gyorsan s kiskorukban kiválnak a göb merre válnak, ez a kifejlődés mindenképen előnyünk kiváltképen akkor, a mikor a műtét elkerülhetetlen. mellett a méhösszehúzódások felidézésére közhasználatb még a forró (50° C.) hüvelyzuhanyok nagy tömegü, vízzel. Ne felejtsük, hogy ez a gyors melegítés itt csal használ, mint hirtelen inger, azután megárthat. Submu natok felett a nyálkahártya épen ki van nyújtva, zsug tud, ezeknél a zuhanynak momentan sincs haszna. hogy myomás vérzések zuhany után egyszer csendesedn meg ezzel ellentétben profusak, erősebbek lesznek.

3. A vérzés csillapítására két utunk is volna belső szerelés a most leirt módokon, a másik meg a pének az elroncsolása. A nyálkahártya vérzik s a nyálkahártya, az a méh nem vérzik. Dührssen en gyógyítására a méh felmetszését s a nyálkahártyának tökéletes kiirtását ajánlotta, Pincus meg összeégeti hártyát azzal a czélzattal, hogy az mindörökre munk váljék (castratio uteri atmocaustica). Mi első actusként a többnyire vaskosan túltengett hártyát s azután ártatlan edzőszerekkel lassanként jóformán agyonétet addig, a mig azt tökéletesen tönkretettük. Subser nattól nem változik meg nagyon a nyálkahártya zott, inkább csak annyiban, hogy a méh üregе kihúz nyúlt s a vérző felület nagyobb terjedelmü. Submuc beülnek a méh üregébe, ezek felett szeliden kaparjunk nat tokját szándékkal ne sértsük; a méh üregébe nyomán feljuthat a levegő, vagy akár mikrobák s e hetik a megsértett tokot és innen tovább a dagana Minden erős edzés alkalmas volna a nyálkahártya el mégis olyat választszunk e czélra, mely túlmélyre elhalást nem okoz, inkább tartson a kezelés tovább. A olyan legyen a szer, a mely, ha véletlenül a tubá egyebet fájdalomnál ne hagyjon ott hátra. Ötnaponké jodbefecskendések (tinctura jodi), vagy nyolcznaponként malin-injectiók (5—10%) a vérzést csillapítják, a ny cserzik, lassanként elpusztítják s a momentan kiváltot húzódásokkal a fentemlített czélt szintén csak szolgálj daganatok eliminatioját előmozdítják. Nagyra felhúzott

zegét-zugát érinteni tömény oldatokkal alig lehetséges, ezeket mi kettős katheterrel (vékony Fritsch) mossuk. Egy százalékos formalin-oldatból egy liter 8 napon keresztül használva, megállít folyást is, vérzést is teljesen, ettől kezdve elég hetenként egy mosás. Az ilyen kezelés mi veszélylyel sem jár és nem is fárasztó, csak arra ügyeljünk, hogy a visszafolyó oldat ne marja a vulvát. Mint az minden belső kezeléskor elengedhetetlen, mossuk ki a hüvelyt a kezelés előtt is, után is, a vulvát meg védjük valami kenőccsel (20% zinkoxyd). A visszafolyó jodot sublimat kicsapja. Jódos alkoholtól pár negyedóráig érzékeny lesz a méh, formalintól meg csak mosás közben sajog. A tinctura után másod- és harmadnap kis hártyák ürülnek, formalinra egy-két alkalommal kevés vörös folyás látható az ingen, utóbb ez is teljesen elmarad. Hat-tíz befecskendés, vagy tíz-tizenöt mosás egy évre is kiszól. Ismételni lehet annyiszor, a hányszor szükséges. Évente egy vagy két cyclussal átjutunk a kritikus időn s beköszönt a klimax.

A vérzéstől szabad időkben általános zsongítás, tiszta levegő, séták, fürdők, belsőleg váltogatva vas (Fellow szörp, fersan) és lecithin egészítik ki a kúrát.

Terv szerint beosztott rendszeres kezelés sok súlyos műtétet feleslegessé tesz. Sablonos kezelés sehol sem használhat. Nagy tájékozatlanság s épen azért sablon az, mit a gyakorlatban e betegség kezelése körül lépten-nyomon látunk. Különösen magas azoknak a száma, kik a betegtől s bajától szabadulni vágynak s azért a myomást kis, vagy nagy bajával, korán, vagy öregen egyaránt műtétre hangolják. Ez a többször tapasztalt tájékozatlanság adta most kezembe a tollat.

Az orvosképzésről.*

Irta: *Grósz Emil* dr., egyetemi ny. r. tanár.

(Az orvosi gyakorlat. — Az előképzés. — Egyetem vagy szakiskola? — A tanulmányi és szigorlati rend. — A kórházi gyakorlat. — Ismétlő tanfolyamok. — Az orvosi ethika. — A munka.)

Tisztelt munkatársaim!

Nem minden elfogultság nélkül állok ma itt önök előtt. A kathedra nem ismeretlen hely ugyan előttem, a klinika évtizedek óta otthonom, az oktatás mestersége sem újság nekem, de a mai óra nagy jelentősége mégis mély hatást gyakorol reám. Az a tanszék, melyet a budapesti egyetem orvosi karának megtisztelő bizalmából végleg elfoglalok — évszázados. A klinika joggal viseli pecsétjén az 1801. évszámot, ez évben nyitották meg 2 szobában, 6 ágygyal az első magyar egyetemi szemklinikát. Magát a szemészetet *Plenk* már 1780-tól előadta, de a ki egész munkaerejét e tárgynak szentelhette: *Fabiny János*, ki 1816—1847-ig terjedő működése alatt szakmáját nemcsak itthon a megillető helyre emelte, hanem külföldi nyelvekre lefordított tankönyveivel s számos tudományos dolgozatával egyetemünknek becsületére vált. 1843—1873-ig Lippay Gáspár töltötte be a tanszéket s bár irodalmi munkát nem hagyott hátra, operativ technikájának s eredeti józan gondolkozásának emléke még ma is él.

A magyar szemészeti iskola megalapítása s a klinikai oktatás újjászervezése, a magyar tudományos szemészeti irodalom megalkotása közvetlen elődömnek: Schulek Vilmosnak nevéhez fűződik. A budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának megbízásából nekem jutott osztályrészül azon nehéz feladat, hogy volt mesterem s főnököm emlékét az egyesület 68. nagygyülésén megörökítsem.[1] Ezúttal tehát le kell mondanom arról, hogy élete munkáját önök elé állítsam, de a klinikai tevékenység során napról napra érezni fogják az ő egyéniségének hatását, élvezni fogják három évtizedes tanári működésének gyümölcseit.

Ma az én gyönge vállaimra nehezedik a klinikus tanár három egyenrangú feladata: az oktatás, a tudományos munka, a

* A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján 1905. szeptember hó 18.-án tartott székfoglaló előadás.

[1] L. Orvosi Hetilap. Szemészet. 1905. 3—4. sz.

mondott: „ne higyje senki, hogy e kitüntetés s örön
gát elhomályosítja s hogy könnyelműséggel kezdem
somat, nagyon jól érzem a reám bizott hivatal terh
annak nagy fontosságát.“ A szemészet egyetemi okta
teimet több izben kifejtettem, legutóbb a mult tanév n
adásában s bővebben 1900 ban, a midőn rendkivüli
elfoglaltam.[1] Engedjék meg, hogy a mai órában szé
terjesszem ki fejtegetéseimet s az *orvosképzés* felada
kozzam. Hiszen a szemészet egyetemi oktatása is
lehet eredményes, ha harmónikusan beleilleszkedik az
feladatai közé.

* * *

„Magyarországon az orvosi gyakorlatra csak an
ki az ország területén fennálló tudományos egyeteme
lített orvosi oklevéllel van ellátva.“ Igy szól a 187
VI. fejezetének 43. §-a. Az új orvosdoktori szigorla
1. §-a a gyakorlatra jogosító oklevél elnyerését: „n
tanulmányoknak tíz egyetemi féléven át végzéséhez,
alább négy félév hazai egyetemen töltendő el, s a sz
valamely hazai egyetemen való sikeres letételéhez é
felavatás után valamely arra feljogosított köz és n
jelleggel felruházott kórházban, illetőleg valamely
közös hadseregbeli vagy m. kir. honvédegészségügy
eltöltött egy évi gyakorlat kimutatásához köti“.

Nálunk tehát az orvosi gyakorlat szabadalmi
alapul épen úgy, mint Ausztriában s Franciaországá
szabad ipar, mint a német birodalomban. Ez azt vonj
hogy az állam mintegy kezességet vállal arról, ho
kizárólagosan gyakorlatra jogosított orvosi rend a
tekkel valósággal rendelkezik. Erről vizsgálatok út
meg, melyek az orvosképzésre jelentékeny befolyást

Az 1875. évi szigorlati szabályzat az 1813
rendszert alapjában megváltoztatta: megszüntette
orvosi fokokat s az addig szóbeli vizsgálatok legna
gyakorlatiakká tette. De az a körülmény, hogy a ta
egyetlen vizsgálat sem volt kötelező, a tanulóság n
lehetetlenné tette. A tanulás szabadságának ezen mé
nyos következményekkel járt. Épen a leghanyagabbak
pályára legalkalmatlanabbak még a természetrajzi elő
is, annál inkább az úgynevezett előszigorlatot, a tanf
halasztották s igy kellő előképzés nélkül — eredmé
tötték el egyetemi éveiket. Gyakori volt azon eset,
után derült ki a pályatévesztés, olyan időben, a mik
tatás már késő volt. A kik pedig saját szorgalmukból
alatt a közbeeső vizsgálatokat letették, mindig kényt
más tárgyakkal foglalkozni, mint a melyekre be vol
katonai szolgálat az amúgy is rövid tanulmányi időt
megrövidítette, a szigorlati év pedig hónapokra zsugo
Számos speciális tárgy, mely az utolsó évtizedben n
séget nyert, nem részesült kellő figyelemben. E hián
orvosképzésünket valósággal megbénították, már rég
az orvosi fakultásokat, de magát a közoktatásügyi n
is, hogy a szigorlati szabályzat reformálásával fo
Majdnem tíz évi tárgyalás után életbe lépett az
melynek *előnyeit* már önök élvezik, *hiányait* önök
1901. évi szabályzat életbe léptette a közbeeső köte
latot s ezzel egy csapásra biztosította, hogy a tanul
kákra kellő előképzettséggel kerüljön s egyszersmind
az orvosi pályára nem való egyéneket. A köteles tá
felvette a bőr- és bujakórtant, elmebajokat s gyermekg
mint olyan speciális tárgyakat, melyek a belgyógy
eléggé önállósították magukat. S végül a gyakorlati
kében hatalmas lépés történt a kórházi gyakorla
tétele által.

De a természetrajzi tárgyak hallgatásának k
eredményes oktatás lehetősége nélkül mégis súlyos

[1] A szemészet egyetemi oktatása. Orvosi Hetila
1900. 5. sz., 1904. 3. sz.

számára lehetetlenné teszi, a klinikák számára elégtelen a rendelkezésre álló öt félév, s még ezt is megcsorbítja a katonai szolgálat, a köteles tárgyak s órák nagy száma az egyes tárgyakkal való alapos foglalkozást meghiúsítja.

Mindezen hiányokon *novellaris* úton segíteni lehet s kell is, de ha azt akarjuk, hogy orvosképzésünk azon a szinvonalon álljon, melyen tekintettel az orvosi működés jelentőségére állania kell, akkor sokkalta mélyebbre ható intézkedések szükségesek. A mai nap alkalmából épen ezekkel óhajtok bővebben foglalkozni.

* * *

Az előképzés. A sikeres egyetemi oktatás egyik előfeltétele, hogy a hallgatók a középiskolából kellő előképzettséget hozzanak magukkal. Ez által az orvosképzés szoros összefüggésbe jut a középiskolai oktatás olyan sokat vitatott. de ma még meg nem oldott kérdésével. Nálunk a középosztály figyelme csak az utolsó időben és pedig a társadalomtudományi társaság kezdésére fordult nagyobb mértékben ezen kulturális problema felé. Németországban már több mint negyedszázad óta folyik a vita s ott sok tekintetben már tisztultabbak a nézetek. A kérdésnek számos vonatkozása van, mélyen belenyúlik az ország összes művelődési, gazdasági és politikai alakulásaiba s bármilyen tanulságos is volna ezek összességének áttekintése, e helyen s ezen alkalommal csak arról szólhatok, hogy mit várhatunk a középiskolától az orvosi tudományokra való előkészítés szempontjából.

Sokáig az volt a nézet, hogy a humanistikus gymnasium a középiskolai oktatás egyedüli formája, mely alkalmas arra, hogy a fiatalságot az egyetemi tanulmányokra elegendő műveltséggel s ismeretekkel felruházza. Azt tartották, hogy a classikus nyelvekkel való foglalkozás a logikai gondolkozás legjobb iskolája, az antik világ tanulmányozása az orvos számára legjobban biztosítja a hivatása gyakorlása közben olyan szükséges idealismust. A természettudományok óriási fejlődése a mult század közepe óta olyan mérveket öltött, hogy a középiskolai oktatásban nem voltak tovább mellőzhetők. A classikus gymnasiumban azonban olyan kevés tért nyertek, hogy épen érettük az iskolák egy új fajtája: a reáliskola keletkezett, melyben a latin s görög helyét a modern nyelvek, a mathematika s természettudományok foglalták el. De ezek hallgatói előtt az egyetemek zárva maradtak. A mint azonban az orvosi tudományok oktatásában a gyakorlati irány mind inkább nagyobb tért hódított, az egyetemi tanároknak tapasztalniok kellett, hogy a gymnasiumokból kikerült orvostanhallgatók mathematikai és természettudományi ismeretei elégtelenek.

Ezen nézetüknek kifejezést is adtak. A bonni egyetem orvosi fakultásának tanárai sajnálattal konstatálták, hogy ha a tanár az érzékszervek physiologiájának tárgyalásakor egy mathematikai formulát irt fel, a hallgatóság valósággal elszörnyüködött. Virchow is panaszosan említi, hogy a medikusok nem tudnak látni, hallani s tapintani. Du Bois Reymond egyenesen kimondta, hogy gymnasiumi előképzettségü medikusoknak inductiv következtetések számára hiányzik az érzékük. Az olyan nagyon dicsért logikai gondolkozás s ideális felfogás sem épenséggel a gymnasisták állandó jellemvonása. Viszont sok reálistában is feltalálható. Mint minden ilyen alkalommal, a küzdőtéren csakhamar megjelentek a túlzók. A classikus nyelveket sutba akarták dobni, az ókori műveltség szerintük muzeumba való s nem modern középiskolába. S meg kell vallanunk, hogy ezen irány legerősebb érvét a classikus nyelvek tanításának eredménytelenségéből nyerte. A midőn a latin-görög műveltség egyik lelkes védelmezője azt vitatta, hogy az orvosnak képesnek kell lennie a görög forrásmunkáknak eredetiben való olvasására, a reális irány szószólója a gymnasiumi érettek latin s görög nyelvi ismereteiről, melyek néha az egyeztetés mértékét sem érik el, a megszégyenítő példák egész sorát hozta fel.

Valóban, a kérdést nagy önmérséklettel, higgadt kritikával kell mérlegelnünk s el kell ismernünk, hogy noha a classikus nyelvek ma már nem is egyedüli eszközei a műveltségnek, de annak most is értékes tényezői. Maga Helmholtz, a mult század egyik legnagyobb természettudósa elismerte ezt. Az 1890-ben tartott tanácskozáson úgy nyilatkozott, hogy a gymnasiumot végzett medikusok $^1/_3$-a nehézség nélkül medikus. Azt fejtegette, hogy nehezebb a gondolkozásb jártasságot elsajátítani, mint az ismereteket, ezen czél elér classikus nyelvek alkalmasak. Sajnos, ő is elismeri, hogy eredmény nem sok. Ez jól kitünt, mikor tanítványai a toriumi munkásságuk eredményeit akarták papirra tenni. iskolamesternek képzelte magát, annyit kellett a kifeje javítania. A nyelv szerepe a kulturában igen nagy. Ez a köz, mely az egyszer felismert igazság átadására s meg szolgál, de nem szabad felednünk, hogy a nyelvekkel való kozás még nem tanít meg arra, hogy *mikép* található új A természettudományokban épen ez utóbbi irány érvényes ténynyel a középiskolai oktatásnak számolnia kell.

Virchow a görög nyelv s irodalom hatását is nagyra de látva oktatásának eredménytelenségét, hajlandó a te tudományok kedveért elejteni, a latin tanítását azonb akarja tartani. Billroth nagyon kivánatosnak tartotta voln az orvosok a classikus nyelvekben jártasak legyenek, fájdalommal constatálta, hogy az elért eredmény korán arányban a reájuk fordított idővel. Különben ő azt tartot az ismeretek még senkit sem tesznek műveltté. A tudás gondolkozáshoz, de csak az a művelt, ki azt használni Waldeyer és Orth a középiskola azon formáját tartott szerünek, mely a classikus oktatást a természettudomá harmoniába hozza.

Ez a forma: a *reálgymnasium*. S mégis a német bi ban épen az orvosok ellenezték leghevesebben, hogy gymnasium az orvosi tanulmányokra jogosítson. A gy monopoliumának fenntartását nem a dolog lényege kedvé tották, hanem tisztán a dignitás szempontjából. Azt ugyanis, hogy tekintélyükön esik csorba, ha azon elők mi az orvosi pályára elégséges — nem felel meg a töb tásának. Ezen kicsinyes érvet is romba döntötte a német 1900. november 26.-án publikált, valóban nagy jelentőségi lete, mely mindhárom középiskolát: a classikus gymnas reálgymnasiumot s a főreáliskolát az általános művelts pontjából egyenértékünek nyilvánította. Nálunk az orvo nagyobb része teljesen elfordult a classikus nyelvektől, mivel az elért eredmény még sokkalta rosszabb, mint birodalomban s a tanulásukra fordított idő aránytalans szembeszökőbb.

Aligha csalódom, ha azt állítom, hogy a legközele középiskolája: a reálgymnasium. Számot kell vetnünk az elme befogadó képességével. Joggal modta Fodor József beszédében: „a tanításügy olyan zöldséges kert, melyb többet s többet ültetnek. Egyik ültetmény csemete helyéből, megfosztja levegőjétől a másikat.“ A mult száz a középiskolákban a classikus nyelvek joggal dominá ki merné tagadni a természettudományok nagy jelent Azon eljárás, melyet eddig követtek, hogy az emberi fejlődésére eddig alkalmas tárgyak mindegyikét megt csak az oktatásukra szánt idő terjedelmét korlátozták talan. A görög nyelv s irodalom jelentősége a művelődé ségtelen, de nagy mértékben redukálva — teljesen ér Fel kell tehát áldoznunk, hogy nagyobb tért nyitha mathematikának és természettudományoknak. Viszont a lat s irodalom nem pótolható a modern nyelvek tanításával kevésbbé, mivel az ezekben elért eredmény még a ném nagyon csekély, a franczában és angolban pedig egyenesen A hasznossági szempont tehát elesik, azt pedig, hogy egy nyelv grammatikája egyenértékü volna a szellem fejlesztés tetében a latinnal, azt a legnagyobb természettudósok vonják.

Tekintettel azonban, hogy az elmék egyik csop inkább való a nyelvi irány, a másiknak a természettu és mathematikai arra, hogy ugyanazon czélt: a mű elérje, úgy látszik, hogy leghelyesebb forma: az egységes lás — a felső osztályokban bifurcatioval. Az alsó oszt a két irány teljesen harmoniában tartható, de a felső os ban czélszerü az elmék felfogó képessége, de meg a jöv szempontjából is, bifurcatiót létesíteni: az egyik ágban a

minden ágára. Ilyen rendszer különben Svédországban már létezik, sőt Dániában három felé, Francziaországban négy felé ágazó középiskolák is vannak. De a felső osztályokban való elágazás czélszerűségét az altonai és frankfurti typusú iskolák legjobban igazolják, melyek mindinkább nagyobb tért hódítanak.

A magyar középiskolai reform végczélja *Wlassics* 1899. május 6.-án kelt rendelete szerint: az egységes jogosítású középiskola. Ez lényegében nem lehet más, mint a reálgymnasium.

A további részletekkel ezúttal nem foglalkozhatom, de az a meggyőződésem, hogy nekünk, egyetemi tanároknak élénkebben részt kell vennünk a kérdés megvitatásában. A középiskolai oktatás eredményeinek mi vagyunk a legközvetlenebb tanúi s észlelői, s a mi kötelességünk, hogy a czélszerü reform útját megjelöljük.

* * *

Egyetem vagy szakiskola. Kedvezőbb-e az orvosok képzésére az egyetemi rendszer, vagy inkább megfelel a szakiskola? Az előbbi typusát a német egyetemek, az utóbbiét a mult század végéig a franczia fakultások adják Különösen tanulságos az utóbbiak példája. A franczia forradalom a XVIII. század végén 22 tengődő egyetemet talált, melyek a tudománytól ugyancsak távol állottak. A forradalom valamennyit eltörülte, de nem volt képes helyükbe életre való főiskolákat alkotni. A törvényhozás conceptioja ugyan az egyetemi rendszer volt s nem kisebb szellemek, mint Mirabeau, Condorcet s Talleyrand fáradoztak életerős egyetemek létesítésén, de a forradalom már csak rombolni tudott s nem alkotni. Csak a mindennapi szükség által életre keltett szakiskolákat hagyta örökségül. *Napoleon*, ki a felső oktatás czéljául a szakképzést tűzte ki, megerősítette ez irányt s a szakiskolai rendszer egészen a harmadik köztársaságig fennmaradt. Hiábavaló volt Francziaország legfényesebb szellemeinek törekvése, hiába igyekeztek Victor Cousin, Guizot, Jules Simon, Paul Bert, Claude Bernard, Pasteur az egyetemi rendszer helyreállításán, a politikai viszonyok mindannyiszor meghiúsították a legjobb igyekezetet. Végre a harmadik köztársaságnak sikerült a kérdést megoldania. A német-franczia háború tanulságai hangosan hirdették a német elméleti s alkalmazott tudományosság sikereit, elérkezett az idő, hogy a felső oktatást a tudomány fejlődésére kedvezőbb alakban szervezzék. A tudomány intellectuális, sociális és gazdasági sikerei napról napra erősbödtek. A felől pedig nem lehetett kétség, hogy az egyetemi rendszer szabadságával, egyetemességével s a tudomány egységének képviseletével jobban megfelel a czélnak, mint az izolált, szükebb életet élő fakultás.

Lavisse helyesen mondja, hogy az egyetem nemcsak megadja a szükséges ismereteket, hanem oktatásának módja s a különböző hivatású fiatal emberek érintkezése által tágítja a látkört, felemeli az elméket a részletkérdések fölé, megadja az itélőképességet s alkalmat ad ideák keletkezésére. A fakultások kölcsönhatása még csekély érintkezés mellett is megvan. Helmholtz jól mondja, hogy a szomszédos területekre való betekintés a munkára új kiinduló pontokat ad.

A felső oktatás vezetői erélyesen sürgették a fakultások közelítését, de a helyi féltékenység s a haszonlesés még egy ideig meghiúsították az üdvös reformot. A ministerium azonban a folyton változó ministerek mellett is administrativ úton tovább folytatta a concentratio előkészítését s végre annyira megérett a közvélemény, hogy a franczia kamara mind az 518 szavazatával, tehát egyhangúan elfogadta a Léon Bourgeois által előkészített, Poincarré által szövegezett s Combes által benyujtott egyetemi törvényt.

Igy jutottak el a franczia főiskolák a XIX. század végén oda, a hol a német egyetemek már a század eleje óta állottak.

A német egyetemek kiváló jellemvonása, a mint azt Paulsen kifejti, hogy egyrészt a tudományos kutatás középpontjai, de egyszersmind a felső oktatás intézetei is, épen úgy gondoskodnak az általános müveltségről, mint a tudományos szakképzésről. Feladatuk, hogy a tanulók megtanulják a tudományos gondolkozást, hogy elsajátítsák a képességet a tudományos kutatások megértésére, megbirálására s annak végrehajtására, s egyszersmind gyakorlati kérdések megoldására.

tanárok voltak. Helmholtz, Virchow az ifjúság ok
sociális fontossága van annak, hogy a legszegényel
attól tanul, a kitől az uralkodó fia s a legszegényeb
az operálja, a kitől a milliomos kér segítséget.

Ma minden foglalkozásnak szüksége van tudomá
Az ipar, a mezőgazdaság az egyetemek laboratorium
a haladás eszközeit és módjait. De leginkább szük
orvosnak a tudományos alapra. Jól mondja Eötvös I
a mint nincs két egyforma falevél, épen úgy nincs k
betegség. Csak az az orvos fog az életben boldogu
tudományos gondolkozás arra képesit, hogy az élet
nehéz helyzetek között megtalálja a helyes megoldást

Kétségtelen, hogy az egyetemi rendszer e c
alkalmasabb forma s annak, hogy Billroth és Fodor
nyán ezzel ellenkező conclusiora jutottak s szakisko
sát kivánták, annak az lehet az oka, hogy mindk
masan érezték azon kedvezőtlen viszonyok hatását
egyetemi rendszer előnyeinek érvényesülését megbéni
idejükben a bécsi s budapesti egyetemek orvosi fa
zsufoltak voltak s a hallgatók nagy számával szem
kák, intézetek elégtelenéknek bizonyultak. A gyako
segédszemélyzet hiányában háttérbe szorult s mi
siralmas orvosi és közegészségi viszonyai már ele
hatottak az egyetemi tanulmányokra.

Fodor látva az állatorvosi főiskola fejlődését a földm
terium aegise alatt, az orvosi oktatást a belügyministeriu
alá akarta helyezni, hogy ez által a gyakorlati élethez kö
De ez a módszer nem vezetne czélhoz. Ha az állator
sikereinek okát kutatjuk, akkor azt látjuk, hogy épen
mény indította meg virágzását, hogy a tanerőket
egyetemről nyerte. Hogy pedig az állatorvosok hely
javult, annak oka azon kézzel fogható közvetlen an
melyet a köznép is azonnal felismer. De ezen csak ö
mert a jólét emelkedésével várható a culturális fejl
az emberi közegészségügy javulása is. Ma sincs
életerős főiskolák alapítására, mint az, melyet Bismar
burgi egyetem alapításakor a curatornak adott s mel
abban állott, hogy korlátlan hitelt nyitott. Valóba
Victor Hugonak, ki azt mondta, hogy a kik az
kiadásain takarékoskodnak, azok a dicsőséggel fukar
egyetemeket fel kell tehát szerelni az oktatás és
kutatás minden eszközével s egészséges sociális re
kell a közegészségügyről gondoskodni.

Szilárdan ragaszkodnunk kell az egyetemi ren
a tudomány forrása, melyből merítve egy müvelt, k
rend kedvező gazdasági s culturális viszonyok között
fog megküzdeni a társadalmi nehézségekkel.

A tanulmányi és szigorlati rend. A salernó
szerint az orvos 5 évet tanult az egyetemen, ezután
tett, promoveálták s még egy évi gyakorlatra ment,
müködését megkezdte. Ugyancsak öt évet irt elő a
az 1875. évi, sőt az 1901. évi szigorlati szabályzat is
séggel, hogy nálunk a katonai szolgálat két félév
csorbitja meg. Szóval, az orvosi tudományok óriási f
lett a tanulmányi idő nem növekedett, hanem még
kent. Sociális viszonyaink aligha engedik meg a ta
meghosszabbítását, de a jobb kihasználásról valóban
nunk kell.

Az egyetemi rendszer ideálja tulajdonképen a
lási szabadság, de meg kell vallanunk, hogy erre
mely már 17—18 éves korban jut az egyetemre, nem
érett. Még Németországban is behozták a köteles tá
máját, pedig ott később végzik a középiskolát,
szükséges ez nálunk. Viszont azonban örizkednünk k
tól. S épen e túlzásba esik a mi szigorlati szabá
köteles tárgyak nagy száma s a követelt félév és
nagy, hogy a klinikai évek túlzsúfoltak. Ezen m
teni kell.

Nagyon kivánatos, hogy a reductio már az elsõ
kezdetét. Az állattant, ásványtant s növénytant a köt

fontosak az orvosok számára, hanem azért, mert a velök való alapos foglalkozásra nem jut idő Ha pedig a hallgatóságnak mégis hajlama volna a természetrajzi tárgyakba való elmerülésre, az orvosképzésre sokkalta fontosabb chemia s anatomia feláldozása s elhanyagolása volna a következés. A középiskolákban a természetrajznak több tért engedve, elegendő ismeretet vagy legalább alapot hozhatnak magukkal az egyetemi polgárok, hogy nélkülözhessék e tárgyak hallgatását. Annál több súlyt kell azonban a physika s chemia oktatására fordítanunk. De megvallom, óhajtandó volna, hogy orvosi physikát hallgassanak, a kisérleti természettan a jó középiskola egyik főtárgya legyen. Ma ez ismeretekre minden müvelt embernek szüksége van. A chemiát azonban már alapjában s részleteiben az egyetemen kell tanítani. Épen a mai átalakulás lehetetlenné teszi, hogy a középiskolai oktatás a kellő színvonalon álljon s ez az oka annak, hogy e szakma egyetemi tanárai szívesebben vezetik be a hallgatóságot az elemi fogalmakba, semmint a téves alap következményeivel küzdjenek meg. A felett nem lehet kétség, hogy az anatomia és physiologia intensiv oktatása az orvosképzés elsőrendü kötelessége. De a gyakorlati tanítás sürgetöen megkivánja, hogy e szakmák tanárainak megfelelő s elegendő segédszemélyzet álljon rendelkezésre.

Ezen előkészitő s alapvető tárgyak hallgatása után, a 4. félév végén vagy az 5. félév folyamán leteendő vizsgálatokkal befejeződik az első cyclus. A tanulmányi rend egymásutánjának további megszorítása már nem szükséges, de annál is inkább elkerülhetetlen annak kivétel nélkül való betartása, hogy a további félévek csak a közbeeső vizsgálat *idejében* való letevése után számítanak, azaz, a ki az 5. félév első hónapjában nem fejezi be sikeresen a közbeeső vizsgálatot, annak sem a további félévek, sem a hallgatott tárgyak nem számítanak. A rendelkezésre álló 6 félévre csak nagy nehézséggel osztható el a nagy tananyag: kórboncztan, kisérleti kórtan, gyógyszertan, törvényszéki orvostan, közegészségtan s a klinikák mind kellő időt követelnek s különösen nagy nehézséget okoz az oktatás gyakorlati jellegének biztosítása. Erre valamennyi tárgynál szükség van, de természetesen legnagyobb szükség a klinikákon. A betegeken való tanítást, úgy látszik, első izben Páduában, 1558-ban kezdték a franciskánusok kórházában, de csakhamar kiment a divatból s tulajdonképen Boerhave tette általánossá a XVIII. század elején. Hozzánk van Swieten közvetítésével a XVIII. század végén jutott, de elképzelhetjük, hogy milyen eredménynyel, ha tudjuk, hogy a mult század elején az összes klinikák ágyszáma 30 volt, ma pedig a 770 ágy is elégtelen s legalább 1500-at kivánunk az oktatás sikere érdekében. De a beteganyag szaporítása még nem elégséges. A vizsgálati módszerek bámulatos fejlödése nélkülözhetetlenné teszi a klinikai propaedeutikát, melynek főfeladata épen az, hogy az egyetemi hallgatók e módszerek gyakorlati alkalmazásába bevezettessenek. Egy másik intézkedés, melynek szükségességéről meg vagyok győződve: a klinikai elméleti és gyakorlati oktatás időbeli elválasztása. Az még nem gyakorlati oktatás, ha a hallgatóság jelen van, midön társuk praktizál, vagy a midön a kathedrán egy nagy operálás történik. Billroth panasza, hogy tanterme félig üres, érthető, hiszen az operálásból az amphitheatrum hallgatói édes keveset látnak. A megoldást úgy gondolom, hogy a klinikai főtárgyak most kötelező heti 10 órájából 5 lenne fordítandó az elméleti előadásokra, természetesen a demonstrálás minden rendelkezésre álló eszközének felhasználásával, a másik 5 óra a csoportonként való gyakorlásra és pedig a klinikák összes tartalékosztályai s összes személyzetének igénybevételével, hogy a félév folyamán a csoportok mennél sürübben kerüljenek sorra. Igy is szükséges, hogy az alkalmas segéderök szaporittassanak, de a klinikus vezetése biztosítja az oktatás arányos beosztását. Ilyen módon elkerülhető a sok időpazarlás, a félévek túlzsúfolása s a tanár s hallgató enerválása, mely a mai beosztás természetes következménye. Ez épen úgy áll a klinikai főtárgyakra, mint azon speciális szakmákra, melyek fejlettségüknél fogva már önállósultak; ilyenek a psychiatria, a gyermekgyógyászat, a bör- és bujakórtan. Viszont az a meggyőződésem, hogy a fogászat, fületészet, orr- és gégetükrözés stb. legczélszerübben 6 hetes cursusokban sajátítható el.

vezetőbbnek, azt saját szakmám példájával óhajtom megv
Természetesen az oktatás minden disciplinában nem le
forma, sőt ugyanazon szakma két tanszékén sem; a fő a
lati jelleg biztosítása. A rendelkezésemre álló napi két ó
egyikben rendszeres előadásokat tartok fél óráig s a m
órában betegeket mutatok be. A mult tanévben sikerült
adási napon a szemészet egész anyagát letárgyalni s
kb. 900 beteget bemutatni. A másik órában a gyakorlati
sikerét csoportonként való practizálás útján biztosítom. A
tók az összes klinikai munkában résztvesznek, az operálások
vannak, a délutáni beteglátogatás alkalmával betegeket é
kórleirásokat szerkesztenek. A gazdag könyvtár s a jól
laboratorium azok számára, a kik önálló tudományos
dásra kedvet s hivatást éreznek magukban, teljesen rende
áll. A klinikán két magántanári előadás is folyik, és
szem vizsgálási módszereiből s a szemészeti mütéttanból
kettőt tőlem telhetőleg támogatom, mert az oktatásra
munkaerőket sikerül bevonni. Amúgy is a gyakorlati
érdeke a klinikákon is szükségessé teszi a segéderök szap

A tanulmányi idő jobb kihasználását eredményezn
évek olyan beosztása, mint a milyen Németországban
Azon körülmény, hogy a téli félév egyáltalán aránytalan
debb, mint a nyári, továbbá, hogy a katonai szolgálato
tök beiratkozása október hó közepéig elhúzódik s visz
márczius végén távoznak, azon tárgyak oktatását, a mely
vagy a katonai félévre esnek, illusoriussá teszi. De a tanár
tanulóknak a külfölddel épen tudományos fejlödésünk é
való érintkezése érzékenyen szenved az által, hogy a m
félévünk beosztása azokétól annyira különbözik. Ezért
rübbnek tartom, hogy a féléveket elválasztó időpont ne ka
hanem husvét legyen. Természetesen ez által a tanulmán
katonák számára újabb fél évvel növekszik, a mennyiben e
általán nem hallgatott félév, melyet fegyver alatt tölten
lesz beszámitható. De nálunk amúgy is gyorsabban vége
orvostanhallgatók mint külföldön, a hol a tanulmányi idő
meghosszabbítása nagyon gyakori, míg nálunk ezt csal
hanyagabbak teszik.

A vizsgálatok lényegesen befolyásolják a tanulmány
s az eredményt. Sajnos, a szigorlatoknak olyan rövid te
való összezsufolása, mint nálunk — példátlan. Külföld
intézkedéseket tettek, melyek a vizsgálatoknak évekre val
sát akadályozzák, nálunk épen ellenkezőleg arra kellene
alkotni, hogy melyek a legrövidebb terminusok. Azt m
engedhetőnek tartom, hogy a II. szigorlat a X. fél év vég
sék le s a III. szigorlat megkezdésének első határide
félév legyen, de nagyon szükségesnek tartanám annak
sát, hogy havonta legfeljebb egy tárgyból lehessen v
Söt bármennyire népszerütlen is, ki kell jelentenem,
dissertatiók eltörlését nem helyeslem. Az egyetemi inté
klinikák nagy anyagán való búvárkodás nemcsak a tu
fejleszti, hanem a mint azt Ostwald olyan helyesen mond
darabka természet, a mit tisztán felfogtunk — csal
útmutató s mérték igazságok felismerésére s megbirálására

A kórházi gyakorlat. Billroth az olyan orvost, ki
gyakorlat nélkül a praxist megkezdi, ahhoz hasonlítja,
elé mások úszását látta ugyan, de saját maga még nem
s most egyszerre magára hagyatva úszni akar. A tehe
mindenféle segédeszköz igénybe vételével megtanulják a
séget, de a gyöngébb tehetségüek szánalomra méltóan ve
Ezen a helyzeten van hivatva segiteni a kötelező kórházi
lat. Maguk az orvosok sürgették ezt s ezúttal ellentétben
val s megegyezően a Németbirodalommal a magyar sz
is kötelezővé tette a kórházi gyakorlatot. Sajnos, be ke
nunk, hogy nálunk a kórházak egy része nem áll azon
vonalon, mely a sikert már eleve biztosítaná. Magában
országban 269 kórházban 69,035 beteg áll rendelkez
főorvosok száma 341, az assistenseké 802, az ápolók
A felvehető gyakornokok száma 711. A Németbirodalo
kórházaiban még 500 gyakornok felvételére van hely, pe
ezenkivül 20 egyetem gazdagon felszerelt klinikái s pol
is rendelkezésre állanak. Ezzel szemben nálunk 46 kór

kórházakban az orvosi személyzet, melynek a begyakorlást vezetnie kellene, teljesen elégtelen számú. Épen ezért sokan idegenkedtek a gyakorlati év kötelező tételétől s abban, hogy Ausztriában ez időszerint nem hozták be, nagy része van Billrothnak, ki kíméletlenül feltárta Ausztria kórházi viszonyait. A szabályzat azon intézkedése, hogy a katonai második fél év beszámít, czélszerűtlen, mert a katonai kórházak egyoldalú anyaga s azon körülmény, hogy az osztályok nem mindig állanak szakemberek vezetése alatt, nem nyujtanak elegendő biztositékot arra, hogy a kórházi gyakorlat sikeres eltöltése biztosítva legyen.

Ismétlő tanfolyamok orvosok számára. A kötelező kórházi gyakorlat csak egy lépés az orvosok gyakorlati kiképzése terén. Még így is sokan fogják az életben tapasztalni, hogy nem rendelkeznek azon ismeretekkel s főleg azon vizsgálási s gyógyító módszerekkel, melyeket az orvostól a mindennapi élet megkiván. Ehhez járul az a gyors fejlődés, melyben az orvosi tudományok évről évre új vívmányokkal gyarapítják fegyverzetünket. Ismétlő tanfolyamok tehát nélkülözhetetlen kiegészítői az orvosképzésnek. Eddig nálunk az egyetemi tanárok által tartott szünidei orvosi cursusok teljesítik e nagy feladatot. Évente átlag 100 orvos vesz részt, míg Poroszországban 2500. Mint a szünidei orvosi cursusok végrehajtó bizottságának elnöke, igyekeztem az intézményt szélesebb alapra fektetni s a munkába a kórházakat is bevonni. Az első kisérlet sikerült. Reménylem, hogy az állam támogatásával s a társadalom érdeklődésének felkeltésével a jövő évben még szélesebb körre terjeszthetjük a tevékenységet, mert valóban az orvosok továbbképzése fontos közérdek, mely legjobbjaink érdeklődését megérdemli.

A specialisták. Az orvosképzés terén egyik megoldásra váró kérdés a specialisták qualificatioja. Az orvosi tudományok mai terjedelme mellett olyan orvosokra, kik azok egy szakmáját különösen művelik, szükség van. E felett alig lehet kétség. De az a mód, a melylyel egyesek magukat szakorvosokká kinevezik, nagyon sérti a gyakorló orvosok, a valódi specialisták tekintélyét, de leginkább a betegek érdekét. Poroszországban 1903-ban 2779 specialistát irtak össze, de legnagyobb részük alig foglalkozott behatóan néhány hétig választott tárgyával. Látva e visszaélést, sokan azt sürgetik, hogy külön vizsgálat s külön diploma jogosítson a specialista czím használatára. E megoldás azonban aligha lenne czélszerü. Tulajdonképen visszaesést jelentene azon rendszerre, a midőn az orvosok jogosítása szét volt forgácsolva. A porosz ministerium részéről Althoff a kamaráktól társadalmi úton vár segitséget. Ez még kevésbé fog eredményt felmutatni. Azon meggyőződésben vagyok, hogy az egyedüli mód, melylyel a kérdést szabályozni lehet, abban áll, ha a specialista czim használatát a megfelelő klinikán vagy rendszeresitett közkórházi osztályon töltött időhöz kötjük. Legfeljebb az képezheti megbeszélés tárgyát, hogy hány évi tanársegédi, alorvosi vagy gyakornoki szolgálat adja meg a qualificatiót.

Az orvosi ethika. Végül még egy kérdésre kell kiterjeszkednem, melyről eddigi fejtegetéseimben nem volt szó. Ez az orvosi ethika kérdése. A felett nem lehet kétség, hogy az orvosi hivatáshoz az erkölcsösség, a szilárd jellem nélkülözhetetlen kellék. Annál inkább eltérők a nézetek a felől, hogy van-e módja az egyetemi oktatásnak e tekintetben valamit tenni, s ha igen, milyen eszközökkel. Sokan azt sürgetik, hogy az orvosi ethikáról rendszeres előadásokat tartsanak. A német új szigorlati szabályzat szerint pedig a gyakorlati év alatt a jelöltnek bizonyítékát kell adnia annak, hogy az orvosi hivatás feladataival és kötelességeivel szemben elegendő érzéke van. De hogy mikép, arról nincs szó. Mások az ifjúsági egyesületektől várják a hatást. S valóban nem lehet tagadni, hogy az upsalai depositionak, melyet Eötvös rectori beszédében leir, s mely egy 1716-ban szokásos szertartás megkapó részleteit tartalmazza, tagadhatatlanul nagy hatása lehet. Mindezekkel szemben Billroth nagyon pessimistikusan nyilatkozik. Ő azt tartja, hogy az erkölcsnek csak társadalmi törvényei szilárdak, ezek pedig a családi nevelésben gyökereznek. Magam azon meggyőződésben vagyok, hogy bár tagadhatatlanul a szilárd jellemet, az erkölcsös életfelfogást a szülői házból kell hozni, mégis az iskola, s így a főiskola is sokat tehet. De nem előadásokkal az ethikáról, még kevésbé vizsgálatokkal, hanem egyes-

kodás, nemcsak a gyógyítás művészete által hat hanem a betegekkel való humanus bánásmódjával szemben követett viselkedésével s ideális felfogásáv ez oly mélyen vésődik be a fogékony lelkekbe, olya hat még azokra is, kiknek nem volt alkalmuk ott képzés igazi iskolájában részesülhetni, hogy az er maradhat el. Boldogságomra szolgál, hogy az a tar ma elfoglalok, Schulek Vilmos traditioját: mindent ért, semmit személyes érdekből, hozza nekem legbe ségül. Ez ünnepélyes perczben igérem, hogy az ő irá mány önzetlen művelését, hirdetését s az emberisé értékesítését fogom mindenkor szem előtt tartani.

* * *

Most pedig önökhöz fordulok, egyetemi polgá s mesterem 1897-ben 25 éves tanári jubileuma alkal találóan mondta, hogy az egyetemi hallgatók adják ális alapot, melyből az egyetemi professor Anteu újra erőt merít. Mi czélja volna culturális törekvéseini tatásukra uj erők nem merülnének fel? Az ifjúság már éltető napfény a tanárnak. Az önök lelkesedés erősíti a mi erőinket, s én, ki már koromnál fogv távol önöktől, bizonyára megértem, ha lelkesedésük látokon, de épen azért engedjék, hogy Pasteur tan sen szivükre kössem, ama Pasteurét, ki mindenko dette, hogy, ha a tudománynak nincs is hazája, d annál inkább van, ama Pasteurét, kinek hazafisá nyilvánult. 70 éves korában így szólt a tanulókhoz berek! bizzák reá magukat azokra a tudományos melyek titkainak csak egy részét ismerjük. Bárm pályájuk, ne engedjék magukhoz férni a meddő skep engedjék magukat elkedvetleníteni *egy nemzetre neh óráktól. Éljenek a laboratoriumok és könyvtárak* Vessék fel magukban a kérdést: mit tettek képzési a mint előbbre haladnak, kérdezzék maguktól, mit jukért? Mindaddig, míg elérik azon boldogságot, ho hatják: az emberiség javáért is tettek valamit! De zen erre a sors, akár nem, kell, hogy nyugodt mondhassák: megtettem, a mit tehettem."

De e tanács végrehajtására *Renan* programm kinek az a meggyőződése, hogy csak az nem fárad dig dolgozik. Sokat dolgozzanak, de erőlködés néll tossággal. „A dióval zsúfolásig megtelt hordóba — még mindig sok olajat lehet önteni." Billroth is azt a munkával telt élet fölséges. Mihalkovics, Zola pél kában találta az élet boldogságát. Zolának egyetle küzdelmei között a munka volt. Ha nehéz fejjel, ke testi és lelki kínoktól gyötörve leült dolgozni — a mun könnyebbülést. Az életnek szerinte nincs más értelm jogosultsága, mindannyian azért jelenünk meg, részünket kivegyük s azután eltünjünk. Legyünk fogadjuk jó szívvel a nekünk jutó munkarészt. Ha a legzaklatottabb kedély is megtalálja nyugalmát.

A legszerényebb munka sem értéktelenebb, n gyobb alkotás. A ki önök közül a hegyekben va pusztáin s tanyáin fogja fáradságos gyakorlatát f végez csekélyebb munkát, mint mi, kik a sors kegy kényelemben élünk. Előttem áll egy öreg kollegánk működését láthattam. Késő délután ért haza faluját nyomorék fia várja a levelekkel, a szegényes, de ti felterített asztallal várja dél óta ebéddel hitvestárs ülhet le. Súlyos beteghez hivják, s türelmetlenül v szekér gazdája, hogy elvigye. Egy szó panasz nélkü össze eszközeit s nehány percz mulva eltünik a sü ben. Egy órával később a vonatról, melynek kényel siliumról hazautazom, felismerem az országútról egy forduló szekéren az öreg kollegát. A kapu előtt az a leáldozó nap megvilágítja a csoportot, s látom, kodva fogadják. Milyen jelenet ez! Nem felér ez a tapsával s ünneplésével?! Higyjék el, a munka szer

boldogság egyetlen eszközei.

De a munka hatalmat is ad a kezünkbe. Ne akarjuk e hatalmat a munkások kezéből kicsavarni, de álljunk mi is közéjük s dolgozzunk velük s értük! Ez a sociális béke titka. „Le seule peuple fort est le peuple qui travaille et le travail donne le courage et la foi.“

A munkáról magam is csak szépet s jót mondhatok önöknek. Számot vetve ma magammal, azt mondhatom, hogy *mindent* a munkának köszönhetek! A sors különös kegyelméből aránylag fiatal korban értem el azt a gradust, mely minden orvosnak, a tudomány minden munkásának legfőbb ambitioja. Ez nem jelenti, hogy ezentúl kevesebbet kell dolgozni; ellenkezőleg, a nagyobb hatáskör, a nagyobb felelősség fokozottabb munkára serkent. De nem többé egyedül, nem többé néhány önkéntessel, hanem az önök társaságában, a jövő orvosi generatio egész hadtestével. Azokat a nagy feladatokat, melyek reám várnak: a gyakorló orvosok számára szükséges szemészeti ismeretek átadása, a tudományos gondolkozásba való bevezetés, a productiv munkára való serkentés, a hivatottak kiválasztása s velük a tudomány fejlesztése, a humanismus hirdetése s gyakorlása, csak az önök közreműködésével teljesíthetem. Lavisse-sal azt tartom, hogy: „Le rapprochement des maitres avec les étudiants, c'est l'accord des générations successives, c'est la continuité de la patrie.“

Higyjék meg, a munka a leghazafiasabb cselekedet. Hazafiasságukra appellálok, mikor a közös munkát a mai nappal megkezdem!

A kolozsvári m. k. Ferencz József tud.-egyetem belgyógyászati kórodájából.

A typhusbacillus ragályzóképességéről.

Irta: *Purjesz Zsigmond* dr., egyetemi tanár.

Amaz ötven év óta, a mióta e lapok a hazai orvostudomány szolgálatába szegődtek, tudományunk oly lényeges átalakuláson esett át, hogy túlzás nélkül mondhatni, miszerint a legegyszerűbb tények megállapítására vonatkozó részeket kivéve, alig van tétele, mely más formát nem öltött volna. Ez részben új jelenségek megállapítása, de még inkább az által vált lehetségessé, hogy a jelenségeket előidéző okok fürkészésének szükségét mindinkább belátták és *Bacon* ama mondásának, hogy az igazi tudás az okok ismeretén alapszik, igyekeztek minden irányban megfelelni.

Nehéz volna annak megállapítása, hogy ismereteink mely részét illeti ez óriási haladás oroszlánrésze. De annyit habozás nélkül vélünk mondhatni, hogy a fertőző bántalmakra vonatkozó ismeretek nem tartoznak azok közé, melyek e haladás áldásában szüken részesültek volna. Oly betegségek egész seregére vonatkozólag, a melyeket e lapok megjelenése idejében meghülés, trauma és más körülmények által véltek feltételezettnek, a fertőzés eredetét kétségtelenül bebizonyították; de nagyot változtak ismereteink még azokra nézve is, melyeket már akkor, főleg *Henle* logikai okoskodásának kényszerítő ereje alapján, fertőzésen alapulónak ismertek el. Szándékosan használom „a logikai okoskodás . . . . stb.“ kifejezést, mivel a *Henle* által felvett „contagium animatum“ akkor valóban még csak suppositio volt, érzékeink számára észrevehetőleg még senki ki nem mutatta.

Messze vezetne mindazoknak a betegségeknek felsorolása, melyek a mondottakat úgy egyik, mint másik irányban bizonyítanák. A sok közül csak egygyel kívánunk ma aphoristice foglalkozni: *a hasi hagymázzal.*

Midőn 50 évvel ezelőtt e lapok először láttak napvilágot, az orvosok nagy része még mindent, a minél a typhus egyik tünete, „a mámor“ volt jelen, az ezen tünetről elnevezett betegségnek, „typhusnak“ nézett és így történt azután, hogy ezek közé került sok pneumonia, uraemia stb. csak azért, mert a betegek mámorosak, a tünetek typhusosak voltak; míg viszont sok olyan typhus-eset, mely enyhe volt és így a typhusos tünet hiányzott, más enyhébb, rendszerint nem is fertőzésesnek tartott bántalom csoportjába soroztatott.

Még nem érte el az O. H. eddig lefolyt életének delelőjét, midőn a kórboncztani vizsgálatok alapján a typhus kórképe kezdett tól külön választatott volna; söt midőn a kórboncztani v már élénken utaltak a két kóralak külön voltára és has tatott a jobb klinikai észlelés is, úgy hogy a két betegs individualitásához már semmi kétség sem fért: aetiolog pontból még mindig egynek tartották, legfeljebb annyit meg, hogy a kórokok enyhébb érvényesülésekor a typh minalis, az okok hatványozott jelenlétekor az exanthemat kezésére nyilik alkalom. A *kórboncztani vizsgálatok, észleletek és az epidemiologiai vizsgálatok együttes hatása* t megérlelni azt a ma már köztudatú felfogást, hogy a ké két különböző betegségi individuum, külön előidéző fajla külön mindegyikre nézve sajátszerű kórboncztani elvált külön, mindegyikre nézve jellemzetes tünetekkel. A bak vizsgálatok eredménye, tudniillik a typhus abdominalist mikroorganismusnak *Eberth* és *Gaffky* által történt f szolgáltatta a különben már előbb eldöntött kérdésnek ut ségtelenül legfontosabb bizonyítékát.

De bármily nagy fontossággal bir is valamely kórokozójának ismerete, addig, míg ennek természetrajz berbe — kit megbetegít — való bejutásának és o kijutásának módját, és egyéb biologiai viszonyait ne jük, addig az illető betegség természetrajzát illetőleg m úgy vagyunk a betegség körül tehető tapasztalatokra, miologiai viszonyok tanulmányozására utalva, a mint utalv ezekre akkor, midőn a bakteriologiai segitséget még nél kellett.

A typhus abdominalis külön individuumként való rolásánál nagy szerep jutott a bakteriologia előtti id tapasztalati ténynek, hogy e betegség emberről embere a át, míg az exanthemás typhusban szenvedő a környeze nagyon veszélyes. Ez volt aetiologiai szempontból az egyi az exanthemás typhustól való elkülönítésére, valamint ez talat érlelhette meg az úgynevezett miasmatico-contagio letet is, melynek értelmében a betegtől elszármazott k még a talajban kellett bizonyos átalakuláson átesnie, h betegítő hatását kifejthesse. Ma a hasi hagymáznak a útján való terjedésének lehetősége alig talál már elfog ha a *talajviz* typhusbacillusokkal való szennyezésének ma is nagyfontosságú, úgy ez nem a *Pettenkofer* értel ezzel a fontossággal, mintha a kórcsirnak ott előbb biz alakuláson, érlelési folyamaton kellene átesnie, hanem e azért, mivel a talajvíz sok helyen a vízszükséglet fed szolgálván, a legjobb alkalom arra, hogy a beléje jutott kat egyenesen az emberi szervezetbe juttassa. De utób azok a klinikai tapasztalatok is szaporodnak, melyek szólnak, hogy a betegtől elszármazó kórcsir direct fer hogy nem kell annak a talajban előbb bizonyos átalak esni. A kolozsvári belgyógyászati klinikán működő ápol nek igen nagy része, majdnem fele esett typhusba, mi osztályokon működő, különben a mieinkhez teljesen hasc mények közt élő növérek között typhusban való meg egyáltalán nem fordult elő. Mondanom sem kell, hogy ságra, a fertőzés elkerülésére nézve a növérek nemcsak oktatva, hanem e tekintetben minden lehetőt el is köv óvakodásnak mégis hézagosnak kellett valahol lennie, v a *typhusbacillus ragályzóképessége vált utóbbi időben in* a mit lehetetlennek már csak azért sem mondhatu tapasztalatból tudjuk, hogy a fertőző betegségek okain tulajdonságait is változékonyaknak kell tekintenünk. E m köztudomásúlag az, hogy némely járványban az esetek n súlyos, másban ellenben mind könnyü, némely évben catiók, recidivák, atypikus esetek alig fordulnak elő, má ket tömegesen észleljük. Régebben az ilyen sajátszerü genius epidemicus ilyen vagy amolyan voltával mag ma talán helyesebb ezen sajátszerüségeket a betegsége oknak változott tulajdonságával értelmezni. A laborat készült culturákból, azoknak sem makroskopikus, sem kopikus tulajdonságaiból a betegség ilyen alakulási vi vonatkozólag felvilágositást nem kapunk.

Hasonló lehetőség mellett, t. i. az ok fokozott vi

találtunk. Sokkal gyakrabban láttuk t. i. az utóbbi időben azt, hogy egy-egy családnak számosabb tagja (4—5) esett ebbe a bajba és pedig nem úgy, hogy egyszerre vagy rövid egymásutáni időben, mintegy explosiv módon jött volna létre a megbetegedés, a mint ezt észlelhetni, ha a megbetegítő hatány egy közös forrásból, pl. fertőzött ivóvízből stb. származik, hanem nagyobb, 14—20 napi időközökben. Egészen olyan benyomást tettek ez esetek reánk, mint a minő keletkezik bennünk, ha egy családba más, közvetlenül ragályzásra képes betegség, pl. morbilli hurczoltatott be. Nem dönthetjük el, hogy az ilyen eseteknek most gyakoribb előfordulása a véletlennek, vagy a typhusbacillus fokozott ragályzóképességének tudandó-e be? De ha az országban most eléggé elterjedt typhusmegbetegedéseknél más helyeken is hasonlót tapasztalnának, úgy ez inkább a bacillus fokozott ragályzóképessége mellett szólna. Súlyt e tekintetben arra fektetnénk, *hogy ez észleletek most tömegesebbek;* mivel azt, hogy elvétve egy ápoló megbetegszik, vagy hogy egy családnak több tagja betegszik meg: az egyszer-egyszer ezelőtt is előfordult. De, ha azt régebben is oly számos esetben észlelték volna, mint ezt nekünk az utóbbi időben volt alkalmunk észlelni, *a miasmatico-contagiosus elmélet fel sem vetődhetett volna* és a hasi hagymázt már akkor is a közvetlen ragályos betegségek közé sorolták volna, úgy a mint ma már *contactinfectioról* szólnak ilyen esetekben, szemben a tömeges (közös külső forrásból származó) megbetegedésekkel (Massenausbruch).

Ilyen benyomások és a klinikai viszonyokból a posteriori levont következtetések természetesen nem birnak a mathematikai bizonyíték erejével; de mindaddig, míg az *Eberth*-féle bacillusnak a fertőzésre vonatkozó tulajdonságairól, annak a betegség egyes tüneteihez való viszonyáról kisérleti úton többet nem tudunk, mint eddig: az ilyen tapasztalatok mérlegelésének értékét tagadni szerintem nem lehet. A typhusbacillus tenyészetével pedig állatokon hasonló betegséget előidézni — hogy e viszonyok ily módon legyenek esetleg tanulmányozhatók — eddig nem sikerült. Irnak ugyan le ily módon előidézett megbetegedéseket, de egy pillantás az állatok lázgörbéjére meggyőzhet bennünket, hogy ama lázgörbe mindenhez hasonlít inkább, mint az emberi typhus lázgörbéjéhez; ugyanez áll a talált kórboncztani változásokra nézve is.

Érdekes és magyarázatra váró viszonyokat tüntet fel a typhus időbeli eloszlása is, főleg ha nem oly helyeket veszünk figyelembe, melyekbe a betegséget egyszer-máskor behurczolták, pl. az ivóvíz fertőzése vagy más hasonló körülmény által, a midőn azután a megbetegedések tömegesen fordulnak elő rövid idő alatt és a midőn az ok kiderítésével és megszüntetésével egyszerre alászáll vagy végleg megszünik a járvány. Ámbár ilyen esetek elég nagy számmal közöltettek és noha ezek között nem egy olyan fordul elő, melyben a feltételezett ok megszüntetése és a járvány megszünte között feltüntetett okozatos viszony az elfogulatlan kritika előtt nem mindig áll meg, úgy ezekkel most mégsem foglalkozunk, részben azért, mivel nagyon is a részletekbe kellene belemennünk, részben pedig azért, mivel a figyelmet most csakis olyan esetekre, illetve helyekre akarjuk felhívni, a hol a typhus endemice állandóan, évről évre észlelhető.

Ilyen territorium Kolozsvár (1. és 2. tábla.) Ha végig tekintünk a mellékelt táblázaton és görbén, melyek a kórházban előfordult typhus-eseteket 1873-tól 1904-ig tüntetik fel, úgy azokból azt látjuk, hogy itt *az egész idő alatt állandóan volt typhus.* A *Pettenkofer*-féle elmélet értelmében szólva tehát modhatjuk, hogy Kolozsvárt a *helyi* és *időbeli dispositio* állandóan megvolt; vagy ha a *Pettenkofer*-féle elmélettől el akarunk tekinteni és inkább az újabbkori felfogáshoz alkalmazkodni, úgy azt mondhatjuk, hogy akár az ú. n. contact útján való terjedésre, akár a tömeges kitörésre mindig megvolt az alkalom, mert hiszen typhusbacillus mindig került ki a betegektől és üdülőktől; a betegekkel való érintkezés is alig volt korlátozva, miután az összehasonlítás tárgyát képező idő legnagyobbrészt arra az időre esik, midőn még sem nem desinficiáltunk annyira, mint most, sem nem tartottuk a betegekkel való érintkezést a betegség terjedésére nézve oly veszélyesnek, mint most. És mégis mit látunk? Nem azt, hogy a typhus-esetek az egész éven át egyforma számban, vagy egyes években másképp, mint más években fordul
azt, hogy a typhus-esetek száma szinte valamely tern
pontosságával szabályszerüen változik oly módon,
kor junius hónapra esik az esetek minimuma és e
zatosan emelkedve deczember hónapban éri el a m
ép oly fokozatosan, a mint emelkedett, sülyed a n

1. Typhus-esetek a kolozsvári Karolina-kórházban 1
évenként, havonként és százalékban feltün

Év	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Julius	Augusztus	Szeptember	Októb
1873	3	14	4	2	1	7	6	5	5	0
1874	3	1	2	4	3	5	2	4	1	2
1875	3	2	1	3	1	0	1	0	0	0
1876	1	3	2	3	2	0	3	5	0	3
1877	3	0	1	5	9	2	7	9	7	7
1878	1	0	4	4	0	2	0	2	0	3
1879	3	0	3	2	1	2	1	3	2	8
1880	3	3	1	3	2	0	7	3	7	5
1881	4	15	1	2	3	2	4	5	8	7
1882	10	6	9	9	4	4	8	4	11	7
1883	8	6	5	3	6	3	7	4	12	5
1884	2	1	3	1	3	2	4	4	7	8
1885	4	1	8	2	1	2	0	4	2	5
1886	6	8	4	2	3	0	3	1	6	3
1887	11	9	7	5	3	3	0	3	2	8
1888	15	12	14	7	4	6	3	9	7	1
1889	1	7	11	5	2	4	5	13	7	4
1890	4	7	8	5	4	6	3	8	10	4
1891	12	10	6	8	7	9	3	7	4	3
1892	13	4	5	10	10	6	5	7	6	8
1893	11	6	5	12	7	3	4	10	5	8
1894	4	2	0	3	4	1	3	4	3	6
1895	11	7	2	1	2	1	2	4	5	9
1896	10	5	7	2	0	4	1	6	2	3
1897	4	7	8	5	7	4	5	10	3	9
1898	11	7	11	10	7	7	8	15	5	17
1899	22	7	5	4	2	1	3	3	5	10
1900	9	11	6	3	5	7	5	6	9	8
1901	4	4	9	4	4	6	9	3	3	8
1902	5	2	3	1	2	1	1	5	15	11
1903	11	7	5	4	4	4	6	9	12	11
1904	6	11	3	9	9	5	11	8	16	25
Havi összeg	218	185	163	143	122	109	130	183	187	216
Százalék	10·2	8·6	7·6	6·6	5·7	5·1	6·5	8·5	8·7	10·

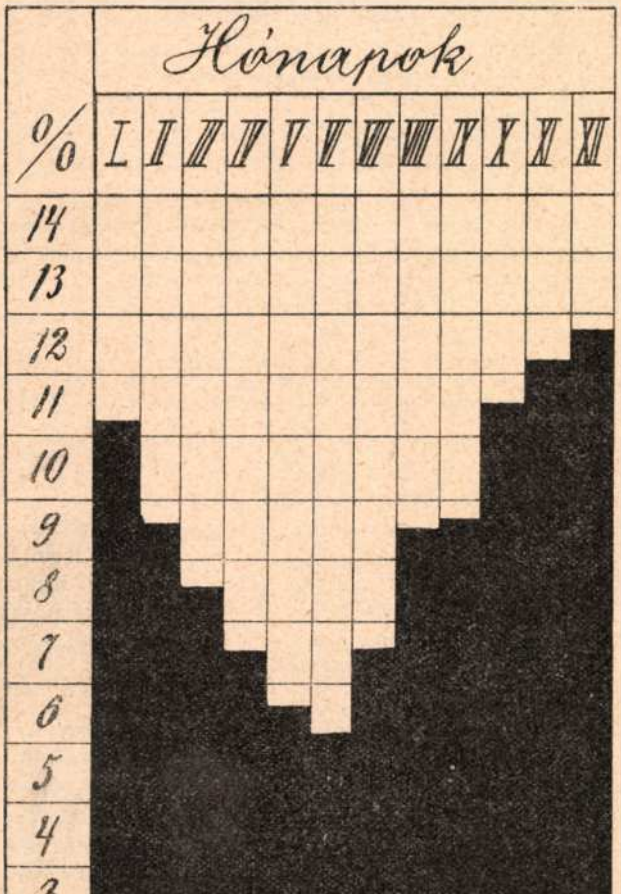
Okvetlen kérdenünk kell, hogy *miben rejlh*
időn át évről évre ismétlődő szabályszerüség oka?
okot az emberekben, külső természeti hatányokbar
ban a bacillusban. Az emberekben és azok társad
ban aligha találjuk meg. Vagy lehet valamely elf
vagy valamely analogiát felhozni annak magys
a mindig jelenlevő typhusbacillus mellett juniustó
azért emelkedik a megbetegedések száma decze
nosan, szabályszerüen és sülyed attól kezdve, m
dispositioja a megbetegedésre szintén ily szabály
szik és sülyed. Az embereknek egymással való
egyéb társadalmi viszonyai sem változnak úgy ily
hogy a typhusesetek számának ily szabályos inga
ráznak. Ha még *Pettenkofer* miasmatico-contagios
ragaszkodhatnánk, némileg könnyebb helyzetbe
mennyiben csapadék, talajvíz mutathat oly szabá
zást, mint a minőt a typhus időbeli eloszlásában
a magyarázatban ezekre appellálhatnánk, noha
coiincidentiája természetesen még nem szól azok
függése mellett. De az erre való hivatkozásról ma
nunk, mivel ezzel megint az ú. n. contacttyphusol
vetlen érintkezés útján keletkezők, melyek lét
kétségbe vonni nem lehet, nem volnának értelmezh

[1] Tekintve azt, hogy a betegek a kórházba nem
ségük elején, hanem később vétetik fel magukat, az id
valóságban a feltüntetettől eltér; de ez csak a görbe
maga után, a görbe alakjára befolyással nem bir.

laboratoriumi tenyészetekből ép oly tulajdonságokkal kerül ki, mint a minőkkel birnak az emberi szervezetben romboló bacillusok, a nélkül, hogy ehhez a talaj átalakító tulajdonsága megkivántatnék.

A typhus abdominalis eme szabályszerű ingadozása felett tehát teljesen homályban vagyunk; legkevésbé kereshetjük annak okát az emberben és annak különböző viszonyaiban. Külső természeti hatányokat sem ismerünk olyanokat, melyek ez érdekes jelenséget önmagukban magyaráznák. Elvégre arra is lehetne gondolni, hogy e szabályszerű eloszlás valamely oly élő szervezettel függ össze, melynek életfolyamata, elszaporodása megfelel a typhus időbeli eloszlásának. Csak a légyre emlékeztetek, melyre nézve már kimutatták, hogy a lábaihoz tapadt typhusbacillust képes tovább vinni. Hasonlót mutattak ki újabban a hangyákra nézve

2. Typhus-esetek a kolozsvári Karolina-kórházban 1873-tól 1904-ig havonként százalékban feltüntetve.



az egér-typhusbacillussal szemben. Ez azonban nem magyarázná meg az általunk tett ama tapasztalatot, hogy a typhus számbeli növekedése többnyire egybeesik a súlyosabb esetek gyakoribb voltával. Legegyszerűbben magyarázhatnók meg a typhus e szabályszerű időbeli eloszlását, ha fel lehetne venni, hogy a különben mindig jelenlevő ok — ez esetben a typhusbacillus — energiája, virulentiája, ragályzóképessége változik oly módon, hogy bizonyos időben, pl. juniusban leggyengébb és onnan deczemberig fokozódik és azután süllyed. A jelenség szabályszerűsége a mellett szól, hogy a bacillus tulajdonságának emez ingadozása szorosan összefügg annak életfolyamatával. De ha nem a bacillusban magában, hanem azon kívül eső valamely külső természeti hatányban rejlenek is az ok, ez csak úgy volna elgondolható, hogy ez csupán a bacillus közvetítésével — talán ragályzóképességének fokozásával — érvényesülhet.

eloszlását a typhusbacillus ragályzóképességének változó
okozza, ezt a jelenséget elég jól magyarázza, úgy még
tetlen, hogy a további vizsgálatok más viszonyokban
jelenség okát felismerni; reámutatnunk e jelenségre é
rázatának szükségességére mégis kellett, egyrészt azé
addig, míg ennek magyarázatát nélkülözzük, a typhus
rajzára vonatkozó ösmereteinket hézagosaknak kell m
mivel annak épen egy fontos és mindennapi tünete felet
ban vagyunk; másrészt azért, nehogy alkalomadtán ezt
szerű csökkenést valamely épen a járvány derekán ad
mazott védekező intézkedésnek tulajdonítsuk, a mi tern
csak tévútra vezethetne.

Miképen rendeljük a digitalis-leveleke

Irta: *Bókay Árpád* dr., egyetemi tanár.

Másutt is, de főleg nálunk, legtöbbször digitalis-
rendelnek az orvosok. Ha a kivánt hatást nem észl
sorban is arra gondolnak, hogy a gyógyszerész régi v
helyről származó leveleket, vagy helytelen időben gy
vagy a tenyésztett növény leveleit dispenzálta; csak a
eszükbe, hogy a gyógyszer elkészítésének módjában k
hatástalanság okát. Tagadhatlan ugyan, hogy néha a
van a hiba forrása, de talán gyakrabban az utóbb említ
ményben. Ugyanis az infusum alakjában való rendel
infusum készítése alkalmával a gyógyszerész bizonyos
szem elől téveszt, nem a legszerencsésebb formája a
levelek rendelésének. Az okok iránt nem érdeklődve,
már nem is rendelnek infusumot, hanem a levelek porá
tatják (pl. Eichhorst is ezt ajánlja újabban), vagy pedi
anyagokat többé-kevésbé tiszta állapotban tartalmazó
nyekhez menekülnek, a milyenek pl. a Kiliani-féle *di*
a Cloetta-féle *digalen*, a Merck-féle *digitoxinum* s a Pa
féle *digitalon*. Pedig a digitalis-levelekből, feltéve, h
különben frissek, megbizható lelőhelyen gyüjtötték és hel
tartották őket el, kitünően hatékony kanalas orvossá
készíteni, ha tekintetbe veszszük azon körülményt, a
alábbiakban óhajtok orvostársaimmal megismertetni, *hog*
digitalis-levelek hatékony glykosidái könnyen és gyorsan
el magasabb hőmérsékek hatása alatt.

Ha a digitalis-levelek hatóanyagait hatásuk mérté
kipróbáltam azon módon, a mely ma már általánosan
melyet az alábbiakban ismertetni is fogok, azután
tettem ki, mint a mily hőnek azok az infusumok helyte
tésekor ki lehetnek téve: hatékonyságuk oly megcsökke
leltem, mely egyenes arányban állott a reájuk ható magas
időtartamával.

A hatékonyság kémlelésének módja az ú. n.
vizsgálati eljárás volt. Felfedett szívü rana esculenta
tömlőibe meghatározott mennyiségü digitalis-készítmény
dezünk be (dosis = *d*); megállapítjuk az időt (tempus
alatt a szív systolés megállása bekövetkezik; megmérjü
súlyát (pondus = *p*) s ezen adatok alapján számítjuk ki a
hatékonyságát azaz virulentiáját (*V*) a következő egyenle

$$V = \frac{p}{d \,.\, t}.$$

Ha ilyen módon a levelek jóságát akarjuk
10 %-os vizes kivonatot szoktunk készíteni, és pedig a
— így Focke is — infusumot, a mi helyett e sorok iró
a hideg maceratumot ajánlja az alábbiakban kifejtendők
Igaz, hogy a rana esculenta helyett a rana tempor
kisérleti medium, de mivel a rana esculenta könnye
rezhető be, összehasonlító vizsgálatokra eléggé alkalmasna
Az is igaz, hogy az év különböző szakaiban a rana
nagyon különböző érzékenységü, de ha, a mint ezen a
is történt, csak összehasonlító vizsgálatokról van szó,
azonos időben és azonos életkörülmények között élő
végzünk, ezen hibaforrás elhanyagolható, mert úgyis cs
számokról lehet szó.

vettem azon kérdést, vajjon hőbehatásra mily hatásbeli változás mutatkozik a Kiliani-féle digitalinum verumot, továbbá a Cloetta-féle digitoxinum solubilet (digalen) s végre a Parke-Davis-féle digitalont illetőleg. Ez utóbbi készítmény állítólag az összes hatóanyagokat tartalmazná oly mennyiségben, a mint azokat a 10%-nyi levelekből készült infusum tartalmazza.

1. A Kiliani-féle digitalinum verumból néhány cseppnyi natriumcarbonat oldat segélyével olyan hidegvizes oldatot készítettem, melynek egy cm^3-ében 1·3 mgm. digitalin volt. Ezen oldat virulentiája a fent közölt formula alapján kiszámítva 5·3-et tett ki:

$$\left(V = \frac{105}{3{\cdot}9 \times 5} = 5{\cdot}3\right).$$

Ha most ezen oldatot fél órán át forraltam, systolikus szívmegállás 3 óra mulva sem következett be, tehát $V = 0$

$$\left(V = \frac{110}{3{\cdot}9 \times \infty} = 0\right).$$

2. A Cloetta-féle digitoxinum solubile (digalen) vizes oldatának egy cm^3-e a hatóanyag 0·3 mgm.-ját tartalmazza. Ezen oldat virulentiája 1·42 volt

$$\left(V = \frac{105}{0{\cdot}9 \times 82} = 1{\cdot}42\right).$$

Ha ezen oldatot fél óra hosszat forraltam, a virulentia leszállott 0·8-re

$$\left(V = \frac{42}{0{\cdot}9 \times 65} = 0{\cdot}8\right).$$

3. A Parke-Davis-féle digitalonból vízzel való higítás nélkül 5 cm^3-t fecskendeztünk a béka nyiroktömlőibe s a virulentiát 0·59-nek találtuk

$$\left(V = \frac{118}{5 \times 40} = 0{\cdot}59\right).$$

Félórai forralás után a készítmény virulentiája 0·36-ra szállott alá

$$\left(V = \frac{47}{3 \times 43} = 0{\cdot}36\right).$$

Ezen példaképen ideiktatott kisérletekből kiderül, hogy a víz forrási hőmérséke a digitalis-levelek mindkét hatóanyagát el tudja pusztítani, főleg pedig a digitalint, kevésbé gyorsan a digitoxint. Megérthetővé teszik ezen eredmények alábbi kisérleti tapasztalataimat is, melyeket digitalis-levelekből készített különböző vizes kivonatokkal nyertem.

A levelek, melyekkel dolgoztam, 1905. nyarán gyüjtött és a Caesar és Loretz czég által szállított, gondosan konzervált, kifogástalan drogue voltak, melyeket durva por alakjában (ez a legjobb halmazállapot az eltartásra), légmentesen zárt üvegben kaptunk. Ezen levelekből 1 : 10 arányban decoctumokat, infusumokat, digestumokat és hideg maceratumokat készítettünk s ezen kivonatok *virulentiáját* vizsgáltuk a felfedett békaszíven. *Vizsgálati eredményeink azt mutatták, hogy minél kiméletesebben bánunk a hővel, annál virulensebb a vizes kivonat.*

1. *Decoctum.* Ezen alakban ugyan nem szokták az orvosok a digitalist rendelni, de mint tanulságos észleletet, az ezzel nyert adatot is szükségesnek tartom közölni. A decoctum szokásos módon készült; a levelek porát hideg vízzel öntöttük le 1 : 10 arányban, a keveréket felforraltuk és fél órán át tartottuk forrásban. Keverés, kolálás. Eredmény:

$$V = 0{\cdot}44\left(V = \frac{82}{4 \times 50} = 0{\cdot}44\right).$$

2. *Infusum utólagos melegítéssel.* 1 : 10 arányban a levélporra forró vizet öntöttünk. Utána félóráig forró vízfürdőn tartottuk. Keverés, kolálás. Eredmény:

$$V = 0{\cdot}386\left(V = \frac{85}{4 \times 55} = 0{\cdot}386\right).$$

3. *Infusum, utólagos melegítés nélkül.* 1 : 10 arányban a leveleket forró vízzel leöntöttük és negyed óráig 70° C. hőmérsékü vízfürdőben hagytuk állani. Keverés, kolálás. Eredmény:

$$V = 2{\cdot}26\left(V = \frac{68}{3 \times 10} = 2{\cdot}26\right).$$

tartottuk. Keverés, kolálás. Eredmény:

$$V = 2{\cdot}3\left(V = \frac{69}{2 \times 15} = 2{\cdot}3\right).$$

5. *Hideg maceratum.* 1 : 10 arányban a levé vízzel öntöttük le, és három és fél órán át szobahőmé állni hagytuk. Keverés, többszöri felrázás, kolálás. E

$$V = 2{\cdot}43\left(V = \frac{73}{2 \times 15} = 2{\cdot}43\right).$$

Mindezen példákból következik, hogy a decoctu való rendelése a digitalisnak igen helyes, hogy nem szokás hogy kerülni kell a gyógyszerésznek az infusum kés utólagos hevítést (úgy látszik, hogy az infusum digit hatásának legtöbbször az utólagos hevítés az oka). áron infusumot akar az orvos rendelni, úgy utasíts szerészt, hogy a leveleknek forró vízzel való leöntése a keveréket magától kihülni s ne tegye utólag forró jobb azonban, ha nem rendel infusumot az orvos, hane meleg kivonatot akar, készíttessen digestumot 60— mérsékü vízzel, úgy hogy 30 perczen át ugyanily hő fürdőn tartatja a keveréket, kevergetvén vagy többsz azt. *Minden kivonási módnál jobb azonban a hideg v maceratum, ha a maceratio legalább 3 órán át tart s gyakran megkeverjük és felrázzuk. Ezt a rendelési m leginkább.*

Itt-ott még borral is szokás készíttetni a mace is és a 2%-os eczetsavoldattal készült hideg macerat eredményeket ad. A pecsenyeborral (erős somlyai) ban készült maceratum (3 órai macerálás) virulentiá

$$\left(V = \frac{112}{2 \times 31} = 1{\cdot}80\right),$$

az ugyanily arányban és módon készült eczetes mace

$$1{\cdot}91\left(V = \frac{65}{2 \times 17} = 1{\cdot}91\right),$$

szemben az egyszerü vizes maceratum 2·43 értékével.

Bizonyos az, hogy valamint a glycosidákat általá digitalis hatóanyagait is megbontják a híg savak. E talatom arra indított, hogy a gyomorsav hatását is jam. Ezen vizsgálatom eredményei megerősítettek fe U. i. ha a 2·4 virulentiájú vizes maceratumhoz utó csepp sósavat tettem s a költőkemenczébe helyeztem virulentiája lecsökkent 0·8 re, tehát $^1/_3$ részre.

Az sem érdektelen észleletem, hogy a pepsi hatása alatt $3^1/_2$ órai emésztés után a maceratum vir jesen megszünik, míg a trypsin és a pankreatin pankreas-enzym keveréke) lúgos oldatban $3^1/_2$ órai en is csak csekély mértékben csökkenti a virulentiát. N nat vagy natr. bicarbonat nem bántják a digitalis h

Mindezen érdekes tényekből az következik, ho talist bármily alakban viszünk is a gyomorba, kö előzőleg egy-két késhegynyi natr. bicarbonattal a gyo szüntessük meg ez által egyidőre a pepsin hatékonys

A gyomornedvnek pusztító hatása a digitalis- teszi elöttem czélszerütlenné a digitalis-levelek poránа is. Ez a finom levélpor a gyomorfalhoz tapadva s nyálkahártya redőibe elbujva hatóanyagait kész préd oda a gyomornedvnek.

Vonatkozások az emberorvostan és az álla között.

Irta: *Hutyra Ferencz* dr., főiskolai tanár.

A midőn az „Orvosi Hetilap“ ötvenéves jubileu telenül is arra késztet, hogy emlékezetünkbe idézzü tudománynak s első sorban a magyar orvosi irodalon félszázados történetét, nem lesz érdekesség nélkül va futólagos visszapillantást vetnünk az orvostannal szo állatorvostannak fejlődésére is ugyanazon időszak alat nak látszik ez annál inkább, mert a két rokon sza

irányító befolyást gyakoroltak.

Az a mélyreható átalakulás, mely az orvosi tudományban főképen a természettudományi kutató módszerek következetes és czéltudatos alkalmazása folytán végbement, önként érthetőleg a lényegileg azonos czélok felé törekvő állatorvostan kialakulására is irányadó volt. Valójában az utóbbi tulajdonképen csak az utolsó félszázad folyamán emelkedett ki az egészen durva empirismusból a tudományos szakma színvonalára az által, hogy képviselői az orvostanban bevált módszereket az állati betegségek tanulmányozására is kezdték alkalmazni, majd később mindinkább önálló irányt is követtek a kutatásaikban.

Nagy mértékben kedvezett az állatorvostan fejlesztésére irányuló törekvéseknek a mult század második felében történt nagy közgazdasági fellendülés és ennek kapcsán az országok vagyonát évre-évre pusztító állati járványok kiváló nemzetgazdasági jelentőségének helyes felismerése. Ennek befolyása alatt a korábban nagyon elhanyagolt állatorvosi iskolák mind jobban felszerelt tudományos intézetekhez jutottak, melyekben tudományos felfogású férfiak fokozódó sikerrel fáradoztak az addig parlagon heverő terület művelésén. A munkában elöljártak a francziák és a németek. Az előbbiek között főleg *Chauveau* a physiologus és *Bouley* a klinikus válnak ki korszakot alkotó tevékenységükkel, míg Németországban különösen kórboncznokok és klinikusok (*Bruckmüller, Gerlach, Franck, Haubner*) fejtettek ki nagyszabású munkásságot, melynek, valamint később tanítványaik hasonló irányú működésének köszönhető az állatorvosi élet- és kórtan mai magas fejlettsége.

Az első időben ez a tevékenység természetszerűleg első sorban gyakorlati irányt követett, illetőleg arra törekedett, hogy egyrészt az alaptudományszakok (boncztan, élettan, gyógyszertan) kimüvelésével, másrészt lehetőleg sok casuistikus adat gyüjtésével és a betegségek jelenségeinek szabatosabb észlelésével, az állatorvosi gyakorlat számára megteremtse a tudományos alapot. Lassanként azonban az állatorvos-búvárok működése mind önállóbb jelleget öltött és ettől kezdve az a nagy szellemi tőke, melyet az állatorvostan a sokkalta fejlettebb emberorvostantól átvett, az utóbbi számára is gyümölcsözni kezdett, a mennyiben az állatorvostan terén elért vivmányok nem egyszer az emberorvosi kutatásokra is jótékony befolyást gyakoroltak. Nyilvánult és nyilvánul pedig ez a befolyás első sorban az emberi betegségek oktanának felderítése tekintetében.

A mint az ember physiologiája jórészt állatkisérletekből levont következtetéseken épült fel, hasonlóképen a kóros jelenségek tanulmányozásánál és értelmezésénél is mind nagyobb jelentőségre emelkedett az állatokon való kisérletezés. Itt azonban sokszor nehézséget okoz az a körülmény, hogy nem minden emberi betegséget sikerül állatokon előidézni s ez a nehézség főképen a fertőző betegségek tanulmányozásánál érvényesül, mint a melyek okozói sokszor eltérő vagy épen semmi hatást sem fejtenek ki az állatokra. Ebben a tekintetben az állatorvostan jóval kedvezőbb helyzetben van, a mennyiben kisérletezésre a természetes úton megbetegedettekkel azonos fajú, tehát a megbetegítő behatással szemben hasonló módon viselkedő állatokat használhat fel.

A midőn tehát az állati betegségeknek tudományos alapon való tanulmányozásából kiderült, hogy az állatok s nevezetesen a házi állatok részben hasonló illetőleg azonos betegségeknek vannak alávetve mint az ember, mintegy önmagától kinálkozott a gondolat, ez utóbbiak oktanának felderítésével az itt szerzett tapasztalatokat az analog emberi betegségekre is átvinni, és a következmények a búvárlatok ez irányának helyes és gyümölcsöző voltát teljes mértékben beigazolták.

Ez értelmezi, hogy, főleg a bakteriologia fejlődésének kezdetén, nemcsak állatorvosok, hanem emberorvosok is különös előszeretettel tanulmányozták az állatok fertőző betegségeit. Ebben az irányban mindenekelőtt az állatok között gyakori, de némelykor az emberre is átragadó lépfene bizonyult alkalmasnak a tanulmányozásra; a fertőző betegségek közül valóban ennek oktana lett legelőször és legrészletesebben felderítve, de azután is

A lépfene oktanának felderítése a *bacillus anth* fedezőin (*Davaine* és *Rayer, Pollender, Brauell*) kivül *Róbert* és *Pasteur* neveihez fűződik. Mindkét búvár ide kisérletes tanulmányai korszakalkotó jelentőségűek lettek é új irányokat jelöltek meg a bakteriologiai búvárlatok *Koch* ugyanis a lépfene aetiologiájáról szóló klasszikus (ban (1881) meggyőző módon bizonyította be a szilárd talajok értékét a bakteriologiai búvárlatokban, *Pasteur* 1877—1883. évi időszakban a lépfenére, valamint má baromficholerára és később a sertésorbánczra, tehát s állati betegségekre vonatkozólag végzett nagyszabású kis melyekkel bebizonyította az állatok *mesterséges immuni lehetőségét mesterségesen szelidített bakteriumtenyészetek ig lével*, alapját vetette meg az immunitásról szóló moderr mely gyakorlati vonatkozásában is úgy az ember-, állatorvostanban máris rendkivül nagy jelentőségre eme

Az állati betegségek folytatólagos tanulmányozás század végén előtérbe állította az *ultramikroskopos mik musok* jelentőségét a fertőző betegségek oktanában.

Legelőször a ragadós száj- és körömfájásra vo mutatta ki *Löffler* és *Frosch* (1897), hogy a betegségnel gok savójában foglalt, mikroskoppal egyáltalában fel merhető virusa bizonyos agyagszürőkön (Chamberland K feld) áthalad, a következő évben pedig *Nocard* és *Rou* megállapitották a szarvasmarhák ú. n. ragadós tüdőlo Utóbbi szerzők vizsgálatai annál jelentősebbek, mert te előállításával legalább egy filtrálható virusra nézve bebizo hogy a mikroskoppal felismerhető bakteriumokkal egész beszámítás alá esik.

A hasonló irányban folytatott kutatások azután g másutánban az állati betegségek egész sorára vonatkoz ritették, hogy azokat szintén ultramikroskopos mikroorg okozzák. Igy kimutatták ezt: *Mac Fadyean* (1900) lópestisre, *Centanni* (1901) a tyúkpestisre, *Nicolle* és (1902) a keleti marhavészre, *Borrel* (1902) a juhhiml és *Sticker* a baromfihimlőre, *Remlinger* és *Riffat bég* (1904) ségre, *Vallée* és *Carré* (1904) a lovak vészes kevésv *Carré* (1905) a kutyák szopornyiczájára vonatkozóla *Bolton* és *Bryde* legújabb (1905) vizsgálatai folytán p a lehetőséggel is kell számolni, hogy talán a sertésvé a kategoriába tartozik.

A bakteriologiai vizsgálatoknak ez a meglepő természetszerüleg közelfekvővé tette a gondolatot, h némely emberi fertőző betegség oktanában is hasonló bilis mikroorganismusok játszanak szerepet És a követk ezt be is igazolták, mert, eltekintve a veszettségtől, *Caroll* (1902) ezt a lehetőséget a sárgalázra nézve k beigazolták, legutóbb pedig (1905) *Remlinger* és *Osmi* valamint *Negri* ugyanezt a tehénhimlőre nézve is v tették.

Ilyen tapasztalatok után már eleve valószinünek a feltevés, hogy még több más emberi betegségre vonat hasonló eredményre fognak vezetni a bakteriologiai vi Feltehető ez nevezetesen azokról a heveny kiütéses bete melyek előidézőit eddig a leggondosabb kutatással sen kideriteni (morbilli, varicella stb.), vagy a melyek mos lezett okozói (pl. a streptococcusok a scarlatinánál) kevé mat gerjesztők.

Egy állati betegség oktanának felderítésén alapu leg az emberi *malariáról* szóló mai tan is. *Smith* és (1889) ugyanis a szarvasmarhák egy betegségére vo kétségtelenné tették, hogy azt a vér vörös vérsejtjeiben egy protozoon a haemosporidiumok rendjéből, a *piroso* a mint újabban nevezik, *piroplasma bigeminum* okozza, kozó vizsgálataikkal azonban kimutatták azt is, hogy s egy kullancs, a *boophilus bovis* (*rhipicephalus annula* vetiti az által, hogy a beteg állatokból vért szi és egy kező generatioban a vérrel magába vett parasitákat állatokba ojtja be. Ezek a vizsgálatok, a mellett, hogy fajok analog betegségeinek kiderítésére vezettek, dire

élősködő plasmodiumok okozzák, olasz szerzők (*Marchiafava* és *Celli* és mások) már régebben állították, *Laveran* (1881) pedig sok száz beteg vérének vizsgálata alapján már kétségtelenné is tette, azonban csak *Smith* és *Kilborne* említett munkálatai vezették helyes irányba azokat a vizsgálatokat, melyekkel *Grassi* (1901), majd *Ross* és *Koch* az anopheles-szúnyogok közvetítő szerepét a malariás fertőzés létrehozásában egészen részletesen felderítették s ezzel a prophylaxis számára is új irányokat jelöltek meg.

Körülbelül hasonló kihatása volt azoknak a kutatásoknak is, melyek végeredményben az *álomkórság* oktanának felderítésére vezettek. *Evans* (1880) ugyanis a „sura" nevü indiai lóbetegségre, *Bruce* (1886) pedig az afrikai kérődzők és lovak „nagana" nevü betegségére nézve kimutatták, hogy okozóik flagellaták a protozoonok osztályából, az ú. n. *trypanosomák*; utóbbi szerző azonkivül kiderítette azt is, hogy a nagana trypanosomáját az ú. n. *tsetse-légy* (*glossina morsitans*) oltja át beteg állatból egészségesbe.

Azóta még több más állati betegséget is ismertek fel, melyeket szintén trypanosomák okoznak, újabban pedig *Castellani* (1903), majd *Dutton* és *Todd* az álomkórságban szenvedő négerek cerebrospinalis savójában találtak a naganáéval morphologiailag egyező parasitát (*trypanosoma gambiense s. Castellani*), melyet hasonlóképen glossina-félék oltanak be az emberek testébe.

Már ez a rövid áttekintés is mutatja, hogy az egymást támogató ember- és állatorvostani búvárlatok minő szép és mindegyik szakmára nézve értékes eredményekre vezetnek. Előrelátható, hogy ez a kölcsönhatás a jövőben is hasznot hozó lesz az orvosi tudományok összeségére.

*

Magyarországon az állatorvostan csak későn, a mult század hetedik évtizedében kezdett valóban tudományos jelleget ölteni, attól fogva azonban gyors fejlődésnek indult és csakhamar a külfölddel egy színvonalra emelkedett. A budapesti tudományegyetemen már József császár idejében 1786-ban szerveztetett ugyan az „állatgyógyászat" számára önálló tanszék és ennek első tanára, *Tolnay Sándor*, elévülhetlen érdemeket szerzett e szakma tanítása és irodalmi művelése körül, utódjai közül pedig főleg *Zlamál Vilmos* (1841—1882), az állategészségügyi rendészet terén kifejtett nagy tevékenységén kivül, a belklinikai oktatást is magasabb színvonalra emelte; az állatorvostannak szélesebb alapon való tudományos irányú művelése azonban csak a már 1851 óta önállóvá lett „állatorvosi tanintézetnek" 1875-ben történt újjászervezésével vette kezdetét. Ennek kapcsán ugyanis, a hallgatók előképzettségének emelése mellett, gondoskodás történt megfelelő tanerőknek mind nagyobb számban való alkalmazásáról, 1880-ban pedig a tanszékek szerény bár, de az akkori igényeket eléggé kielégítő intézeteket is nyertek.

Uj hajlékában tovább haladt a fejlődés, melynek legfontosabb mozzanatait az intézetnek 1890-ben „akadémiává", majd 1899-ben „főiskolává" történt újjászervezése jelzik, a mivel együtt járt a tanszékek és a tanerők szaporítása, új intézetek létesítése, valamint a meglevők bővítése és felszerelésük kiegészítése.

A szakoktatás szinvonalának emelésével kapcsolatban élénk lendületet vett az önálló tudományos búvárlat is, melynek irányáról és fejlődéséről önálló szakmunkákon és külföldi szaklapokon kivül nemcsak a *Nádaskay Béla* által 1878-ban alapított első magyar állatorvosi folyóirat („Veterinarius", jelenleg „Állatorvosi Lapok"), hanem a most jubiláló „Orvosi Hetilap" hasábjai is tanúskodnak.

A psychiatria fejlődése hazánkban az utolsó 50 év alatt.

Irta: *Moravcsik Ernő Emil* dr., egyetemi tanár.

Hogy mily hosszú időnek kell lefolynia, míg a koruk szellemi niveaujáu felülemelkedő nagy elmék tisztultabb felfogása, életerős eszméi a köztudatba átmennek s közkincsesé válnak, a psychiatria fejlődésének története is eléggé bizonyítja. Már Hippokrates és Galen az agyat jelölte meg a szellemi élet helyéül s az elme-

vonatkozó felfogás az előítéletek, az elfogultság
tudott bontakozni. Még a XVIII. században is a na
az elmebántalmakat csupán elvadult szenvedélyeknek t
Schelling philosophiájának hatása alatt élénk vita tá
vajjon a kóros szellemi állapotok megitélésére a
az orvos hivatott-e inkább. *Pinel* már 1792-ben ki
látozó mechanikai eszközök alkalmazásának káros
izgalmak kiváltására vezető hatását elmebetegeknél
utána az angoloknál *Conolly* szélesebb alapon lé
„no-restraint" rendszerét és mégis csak a legújab
nális vívmányai közé tartozik a kényszereszközök
bölése vagy legalább is a legnagyobb szükség ha
tása, az elmebetegek gyógyításánál a szabadabb,
eljárásnak üdvös és eredményes keresztülvitele.
elmebetegeknek külön intézetekbe való elhelyezésé
lomnak, a közbiztonságnak megvédése, az elmebaj
lanná tétele volt a főczél. Manapság már a hum
pontjai az irányadók.

A tapasztalat bebizonyította, hogy a mint az
börtönszerü jellege megszünt, az elmegyógyító inté
zése barátságosabbá, otthoniasabbá vált, az alkalma
eszközök a lomtárba kerültek, a betegeket nem a
erős rácsok, hanem az elég számú és jobban m
képzett ápolók őrzik, az egyéni sajátságoknak n
értelmet, a kedélyt, a sociális érzést fejlesztő szab
az uralkodó elv: a nagyobb fokú izgalmak, az erősz
ritkábbakká válnak, a betegek könnyebben fegyeln
gyulásuk chanceai emelkednek. De kitünik az is,
betegek közveszélyessége, bünözésre való hajlama
nem nagyobb az ép elméjüekénél. Az elmebetegség fo
előítéletes felfogás eloszlatása szempontjából nem ind
sek (nálunk pl. Oláh) ama törekvése, hogy az elmegyó
más nevet kapjanak, a mely a többi betegségekk
érték kifejezője legyen. Részben ezen czél szolgál
törekvés, mely az elme- és idegbetegeket közös fed
kivánja, mint ez a külföld, különösen Németország
intézetében és egyetemén van s a melynek jelét
giesseni psychiatriai klinika azon tényében is lá
„Klinik für psychische und nervöse Krankheiten" n

Habár az elmebetegséget már a legrégibb idő
a psychiatria csak a legújabb évtizedek alatt nyert
orvosi tudomány egyes szakmái között. Ennek
hette egyrészt az elmebetegség természetére vonatk
fogás, a psychiatriának bizonyos exclusiv jellege
fejezést nyer a többi szakmához kötő közös éri
látszólagos hiányában, az anatomiai alapra alig v
fektethető tünettanában, a philosophiától kölcsönzö
fogalmaiban, sajátságos nomenclaturájában —, másr
körülmény, hogy a kutatásokra alkalmas klinika
állott rendelkezésre.

Készséggel elismerjük ugyan, hogy az elmel
tése körül az elmegyógyító intézetek egyes kivá
nagy érdemeket szereztek, de a psychiatria tudomá
megvetése és tovább való kiépítése az egyetemi k
tésével esik össze, a melyek hivatásukból folyó be
felszerelésüknél és nagyobb orvosi személyzetüknél
mányos búvárkodásra inkább nyujtanak módot és

Már ugyan régebben kiváló elmék fejtettek
tevékenységet az egyes elmekórformák tanulmány
így pl. *Esquirol*-nak, *Georget*-nek, *Leuret*-nek k
paralysis progressiva alapvető ismeretét, s már 1
meg *Griesinger* „Pathologie und Therapie der psych
heiten" czímü korszakalkotó tankönyvének első k
közelebb lefolyt 50 év alatt a psychiatria nemcsak
a külföldön is többet fejlödött, mint talán a let
századok alatt.

A régibb elmeorvosok az egyes kórformál
tanulmányozása nélkül, szükebb keretben, főleg a
elhelyezésével és gyógykezelésével foglalkoztak, a
kegyetlen eljárási módokat (a betegek hossztengely

forró pecsétviasznak a kézre cseppentése stb.) teremtve meg s csak a mult század első felében kezdett erősebben kidomborodni a klinikai kutatás iránya, a melyre nagy befolyást gyakoroltak Esquirol, Georget, Maurel, Falret, Maudsley, Schroeder van der Kolk, Kjelberg, Oehrström, Flemming, Jessen, Zeller, de különösen Griesinger, majd Westphal, Kahlbaum, Hecker és mások.

A hazai psychiatria fejlődése a külföldével szemben nagy késést mutatott, a minek oka első sorban az elmegyógyító intézetek hiányában keresendő. A mult század első felében az elmebetegek csak úgy a hogy az egyes kórházakban nyertek elhelyezést, minden szakszerü kezelés nélkül s a psychiatria számára a talajt nem is szigorúan vett szakemberek (mert ilyenek nem is voltak), hanem egyébként szélesebb látókörü, kiváló állást elfoglaló orvosok (*Bugát, Pólya, Töltényi, Bene*, majd később *Kovács-Sebestyén Endre* stb.) készítették elő, állásukból és tudásukból kifolyó tekintélyük súlyával hangoztatva az elmegyógyító intézetek felállításának és a psychiatria tanításának szükségességét. Ha akadtak is egyesek, a kik az elmekórtan iránt való érdeklődésüknél fogva a külföldre siettek tapasztalatokat szerezni: itthon szakmüködésükre nem nyilt tér. Az első említésre méltó elmegyógyító intézetet hazánkban a 40-es évek elején *Pólya* dr. létesítette Budapesten Angyalföldön, a mely később a mostani állami intézet alapját képezte.

A hazai psychiatria fejlődése tulajdonképen *Schwartzer Ferencz* dr. müködésével kezdődik, a ki szakismereteinek alapját Német- és Franciaországban vetette meg s 1850-ben Váczott, majd 1852-ben a helytartóság felhivására Budán állított fel az évek során egyre szebben fejlődő magán elmegyógyító intézetet. Hogy ezen nagy tudású és széles látókörü szakember iránt mily nagy hálára van kötelezve a hazai orvosi tudomány, bizonyítja nemcsak azon körülmény, hogy elmebeteg-ügyünk sorsát éveken át egymaga irányította, az elmekórtant tudományos alapon müvelte, de hogy intézetében a hazai psychiaterek egész sorát képezte ki, a kik még most is a szakma legkiválóbb oszloposai. Itt nyerte szakismereteinek alapját a többi közt *Bolyó Károly* dr., *Niedermann Gyula* dr., *Borosnyai L. Béla* dr., *Laufenauer Károly* dr., *Lechner Károly* dr., *Babarczi-Schwartzer Ottó* dr., *Konrád Jenő* dr. Schwartzer Ferencznek alkalma nyilt az elmebetegügynek szolgálatot tennie mint a helytartóság idejében szervezett közegészségi bizottság, majd az alkotmány helyreállítása után létesült országos közegészségügyi tanács tagjának. Tudományos tevékenységének több, külföldön is megjelent dolgozatában is kifejezést adott s midőn a hazai elmekórtani irodalom terén korszakalkotó munkája „A lelki betegségek általános kór- és gyógytana, törvényszéki lélektannal“ czimen 1858-ban megjelent, a mely nemcsak az elmebetegség aetiologiáját, gyógyító eszközeit, tüneteit — az akkori felfogás szerint — tárgyalja mesteri módon, de az elmebetegügyre vonatkozólag nyilvánított egészséges felfogásával korát megelőzte: a budapesti egyetemen az elmekórtan magántanárává habilitálták s az 1860/61. tanévtől rendszeres előadásokat tartott.

Tanítványai mesterük nyomán haladtak, úgy a gyakorlatban, mint az irodalom és tanítás terén szakadatlan és fáradhatatlan munkásságot fejtettek ki. Midőn a mester idejét a sokirányú elfoglaltság lekötötte, ők vették kezükbe a tollat. A régiebbek közül különösen *Bolyó* és *Niedermann* czikkeivel találkozunk gyakran az Orvosi Hetilap és Gyógyászat hasábjain, valamint a M. orv. és term. munkálatokban. Bolyó, a ki 1857-től 1863-ig volt a Schwartzer-féle intézet segédorvosa, 1863-tól 1865-ig a Bene-féle utazási ösztöndíjjal meglátogatta Európa nevezetesebb intézeteit és a tapasztaltak után nyert benyomásait közölte a hazai orvosi lapokban. Irt a külföldi tébolydai viszonyokról, az elmebetegek gyógyításáról, a cellarendszer ellen, a circuláris, nehézkóros, alkoholos elmezavarról, a szegénysorsú elmebetegek elhelyezéséről, ajánlva a nálunk még csak legújabb időben megindított családi ápolást. 1866—68-ig a fővárosi Rókus-kórház megfigyelő osztályának rendelő orvosa lett és 1866/67-ben az elmegyógyászat magántanárává képesítették a budapesti egyetemen. Később (1868) a budapesti lipótmezei állami elmegyógyító intézet főorvosa, majd 1899-ben igazgatója lett.

fejlődésének, az elmeorvosi felfogásnak különféle phasis szakemberek munkálkodásában is visszatükröződött. Önál még nem járhatott, hiszen gyermekkorát élte s először lett teremteni a hazai elmebetegügyet, a melynek kifejlő tényező akadályozta. Nem szabad figyelmen kivül hagy hogy épen ezen időre estek fontos politikai válságok, újraébredésével járó minden irányra kiterjedő átalaku állami élet újjászervezésének nagy munkája, a mi financiális erejét nagy mértékben igénybe vette. Soka irányban kellett tenni, hogy hazánk rövid idő alatt államok niveaujára emelkedhessék.

Kiváló orvosok, szakemberek és emberbarátok m küzdelme végre elérte amaz eredményt, hogy 1863-ba szebeni és 1868-ban a budapesti lipótmezei állami elm intézet megnyilt. Ekkor azután nagyobb tér kinálkozott a meglevő hazai elmeorvosok önálló müködésére és a j ratio fejlődésére, hanem a psychiatriának szélesebb ala müvelésére is. Mindkettő élére eleinte a bécsi elmekórta ból kikerült *Schnirch Emil* dr. t állitották. Utódai S Ferencz tanitványai *(Niedermann, Bolyó, Konrád)* lette (1868-tól kezdve) és Niedermann (1869-től fogva) már orvosok a tanitványok egész sorát nevelték. Ezek egy *(Oláh, Blum, Fischer, Telegdi, Szalay, Perémy, Gon Dezső, Verubek, Nyéki, Mandel, Hollós)* elökelő szere hazai psychiatria mivelésében. Mint másodorvos mükö vezetésük alatt a Schwartzer-tanitványok közül *Laufe Konrád.*

A Schwartzer-féle magán elmegyógyító intézet tov dött, egyre nagyobb elismerést aratva. Schwartzer Fe folyása alatt fia, *Babarczi-Schwartzer Ottó* dr. már kor magába a psychiatria iránt való lelkesedést s a mesteri tése mellett csakhamar szakemberré fejlődve, az intézet f lett s apja halála után (1889) mint igazgató-tulajdo annak örökébe. Mint minden izében modern felfogású már részben elavult régi hagyománynyal szakítva, intéz szellemének megfelelő szinvonalra emelte, szaktudomány nationális elismerés mellett fejlesztette és tanitványai száma bizonyítja a Schwartzer-iskola erősségét. 1883-ba pesti egyetem jogi karán a törvényszéki elmekórtanbó tanárrá képesitették s hosszú időn át vezette be a ki adásokat nagy érdeklődéssel hallgató jogász-generatiót kórtani ismeretekbe. Nemcsak nagy irodalmi tevékenys melynek egy-egy terméke (pl az öntudatlansági álla transitorikus dühösség) a külföldön is forrásmunka s betegek jogvédelme“, „a közigazgatási elmekórtan“ h házagpótló, de az elmebetegügy törvényes rendezése é kifejtett munkásságával is a hazai psychiatria fejlesztésé mas tényezőjévé vált. Az orsz. közegészségügyi tanács belügyministeriumhoz felterjesztett elmebetegügyi törvén zete az ő tollából került ki. Kiváló tanitványai közü *(Martin Sándor, Molnár Károly, Fischer Ignácz, Stei Langer Árpád* és *Kiss Ödön)* az elmekórtan állandó művel

Mint említettük, a mult század első felében a p terén eleinte a klinikai irány dominált.

Később, a mikor a központi idegrendszer boncz fejlődéstanára vonatkozó, finomabb szerkezetének megis czélzó vizsgálatok, a *Stilling*-féle sorozatos metszetek kés azoknak különféle, egyre tökéletesebbé való festésében, által inaugurált s az idegek átmetszése után beálló m degeneratio terjedésének követésében, a különféle idegro hüvelye fejlődésének *Flechsig* által kiemelt megfigyelés és az összehasonlító fejlődéstani módszerek oly fényes ere hez vezettek; a mint *Fritsch* és *Hitzig*-nek, *Munk*-nak nak az agymüködések localisatiojára vonatkozólag a hetv elején végzett kisérletei napvilágot láttak: az elmeorvos részének figyelme ideterelődött s a psychiatria számára hasznot várva az ez irányú kutatásoktól, az elmekórtani a központi idegrendszer ép és kóros boncztanának, his nak laboratoriumaivá változtak át. Az anatomiai és psycho-physiologiai irány legkiválóbb képviselői, *Meyne*

térbe a neurologiai irány.

Hazánkban főleg *Laufenauer Károly* hódolt ezen iránynak. Midőn 1876/77-ben utazási ösztöndíjat kapott, idejének nagy részét *Meynert* tanár laboratoriumában töltötte és a központi idegrendszer ép és kóros anatomiájának, makro- és mikroskopikus módszereinek elsajátításában képezte ki magát. Midőn hazájába visszatérve, a lipótmezei elmegyógyító intézetben mint másodorvos nyert alkalmazást, kedvencz histologiai tanulmányait tovább folytatta. Ezek révén szerzett nagyobb elismerést és lett 1878-ban a budapesti egyetemen az elmekórtan magántanára, majd 1881-ben a fővárosi Rókus-kórház megfigyelő osztályának rendelő orvosa, a mely minőségében folyton fáradhatatlanul és kitartóan küzdött a rendelkezésére álló elmebeteg-anyagnak az egyetemi tanítással minél szorosabb összeköttetésbe hozatala érdekében.

Laufenauer-nek a budapesti egyetemen az elmekór- és gyógytan nyilvános rendkivüli tanárává 1882 ben történt kinevezetése s egyidejüleg a tanszék rendszeresítése tulajdonképen a hazai psychiatriai tudományos búvárkodás alapkövének letétele volt s Laufenauer további működése folyamán ezen alapot mindjobban megszilárdította. Mindamellett, hogy a budapesti egyetemi elmekórtani tanszéknek sokáig küzdenie kellett a kezdet nehézségeivel, önálló egyetemi klinikával nem rendelkezett (a mint hogy még most sem rendelkezik) s a beteganyagot az 1889. évben a budai oldalra helyezett fővárosi megfigyelő-osztály szolgáltatta, a melyet az egyetemmel csupán a rendelő orvosként ott működött (s jelenleg is működő) tanár személye kötött össze s nagynehezen lehetett a megfigyelő-osztálytól távolabb eső orvoskari központi épületben laboratoriumi helyiséget kiszorítani — keretében serény munkásság indult meg. Midőn Laufenauer 1891-ben nyilvános rendes tanárrá lett, klinikája már a külföld előtt is nevet szerzett élénk tudományos tevékenység színhelye volt. Azok közé tartozott, a kik az elme- és idegkórtant minél szorosabban összekapcsolni törekedtek s bár a psychiatriát a neurologiával szemben gyakran megrövidítette, nagy lelkesedéssel és szívóssággal törekedett oda, hogy az elmekórtan tanítását, a klinikai és laboratoriumi életet a legmodernebb színvonalra emelje s intézetét ismeretszerzés czéljából sokszor mások tanítványai (pl. Oláh, Epstein) is felkeresték. Maga jó példával haladva elől, nem volt olyan napirenden levő szakkérdés, a melynek megoldására klinikai tapasztalatokat, kisérletes és anatomiai adatokat szerezni ne törekedett volna. Hazánkban ő tanulmányozta először behatóbban a hysteriát és hypnosist s idevonatkozó vizsgálatai maradandó becsüek. Nagy súlyt fektetett a különféle klinikai, kisérletes kórtani, anatomiai, szövettani vizsgálati módszerek alkalmazására. A tudományos kutatások módszereivel és szakszerű ismeretekkel jól felfegyverezett iskolát alapított, tanítványokat nevelt, a kik egyéni hajlamaik szerint való irányban képezhették ki magukat. Hogy ezen tanítványok jelentékeny része inkább a neurologia felé vonzódott, a mester felfogásának és hajlamainak kifejezése. Nála vetette meg ismereteinek alapját *Schaffer Károly* dr. ny. rk. tanár is, a ki hazánkban a központi idegrendszer ép- és kórszövettanának legkiválóbb művelője. A neurologiában képezték ki még magukat oldala mellett a többi közt *Sarbó Artur* dr., *Ráthonyi Reusz Frigyes* egyetemi magántanárok is. Bár életét korán (1901) szakította meg a halál, elég sokan vagyunk tanítványai (az imént említetteken kivül velem együtt *Pándy, Hajós, Ranschburg, Nagy Béla, Ostermayer, Szigeti Henrik* és részben *Décsi, Ringer, Sipőcz, Hudovernig*), a kik hálával gondolunk irányító és vezető szellemére.

A durvább és finomabb ép- és kórboncztani vizsgálatok ugyan a központi idegrendszer szerkezetére, valamint kóros elváltozásaira nézve nagyon értékes adatokat szolgáltattak s ismereteinket jelentékeny mérvben gyarapították, de a szellemi élet jelenségeinek, az elmebetegségek tüneteinek lényegét megvilágítani nem voltak képesek. Még manapság is úgy vagyunk, hogy a bonczolásnál talált elváltozások önmagukban nem nyujtanak alapot a kórisme felállítására, valamint az életben észlelt tünetek magyarázatára sem. Ily módon nem csodálható, ha a psychiatria másfelé keresett eredményekre jogosító támpontokat. Az utolsó 50 év második felének buvárlati iránya a *Wundt* által előtérbe helyezett kisérmódszerek, melyek az elmebeli működéseknek phy kel való meghatározását, megmérését czélozzák. Ez képviselője hazánkban *Lechner Károly*, a ki psych szintén a Schwartzer féle intézetben kezdte s ké évek elején megnyilt angyalföldi elmegyógyintéze 1888-ban a kolozsvári egyetemen az elmekórtan tanára lett. Nagy alapossággal és tudományos ap zett tanulmányai főleg a klinikai elmekórtan és a logia körébe tartoznak s fontos adatokkal gazd lyodottság és hallucinatiók tanát. A kolozsvári kórtani tanszék rendszeresítésével és Lechner tan a hazai psychiatriának másik tudományos gócz Lechner a psychiatria terén kifejtett érdemeit növ vel, hogy a külföld előtt is mintaszámba men szerben épült klinikát létesített és rendezett be, október 16.-án nyilt meg és már is elökelő állás ványokat *(Strobel, Kenéz)* nevelt és nevel (Hegyi, hazánk számára.

A psychophysikai irány lelkes harczosa Bud *burg Pál*, a ki e téren kifejtett munkásságával nemcsak figyelmét, de méltánylását is kivívta.

Lechnernek Kolozsvárra távozása után az a gyógyító-intézet igazgatójává 1889-ben *Oláh Gusztá* ki, a ki jelentékeny érdemeket szerzett az elmeb tése körül s a ki „az elmebetegségek orvoslása“ munkájában a modern felfogású, és hivatása erkö álló szakember éleslátását és humanus gondolkoz Az elmebetegügy iránt való ilyen őszinte lelkesedé látókör nyilatkozik meg *Pándy Kálmán* dr.-nak elmegyógyító intézet 1905. óta főorvosának a hazai egyik kiváló termékét képező „Gondoskodás az más államokban és nálunk“ czímü terjedelmesebb különben a Laufenauer-iskola egyik értékesebb t előtt a gyulai kórház elmebeteg osztályának főorv

A hazai elmekórtan tudományos fejlesztésé szerzett még *Salgó Jakab* dr. is, a ki ugyan a képezte ki magát psychiaterré, de szaktevékeny 1905-ig a lipótmezei elmegyógyító intézetben fejte minőségben. Már mint a külföldön is elismert szak zánk Bécsből, a hol részint assistensként működöt részint mint főorvos vezette a Svetlin-féle magán gyógyintézetet. 1879-ben a bécsi, 1890/91-ben a temen az elmekórtan magántanárává képesitte ett. elmebetegek szabadabb kezelésének úttörője volt tankönyve közkézen forog.

A tébolydai ügy körül hazánkban a leg *Niedermann Gyula* dr.-t és *Konrád Jenő* dr.-t *mann* elsőrangú klinikus és administrator hazánk szönhető a lipótmezei elmegyógyító intézetnek vonalra emelése, az elmebetegügyi közigazgatás f fiatalabb elmeorvosi generationak kiképzése. 186 pesti egyetem jogi karán a törvényszéki elmekó tanárrá képesittetett és tanulságos előadásairól vol elismeréssel nyilatkoztak. *Konrád Jenő* dr. a nag gyógyító intézetet alakította át és tökéletesitett Hazánkban az elmebetegek családi ápolásának ő zője és megalapitója. Psychiatriai pályájának kezd nek alapját a Schwartzer-féle intézetben és a li gyógyító intézetben vetette meg s Bécsben és a k váló intézetében tovább erősitette, szakadatlan tev ki az irodalom terén, s szakmunkásságának érték elismeri. A lipótmezei állami elmegyógyító intéz történt kineveztetése után helyét Nagyszebenben *Ep* volt angyalföldi, majd lipótmezei elmegyógyintéze lalta el, a ki *Oláh* oldala mellett képezvén ki tevékeny részt vesz a hazai psychiatriai irodalo élet fejlesztésében, sőt az utóbbi években szerveze ménynyel járt országos elmeorvosi értekezletek es a megindítója.

irodalmi tevékenysége által kitünt *Fischer Jakab* dr. főorvos alá, 1896-ban a nagykállói állami elmegyógyító intézet (igazgatója *Borosnyai L. Béla* dr.) megnyilt és lassanként a vidék nagyobb kórházai 100—400 elmebeteg befogadására alkalmas külön elmebeteg-osztályokat létesítettek (Kaposvár, Nyitra, Szegzárd, Gyula, Gyöngyös, Nagyvárad, Baja, Pécs, S.-A.-Ujhely), az elmeorvosi szaktevékenységre egyre nagyobb tér nyilt. Sajnosan kellett azonban tapasztalnunk, hogy a kórházak mellett szervezett ezen állások betöltésénél némely helyen az intéző körök csekély súlyt fektettek a szakképzettségre s mint már egy izben másutt kiemeltem, elég qualificationak tekintették azt, ha valaki a psychiatriába belekóstol. Pedig épen ezen osztályok helyes és eredményes vezetése teljesen lehetetlen az évek során át szerzett speciális ismeretek és tapasztalatok nélkül. Hiszen itt a legcsekélyebb administrativ intézkedésnek is a jól fegyelmezett psychiatrikus gondolkodás mérlegelésével kell történnie s nem szabad feledni azt, hogy maga az elmebetegek számára berendezett intézet vagy kórosztály régime-e a gyógyításra czélzó fontos eszköz. Az intézeti berendezés, a kezelés finom árnyalatainak jelentőségét csak a szakmájában egészen otthonos psychiater tudja megitélni. Ellenkező esetben szenved a beteg, az elmebetegügy és a jól nevelt elmeorvosgeneratio fejlődésének lehetősége. Nézetünk szerint az ilyen visszás állapotok esetében a belügyministeriumnak teljes erélylyel kellene közbelépnie s a mely kórház elmebeteg-osztályának vezetésére képzett elmeorvost nem állít, attól egyenesen meg kellene vonni az elmebetegek ápolására vonatkozó engedélyt.

A hazai psychiatria fejlődésének előmozdításában nagy része van az illetékes ministeriumok szakreferenseinek, a kik módot és alkalmat igyekeztek nyujtani a psychiatria művelésére gyógyító intézetek, klinikák, tanszékek felállításával. Az egyetemi orvosi tanitás magas színvonalra emelése érdekében egész életén át fáradozott *Markusovszky* és méltó utóda *Tóth Lajos* dr., valamint az egészségügyért mindig lelkesedő *Chyzer Kornél* dr. és *Raisz Gedeon* dr. e tekintetben is szerzett érdemei maradandók lesznek. Az utóbbiak mellett fejti ki szaktevékenységét *Blum Ödön* dr. egészségügyi felügyelő is.

A hazai psychiatria fejlődésének fontos eszközét képezi az egyetemen az elmekórtannak az 1901-ben életbe léptetett új orvosi szigorlati rend értelmében kötelező hallgatása és a szigorlati tárgyak közé felvétele. Ugy ezen körülmény, mint szépen fejlődő intézeteink — a melyekhez a nemsokára felépülő budapesti egyetemi elmekórtani klinika is csatlakozni fog, valamint az újabban létesített és jól berendezett két magán elmebeteg-sanatorium (Niedermann- és Ringer-féle) — megadják az alapot az elmeorvos szakemberek nagyobb számának kiképezhetésére, testületté tömörülésére, az elmebetegügynek és a tudományos psychiatriának minél szélesebb mederben való művelésére. Ennek életerős jelei már is megnyilvánulnak egyes szakegyesületeinknek, a budapesti kir. orvosegyesületben 1896-ban Laufenauer által megalapított elme- és idegkórtani szakosztálynak, a kétévenként tartani szokott országos elmeorvosi értekezleteknek eredményes működésében, a hazai elmeorvosoknak a honi és külföldi szaklapokban kifejtett és kifejteni szokott munkásságában, külön szaklapok létesítésében. A psychiatria körébe eső minden fontos kérdés a mi élénk egyesületi életünk szürőjén is átmegy s az elmebetegügy érdekében megindított mozgalomban nem csak a régi, de az újabb elmeorvosi generatio is készséggel részt vesz.

Az elmekórtani búvárkodás terén felmerült irányok nálunk is visszhangra találtak és találnak. Ha egyes intézményeink, a melyek létesítésénél még a régibb felfogás révényesült, nem is felelnek meg minden tekintetben a modern igényeknek, veztőik az adott viszonyoknak megfelelőleg igyekeznek azokat javítani, átalakítani. De az átalakulás hirtelen nem történhet, fontos pénzügyi akadályai vannak. A midőn az elmebetegek elhelyezésére szolgáló intézetek építésénél manapság már a pavillon rendszer előnyei elvitázhatatlanok, nemcsak hygienikus okoknál fogva, de különösen a betegeknek az egyéni hajlamok, a kórforma tünetei, a betegség különféle stadiumai szerint való elkülöníthetése szempontjából is új intézeteket alig fogunk tiszta kaszárnya modorban készíteni.

kifejezést, hogy intéző köreink a jövőben — meg ál
zatok árán is — lemondanak ama czélszerűtlen és
gyors intézkedés szükségessége által provokált kénysze
hető eljárásról (a mit nehányszor alkalmaztak), hogy
cialis czélra készült régi épületeket alakítanak át el
intézetekké.

Ha újabban el is érkeztünk a már Esquirol által ha
ama óhaj gyakorlati megvalósításához, hogy az elmegyóg
az elmebetegek gyógyításának egyik eszköze, tehát a kitü
érésére a legalkalmasabb módon legyen építve és berendezv
részéről nem oszthatjuk egyes szakemberek ama túlzott felfo
az elmebetegeket az intézeti elhelyezés önmagában
minden más therapiás eljárás felesleges. Ez minden
orvosra nézve lehet kényelmes, de nem hasznos a
A modern therapiás eljárás minden rendelkezésre ál
kell, hogy segítségünkre legyen s azokat az esetek sz
gathassuk meg. Az egész szervezetet át kell kutatn
gyógyász szemével néznünk s nem szabad az elmel
testi állapotára vonatkozó minden panaszát hypochon
eszmének tekinteni. Magunk részéről nemcsak nagyon
de szükségesnek is tartjuk, hogy az elmeorvos alapos
szati előtanulmány után lépjen pályájára.

A psychiatria legfontosabb újabb vívmányai kö
az intézeti ügy rationális alapon való fejlesztése,
betegek számára való intézeteknek a már említett el
való czélszerű felépítése és berendezése, a coloniális
ápolási rendszer meghonosítása és szélesebb alapon
vezése, a betegeknek a kényszereszközök elkerülésével
badabb, humanusabb, az egyéni sajátságok szerint va
és ezzel kapcsolatosan azon tapasztalati tény érvényre
hogy az elmebetegek egy nagy részénél a socialis é
sonló légkör biztosítása, a helyesen megválasztott fog
a szabadban való testmozgás előnyösen befolyásolja
neteket, míg más részénél, főleg a hevenyebb esetekn
ség tudatának felébresztésével járó, a hőveszteség csök
vérkeringés egyenletességének elérését czélzó és a bet
őrzését jobban megengedő ágybafektetés nagyobb er
biztosít, mint a még nem régen is sűrün alkalmaz
végül pedig a sokszor káros altató szerek chablonsze
sének megszorítása s e helyett a physikális gyógyító
különösen a hydrotherapiának — mint sokszor a leg
pító eljárásnak (protrahált langyos fürdők, bepakolás
alkalmazása. Az újabban nagy hullámokat vert all
mozgalom, a melynek érdekében nálunk *Stein* Fü
Schwartzer-féle intézet főorvosa fejt ki eredményes tev
a szeszes italoknak az elmegyógyító intézetekből val
küszöbölésére irányuló törekvést is egyik eszközévé v
úgy külföldön, mint hazánkban több követőre talált.

A midőn a psychiatria csalódott ama reményébe
az agy boncztana, élettana, kisérletes kórtana teré
kutatásokhoz fűzött s tapasztalnia kell, hogy a psy
vizsgálatok eredményei még koraiak és nem elégségesel
élet kóros jelenségeinek teljes megvilágítására s általán
következtetések levonására: az utóbbi évtized alatt i
nikai buvárkodás iránya lépett előtérbe. A mint az elmeor
visszatértek a betegágyhoz s a rendelkezésre álló min
vizsgálati módszer segélyével vizsgálják a tüneteket,
a betegség lefolyását, kikutatják keletkezésének körü
számba vehető aetiologiai mozzanatokat: a psych
élénken lüktető erővel kezd továbbfejlődni, élesebbe
egységesebb kórformák bontakoztak ki. Eme, Ka
Hecker által erősebb lökést nyert irány legkiválóbb
a németeknél *Kraepelin*, *Schüle* s a francziáknál *Mag*
volt Ausztriában *Krafft-Ebing*. Hazai elmeorvosaink
része is ezen a nyomon halad, a mely ez idő szer
esetre legtöbb kilátást igér, de csak úgy, ha a tö
fejlődését és eredményeit nemcsak folyton figyelemmel k
azokat alkalmazza is. Ezen irányt és elveket követ
budapesti egyetemi elmekórtani klinikán, de még küzd
toha viszonyokkal (a klinika beteg-anyagát a központt

lantiája pedig az üllői-úti központban van), várva az új klinikának már teljesen előkészített, de a politikai hullámok akadályaiba ütközött felépítését. Ezen irányban haladnak tanítványaim is, a kik közül többen már a psychiatria önálló művelői (*Németh Ödön* dr. a budapesti és pestvidéki büntető törvényszék elmeorvos szakértője, *Décsi Károly* dr. a gyulai, *Sipőcz Géza* dr. a pécsi kórház elmebeteg-osztályának főorvosa, *Ringer Jenő* dr. pedig magánelmegyógyító intézet tulajdonosa), részben pedig a klinikán működnek (*Hudovernig* dr., *Reuter* dr., *Goldberger* dr. és *Lipeczky* dr).

Fel kell még említenem, hogy hazánkban a törvényszéki elmekórtan elég korán kezdett fejlődni, megelőzve még a külföldet is. Már *Schwartzer* Ferencz dr. fentebb idézett tankönyvében jelentékeny részt szentel neki. *Niedermann* Gyula dr. 1865-től fogva tartott előadásokat a törvényszéki elmekórtanból a budapesti egyetem jogi karán. De ezen szakma legkiválóbb fejlesztője *Babarczi Schwartzer* Ottó dr. volt nálunk úgy az irodalom, mint a tanítás terén. 1882-től 1891-ig adta elő a budapesti egyetem orvosi karán *Laufenauer* Károly s ugyanitt 1892-ben ideiglenesen tanszéket is kapott, a melyet Laufenauer halála után 1902-ig, az elmekór- és gyógytan nyilvános rendes tanárává történt kinevezetésemig nekem volt szerencsém betölthetni. 1894-ben ideiglenesen s 1896-ban a budapesti gyüjtőfogház mellett véglegesen létesült a letartóztatottaknak és elitélteknek vezetésem alatt álló országos megfigyelő és elmegyógyító intézete, a mely a büntetteseknek specialis megfigyelésére, az elitélteknek elmebetegség esetén gyógykezelésére szolgál s korlátolt számban befogad oly büntetteseket is, a kik a büncselekmény idejében már elmebetegek voltak. Az elmekórtan a jogi szakférfiak által hazánkban mindig különös méltánylásban részesült s a budapesti jogászegyesületben nekünk budapesti elmeorvosoknak is gyakran nyilt alkalmunk az elmekórtant érintő kérdések megvitatásában résztvenni, sőt előadásokat is tartani.

Több törvényszéknél képzett elmeorvos szakértő is működik.

Ama meleg érdeklődés és lelkesedés, a melylyel hazai elmeorvosaink az elmebetegügyet elömozdítani és a tudományt fejleszteni törekednek, elég garantia, hogy hazánkban a psychiatria mindig a kor szinvonalán fog maradni

Dosologiai észrevételek.

Irta: *Jendrássik Ernő*, dr., egyet. ny. r. tanár.

Az újabbnál újabb orvosságok oly sietős egymásutánban tünnek fel a belorvostanban, hogy azoknak egymással és a régiebbekkel való összehasonlitására alig jut elegendő idő és alkalom. A ki azonban élénk figyelemmel követi a fel-feltünő szereket, az csakhamar elég gyakorlatra tesz szert arra, hogy az ajánlatokban olvasható kitünő tulajdonságokat elbirálja és igy sok felesleges kisérlettől óvja meg a betegeit. A gyári iparnak élénksége eléggé bizonyitja, hogy fogyasztóra könnyen találnak az új szerek, a minek első sorban persze az az oka, hogy a régiekkel nem vagyunk eléggé megelégedve s nagyon szívesen pótolnánk még a jót is a jobbal. A mennyire elismeréssel kell lennünk ezen törekvés iránt — annyira elhibázottnak véljük egyes orvostársainknak azt a törekvését, hogy lehetőleg új, még névről is alig ismert szereket rendelnek magánbetegeiknek, néha még beteg orvostársaiknak is! Az orvosságok kipróbálására a magángyakorlat nem alkalmas; ezeken a betegeken a kellő megfigyelés nem végezhető, s az orvos, nehogy esetleg kellemetlen következményeket okozzon, a még nem ismert szereket a lehető legkisebb adatban[1] irja elő.

A kellő észlelés hiánya azonban a régi szerekkel szemben is hibás útra vezeti a kezelő orvost, a ki igen gyakran szerelésével csak a természetes lefolyást zavarja meg itt-ott, a nélkül, hogy mindazt elérné rendelésével, a mi elérhető volna. A dosotében újabban elértünk. A belorvostannak, a mint már fejtegettem,[1] oda kell törekedni, hogy javallatagyításának kivitelében a sebészet határozottságát és alkalmazza saját módszereire. A mint a sebészet ell talan eljárásait és megkivánja, hogy az operáló felállít teljességgel vigye végbe azaz ne érje be azzal, hogy belemetéljen a beteg szervezetébe: azonképen meg nunk a belorvostan modern alakulásától is, hogy szerint felállított czélját a beteg kezelésében elérni a felesleges dolgoktól pedig megszabadítson.

A gyógyító szerek hatásosságával, a módszerel désével még mindig nem megy egy sorjában a dosol is gyakori még az az eset, hogy úgy bánunk a bete a régi sebész: faricskálunk rajta, szurkáljuk, de n úgy a mint lehetne.

Igaz, hogy a belorvos helyzete ebben a tekint nehezebb mint a sebészé, a kinek a figyelmét csak idejére kell a betege érdekében leköt nie; a belor ellentétben heteken és hónapokon át kell a leggond figyelnie rendelése hatását és számolnia kell még vel is, a mikor távol van a betegétől. Ezek a nehéz rázzák meg leginkább, hogy miért hanyagoljuk el dosologiát: a legtöbb belorvostani fejezet végén fel nehány szer, de a nélkül, hogy a beadás módja, ad mondva s a nélkül, hogy felvilágositást nyernénk mennyiben változtathatja meg az illető szer a beteg dosologiát a receptkönyvecskékre bizzák. A gyp pedig minduntalan halljuk az ilyen kifejezéseket: a adtam egy kis bromot, . . . kevés phenacetint, . . morphiumoldatot stb.

Ezekkel ellentétben hangsúlyoznom kell a dos ságát; az orvosságok adatának kiszabása nem a feladata, hanem a klinikáé s egyike a legéletbevágó nak. Sokszor fontosabb az adatnak kellő mértékben bása, mint a szernek megválasztása; ismeretes az individualizálás alatt ritkábban a szer megválaszt adat nagyságának megfelelő kiszabása értendő.

Jelen közleményem keretében természetesen kedhetem ki az összes szerek dosologiájára, a szereket illetőleg amúgy sem nagyon fontos, hogy vagy kevesebbet rendelünk belőlük: csupán a legf reinkre vonatkozólag óhajtok nehány gyakorlati felsorolni.

Az oleum ricinit épen kellemetlen ize miatt akkor rendeljük, ha a bélcsatornának alapos, de e letes kiürítése van javalva. Némelyek szeretik a gy ban készen kapható capsulákat ajánlani. Eltekintve ezeknek a tokocskáknak tartalma nem ellenőrizhető avas olaj van bennök, a mi erősen izgatólag hat, h rást okoz: abban is hibázni szoktak, hogy 2—3 t pedig egy-egy tokocska rendszerint 5·0 olajat tartal czélra pedig 30·0 olaj bevétele szükséges. Az elég ségü olaj nem hat az egész bélrendszerre, annak eg hosszabb időközben éri, fájdalmakat és elégtelen létre, sőt a bélben való hosszasabb megmaradása potot is teremt. A ricinus-olaj egyedüli helyes re az, hogy 30·0 olajat hozatunk, azt megszagoltatjuk, s azután sörrel vagy édes, alkoholos itallal vétetjük

A hibás rendelésnek ezen a téren még nyilv dája a kalomelnek mint hashajtónak túl kis adatban Főképen a gyermekorvosok esnek ebbe a hibába s láttam már, a mikor a kis adatban és ismételten re igen erős stomatitist okozott. Ha valakinak 1·0 ka az minden utókövetkezés nélkül csak a hashajtást ugyanezt az adatot felosztjuk pl. öt részre s ezeket adjuk be, hashajtás alig támad, de a szájbántalom n sőt ez utóbbi még akkor is kifejlődik, ha az ötödrés

[1] Adat és nem adag. Nyelvünkben a mértéket az *at-et* végződés jelzi: csipet, pillanat, méret, sütet, talpalat, tapodtat, terület, keret, stb.

[1] Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan lap 1901.

negyedét (0·1—0·05) kapta. A nagy adat a belekben erős hatást fejt ki s a szervezetből gyorsan eltávolodik, a kicsiny benne marad és felszívódik: itt tehát az a „merész" dosologus, a ki a kicsiny adatot irja elő.

A kalomelnek, mint diuretikumnak rendelése körül is hibázhatunk. Kisérleteinkből kiderült ugyanis, hogy alkalmas esetben a kalomel kifejti a hatását egy, legfeljebb két napi beadás után épen úgy, mintha e szert hosszasan adtuk volna. A helyes eljárás tehát az, hogy beadunk a betegnek 36 óra alatt 1·25—1·50 kalomelt tíz részletben (az esetleges hasmenést opiummal állítva meg) s kivárjuk a hatást, a mely szabályszerüen a harmadik nap éjjelén megindul s addig tart, a míg a beteg vízkórságától megszabadult; egészen hibás a diuresis megindulása után is még adni e szert, mert ezzel a hatást nem fokozzuk, csakis kénesömérgezést okozunk.

Nyilvánvalólag jogosulatlan a bismuthum subnitricumnak rendelésében a nagyobb dosisoktól való félelem. Hiszen ez a szer nem szivódik fel, csak megváltozik a bélcsatornában, de a ki nem rendeli ezt a szert a gyomorfekélyes betegnek 10—15—20·0-os egyszeri adatban, az hathatós kezelési módtól fosztja meg magát. És mégis, úgy tapasztalom, hogy egyes orvosok félénken szabják ki a dosisát még ennek a (ha tiszta) teljesen ártalmatlan szernek is.

Vannak továbbá szereink, a melyek csak nagy adatban hatnak, a melyeknek kis adatokban való rendelése hiábavaló. Ilyen elsősorban az oleum jecoris aselli, a melyből még gyermeknek is 4—5 evőkanállal kellene naponta beadni. Csakis azoknak használ, a kik ezt eltürik (a mint a vas is azoknak használ, a kiknek étvágyát, emésztését nem rontja). Egy kávéskanál csukamájolaj bevétele nem kellemetlenebb, mint egy evőkanálé s mégis igen gyakran napi egy kávéskanállal rendelik, mintha a lenyeléssel járó kellemetlenség volna a hatásos tényező. Némi biztatással, esetleg az Egger-féle vagy a Scott féle emulsioval sokszor sikerül a kellő adatnak beadása: az ilyen esetekben sikert is érünk el, az elégtelen adatokkal kár gyötörni a beteget. A kreosot is ezek közé a szerek közé tartozik. A tapasztalat kimutatta, hogy valamennyi készítménye közül mégis a kreosotum fagi-nak van leginkább kedvező hatása a tüdőbajos emberre; de a hatásos adat 1·0-on kezdődik. Pilulákban, tokocskákban ezt a szert nem czélszerü bevenni, mert nagyon sok vehiculum jut vele a gyomorba s a tokocskák kinyilásakor a tiszta kreosot megtámadja a gyomor nyálkahártyáját. Ennek a szernek helyes beadása akként történik, hogy egy ostyára kávéskanálnyi somatoset, sanatogent vagy nutroset teszünk s abba csepegtetjük bele a kreosotot; eleinte 3, később fokozva 6—8 cseppet s kissé megkeverve, beburkoljuk s közvetlenül étkezés után lenyeli a beteg. Ilyen módon, az egyes étkezések végén bevéve, sikerül a gyomornak minden megterhelése nélkül a kellő mennyiséget a szervezetbe juttatnunk.

Az arsen is azok közé a szerek közé tartozik, a melyek egyes bántalmakban (a pseudoleukaemiában, bizonyos bőrdaganatokban stb.) csakis akkor hatnak, ha lehetőleg sokat viszünk be belőlük a szervezetbe. Ez a szájon át nem mindig sikerül eléggé, de böraláfecskendéssel vagy izombafecskendéssel baj nélkül elérhető. Belsőleg adva kerüljük azokat az ásványvizeket, a melyekben kevés arsentartalom mellett sok timsó van!

A jodot és bromot illetőleg is fontos a kellő adat kiszabása. Ha az a beteg, a kinek jodot rendeltünk, asthma bronchialeben (nervosum) szenved: úgy csak olyankor s egyszeri adatban adjunk 0·2—0·5 jodkaliumot, a mikor a rohamot a beteg előre érzi vagy az épen megkezdődött. Ilyenkor este a lefekvéskor bevett jodkalium megakadályozza a roham kitörését, ez ismételhető több, egymásután következő estén is, de ha a nappal folyamán is adjuk a jodot, hatása megszünik: a roham kitör. Szivbajokban, arteriosclerosisban ellenben soká, éveken át kell adni a jodot, de csekély napi adatban, körülbelül 0·3—0·5 gm.-ban. Az egyéniség szerint még ez az adat is változást szenvedhet; ha tulságosan érzékeny a beteg s ez az adat is már kiváltja a jodosság tüneteit: akkor csökkentsük a megfelelő módon az adatot, de ne szüntessük meg. A jod, minden valószinüség szerint, könnyíti a vérkeringést ilyen adatban (tágítja az ereket, csökkenti a vér vis-

módon igen hosszú időn át alkalmat adunk a szervezetnek lásra. Hasonlóan vagyunk a brommal is. Mindkét szer átmegy a vizeletbe s alig hogy abbahagyja a beteg a be vérében igen gyorsan csökken a szer mennyisége s pár n szervezetéből egészen eltünik. Ha tehát ezektől a szerektől akarunk nyerni, úgy folyton pótolnunk kell a szervezetből útján el-eltávolodó mennyiséget. Sajnos, nagyon sok orvo a tétel nincsen eléggé a vérében s igen gyakran hallom, orvosok beszélik le az epilepsiás beteget arról, hogy a állandóan használja.

Ezek az orvosok a folyton bevitt bromot látják, veszik tudomásul a folyton távozót. Vannak olyan fürdő a kik határtalan ön- és vízbizalommal letiltják a bromot a fürdőbe érkezéskor. És hányszor okoznak ezzel hely hozható hibát! Oly sokszor tapasztaltam már azt, hogy beteg, a kinek a brom hatása alatt egy év óta már nem hama, egy-két napra az elhagyás után újból megkapta g hogy ezt az összetartozást szinte törvényszerünek lát gondoljuk, hogy a beteg egy év alatt egy kilogm. brom be, ő csak 3 gm.-ot tart meg állandóan a szervezetében hogy naponta 3·0 gm.-ot bevesz. Az epilepsia ellen a hatása kétségtelen, persze nem minden betegen egyforma vező esetekben napi 3—4 gm. megszünteti a rohamokat, nem elég, akkor az eset súlyosabb természetü s ilyenkor még 5—7 gm. sem ad teljes szünetet, de csak igen-ige kivétel az, a mikor még az ilyen esetben is lemondhat szerről. Csak igen kivételes eset az, a melyben a beteg eg ban nem türi e szert, a melynek van ugyan elég gyakra kellemetlen mellékhatása (leginkább az acne), de soha állandó, általánosan tompító, butító hatása, a melyről, még sokan beszélnek. A kisebb mellékhatások ellen v bizonyos müfogásokkal gyakran lehet, a nélkül, hogy a vételét csökkentenünk kellene; a szernek összes hatása elmulik, ha abbanhagyjuk. A bromkezelésben a legfő mégis az adat kellő kiszabása s ebben a tekintetben egyedül a beteg észlelése lehet; a kedvezőbb esetekben szüntetnünk a rohamokat, ez rendszerint csak azok esetekben sikerül, a mikor legfeljebb 5—6·0 gm.-mal e czélt, a többiben a beteg állapota az irányadó arra nézv mennyi bromot adjunk.

A morphiumra is illik a tételünk. Ne adjuk, ha szükség, de ha kell, adjunk belőle eleget. Csak nemrég dett előttem egy kartársunk, hogy a keze alatt még eg sem lett morphinistává. Ez nem az ő érdeme. A mor születik s ha egyszer belékóstolt a morphiumba, megsz használja azt orvosi segítség nélkül is. De azért, mert ember ilyen hajlandósággal bir: megvonjuk mindenkitől jóltevő, sokszor életmentő hatását?

A morphiumnak helyes adata az, a mely körülbe órára szünteti meg azt a tünetet, a mely ellen rendeltük adat egyszersmind az, a mely teljesen megszünteti a kórjel a kisebb adatok csak csökkentik s rövid idő mulva alig Rendszerint, mint ismeretes, bőr alá fecskendve 0·01 a embernek első kezdetre adandó mennyiség. Ezt súlyosabb ben elég gyorsan kell fokozni, de csak ritkán jutunk túl kivéve a hosszantartó, nagy fájdalmakkal járó bete (némely tabes, rák stb.), ezekben, főleg ha a kórjóslat a rossz, embertelenség a morphiummal való takarékoskodás hatás végződésével ismét megkezdődnek a kórjelenségek: szetesen megismétlendő az adat; helyes alkalmazás melle 24 óránként legfeljebb négy alkalmazás válhat szükség egyszeri adatnak a kelleténél kisebbre szabása határozot hiba. Az ilyen elégtelenül ható adatot már nem lehet kiegészíteni, mert az egyszeri elégséges adatnak sokkal a hatása, mint a sok kicsinynek. E tekintetben a morp is úgy vagyunk mint a lázellenes és fájdalomellenes úja rekkel. Csak az tud ezekkel elbánni, a ki az egyszeri helyesen szabja ki s helyes időben alkalmazza. E tek fontos, hogy

1. jobb megelőzni a kórtünetet (láz, fájdalom), mint annak teljes kifejlődését, és

czélunkat teljesen elérjük. Ne számokat jegyezzünk meg magunknak, hanem észleljük a beteget. Van ember, a ki már kevés decigm.-ra erősen reagál, míg a másik embernek több gm.-ra van szüksége. A lázellenes szerekre a gyermekek fogékonysága igen szélső határok között mozog. Ezen szereknek a különben elégséges adatát felosztani 2—3 részre s fél- vagy egész órai időközben beadni annyit tesz, mint a szer hatóképességét felére vagy harmadrészére lesülyeszteni. Nagyon sokszor volt már alkalmam olyan hevenyés trigeminus-zsábákat, a melyek ellen a betegek felaprózott adatokban hiába vettek be orvosságot, ugyanannak a szernek kellő adatával rövidesen meggyógyítani. A milyen sikeresen megfékezhetjük a lázat idejében s kellő adatban adott szereléssel: ép úgy sikertelen marad ugyanannak a szernek ugyanazzal a mennyiségével kisérletünk, ha azt felosztva óránként való részletekben adjuk be.

A brom hatását helyesen akkor fejti ki, ha a szervezetet állandóan befolyásolja, a láz- és fájdalomszüntető szerek ellenben csak úgy hatnak eredményesen és gazdaságosan is csak úgy adhatók, ha az egyszeri adatokat kellő mértékben szabjuk ki.

Ne beszéljünk tehát kis és nagy adatokról, de iparkodjunk kellő adatokat kiszabni s azokra alapítsuk gyógyító törekvésünket a beteg gondos megfigyelésének alapján.

Az „Orvosi Hetilap“ szerepe az orr- és gégetükrészet fejlődésében.

Irta: *Navratil Imre.*

Az 1858. év úgy a hazai, mint az egész művelt világ orvosi tudományosságára nagyfontosságú volt. Ezen évben jutott gyakorlati érvényre a gégetükör, melyet hosszú próbálgatások után[1] Czermák Nep. János saját gégéjének tükrözésével mutatott be a budapesti kir. orvosegyesületben.

Mielőtt ezen nevezetes eseménynyel és az „Orvosi Hetilap“-nak és munkatársainak szerepével foglalkoznánk, rövid néhány szóval emlékezzünk meg azon férfiúról, a ki az orr- és gégetükrözésnek megteremtője volt.

Czermák 1828-ban született Prágában. Atyja keresett orvos volt, nagybátyja (Gyula József) már 28 éves korában a physiologia tanára a bécsi egyetemen; tehát jeles orvosi család sarja. Már 16 éves korában kivált az experimentális physikában. Mint orvosnövendék Purkinje oldalán képezte magát, majd Würzburgban Kölliker, Leyden, Virchow, Utrechtben Schröder van der Kolk mellett. 1855-ben a gráczi egyetem a megüresedett zoologiai tanszékre hivta meg, a hol ő kiválóan boncz- és élettani irányban működött. 1856-ban azonban Krakóba neveztetett ki a physiologia rendes tanárának, de alig foglalta el e tanszéket, midőn 1858-ban a megüresedett pesti élettani tanszékre neveztetett ki.

Ez időponttól kezdődik az ő sikeres működése az orr-gégetükrözés terén. Mielőtt tanszékét Pesten elfoglalta volna, Bécsbe ment, hogy tudomást szerezzen azon kisérletekről, a melyeket Türck az 1857. év nyarán kezdett meg a bécsi közkórházban lévő idegbeteg-osztályának betegein a Garcia-féle tükörrel természetes világítás mellett. Czermák ugyanis akkortájt a hangképzés élettanával foglalkozott; magától érthetőleg érdeklődött azon eredmények iránt, a melyeket Türck kisérleteivel elért; ezekről azonban Türck neki adatokat nem nyujthatott, mert — a mint mondá — az őszi és téli idő miatt, elegendő napfény hiányában, beszüntette kisérleteit. De 1858 tavaszán sem folytatta kisérleteit, bár Brücke és Ludwig nógatták őt arra. Úgy látszik — mond Brücke — Türck nem vár sikert kisérletezéseitől.

Czermák a búvár éles elméjével rögtön belátta, hogy miben akadt fenn a kisérlet. Természetes világosság helyett mesterségeset alkalmazott és annak reflectálására nagyobbított Ruete-féle szemtükröt használt. Miután ezen készülékkel a saját garatjába bevezetett gégetükörben a szemközt felállított tükör segélyével

[1] Levret 1743. — Bozzini 1804—1807. — Senn 1827. — Benjamin Guy Babington 1829. — Bennati 1832. — Baumés 1838. — Liston 1840. — Warden 1844. — Avery 1844. — Manuel Garcia 1854. — Türck 1857.

a Wiener med. Wochenschrift 1858. márczius 27.-i közölte és 1858. április 9-én a bécsi orvosok egyesi tatta be.

Türck ezen ülésben magának vindikálta a ugyanezen alkalommal oda nyilatkozott, hogy a gégé hetősége iránt élőkön nincsenek vérmes reményei. Ki folytatta, de maguk a bécsi orvosok sem bizakod Czermákban.

Csak Czermák folytonos kitartó munkálkodásá hető az, hogy a dolog el nem aludt. Jelentek meg közlemények Semeleder-től és Türck-től,[2] de a gégeti diagnostikai, mint therapeutikai irányban való alk csak akkor fogtak és csak akkor fejtettek ki na keresebb tevékenységet, miután Czermák a budapest egyesületének november 13.-án tartott ülésében ber magán a gégetükrözést és miután a pesti orvosok ér annak gyakorlati jelentőségét lelkes támogatásukkal.

A készülék, a melynek hü mása ma is megv élettani intézetben, áll egy nagyobb repczeolajú lámpából, egy a lámpás mögé állított stativon nyugv lencséből és egy szemközt felállított közönséges tük a négyszögü garatgégetükörből.

Mint jelenvolt tanú a nevezetes ülésen bizonys azon hatásról, a melyet e nagy horderejü felfedezés voltakra, nevezetesen Balassára, id. Bókaira, Hirschl sovszkyra — a kik egy pillanat alatt felfogták a nemcsak diagnostikai, de therapeutikai jelentőségét —, kiknek neveit ott találjuk a budapesti kir. orvoseg születésében, a Magyar orvosi könyvkiadó társulat n ben, s végre az Orvosi Hetilap megalkotásában.

Valamint az 1840.-i évben Deák, Eötvös, Szal új, haladó, liberális irányba terelték hazánk politiká köszönhette Magyarország újjászületését, úgy ezen f azok, kik új, modern eszméket vittek be a tespedő m életbe. Ezen férfiak elmúlhatatlan érdeme, hogy nem feledés homályába merülni Czermák találmányát ú zükben az Orvosi Hetilap-ban, mint erkölcsi támoga vosi gyakorlatban.

Hangsúlyoznom kell, hogy ezen férfiak buzgó, gatása döntő fontosságú volt a gégetükrözés fejles bár tagadhatatlan — mint már fentebb említém —, ben előbb mutatta be Czermák a gége tükrözését ö bár élettani eredményeit is itt publikálta előbb, de hogy a bécsi orvosi körök, Türck bizalmatlankodó folytán, nem fogadták Czermák bemutatását és közlé zalommal és lelkesedéssel, melyet itt Pesten a gyako nál talált. Csak azután, hogy Czermák-nak közl pesti gyakorló orvosok által nyujtott kóresetek észle megjelentek az Orvosi Hetilap és a Wiener med. W ben, éledt fel Türck-ben a gégetükrözés gyakorlati bizalom.

De nem csak a bécsi orvosok, élükön Türck-k fel a gége tükrözésére a Czermák adta módon, szerte élénk mozgalom indult meg, főleg a fiatalabb a gége-orrtükrözésre. A gégetükör segélyével kóris talmak sikeres kezelésének hirére sok külföldi orv el Pestre Czermákhoz, hogy elsajátitsák töle az orr-g még Garcia is eljött 1859. év őszén, hogy lássa és n a gégetükrözés klinikai jelentőségéről.

[1] *Czermák:* Über Garcia's Kehlkopfspiegel. Wiener schrift Nr. 16, vom 17. April.
Sitzungsbericht der Section für Physiol. u. Pathol. Zeitschrift der Gesellsch. d. Ärzte zu Wien, Nr. 17, vom
Czermák: Physiol. Unternehmungen mit Garcia's K Mit 3 Tafeln. Sitzber. der k. k. Akademie der Wissensch vom 29. April. Bd. XXIX. p. 557.

[2] *Semeleder:* Über die Verwerthung des Kehlko Diagnostik u Therapeutik der Krankh. d. Zunge. Sitzu Ärzte zu Wien, vom 28. Mai. Zeitschrift d. Gesellsch Wien, Nr. 28.
Türck: Der Kehlkopfspiegel u. die Methode seine Zeitschrift d. Ges. d. Ärzte zu Wien. Nr. 26, vom 28. Ju

— később az angol királyi család és Frigyes német császár gégeorvosa —, ki 1859-ben Pesten Czermák oldalán sajátította el a gégetükrözést. 1865-ben kiadott munkájának (The use of the laryngoscope in diseases of the throat etc.) előszavában így emlékezik meg erről „Visiting Professor Czermák, at Pesth, in the year 1859, I became acquainted with laryngoscopy, whilst the art was still in its cradle.“

Beszámolva azon munkásságról, mely az Orvosi Hetilapban a gégetükrözés legelső szakában folyt, mindenekelőtt Czermákot kell felemlítenem, ki 1859 ben az Orvosi Hetilap 8., 9., 10. számában czikksorozatot közöl e czímen: „Adalék a gögvizsgálathoz. Laryngoskopia. Fametszetekkel.“

Vizsgálati módszerének leirása után a következő eseteket közli: I. Subglottikus luetikus infiltratum esete. Ezen beteget Porges dr. pesti gyermekorvos kezelte és beállott fuldoklás miatt a betegen Balassa gégemetszést végzett; majd utóbb Czermák úgy a garaton, mint a laryngotomia nyilásán át pontos laryngologikus diagnosist állitott fel. II. Egy Hirschler pesti gyakorló szemorvos által küldött betegen újképletet diagnostizált a jobb hangszalag mellső részén. A tükörkép leirása szerint az újképlet papilloma volt. III. Bókai-Koller által szolgáltatott eset 11 éves gyermekre vonatkozik, kinél erősen duzzadt és kifekélyesedett volt az epiglottis; az epiglottis nagyfokú infiltratioja miatt a gégébe belátni nem lehetett. Betegnél a beállott nagyfokú nehézlégzés miatt Balassa laryngotracheotomiát végzett. A IV. eset előbbi gyermek anyja volt, kinél Czermák a gégefedőnek lues által létrejött elpusztulását, az ál és valódi hangszalagoknak hegesedését diagnostizálta. Az V. esetben, egy rendőrszolgánál, lues következtében létrejött hegeket az epiglottison, heges hiányokat a valódi és luetikus infiltratumot az álhangszalagokon diagnostizált. Antiluetikus kezelésre a beteg meggyógyult. A VI. eset szintén bujasenyves gégefedő és álhangszalag-beszűrődés volt. Az álhangszalagok mellső részletükben annyira meg voltak dagadva, hogy egymást érintették és a valódi hangszalagoknak csak hátsó részletei váltak láthatókká. A VII. eset idült vizenyő a kannaporczokon, a valódi hangszalagok kifekélyesedve, a gége nyálkahártyája belövelt, Morgagni-gyomrocsok mérsékelten kidombordva. A leirásból kitünik, hogy ez esetben a gége tuberculosisa forgott fenn.

Ugyanezen esztendőben Czermák az Orvosi Hetilap 20. számában részletesebben foglalkozik a canule-on át való gégetükrözéssel és gégekezeléssel. A 34. számban pedig „A garatorr-üreg és az orrüregnek a hortyok ürén át kis tükrök általi vizsgálatáról“ ir Czermák és czikkét fametszetekkel illustrálja. Ez volt a rhinoskopia posteriornak első sikeres kivitele. Az eszmét előtte csak Neudörfernél találjuk megpendítve.

Az 1860. évben a gégészet körüli munkásság főleg Balassa nevéhez füződik, kinek eseteit Czermák és Tóth Nep. János tükrözték. Az I. eset a Czermák első esetével identikus. A II. eset egy typhus után fejlődött heveny gégevizenyő. A beállott fuldoklás miatt Balassa laryngotomiát végzett. A beteget műtét előtt és után Czermák tükrözte. A III. eset megegyezik a Czermák által közölt 11 éves luetikus gyermek esetével.

Ugyancsak az Orvosi Hetilap ez évi 22. számában újra foglalkozik Czermák a cavum pharyngo-nasale vizsgálatával kis tükrök segélyével (rhinoskopia posterior). Ezen czikkében hangsúlyozza a laryngoskopiára felállított thesiseknek érvényességét az orrgaratür vizsgálatára; leir esetet (Hirschler egy betegénél), hol ő a gégetükörhöz hasonló, de kisebb tükörrel, részint lágyszájpadhorog alkalmazása mellett, részint a nélkül vizsgálta és látta a hátsó rhinoskopicus képet és egy tubakörüli duzzanatot diagnostizált. Ugyancsak e czikkében megemlékezik Markusovszky orrtükréről a rhinoskopia anterior czéljaira.

Markusovszky az Orvosi Hetilap 1860. évfolyamában ismerteti Czermáknak „Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medicin“ czímü munkáját. Ezen ismertetésben egyebek közt Czermákról a következőket mondja: „Nem kisebb dicsőség illeti azokat, kik az új eszmét életbe léptették, általános használatba és közgyakorlatba hozták, a feltaláló dicsőségénél, kinek találmánya értékéről talán fogalma sem volt.“ Továbbá: *üzi, hogy ő az orvosi gyakorlatra nézve a gégetükör nem vár.*“

Ugyanezen évfolyam 48. számában Balogh Kálmán teti Türcknek „Praktische Anleitung zur Laryngoskomunkáját.

Az 1861.-i Orvosi Hetilap hasábjain Balassa nevé kozunk újból. A két első esetet Tóth, a két utolsót tükrözte.

Az esetek a következők: Az I. eset szederszerü, b nagyságú, piros színü daganat, mely kocsányon ül a jo szalagon A II. eset nagy szederszerü, halványpiros mely lebenyes, széles alapon ül a jobb hangszalagon. daganat legnagyobb részben spontan eltávolodott. A k eset megegyezik a Czermák V. és VII. esetével.

Ezek az adatok bőségesen illustrálják fenti állítás t. i., hogy Czermák inventiojának fontosságáról meggy pesti gyakorló orvosok és nevezetesen az Orvosi Hetilap azt teljes mértékben. Ezeknek és e lapnak köszönhető azon bámulatos elterjedés és siker, a melyet e találmány a szatban és nevezetesen a sebészetben magának rövid idő tudomány és az emberiség javára kivívott.

A vasúti egészségügy haladása hazánkban s földön.

Irta: *Csatáry Lajos* dr., ministeri tanácsos, egyetemi mag m. kir. államvasutak egészségügyi osztályának főnök

Bevezetésül legyen szabad nehány szóval saját egé működésemről megemlékeznem, a melynek előpostájá résztvételem az *1846. évi* magyar orvosok és természe soproni nagygyülésén. Azóta közel *60 év folyt le*, s v csém e hosszú idő alatt a legkülönbözőbb tereken ré azon korszakokat képző mozgalmakban, melyek hazánk közelről és oly nagy mérvben érintették, ide tartozik m az általános és vasúti egészségügy terén is.

Nem lévén sem szándékom, sem czélom e hely leirással foglalkozni, csak annyit említek meg, *hogy a Hetilapban“ első czikkemet az 1857. évi első számban* melyet sok más követett.

A vasúti egészségügy a legújabb kor szüleménye vasúti közlekedés kezdetének idejében vagy épen sem csak igen csekély figyelem fordittatott. Hosszú ideig külföldön oly vasutak, melyek pályaorvosokat nem alka átalában nem törődtek a beteg személyzetüknek adandó orv megszerzésével. Hazánkban ily gondatlanság nem fordul itt 1869 évig létrejött és később is keletkezett vasút tások mindenike el volt látva az egészségügyet vezető és állandóan, habár nem hivatalnoki minőségben a pályaorvosokkal. E tekintetben a magyar vasutak meg külföldieket és oly intézkedéseket léptettek életbe a vas ségügy terén, melyek bevezetését a német birodalom s Poroszország vasúti orvosai folyton sürgetik.

Míg kezdetben csakis a megbetegült személyze kezelése volt úgy a magán, mint az állami vasútak gond nak tárgya, mindinkább kiderült, hogy az egészségügyi dések a vasúti közlekedés helyes végrehajtásában fonto külözhetlen kellékek gyanánt szerepelnek s hogy azokn léptetését másodsorba szoritani úgy az utasokra mint mazottakra való tekintetből nem lehet.

Építkezés, közlekedési eszközök, fütés, világitás, sz az utazók kellő elhelyezése, a személyzet alkalmazásának é idejének meghatározása, menetközben való elhelyezésük és ideiglenes tartózkodásuk, élelmezésük és ruházatuk, és sebesültek czélszerü elszállítása, a balesetek alkalmá tendő eljárások, óvóintézkedések a fertőző betegségek ellen, mindannyian az egészségtan elvei és szabályai sz tandók végre és képezik ennek nagy és fontos részét, egészségügyet.

az egészségügyi követelmények ahhoz értő szakemberek által állapíttassanak meg és ellenőriztessenek.

Megelégedéssel állapíthatjuk meg, hogy a magyar vasúti egészségügyi intézmények egész Európában első helyen állanak. Ezt elismerik a német szakemberek is, kik különben nem rajonganak a magyar kulturáért, sőt azt elégszer letagadják.

Herzfeld György dr. egészségügyi tanácsos, a hallei vasúti igazgatóság orvosa 1903-ban megjelent „Handbuch der bahnärztlichen Praxis" című munkájának 7. lapján a következőket mondja:

Európában a román országok vasúti intézményei igen alacsony fokban fejlődöttek és büszkén mondhatjuk, hogy hazánkban, a német birodalomban e tekintetben sokkal előbbre vagyunk. *Csupán Magyarország van talán megfelelőbb helyzetben, a hol az egészségügy vezetése külön főorvos által gyakoroltatik.*"

Így nyilatkozik *Swechten* dr. berlini egészségügyi tanácsos hasontartalmú munkájában, a melybe a magyar vasúti egészségügyi utasítások egy része is fel van véve.

Mint úttörők szerepeltek a magyar államvasutak a mentési ügy terén, midőn az 1883. évi, *Berlinben* végbement nagy egészségügyi kiállításon az utasításom szerint készült *mentőkocsi (Rettungswagen) Billroth, Esmarch* és *Langenbeck* tanárok bírálata folytán elsőrangú és *Auguszta császárnétól* aláírt okmánnyal lett kitüntetve.

Bajorhonban csakhamar állítottak fel hasonló mentőkocsikat s a legtöbb európai állam vasúti igazgatósága hozzánk folyamodott a tervek közléséért.

A német birodalomban elismerték, hogy mentőkocsink a mentési ügy legújabb vívmányának tekintendő.

A vasúti egészségügy haladására nagy előnynyel hatott azon körülmény, hogy annak fontosságát a magyar törvényhozók is belátták s ennek következtében jöttek létre az 1876. évi XIV. t.-czikk 77., 78. és 79. §§-ai, melyek azon törvény XI. fejezetében „Vasúti és hajózási egészségügy" czím alatt foglaltatnak s melyekben kimondatik, hogy „a vasúti és hajózási egészségügy az állam felügyelete alá helyeztetik s hogy az állami főfelügyelet teljesítése, nemkülönben a vasúti és hajózási ügynek részletes szabályozása a belügyi és közlekedési miniszterekre bizatik".

Kiváló hatással voltak a szőnyegen levő intézkedésekre az 1897. évi *brüsseli* nemzetközi vasúti és hajózási értekezlet határozatai. Ezen nagy mérvben látogatott értekezlet 3 nagy osztályban működött, ugyanis: I. az orvosi szolgálat szervezése. Elnök: *Braemer* dr. titkos egészségügyi tanácsos Berlinből. II. A szolgálati személyzet alkalmas voltának biztosítása. Elnök: *Guys* egyetemi tanár Amsterdamból. III. Egészségügyi szabályok és intézkedések. Elnök: *jelen közlemény szerzője.*

A magyar intézmények ezen nemzetközi értekezleten is teljes elismerésre találtak s javaslataim: az alkalmazottak munkaidejét, valamint az évenként 14 napi szabadságidő megadását illetőleg elfogadtattak.

A hazai vasúti vállalatok mindenike kellő figyelembe vette az egészségügyi intézkedések szükségét. Midőn pedig hazánkban az államosítás 1869-ben megkezdetett, a m. kir. államvasutak egészségügyének szervezése a közlekedési és belügyi minisztériumok jóváhagyásával javaslataim alapján eszközöltetett.

Minthogy az egészségügyi teendők nagy mérvben szaporodtak és szakértői elbánást igényeltek, 1884-ben azok tárgyalására külön osztály alakíttatott s a minister által megállapított ügyrenddel elláttatott.

Nagy haladást jelentett ez főleg azon okból, mert ezen intézkedés folytán biztosítva lett, hogy az egészségügyi kérdésekben nem ahhoz nem értők, hanem szakértők fognak javaslatokat tenni, illetőleg intézkedni.

A haladás tehát a vasúti egészségügy terén úgy a külföldön, mint hazánkban örvendetesen észlelhető s felette kívánatos, hogy a további üdvös fejlődés hazánkban ne gátoltassék, hanem inkább előmozdíttassék.

Irta: *Bókay János* dr., egyetemi ny. rendkivüli tanár, „Stefánia"-gyermekkórház igazgató-főorvosa.

A vezetésem alatt álló budapesti „*Stefánia*"-g házban 1891. január havától 1905. január haváig, t *négy év* lefolyása alatt összesen *1559* betegnél végeztem A kórház diphtheriás anyagának általános és intubatio-s ezen időszakról (összesen *3648* eset) a következő táblá nagy körvonalakban:

A budapesti „Stefánia"-gyermekkórház diphtheria-statistikája utolsó évről.

	Év		Fel-vétetett	Gyó-gyult	Megl
Serum előtti időszak	1891	Összes diphtheriás esetek	335	158	17
		Operált esetek	176	54	12
		Nem operált esetek	159	104	5
	1892	Összes diphtheriás esetek	327	165	16
		Operált esetek	184	67	11
		Nem operált esetek	143	98	4
	1893	Összes diphtheriás esetek	351	150	20
		Operált esetek	218	63	15
		Nem operált esetek	133	87	4
	1894 I—IX	Összes diphtheriás esetek	242	116	12
		Operált esetek	136	43	9
		Nem operált esetek	106	73	3
Serum-időszak	1894 IX—	Összes diphtheriás esetek	93	62	3
		Operált esetek	40	23	1
		Nem operált esetek	53	39	1
	1895	Összes diphtheriás esetek	309	231	7
		Operált esetek	111	52	5
		Nem operált esetek	198	179	1
	1896	Összes diphtheriás esetek	225	141	8
		Operált esetek	85	42	4
		Nem operált esetek	140	99	4
	1897	Összes diphtheriás esetek	184	143	4
		Operált esetek	73	43	3
		Nem operált esetek	111	100	1
	1898	Összes diphtheriás esetek	292	212	8
		Operált esetek	111	55	5
		Nem operált esetek	181	157	2
	1899	Összes diphtheriás esetek	215	173	4
		Operált esetek	70	41	2
		Nem operált esetek	145	132	1
	1900	Összes diphtheriás esetek	165	138	2
		Operált esetek	57	37	2
		Nem operált esetek	108	101	
	1901	Összes diphtheriás esetek	192	162	3
		Operált esetek	70	47	2
		Nem operált esetek	122	115	
	1902	Összes diphtheriás esetek	202	170	3
		Operált esetek	68	43	2
		Nem operált esetek	134	127	
	1903	Összes diphtheriás esetek	249	194	3
		Operált esetek	92	54	3
		Nem operált esetek	157	140	1
	1904	Összes diphtheriás esetek	267	235	3
		Operált esetek	68	46	2
		Nem operált esetek	199	189	1
Serum előtt		*Összes diphtheriás esetek*	*1255*	*589*	*66*
		Operált esetek	*714*	*227*	*48*
		Nem operált esetek	*541*	*362*	*17*
Serum-időszak		*Összes diphtheriás esetek*	*2393*	*1861*	*53*
		Operált esetek	*845*	*483*	*36*
		Nem operált esetek	*1548*	*1378*	*17*

A fenti adatok szerint tehát anyagomban az gyógyulási százaléka a savóidőszak előtt (— 1894. ok *28·89—36·41* % között ingadozott s az *átlagos* gyógyul *31·79* %-ot tett ki; a savóidőszakban pedig a gyógyul *46·84—67·65* között variált s az *átlagos* gyógyulás *57·17* % volt.

Jól tudom, hogy ezen műtéti eredmény, tekintv gyógyulási százalékot s nem pl. az 1901. évi *67·1*

[1] Ezen munka egy fejezetet képez szerzőnek az „ irt s legközelebb sajtó alá rendezendő monographiájából.

[2] Az első intubatiót a kórházban 1890. augusztus ha tem. Ez volt egyszersmind az első intubatio hazánkban.

serumidőszakban 1900-ig az európai intubatorok anyagában *62·5 %* az *átlagos* gyógyulás; az *American Pediatric Society* által kezdeményezett gyüjtés[1] szerint pedig 1896-ig *74·1 %* az Egyesült-Államok intubatorainak materialisában), de ha tekintetbe veszem, hogy állandóan eléggé súlyos jellegü járványok alatt dolgoztam, úgy eredményeimmel teljesen meg lehetek elégedve.

Ezen *tizennégy év* alatt a kórházban elsődleges légcsőmetszést croupnál, egynehány *kivételes* esettől eltekintve, *nem* végeztem s tizennégy év alatt szerzett bő tapasztalataim alapján *beigazolva* látom már 1892-ben[2] felállított azon tételemnek helyességét, hogy az elsődleges tracheotomia croupnál csakis oly esetekben nem helyettesíthető intubatioval,[3] *a) hol a fennálló larynxstenosis mellett erős pharynxstenosis is van jelen s b) hol a gégebemenet nagyfokú oedemás duzzanata folytán sikeres intubatio különben sem végezhető.*

Én tehát másfél évtized óta a croup operativ kezelésénél az *elvi primaer intubatio* híve vagyok[4] s midőn *Siegert* (Strassburg) 1900-ban[5] statistikai összeállítására támaszkodva ezen álláspontot megtámadta, bátor voltam a „*Jahrbuch für Kinderheilkunde*“ hasábjain „*Nyilt levél*“ alakjában megtenni czikkére kritikai észrevételeimet.[6]

Szerző ugyanis ezen tanulmányában az irodalomból összeállított 37,000 műtett gégediphtheria esetet s ezen kétségtelenül imponáló statistika alapján, összehasonlítva a légcsőmetszést az intubatioval, a következő végkövetkeztetéshez jutott:

1. „*Az intubationak a gégediphtheria műtéti kezelésének műtéti technikájába való bevezetése által az eredményekben javulás, a mi a műtettek halálozását illeti, máig (1900) nem következett be. A gyógysavó előtti időszakban a kizárólagos légcsőmetszés értéke jelentékenyen felülmulja az intubatioét, az átmeneti évben s a gyógysavó időszakában körülbelül 2 % kal csekélyebb a halálozás.*“

2. „*A feltételes intubatio a kiválasztott könnyebb eseteknél, elvileg elsődleges légcsőmetszéssel, a hol az intubatio nem vezet czélhoz, annyit ér a kórházi kezelésben a diphtheria-gyógysavó behozatala óta, mint a kizárólagos légcsőmetszés; jelentékenyen többet, mint a feltétlen elsődleges intubatio.*“

3. „*A feltétlen elsődleges intubatio sem elméleti, sem gyakorlati alapon nem ajánlható és azért végleg fel kellene vele hagyni.*“

Ha szerző ezen idézett következtetéseit úgy vezette volna le, hogy nem csupán az európai, hanem az Egyesült-Államokból származó statistikai adatokat is mind gondosan összegyüjtötte és feldolgozta volna, akkor következtetéseit nehezen lehetne megtámadni; de minthogy csupán az európai adatok s ezek is csak *hézagosan* lettek összeállítva — hogy csak egy-két példát említsek: hiányzik e gyüjtésből *Ranke* nagy műtéti anyaga s a párisi „*Hôpital Trousseau*“-é s *nincs figyelembe véve az Egyesült-Államok óriási intubatiós anyaga* —, szerző következtetéseit legalább is *igen megbizhatlannak* tekinthetjük és irodalmi értékre azok, nézetem szerint, *kevés* igényt tarthatnak.

Szerző nagy súlyt helyezett azon körülményre, hogy a légcsőmetszésnek a gyógysavó időszakában körülbelül 2 %-kal csekélyebb a halálozása, mint az intubationak (35·4 : 37·5 %); de ha szerző átlapozta volna az amerikai szaklapokat, láthatta volna, hogy az „*American Pediatric Society*“ által gyüjtött anyagban (Eigth Annual Meeting held at Montreal, Canada May 26. 1896) a gyógysavóval kezelt intubált gégediphtheria-esetek halálozása Amerikában csupán 25·9 % volt, tehát körülbelül 10 %-kal jobb volt az eredmény, mint *Siegert* szerint a tracheheotomiánál Európában (25·9 : 35·4 %). A sok ezer intubatiós esetre kiterjedő

[1] American Pediatric Society, Eigth Annual Meeting held at Montreal, Canada, May 26. 1896.

[2] Magyar Orv. Archivum és Jahrb. f. Kinderh. 1892.

[3] A vidéki praxistól e helyen eltekintek.

[4] Ha *Variot* (Páris) ezen álláspont képviselőire akarja vonatkoztatni a „*túlzó*“ jelzőt. („*partisan outrancier*“), úgy ezen jelzőt szivesen veszem magamra. Tekintetbe véve, hogy *O'Dwyer*-en kivül az Egyesült Államoknak úgyszólván összes jeles intubatorai a feltétlen intubatio hívei, oly társaságba jutok, melyre csak büszke lehetek.

[5] Vier Jahre vor und nach der Einführung der Serumbehandlung der Diphtherie etc. Jahrb. f. Kinderheilkunde.

[6] Offener Brief an Dr. *Siegert*. 1900.

helyes megitélése s értékük összehasonlítása szempontjából hogy ezáltal az intubatiós esetek száma a közzétett légcsőmetszési esetekével körülbelül egyenlővé lett volna téve.

Egyébként nem szabadott volna elfelednie *Siegert*-nek a geniális *O'Dwyer*-t első intubatiós kisérletére a légcsőmetszés terén tett szomorú tapasztalatai vezették és ha *Siegert* statistikája alapján azon következtetéshez jutott, hogy: *tétlen elsődleges intubatio sem elméleti, sem gyakorlati alapon ajánlható és azért végleg fel kellene hagyni a principiális leges intubatioval*“, akkor ezen kijelentéssel csupán amaz ellentétben tényt állíthatjuk szembe, *hogy a gégediphtheria műtétlésében az Egyesült-Államokban a légcsőmetszést a principiális intubatio már évek óta teljesen kiszorította.*

Gyakorlati szempontból jól állítja szembe *Ganghofner* a két műtői beavatkozást (1902).

Az intubationak a tracheotomia felett szerinte a következő előnyei a croup-gyakorlatban: „*Aránylag csekély beavatkozás többnyire könnyen és gyorsan kivihető, nem szükséges hozzá nösebben iskolázott segédlet, sem narcosis, elesik a vérzés attól a mely fennforog a légcsőmetszésnél a műtét alatt és után a külső seb, s így nem következhetik be annak fertőzése (phlegmone, theritis, orbáncz); nem lényegtelen, hogy az intubationál a tüdőkhöz a természetes úton jut, hogy a kezelés tartama rövidebb, mint a légcsőmetszésnél és hogy a gyermekek hozzátartozói könnyebben adják beleegyezésüket az intubatiohoz, mint a véres beavatkozáshoz.*“

„*Ha mégis némelykor a végleges extubatio soká eszközölt általában nem jár oly kellemetlen következményekkel, mint az eszközölt decanulement a légcsőmetszés után.*“

„*Ha a diphtheriás folyamat már átlépte a gége határait és leterjedt a mélyebb légutakba, akkor talán a légcsőmetszés többet használhat, mint az intubatio; minthogy a folyamat kiterjedését nem mindig lehet azonnal megállapitani azért bizonynyal helyes rendesen előbb az intubatiót, mint a műtéti eljárást, hacsak kisérletképen is, elővenni és ennek eredményét függővé tenni, vajjon következzék-e ezután másodlagos légcsőmetszés*“.[1]

Hogy diphtheriás anyagom *eléggé súlyos* volt az egy éves időszak alatt, erre irodalmilag már többször kiterjeszkedtem (1891, 1895, 1896.) Nem dicsekedhettem továbbá azzal, hogy jórészt magas egységü, tehát concentrált gyógysavóval dolgoztam, sőt hangsúlyoznom kell, hogy a kórház pecuniáris viszonyai tekintettel *a concentrált savót 1900-ig csak igen súlyos* esetekben vehettem alkalmazásba. S végül úgy látom, hogy a serum időszakban én az operativ beavatkozás időpontját illetőleg *szükség* ban tartottam magamat a *Rauchfuss* által praecisirozott irányhoz, mint többen intubáló szaktársaim közül.

Táblázatosan összeállított statistikám, valamint az Egyesült-Államok intubatorainak s érdemdús szaktársaim, *Ganghofner*, *Ranke* tanároknak irodalmi közlései 1894 előttről, feleletképen továbbá *Marfan* azon nyilatkozatára:[2] „*Encore n'est il certain que sans la découverte de la sérumtherapie l'intubation perfectionnée c'eut emporté sur la tracheotomie*“, mert hogy franczia s egyes német szaktársak (*Heubner, Baginsky*) a therapia előtt az *O'Dwyer*-eljárást nem méltányolták úgy mint ma,[3] annak oka nézetem szerint *egyedül abban rejlik,*

[1] *Damm* (Kopenhága) ajánlja, hogy asphyxiás állapotba kerülő eseteknél az intubatio felett előnyt adjunk a légcsőmetszés s *Barbier*, a l'hôpital *Herold* orvosa, 1904-ben, hasonló álláspont helyezkedik, midőn azt mondja, hogy a légcsőmetszés javallatai *les malades sont amenés mourant, au dernier degré de l'asphyxie l'intoxication*“, holott, nézetem szerint, ily esetekben az intubatio *rögtön elővehető* beavatkozás határozottan előnyben kell hogy részesüljön nagyobb előkészületet és begyakorlott segédletet igénylő légcsőmetszés felett.

[2] *Depuy* és *Weili* monographiájának előszava; pag. VIII.

[3] *Baginsky* (1895): „*Über die Intubation konnten wir Ruhe vor der Serumbehandlung nicht sagen. Dieselbe war nur in den leichten Fällen wirksam und so oft wir auch immer wieder auf die Behandlungsmethode zurückgriffen, so mussten wir doch immer wieder von ihr Abstand nehmen*“.

körben s következetesen nem gyakorolták.

Az alábbi táblázatban látjuk 1559 intubált croup-esetem *kor szerinti* összeállítását és *kor szerinti gyógyulási* viszonyait.

Kor	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Gyógyulási %	Kor	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Gyógyulási %
—1 év...	44	7*	37	16·50	1 év...	85	24*	61	28·23
—2 év...	210	37	173	17·61	2 év...	287	134	153	46·68
—3 év	166	62	104	37·34	3 év .	198	130	68	65·65
—4 év...	142	55	87	38·73	4 év...	132	89	43	67·42
—5 év...	70	26	44	37·14	5 év...	69	53	16	76·82
—6 év...	38	17	21	44·73	6 év...	39	28	11	71·79
—7 év...	19	8	11	42·10	7 év...	19	14	5	73·68
—8 év...	9	5	4		8 év...	7	6	1	
—9 év	8	5	3		9 év	0	0	0	
10 év...	5	4	1		10 év .	3	1	2	
10 < év	3	1	2		10 < év	6	4	2	
714 eset. 227 gyógy. 487 †					845 eset. 483 gyógy. 362 †				
Serum előtti időszak: 1890. aug. — 1894. okt. 1.					Serumidőszak: 1894. okt. 1. — 1905. jan. 1.				

Ezen táblázat magában véve is eléggé illustrálja anyagom súlyosságát, hisz látjuk, hogy összes eseteimnek *nyolcz* százaléka *az első életévet be nem töltött gyermek volt*, s az első *két évet* kitevő gyermekek, összes materiálisomnak *negyven* százalékát alkották (1559 : 626).

Ha a gyógyulási százalékot az egyes életévekben szemügyre veszszük, úgy tisztán látjuk, hogy a savótherapia időszakában a serum alkalmazásával combinált intubatio *mennyire megjavította* gyógyulási százalékunkat.

A javulás az egyes életévekben ugyanis a következő:

—1 év	11·73%
—2 „	29·07%
—3 „	28·31%
—4 „	26·69%
—5 „	39·68%
—6 „	27·06%
—7 „	31·58%

Hogy a savótherapia a tubus fekvésidejét is lényegesen befolyásolta, erre már 1896-ben Lübeck-ben tartott előadásomban reámutattam s jeleztem, hogy 1895-ig a serumtherapia az intubatiotartam átlagát anyagomban *18 órával* szállította alá. Az alábbi táblázatban összeállítottam összes 710 intubatioval gyógyult esetem *tubusfekvés-tartamát* s ezen táblázat kellőleg szemlélhetővé teszi az ezen irányban észlelt változásokat.

[1] Olaszhonban *Comba* (Bologna) egy éven alóli gyermekeknél előnyösebbnek tartja a légcsőmetszést, míg *Concetti* (Róma) egy éven alóli gyermekeknél is sikerrel intubált. *Mya* (Firenze) *Comba* nézetét osztja.

Intubatio tartama	227 gyógyult eset. A gyógyult esetek hány %-a ?[1]		483 gyógy. A gyógyul hány %
—24 óra . . .	82·33	12·55	38·59	12·9
24—48 „ . . .		26·04		32·8
48—72 „ . . .		24·18	86·12	23·6
72—96 „ . . .		13·50		11·9
96—120 „ . . .		6·06		4·6
120-144 „ . . .				
144—168 „ . . .				
168—192 „ . . .		17·67		13·8
192—216 „ . . .		(40 eset)		(67 e
216—240 „ . . .				
240 < „ . . .				

Ezen táblázat mutatja, hogy míg a serum előtti a 48 órán belül végleg extubált gyógyult eseteim esetek összszámánk *38·59*%-át tették ki, addig a sa ban ezen százalék *45·78*-ra emelkedett s látjuk, hog belül végleges extubatio a savó előtti időszakban *82* ban volt végezhető s ezen százalék a savóidőszak tett ki.

A lefolyt tizennégy évi időszak alatt, az 155 tevő intubált croup-anyagon *másodlagos* légcsőmets csak 62 esetben végeztetett s ezen anyag összeállítá táblázatban látható:

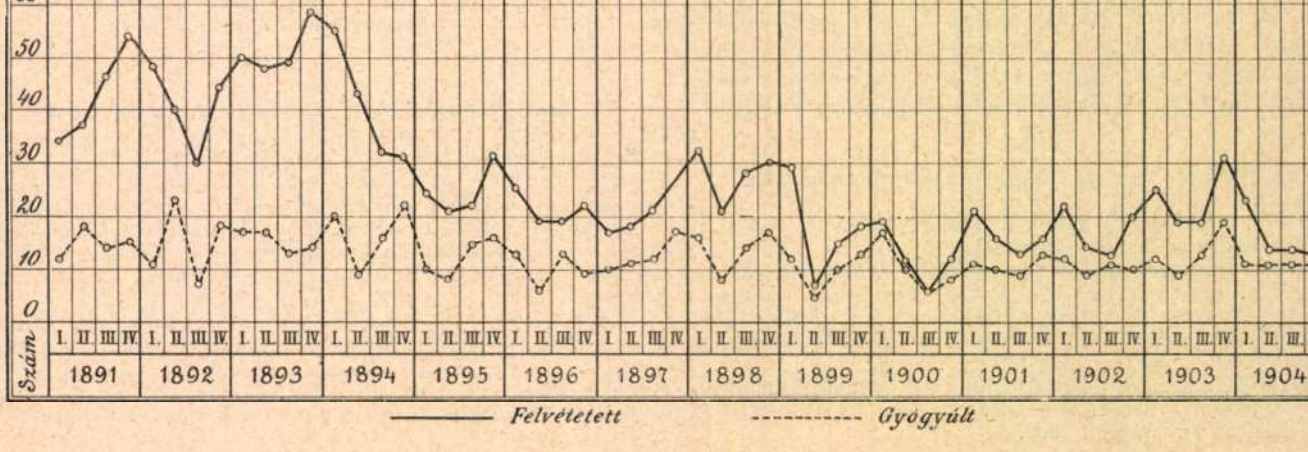
Másodlagos légcsőmetszés 14 év lefolyása al

év	összesen	gyógyult	m
1891 . . .	6	1	
1892 . . .	3	1	
1893 . . .	5	3	
1894 . . .	3	2	
1894 s. . .	4	3	
1895 . . .	5	1	
1896 . . .	4	1	
1897 . . .	2	1	
1898 . . .	5	1	
1899 . . .	7	3	
1900 . . .	1	0	
1901 . . .	3	2	
1902 . . .	4	2	
1903 . . .	4	0	
1904 . . .	6	0	
Összesen:	62	21 gyógy.	

[1] 1890. augusztus havától 1894. október haváig fe *esetünk* közül *hét* gyógyult *sec.* tracheotomiával, ezek kö *óráig* volt intubálva, a többi pedig *150 órán túl*: mine *fekélyződés* képezte a légcsőmetszés indicatioját.

[2] 1894. okt. havától 1905. január hó 1.-ig felgyógyul közül *14* gyógyult *sec.* légcsőmetszéssel s ezek valamenn *túl* voltak intubálva s *dec. fekélyződés* miatt végeztet metszés.

A budapesti „Stefánia"-gyermekkórházba felvett és intubált croup-esetek forgalma negyedévi összeállításban. 1891—1904.



miatt vétetett elö s egy esetet kivéve, hol 76 órai tubustartam után végeztetett a légcsőmetszés, 27 esetben *az intubatio tartama* a 150 órát túlhaladta.

A 21 gyógyult eset valamennyi olyan volt, hol a másodlagos légcsőmetszés decub. fekélyződés miatt eszközöltetett.

A 62 sec. légcsőmetszéses eset között 1559 primaer intubatio mellett 34 esetben (tehát az összes esetek 2·17%-ában) végeztetett *ú. n. sürgős tracheotomia* az intubatiót követöleg beállott rosszabbodás, illetöleg asphyxia miatt indicálva. Ezen esetek, fájdalom, mind elhaltak rövidebb-hosszabb idő után s a bonczolat, az esetek zöménél, erösen descendáló folyamatot s szövödményes broncliopneumoniát constatált.

Végezetül ide iktatok egy graphikont (lásd tábla), mely bemutatja az egyes években a kórházba felvett intubált croupesetek negyedévi forgalmát s gyógyulási számát és szemmellátha tólag érzékíti, hogy mennyire csökkent a kórházban az operativ beavatkozások száma a savóidöszakban s mennyire javult a gyógyulásnak arányszáma a serum rendszeres alkalmazása óta.[1]

Az idegkórtan fél évszázad előtt. .

Irta: *Donath Gyula* dr., egyetemi magántanár.

Azon véleményben, hogy talán nem lesz érdektelen visszapillantást vetni a neurologia állására azon időben, midön Orvosi Hetilapunk megszületett, kisérletet akarok tenni, hogy e történelmi képet nagy vonásokban vázoljam.

Úgy hiszem, két classikus munkáról mondhatjuk, hogy ezek legméltóbban képviselik és legterjedelmesebben ismertetik az idegbetegségeknek akkori kór- és gyógytanát. Az egyik *Moritz Heinrich Romberg*, a híres berlini klinikusnak két vaskos kötetü müve: „Lehrbuch der Nervenkrankheiten", melynek első kiadása 1840-ben látott napvilágot, 3. kiadása 1853—55-ben, és 4. kiadása 1857-ben befejezetlen maradt. Híven összegyüjtötte és rendezte az akkori szétszórt irodalmi anyagot és szigorú physiologiai basisra fektette, a mit az akkor már virágzásnak indult neurophysiologia meg is engedett. Élesen körülvonalazott kórképekkel találkozunk benne a megfelelő therapiával. A többi közt különös érdemet szerzett magának *Romberg* a tabes ismerete körül; róla van elnevezve annak egy ismeretes tünete is. A másik híres munka *Duchenne de Boulogne sur mer* „De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique" czimü egy kötetes müve, mely 1855-ben jelent meg Párisban és 1867-ben 3. kiadást ért. Míg *Romberg* munkája az akkori idö neuropathologiai tudását felölelő rendszeres tankönyv, addig ez önálló észleleteken és saját kisérleteken alapuló, merőben eredeti alkotású mestermü. *Sablandières* és *Magendie* elektropuncturája terelte figyelmét az elektrotherapiára és mindjárt első nagy érdeme az volt, hogy az általa elnevezett électrisation localisée-t a bőr sebzése nélkül megnedvesített elektrodok alakjában alkalmazta. Bevezette továbbá a faradikus ecsetet a böridegek ingerelésére mint „faradisation cutanée"-t. Megállapitotta az idegek és izmok faradikus ingerlékenységét, mely vizsgálati mód *Eulenburg* szerint egyenrangú az auscultatioval és percussioval és kiinduló pontja volt az idősb *Remak* és *Ziemssen* búvárlatainak. Ezen valóban geniális férfiú, ki szülövárosából Párisba költözött, hogy az ottani kórházak többnyire parlagon heverő bö idegbeteganyagát búvárlatai czéljára felhasználhassa, itt egész életén át semmiféle nyilvános állásban nem volt és nem is áhitozott utána. Mindennek ellenére a klinikusok és főorvosok ellenségeskedésével és irigységével kellett megküzdenie, kik őt gyakran ridegen vissza is utasították és csak lángoló lelkesedésének és szívós kitartásának köszönhette, hogy idővel mégis meg tudta hódítani magának a szükséges tért. A hálás csodálatnak iránta honfiai újabban egy szobor felállításával adtak kifejezést. Elévülhetetlen érdemei vannak az izomphysiologia terén, a mennyiizolált villamos ingerléssel létrehozni és önálló vagy más társult müködésüket a különféle állásokban vagy egy mények között meghatározni. Megteremtette a progres atrophia (Duchenne Aran-féle typus), a „paralysie glosso-la gée" (a Duchenne-féle progressiv paralysis bulbaris), a pseudohypertrophique" vagy „myosclérosique" (pseudohyp kórképét. Behatóbban tanulmányozta az elöször *Hein* „essentialis gyermekhüdést" (poliomyelitis anterior acut dig „paralysie atrophique graisseuse de l'enfance" né a *Romberg*-től körülvonalozott tabes dorsnalis kórképéb pitotta meg az ataxia fogalmát. Az ő „paralysie génér antérieure subaiguée" név alatt felállított kórképéből lett a *Charcot*-tól szövettanilag is behatóan tanulmányozott lateralis amyotrophica. Későbbi nagy munkái a „Mécani physionomie humaine ou analyse électrophysiologique d sion des passions, applicable à la pratique des arts p (1862) és a „Physiologie des mouvements" (1867).

Duchenne az izmokat úgy villamozta, hogy az elekt izom hosszában egymás mellé alkalmazta, miáltal erős, kat okozó áramokra volt szüksége — 8 Daniel-elemet inductiós tekercseket használt—, hogy az izmot egész összehúzódásra birja. Észrevette ugyan, hogy minden i nyos pontból vagy több pontból is különösen könnyen gerelni, ha ezen, mint ő nevezte, „point d'élection"-ra az egyik elektrodot és lehetöleg közel hozzá az izmon Azt is tudta, hogy különösen a m. sternocleidomastoid cucullaris könnyen összehúzódásra birható, ha az eg trodot az ideg belépő helyére alkalmazzuk. De ezer összefüggését nem ismerte fel, ennek magyarázatát *Rob* adta csak meg, kimutatva, hogy az izmok points d'élec idegszálak belépő helyei az izomba, a mint ezt a n. a Willisii ramus externusán a legközvetlenebbül be lehet bi Ha az utóbbinak belépő helyére alkalmazzuk az egyik és a másikat az izom közepére, akkor a legerélyesebb é teljesen fájdalmatlan összehúzódás jön létre. Azért is közönséges villamos izomingerlést nem tekinti egyébnek ideg intramusculáris ingerlésének, míg az ideg felöl való úgynevezett indirect ingerlést ő extramusculáris ingerlésn

Remak ezen helyes és gyakorlatilag is fontos mag val nagy feltünést okozott. Nézeteit egy előttem fekvő könyvecskében (Über methodische Elektrisirung geläh keln, Berlin 1854) tette közzé, mely már 4 hónap ala adást ért. Bemutatta *Duchenne*-nek is módszerét Párisba mulattal nézte, midön a m. biceps-et ilyképen sokkal árammal és egészen fájdalmatlanul erélyes összehúzódá és *Remak* hallatára be kellett vallania: „J'ai passé étudier les points d'emmergence des nerfs."

Remak-nak továbbá nagy érdeme az elektrotherapiá meghonosította az állandó áramot (Galvanotherapie der u. Muskelkrankheiten, 1858). *Hugo v. Ziemssen* pedig müncheni klinikus (Die Elektricität in der Medicin, 18 szeresen megállapította az izmok és idegek úgynevezett pontjait és az által, hogy e pontokat halálcandidatusok kövél megjelölte, kimutathatta azután anatomiai praepara hogy az izmok motorikus pontjai valóban azon helyekn nek meg, a hol az idegszálak az izomba térnek. Csak tette meg *Brenner* (1868-ban) „poláris methodus"-ával rész lépést, hogy emancipálva magát a physiologiai kis lonjától, mely szerint az elektrodok az izomra vagy egyik az izomra és a másik annak idegére alkalmaztatt az egyik elektrodot helyezte az ingerlendő izomra vagy másikat, az „indifferens" elektrodot pedig egy lehetőleg idegmentes helyre (szegycsontra-, tarkóra vagy térdkalács kes, hogy már *Remak* tudta, hogy az izom összehúzód közölhetni, ha a másik elektrodot a testnek bármely illesztjük, feltéve hogy az áram gyengébb hatásával is de ezt csak „Spielerei"-nak (17. old.) nevezi, mely legfel szolgálhat, hogy két izmot ugyanazon árammal mozgásba vagy talán hogy szük helyen — nyelven, inyvitorlán, vagy húgyhólyagban — villamozzunk. Ezen „gyermekj lett azonban a mai dominálo poláris módszer. Még később

[1] Míg a savó előtti időszakban croup-anyagomnak *19*%-a kerülte el a műtétet, addig a serum-therapia időszakában croup-eseteimnek *36·5*%-a nem igényelt műtői beavatkozást. Ez adja jórészt magyarázatát annak, hogy 1894. október havától kezdve az intubált croup-esetek forgalma a kórházban feltünőleg megcsökkent.

julási reactiot, melynek klinikai tüneteit már 1859-ben *Baierlacher* gyakorló orvos ismertette meg.

Hogy *Remak*-ra, a nagy búvárra még röviden visszatérjek, emlékeztetni akarok arra, hogy ő a többi között felfedezője az utána elnevezett idegrostoknak és részben a tengelyfonálnak is. Felemlítem még, hogy *Moritz Meyer*, berlini idegorvos is irt 1854-ben egy jó tankönyvet: „Die Elektricität in ihrer Anwendung auf praktische Medicin", mely négy kiadást ért.

Ezen korszakba esik *Nikolaus Friedreich*, a későbbi heidelbergi klinikus müködése „Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten innerhalb der Schädelhöhle" czimü habilitatiós irata révén. Híres dolgozatai: „Über degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge", „Über Ataxie, mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen", „Über wahre und falsche Muskeldystrophie" később-ben jelentek meg (1863—73). *Adolf Kussmaul* 1856-ban tette közzé következő czimü munkáját „Untersuchungen über den Einfluss, welchen die Blutströmung auf die Bewegungen der Iris und anderer Theile des Kopfes ausübt" és végezte *Tenner*-rel együtt az epilepsiás roham mechanismusára nézve fontos kisérleteit („Untersuchungen über Ursprung und Wesen der fallsüchtigen Zuckungen bei der Verblutung, sowie der Fallsucht überhaupt"). Klassikus munkája: „Die Störungen der Sprache. Versuch einer Pathologie der Sprache" később-ben jelent meg. (I. kiadás 1877-ben.) *Ludwig Türck* Bécsben, kinek *Czermák*-unkkal együtt köszönjük a gégetükör első orvosi alkalmazását, már 1843-ban irt a „spinalirritatioról" és hagyatékából 1869 ben jelentek meg „Über Hautsensibilitätsbezirke der einzelnen Rückenmarknervenpaare". Ő állitotta fel a „leszálló degeneratio" törvényét, mely szerint bárminő roncsoló folyamat éri a mozgató pályát, elfajulás jön létre a tápláló centrumtól elválasztott szakaszban. A Türck-féle köteg (az agykocsányláb laterális része, illetőleg a pyramisok elülső kötegpályája) az agyanatomiában is megörökíti nevét.

Ezen korszakban müködtek még *Karl Eigenbrodt*, darmstadti gyakorló orvos, ki már azelőtt a gerinczvelő vezetési törvényeiről irt és a neuropathologiában is nevet szerzett magának „Über die Diagnose der partiellen Empfindungslähmung, insbesondere die Tastsinnlähmung (Apselaphesie)", továbbá a franczia *Casimir Joseph Davaine*, ki az akkor még keveset tanulmányozott Bell-féle arczbénulással foglalkozott és kinek „De la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire" czimü dolgozata az Institut-től jutalomdíjat nyert.

Az angoloknak két híres klinikusuk volt: *Sir William Withey Gull*, a londoni Guy's Hospital consultáló orvosa és *Sir John Russel Reynolds*, híres orvos és tanító. Az előbbinek 1849—61-ig megjelent dolgozatai közül („On paralysis", „Abscess of brain", „Paraplegia") különösen kettőt akarok kiemelni, az egyik: „On paralysis of the lower extremities consequent upon diseases of the bladder and kidneys (urinary paraplegia)." Ez tehát elő-hirnöke a napjainkban *T. J. Walker* által megismertetett, idült cystitisből eredő és halálosan végződő Landry-paralysisnek. A másik még általánosabb érdekü: „Anorexia nervosa", mely a mai dyspepsia nervosát szintén megelőzte. *Reynolds* irt egy tankönyvet is (Diagnosis of diseases of the brain, spinal cord, nerves and their appendages, London, 1855), azonkivül irt a szédülésről, epilepsiáról és elektrotherapiáról.

Még egy nagyérdemü angolról kell itt megemlékeznem: *James Braid*, manchesteri bányász-sebészorvosról, ki véletlenül jutott az ideges álom felfedezéséhez, melyet ő az akkori, aether és chloroform előtti időben hasznosan és áldásosan tudott sebészeti mütéteknél értékesiteni mint bódító és érzéstelenitő szert. *Durand de Gros*, ki ezzel szintén foglalkozott, az ő tiszteletére Braidisme-nek nevezte az ideges álmot, értve alatta valamely fényes tárgy fixálására beálló álomszerü állapotot. Hogy ő a modern hypnotismust mennyire anticipálta, mutatja 1843—1855-ig megjelent dolgozatainak tanulságos czimsorozata: „Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism, hypnotism and elektro-biology" (London, 3. kiadásban 1852), „Observations on trance: or human hybernation (1850)", „Elektro-biological phenomena physiologically and psychologically considered", „Hypnotic therapeutics, illustrated by cases (1853)", „The physiology of fascination and the critics

a mihez az aethernek- és chloroformnak a sebészet ter
okozó behozatala is nagyban hozzájárult és 25 é
a hypnotismust egy szédelgőszerüen fellépő laikusnal
kellett újra felélesztenie. Igy a hypnotismust *Mesmer* ó
szor fedezték fel, a mi az orvostörténelemben nem
álló jelenség.

Azon szoros kapcsolatnál fogva, mely fennáll
logia és a psychiatria között, röviden meg akarok e
psychiaterekről, kik fél évszázad előtt vezető szere
francziák közül kiváltak *Brierre de Boismont*, ki
hallucinatiokról irt, és kinek az öngyilkosságot tárg
(Du suicide et de la folie-suicide, conidérées dans
avec la statistique, Paris 1855 és 1865) két kiadás
a Salpêtrière-on müködő *Henri Legrand du Saulle*
közül *Daniel Hack Tuke* irt egy pályadíjat nyert m
betegek kezeléséről („Prize essay on the moral m
the insane 1854)", azonkivül Bucknil-lel együtt eg
tankönyvet is. Nagyhírü könyve, mely most is él
mány: „Illustrations of the influence of the mind u
in health and disease" csak később jelent meg.
a „No-restraint" ismeretes szerzője, a londoni egy
iparkodott a psychiatriai tanitást meghonosítani. Miut
sem mint orvos, sem mint tanár boldogulni nem b
Middlesex város elmekórházában, Anglia legnagyobb
zában a Resident physician állását és itt a halhata
William Tuke példájára minden kényszereszközt
Ugyanott egy mintaszerü magángyógyintézetet
Híres az ő munkája: „The treatment of the insane
chanical restraints" (1856). *Jacobus L. C. Schro*
Kolk, Utrechtben az anatomia és physiologia tanár
lett a ruganyos rostok felfedezése által a tüdővészes
valamint a gerincz- és nyúltvelő szövettanának ta
által. Nagy érdemeket szerzett magának az elmekórh
körül. Az epilepsia tanában ismeretes arról, hogy
roham okát az idegsejtek feszültségében („Ladu
Korának legnagyobb psychiatere kétségkivül *Wilhe*
berlini tanár volt, ki klassikus munkájában: „P
Therapie der psychischen Krankheiten", mely 1845-
kiadást ért, éles klinikai megfigyelések és psychol
alapján typikus kórképeket állitott fel, melyeket
boncztani alapokra is igyekezett fektetni, a mellett N
a „No restraint" lelkes szószólója volt. Nagy volt
is; Virchow nagy tankönyvében ő tárgyalta a fertőző
Ludwig Meyer, Göttingenben a psychiatria tanára,
előzőleg főorvosi állásában, Hamburgban mint első b
országban a „no-restraint"-et. Bécsben *Max Leidesd*
mint a psychiatria tanára. Mintaszerü magánelmegy
alapitottak *Adolf Albrecht Erlenmeyer* a Rajna mel
ban és *Heinrich Laehr* Berlin mellett, kik irodalm
kenyek voltak, kivált az utóbbi. Végül kiemelendő
August Zinn mint a svájczi és a németországi e
reformatora.

E helyütt még a kórboncztan két nagy mesteré
emlékezuem, *Virchow*-ról, ki 1853-ban fedezte fel az
sajátos kötőszövetét, a gliát és *Rokitansky* ról, ki 18
Bindegewebswucherung im Nervensystem" czimü
bemutatta ezen támasztó állomány burjánzásának
az agyvelő hypertrophiájában, valamint annak zsug
atrophiás folyamatainál, a vérzések után képződő t
geknél, a hüdéses elmezavarnál és a peripher
elfajulásánál.

Neuropathologiai korrajzban az anatomia- és
sem szabadna megfeledkezni, melyek annak szilárd
ják és alkot'ák főképen akkor, midőn a neuropa
zsenge korát élte. De ezzel a megengedett keretet
ném és igy meg kell elégednem a búvárok fényе
felemlítésével. Ezek az anatomusok közül: *Stilling*,
rich Müller, *Gudden*, *Vulpian*, *Deiters*; a physiolo
Claude Bernard, *Purkinje*, *Rudolf Wagner*, *Bidder*, *P*
Reymond, *Brücke*, *Helmholtz*, *John Hughes Bennet*,
hard, *Moritz Schiff*, *Georg Meissner*, *Pflüger*, *Wund*

a központi idegrendszer anatomiáját kitünő munkákkal. Első idevágó dolgozata: „Über den feineren Bau der gesammten Medulla spinalis, Wien 1854“. Van köztük egy kórboncztani is: „Beiträge zur pathologischen Anatomie des Rückenmarkes. Mit einer Doppeltafel. Beilage zur österreichischen Zeitschr. f. Heilk. Wien 1859.“ Már apja, *Lenhossék Mihály*, a pesti és bécsi egyetemen a physiologia tanára, irt több psychologiai irányú munkát és így ezen család már három nemzedéken át müveli növekvő sikerrel a neurologiát.

Czermák János-ról már elébb megemlékeztünk. 1855-ben jelent meg tőle Grácban, a hol az állattan és összehasonlító boncztan tanára volt, dolgozata: Beiträge zur Physiologie des Gesichtssinnes und des Tastsinnes“. A pesti physiologiai intézetből kerültek ki 1859—60-ig következő dolgozatai: „Über die unempfindliche Stelle der Retina im menschlichen Auge“, „Über die entoptische Wahrnehmung der Stäbchen- und Zapfenschicht“ és egy különösen érdekes: „Experimente an Vögeln über eine neue Folgeerscheinung nach Durchschneidung der semicirculären Kanäle bei Vögeln.“

Az élő magyar idegorvosok ünnepelt nestora, *Korányi Frigyes* 1864-ben közölte az Orvosi Hetilapban első idevágó dolgozatát ezen czím alatt: „Szemgödör feletti ideg zsábája, kisugárzási és visszahajlási tünemények, köthártyavértorlódás, utóbb lob.“ Ugyanitt megismertette ő a következő évben érdemes villamgyógyászunknak, *Frommhold*-nak munkáját. Ezen munkával (Elektrotherapie, Pesth 1865) *Frommhold*-ot a magyar elektrotherapia atyjának tekinthetjük. Tőle származnak az úgynevezett *növekvő áramok* („anschwellende Ströme“), vagyis a gyengén kezdődő faradikus áramok, melyek lassanként nagy hathatósságig fokoztatnak és izomgörcsök, különösen a tic convulsif leküzdésére szolgálnak, melyek hatását ő az ideg és izom kifárasztásával magyarázza. A hemicrania faradikus kezelését szintén ő kezdeményezte. Különös érdemeket szerzett magának az aneurysmák galvanopuncturája körül. Szerkesztett továbbá egy 32 elemből álló czink-ólom-platintapló batteriát (*C. Frommhold*, Der constante galvanische Strom, modificirbar in seinem Intensitäts- und Qualitätswerthe, Pest 1867), melyről *Bruns* azt mondta, hogy a Simens-Remak és Stöhrer-féle telep felett is előnyben részesíti. *Moritz Meyer* 1883 ban, valamint *Rosenthal* és *Bernhardt* 1884-ben megjelent elektrotherapeutikus munkáikban behatóan méltatják ezen szerzőt.

A psychiatria tudományos megalapítója nálunk *Schwartzer Ferencz*, ki 1850-ben Budán állította fel az első magánelmegyógyintézetet és megirta: „A lelki betegségek kór- és gyógytana, törvényszéki lélektannal, orvosok, egészségügyi hivatalnokok és birák számára“ czímü tankönyvet.

* * *

Ily sok bőkezű genius vette körül az Orvosi Hetilap bölcsőjét és halmozta el a reményteljes újszülöttet gazdag ajándékokkal.

A fülgyógyászat és az Orvosi Hetilap.

Irta: *Böke Gyula* dr., ny. rk. tanár.

Az orvosi tudomány egyik újabb szakmájának, a fülgyógyászatnak tudományos alapon való művelése a múlt század ötvenes éveiben kezdődött, ugyanakkor, midőn az Orvosi Hetilap megindult. E folyóirat nekem már 1861-ben tért adott a szakmámba vágó közlésekre, s ezzel erkölcsileg és érdemileg is támogatott engem szakmám fejlesztésében. Nem kis jelentősége volt ennek az akkori állapotok közt, a melyeknek jellemzésére csak egy pár adatot hozok fel. A vizsgálódási eszközök fogyatékosok, tökéletlenek voltak. Kórboncztani kutatásoknak hírehamva sem volt. Az egyetemen a fülgyógyászatot senkisem tanította. A fülbetegségek lényegéről a fogalmak oly kezdetlegesek voltak, hogy a nehézhallás, fülzúgás és a többi fülkórtünemények okát nem a fülben székelő kóros elváltozásokban, hanem a májban, gyomorban, agyban stb. keresték.

Élénken illustrálja e viszonyokat az itt elmondandó eset, a mely velem történt meg s egyszersmind tanúságot tesz arról, fülgyógyászat további sorsára nálunk.

Miután 1865-ben magántanári habilitatioért bea modványom még 1867-ben sem került tárgyalásra (v azért, mert lehettek, kik a fülgyógyászatot külön taní nak az egyetemen nem tartották): Balassa közbenj felejthetetlen báró Eötvös József kultusminister titkárát tól 1867. szeptember 30.-án irt és még ma is birtoko levelet kaptam, melyben a minister nevében felszólí docenturáért rövid folyamodványt vigyek el a ministerh szólításnak eleget téve, megjelentem Budán a kultusm ban. Eötvös igen szívesen fogadott s átvéve folyamod kikérdezett, hogy mennyire vagyunk ezen új szakmával, l a fülbetegségeket felismernünk és meggógyítanunk stb. egy próbára téve tudásomat, azt kivánta tőlem, hog jam meg füleit. Én megvizsgálván azokat, konstatált bal füle egészséges, jobbfelől azonban dobüreghurutot tal mondtam, hogy ezen a fülén hallása gyengébb és v zúgás is bántja. Állításomon elcsodálkozott; bevallotta, ho van, s azért jár ő évek óta Karlsbadba, mert jobbfelő máj, a mely neki olykor fájdalmakat okoz, fülzúgását származtatta.

1868. február 27.-én megkaptam Eötvöstől aláirt semet mint a fülgyógyászat magántanára. Ez évben j nagyobb munkám, a Fülgyógyászat tankönyve, az orvo kiadó társulat kiadásában, az Orvosi Hetilap támogatás a melyben folyton közöltem fülgyógyászati tanulmányol

Ilyformán meg volt adva a tanításra való felh De hogy hol tanítsak, arról magamnak kellett gond 1863. november 9.-én Tormay dr., azon időben a szt. ház igazgatója, megadta az engedélyt, hogy kórterem remre járhassak fülbetegeket gyógyítani és hogy fülb elhaltak hallásszerveit bonczolhassam. Ugyanigy mara szonyok mindaddig, míg a főváros közgyülése 1868. má fizetéstelen rendelő orvosnak nevezett ki; ekkor előadá kis helyiségben tartottam és ott úgy a kórházi, min betegeket gyógykezeltem. E kinevezés megtörténtéi saimat lakásomon tartottam. 1887. márczius 26.-án kórházban megkaptam mostani helyiségemet, melynek sét s fölszerelését Müller Kálmán dr. mostani igazgató t belátásának köszönöm. E helyiség áll két kórszobából gyal s egy rendelő szobából, mely egyszersmind oper hol évenként közel 3000 fülbeteget ambulanter gyógy 40—50 súlyosabb mütétet: csecsnyújtvány-felvésést s s előadásaimat is itt tartván, osztályom mint fülgyógyász a külföldön is ismeretes.

A 70 es években az elmaradott orvosi intézmény tése égető szükséggé vált. A belgyógyászati, sebészet és más egyéb alapvető orvostudományi intézetek ugy hiányoztak. Ezekre fektette a kormány s nevezetesen Mar a fősúlyt, és így a zsenge korú fülgyógyászat szerény vonulni volt kénytelen. Ugyanakkor, mikor nálunk ezek t hatalmas Németországban mindenfelé: Berlinben, Halleben ván minden egyetemi városban, sőt Ausztriában is: Bécsb ban, Prágában már a fülgyógyászati klinikák is sorra a hol természetesen a tudományt sokkal sikeresebben le velni s nevezetesen a fülsebészetet oly fokra fejleszteni már magában véve a szakmának kimagasló részét k orvostanári kar Budapesten méltányolta ezeket a visz méltányolta az én müködésemet is. Felterjesztett rendki nak 1879-ben. Sürgette többszörös felterjesztéseiben a szat rendszeresítését, de a fent vázolt nagyobb fe szemben a mi szegényes viszonyaink között a fülgyóg egyelőre még mindig háttérbe kellett vonulnia. Végre Wlassics minister felterjesztésére a fülgyógyászat tansz szeresíttetett az egyetemen, s ő Felsége ezen tanszék mint nyilvános rendkivüli tanárt kinevezett. 1904 ben vetésbe is beállítottak egy nagyobb összeget a fülgyóg egyéb kisebb klinikák felépítésére, s így most már ki arra, hogy a fülgyógyászat nálunk is el fogja érni az

A hazánkban jelenleg működő fülorvosok mind az én tanítványaim. Közöttük néhány igen buzgó művelője a szakmának. Remélhető, hogy annak előbbrevitelén továbbra sem szünnek meg munkálkodni s mindenkép rajta lesznek, hogy e téren is a külfölddel egy szinvonalra emelkedhessünk.

A Markusovszky Lajos-féle jubiláris előadásokról.

Genersich Antal egyetemi tanár és orvokari dékán bevezető beszéde a Korányi Frigyes tanár által tartott Markusovszky-előadásokhoz.

Igen tisztelt hallgatóság! A hatvanas években, mikor Magyarország felszabadulásának hajnala derengett, orvosi fakultásunk mód nélkül siralmas viszonyok közt sinylődött. Tanáraink tiszteletreméltó, tudós és derék hazafiak voltak, de kevés volt köztük a kiforrt szakember; a klinikák néhány szobácskára szorítkoztak, ambulantia csak a sebészetre és valamennyire a szemészetre járt; az intézetek kellő felszerelés hiányában úgyszólván csak névleg léteztek, magyar orvosi irodalom nem volt.

Mialatt az ötéves tanfolyamot jártam, összesen három könyvem volt: Hyrtl német anatomiája; Schroff német gyógyszertana és Sauer-nek Poor által készített latin speciális pathologiája. De ez már nagy dolog volt, mert tanulótársaim legnagyobb része csak jegyzetekből tanult s jól emlékszem, hogy egyszer hevesen vitatkoztunk a felett, hogy Frerichs nevét x-szel, ksz-szel vagy psz-szel irják-e. A tanítás könyvek és taneszközök hiányában közvetlen és szemléleti volt, s nem tagadható, hogy ennek is volt némi jó hatása, mert a mi keveset tudtunk, azt teljes meggyőződéssel a magunkénak vallhattuk. Sőt mondhatom azt is, hogy még most is fülemben cseng egy nagyon tisztelt tanárom büszke szava, a melylyel egyik tanulótársamnak kelleténél szélesebb alapra fektetett kórjelentését s okoskodását, persze általános helyeslésünk mellett, letromfolta: „Hát minek minékünk Schönlein, minek minékünk Virchow, hát mi nem vagyunk magunknak elég?“

Meglehet, hogy idővel a haladás útjára tért volna fakultásunk akkor is, ha ezen álláspont, mely annak idején bizonyára a jó hazafiak többségének lelkében élt, az orvosi tudomány vezetésében uralkodó marad; bizonyos azonban, hogy csak nagy lassan és döczögve jutottunk volna előre.

De hát Magyarország ezeréves fennállásának és sok veszedelem daczára virágzó állammá fejlődésének magyarázata abban található, hogy a legválságosabb időkben is mindig találkoztak szélesebb látókörü és józan, okos férfiak, kik szembeszállva az önérzetes hazafiság túláradásával s erőteljes kézzel félrelökve az olcsó babért, az anyagi előnyöket és egyéni érdeket, csendes munkával, de kellő elszántsággal s a zajongó tömeg nagy indignatioja ellenére is úgy vezették a kormányt, hogy a hajó sima vízre jutott.

Nagy szerencse volt a közoktatásra és különösen orvosi fakultásunk fejlődésére, hogy báró Eötvös József, az első, fennköltgondolkozású közoktatási minister az orvosi ügyekben tanácsadójául Markusovszky Lajost szólította maga mellé. Nagy szerencse volt, hogy Markusovszky Lajos általános műveltségével, széles látókörével, éles itélőképességével és emberismeretével a határozott cselekvést összeegyeztette a szelidséggel és jóindulatú emberszeretettel, hogy az ideális gondolkodást párosítani tudta a józan kritikával, a szívós kitartást a mértékletességgel. Szerencse az is, hogy eszméinek megnyerte a feljebbvalókat és buzdításával a kivitelre kényszerítette a munkásokat. 25 évi hivatalos működése alatt oly sokat alkotott, hogy orvosi oktatásunk ügye a művelt nyugat viszonyait megközelítette.

Mikor Halleban a boncztani muzeumot megnéztem, az öreg prosector könyes szemmel mutatta nekem Johann Friedrich Meckel csontvázát, a melynek felirata: „Si monumentum quaeris, cirumspice“ s ha valamely idegen tudós keresi nálunk Markusovszky Lajos nagy hivatalos munkája me megtartotta szeretetreméltó víg kedélyét. Ő volt összeta a szombati estéknek, hol baráti körben, kedélyes közben nem egy fontos ügy került szóba és több életre merült fel, mely később testet is öltött, mint a Könyv sulat, az Országos Közegészségi Egyesület s egyebek.

Itt fogamzott meg Markusovszky Lajos azon al mely a mai napon ide hozott bennünket: az egyetem előadások intézménye.

Az eszme az O. H. 1880. évfolyamának 19. jutott először nyilvánosságra Markusovszkynak „Pia czimü czikkében, melyben ő az egyetem évszázados ünn mából felhivást intézett a társadalomhoz, hogy ne várjo az államtól, hanem tegyen jótékony alapitványt az czélok elérésére. Az eszme egészséges, életrevaló volt s mulva derék hazánkfia Ivanchich Viktor dr., egyetemünk 1000 forintot küldött be az O. H. szerkesztőjének, h egyetemi orvoskari alap létesittessék, melynek rendeltet az orvosi tudomány gyarapítása és az orvosi oktatás tése legyen. Rövid idő mulva Schulek Vilmos 500 frt orvostudományi tanártestület 1882. február 28.-án, egybegyült összeget kezelésébe vette, a kari vagyonból járult az alaphoz, melyet még Wagner János 200, Balo 215, Tauffer Vilmos 150, Markusovszky maga 600 Gyula dr. 500 forinttal növelt. Később Ivanchich dr. és 1000 frtot, az orvostanári kar a szünidei cursusok jövedelmét (400 frtot) és még 2960 forintot adott hoz

Ezen adományok orvoskari kezelése, tőkésítése s papirok convertálása folytán az alaptőke 1895. augusz 20,219 forint 16 krajczárra növekedett. Ekkor az orvosi levelében elhatározta, hogy ezen alap örök időre „Ma Lajos-féle egyetemi jubiláris alapitvány“ czime alatt tetni, kamatait pedig évenként vagy két éves időszak tandó előadások dijazására és kinyomatására fogja Az alapitólevél szerint az előadások tárgyát képezheti és a vele kapcsolatos természettudományszakok tanítás lati módja és módszere elméletileg és kisérletileg, törté turális, gyakorlati vagy bármely más szempontból, aká fejezet tekintetében, akár általánosságban, az előadó vagy a szükséghez képest. Kivánatos, hogy az előadó tudományos búvárlatára és tanítására vonatkozólag szereit is ismertesse.

Az ige tehát testté lön s manap a Markusovszky egyetemi jubiláris alap 55,575 korona 90 fillér vagyo delkezik, s mi több, már 1903-ban Than Károly, a böl tisztelt örökifjú Nestora s boldogult Markusovszky bar méleti chemia újabb haladásáról, 1904-ben pedig Klu az élettan lelkes művelője, az anyagforgalom élettaná fejlődéséről tartott előadási cyclust, a melyek tanulság ismertetései a legújabb tudományos kutatásoknak. T értékük az eddigelé szokásban levő úgynevezett népsze sokét messzire túlhaladja, mert hiszen czéljuk is az, domány haladásáról tanúságot tegyenek és az újabb vívm szakemberrel összefoglalólag megismertessék. Ezen két mun alakban megjelent és a magyar orvosközönségnek könny férhetővé vált.

Épen 25 éve, hogy megszületett az eszme, melyn hetjük, hogy a fakultás az idei előadások megtartására Korányi Frigyes Ő Méltóságát, az alapító ifjúkori sok jóban munkatársát, a belgyógyászat tanárát és je lőjét, ki Isten jóvoltából ép testtel és lélekkel, lankad gósággal folytatja eredményes munkáját. Nagy tudá tapasztalata mellett szakmájának legújabb haladását nemcsak figyelemmel kisérte, hanem ahhoz tevékenyen járult.

Most pedig, midőn a tisztelt hallgatóságot az tanártestület nevében üdvözlöm, felkérem Korányi Frigye ságát, hogy kezdje meg bejelentett előadásait.

Irta: *Korányi Sándor* dr., ny. rk. tanár.

A polyglobuliát mint önálló kórképet nem régen *Osler*[1] irta le. Azóta arról elég nagygyá nőtt irodalom keletkezett, a melyet újabban *Weintraud*[2] foglalt össze. A betegséget a vörösvérsejtek számának felszaporodása jellemzi. Ebből ered a betegek élénk vörös bőrszíne, a melyhez sokszor a cyanosisra emlékeztető kékes árnyalat keveredik. A vérsejtek felszaporodásán kivül az esetek egy részében a lép nagyobb a rendesnél és többnyire albuminuria áll fenn. A betegek panaszai: kábultság, szédülés, sokszor hányás, paraesthesiák a végtagokban és különösen légszomj, a mely többnyire csak akkor mutatkozik, ha a beteg mozog. Ezekhez később szivinsufficientia tünetei, májmegnagyobbodás stb. társulhatnak.

Ugy látszik, a betegség nem nagyon ritka. Másfél év alatt magam négy esetet láttam, a melyek közül ezúttal csak az elsőről kivánok szólni. A három másik esettel *Bence* tanársegéd foglalkozott bővebben és azokat ő fogja ismertetni. Első esetünk azért érdemli meg a külön közlést, mert a nála tett tapasztalatok alkalmat adtak arra, hogy a betegség lényege felől némi felvilágosítást nyerjünk.

A polyglobulia lényegét legbehatóbban *Türk*[3] tárgyalta elég bő saját tapasztalata alapján. Szerinte a polyglobuliás vérben, bár nagyon gyér számban, magvas vörösvérsejtek találhatók. A fehérvérsejtek különböző féleségei közt fennálló számarány a vérképző szervek fokozott működésére vall. Ezt megerősitik azok a boncolási leletek, a melyekben a csontvelő vörössé válása volt megállapitható. E tények alapján *Türk* szerint a polyglobuliát a vérképző szervek *elsődlegesen* fokozott működése okozza és az összehasonlitható a leukaemiával. *Türk* nézetének azonban csak az a része tekinthető biztosan megállapitottnak, a mely a vörösvérsejtképző szervek működésének fokozódására vonatkozik. E fokozódás *elsődleges* voltához azonban kétség fér, és úgy hiszem, sikerülni fog bebizonyitanom azt, hogy a polyglobuliák közt vannak olyanok, a melyekben a fokozott vérképzés kétségtelenül másodlagos és kérdésessé válik, vajjon nem minden polyglobulia másodlagos-e. Erre a kérdésre azonban csak bővebb tapasztalás fogja a végleges választ megadni.

Esetem a következő: 32 éves nő, a ki 1903-ban szült és gyermekét maga táplálta. E közben észrevette, hogy járáskor légszomjúság lepi meg és lassanként odajutott, hogy a dyspnoë kiváltására elég volt, ha egyik szobából átment a másikba. Az állapot fokozatosan rosszabbodott. A beteg sokat szédült, feje gyakran fájt. Néha hányt. Gyermekét kénytelen volt elválasztani. Az később, hét hónapos korában, eklampsiában halt meg. Baja a beteget ágyba döntötte. Ekkor légzésének száma perczenként néha elérte a 80-at.

Eleinte a dyspnoën és cyanosisos arczszínen kivül semmi más nem volt kimutatható. Később albuminuria mutatkozott. Alakelemek azonban a vizeletben sohasem voltak. A betegség súlyosbodása közben a tüdők hátsó alsó részei felett a belégzésre szorítkozó apró szörcsölés hallatszott. Egyik nagyon rossz napján morphiuminjectiót kapott. Erre ijesztő tünetek mutatkoztak. Addig mindig kifogástalan pulsusa tapinthatatlanná vált, kámforos coffein-injectiokhoz kellett folyamodni, a melyek hatása alatt a beteg lassanként magához tért. Fekvés közben, szivszerek alkalmazása mellett az állapot azután jobbra fordult. Négy hét mulva a beteg elhagyhatta az ágyat és azután Budapestre utazhatott.

1904. márczius 23.-án láttam először. Arcza feltünő ibolyapiros. Bőrén tágult, kanyargós venácskák tünnek át. Kötőhártyái belöveltek. Szemrései feltünően tágultak, Basedow-tünetek azonban nincsenek. Szivében és légzési szerveiben kóros elváltozások nem mutathatók ki. Első izben léptompulatát valamivel megnagyobodottnak találtam. Később ezt sem konstatálhattam. Vérnyomása Gärtner szerint mérve 95. Beszéd és mozgás közben

[1] *Osler*: Americ. Journal of med. Sciences, Vol. CXXVI. Nr. 2. p. 187. 1903.
[2] *Weintraud*: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 55. 1904. S. 91.
[3] *Türk*: Wiener klin. Wschr. 1904. Nr. 6—7.

Ez a szám, a bőr színe, a mozgást kisérő dyspnoe buminuria a különben negativ lelet mellett arra mutatt a beteg *Osler*-féle polyglobuliában szenved. Nemcsak tu érdekkel birónak tartottam azt a kérdést, hogy elsődleg polyglobulia vagy nem, de azt reméltem, hogy a kérdés talán a therapiában követendő eljárás megválasztását fogja könnyiteni. Gondolatmenetem a következő volt.

A polyglobulia másodlagos volta csak az esetben n ki, ha sikerül az azt kiváltó ingert megtalálni. Első sor kellett gondolni, hogy a polyglobulia a gázcsere valamilyen ből eredhetne. *A polyglobulia mint élettani reactio járul vér oxygennyomásának csökkenéséhez.*

Ismeretes dolog, hogy a vörösvérsejtek száma nél alatt megnő, ha mély fekvésü helyről magas fekvésü zünk; hogy ez a növekedés kimutatható a léghajóban, a levegőt tartalmazó pneumatikus kamarában; hogy ezt ki létrehozhatjuk, ha az állatokkal rendes nyomású, de n kis oxygentartalmú levegőt szivatunk be. A polyglobuli bekövetkezése a belégzett levegő oxygentartalmának alászá és méginkább annak gyors megszünése, ha az oxygen rendesssé válik, minden olyan tünet nélkül, a mely a tömeges elpusztulására vallana, kétségtelenné teszi, hog sejtszám gyors ingadozásai csak relativ változások, a valószinüleg abból származnak, hogy az oxygennyomás désekor plasma lép ki a vérerekből a szövetekbe (*Bunge*). azonban hosszabb tartózkodás oxygenszegény levegőben képzés szerveit is fokozott tevékenységre ingerli. Az err kozó bizonyitékokat újabban *Jaquet*[1] állitotta össze. Közö egyet emlitek: *Löwy* a Monte Rosán tartott kutyák cs nek vörössé válását észlelte — úgy, a hogy az az polyglobuliánál lenni szokott.

De nemcsak akkor jelentkezik polyglobulia, ha a vér nyomása a belégzett levegő oxygenszegénysége folytán ki Világra hozott szivbajoknál a vér oxygenfelvételének sen dálya nincsen. A tüdőből visszakerült vér azonban ezen venás vérrel keveredve jut a nagy vérkörbe. E keveredé természetes, hogy a vér oxygennyomása kisebbé válik a r Ennek megfelelőleg a vérsejtszám esetleg milliókkal sz E szaporodás részben csak relativ lehet, mert czélszerü azt leszállitja, a nélkül hogy a vérsejtek pusztulásá létrejönnének, de az is kétségtelen, hogy a világrahoz bajok polyglobuliájánál a vérsejtek absolut száma is n rendesnél. *Weil* azt találta, hogy ilyen betegek csontvelej vörössé válhatik.

A közönséges szivbajokban szenvedők vérének ox talma azért csökken, mert a szervek a lassabban ke oxygenjét jobban kihasználják. Ismeretes, hogy ezeknél van a hajlam a polyglobuliára, bár más, ellenkező irány tényezők azt sokszor elfödhetik.

Szénoxyd-mérgezésnél a haemoglobin veszit oxyge pességéből. Itt tehát a vér betegsége folytán csökken oxygen nyomása. *Limbeck* óta tudjuk, hogy a szénoxyd- polyglobuliát vált ki.

Ezek után kétségtelen, hogy bármi ok vezessen oxygennyomásának alászállására a nagy vérkörben, e tozás a vérsejtek relativ megszaporodásához és ezen kivü képző szervek fokozott működéséhez vezet. Mi azo oxygennyomás kisebbedéséből eredő polyglobulia ismert

Ha a polyglobuliát az oxygennyomás kisebbedése oko módunkban áll változtatni. A kis vérkörben a vér oxyge egyensúlyba jut a tüdőalveolusok levegőjének oxygennyomá tiszta oxygent légzünk be, akkor az alveolusokból a nitr szoritja az oxygen és annak mennyisége elérheti a 95% elérhető az, hogy a kis vérkörben a vér oxygennyomása meghatszorozódjék. Ha tehát az oxygennyomás kisebbedé a polyglobuliát, akkor annak oxygenbelégzés után kisebbe

[1] *Jaquet:* Physiologie des Höhenklimas. Basel, 1904.

betegek polyglobuliájánál is sikerült *Kovács*-nak *Bencé*-nek[2] és *Halliday Croom*-nak.[3] A Tátrában végzett vizsgálataim közben, a melyek eredményeivel más helyen fogok foglalkozni, azt találtam, hogy a hegyi polyglobulia is megszüntethető oxygenbelégzések által. Kivánatos volna ennek konstatálása szénoxydmérgezésnél is. Azonban a szívbetegeken és a magas fekvésü helyeken tett tapasztalatok is elegendök annak bebizonyítására, *hogy az oxygennyomás csökkenése által kiváltott polyglobuliák ismertető jele azok gyors csökkenése oxygenbelégzések után.*

Ennek a próbának vetettem alá betegemet. Naponta 50—60 liter oxygent légzett be és hat nap alatt vörösvérsejtjeinek száma 6.000,000-ra sülyedt. *Bence* más esetekről is fog beszámolni, a melyeknél minden egyes belégzés hatását külön állapította meg és a melyek meggyőztek ezen esetnél nyert benyomásom helyességéről. Az oxygen hatása azt mutatja, hogy ezen esetekben is az oxygennyomás csökkenése volt a polyglobulia kiváltó oka. Az oxygennyomás kisebbedését a vérben azonban ezekben az esetekben nem a levegő oxygenszegénysége okozta. A betegek légzési szervei és szive is rendben voltak. Ezen okoknál fogva arra a meggyőződésre kellett jutnom, hogy az *Osler*-féle polyglobuliánál a vér beteg és haemoglobinjának oxygenkötő képessége hasonló módon szenvedett, mint a szénoxydmérgezésnél. E gondolatom helyességét, a melyet a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1905. évi egyik ülésén fejtettem ki, azóta beigazolták *Mohr*[4] vizsgálatai. Ő azt találta, hogy a polyglobuliás betegek vérének rendkivül sok haemoglobinja nem képes több oxygent megkötni, mint az egészséges embernek sokkal kevesebb haemoglobint tartalmazó vére.

Ezek szerint az Osler-féle polyglobuliát a vérképzés fokozódása okozza. Ezt a vér kisebb oxygennyomása váltja ki, a kisebb oxygennyomás oka pedig a betegek vérének kórosan csökkent oxygenkötő képessége.

Az előrebocsátottak nemcsak a polyglobulia pathologiájának szempontjából fontosak. Azok a therapiát is hatékonyabbá teszik. Már *Osler* kifejezte azt a gondolatot, hogy a polyglobuliások nagyon sejtdús vérének nagy viscositása szerepet játszhatik a betegség tüneteinek létrehozásában. *Bence* kimutatta, hogy polyglobuliánál a vér viscositása elérheti a rendesnek négyszeresét is! *Osler* gondolatának helyessége mellett szól, hogy a polyglobuliások minden nagyobb vérzés után jobban érzik magukat.

Ezt *Rosengart*[5] tervszerüen használta ki, a mikor polyglobuliás betegeit gyakran ismételt érvágással gyógyította. Az érvágás hatása azonban mülékony. A vér regenerálódik, viscositása ismét nagyra nő és a jó hatás csakhamar véget ér. Kérdés, hogy az érvágásnak a vérképzést fokozó hatása idövel nem válhatik-e a betegnek kárára is és igy mindenesetre nyereség, ha még egy módunk van arra, hogy a vérsejtszámot és vele a vér viscositását kisebbitsük. Erre való az oxygenbelégzés.

Betegem hosszú időn át következetesen élt az oxygen-therapiával. Ez alatt javulása szépen haladt. 1904. junius 15.-én irt levelében már gyógyultnak mondotta magát. 1905. április havában ismét Budapestre jött. Minden dyspnoë nélkül ért fel klinikánk második emeletére, a hol a vérvizsgálat történt. Ez azt mutatta, hogy vérsejtjeinek száma 4.800,000. *Ez az Osler-féle polyglobulia első leirt gyógyult esete.* Gyógyulását nem az oxygentherapiának tulajdonítom. Ahhoz akkor fogott, mikor már a javulás útján volt. Az azonban kétségtelen, hogy az oxygentherapia betegségének fennállása alatt szenvedéseit lényegesen enyhítette.

Conclusioim a következök:

A vér oxygennyomása csökken, ha a levegő oxygentartalma kisebbedik, ha az arteriás vér vénással keveredik, ha az arteriás vér oxygenje a rendesnél jobban kihasználtatik és ha a vér oxygenkötő képessége kisebbedik, mint pl. szénoxydmérgezésnél. Mindezen esetekben polyglobulia lép fel. Az ilyen polyglobulia oxygenbelégzések után csökken. Ugyanezt észleltem *Osler*-féle

[1] *Kovács:* Orvosi Hetilap. 1896.
[2] *Bence:* Magyar Orvosi Archivum. 1905.
[3] *Halliday Croom:* Edinburgh Med. Journ. 1905. Pag. 231.
[4] *Mohr:* Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1905. Wiesbaden.
[5] *Rosengart:* Grenzgebiete d. Med. u. Chir. 1903. 495.

Ennek más oka nem lévén kimutatható, a kisebb ox
okát a vér kisebb oxygenkötő képességében kell keres
Mohr csakugyan ki is mutatott.

Az *Osler*-féle betegség tünetei részben a vér fo
cositásából erednek és a viscositás csökkentése útján
Ennek egyik módja az érvágás, másik módja a vérsejtsz
tése oxygeninhalatiók útján.

A mint esetem mutatja, vannak gyógyuló polyg

Adalék a hályogmütétek után keletkező fertőzés kérdéséhez.

Irta: *Goldzieher Vilmos* dr., egyetemi tanár, a szt. I
szemészfőorvosa.

Az Orvosi Hetilap alapitása majdnem chronologi
sággal egybeesik a modern szemészet fellendülésével
szakközlönyének megszületésével. Röviddel azelőtt, és
ben jelent meg *Helmholtz* korszakalkotó leirása a s
mely *Graefe* kezében csakhamar elsőrangú diagnostik
vált. Ezután csaknem ugrásszerüen követték egymás
lepőbb felfedezések, melyeknek közlésére egészen kül
lönyre volt szükség. 1854 elején jelent meg az
Ophthalmologie" első füzete, de csak 1855 vége felé
ezt az első kötet második füzete s csak ekkor igérhe
a nagy *Graefe A.*, hogy most már elegendő számú
van, kik az archivum további megjelenését biztos
munkatársak között találjuk *Helmholtz*, *Graefe A.*,
Arlt neveit.

Ha ma ezen első, a modern szemészetet meg
gazdag tartalmát nézzük, találunk benne *Graefe*
klassikus, még ma is fontos czikket a lencsehályo
extractiojáról, egybekötve megjegyzésekkel a hályog
jának diagnostikájáról s a különböző mütéti eljárások
tásáról,[1] a mely czikk az első volt azon munkák
melyek eredményeként a *Daviel*-féle lebenyes metszés
alakult a módosított lineáris extractio módszerévé. Ak
a mütő főtörekvésének kellett lennie, hogy a hályogm
eredményeit javítsa, s az akkori idők kórtani ismeret
mellett a javulás csak a mütéti eljárás megváltozta
várható. A mai mütők, ötven évvel *Graefe*-nek a há
szóló első czikke után, bizonyára kivétel és ellenmo
meg vannak győződve arról, hogy a hályogmütét
nézve a metszés fekvése — hogy az lineáris-e vagy a li
gentiális, ívelt-e a corneában, iridektomia nélküli-e
egybekötött — lényegtelen s mindenesetre kisebb
mint a sebasepsis biztossága; továbbá, hogy egy seb
ket tartalmazó sklerában épen oly jól gyógyul, mi
telen corneában, feltéve, hogy a seb meg van vé
képző bakteriumok behatolása ellen. Ha még azon elő
gondoljuk, hogy a mai mütő cocainérzéstelenítéssel
csak meghatottsággal gondolhattunk 50 év előtti elő
azon terrenumot, mely felett ma föltétlen urak va
szorgos munkával előkészitették.

Az operáló szemorvos a mütét területét ille
bészszel szemben különös helyzetben van: egyrés
ban, másrészt előnyben; de ha igazságosak aka
azt mondhatjuk, hogy az előnyök túlsúlyban va
rányunk az, hogy a mütéti terület semmiféle mód
hető sterillé;[2] a steril könyek állandó folyása azon
ellensúlyozza ezen hátrányt. Mégbecsülhetetlen előnyü
felett az, hogy a tulajdonképeni bulbusmütéteknél s
ujjainkkal a sebhez nyúlni, s hogy eszközeink ki
simasága folytán különböző módokon könnyen sterili
kéletesen; továbbá, hogy minimális kötszerre van

[1] I. kötet, 2. füzet pag. 219—286.
[2] A legszorgosabb fertőtelenités után is mutathatók
csirák a kötőhártyazacskóban; továbbá az orrüreggel va
nyilt közlekedés mindig útja lehet a genyokozó bakterium

zárva. A modern szemgyógyintézetekben csakugyan lényegesen jobbak a gyógyeredmények, mint az antisepsis előtti időkben; minden elfoglalt műtő szemésznek 100-as és még nagyobb szakadatlan sorozatokban is sikerül manapság sima hályogmütét-gyógyulást elérni, habár az 1–2%-nyi veszteség sohasem fog végleg megszünni, mivel különböző kiszámíthatatlan esélyekkel és oly emberanyaggal állunk szemben, mely igen gyakran a maga romlását mozdítja elő.

Ha tehát fokozott elővigyázattal minden emberi számítás szerint eredményesen védekezhetünk a hályogseb megfertőzése ellen: még egy másik ellenséggel is meg kell küzdenünk, a mely rendszerint láthatatlan s orvul támad meg bennünket. Ezen ellenség az *endogen* fertőzés, vagyis a genyokozó bakteriumoknak a véráram útján a sebbe való jutása a testnek valamely rejtett góczából. Azon kérdés merül már most fel, megvan-e az endogen fertőzés lehetősége, másrészről egyáltalán és mikor vagyunk feljogosítva általunk mütett szem elgenyedését endogen fertőzésnek tulajdonítani.

Hogy endogen fertőzés lehetséges, az egyáltalában nem vonható kétségbe. A szem metastatikus elgenyedésének esetei aránylag elég gyakran fordulnak elő és szélesebb orvosi körben is ismeretesek és félelmetesek, mint oly episodok, melyek letális prognosissal járnak. Ez esetekben a septikus góczot rendszerint biztosan ki lehet mutatni (febris puerperalis, genyes meningitis, mindennemü pyo- és septicaemia). De azt is elképzelhetjük, gondolhatjuk, hogy egy rejtett s esetleg mindig rejtve maradó gócz is szolgálhatja a véráramnak azon anyagot, mely az operált szemet megmérgezi. Ezt elképzelhetjük ugyan, de valószinünek csak akkor fogjuk tartani, ha sikerül kimutatnunk ezen elsődleges genygóczot s pontos klinikai megfigyeléssel plausibilissé teszszük a genykeltőknek a vérbe való jutását.

A legnagyobb fokban valószinütlen és a tudománynyal összeegyeztethetlen volna azt felvenni, hogy az endogen fertőzés a hályogseb gyógyulása idejében keletkezik. Az exogen fertőzés lehetőségei oly számosak, hogy kényszerítő, a belklinikustól is igazolt bizonyitás nélkül az endogen fertőzés felvétele a priori visszautasitandó.

Másként áll a dolog, ha oly szem elgenyedéséről van szó, hol a hályogmütét óta hosszabb idő, mondjuk néhány hó telt el, s oly szemről, mely a mütét után teljesen meggyógyult s munkaképes volt. Ilyen exquisit esetet közöl pl. *Csapodi* a „Szemészet" 42. évfolyamának 3–4. számában. Ezen esetben a gyógyulás után több mint 4 hóval tette csak tönkre a végzetes panophthalmitis a szemet.

Mellőzve ezen esetnek, mely a magyar szemorvosok első congressusát is foglalkoztatta, klinikai méltatását: általánosságban azon kérdéssel akarunk foglalkozni, hogy mily módon jöhet létre egy már régebben operált s látszólag teljesen gyógyult szemben *exogen* utófertőzés?

Ezen kérdésre úgy a klinikai megfigyelés mint a kórbonczlan is exakt feleletet ad. *A fertőzés útja egyenesen a műtéti hegen keresztül vezet a szem belsejébe.* Erre nézve különböző lehetőségek vannak, melyek közül a következőket soroljuk fel mint leggyakoriabbakat:

1. Cystoid hegesedés irisczafatok vagy nagyobb iriscsonk begyógyulása folytán. Megjegyzendő, hogy látszólag szilárd, de tisztátlan (azaz irisczafatokat tartalmazó) hegekben is górcsővel sipolyjáratok mutathatók ki, a melyek elég tág közlekedést létesítenek a külvilág és a szem belseje között s így megvan a fertőzés lehetősége.

2. A heg nem eléggé erős volta, a mi úgy jön létre, hogy az eredeti epithelcallust (a sebszél epitheljéből a sebbe burjánzó epithelcsap) egyáltalában nem, vagy csak részben pótolja a solid kötőszöveti callus, s e helyett egy rövidebb-hosszabb hegvonalon tovább is megmarad az epithel, minek következtében a heg ellenállásképessége és erőssége csökken, úgy hogy már csekély trauma is elegendő némi folytonosságmegszakadás keletkezéséhez, s így megvan a fertőzés lehetősége.

3. A heg kifogástalan külseje mellett is lehetnek sipolyok, melyek sokáig észrevétlenül maradnak s in vivo csak véletlen folytán jutnak megfigyelés alá vagy esetleg bonczoláskor tünnek fel.

fertőzésnek tartották, mig végre kiderült a fertőzés
oka, akarok itt röviden közölni; azt hiszem ezen eset elé
ságos arra, hogy az endogen fertőzések valószinüségét hályo
után csak nagyon távoli lehetőség gyanánt vegyük sz

A jelenleg 74 éves, teljesen egészséges embert
ezelőtt egy helybeli kartárs bal szemén hályog miatt meg
A mütét teljesen simán ment, de a gyógyulás, noha szövő
teljesen hiányoztak, kissé elhúzódott s finom utóhályog
vissza, melyet kétszer kellett discindálni, mig kielégí
állott be. A jobb szem operatioját 1904 tavaszán *Fuc*
végezte Bécsben kifogástalanul, a gyógytartam normális
elért látás ideális (V = 0·7). A beteg (gőzmalom-igazgató
hatta rendes foglalkozását s órákig időzhetett malmán
porral telített helyiségeiben, a nélkül, hogy szemén izgalm
mutatkozott volna. M·dőn a beteget ezen időben megvi
egészen szabad, fekete pupilláris területet találtam. Az i
szabadok, a mütét hege kissé peripheriás, teljesen nor
szemfenék élesen látható. 1904 nyarán a beteg Svájczba
hol azonban egy nap kellemetlen tüneteket észlelt: a látá
órára elhomályosodott, majd ismét tiszta lett, a nélkül
hogy előbbi fokát elérte volna. Ezen ingadozások a
rohamokban jelentkeztek, fájdalmak s a szem lobosodás
Egy ott consultált orvos rendellenességet nem tudott talá

1904 őszén újra megvizsgáltam, de a legpontos
gálat sem mutatott rendellenességet s így a beteget
tattam. November 18.-án hirtelen megváltozott a kép:
injectio támadt, az iris elszínesedett, a látás rohamosan
a pupilláris terület homályossá vált, a pupilla erélyes
zással is csak nagyon nehezen tágítható, a mikor is
lencsetokon pontszerü pigmentált lecsapódások látszottak.
test homályos, a papilla alig vehető ki. Rákövetkező
pupillában és a mellső csarnokban pelyhes izzadmány mu
a szemfenék már alig világítható meg. Egyidejüleg m
chemosis; az intraoculáris nyomás jelentékenyen em
heves fájdalmak, melyek eserinre és forró borogatásol
csökkentek. Rákövetkező napon a tünetek még súl
voltak, t. i. kicsiny hypopyum keletkezett, a felső
megduzzadt, a bulbus kissé előre tolódott, a chemosis fo
egyszóval az *iridocyclitis purulenta* diagnosisát kellett f
De hogyan magyarázzuk a genyes megbetegedés létrejött
a fertőzésnek minden kapuja teljesen hiányozni látszott?
consultáló belgyógyászszal az endogen fertőzés lehetőségé
fontolóra vennem.

A rendkivüli pontossággal megvizsgált betegnél s
betegségnek még nyoma sem volt kimutatható, vizelete
normális volt.

November 21.-én Fuchs tanár jött le Bécsből con
Ő sem talált támpontot külső fertőzésre, de az endogen
okát sem tudta kideriteni. Mivel a tensio az eserin dac
csökkent s a fájdalmak ugyanoly hevesek maradtak, a
elhagytuk, s helyette dionint in substantia alkalmazt
eredmény eklatáns volt: a geny eltünt a mellső csarn
pupillában levő izzadmány fokozatosan kevesbedett s ú
pinra térhettünk. Tizennégy nap mulva úgyszólván tel
gyulás állott be, további nehány hét mulva a szem ismé
nyerte előbbeni látóélességét. 1905. május 9.-én a bet
felkeresett azon panaszszal, hogy újra mutatkozik a hon
látás, mint annak idején Svájczban. A szem megtekint
lepő képet nyujtott, mely nemcsak a jelenlegi, de az
panaszokat is egy csapásra megvilágította. A teljesen l
szemet egészen puhának (T = −3) találtam, a szem k
látszott, mintha kissé visszahúzódott volna a szemüregbe
thalmus). *A bulbus ezen rendellenes viselkedésének az*
makszemnyi fistula volt a különben kifogástalan mütét
Következő nap a fistula záródott, helyén víztiszta hól
látszott, azaz az epitheltakaró restituálódott, melyet
a csarnokvíz cystikusan kiszorított. A tensio már
rendes volt.

Nem volt tehát többé kétséges, hogy hol keresend
tőzés kapuja, mely genyes iridocyclitisre vezetett. Egy
megvolt a magyarázata a mütét után nehány hónap

lása ideális volt, nem lett minden helyen egyenlően solid; egy helyen csak epithel fedte, mely időnként cystikusan tágult, azután megrepedt, mire a szem megkisebbedett s a látás természetesen szenvedett, míg az epithel helyreállása ismét az előbbi állapotot hozta létre.

Hogy teljes és végleges gyógyulás álljon be, *a heg egész területének alapos kikaparása után conjunctivális plastikát* végzett Fuchs tanár, mire teljes gyógyulás állott be, mely a mai napig zavartalanul fennáll.

A közölt kórtörténet kifejezetten mutatja, hogy a legsikerültebb hályogműtét után is maradhatnak vissza a hegben kevésbé tömött helyek, melyeket legszorgosabb vizsgálattal sem lehet felismerni s melyek időnként genyokozó hatányok belépési helyéül szolgálhatnak. Nincs tehát jogunk késői fertőzés esetén endogen fertőzésről beszélnünk mindaddig, míg a belső fertőzés gócza nincsen kimutatva minden kétséget kizárólag. Feltünő marad esetünkben a kétségtelenül megállapított iridocyclitis suppurativa tökéletes meggyógyulása. Ily esetekben a genyedés rendszerint kiterjed az egész uveára s a bulbust tályoggá alakítja át (panophthalmitis).

Hogy esetünkben ez nem következett be, annak talán az volt az oka, hogy a behatolt lobokozók fertőzőképessége nagyon csekély volt; mert bármily jótékony is legyen a dionin hatása, a bulbus belsejében keletkezett genyedést nem képes megszüntetni. Sőt, a nélkül, hogy a tényekből túlzott következtetéseket vonnánk le, fel vagyunk jogosítva a következő hypothesis felállítására: Az általános kórtan azt tanítja, hogy daczára a legtöbb esetben érvényes tételnek, mely szerint „bakteriumok nélkül nincs genyedés", mégis kétségtelen, hogy támadhatnak genyes gyuladások tisztán vegyi okból is, s hogy sok oly anyag van, mely az állati szövetekben genyedést okoz. Ezen anyagok prototypusa pl. a terpentin. Betegünknél, ki, mint fentebb említettük, a nap legnagyobb részét lisztporral és bizonyára más szerves anyagokkal is telített levegőjü helyiségekben töltötte, nagyon könnyen juthatott a sipolyon át oly anyag a szemébe, mely enyhébb jellegü genyedést okozott. Hogy finom, steril lisztpor a mellső csarnokba víve okoz-e genyedést, tudomásom szerint eddig még nincsen kisérletileg eldöntve; mindenesetre érdemes volna ezen kérdéssel foglalkozni.

Dermatologia és orvosképzés.

Irta: *Marschalkó Tamás* dr. egyetemi tanár.

Ha az egész orvosi tudomány nagyot haladt az utolsó 50 év alatt, mit szóljunk a dermatologiáról? Hisz az 50 év előtt úgyszólván alig létezett, bölcsőjében volt. Ugy, hogy daczára annak, miszerint *Poór Imre* dr. elhunyt jelesünk már 1858-ban magántanári képesítést nyert a budapesti egyetemen a bőr- és bujakórtanból, sőt számára a Rókus-kórházban egy bőrbeteg osztály is állíttatott fel, s ezáltal a magyar dermatologia létezése hivatalosan is elismerést nyert: a dermatologiáról mint önálló tudományszakról nemcsak Magyarországon, hanem még a külföldön is vagy épen nem, vagy csak alig lehetett szó.

Azóta a dermatologia kis fácskája, a melyet már a XVIII. század végén és a XIX. század elején ápolgattak *Daniel Turner, Lorry, Plenck, Robert Willan, Bateman Alibert, Biett, Cazenvae* és mások, és azóta nem kisebb nevü kertészek gondoztak mint *Hardy, Bazin, Baerensprung, Köbner, Hutchinson, O. Simon* stb. stb., első sorban pedig *Hebra F.* és *Besnier* és mindezeknek számos részben nagynevü tanitványa, terebélyes nagy fává nőtte ki magát, úgy hogy ma már a dermatologia önálló, nagy kiterjedésü disciplinát képez, a mely azonban összekötő szálak által szerves összefüggésben van nemcsak a többi alkalmazott orvosi tudománynyal, hanem az általános kórtannal is

Hogy a dermatologia ily nagy lendületet nyert, az csak természetes; hisz a bőr az egyetlen szerv, a hol a megbetegedések közvetlen szemeink előtt folynak le, a hol a klinikai kép egyenlő a makroskopi anatomiai képpel, és sehol sem lehet olyan könnyen kiegészíteni a klinikai észlelést az élőből biopsia útján eltávolított kóros részek górcsői vizsgálatával, mint itt. Miután szabályai szerint folynak le, mint a többi szervek meg
természetes, hogy a klinikai és górcsői vizsgálódás tök
a bakteriologia nyujtotta vagy felfedezések első sorba
tologiának váltak hasznára, míg másrészt a dermatolo
kodások a többi alkalmazott orvosi tudományoknak,
ban az általános pathologiának is nagy szolgálatokat
csak végig kell tekintenünk bármely tudományos patho
iraton, hogy lássuk, hogy mily előkelő helyet foglaln
a dermatologiai buvárok munkálatai.

Hogy tehát a dermatologia tisztán *tudományos*
ma már kiküzdötte magának az őt megillető előkel
orvosi tudomány többi ágai között, bátran állíthatjuk.

Annál sajátságosabb és méltán kelt megütköz
dermatologia helyzete nemcsak nálunk, de mondhatná
mindenütt olyan mostoha, és hogy az orvosképzésné
temi oktatásnál méltánytalanul háttérbe lesz szorítva.

Miben rejlik ennek az oka?

Talán nincs a szakmának elegendő *gyakorlati*

Hisz a bőr igen fontos és az élethez nélkülözh
a melynek megbetegedései a legnagyobb sokféleség
Némelyek egyenesen az életet veszélyeztetik, mások
birnak imminens gyakorlati fontossággal — ha külö
ártatlan betegségek is, vagy csak hosszú ideig, évekig
állás után válnak a szervezet általános állapotára ve
sőt végzetesekké —, mert igen gyakran a fedetlen
első sorban az arczot támadják meg; úgy hogy akár
szerü cosmetikai hibák (acne, comedones, rosacea,
mint borzasztó eltorzítások (lupus) szerepelnek, nem
titkolni és takargatni.

Bátran mondhatjuk tehát, hogy az általános orv
dermatologiai ismeretek nélkül hiányos és hézagos ma

De a dermatologiához tartozik a *syphilidologia*
különválasztani nem lehet. Hisz a syphilisnek legg
legszembetünöbb nyilvánulásai a bőrön támadnak és
ismerete bőrkórtani ismeretek nélkül és viszont nem

De — egyelőre legalább — még az *urologia*
tologia körében adatik elő. Ez ugyan egyáltalában
mert a kankós bántalmaknak csakugyan semmi közük
giához, sem a syphilidologiához, úgy hogy kivánatos
ez külföldön egy-két helyen már megtörtént, hogy
külön kathedrán, külön szaktanár által adasék elő; an
tosabb lenne ez nálunk is, mert az urologiára több
erőnk van már. Sajnos azonban, hogy erre — legalá
— nem sok kilátás van, és így bele kell nyugodnunk
az egyetemi kötelező oktatás szempontjából az orvo
urologikus ismereteit is még jó ideig a dermatologia
keretében szerzi meg.

Hogy pedig úgy a syphilis, mint a kankós betegs
belenyúlnak a népegészségbe és úgy társadalmi, m
gazdasági szempontból a lehető legnagyobb jelentőség
fogva az azok terén való otthonosság megszerzése el
adata a kötelező egyetemi oktatásnak: annak bizonyítá
felesleges az olvasót fárasztanom. Hisz ez a thema m
állandóan napirenden van és nemcsak az orvosi, han
már a müveltebb laikus körök is megegyeznek abb
syphilis és a kankó képezi az emberiség legnagyob
nemcsak óriási elterjedésüknél fogva, hanem különös
mert mind a kettő súlyos és az életet nagyon is gy
lyeztető megbetegedést képez, a melyek a legtöbbször
nak az illetőre szorítkozva, hanem mélyen belenyúlnak
a társadalomba. Úgy hogy bátran el lehet mondan
fontosság tekintetében azok épen nem állnak az emb
két nagy csapása, a tüdővész és az alkoholismus mö

Ha tehát a dermatologiának már önmagában
zottabb mértékben a vele kapcsolatos syphilidologia
nens gyakorlati fontossága is van, úgy annak a sajná
ménynek magyarázatára, hogy a dermatologia ilyen
bánásban részesül, más okokat kell keresni.

Egyik és talán nem a legkisebb oka ennek a
hogy az orvosi tudomány egyik ágát sem lehet a
tán üzletté lealacsonyítani, mint a dermatologiát, a „

specifikus ágában sem virágzik annyira, mint — itt.

A hirdető, reklámcsináló „specialistáknak“, a kik a legjobban diskreditálják szakmánkat, 99%-a „titkos betegségeket“ kezelő dermato-syphilidologus.

Azonban nemcsak azért van ez igy, mert a „titkos betegségekben“ szenvedők a dolog természeténél fogva mindig a zömét fogják képezni azoknak, a kik a reklámcsináló kontárokhoz és kuruzslókhoz folyamodnak, hanem azért is, mert kevés az igazán képzett dermatologus. Ha az egyetemi oktatásnál több súlyt fektetnénk a dermatologia tanítására és gondoskodnánk arról, hogy minden gyakorló orvos, a ki az életbe kikerül, sajátítsa el egyetemi tanulmányai alatt azt a minimális mértékét a dermatologiai tudásnak, a melyre neki a mindennapi gyakorlatban olyan nagy szüksége van, teljesen feleslegessé válnék és el is tünne a titkos betegségek hirdető kontárainak nagy serege.

De különben sincs szakma, a melynek hiányát annyira érezné a fiatal orvos, ha kikerül az életbe, a nélkül, hogy behatóbban foglalkozott volna azzal, mint épen a dermatologia; annál is inkább, mert ha a fiatal kezdő orvos egy sebészeti vagy szemészeti esetben nem ismeri ki magát, egészen természetesnek fogja találni a beteg is, hogy orvosa a specialistához, a sebészhez vagy a szemészhez küldi, de hát „egy kis kankót, meg egy kis syphilist“ csak nem fog máshoz küldeni, ezt mindenkinek kell tudni kezelni! Mintha bizony ezeknek a betegségeknek a terén való otthonosság elsajátítása nem épen olyan fáradságos klinikai előtanulmányokat igényelni, mint a többi gyakorlati szakmáké.

A különbség csak az, hogy azok a betegségek, a melyek a dermatologia körébe tartoznak, többnyire olyanok, a melyek romboló hatásukat csak lassan, sokszor csak hosszú évek mulva fejtik ki, úgy hogy az összefüggést a későbbi súlyos vagy életveszélyes megbetegedés és az eredeti bántalom között még az orvos is csak nehezen, vagy épen nem találja meg.

Ha a syphilis azt a veszedelmes és gyorsan ölő jellegét, a melyet a rég elmult nagy syphilis-járványok alatt mutatott, a midőn az emberek akár csak egy pestis- vagy cholerajárvány alkalmával rakásra hullottak, mai napig is megtartotta volna: úgy a dermatologia tanítására az egyetemeken már régen a legnagyobb súlyt fektetnék. Hiába, sajátsága már az az emberi természetnek, hogy a közvetlen veszélytől jobban fél, mint attól, a mely csak messze távolban van; pedig megtizedeli a syphilis ma is az emberiséget, csakhogy alattomban, orozva öl.

Természetes, hogy ily módon az orvosi tévedés és ignorantia következményei a legtöbbször csak hosszú idő mulva jelentkeznek, miáltal az orvosi felelősség természetesen jelentékenyen csökken vagy teljesen el is enyészik.

És épen ebben rejlik egy másik oka annak, hogy a dermatologia fontossága még nem tudott eléggé a köztudatba hatolni.

De talán a legfőbb oka annak, hogy a dermatologia a gyakorlati orvosképzés terén, az egyetemi oktatásban még mindig nem tudta magának kivívni az öt méltán megillető helyet, abban rejlik, *hogy maguk az egyetemi fakultások sem adják meg a legtöbb helyen a dermatologiának azt az elismerést és helyet, a melyet teljes joggal elfoglalnia kellene.*

Azt mondhatnám, idegenkednek attól, hogy azt a többi gyakorlati orvostudományi ággal egy sorozatba emeljék; úgy tünik fel a dolog, mintha attól félnének, hogy régi traditiókon esik ez által csorba. Valószinü, hogy ez jórészt csak azért történik, mert akkor az egyetemi oktatás és orvosképzés terén is több helyet kellene a dermatologiának engedni, mint ez jelenleg Európaszerte történik; ez pedig csak bizonyos szerzett jogok rovására történhetnék.

Igen érdekesen jellemzi ezeket a viszonyokat a dermatologia egyik nagymestere, sajnos oly korán elhunyt hazánkfia, *Kaposi* bécsi tanár ama referatumában, a melyet a venereás bántalmak és a prostitutio assanálása czéljából 1899-ben Brüsselben megtartott I. nemzetközi conferentia elé terjesztett.

„Szükséges lenne mindenekelőtt — úgymond — arra nézve, hogy az irányadó tényezők, a fakultások szakitsanak már egyszer az előitélettel, mintha az úgynevezett „külső“ betegségek klinikai, tudományos és gyakorlati tekintetben nem birnának ugyanoly

rámutatni arra, hogy mily hiányos és hézagos az általa kiképzés a bőrbetegségek speciális tanulmányozása nélk

„Ez annál inkább szükséges lenne, mert a tanár nek egyenként mint összességükben egyedül mérvadó ta a mérvben, a mint magukat szakmájuk ápolásának s dermatologiának és syphilidologiának nemcsak a gyakorl ság, hanem a tisztán tudományos orvosképzés szemp nagy jelentősége és hordereje iránt minden érdeklődé érzéküket is mindinkább elvesztik, ha ugyan azzal birtak.“

„A tapasztalás tanított meg — mondja *Kaposi* e tekintetben a legszebb beszédek és publicistikai f sem birnak oly meggyőző erővel, mint a tényekne lánczolata.“

„Mi a dermatologia a leiró boncztan vagy szöv viselőjének? Neki az Hekuba! Mihelyt azonban ezen k egyike-másika formalinnal, sublimattal, lysollal, és más gokkal való manipulálás közben kezein egy eczemát acqui felébred érdeklődésük a mi szakmánk iránt is, és nag téssel látják és észlelik, kollegiális sajnálatunkra magukon, azokat a sajátságos jelenségeket: a kinzó vis álmatlanságot és müködési zavarokat, a makacsságot; különös, hogy a köztakaró távolabb eső részein is e fel, a melyek nem is jöttek érintkezésbe az említett izg dékokkal stb. stb. És a hygienikus és a kórboncznok, lenül őket éri a balsors, mennyire csodálkozik, hogy annál rosszabb lesz, a furunculusok, pustulák és a annál nagyobb számban lépnek fel, minél erélyesebb mazzák az úgynevezett antiseptikus és antibakterikus

„Persze, hogy mindez magyarázatra szorul minden boncztanilag és élettanilag; mindenekelőtt azonban szüks a dermatologus ezt az eczemát meg is gyógyitsa.“

„Egyetlen eczema ilyenkor meggyőzőbb erővel il dermatologiai oktatás szükségességét az orvosi kiképzé adó képviselői előtt, mint a legszebb és legékesebb bes

Kaposi-nak e maró satirával tett megjegyzései n osztrák viszonyokra szólnak, hanem mondhatnám, hogy minden culturállaméira. Bizonyítja ezt, hogy az említett egyhangúlag elfogadta és határozattá emelte *Fournie Hutchinson, Doutrelepont, Lesser, Petersen, Neisser, S Mracek*, tehát a legkülönbözőbb culturállamok képvi beterjesztett következő javaslatot:

„La Conférence,

Estimant, qu'une connaissance approfondie de ologie constitue un des moyens les plus sérieux pour efficacement la propagation des maladies vénériennes:

Recommande instamment aux gouvernements d' création de médecins vraiment compétents en la m l'institution, dans chaque université, de cours complet gatoires, dont les matières figureraient au programme amens d'État.

Elle demande, que les examinateurs soient spécia

Egyáltalában ne csodálkozzunk tehát, hogy az or nél háttérbe szorul a dermatologia; és a mig az egyet tások kebelében a dermatologiának hivatott szószólója addig a viszonyok javulása csak igen lassú lehet. Mer talanság lenne azt mondani, hogy a viszonyok ezek nem javultak valamit az utolsó időben; csakhogy ez korántsem oly fokú, mint a mily mértékben terjednek bántalmak; már pedig ezeknek legbiztosabb, mondhatn helyes prophylaxisa intensiv gyógykezelésükben áll, a úgy tehető általánossá, ha javítjuk az orvosképzést.

Mert — hogy a mi viszonyainknál maradjunk legújabb időben kiadott új szigorlati szabályrendelet mit látunk?

Igaz, hogy a dermatologia végre polgárjogot nye téket létezését, mert hallgatását az orvostanhallgató szán lezővé tették, azonban csak egy semesteren át, és csak órát adtak neki; ezenkívül szigorlati tárgygyá is tétet de csak mint vendégtárgy két más speciális szakmával

minden harmadik orvostanhallgató kerül a bőr- és bujakórtanból szigorlatra.

Ugyanakkor azonban megszaporították a szemészeti klinikum eddigi 10 óráját még 10 órával(!), a sebészeti klinikum 30 óráját szintén 10 órával. Pedig hetenként 3 óra csak egy semesteren át egy oly nagy és terjedelmes disciplinánál, mint a bőr- és bujakórtan — bátran mondhatjuk — teljesen elégtelen, és alig több a semminél.

Nyilvánvaló, hogy akkor, a mikor csinálták a tervezetet, az egyetemi facultásokban senki sem volt, a ki a dermatologia érdekeit kellőkép megvédte volna; a szemészet, úgy látszik, sokkal jobban tudott érvényesülni.

Pedig, azt hiszem, azt szemész kartársaim elfogulatlan része is elismeri, hogy heti 10 óra két semesteren keresztül a szemészet tanítására a gyakorlati orvosképzés szempontjából sokkal több, mint elegendő; nem méltányos pedig különösen akkor, ha az más, nem kevésbé fontos gyakorlati szakmák rovására történik.

De meg ezeknek a túlságos óramegszaporításoknak az a hátránya is van, hogy az orvostanhallgató most már ha akarná sem igen hallgathatná mindig a dermatologiát több féléven keresztül, annyira túl van terhelve órákkal. Pedig az orvostanhallgatóknak e tekintetben helyes gyakorlati érzékük van; mutatja ezt az az érdeklődés, a melyet e szakma iránt mindenütt és még oly időben is tanúsítottak, a midőn az még teljesen elhanyagolt disciplinát képezett.

De ugyanezt látjuk más téren is az orvosképzés terén, a hol nem az egyetemi oktatásról van szó. Hisz tudvalevő, hogy a tiszti orvosi vizsgáknál, a midőn az állam attól az orvostól, a ki közszolgálatot végez, külön képesítő vizsga letételét követeli meg, a venereologia teljesen figyelmen kivül hagyatott. Már pedig első sorban az lenne szükséges, hogy a hatósági orvos bizonyságot tegyen arról, miszerint a venereás bántalmak terén kellő otthonossággal bir; hisz az ő vállain nyugszik a prostitutio egészségügyi ellenőrzése, és a venereás bántalmak prophylaxisára senki sem tehet többet, mint épen a hatósági orvos.

És a nélkül, hogy a legkevésbé is le akarnók pl. a trachoma jelentőségét kicsinyelni, a mely a tiszti orvosi vizsgánál mint vizsgatárgy szerepel, bátran mondhatjuk, hogy eltörpül ama nagy veszedelem mellett, a mely a népegészségre a venereás bántalmakból háramlik. De hát úgy látszik, a mikor a tiszti orvosi vizsga előkészítő munkálatai folytak, sajnos, senki sem akadt, a ki erre a nevettetően furcsa fonákságra felhivta volna az illetékes körök figyelmét.

Kénytelenek vagyunk tehát nyomatékosan hangsúlyozni, hogy az új szigorlati rendnek a dermatologiára vonatkozó határozmányai a gyakorlati orvosképzés szempontjából épenséggel nem kielégítők. Pedig az új szigorlati rendszer első sorban a gyakorlati orvosképzésre van tekintettel; ezt találjuk a szabályrendeletben mindenütt hangsúlyozva, ezt czélozza a kötelező kórházi gyakorlati év behozatala is.

Ha az illetékes tényezők az új szigorlati szabályzat kidolgozása alkalmával a gyakorló orvosokat is megkérdezték volna, vajjon csakugyan érzik-e az életben a dermatologiai kiképzés hiányát, úgy az bizonynyal jobb elbánásban részesült volna, mert az, a mit az új szigorlati szabályzat neki nyujtott, bizony alig több az alamizsnánál.

A minimum, a mit nekünk a gyakorlati orvosképzés szempontjából a dermatologia részére követelnünk kell, az, hogy annak hallgatása két féléven keresztül heti 5 órában kötelezővé tétessék és rendes szigorlati tárgy legyen.

Talán szerénytelenek is fogunk többi kartársaink előtt feltünni; talán szemünkre fogják vetni, hogy most, a midőn immáron a dermatologia is polgárjogot nyert az orvosi tudományok sorában az egyetemi oktatásnál, nem elégszünk meg a nekünk nyujtott kisujjal, hogy kezdünk túltengeni stb.

Nem, tisztelt olvasók. A mikor mi dermatologusok mindig erélyesebb hangon követeljük, hogy adják meg szakmánknak az őt megillető helyet az egyetemi oktatásnál is, korántsem pro domo beszélünk, hanem a népegészség és közjó lebeg első sorban szemeink előtt. Hiszen említettük, hogy azok a betegségek, a melyek a dermatologus hatáskörébe tartoznak, nemcsak a nép gazdasági szempontból is a lehető legfontosabbak.

Nem kivánjuk és nem is intendáljuk mi, hogy mi korlóorvos képzett dermatologus legyen; de a míg az egy tatás rendszere nemcsak nálunk, de a külföld nagy részében hogy az életbe kikerülő fiatal orvos nem sajátíthatja el egyetemi tanulmányai alkalmával olyan mértékben a der klinikai ismereteket, hogy ha nem is a ritkább, de közönségesebb, mindennapi esetekben teljesen otthon s különösen a venereás betegségek kór- és gyógytanát k uralja; a míg nem lesz minden az egyetemről kike orvos áthatva annak a feladatnak nagyságától, a mely tetben mindegyikünkre vár: addig nem is lehet remé sikerrel veszszük fel a küzdelmet ama veszedelem ellen a venereás bántalmak révén a társadalmat fenyegeti.

De ez az idő el fog következni és pedig — bizt szük — sokkal előbb el fog következni, sem mint Hetilap, a magyar orvosi tudomány eme úttörője és dicsőséges fennállásának második félszázados jubileu megünnepelni, mert sokkal előbb rá fogja vezetni erre kes tényezőket a legjobb iskola, az élet!

Az érzéketlenítés szülészeti műtétekn

Irta: *Engel Gábor* dr., egyet. ny. rk. tanár.

Az élettani folyamatok között egyedüli a szülés, dalmakkal van összekötve. Mai nap, midőn a régi orvos nak, a tuto, cito, jucunde elvének minden tekintetb akarunk tenni és tudományunk jelen állásában nagy ré is tehetünk, önként felvetődik azon kérdés, vajjon ne helyén, hogy a szülésnek fájdalmasságát beavatkozásun híteni, esetleg megszüntetni igyekezzünk. Messze vezetn kérdést minden szempontból elbirálni óhajtanók, azo körülmény van, melynek megállapítása alapján meg követendő eljárást.

A szülés alatt végbemenő nagy izommunka a ne érző idegeinek terjedelmes hálózatában nyomást, vongál dást hoz létre. Erre az idegek élettani rendeltetésü érzékenységgel reagálnak, mely nagyobbarányú lévén, érzésben nyilvánul; az érző idegek izgatása folytán kel dalomérzés azonban szintén élettani jelenség és csak jelentkeznék, ha az idegek kóros állapotban volnának.

Sok szülés rendszeres észlelése után azon meg jutunk, hogy a fájdalomérzet nagyon is egyéni jellegge külső körülmények befolyása alatt áll; különösen intel szülése alatt nyerhetünk e részben megnyugtató adatok

Nem birunk tehát élettani alappal, melynek tekinte vel orvosi teendőnknek és kötelességünknek kellene tart vetni az Angliában elterjedni kezdő szokást, hogy egés lefolyású, tehát élettani szülés által létrehozott fájdal nél olyan szereket vagy eljárásokat alkalmazzunk, me eltompítására esetleg teljes megszüntetésére szolgáljana

Egészen más elbirálás alá esik az érzéketlenítés a ben, midőn a szülés élettani menete valamely oly körül befolyásoltatik, mely azt csakugyan rendellenessé esetleg l teszi. Ilyen esetekben nem kimélet vagy jószívűség, ha lesség szülte teendőnk a vajudónak fájdalmai enyhítésé igyekezetünkkel segélyére lenni.

Általánosságban szabályul lehetne felállítani, hogy beavatkozásoknál, melyek mellett előreláthatólag a ren seknél tapasztalható fájdalomérzeteknél többnek elsz lesz a nő kényszerülve, kötelességünk a fájdalmakat, egészen, de oly mértékben csökkenteni, hogy azok a re mellett levő fájdalomérzéseket ne mulják felül. Ezen elmulasztásának csak az szolgálhat mentségül, ha beav oly sürgős, hogy időnk nincs az érzéketlenítésre.

Ötven éven át egyedül a chloroform uralta az é tésnek mezejét, uralkodása kezdetén háttérbe szorítván divatos aethert. Most változnak a nézetek és az aethe chloroform használatát minimális térre leszorítani, társu

lehelés által nyujtható szereket, föleg a chloroformot és aethert használhatjuk külön-külön vagy egymással váltakozva. A helyi érzéketlenítés még nem érte el azon tökéletességet, melyre a szülészeti gyakorlatban szükségünk volna. Harmincz évi gyakorlatom alatt, szülészeti műtéteknél — pár eset kivételével — csak chloroformot használtam, és czélomat: a fájdalomérzések eltompítását, a szülőnők lelki izgatottságának és testi vergődésének megszüntetését — kellemetlen esélyek közbejötte nélkül — mindig sikerült elérnem.

Azon nem várt, ijesztő, működésünket zavaró, sőt orvosi tekintélyünket tönkretehető esetek, melyek esetleg letális kimenetükkel a chloroform használatának lehető korlátozására intenek, szülészeti működésünkben nehezen fordulhatnak elő. Mert különbséget kell tennünk a sebészi és szülészi érzéketlenítés között, vagy mint Kézmárszky kifejezi, „a szülőnők chloroformozása egészen más, mint a chloroform-narcosis".

Minden altató szer kis adagban izgat, középadagban altat és tovább folytatva hatását, nagy adagban halálthozó lehet

Adagolásához mérten bizonyos sorrendben támadja meg az idegközpontokat: az öntudatot, izomerőt, az érzéki, légzési és szívmozgató erőket. Igy vagyunk a heroikus gyógyító szereinkkel is, kis mértékben hatásuk áldásos, nagy mértékben szervezetünk mérgei.

A chloroform hatásánál három fokozatot különböztetünk meg: az elsőnél az öntudat eltompul, a reflexek fokozódnak, a másodiknál a reflexek lankadnak, az izomerő elernyed, a lélegzés mély, a láta szükül, a harmadiknál a reflexek megszünnek, a szívműködés és légzés még rendes, a láta tágul, asphyctikus tünetek fellépése fenyeget.

A szülőnők és a sebészeti betegek érzéstelenítése között néhány lényeges különbség van, melyeket röviden felsorolok annak bizonyítására, hogy széléseknél a chloroform esetleg aether veszélyes hatásától kevésbé tarthatunk.

A szülőnők életük legerőteljesebb, legegészségesebb szakában kerülnek kezelésünk alá, míg a sebészeti és nőgyógyászati betegek úgy a kor, mint a betegség tekintetében, a melyben és melyért a műtét és az azt megelőző érzéketlenítés szükséges, a lehető legnagyobb változatosságban jutnak a műtő kezei alá.

Nagy előny tehát, hogy a szülőnőknél légzési és vérkeringési zavarok, azonkivül betegség folytán senyvedő állapot nagy ritkán fordulnak elő. Nagy előny továbbá az is, hogy a szülőnők alkoholismusban nem szenvednek.

Összehasonlításokat téve találjuk, hogy a szülőnők — a sebészeti betegekkel ellentétben — feltünő könnyen és rövid idő alatt érzéketleníthetők. Szülőfájdalom kezdetén a nő mély belégzést végez és a levegőt a tüdőben visszatartja, miáltal a rekeszizom mozdulatlan maradván, az összehúzódó méh fenekének a mellkas felöl támaszul szolgál. A fájdalom multával mély kilégzés történik, mit a szünet alatt egyenletes és rendesnél mélyebb légvételek követnek, mint azt nagyobb izommunkáknál látjuk. Igy aránylag rövid idő alatt a tüdő légcseréje fokozottabb, továbbá a levegő hosszasabban időzvén a légutakban, ha az illékony altató szerrel van telítve, gyorsabb és erélyesebb hatást fog kifejteni. Ennek megfelelőleg kevesebb időre és kevesebb altatószerre van szükségünk. A szülés megtörténtével, illetve a magzat kiürülésével a hassajtó nyomása megszünvén, a rekeszizom szabadabb mozgását visszanyeri, mire a légvételek mélyebbek és egyenletesek lesznek. Igy a tüdők szellőzése, az altató gázoktól megszabadulása elősegítve lévén, az eszméletre térés oly zavartalanul következik be, mint ha az érzéketlenített nő mély álomból ébredne fel.

Az altatás első szakasza, az izgatottsági szak feltünően rövid, hányásinger és hányás jelentkezése meg épen kivételes, mit annak tulajdonítok, hogy a szülőnő a fájdalmak első jelentkezésétől kezdve ételt alig vesz magához, a mit azelőtt evett, az a gyomrot már elhagyta, ellenben gyakran és elég sok folyadékot — friss vizet stb. — kér és fogyaszt el. A gyomorban levő több folyadék a nyállal lejutott chloroform- (aether-)gőzöket elnyeli, illetve higítja és igy azoknak a gyomor-nyálkahártyára

vizet kell itatni, ha a hányásingert és hányást elev akarjuk.

A feltünően rövid izgatottsági szak után, mely a fájdalomérzés eltompulását a jelentkező szülőfá tapasztalhatjuk, hamarosan beáll az érzéketlenségi á többnyire horkolás jelez. Az elfogyasztott altatószer oly csekély — más okból történő altatásokhoz mérten önkéntelenül azon hitet ébreszti bennünk, miszerin altatószernek hatása, hanem az altatási eljárás sugg lyása alatt állanak a szülőnők. A czomb belfelület csípése (Druitt) vagy a külső nemzőrészek érintése ily összerezzenést vált ki, ha azonban a légzés mély és és a horkolás bekövetkezett, elértük azon időpontot műtétünket elkezdhetjük. Ha a nemzőrészekbe beha szülőnő még nyugtalankodnék, néhány csepp utánt nyugtalanság is megszünik. Ezen időpontot ne mulaszszu ebben az altatás veszélytelen, a szülőnő nyugodt és a méhösszehúzódások erőteljességüket még nem vesztettél elősegitik műtétünknek gyors végezhetését.

Kivételes esetek megkivánhatják, hogy az érzéke fokú legyen, hogy az izomzsong elernyedve, a méhizor húzódása ellankadt legyen; ezen állapotot inkább hoss altatással, mint több altatószer gyorsabb belégzelte igyekezzünk elérni. Ezen eljárásunk indokolva van fordítás, elhanyagolt harántfekvés, nehezített lenyakazás továbbá a méh görcsös összehúzódásakor — tetanus méhnyakrepedés fenyegető veszélyénél, mivel ilyen es összehúzódások akadályozzák a végzendő műtétnek kiv

A széléseknél rendesen egyedül vagyunk jel segitségünk egy bába és a szülőnő egy-két rokona. telenítést ily körülmények között magunknak kell Ez részben szaporítja teendőnket, másrészt azonban minden mozzanatát, minőségét, mélységét kellő figyelem hetvén, lelkületünket megnyugtatjuk az által, hogy min teszünk betegünk érdekében. Egy orvostársunk jelenl szetesen — már csak a felelősség megosztása tekintet előnyös és kivánatos volna.

Kötelességünk a szülőnőt előzetesen előkészite megnyugtatni, hogy fájdalmait enyhíteni akarjuk, azt ketlenítéssel érhetjük el és ezáltal úgy neki, mint gyermekének javát akarjuk előmozditani. Ha azonba vagyunk, az érzéstelenítés egy segéd jelenlétét pótolj szüntetvén a szülőnő nyugtalanságát, erőlködését, nyugodtabban és óvatosabban végezhetjük teendőnket.

Kötelességeink közé tartozik az is, hogy a sz szereinket ne lássa, az altatás alatt csend legyen, ő ketlen állapotban hozassék a műtéthez megkivántató h az ébredes szaka alatt minden oly tárgy, mely a s műtétre emlékeztetné, környezetéből eltávolittassék. H jegyzések nem is tartoznak szorosan ide, szükséges azok felemlítését, mert az előkészületek még kedélyileg a szülőnőt és az érzéketlenítés hosszabb időt venne

Azon állítás igazságáról, hogy érzéketlenítés al műtétek után gyakrabban lépnének fel jelentősebb vérz tudtam meggyőződni, mert ha vérzés jelentkezik, az n esetnek súlyosságából magyarázható, melyhez az altatás köze. Kötelező szabály azonban, hogy műtéttel végzet után a gyermekágyas hogylétét kettős figyelemmel el

Az aethernek chloroformmal váltakozó használatá oly esetekben ajánlanám, hol a szülőnő a fájdalmaktól (szük medencze), előrement vérzés vagy lázak miatt állapotban kerül műtétre.

Nem szabad felednünk, hogy a szülőnő érdekébe tással eleget teszünk, ha elérjük azt, hogy azon fájda érezze, melyeket kényszerített beavatkozásunkkal okozn nek vagyunk; ha azonban az érzéstelenítésnek nagyobb zük elő, az a legtöbb esetben csak a mi érdekünkben könnyebb végzése végett — történik, tehát a fel rovására.

— pl. könnyű fogóalkalmazás, medenczefekvésü magzat kihúzása, a méhlepény kinyomása, friss gátvarrás, lepényrészletek eltávolítása (abortus) — érzéstelenítést ne ajánljunk és ne végezzünk, nehogy a „sokat tevés“ kétes értékü dicsőségével orvosi hitelünknek árthassunk.

Közlemény a pozsonyi m. kir. állami kórház belgyógyászati osztályáról.

Önálló tapasztalatok a tüdővész legújabb gyógykezelési módjairól.

Irta: *Pávai Vajna Gábor* dr., kir. tanácsos, főorvos, stb.

Motto: Multitudo remediorum est filia ignorantiae. *Bacon.*

A tüdővész és alkoholismus a bujakóron kivül az emberiség legnagyobb ostora. Nem tagadható, hogy különösen a tüdővész és alkoholismus között bizonyos oki összefüggés van, mert kétségtelen, hogy mióta az alkoholismus a nép minden rétegében oly nagy tért hódított, azóta a tüdővész is terjedőben van, így pl. míg hazánkban 1903-ban 72,974 egyén halt meg tüdővészben, addig 1904-ben már 79,327-en estek áldozatul e gyilkos kórnak.

Tehát nagyon is ideje, hogy ez ellen az emberirtó betegség ellen *még erélyesebben szálljon síkra* mind az orvosi tudomány, mind pedig a társadalom, melynek egyik legszebb feladata volna *a nép anyagi jólétének a javitása, s az egészségtelen lakás, hiányos táplálkozás és az iszákosság okozta nyomornak*, mint a tüdővész fejlődése és terjedése hatalmas tényezőinek lehető enyhítése.

Nevezetes, hogy *Koch Róbert* a tüdővész terjesztésében a társadalmi nyomornak épen semmi jelentőséget sem tulajdonit, pedig meggyőződésem és tapasztalatom szerint a tüdővész kifejlődésében és tovább terjedésében *a modern társadalmi életviszonyoknak nagyon is megvan a maguk oroszlánrésze.* Az újabb kor mindenféle gyára, a bányamüvelés, a nagy városok fertőzött poros légköre, a szegény munkások dohos, sötét, nedves, túltömött pinczelakásai, igen sokszor a legszükségesebb élelem hiánya, kimerítő munka, iszákosság stb., mind oly jelentős tényezők, melyek sohasem tévesztik el hatásukat és kérlelhetetlenül megkövetelik áldozataikat, s merem mondani, hogy mindaddig, míg a most felsorolt ártalmas tényezőket nem vagyunk képesek gyökeresen átalakítani, illetőleg javítani, addig minden orvosi törekvés, hogy a tüdővészt belső orvossággal *sikeresen* gyógyítsuk, valóban meddő és illusorius.

Virchow Berlinben 1848-ban november hó 28.-án tartott egyik nagyobb szabású előadását igy fejezte be: „*az emberiség feladata most már a tuberculosis legyőzése, a mint hogy a scorbutot le is győzte*“.

Én, mint a pozsonyi állami kórház belgyógyászati osztályának főorvosa, már több mint 20 éve foglalkozom *orvosgyakorlati szempontból* azzal a kérdéssel, hogy mi módon lehetne a tüdővész kifejlődését megakadályozni, illetőleg a már kifejlődött kóros folyamatot megállítani, enyhíteni vagy esetleg gyógyítani, hogy így az illető tüdővészes betegek legalább is egy bizonyos időre munkaképesekké lennének.

Erről e lapok hasábjain — természetesen szerkesztői engedelemmel — egy tüzetes tanulmányban, „*a pozsonyi m. kir. állami kórház tüdővészes betegeiről az utolsó 10 év alatt, 1895-től 1905-ig*“ fogok beszámolni, jelenleg csak némi töredék az, melyben röviden szólok az általam eddig alkalmazott gyógyítómódok eredményeiről.

Mióta *Koch Róbert*[1] a gümökór fertőző anyagának felfedezésére vonatkozó alapvető vizsgálatait a berlini élettani társulat 1882. márczius hó 25.-én tartott gyülésében a tudományos világ közkincsévé tette, azóta e téren rendkivül élénk tudományos for-

[1] A tüdővész tanulmányozása végett nála voltam nehány napig 1882-ben és 1890-ben is.

radikális vagy antiparasitikus, tehát specifikus gyógyítómó

Nem tagadható, hogy *Koch* felfedezése a bacillu tőleg mai napig is *megdöntetlen* maradt, de a rem orvosgyakorlati szempontból e felfedezéshez füződött, *cserben hagyta az orvosokat*, mert őszintén be kell hogy e felfedezés óta — *a védekezés kivételével* — vész gyógytana, daczára a számtalan új orvosszernek módszernek, egy lépéssel sem haladt előre, sőt a *Páris* és 1905.) és *Londonban* (1901.) tartott tüdővész-co sem lendítettek azon egy hajszálat sem.

A *Koch* elméletére alapított antiparasitikus gy egyedüli czélja az volna, hogy a tüdővészt okozó b *vagy már magában a tüdőben megsemmisítse, vagy legal vagy az általuk termelt toxinokat ártalmatlanokká tegye.*

Ez alapon a legjelesebb orvosbúvárok időt és nem kiméive a legkülönbözőbb antiparasitikus módsz eljárásokat kisérlették meg, *hogy a bacillusokat vagy termelt toxinokat* magában a szervezetben elpusztitsák, eddig még minden igyekezetük hajótörést szenvedett világ e végtelen kicsiny lényeinek szivós életképességé

Mert az tény, hogy sem *Koch* régibb és újabb tu sem *Maragliano* vagy *Marmorek* tüdővészellenes seruma jodos csodaszere a hozzáfüzött reményeknek eddig még felelt meg; hogy vajjon *Behring* legújabban felfedezett kailag még ki nem próbált tüdővészellenes szere be f az még a jövő titka. A *Marpmann-féle tebecin*-nel most ki

Hiszen nincsen nap, a melyen úgy a szak-, mint lapok hirdetési rovataiban fel ne bukkanna egy-egy ellenes csodaszer, a melynek csalhatatlanságában a nag vakon hisz és attól várja tüdővészes betegeinek bizto lását, pedig nagyon is itt volna az ideje, hogy ezt az egyszer levennék a reklám piaczáról, hiszen sok idő ezen az emberiséget oly mélyen érdeklő és mérhetetlen gyakorlati kérdés megoldására.

Eltekintve a mindenféle belégzési, befecskendezési gyógyítómódoktól, melyeknek felsorolása és kritikai nagyon is túlhaladná rövidre szabott értekezésem kere tüdővész *mai nap divatos belső orvosságos gyógyitásár* saját tapasztalataim nyomán, mintegy dióhéjban ös egyet-mást elmondani.

A mi a tüdővész belső orvoslását illeti, e téren és megkisérlett orvosszerek száma egész legio. Megpró ez irányban az uborkalétől a kéksavig, a *Buchner*-t magasztalt arsentől a jodoformig minden orvosszert, d mondhatni, hogy eddig még igen csekély eredménynye

Osztályomon, hol a tüdővészes betegek száma kü utolsó nehány év alatt *rohamosan* emelkedve *évenk* 245-öt is meghaladja,[1] az ajánlott gyógyítómódok *maj denikével éveken-át* tettem lelkiismeretes megfigyelés kisérletet, mert szerintem, ha az *orvosi tudomány gya adatait* nem akarjuk szem elől téveszteni, akkor az betegek ágyánál kell keresni a megismerés és haladá hetetlen forrását, nem pedig a házinyulak és tenge kórtanában, hiszen már a nagyhirü angol bölcsész és *Verulami Bacon* is tanította a XVI. században, *hogy és az emberi élet minden terén az igazi tudás egyetlen bi tapasztalat*, a gyakorlati orvosi tudományról pedig bátr hatjuk még korunkban is, hogy „*tota medicina est em*

Mert tény, hogy — nézetem szerint — a bakt tenyésztő talajon elért eredményeket nem lehet mind nélkül az emberi szervezetre, mint élő tenyésztőtala mazni s épen azért, sajnos, a betegek ágyánál több év óta szerzett tapasztalataim nyomán nyiltan be kel azt, hogy a *tüdővész ellen ez idő szerint még megközelítőleg biztosan ható belső orvosszereink, pedig a laboratorium tólag Koch* és *Behring* stb. *már többször megtalálták.*

[1] Az állami kórház belgyógyászati osztályán 1894— jedő idő alatt 21,583 beteg között 1618 volt a tüdővé 7·41 százalék.

akkor egyik sem felel meg a czélnak. Egyébiránt a gyógyszerek, meg a különféle gyógyitómódok és elméletek bősége, *orvosgyakorlati szempontból* még nem egyértelmű a biztos eredménynyel s az orvosi tudomány előhaladásával, ez csak ferde kinövése a mai nap mindenáron gőzerővel újat produkálni akaró *divatos szellemnek* és egyes vegygyárak „*szabadalommal azonnal biztosított*“ lelkiismeretlen üzérkedési hajlamának. Én tehát *jelenleg olyan belső* vagy *külső orvosszert, mely a gümőbacillusokat a szervezet nagyfokú sértése nélkül magában a tüdőkben megsemmisítené, vagy az általuk termelt toxinokat vegyileg megkötné, nem ismerek.*

Osztályomon tüdővészes betegeimnél, különösen a 3 utolsó év alatt, a következő *újabb orvosszereket* alkalmaztuk: a *creosotot*, a *creosotalt*, az *eosotalt*, a *geosotalt*, a *guajacesint*, a *Goldner*-féle *antituberculin*-böraláfecskendezéseket, a *praevalidin* és *zöldszappan*-bedörzsöléseket, a *creosot-ichthyol*-labdacsokat, a dr. *Müller*-féle *pyroduotalin*-pastillákat, a *sirolint*, a *thiocolt*, továbbá a *Bulling*-féle belégzéseket, nehézlégzési rohamok ellen az oxaphort stb. A tüdővészes lázak ellen pedig a *pyramidont*, nemkülönben annak *salicylsavas* és *camphorasavas* sóit, továbbá a *kryophint*. A creosottal és különféle készítményeivel már több mint 15 év óta kisérletezek a tüdővész mindhárom szakában, de őszintén megvallva, *eddig még minden számbavehető eredmény nélkül*, úgy hogy ma már osztályomon alig van tüdőbeteg, a ki akár a creosotkészítményeket, akár pedig a kellemetlen szagú creosot ichthyollabdacsokat bevenné, vagy engedné a *Koch*-féle *újabb* antituberculin böraláfecskendezéseket, a melyeket *Aufrecht* legújabb művében dicsérettel ajánl.[1]

És mégis valóban csodálatos, hogy a vidéki orvosok *menynyire rabjai a creosot készítmények sablonos rendelésének és hogy mennyire vakon biznak a creosot-készítmények tüdővészellenes hatásában, ezt tartva a tüdővész egyedüli panaceájának, pedig meggyőződésem szerint gyógyító értékük absolute semmi nincs*, legfeljebb csak az emésztő csatornára hatnak károsan. Magánbetegeimnek én a creosot-készítményeket egyáltalában *nem rendelem soha*, mert alapelvem volt mindig „*non nocere*,“ a kórházban is csak kisérletképen alkalmazom, nehogy kartársaim és segédorvosaim elfogultsággal vádoljanak, legyen nekik is önálló tapasztalatuk és saját egyéni meggyőződésük ebben a creosotos korszakban

A dr. *Müller-féle pyro-duotalin*-pastillákat[2] több mint két hónapig alkalmaztam, 480 darabot használva el azokból, de sajnos, *ez a legújabb szer is cserben hagyott*, pedig készítője részéről úgy lett ajánlva, mint teljesen megbizható olyan orvosszer, „*mely nemcsak a tüdővész egyes súlyosabb tüneteit igyekszik kiküszöbölni, hanem magának a betegségnek orvosszerekkel elérhető legradikálisabb kezelését váltja valóra*“, vagyis, hogy a lázat csökkenti, a köhögést csillapítja, az izzadást szünteti és *baktericid* hatása miatt az alapbetegség okának kiküszöbölését teszi lehetővé. Azonban a hozzáfüzött reményeknek ez *a gyógyszer sem felelt meg, még csak fele részben sem.* Sic transit gloria pastillae pyro-duotalini. A *sirolin* is inkább a gyógyszerésznek, mint a betegnek van hasznára. De hiába! Most ez van divatban.

A dr. *Goldner*-féle antituberculinnak, melyet böraláfecskendezve több hónapon át alkalmaztam, szintén egyik budapesti gyógyszerész, *Ursits* volt a készítője. E szer több ideig volt a reclám piaczán, mert felfedezője, sok egyéb kitünő hatása mellett, azt is hirdette róla, hogy hat hétig alkalmazva, a tüdővészes betegeket *biztosan* munkaképesekké teszi, sőt három hónapi használat után még *meg is gyógyítja*, igen, de sajnos! csak az újságok hirdetési rovataiban, *a valóságban azonban értéktelen szernek bizonyult* s így szerencsére le is tünt a csillaga. Én több mint 15 üveggel használtam el a tüdővész különböző szakaiban, *de sikerét nem láttam egyetlen egy esetben sem.* Valóban érthetet-

[1] *Aufrecht:* Pathologie und Therapie der Lungenschwindsucht. Wien, 1905.

[2] A dr. *Müller*-féle pyro-duotalin-pastilláknak készítője *Schubert Arnold* gyógyszerész Budapesten s legújabban az ő neve alatt is van e szer forgalomban. Egy adag 40 pastillát tartalmaz, s ebből vesz be a tüdővészes beteg naponként háromszor 2—2 darabot. Értéktelen drága szer, egy adag ára 11 korona.

Mit szóljak a praevalidin- és zöldszappan-bedö hatásáról? Erről valóban „difficile est satiram non scrib

A tüdővészes betegek lázának csökkentése a gyakorló Achilles sarka, mert az tény, hogy ez ellen sikeresen k *legnehezebb orvosi feladatok egyike* s így nem csoda, ha korló orvos szinte mohón kapkod minden olyan új szer mely ezt a czélt szolgálja.

A legutóbbi két évben magam is annyi dicséneke tam a *pyramidonról* és annak camphorsavas és salicylsav hogy elhatároztam, hogy tüdővészes betegeim magas l ezekkel az agyondicsért orvosszerekkel én is kisérletez is próbáltam *hónapokon át* 25—50 centigrammos ad naponként 2—3 darabot rendelve a láz magasabb vag nyabb foka szerint, de *az eredményben általában nem vo net, mert a pyramidonnak és sóinak hatása teljesen megbi* s pedig azért, mert nem egyszer már igen kis adag is és profus izzadás tünetei között nyomta le a lázat, má gyobb adagnak is alig volt hatása, 2—3 órára csökk magas hőt, szintén bő izzadás kiséretében, *mely a betege nyira kimerítette*, hogy sokszor még napokig sem birtak hoz jönni. Most az a kérdés, hogy vajjon czélszer humánus dolog-e az a nélkül is súlyos tüdőbeteget 2 lázmentességért oly erős izzadásnak és kimerülésnek mint a milyent a pyramidon okoz?

Én már felhagytam e gyógyszerrel, de is nem ajánlo nek, különösen a magángyakorlatban nem, a hol nincs mi nél az orvos, hogy collapsus esetében *azonnal* aether befecskendezéseket adjon. Ismétlem: veszedelmes szer a py még nagy óvatosság mellett is.

Én a tüdővészes betegek lázainak enyhitésében, lenyomásában, tekintetbe véve természetesen az illető be sebb vagy gyengébb szervezetét, az *eczetes lemosásokat*, a jeges vagy csak hideg vízbe mártott és jól kifacsart *borogatásokat* a nyaktól a fancsontig terjedőleg alkalmaz intensitása szerint hol rövidebb, hol hosszabb időközök *többször* 5—15 perczenként váltogatva 2—3 órán keresz a magas hő 1—2 fokkal le nem esik, koronként tá chin. muriaticum-nak kisebb-nagyobb adagjaival, s mo hogy ez az egyszerü eljárás a legtöbb esetben valóban t bármely más *erélyesen* ható lázellenes szernél, melyne nem mindenike csakis erős izzadás kiséretében nyom lázat rövidebb vagy hosszabb időre. Az eczetes lemos lázas tüdővészes betegek szinte követelik, annyira tik őket.

Legújabban sok szó esett a *Bulling* féle belégzési g módról is. Egy év óta osztályomon alkalmazom is, de a ágyánál tett tapasztalataim azt igazolják, hogy az inha bejutott anyagok a bacillusokat *a tüdőkben ártalmatlano nem teszik* s pedig azért nem, mert a bacillusok nem n a nagyobb légutak felületén, hanem behatolnak a tüdők l szövetelemeibe is, hová a belégzett orvosszerből annyi juthat, hogy antiparasitikus hatását kifejthesse s így e g mint sikertelen, lassanként abba lesz hagyandó. Thera létjogát legfeljebb csak a torok, gége és nagyobb hörgők betegségeiben fogja megtartani.

Tüdővészes betegeinknél, kiknél egyúttal veseb czukorbetegség is van jelen, *nehéz légzési rohamok* eset *Ehrlich, Ewald* és *Senator* által ajánlott *oxaphort* alkalma mondhatom, minden figyelemreméltó eredmény nélkül; különben is *rendkivül drága* s így nem hiszem, hogy gy kincsünknek állandó tagja maradjon, le fog tünni ez annyi sok más.

A tüdővészes betegek asthmájának megfelelő e mégis csak legbiztosabb szere a morphium-befecskendezés

Tüdővészes betegeink *profus izzadása* ellen a tejet és atropint adtam kielégítő eredménynyel, a tinct viae-nak feltünőbb sikerét nem tapasztaltam, ellenben *Ké* klinikáján hatását dicsérik.

[1] Egy üveg ára 12 korona

kóros bélfekélyek okozta hasmenések majdnem csillapíthatatlanok. A tüdővérzések ellen sikeresen alkalmaztam belsőleg az inf. secale corn.-t Haller-savval, továbbá a *Bombelon* féle ergotin befecskendezéseket stb., különben mindezekről tüzetesen fentebb jelzett tanulmányomban óhajtok szólni.

Természetes, hogy tüdővészes betegeinknek, a mennyire azt a kórházi viszonyok megengedik, a lehető legjobb táplálékot és italokat nyujtjuk. E tekintetben a belügyi kormányt *a legteljesebb elismerés illeti meg*, mert lehetőleg minden áldozatot meghoz az állami kórház tüdővészes betegeinek érdekében.

Ha a most felsorolt legújabb gyógymódokat az orvostudomány alapos és lelkiismeretes művelője szigorúan megvizsgálja, úgy csakúgyan kétkednie kell abban, hogy vajjon az orvosi tudomány *a tüdővész gyógyítását illetőleg előrehaladott-e?* Vagy nem kelt-e bizalmatlanságot a gyakorló orvosban, ha azt látja, hogy mindezen gyógymódokat az illetők úgy ajánlották és még fogják is ajánlani, mint az orvosi tudomány és rationális therapia haladásának legújabb vívmányait?

A fentebb felsorolt gyógymódoknak az eredményt illetőleg legtöbbnyire a következő közös leirásuk van: *a betegek étvágya, kinézése, nehézlégzése, közérzete feltünőleg javul, a láz és hasmenés szünik, az éjjeli izzadás elmarad, a testsúly és általános erőbeli állapot gyarapszik, a köpés mennyisége napról napra kevesebb, a bacillusok legtöbbnyire eltünnek vagy jelentékenyen kevesbednek, a heveny folyamat lassubb lefolyást vesz vagy épen megállapodik, a helybeli tünetek feltünően javulnak vagy esetleg gyógyulnak s a gyógymódnak kellemetlen mellékhatásai nincsenek.*

Végül mindenik szerző lelkiismeretének mintegy megnyugtatására megjegyzi, hogy igaz ugyan, hogy a fentebbi módszer sem felel meg tökéletesen az *antiparasitikus gyógymód követelményeinek*, de az általa elért eredmény mindenesetre felbátorít a kisérletek tovább folytatására.

Szerintem pedig a most felsorolt javulás oly figyelemre méltó eredmény volna, melyet, ha tüdővészes betegeinknél bármely gyógymóddal *csak fele részben is* elérhetnénk, *nagyon is meg lehetnénk elégedve* s épen nem volna szükség naponként újabb és újabb s többször egymással homlokegyenest ellenkező gyógymódok után kapkodni, ilyenek például a pokolkő- és zöldszappan befecskendezések stb. stb.

Az orvosi tudományban jelenleg *a sanatoriumok* és *bacillusok korszakát* éljük. Nem tagadom, hogy a bakteriologia fejlődése új irányt adott a therapiának is. Ez irányt rendkivül támogatja a modern vegytan, ez adva annak erőt és súlyt. E két tan rohamos fejlődésének nagy befolyása van a gyakorlati eredmények fokozására is s a ki tudja, hogy a mikroorganismusoknak mily jelentős szerepük van a modern orvosi tudományban és hogy már *fedezését sem tartja elérhetlennek.*

De addig is, míg ez az *áldásos korszak* eljönne tüdővészes betegeinknél friss, tiszta levegőben, *megfe* és czélszerű magatartással, az egész szervezet háztart s ha képesek vagyunk őket helyes javalatokon al *kezeléssel*, az adott anyagi körülményekhez képest eg mas klimatikus és jó hygienikus viszonyok közé akkor tapasztalatom szerint megtörtént minden, a mi lusok rombolásával szemben *a szervezetet ellentállóbbá lefolyását kedvezőbbé tettük.*

Ezt a czélt szolgálnák a legújabban divatossá toriumok; én magam is hive vagyok a tüdővészes be toriumi kezelésének, mert jelenleg *mégis csak az egy* melylyel tüdővészes betegeinket a különböző betegségi sz gyógyíthatjuk vagy javíthatjuk. Azonban nézetem és t szerint már *e téren is nagy a túlzás és fényüzés.* toriumokban nem az építészet és technika müremek csodálni, hiszen a külső fény és pompa még nem gy egyetlen tüdőbeteget sem, de igenis azt óhajtanám, h pompa árán épitsünk *több, egyszerübb* pavillont, a *sorsú* tüdővészes betegeink *minden válogatás nélkül* f találhatnák a javulásukra, illetőleg gyógynlásukra szük zőket. Erre kell nekünk törekedni és nem tüdővés építésére.

Nem fejezhetem be jelen közleményemet a n kartársaim figyelmét fel ne hivjam *a tüdővészes beteg hető ütőérelmeszesedésre* (arteriosclerosis). Én körülbe óta figyelem meg ez irányban tüdővészes betegeinket zölt táblázatból kitünik, hogy *valóban milyen gyako ütőérelmeszesedés.*

Most csak az a kérdés, hogy miképen fogjuk fe jelenséget, vajjon úgy-e, mint a tüdővész következmény azon észlelete folytán, hogy tüdővészes betegek vére *tö savas meszet tartalmazna* s ez rakódnék le a vére zatába, vagy talán úgy, mint annak fenntartóját, a hiányos táplálkozása folytán?

Végül kutatnunk kell a tüdővérzések és az üt szesedése közötti összefüggést, nemkülönben, hogy az nikotinnak és bujakórnak micsoda szerepe van az ü dés és tüdővész kifejlődésében s hogy a tejivásnak olyan végzetes befolyása van-e az ütőerek elmeszese a hogyan azt *Lustig* meráni orvos állítja?

Mindezekről, valamint az ütőérelmeszesedés tüdőb séről kórboncztani és górcsövi vizsgálatok alapján, f tett tanulmányomban szándékozom nézeteimet és tapa elmondani.

Életkor szerint	1 9 0 4						1905. november hó 1.-ig.				
	Gümőkóros betegek összege			Ezek közül arteriosclerosisban szenvedett			Gümőkóros betegek összege			Ezek közül arterios szenvedett	
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő
1—10	3	8	11	—	—	—	4	2	6	—	—
11—20	19	24	43	—	—	—	25	17	42	3	—
21—30	39	42	81	3	3	6	36	38	74	6	4
31—40	30	19	49	1	6	7	34	20	54	13	10
41—50	26	7	33	3	3	6	38	7	45	13	2
51—60	20	—	20	8	—	8	11	4	15	5	3
61—70	4	3	7	1	3	4	4	2	6	3	2
71—80	—	1	1	—	1	1	3	—	3	2	—
81—90	—	1	1	—	1	1					
Összeg	141	105	246	16	17	33	155	90	245	45	21
				11·33%	16·15%	13·41%				29·02%	23·32%

Irta: *Ónodi A.* dr., egyetemi rk. tanár.

A mi az orrsövény elsődleges gümókóros elváltozásainak gyógykezelését illeti, úgy a magunk részéről a positiv szövettani kórisme alapján mindig az endonasális curettage mellett foglaltunk állást és tőle recidivák mellett is eredményt láttunk. Egyéb gyógykezeléseket is alkalmaztak, a mire később még visszatérünk. Egy felette érdekes és tanulságos eset kapcsán teszem fejtegetés tárgyává az elsődleges gümókóros orrsövény sebészeti kezelésének kérdését. Az esetet az a körülmény is tanulságossá teszi, hogy a klinikai kép s a kimetszett részek mikroskopi vizsgálata az orrsövény rákos elváltozása mellett szólt és a gyökeres sebészi beavatkozás is ezen az alapon történt.

K. J., 60 éves férfi, 1904. április hó végén jelentkezett nálam Jannovitz dr. kartársam kíséretében. Állítása szerint egy évvel ezelőtt baloldalt egy kis vérzést vett észre, mely nehányszor még ismétlődött csekély mérvben, azután megszünt. Fájdalmat nem érzett. Egy alkalommal kellemetlen kaparó érzés miatt tükörben megnézte az orrát és akkor a középen kis kiemelkedést látott. Egy kenőcs alkalmazására ezen kellemetlen érzés megszünt. Ilyen állapotban házi orvosa, Hartmann dr. kartársam tanácsára felkeresett. A vizsgálat a jobboldali orrüreg rendes voltát, a baloldalon azonban az orrsövénynek feltünően nagy elváltozását tüntette fel. Ezen elváltozást, mely a rosszindulatú daganat benyomását tette reám és előzőleg más szaktársamra is, kinél a beteg szintén megfordult, képünk mutatja, úgy a mint az a környező egészséges orrsövényrészekkel együtt lett eltávolítva. A leirandó elváltozás nagyobbrészt a porczos orrsövényre szorítkozott, a hártyás orrsövény szabad, mozgatható, nyálkahártyája sima, ép volt. Az ép nyálkahártyából élesen körülirva 5 mm.-nyire kiemelkedő, tömött tapintatú szélekből egyes nagyobb részeket vizsgálat czéljából kimetszettem. Jannovitz kartárs intézkedett a szövettani vizsgálat megejtéséről, melyet Vas Bernát dr., egyetemi m. tanár végzett; a lelet következőleg szólt:

N. sz. 934. Budapest, 1904. április 15.-én. A vizsgált szövet metszete: kötőszöveti stromában beágyazott, különböző szélességü és hosszúságú hámcsapok, melyekből gömbsejtekkel helyenként dúsan infiltrált kötőszövetbe fonalszerű hámkötegek nyúlnak be, melyek eltérőleg a hámcsapokban foglalt hámsejtektől, polymorphismust mutatnak különböző magoszlási alakokkal.

Véleményem szerint a kiirtott képlet papilloma, melynek egyes részein a fiatal burjánzások heterotopia hajlamával birnak vagyis carcinomába kezdenek átmenni. Ez a körülmény kell, hogy a további teendőkre és az eset megbirálására nézve irányadó legyen.

Ezen lelet és a klinikai kép alapján végeztük a betegen a gyökeres műtétet május 6.-án.

A műtétet helyi érzéstelenítéssel a beteg nagyon jól türte, az orr bőre aethylchloriddal, az orrsövény 1‰ s ardenalinnal és 20%-os cocainnal lett érintve. Az orrüreget a középvonalban hasítottuk fel; az így nyert téren át feltünt, hogy az orrsövény kóros elváltozásán kivül, felette, szorosan az orrcsont alsó harmadában még egy rejtett gócz, egy sarjtömeg van. Ez okból a baloldali orrcsont alsó részletét eltávolítottuk, az orrcsont és a felső állcsont homloknyújtványát osteoplastikus resectioval a bőrlebenynyel felhajtottuk. s ezután teljesen áttekinthető lévén az egész baloldali orrüreg, miután a jelzett kis gócz az orrcsont alsó harmadának területében egy kis csontrészlettel együtt el lett távolítva, a daganatot tartalmazó orrsövénynek egész porczos részét és csontos részletéből is egy darabot resekáltunk az ép környezettel együtt. Az ép sebszél környezetét 5—10 mm. terjedelemben thermocauterrel elpusztítottuk.

A börseb összevarrása, tamponade, öblítések után a beteg per primam gyógyult és 10 nap után jó karban hagyta el a kórházat. A beteget egy év után láttam, a midőn orrürege teljesen rendben volt, az orrsövény szélei szépen behegedtek, csupán az orrnyilás szélén mutatkozott csekélyke elváltozás, melyet curettage-zsal rendbehoztam. A tüdők részéről elváltozások sem a műtét előtt, sem utána észlelhetők nem voltak.

vizsgálatot Genersich Antal tanár intézetében Entz Be
temi tanársegéd volt szíves végezni és róla a következők
számolni:

Az orrsövény kimetszett részlete 38 mm. hosszú, 30 mm. széles és körülbelül 12 mm. vastag, rendetlen sokszögletü szélei körös-körül élesen metszettek. Az orrsövény jobb oldalán a nyálkahártya középvastag, alsó harmadrészében kissé erősebben előduzzad. Az orrsövény porcza a széleken 1½—2 mm. vastag csík alakjában mindenütt jól felismerhető. Baloldalt a nyálkahártya körös-körül duzzadt, de a széleken keskeny szegély alakjában még felismerhető.

A többi részlet erősen megduzzadt s a daganat al
kiemelkedő nyálkahártyarészlet felülete alul és hátul mé
bár finoman dudorkás, a hátsó felső részén a nyálkahártyá
szem—borsónagyságú, sima felületü dudorok vannak, míg
és felül egy rendetlen alakú, egészben felülről lefelé hosszú
mintegy 25 mm. magas és 10 mm. széles fekély van, a
széle mellül alávájt s felül az említett dudorok által kép
hátul letetőzött, alapját finoman szemcsézett szövet alkotja.
zanat metszéslapján kitünik, hogy az egészen egynemü,
szürkés-fehéres vagy szürkés vöröses szövetből áll, melyb
szemcsék nem láthatók.

Az egész orrsövényen a duzzanaton s a kifekél
részleten keresztül készített metszeteken kitünik, hogy jo
az orrsövény nyálkahártyája egészen ép, felületét a
többrétegü laphám borítja, melynek sejtjei a mélyebb rét
egészen szabályos hengersejtek, a felület felé rendetlen
letüek, kissé fellazultak. E sejtek magvai is erősen zsug
rendetlen alakú rögöket képeznek. A hám az alatta fekvő
sejtesen beszüremkedett kötőszövettől mindenütt élesen
különítve. A mélyebben fekvő kötőszövet durva rostos, s
ségben fokozatosan átmegy az egészen durva, egynemü r
álló porczhártyába, melynek rostjai igen sejtszegények,
felületesebb kötőszövetrétegek dúsan át vannak hatv
bölyded vagy orsóalakú magvakkal biró kötőszöveti sejtek
gyuladásra utaló gömbsejtes beszürődés a kötőszövetben
fuse, sem a meglehetősen nagyszámú, vékonyabb vagy
gabb falú vérerek körül nincs. A nyálkahártya kötősz
fekvő számos nyálkamirigy szabályos rendben egymásmell
kúpalakú vagy sokszögletü mirigyhámsejtekből áll, mel
zött szük, csatornaszerü lumen látható, a mirigyek kivez
vét hol alacsonyabb köbalakú, hol igen magas hengeralakú
bélelik, néhol több sorban.

Az orrsövény porcza feltünőbb elváltozást nem
porcztokokban levő porczsejtek kissé zsugorodtak, itt-ott s
szemcsézettek, néhol a porcz alapállománya is füstszerü
szemcsézettséget mutat. A szemcsék néhol határozottan
való elrendeződést tüntetnek fel.

A kóros oldalon a felületet borító sokrétegü laphám
szinén vékony elszarúsodott réteget tüntet fel, a hámrét
szersmind jóval vastagabb mint az egészséges oldalon, s
kifejezetten tüskés sejteket is találunk, a melyeknek jól k
magjuk s többnyire egy-két élesen körvonalozott magocskáj
feltünő egyszersmind az is, hogy a hám itt igen mélyen
a mirigykivezető csövekbe.

A nyálkahártyának a hám alatt következő kötőszöve
hol finomabb, hol durvább, itt-ott egészen egynemü hyali
tokból áll, valamint a nyálkahártyában levő mirigyek köt
is, egészen át van hatva gömbsejtekkel. E gömbsejtek egym
körülbelül akkorák mint egy vörösvértest s jóformán c
nagy magból állanak, melyet alig vesz körül némi kevé
plasma, több, rendszerint a mag felületén elhelyeződött
kával birnak.

A nyálkahártya mirigyei kúp- vagy pyramisalakú,
tősen magas sejtekből állanak, melyeknek magja többnyir
alapja felé fekszik, a sejtek protoplasmája finoman szem
A mirigykivezető csöveket igen magas hengeralakú sej
rítják. A sejtek ovális magja a sejt basalis felében a

finoman szemcsézett, a van Gieson-eljárással élénk sárgára festődik s a kivezető cső üre felé vékony cuticuláris hártyával van borítva. A kivezető csövek több sejtje kehelysejtté alakult át, nagy nyálkacseppet tartalmaz. Míg azonban a nyálkahártya e rétegei csak a széleken ismerhetők fel, a porczhártya vastag egynemü kötőszöveti rostjai egész folytonosságukban mindenütt jól megismerhetők.

Ezen vékony ép nyálkahártyaövön belül közvetlenül a porczhártyára egészen idegenszerü szövetnövedék borul rá, mely az ép nyálkahártya kötőszövetével összefüggő vékony kötőszöveti sövények által kisebb-nagyobb rekesztékekre, folliculusokra van osztva. A kötőszöveti sövények mentén kitágult, egyrétegü endotheliel bélelt véredényeket is találunk, a szövetképződmény mélyében azonban úgy a kötőszöveti sövények, mint a véredények is elvesznek s az egész egy tömeggé olvad össze. Az újdonképződött tömeg sejtjei a folliculáris beosztáson kivül valami finomabb szabályos elrendeződést csak annyiban mutatnak, hogy a folliculusok szélén — a hol azok még megismerhetők — inkább gömbölyded, azok belsejében inkább orsóalakú sejteket kapunk. A folliculusokban levő gömbsejtek igen különböző nagyságúak, magvaik rendetlen alakúak, helyenként szabálytalan rögökké zsugorodnak össze, nagyon chromatindúsak, e gömbsejtekben a magocskák már nem ismerhetők oly jól fel, mint a kötőszövetben szétszórva levő gömbsejtekben. A gömbsejtek sokhelyt egymással párhuzamosan haladó sorokban látszanak elrendeződve lenni. A gömbsejtes övön belül különböző irányban haladó, hol orsóalakúnak látszó, hol nagy lapos epitheloid sejtek következnek, a melyeknek nagy orsóalakú magja finom chromatinhálózattal bir.

A sejtek igen különböző irányban keresztül-kasul feküsznek, néhol azonban concentrikus rétegek alakjában borulnak egymásra. Helyenként a sejtfészkek belsejében néhány otrombatestü óriás sejtet is kapunk, a melyek a környező sejtektől nincsenek élesen elhatárolva, mert protoplasmájukból hol vékonyabb, hol vastagabb nyúlványok hatolnak a többi sejt közé. Ezen óriássejtek protoplasmája finoman szemcsézett, benne néhol rendetlen alakú apróbb vagy nagyobb tarkás rögök feküsznek. Az óriás sejtek testében levő számos ovális vagy kerek mag koszorú vagy félkör alakban van elrendeződve, a magvakban többnyire egy-egy élesen körülirt magocska vagy finom chromatinhálózat látható. Mind e sejttömegek elég dúsan át vannak hatva polynucleáris sejtekkel.

Daczára a szövetnövedék vaskos voltának, benne sem sajtosodásnak, sem egyéb elfajulásnak semmi nyomára nem akadtunk.

Ezen szövettani lelet kétségkivül bizonyítja, hogy esetünkben az orrsövénynek tuberculomájával van dolgunk. Hogy az első szövettani lelet és vélemény a rosszindulatú daganatnak, a ráknak megfelelő gyökeres sebészi beavatkozást vonta maga után, a betegnek csak javára vált, különben is a tuberculoma nagy kiterjedése és az említett magasan fekvő rejtett gümös gócz a végzett gyökeres beavatkozást amúgy is javalta volna. Erre még visszatérünk. Röviden megemlítjük, hogy az orrsövényen a fekélyesedő alak a ritkább, gyakrabban találkozunk a proliferáló alakkal, a tuberculomával. Idevonatkozó eseteket *Fränkel, Chiari, Hasslauer, Ónodi, Hajek, Silberstein, Grönbeck, Prota, Bar, Texier, Bronner, Hinsberg, Thomas, Massei, Beck, Pasch* közöltek. Ezen esetek és az ismert klinikai és diagnostikai viszonyok fejtegetésétől eltekintünk, csak az orrsövény elsődleges gümökóros elváltozásának gyógykezeléséről kivánunk megemlékezni. A gyógykezelés többnyire a gümös sarjaknak, tuberculomáknak kacscsal és éles kanállal való eltávolításából, kikaparásából áll. Ezt követi az edzés, a tejsavval való kezelés. Egyébként a különféle edző eljárásokat sebészi beavatkozások nélkül is alkalmazták. Vannak, kik a tejsavtól láttak eredményt, mások ennek az ellenkezőjéről győződtek meg. Megjegyzendő, hogy erélyes kaparások és a kóros elváltozások gondos eltávolítása után ismételten észleltek recidivákat. Diffus gümös beszürődés és nagyobb kiterjedés esetén, a mikor *Pasch* a teljes kimetszéstől eltekint, a pyrogallus savat alkalmazza és ajánlja, mint a mely a folyamatra jól hat, ha tartósan nem is gyógyítja. A *Lermoyez* és *Mahu* ajánlotta kezelést forró levegővel eddig csak lupusban alkalmazták, az orr nyálkahártyájának gümökórjában még nem. *Beck* a radium alkalmazását esetekben, különös eredmény nélkül.

A mi eseteinkben eddig kivétel nélkül a szö
gálat alapján az endonasális sebészi eltávolítást végez
lyes currettement-t, és pedig legtöbbször recidiva nélkü
nyel; egy kisebb részében az eseteknek a recidiva en
bekövetkezett, ilyenkor újbóli beavatkozás eredmén
Pasch, a ki nagyobb számú esetről tud beszámolni, tal
meg, hogy a recidivák kérdésénél nem annyira a mély
bacilláris gümös góczok, hanem inkább a fel nem is
initiális góczok szerepelnek. Egy esetében a recidiv
teljes áttekinthetőség miatt, továbbá a kóros elváltozás
eltávolítása miatt az orrüregnek a középvonalban va
végezte. Az eljárás a mi esetünkben, a mely a vázolt
között került gyökeres mütétre és kedvezően végződö
talál a gümös elváltozás nagyságában és a latens
jelenlétében. Azért a magunk részéről, midőn az orrs
leges gümökóros elváltozásainak gyógykezeléséről v
kiterjedésénél és az orrüreg áttekinthetőségénél az
sebészi eltávolítás mellett foglalunk állást, azon esete
midőn az elsődleges gümökóros elváltozás nagy kite
tökéletlen áttekinthetőség mellett az orrüregben la
gócz jelenléte nem zárható ki, mint esetünkben, más
ugyan, szintén az orrüregnek a középvonalban való
kell az orrcsontnak és a felső állcsont homlokny
osteoplastikus resectioja és a gümősen elváltozott or
letnek resectioja végezendő. A feltárás a latens gü
felderítését lehetővé teszi ugyan, de az orrsövényrészl
tioja biztosítja a kóros rész gyökeres eltávolítását, a
szerü kaparásról nem mondható, mert azon a terület
góczok a mélyben vissza is maradhatnak. Midőn
csán ezen gyökeres sebészi eljárásra hivtuk fel a
orrsövény elsődleges gümös elváltozásának megfelel
egyszersmind tanulságosnak tartjuk az esetet klinikai
az első histologiai lelet alapján megállapított ja
végrehajtott gyökeres mütét miatt. Messze vezetne a
tekre alapitott javalatokat és esetleges következményeik
a födolog mindig az marad, hogy a szöveti lelet, h
nak nem is felel meg, irányító hatásában a betegne
legyen. Esetünkben csakugyan egyfelől hasznára vál
másfelől felhivta a figyelmet az orrsövény elsődleges
tozásainak megfelelő eseteiben a gyökeres feltárásra
tiora.

Magyar Bridgman Laura.

Irta: *Szily Adolf* dr. rk. tanár.

A látás és hallás együttes eredeti hiánya vagy
tése által az emberi lény az élő világ közepette ross
be jut, mintha mély tömlöcz magányában volna, me
hogy lelki viszonya környezetéhez végtelen szegény
ezer folyton változó külső befolyásnak van kitéve,
érthetetlensége zavaros izgalomban tartja. A szerenc
szetesen néma is, és értelme oly sötét éjbe borult,
képest az állat magasabb rangú harmonikus lénynel
Ilyen állapotban volt Bridgman Laura (ki második
„vörhenyláz“ következtében nemcsak megvakult és
hanem szaglását és izlését is nagy mértékben elvesz
Samuel Gridley Howe dr. öt nyolcz éves korában felv
Perkins-vakokintézetébe, hogy alávesse egy általa ki
dagogiai kisérletnek. Ez a cselekedet, eredményének
sége folytán, az emberiesség megnyilvánulásának
emlékezetes példájává lett. Howe azáltal érte el cz
siket-vaknak beszédet adott. Ez a siket-némák *uj*
melyet Laura tapintó érzékével megfejteni és mások
adni tanult. A közlés ezen módja olyan kielégítő
gyermekben nemsokára felébredt rendkivüli tudásv
szellemi tehetsége a lehetséges irányokban nem sejtett
bontakozott ki. Dickens 1842-ben, amerikai útjáról s
ben, meghatóan irta le találkozását az akkor 12 éve
Laurával, ki időközben kedves, vidám és eszes leány

jedelmesebb összefoglaló közleményben fogok beszámolni. Itt, egyelőre csak a teljesen egyenrangú eredményeket akarván kiemelni, megemlítem Franciaországból Heurtin Máriát, kit a larnay-i kolostorban neveltek, hol még most is tartózkodik, és kiről Louis Arnould olvasásra méltó tanulmányt (Une âme en prison) irt; Németországból Schultz Hertha-t, kiről saját nevelője, Riemann G. („Taubstumm und blind zugleich" című iratában) értekezik; és végül Keller Helén-t, az amerikai nevezetességet, azt a geniális leányt, ki alig 21 éves korában érdekfeszítő önéletrajzával (The story of my life) az amerikai angol irodalmat értékes művel ajándékozta meg.

Több mint egy éve már, hogy egy magyar paedagogusnak is feladatává lett, ilyen vak és siket gyermeket nevelni. Az eddig elért eredmény ezen az előbb említettektől bizonyos tekintetben eltérő esetben oly nagy, hogy már most is különös figyelmet érdemel.

1904 nyarán hozták hozzám Egri Margitot, egy jól fejlődött 7 éves leánykát, ki négy hónap előtt meningitis következtében megvakult és megsiketült. Már a vizsgálat elején kiderült, hogy nála a látóképesség a fényérzésnek legutolsó nyomával együtt végleg elpusztult; de megmaradt még a hallásból valami, annyi, a mennyi legalább időnkint fülbekiabálás által lehetővé tette, hogy az ember magát vele némileg megértesse. Azonban fülorvosi vélemény szerint a siketség szintén gyógyíthatatlan és teljes kifejlődése feltehető volt. Minthogy a gyermeknek beszélő képessége akkor még, korának megfelelőleg, teljesen ép volt, ennek megtartása érdekében a gyors cselekvést fölötte szükségesnek láttam.

Egy nemes emberbarát tettrekész segítségével Egri Margit egy a vakok és siketnémák tanítása terén elismert fővárosi szakembernek, Adler Simon úrnak vezetése alá került. Ez velem egyetértve sürgős feladatnak tekintette, egyrészt a hangbeszédnek megbecsülhetetlen képességét a gyermekben megtartani, másrészt oly módszerről gondoskodni, mely a közlést vele szemben is könnyűvé és kielégítővé tegye. Lelkesedéssel fogott művéhez. Igaz, hogy a munka kezdete bizonyos tekintetben aránylag könnyebb volt, mint az előbb említett esetekben, a mennyiben Egri Margit abból az időből, mikor még látott és hallott, jelentékeny számú tiszta fogalmat hozott magával jelen állapotába; azonkivül az a kevés, a mi megmaradt hallásából, a míg jelen volt, a gyermek első útbaigazításában megbecsülhetetlen segédeszköz volt. De ezzel szemben aránylag nehezebbnek tetszett kezdetben a tapintóérzéket, mely a többi ismert esetekben már korán vagy kezdettől fogva ösztönszerűleg vezérszerepet vitt a tájékozódásban és felismerésben, ebben az esetben helyettesítő tevékenységre szoktatni. Mindamellett meglepő volt, mily gyorsan megtanulta a gyermek, hogy beérje a felismerés számára megmaradt érzékeinek benyomásaival, és mily korán némult el fájdalmas sóvárgása elvesztett szemevilága után.

Rövid idő alatt Egri Margit a domborbetük olvasását és rakását, valamint a Braille-irást és olvasást elsajátította. Kezdettől fogva csak hangosan volt szabad olvasnia, egyrészt, hogy ezáltal a hangbeszédet folyton gyakorolja, másrészt, hogy így az olvasás közben szerzett sok új fogalomnak elnevezésével szókincsét is gazdagítsa. Minthogy hallása, a mint sajnos, várni lehetett, nemsokára rosszabbodott és most már teljesen hasznavehetetlen maradványnyá fogyott, a gyermekkel való érintkezés számára egy ujjbeszédnek begyakorlásához kellett fogni. Eltérőleg az ismert esetektől, nála, legalább egyelőre, nem a siketnémák ujjbeszéde nyert alkalmazást, mert ez nálunk úgyszólván elavult, a mennyiben már évtizedek óta elhanyagolják a siketnémák tanításában az ajk-beszéd mellett; hanem, hogy a siketvak leánynak mégis lehetőleg tág érintkezési kör legyen biztosítva, az említett czélra a már általa ismert Braille-irásjeleket használták fel, melyek segítségével jelenleg minden iskolaszerűen nevelt vak társaloghat vele. A tapintófelület, mely az irásjeleket felveszi, a kéz 3—5. ujjának tenyéri felülete. A Braille-irást nem ismerők számára megjegyzem, hogy a három ujj a kis ujj felé a három sort helyettesíti, melyekbe a pontokat kell rakni. Minden egyes ujjnak érintése pontot jelent a megfelelő sorban. Számos betűnél, melyeknek pontozásában a középső sor is be van fog-

módja igen könnyü és gyors, annál inkább, mert Egri a ki ahhoz van szokva, hogy minden ujjaira irt szót h ejtsen ki, a közönséges kifejezéseket többnyire már az els után, sőt nem ritkán az egész mondatot pár szó után kitalálja és kimondja Így a hozzá beszélőt folyton rövi képesíti, miáltal a beszélgetés gyorsul. Nekem valódi ör gyermekkel ilyen módon társalogni.

Egri Margit korához képest szellemileg igen jól f Oly ismeretek fölött rendelkezik, melyek más hasonkorú érzékü gyermeknek is dicséretére válnának. Különösen a kifogástalan orthographia irásbeli dolgozataiban és levelében, melyeket előszeretettel ir. Mindig vidám és el hálás és gyengéd ragaszkodást tanusít mindenki iránt, barátságosan bánik. Említést érdemel, hogy mint azel idejében, most is nagyon szeret szépen ruházkodni; ha tóban van vagy látogatót fogad, időnkint megtapogatja hogy meggyőződjék, vajjon kellő rendben van-e a külsej milyen pusztulásnak indult volna már eddig is ezen értelmi képessége, ha érzéki korlátoltságával eredeti viszo kellő vezetés nélkül tovább él, azt pontosan meghatározn nem lehet; de abból a tényből, hogy a gyermeknek hallásának felügyelete híján máris hamis hangsúlyoz szenved, mégis némileg következtetni lehet arra az szellemi visszafejlődésre, mely a siketvaknak és valószinü sokára némának lelki elszigeteléséből okvetlenül eredt vo

Némelyek ezt a kettős érzékhiányt a természet ál dezett kegyetlen kisérletnek nevezték, melynek az érte vonatkozólag nagy jelentőséget tulajdonítottak. De csak szeti mükedvelőnek meggondolatlansága láthatja ezekben tekben a nativismus (a veleszületett fogalmak) tanának tékát. Ugyanennyi jogosultsággal használták fel klerikalis Heurtin Máriának, a születéstől fogva siketvak leányna fejlődését messzemenő apologetika javára. Tudtommal ezz ben még senkinek sem jutott eszébe, hogy az ilyen sik s különösen Bridgman Laura, a Condillac által (Tr sensations) képzelt, bensőleg szabályosan organizált, emb kel biró *szobrot* testesitik meg, abban a stádiumban, kizárólag tapintó érzékének segítségével érintkezik a kül Condillac éles észszel bizonyítja be, hogy ilyen lény, s által vezetve, okvetlenül számos fogalomhoz jut; és hogy a *beszéd* hiányzik nála (rendszeresen alkalmazott jelzésel hogy képes legyen ezeket a fogalmakat meghatározni é lyokba foglalni, a mi alapját képezi a tudásnak. Mi pedi hogy csakugyan a *beszéd* az, mi a siketvaknak lelkét felsz Ezen esetek kétségen kivül tartalmaznak kutatni valót dául: min alapszik a tapintóérzéknek fokozott müködés itt főképen közvetíti a külvilág felismerését (ingerküsz keinek mérése)? Vagy az associatio viszonyainak átalak agyban, melyre a kerülő úton végbemenő szellemi kö utal? Ilynemü kérdések mindig komoly érdeklődésre ta igényt. Legfontosabb ezen a téren mégis a *paedagogu* dése, kinek müvészete a borzasztó érzéki korlátoltságban dőnek megmenti emberi méltóságát. Ha eredményéről b mintegy okiratot szerkeszt, mely nem engedi meg, hogy az emberi szív altruismusában valaha elvesszen.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kó bőrbeteg- és bujakóros-osztályáról.

A spirochaetákról.[1]

Irta: *Róna Sámuel* dr., egyetemi rk. tanár.

A syphilis aetiologiájának kutatásában a mostani ismét etappe-ot jelent. Az utolsót-e, ki tudná azt ma dani? Mert 24 évi orvosi működésem alatt már többszö egy ponton megállapodnunk, azt hivén, hogy az már nyugalmi pont.

[1] Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesületben 1905. hó 28.-án.

mennyi munkát pazaroltunk örömmel keresésükre és kimutatásukra, a midőn *Alvarez* és *Tavel* egyszerre összetörték bizalmunkat.

Azután sok-sok ideig kihaltnak látszott a kutatási szenvedély, és csak mintegy 1½ évtizeddel később, 1901-ben mert ismét egy-egy autor: *Jullien* és *De Lisle*, majd *Joseph* és *Piorkowsky* 1—1 felfedezett syphilis-bakteriummal előállani. Ezek felett is csakhamar napirendre tértünk. De most már nem nyugodott a buvárkodás szelleme és csaknem egy időben több elme tört egy czél felé. Ugyanis az előbbi autorokkal egyidejüleg *Adrian*, *Hügel* és *Holzhauser*, majd *Neisser* újra a rég letárgyaltnak hitt *állatoltásokhoz* fogtak, hogy talán így férközhetnek közelebb az aetiologiai tényezőhöz is. Évtizedek előtt végzett állatoltási kisérletek negativ eredményei alapján abban állapodtunk meg, hogy a lues tisztán az *ember* betegsége, azt az állat, még a majom sem kaphatja meg. És ime ezen újabb kisérletezők malaczairól azt hittük, hogy kivételt tesznek és gyönyörü általános *erythema annulare syphiliticumot* mutatnak a beoltás után. A kiméletlen állatorvosok csakhamar minden illusionkat elrontották. Ezen erythema a malaczok banális erythemája volt!

Mehettünk tehát ismét tovább. 1903-ban azután *Roux* és *Metschnikoff* újból a majmokhoz fordulva, azzal lepték meg az orvosi világot, hogy a syphilis virusa nemcsak az *anthropoid*, hanem az alacsonyabb rendü majmokra, a *makakusokra* is átolthato. Erre azután több helyütt, hol pénz és majom volt, így Breslauban, Berlinben, Bécsben megindult a majmok syphilisatioja és folyik szivósággal és úgy látszik eredménynyel, de még nem véglegessel, a mit feszült figyelemmel vártunk és várunk ma is.

Ezen általános feszült figyelem közben került néhány hóval ezelőtt két újabb búvár – *Schaudinn* és *Hoffmann* — felfedezése révén egy *spirochaeta-faj* a felszinre, mely, miután keresésséhez sem majom, sem pénz nem kell, folyton növekedő hullámokat ver és mindinkább több és több szakember figyelmét köti le.

Engem azonban nemcsak mint figyelő állásban levő szakembert érintett a kérdés, hanem mint direkt érdekeltet is, a mennyiben ezen autoroknak legfőképen azon *spirochaeták* ellen kell a sajátjukat megvédeni, melyekről én e helyen 1902-ben tartott és 1903—1904-ben az Orvosi Hetilapban és az Archiv für Dermatologie und Syphilis folyóiratban közölt előadásomban foglalkoztam. Ezekre figyelmeztetett *Ehrmann* tanár már a májusi bécsi spirochaeta-vitában is, óvatosságra intve.

Fenti autorok maguk állitják, hogy a mikor 1903-ban vizsgálataikhoz fogtak, absolute nem volt tudomásuk ezen spirochaeták létezéséről, azaz nem tudták, hogy mások az övékéhez hasonló spiroehaetákat már ő előttük nemcsak *nem syphilises* egyének *buccalis és egyéb laesióiban, hanem ép genitaliákon* is találtak.

Ez indított arra, hogy ma, a midőn feladatom a *spirochaeta pallida* megvilágitása, előbb röviden és általánosságban a többivel is, azok hovátartozásával, szerepével is foglalkozzam. Azt hiszem ugyanis, hogy csakis így leszek képes az egész kérdés jelentőségéről hü képet adni.

A legelső autorok között, a kik normális és pathologikus viszonyok között *emberen spirillumokat* találtak, *Bókay Árpád*-ot kell említenem, a ki már 1880-ban „*A köpetek kórjelzéstani szempontból*“ czimü monographiájában irja, hogy úgy mint *Jaffé* és *Leyden*, ő is talált a szájban maradt ételmaradékokban, valamint *tüdőüszkösödésnél* a köpetben spirobakteriumokat; különösen ez utóbbinál két esetben élénk fúró mozgásokat végző *spirillumokat* látott. Minderre a többi autor csak később jött rá.

Én magam a *genitális spirochaetákra* a következő módon akadtam. A mint azt e helyen 1902-ben előadtam, egy sajátszerü, a férfiak és nők genitaliáin előforduló *gangraena* — melyet addig mindig az „ulcus molle“ elfajulásának tartottak, sőt a legtöbb tankönyv még ma is tart — aetiologiájának kutatása közben v. *Herff* és *Grenser*, majd *Matzenauer* dolgozataira bukkantam, melyekben ezen kóralak a régiek *nosocomiális gangraenájával* azonositttatik. Ez vezetett engem azután a *nosocomiális gangraenával* való foglalkozásra és ennek *Vincent* által 1896-ban *tüdő-gangraena* vizsgálatára.

Mindezen esetekben egy *fusiformis bacillus* és eg (némelyek szerint *spirochaeta*) *symbiosisa* vétetett fe gyanánt. Miután azonban *Matzenauer* dolgozatában azt, hogy a genitális gangraenából vett fedőlem nyeken a *spirillumokat* is megtalálta, ez alkalmat adott (a ki azt állitá, hogy spirilliumok csak a szájürben comiális gangraenánál fordulnak elő) arra, hogy enn kétségbevonja a szóbanforgó genitális gangraena nosocomiális gangraenához való hozzátartozását. *Mat* ezen mulasztását és *Brabec*-nek ezen tévedését én hoz a mennyiben kimutattam, hogy spirillimok ezen ge graenánál is mindig tömegesen jelen vannak a felület hoztam, hogy *Berdal* és *Bataille* 1891-ben, majd *Cs* lyomon 1896-ban számos *balano-posthitis areatánál*, s utóbbi *balanitisnél*, *clitoritisnél* is tömeges és végül, hog *Krönig* 1897-ben a rendes hüvely váladékában is ta számban spirillumokat.

Miután azonban ezen 3 adaton kivül a spirill genitaliákban való előfordulásáról más adatra az i nem bukkantam, meggyőződést szerzendő mindezen jelentőségéről, kiterjedt vizsgálatokat végeztem (120 pedig csak mikroskopilag, mert tenyészteni azokat al lehetett semmiféle talajon

Igy jöttem rá a következőkre:

1. „Hogy spirillumok nem csupán a szájban és a nosocomiális gangraena laesiojában fordulnak elő, közönségesek a genitaliák lobos, leggyakrabban balan matainál is, sőt, ritkán ugyan, még látszólag ép geni hártyákon is.

2. „Most, miután müvileg nem tenyészthetők és alakra és festődésre pedig egymástól nem különbözn és Bataille által a balano-posthitis areatára jellemzőn előidézőnek mondott spirillumokat nem különithetjük e talált spirillumoktól.“

3. „Hogy legtöbbször együtt észlelhetők egy eddig le nem irt félholdalakú, Gram-negativ, saválló bacillu

4. „Hogy ezen bacillusokat és spirillumokat lehet az ulcus gangraenosumnál a kaparékban csakne turában található bacillusoktól és spirillumoktól elkülö mint nem lehet a bacillusokat ugyancsak az ulcus ga szövet-metszeteiben találtaktól különválasztani.“

5. „Hogy legállandóbban hiányzik úgy a spiril félholdalakú bacillus a biztosan streptobacillus álta szabadon fekvő, és balano-posthitistől nem kisért fekélye sankerek) kaparékában, sőt még a balano-posthitis sankerfekély kaparékában is legtöbbször (9 eset hiányzik, mintha a streptobacillus nem türné meg mellett.“

6. „Ha ezek után e mikroorganismusok jelentő geljük, egyelőre csak arra az eredményre jutunk, ho ugyan megannyian azonosak, a genitaliák különböző lob tizáló folyamatainál — úgy látszik az ulcus (moll kivéve — legtöbbször nagy számban jelen vannak.“

Ezen közleményem óta figyelemmel kisértem bacillusokkal és spirillumokkal foglalkozó közleménye nösen azt szerettem volna megtudni, a mi addig még dés volt, hogy minő szerepet játszanak tulajdonképen a kóros laesiók előidézésében, és hogy egy és ugyan riumot képviselik-e ?

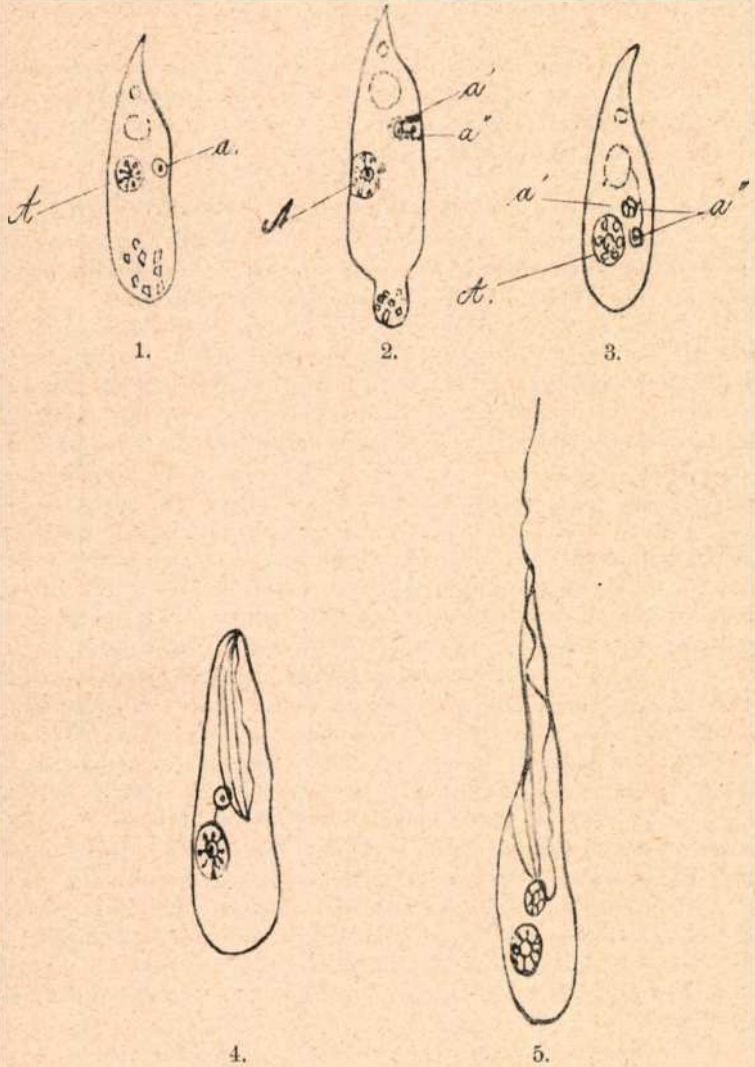
Vincent ugyanis, a ki legelőször foglalkozott kérdéssel, bár a fusiformis bacillusok pathogenitásá fősúlyt, súlyt helyez a *spirillumokkal való symbiosisra* i ben ezen symbiosis erősíteni látszik a bacillushatást, m hogy ezeket csakis a felületen a nekrosisos lepedékb alig nehány példányban a mélyben találta. E nézetén zám f. évi április 18.-án intézett levelében és május keiben is kifejezést.

A mig tehát a spirillumok első beható ismertet így nyilatkozik szerepükről, a mit az én leleteim is

ugyancsak 1898-ban *Abel* a spirochaetákat határozattan csak *Krankheitsschmarotzer*-nek tartja, addig mások a symbiosist csakugyan obligatnak mondják, sőt a spirillumot tartják fontosabb és vezető pathogen bakteriumnak.

Ugyanis e mellett látszottak szólni *Perthes*, de különösen *Krahn* és legujabban *Buday* leletei. Buday szerint nománál „az élő szövetekben mindig a spirillum van legnagyobb mennyiségben, és ez halad legtovább előre, tehát ez vezet, ez készíti elő a talajt a bacillus fusiformis megtelepedésére. Olyan tömegben van a spirillum, már az aránylag ép szövetben is, a hol a bacillus fusiformis még nincsen, hogy ezen képek alapján Buday szerint *kénytelenek vagyunk a spirillumoknak adni a legfontosabb szerepet az elhalás terjedésében.*

Egy endoglobularis haematozoa ookinetjének átalakulása trypanosomává. (Schaudinn után.)



A mint említém, sem Vincent, sem én nem találtuk ezt, azonban ma igazat kell adnom *Buday*-nak, hogy festésünkben volt a hiba, mert úgy *Buday*, mint *Feldmann* metszeteiből meggyőződtem arról, hogy a spirillumok a lobos, sőt még az élő szövetben is temérdek mennyiségben találhatók.

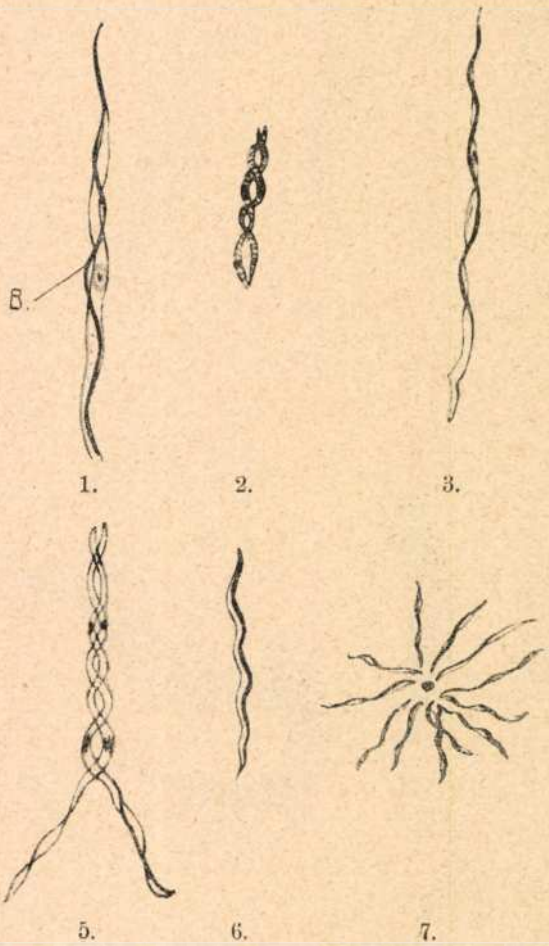
Ez azonban még nem jelenti azt, hogy pathogen hatása nagyobb volna, mint a bacillus fusiformisé.

Annyival is inkább nyiltnak kell e kérdést tekintenünk, mert a mig *Berdal*, *Bataille* és *Csillag* balanitis areata eseteiben is csak spirillumokat találtak és irtak le és ezeket tették valószinüséggel felelössé a hámnekrosisért, addig én 1902-ben e helyen közzétett czikkemben kimutattam, hogy itt is *symbiosisban* vannak egy *speciális bacillussal*, a mely a puha sankert kivéve, majdnem minden lobos genitális bántalomnál megjelenik, de tiszta tenyészetben és óriási tömegekben csak a *balanitis areatánál* és

teljesen megerősítették); sőt ezen bacillust *Vincent*-nak évben tenyészteni is sikerült és főleg ezt teszi a *bala* felelössé.

Akármint áll is a dolog, akár azt veszszük fel, h symbiosisban hatnak a spirillumok és csak segítők, akár ök vezetnek, akár pedig azt, hogy egymagukban is képes kifejteni: egy tény már is kiderült, hogy t. i. a hatásu helyi, igen heves, különböző fokú *nekrosis* lehet, és hogy ezek a *spirillumok*, legalább eddigi tudásunk szerint, nem haematogen metastasisokat nem okoznak és legfeljebb laesiokból felszivódott *toxinjaikkal* árasztják el a vért, sokszor *magas lázat* Legeslegújabb vizsgálatok (*Müller*, és a mieink) jelenlétüket a mirigyekben is kimutatták az előbbiek *gangraenás*, mi pedig egyszerüen lobos mi Mint *vérparasita* a *spirillum* vagy *spirochaeta* emberné csakis *febris recurrens* és egy icterussal járó lázas (Karlinski) eseteiben ismeretes és ennél *csakis mint ilyen.* szersmind átlag sokkal nagyobb az előbbieknél (16—40

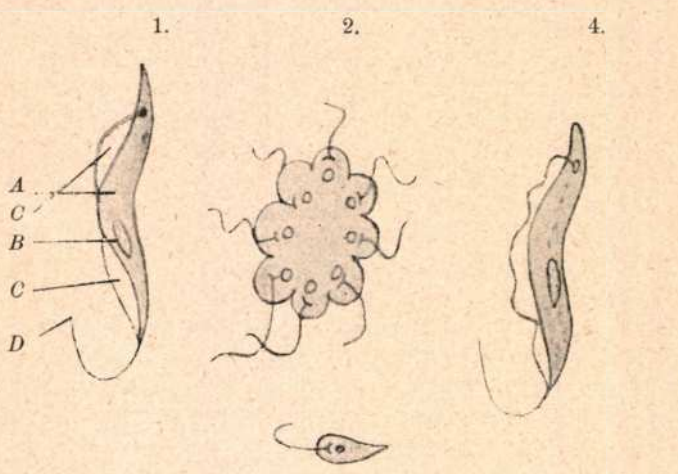
A trypanosomák átváltozása spirochaetává 1—8-ig (Schaudi

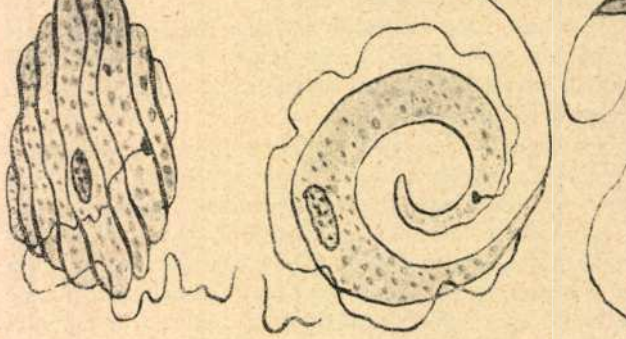


Azon *nekrosisos* folyamatok, melyeket eddig a *spir* esetleges hatásával kapcsolatba hoztak, a következők:

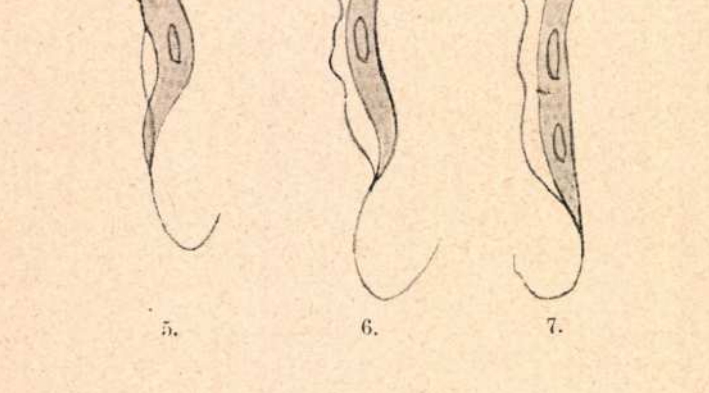
1. *A férfiak és nők balanitis areatája és ulcerosája*
2. *Az ulcus gangraenosum (phag.-diphther.) genital*
3. *A puerperális sepsis egy alakja.* (Schmidlechner, klinikájáról.)
4. *Az idiopathikus és mercuriális stomakace és nom*
5. *Angina Vincenti.*
6. *Gangraena pulmonum.*
7. *Gangraena nosocomialis.*

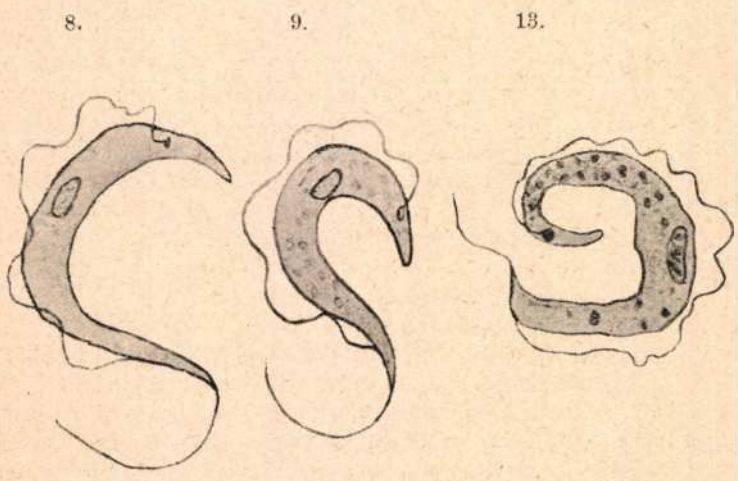
Mindezen nekrosisos esetekben a spirillumokat k nagyoknak, különböző vastagoknak, különböző alakúa különböző számú csavarulattal bíróknak irták le és pe annyi species keretén belül is, és miután absolute ne tenyészthetők, kérdés, hogy egy és ugyanazon organism viselnek-e?





1. Tr. Lewisi. 2. Az előbbi oszlási alakja. 3. Az előbbi rosetta dissociatiójából. 4. Tr. Brucei, okozza a *naganát* 5. Tr. equinum, okozza a *mal' de caderas*. 6. Tr. Gambien okozza *az álomkórt*. 7. Az előbbi oszlásban. 8. Tr. Theile *galziekte*-t. 9. Tr. Transval. 10. Tr. avium. 11. Tr. Damo Soleae. 13. Tr. granulosum. 14. Tr. rotatorium. 15. Tr. Rajae. 1





Igy pl. *Bernheim* és *Pospischil* (1897) a *stoma* fordulókat változó hosszúságúnak — kb. 6—12 μ h és különböző vastagságúnak mondják, csaknem mindi *alakúak*, ritkábban egyenesen kinyúltak.

Ugyancsak a *szájűr* gangraenás elváltozásaiban pedig a szövetben is, 6—8 μ, de 20 μ hosszúnak vagy *számos rövid csavarulattal* birónak találta. csavarulatok *nem állandóak*, kitünik *Buday* tüzetes melyet az én tapasztalataim teljesen megerősítenek.

És hogy alaki eltérések is előfordulnak, bizony Igy III. és IV. sz. esetében a spirillumok jóval fi aránylag rövidebbek, mint a többi esetben, úgyszintén *menetek is egyik esetben valamivel sürübben, tömötteb mint másoknál*; néha egész hosszú fonalakká is k spirillumok, *de akkor is megtartják csavarulatos lefu Buday* ezen alaki különbségeket nem tartja olyano azok alapján *többféle spirillumnak felvételére* volnánk k hiszen tudvalevő dolog, mondja, hogy más pathogen alakja és nagysága is bizonyos határok között változ vonása volt a spirillumainak az, *hogy minden eset festődtek* és a Weigert-Gram-festéssel *teljesen elszintele*

Hasonlókép változó nagyságúnak és átmérőjü *Vincent* a spirillumokat a *nosocomiális* és *szájüri* g és találtam én a *genitális* gangraenánál, csakhogy én a többi szerző által kiemelt *dugóhúzószerü* rövid nélkül, ellenkezőleg *nagyobb ives* segmentumokat kép hogy csekélyebb és változó alaki különbség nem teh különbséget, legjobban épen e tények bizonyítják. *cseppben* vizsgálatkor sem találtam differens momentu

Megemlítem még, hogy a fenti szervezeteket, úgy én is a *növényi parasitákhoz*, a *bakteriumokhoz* soroltam mint azt *Schaudinn* és *Hoffmann* egyik dolgozatukba vetik, hol a *spirillum*, hol meg a *spirochaeta* elnevezést jelzésükre.

Azonban addig az összes szerzők a spirillum teriumok közé sorolták, és nem igen tettek különbsé és spirochaeta között, hanem e csavarulatos képletek lános gyüjtönevükkel — *spirillummal* —, hol pedi nevükkel — *spirochaeta* — illették. *Vincent* pl. m éve megjelent czikkében is spirillumokról „*infection fuso* ről beszél.

Ma, a mikor a spirillum és spirochaeta közti már minden tankönyvben kiemelvék és a közfigyelem kulatok felé irányult, megkövetelhető, hogy kifejezésü definitiora tekintettel legyünk.

Újabb időben ugyanis a *srófbakteriumok* = *spiri* ládjának három képviselőjét igy jellemezzük: 1. *v* gyengén ivelt, *merev*, commagörbületü sejt, *egyetlen langóval*; 2. *tulajdonképeni spirillum*, hosszú, *spirál dugóhúzószerüen merev* sejt, többnyire egyetlen ese ostorcsokorral; 3. *spirochaeta*, hosszú, *spirális csavar*

mozgásra (felvett vagy gyanított) *undulálló hártyával*.

Ezen újabb jellemzés alapján természetes, hogy az általam fentebb elősorolt összes csavarulatos szervezetek a *spirochaetákhoz* sorolhatók.

Ide tartoznak azután még az *állatvilág* megbetegedéseiben található igen finom *spirochaeta anserina*, egy a kaukázusi libáknál talált mozgékony, de nem flexilis és nem tenyészthető species, melylyel ép ludakat beteggé lehet tenni, és a mely a *tyúkok álomkórjánál* található, továbbá a mocsárvízi *spirochaeta plicatilis*. Megjegyzem, hogy mindezek *Cohn F.* véleménye szerint mikroskopice meg nem különböztethetők a *spirochaeta Obermeyeritől*.

Ez az, a mit 1905. februárig a spirochaetákról a beavatottak tudtak, a mikor *Schaudinn* és *Hoffmann* a *spirochaeta pallidával* előállott, melyet szerintük *alakja és festődése* alapján az általuk utólag megismert más spirochaetáktól jól el lehet különíteni. De mielőtt az erre irányult vizsgálatainkra rátérnék, még egy kitérést kell tennem.

Mert *Hoffmann* és *Schaudinn* fellépése nemcsak arra kényszerít bennünket, hogy a *spirochaetákat* a tulajdonképeni *spirillumoktól* elválaszszuk, és hogy a spirochaeta pallidával behatóan foglalkozzunk, hanem arra is, hogy ezután minden esetben azt is kutassuk, hogy vajjon ez vagy az a *spirochaeta* egyáltalán a *bakteriumokhoz*, vagy pedig, a mint azt *Schaudinn* véli, a *protozoákhoz* tartozik-e?

Schaudinn ugyanis, kiindulva alább ismertetendő észleletéből, a *spirochaetákat*, ép úgy mint a *trypanosomákat* a *protozoák „flagellata"*-osztályába sorozza.

Hogy *Schaudinn*-nak ezen gondolatmenetéről kielégítő fogalmat nyerjünk, ki kell térnünk a *trypanosomák* ismertetésére is.

A *trypanosomák* a protozoák *flagellata* osztályába tartozó elemi organismusok. *Jellegeik:* többé-kevésbé kinyúlt *orsóalakú test*, mellső végükön *csillangóval*, és *undulálló hártya* (l. ábrát); kivételesen mindkét végükön csillangó. Hosszúságuk legalább háromszorossa a piros vértekecsekének. *Normális endogen szaporodásuk* hosszirányban oszlás, ritkábban rosettaalakú oszlás által történik. *Nemi szaporodásuk* közelebbről nem ismeretes.

A jól jellegezett trypanosomák rendes lakása a gerinczesek vére; a betegséget, melyet okoznak, *trypanosomiasisnak* hívják. Az eddig *pathogeneknek* ismertek közül kiemelem a következőket:

a) Állatokra pathogenek:

1. *Trypanosoma Evansi* (1889), a *surrát* idézi elő, mely Ázsiában a marhákat pusztítja; gazdája egy légyfaj.

2. *Tryp. Brucei*, a nagánát = tsetsekórt okozza, mely Afrikában a marhákat, juhokat, szamarakat, tevéket, lovakat stb. pusztítja; gazdája a tsetselégy.

3. *Tryp. Rougeti* (1894), a *dourinet* = *mal du coit*-t = *Zuchtlähme*-t = (magyarul *tenyészbénaságot*) okozza lovaknál Afrikában, Ázsiában és Európában is. Elszórtan észlelték nálunk is az ország különböző részeiben, és észlelik még ma is a *Muraközben*. Közösülés által vitetik át.

4. *Tryp Elmassiani* (1901) a *mal de Caderast* okozza lovaknál Argentiniában, Paraguayban, Boliviában.

5. *Tryp. Theileri* a *Galziekte* t okozza szarvasmarháknál; gazdája egy légyfaj.

b) Emberekre pathogenek:

1. *Tryp. Castellani* (1901—1903) előidézi a négerek álomkórját. 1901-ig csak állati trypanosomiasist ismertek; de ekkor Dutton egy Gambiában lakó és szabálytalan lázakban és léptumorban szenvedő *európai* ember vérében fedezett fel egy új trypanosomát. *Doutton* és *Todd* azután többnél is találta Congoban és Ugandában. 1903-ban pedig *Castellani* Ugandában a *maladie du sommeil* = álomkórban szenvedők cerebrospinális folyadékában talált egy tryp.-t, melynek azonosságát a Doutton által találttal *Bruce* és *Nabarro* kimutatták; az *álomkór* a fent leirt infectiós betegség *végstadiuma*. Gazdája és terjesztője egy különös fajtájú *tsetselégy Nyugotafrikában*.

2. *Tryp. Wrighti* előidézi a bouton d'Alepp-et = b. d'Orient = b. de pays chauds = v. Biskra v. Delhi kelést, egy *granulomát*, mely Afrika egyes vidékein endemiás kórt képez. A fedetlen börrészeken leginkább többes számban napok, hetek vagy egy tízai, a beszúrodés nyomában a tekely peripheriában $^1/_2$—5 cm^3-ig, azután lassan-lassan meggyógyul.

A baj ragadós, átoltható egészségesre és a beteg is. A vért nem fertőzi, általános kórt nem von maga u 1886-ban sejtekbe zárt coccusokat talált; világos, h ugyanazon képletek, mint a melyeket most tryp.-nak Gazdáik bizonyos legyek.

Eddig csak a *tryp. Lewisi*-t és *Evansi*-t tudják te Vérrel azonban megannyi könnyen átoltható; vérrel vagy függőcseppben napokig is elélnek.

Minket legközelebbről a *Dourine* érdekel, egyré primaer laesioval való keletkezési módjával, coitus ragadásával, chronikus cyklikus lefolyásával, kiütés saival, paraplegiás kimenetével sok tekintetben hasonlít úgy hogy egy ideig az emberi syphilisbetegséggel analog ták; másrészt, mert hazánkban ismételten *endemice* jel Igy például most öt évi pausa után ismét észlelnek néh a Muraközben. Én magam az állatorvosi akadémián *Ma* szívességéből három esetet vizsgálhattam meg, és egyik tott készítmény az egyik csikó oltásos laesiojából ve mutatja a dourine trypanosomáját.

Nem térhetek ki e kóralakra bővebben, de annyit említenem, hogy *Thanhoffer* volt az első, a ki a tenyé kórszövettani vizsgálatát megejté és eredményeit kitünő közlé, ismertetve a primaer laesiokat, az idegrendszer, a b és mikroskopi viselkedését és az elsők között volt, a ragadós voltában hittek és a kórokozót keresték, és hog az állatorvosi főiskola tanára 1900 óta több igen érték zatot irt róla.

Befejezésül még megemlítem azon különös tényt, h féle trypanosoma alig eltérő tünetü betegséget okoz, kisérleti beoltásuk — és pedig egyazon állatfajnál — t sonlót. Igy pl. a kisérletezők, legutoljára 1905-ben *Halb* a *Mal de Caderas*, a *Nagana*, és a *tenyészbénaság tryp.-j* egereket intraperitonealiter inficiálva, ezek 4—6 nap al tultak betegségi tünetek előremente nélkül; csak a h közvetlenül voltak clonico tonikus görcsök; ellenben ha inficiált velük, mindig idült, 6—8 hétig tartó és *oedemával* járó kór keletkezett, és a míg az egerekné belső szervek ereiben találta a tryp.-t, addig a nyulak az oedemás szövet hézagaiban.

* * *

Ezen kitérés után visszatérek a *spirochaeták* tár

A *spirochaetákat* és a *trypanosomákat* ugyanis *Schaudinn* szerint azonos structurával birnak (l. fentebb), a *protozoákhoz* tartozó *endoglobuláris haematozoák* fejlődé egyik alakjának tekinti.

Sch. ezen nézetének alapját egy bagolyfajnak (Athe *két különös fajtájú endoglobuláris haematozoáján* tett képezi, mely mindkettő fejlődési cyklusát a közönséges (Culex pipiens) belében fejezné be.

Az *egyik fajtájánál*, a *trypanosoma noctuaenál* az (= a nősténye lemnek a hím által történt megtermékenyí ménye) a szunyog belében valóságos trypanosomává al (l. ábrát).

Az *A* ábra mutatja különböző szakaszait ezen á nak, mely a következőképen megy végbe:

A mag oszlik heteropoláris mitosis által (Fig. *A*. 1, az oszlási orsó centrális fonala persistál. *A* ismét oszlik *a* (Fig *A*. 2); a centrális fonál újból persistál. *A* a *főma* accessorius mag; végül *a''* mitosis útján oszlik és az eg készüléket képezi (Fig. *A*. 3, 4, 5). Az undulláló hárty a szabad csillangó nem egyebek, mint az orsó igen me bodott centrális filamentuma. Az orsó peripheriás filame persistálnak.

A *másik fajnál* az *ookineta* felületén számos *kis tr* képződnék (fig. *B*. 1. Ezen trypanosomák *megnyúlnak*, *oszlanak* (fig. *B*. 2.), gyakran hátulsó végükön és egye ban egyesült párokat alkotnak (fig. *B*. 3.). És igy a *valódi spirochaetáktól* meg nem különböztethető eleme

lehetnek (fig. 1., 2., 3., 6., 8.) és némelyek oly kicsinyek, hogy górcsővel csak akkor ismerhetők fel, ha csokorban agglutináltak (fig. 8.).

Schaudinn szerint a *trypanosomák* vagy *spirochaeták* a szóban forgó endoglobuláris haematozoáknak úgy a *szúnyogban*, mint a *madarakban* hosszirányban kettéoszlás által *asexuálisan szaporodó alakját* képviselik. Igy jutott Sch. azon gondolatra, hogy a spirochaeták nem bakteriumok, hanem protozoák.

Laveran és *Mesnil* szerint ugyan még mindezek megerősítésre szorulnak és *Thesing* szerint mi sem szól a *spirochaeták* protozoatermészete mellett, ugyanis szerinte nem látni rajta sem *magot*, sem *ostort*, sem *undulláló hártyát*, de miután Schaudinn egyike a legelső protozoa-ismerőknek és miután *Paltauf* is kedvezően itélt a protozoa-elméletről, kötelességünk volt Schaudinn deductioit kellő figyelemben részesíteni és itt előadni. De kötelességem volt az is, hogy e kérdéssel kapcsolatosan szélesebb körök figyelmét tereljem a veterinárius pathologiában oly fontos szerepet játszó ezen újabb *protozoa-individuumokra*, a trypanosomákra. Lehet ugyanis, hogy az állati pathologia adta ujjmutatás nyomán meginduló vizsgálatok az emberi pathologiára is kiható fontos eredményekre fognak vezetni.

Összefoglalás.

1. A spirochaeták tana még a legkezdetlegesebb stadiumban van.

2. Az 1905-ig az emberi szervezetben talált spirochaeták három csoportra oszthatók: *a*) a *febris recurrensnél* és némely *lázas icterusnál* (Karlinski) a vérben és a lépben talált biztosan pathogen spirochaeták; *b*) egész sorozat kóros elváltozás területén talált és pathogenitásra gyanús spirochaeták; *c*) a szájürben és nemi szerveken talált saprophyta-spirochaeták.

Ezek egyike sem volt még eddig tenyészthető.

3. A *b*) és *c*) csoportbeli spirochaeták mindegyike bizonyos határok között változó alakú, nagyságú, vastagságú, csavarulatú és a közönséges festési módokkal nehezen festhető, de ezen tulajdonságaik alapján nem különböztethetők meg egymástól; megannyi között mérhetetlen vékonyságú, alig festhető alakok is vannak.

4. A *b*) csoportbeli spirochaetákat csakis kóros, és pedig rothadásos, büzös elváltozások felületén, a *c*) csoportbelieket látszólag ép, de szintén büzös területen physiologiai váladékokban mutatták ki; a vérbejutásukról mit sem tudunk, sőt a kóros területen a mélyebb szövetrészekben is eddig csak a szájüri gangraenáknál mutatták ki (Krahn, Buday, Feldmann).

A *b*) csoportbeli spirochaetáknak egymagukban vagy symbiosisban pathogen voltáról csak vélemények vannak, de positiv adatok nem ismeretesek. De feltéve, hogy pathogen hatást fejtenek ki, úgy az eddigi ismereteink szerint csakis heves *lokális nekrosis* lehet, általános vagy vérfertőzést nem okoznak.

6. Az eddig ismert *trypanosomák*, melyekkel *Schaudinn* a spirochaetákat azonos structurájúnak és azonos protozoa-családhoz tartozónak véli, szintén három csoportra oszthatók: *a*) a biztosan pathogen vérparasiták embernél, állatnál; *b*) a lokális pathogenitással gyanúsítottak; *c*) a biztosan nem pathogenek.

7. A trypanosomák legtöbbjéről kiderült, hogy gazdáik *legyek* és szúnyogok és hogy ezek szúrása, csípése közvetíti a gerinczesek fertőzését; kivételt csak a *dourine* (tenyészbénaság) képez, melynek átvitelét eddig *csak coitus* vagy *experimentális átoltás* útján észlelték.

8. A természetes *trypanosomiasisok* közül egy embernél lokális granulomákat (a bouton d'Alepp et), egy pedig lovaknál a *syphilishez* hasonló, több cyklusban lefolyó, általános idült *megbetegedést* okoz.

9. Az experimentális trypanosomiasis egyik gerinczes-speciesnél így, a másiknál máskép folyik le, de mindegyiknél a beoltott trypanosomák többfélesége és különbözősége daczára is azonos tüneteket okoz.

10. Hogy minő szerep jut a *bouton d'Alepp*-en és az *álomkóron* kivül a trypanosomáknak az *emberi* pathologiában, azt kideríteni a jövő kutatásoknak lesz feladata.

11. Hogy a spirochaeták a trypanosomákkal azonos szerkezetüek-e és így a *vérflagellatákhoz*, illetőleg a protozoákhoz tartoznak-e, *Schaudinn* nyomán tovább kutatandó.

Irta: *Stein Fülöp* dr., kir. tanácsos, Babarczi Schwartz udvari tanácsos sanatoriumának főorvosa.

Alig van az orvosi tudománynak oly fejezete, általános felfogás annyira gyökeres átváltozáson ment ke az alkoholkérdés. Az „aqua vitae“, az alkohol mint né tápszer, élvezeti czikk és a gyógyszerkönyv kincse másrészt az alkoholismus veszélyei, az alkohol élettani hatásáról szóló újabb felfogás, az alkoholélvezet társa lyei és mindezek alapján az alkoholkérdés mint sociá problema, ezek az alapvonalai azon átalakulásoknak az alkoholról szóló tudományos felfogás keresztülmen hogy ma már egységes megállapodásra jutott volna. kérdés azokkal a tudományokkal járt karöltve, a mel tüneményeit és jelenségeit aprólékos gonddal, rendsze törekedtek felderíteni és okaikra visszavezetni. A kutatás és kisérletezés kellő világításba helyezte az a tani hatását, a statistika, az élet megfigyelése pedig hogy milyen gyakoriak azok a károk és pusztítások az alkohol az emberben, a társadalomban, a fajban é emberiségben véghez visz. A halálozások, a megbetegedé tek, az erkölcsi és vagyoni züllés, az utódok és a faj rom tistikája az alkohol káros behatásának óriási arányszámá

Ezeken az ismereteken, a tudásnak ezen halad fel az alkoholkérdés egész rendszere. Ebből a munkáb kivette részét az orvos, jogász, nemzetgazda. Külföld holkérdés tudományos feldolgozása és müvelése már kö évszázaddal ezelőtt indult meg. Természetes tehát, h tudományos alapon, az objectiv kisérleti és vizsgálati használásával tájékoztatták a laikus és szakköröket a mus és az alkoholkérdés tulajdonképeni lényegéről, hamarább is nyertek tért az alkoholellenes eszmék, s s nyebben sikerült megakadályozni az alkoholismus tovább

Hazánkban az alkoholkérdéssel mint tudomány mával csak a 80-as években találkozunk elvétve néh gaslóbb orvosnál. Az orvosok felfogása az alkoholism népbetegségről, mint sociálhygienikus tényezőről cs kezd a helyes irányba terelődni. Még az utolsó időkig holismussal szemben helytelennél helytelenebb állásfo és az ismereteknek oly minimumával találkoztunk részéről, mintha nem is valamely évszázad óta kultivá mán minden irányban megvilágított, első sorban *hygi* désről volna szó.

A mult század első felében a hazai orvosi szakiro csak elvétve találkozunk az alkohollal és az alkoholi többnyire meglehetős naiv modorban. A kórboncztan tünetekkel, kórlefolyással eléggé tisztában voltak, de kezelésben akadunk sok olyan eljárásra, a mely m késztet. Igy egy helyütt azt ajánlja a szerző, hogy 8- keresztül pálinkát kell tölteni a beteg ételébe és ital beteg meg nem undorodik tőle. *Huszár Imre* dr. nyitr főorvos a 40-es években összegyüjtötte a népies orvo ez elsárgult lapokon a következőt ajánlja a részeg „vegyél szőlővesszőlevet, mely a metszett vesszőből kifolyni szokott, egy itczét, vegyelétsed borral vagy add a részegesnek innia, megszünik részeges italától“.

Más irányú müvekben is akadunk adatokra a kérdésre vonatkozólag, ezek azonban tudományos m nem eshetnek. Igy *Schimkó István* 1806-ban és 184 egy munkájában a pálinkának a testre és szellemre káros hatását sorolja fel. Ez időkből az alkohollal irodalomban különben csupán olyat találunk, a mel egyedül a pálinkával és a pálinka által okozott ártalm lalkozik. 1845-ben *Királyi Pál* „A pálinka és a n *József* pedig „Szeszes italok“ czímen keltek síkra a ellen. Ugyanekkor indultak meg külföldön is a mér mozgalmak és nem lehetetlen, hogy azokról szere nálunk is behatóbban kezdtek foglalkozni a kérdé *Wesselényi Miklós* volt az első, a ki 1847-ben a Kos be nem vallott szerkesztésében megjelenő „Hetilap“ vezérczikk-sorozatban emelte fel szavát az alkoholelle

Ez Erdélyben sikerült is. Wesselényi azt akarta elérni, hogy a szeszt csupán gyógy- és ipari czélokra lehessen árúsítani. Az akkor igen szépen megindult mozgalom továbbterjedésének és fejlődésének azonban gátat vetettek a 48-as nagy események, a melyek háttérbe szorítottak minden ilyen hygienikus és társadalmi kérdést.

Ezzel a mozgalom szinte csirájában elaludt és később csupán a 80-as években került ismét napirendre, a mikor a külföldön már hatalmasan szervezett seregek állottak az abstinentia szolgálatában.

Alkoholellenes mozgalomról a szó szoros értelmében véve még ekkor sem lehet beszélni, de akadt egynéhány kiváló és ügybuzgó orvos, kik az angolszász és skandináv országok alkohol ellenes kulturmozgalmáról a helyszinén gyüjtöttek tapasztalatokat és azokat előadások vagy értekezések alakjában a nyilvánosságra hozták. *Raisz Gedeon* dr. 1889-ben Sátoraljaujhelyen rendkivül érdekes és természettudományi érvekkel és adatokkal támogatott előadást tartott az alkoholismusról. E felolvasásban teljesen tiszta és meggyőző képét kapjuk a kérdésnek már akkor, a mikor Nyugot-Európában is csak kezdetét éli a modern alapokra fektetett alkoholismus elleni mozgalom. *Raisz* dr. ez előadásában behatóan ismerteti az angolszász és skandináv népek tapasztalatait és eredményeit (Gothenburgi rendszer, Local veto) s a küzdelemben alkalmas fegyvernek egyedül az abstinentiát jelöli meg. Hasonló irányban haladt *Rátz István* dr.-nak „Az iszákosságról“ czímü dolgozata, melyben már az alkoholellenes küzdelemben kivált nagy nemzetközi egyesületek alapelveit és müködését is ismerteti. Ugyszintén nagyon érdekes *Rózsafi Alajos* dr. ezirányú rövid közleménye a bennfoglalt statistikai adatoknál fogva. Ugyanekkor *Balogh Jenö* dr. büntetőjogi szempontból foglalkozik az alkoholismussal és sürgeti az erélyes beavatkozást. *Bossányi Endre* dr. pedig államfinanciális szempontból birálja a kérdést és törvényhozási intézkedéseket követel.

Az 1894-ben Budapesten megtartott VIII. nemzetközi közegészségügyi és demographiai congressuson az alkoholkérdéssel több alkalommal is foglalkoztak. Itt is legnagyobbrészt még csak kezdetleges álláspontokkal találkozunk, érdekes jele azonban az idők mulásának, hogy a socialhygienében ekkor már tekintélyes szerep jutott az alkoholkérdésnek. *Axmann Béla* dr. az államvasutak gépgyárában folytatott tiz évi gyakorlata alatt gyüjtött esetek kapcsán a szeszes italok folytán keletkezett sérüléseket gyüjtötte össze és dolgozta fel. Kimutatta, hogy azoknak mintegy 61%-át a szeszes italok élvezete idézte elő. *Nagy Béla* dr. az alkoholismusnak az elmebetegségekre való befolyását tette kutatás tárgyává és a János-kórház beteganyagán gyüjtött statistikai adatait hozta fel annak bizonyitására, hogy mily nagy mértékben szedi nálunk az alkoholismus áldozatait. *Szilágyi Gyula* dr. különösen abból a szempontból fejtegette a kérdést, hogy milyen befolyása van a szeszes italok tisztátalanságának az alkoholismusra. Tárgyalásai során arra a conclusiora jut, hogy a kozmás olajok és magasabb alkoholok az aethylalkoholnál jóval károsabbak és mérgezőbbek; épen azért azt ajánlja, hogy a nyers szesz vonassék ki a forgalomból, továbbá, hogy az orvosok sohasem rendeljenek általában véve szeszes italt, hanem tiszta aethylalkoholt, megfelelően higitva aqua destillatával és adjuvansul adjanak néhány csepp illatos olajat.

Nagyértékű az alkoholellenes küzdelem szempontjából *Moravcsik Ernő* dr. egyet. tanár dolgozata „Az iszákosság elleni küzdelemről“, a melyben az alkoholkérdésnek psychiatrikus forensikus oldala nyer tudományos megvilágitást.

Az orvosok és természetvizsgálók vándorgyülései ugyancsak nagy jelentőségüek az alkoholismus elleni mozgalom történetében. A szabadkai vándorgyülésen *Genersich Antal* dr. egyet. tanár kezdte meg az alkoholellenes előadások sorát. A kórboncznoki asztalon tett személyes tapasztalatok alapján sorolta fel azokat a helyrehozhatatlan, messzemenő károkat, melyeket az alkohol az emberi testben előidéz, különösen kiemelvén az úgynevezett mértékletes, de mindennapi alkoholélvezet és az arteriosclerosis közti összefüggést. A szabadkai vándorgyülés óta az alkoholkérdés nem került le többé a vándorgyülés napirendjéről. Úgy a bártfai, mint a kolozsvári és szegedi gyülésen az alkoholkérdés egyes fejezeteit tárgyalták *ráthonyi-Reusz Frigyes dr.*, *Fischer Jakab dr.*, dr.-nak az orvosegyesületben tartott előadása, melyben r kisérletei alapján is ismertette az alkohol szerepét a t

Genersich emlékezetes előadása óta az orvosi szenteltek némi figyelmet az alkoholkérdésnek és nél molyan kezdtünk foglalkozni az alkoholellenes mozgalo duló pontot jelent ebben az irányban az 1901. évb lefolyt VIII. nemzetközi alkoholismus elleni congressu kalommal eljött hozzánk *Forel* és az egyetem aulájába s nagyhatású előadást tartott. *Forel* előadásának és érveinek hatása alatt alakult meg abstinens alapon magyar alkoholellenes egyesület, és rövid időre a Good Templar rend magyarországi fiókja is és azóta nul intézzük a támadásokat az orvosoknak az alkol szemben való elfogultsága és előitéletei ellen és igyeke és tollal minél szélesebb köröket meggyőzni az alkohol küzdelem szükséges voltáról. Első sorban az orvosok a nek felvilágositást kell nyerniök ebben a par excelle kus kérdésben. Mert, a ki ismeri az alkoholismus természettudományi vonatkozásait, az csakhamar arra zödésre fog jutni, hogy neki, mint orvosnak első sorb sége hozzájárulni egy olyan veszedelem kisebbitésé millió és millió embert és családot dönt a romlásba.

Kiváló fontossága volt épen e szempontból az i pesten lefolyt X. nemzetközi alkoholismus elleni congr mely megadta mozgalmunknak a komoly és tudomány A congressusnak és mellékkörülményeinek kihatása országi alkoholellenes küzdelemre eredményeiben kiszá Első sorban a legszélesebb rétegekben felkeltette az a kérdés iránt. Szinte — azt mondhatnók — arra ké mindazokat, kiknek hivatásába csak némileg is belevá hogy azt beható tanulmány tárgyává tegyék. Vonatko sorban az orvosokra, a kik legfőbb őrei és letéte egyéni és közegészségnek. Ugy a hivatalos forumok, mi orvosok felfogása az alkoholkérdésről kezd az idevág elsajátitása után a helyes irányba terelődni. Az egyetem eddig alkoholról csak a méregtanban és elmekórtanba ma már a legtöbb tanszékről hallani ez irányú elő alkoholellenes mozgalommal kapcsolatban. Az állami intézetekben keresztül viendő teljes abstinentia érdek adó helyről actio indult meg. Megalakult az abstine egyesülete, már régebben a közegészségügyi egyesül bizottsága. Már nem tartják orvosi körökben psyc azt, a ki az abstinentiáról beszél, hanem komoly meg vita tárgyává teszik az alkoholismus leküzdésében köv nyokat. Oly eredmények ezek, a melyekről néhány é a legvérmesebb reményekkel telt optimista sem mert

Bunge egy a magyar abstinens orvosokhoz inté ben azt mondta: „Der Kampf gegen den Alkohol ist immer ein Kampf gegen die Ärzte.“ Az egyes ország ellenes küzdelmének története igazolja Bunge ezen k de örömmel kell constatálnunk, hogy ez irányban a ma kar dicséretes kivételt képez. Mert egyes kivételektől e magyarországi alkoholellenes törekvések, daczára kizár kális jellegüknek, az orvosi kar részéről, ha nem is követésre, de mindenesetre jóindulatra és érdeklődésr

Villámsujtás esete.

Közli: *Ligeti Ármin* dr.

Embert érő villámsujtás esetei gyakoriak és nagyr végüek. Erre utalnak *Szalay* László-nak, a m. kir. mete földmágnességi intézet assistensének adatai, melyek szer országon 1897—1900. években[1] villám által 601 halálát: a halálozás évi átlaga 150·25 volt; egy mil 10 halálos villámcsapás esett. 1901. és 1902. évekb csak Magyarországon 213 embert sujtott a villám, meghalt 123 (57·7%), sérült pedig 90. *Sestier*[3] szerint sujtott egyén közül meghalt 250 (41%). *Oesterlein*[4] sze közül meghalt 31 (38·7%). Poroszországban 1869—18 12 év alatt, a berlini statistikai hivatal szerint,[5] 1

511 közül meghalt 289 (56·5%).

Esetem a következő:

F. M., 53 éves, kőfuvarost és két lovát 1905. évi junius 27.-én délután 5 óra tájban Visegrádon a Duna partján szakadó esőben villám sujtotta. Az ember eszméletlenül hanyatt esett kocsijában, de nemsokára magához tért. A két ló pedig rögtön kimult. Az embert társai szállították lakására, hol őt mintegy fél óra mulva a sujtás után láttam. Ekkor az ember már teljesen eszméleténél volt. Karjaiban és bal alsó végtagjában fájdalmakról panaszkodott, de semmiféle működési zavar nem állott fenn. Ruházata, kivéve kalapját, ép maradt. Az átázott nemezkalap hátsó felében a villám egy T alakú, szaggatott, de nem égett szélű, 16 cm. hosszú rést ütött. (l. az 1. ábrát.)

Az ember testén a következő elváltozásokat észleltem:

A tarkó felső részén a fej hajzata 5 cm²-nyi területen teljesen (l. a 2. ábrát), a baloldali hónalj szőre pedig felületesen le volt perzselve.

A tarkón és a bal felkar belső felületén elmosódott szélű egyenletes égési erythema látszott, mely két nap mulva eltünt,

1.

2.

3.

de helyében a tarkón, különösen pedig a bal felkar belső felületén sötétvörös, többé-kevésbé elágazó rajzolatok: villámábrák voltak jól láthatók, mint azt a 2. és 3. ábra mutatja. Ezek is mindinkább elhalaványodtak s a következő két nap mulva egészen eltüntek. A fájdalmak is gyorsan szüntek, úgy hogy az ember 10 nap mulva rendes foglalkozása után láthatott. Az első napokban külsőleg bórkenőcsöt s chloroformos olajat, belsőleg pedig bromnatriumot kapott.

A villám ez esetben a tarkón, közel a nyúltvelőhöz, hatolt a testbe. Azonban a nyúltvelőt nem érhette lényegesen, mert különben fuladási halál következett volna be. A kihatolás helye nem volt megállapítható.

Legfeltünőbb s egyszersmind legjellemzőbb elváltozás volt ez esetben a villámábrák keletkezése.

Ilyeneket láthatott 1862-ben *Kisági György*,[7] ki az Orvosi Hetilapban leirt halálos végü villámsujtás esetére nézve megjegyzi, hogy „a mell és a hasüreg mellső felszinén számos czifra bőrégések“ voltak. *Balázs*[8] esete pedig azért érdekes, mert bizonyítja, hogy létezhetik oly eset is, hogy az ember a villámsujtást észre nem veszi, holott a villámszikra ruházatát s egyéb tárgyait ron-

mutatja, hogy erős villamáram külső égési sebek nélkü halálos hatású. Viszont *Strobl Vilibáld*[10] esetében egy a ki nagy feszültségü (5000 Voltos) áram következtében horpadást is szenvedett, mégis életben maradt.

A villámábrák keletkezését illetőleg mintegy 45 előtt *Stricker*[11] és *Langerhans*[12] azt hitték, hogy ezek erek elágazását követik. Azonban e felfogás tarthatatlans sokára *Rindfleisch*[13] egy esete kapcsán bizonyítotts rajza szerint ugyanis a villámábrák a hulla törzsénel harántul, elülről hátrafelé haladva, ágazódnak el.

Még inkább bizonyító számos újabb tapasztala nösen megemlitendő *Cramer*[14] esete, hol egy 55 éves mindkét lábikráján (még a villámsujtás utáni 9. napon is) s san egy-egy alulról felfelé faszerüen elágazó ábra vol *Cramer* szerint ez esetben a villám alulról visszapattanv ikráknak megfelelőleg két végsugárra oszlott. Bizonyítók *Haberda*[15] sürüen elágazó ábrái egy hulla mellén; n ben *Jellinek*[16] két esete: egyik esetében egy nő ke

harántul párhuzamosan futottak elágazó vonalak; másik pedig egy nő alsó végtagján, a térd körül, mint közp fel, le és oldalt haladtak az ábrák.

Ezek szerint a villámábrák függetlenek a vérerek sától s nyilván a villám haladásának útját jelzik.

Irodalom. 1. *Szalay László:* A villámcsapások Magy 1890—1900. években. Budapest 1902. Különlenyomat *Az Időjár* juliusi füzetéből, 16. lap. — 2. *Szalay László* adatai a Természet Közlöny 1902. évfolyamában az 531., 640. és 772—775. lá 3. *Belky J.* dr.: Törvényszéki orvostan 1895. 496. lap. — 4. Handbuch der gerichtl. Medizin, 806. lap. — 5. *Meyer*'s Kon Lexikon 4. kiad. VII. köt. 309. lap. — 6. Realencyclopädie Heilkunde 3. kiad. III. köt. 522. lap. — 7. *Kisági György* O lap 1862. évf. 672. lap. — 8. *Balázs:* Orvosi Hetilap 1891. é — 9. *Kenyeres Balázs:* Orvosi Hetilap 1894. évf. 136. lap. — *Vilibáld:* Orvosi Hetilap 1902. évf. 435. lap. — 11. *Stricker:* Archiv XX. köt. (1861) 45. lap. — 12. *Langerhans:* Virchow XXIV. köt. (1862) 200. lap. — 13. *Rindfleisch:* Virchow XXV. köt. 417. lap. — 14 *Cramer:* Ein Fall von Blitzsc schrift für praktische Ärzte 1896. évf. 319. lap. — 15. *Haberd* klinische Wochenschrift 1891. évf. 588. lap. — 16. *Jellinek:* und elektrische Hochspannung. Wiener klinische Wochensc évf. 697. és 699. lap.

(Igazgató-tanár: Réczey Imre udv. tanácsos.)

Luetikus alapon fejlődött gyomorhasfal-sipoly.

Közli: *Kuzmik Pál* dr. egyet. rk. tanár, klinikai adjunktus.

A rendelkezésünkre álló orvosi irodalom pontos áttekintése daczára csak nagy szórványosan találkoztunk oly spontán képződött gyomorsipolyokkal, melyek végeredményben nem a beteg halálával végződtek volna.

A legtöbb esetben, bármely oknál fogva tört is át a gyomor fala, ezen átfúródás nem sipoly képződésére vezetett, hanem a gyomor váladékának a szabad hasüregbe való ömlése következtében keletkezett hashártyalob a beteg halálát eredményezte. Csak kivételesek még ma is azon esetek, a melyek, hála a modern technikának, idejében alkalmazott, szakszerű sebészeti beavatkozással akár az átfúródás pillanatában, akár az esetleg létrejött sipolyképződés után megmenthetők voltak.

Hogy gyomorsipoly egyáltalában kifejlődhessék, számos mellékkörülménynek kell összejátszania, s az átfúródás ezen legalább időleges, kedvező kimenetele csakis úgy képzelhető el, ha 1. az átfúródást eredményező folyamat idült lefolyású, 2. ha ezen folyamat a gyomor oly helyén zajlik le, mely megengedi, hogy a bántalomhoz társult lob oly összenövéseket eredményezzen, melyek a gyomor bennékének a szabad hasüregbe való beömlését megakadályozzák s így a váladék más, kevésbbé veszedelmes irányban törhet magának utat.

Legkedvezőbb lefolyásúak természetesen azon esetek, melyeknél a bántalom a gyomor mellső falán székel s az összetapadás a hasfallal jön létre, s ez utóbbinak a bántalom körébe vonása mellett az áttörés a bőr felszine felé történik. Találkozunk azonban oly esetekkel is, melyeknél az áttörés a belek (vastagbél), vesék felé jött létre, vagy pediglen az átfúródás rekesz alatti, vagy máj körüli tályogok kifejlődéséhez vezetett, a mely utóbbiaknál a bántalom tulajdonképpeni oka — a gyomorátfúródás — csak a műtéti beavatkozás után, vagy a bonczasztalon lett felderitve.

Mi sem természetesebb, mint hogy ezen véletlen esélyek következtében létrejött sipolyok az irodalomban csak mint ritkaságok lesznek felemlítve, s egyes esetekben a biztos kórisme már csak a bonczasztalon lett megállapítva. Ily irányú érdekességgel bir a *Morris* által leirt két eset, melyeknél a gyomorfekély következtében létrejött sipolyok a vesével állottak összefüggésben. Az egyik esetet *Morris* maga észlelte s még az élőben tette meg a kórismét.

Érdekes *Picqué* esete is, ki egy elmebajos asszonynál máj körüli tályog megnyitása alkalmával a tályogban tűt talált. A tályog alapját egy frank nagyságú, a pylorus közelében lévő gyomorfal anyaghiány képezte. Az elmebajos nő többször nyelt tűt, s így nyilvánvaló, hogy a tűk egyike átfúrva a gyomrot, tályogképződéshez vezetett. A gyomor anyaghiányának bevarrása után a beteg meggyógyult.

Kronheimer 1899-ben az irodalomból összegyüjtött 70 spontán képződött gyomor-hasfali sipolyról számolt be, a melyeknél aetiologicus momentumként leggyakrabban a gyomor rákos megbetegedése szerepelt, egyszerű ulcus ventriculi csak 15 esetben volt megállapítható. Közleményében hasonlóan egy ulcus ventriculi folytán képződött esetről számol be, melyet *Sonnenburg* klinikáján észlelt. Végtelenül legyöngült betegüket a műtét utáni 8. napon kifejlődött hashártyagyuladás következtében azonban elvesztették.

Tekintve, hogy *a spontán képződött gyomorhasfali* sipolyok a ritkább megbetegedések közé tartoznak, közlésre érdemesnek tartjuk az általunk észlelt s meggyógyitott esetet is, mely különösen az által válik érdekessé, hogy a sipoly *kifejlődésének okául a gyomor luetikus megbetegedését kell felvennünk. Esetünkhöz hasonlót az irodalomban egyáltalában nem találtunk feljegyezve.*

Esetünk a következő:

Az 1904 január 6-án a 2. számú sebészeti klinikára felvett *N. N.* 21 éves, földmíves neje, előadja, hogy leánykorában mindig gravida. Graviditása alatt hátában s bal hasfelében hé makat érzett, s graviditása alatt állitólag csak egyszer há

1903 január 1-én vetélt s utána 5 napig feküdt.

1903 február havában ismét gravid lett, s ugyanakk említett fájdalmakhoz hasonló fájdalmaktól kisérve bal mában egy terimenagyobbodása fejlődött, mely fölött a ként elpirosodott. Ezen újabb graviditása alatt állitólag egyszer hányt; étvágya, emésztése azonban rendben volt.

1903 október 11-én szült, kora szülött, rendkivül so meke azonban csak két hétig élt. Gyermekén rendelle kiütést nem észlelt.

1903 november 27-én a bal epigastriumában lévő, terimenagyobbodásának legmagasabb pontján egy kis »ny kezett, melyen keresztül a beteg bemondása szerint hi váladék ürült, geny vagy vér ürülését nem észlelte, de n mére azt vette észre, hogy a kis nyilás 24 óra alatt ko ságot ért el, s a nyiláson a lenyelt étel azonnal kiürül kiürülését a két héttel később kapott orvosi tanácsra a gyapottal való betömése által tudta csak megakadályozni. váladék részbeni kiszivárgása következtében fejlődött okozott fájdalmai a klinika felkeresésére késztették.

Felvételekor a lesoványodott, sápadt nőbeteg hasb nagyobb részén fájdalmas eczema volt jelen. Az epigastriu közvetlen a bordaív alatt, gyermektenyérnyi, meredeks területen beszűrődött környezetű, kemény tapintatú, szenn nás alapú anyaghiány volt jelen, mely a bordaív alá töl huzódott be. Az anyaghiány alapján pépes ételmaradékok savanyú szagú váladék ömlött ki. Tapintó ujjunk az a alapján látható nyiláson keresztül egyenesen a tág gyomo A gyomor nyálkahártyáján fekély vagy dudor tapintható

A kültakarón különben, valamint a látható nyálk kiütés, kóros elváltozás nem volt észlelhető, a látható kis semmi jellegzetest sem tüntettek föl. Nyirokmirigyek a hatók. Mellkasi és hasüri szerveken kóros elváltozás ne mutatható. Csekély fluor albus. Luest tagad. *Testsúly 54·5*

A röviden leirt jelen állapotból a sipoly keletkezés donképpeni okára nézve kellő felvilágositást nem nyerhett ment gyomorfekélyre következtetni nem igen lehetett, m éven keresztül szenvedett fájdalmakon kívül egyéb tünet fenn. Összesen kétszer hányt, s ez is a graviditás ide Étvágya, emésztése mindég rendben volt. Idegen testet vérzései sohasem voltak, még a sipoly keletkezése idejébe

Beteg felvétele után mindenekelőtt odatörekedtün beteg táplálása mellett a fájdalmas eczemát, a nagy lobos beszürödést megszüntessük s a börfekélyt meggyó gyomorváladék kiömlését kellő gazetamponaddal sikerül dályoznunk, valamint a fájdalmas eczema is pár nap 10% zinkkenőcskezelés mellett feltünően javult, de a feké mindinkább azon gyanút ébresztette, vajjon a negativ an adatok daczára nem lueticus alapon fejlödött-e a sipoly?

Ezen gyanunk alapján január 16-án megkezdettük kel az antilueticus kezelést. (Inunctio, naponta 3·0 grm ung Pár napi kezelés után is már nagy örömmel tapasztaltu fekély feltisztul, a lobos beszürödés enged s rövid idő m indult a szélekről a hámosodás is. Az általános kezelés me belileg is higanykenőcsöt alkalmaztunk.

Többszörös megszakitással, mely idő alatt jodkalium tunk, betegünk 45-ször végezte az inunctiót, mely idő ala a hasfalak teljes felpuhulását és a fekély meggyógyulását.

Betegünk táplálása a sipoly betömése által zavarta rült, testi erejét visszanyerte. Testsúlya 65.5 kilóra emelke

Május hó elején betegünk teljesen elő volt már műtét végrehajtására. A korona nagyságú sipoly ép börtől nyezve, szélein látható volt a kissé előtüremkedő nyálkahár ajak benyomását tették.

Ezen kedvező viszonyok mellett május 10-én chloro tás mellett végeztük a sipoly elzárását. Mütéti tervünk t. i. a hasfalakba rögzített gyomorfalat körkörösen fel betüremítjük és a gyomor sebszéleket Lembert-féle varrato sítve, felette a szabályos hasfalvarratot alkalmazzuk, ez e kellett térnünk. Indító okul szolgált erre azon körülmén sipoly körülmetszése után arról győződtünk meg, miszerin hasfal rendkívül el volt vékonyodva, olyannyira, hogy a felszabadítását czélzó metszésünk 3–4 mm. mélységben m már a hasüreget.

Ily viszonyok mellett nem maradt egyéb hátra, mi rot hasfali összeköttetéséből teljesen felszabadítani, am nehézség nélkül sikerült is. Az így felszabadult gyomo körülmetszve kettős Lembert-varrattal zártuk el, s a gyon üregébe süllyesztettük.

A műtét nehézsége azonban még csak most kö amennyiben a hasfalnak immár majdnem gyermektenyér *hiányát* a hasfalak egyszerű összehuzása által pótolni leh volt. Az egyesítést csakis a heges hasfalon át ejtett két ha

[1] Bemutatva a budapesti kir. orvosegyesület 1904 n ülésén.

pont helyeztünk.

Betegünknél a gyógyulás várakozásunkon felül kedvezően folyt le. A gyomor minden reactió nélkül gyógyult, csak a hasfal sebének alsó külső szélét kellett negyednap a sebszélek elhalása miatt 2—3 cm. hosszaságban szétválasztanunk, ezen zavart azonban természetesnek kell tekintenünk, ha meggondoljuk, mily feszülés alatt állottak ezen teljesen heges képletek.

A szétválasztás helyén a sebszélek a közönséges asepticus sebkezelés mellett pár nap alatt nem kis meglepetésünkre ismét egy luetikus fekély képét mutatták, úgy hogy kénytelenek voltunk a helybeli higanykezelésen kívül betegünket újból általános antilueticus kezelésnek is alávetni, mely meg is hozta a kívánt eredményt, mert ezentúl a seb rohamosan begyógyult.

Betegünk egy hosszabb általános antilueticus kezelés befejezése után 1904 junius 30-án gyógyultan hagyta el a klinikát, s azóta állandóan jól érzi magát. Klinikánkról való távozása után is még több ízben szedett jodkálit.[1]

A műtét után képződött bőrfekély széléből kimetszett szövetrészletből készült *górcsövi készítmény* (dr. *Verebély Tibor* tanársegéd úr) következő leletet adta:

A metszeteken három réteg különböztethető meg, amelyek a felszín felől a mélybe haladva a következők: *a) Felületesen* vaskos, hyalin, fibrin gerendák élénken festődő reczéje fekszik, melynek hézagait polynuclearis genysejtek lepik el; a rostok a fölületen vaskosak, a mélység felé egyre finomabbak s széttérve behatolnak a második réteg sejtjei közé. *b)* A második réteg sejtdús granulatio, amely tág véredényekből, különböző alakú fibroblastokból és leukocytákból áll, mindezeket finom kötőszöveti rostok hatják át, amelyek csupán az edények körül képeznek vaskosabb, durvább rostú réteget, köpenyt. Az edények általában tágak s mindenütt körkörös rostoktól övezettek: az endothel sejtek szaporodása sehol sem mutatható ki. *c)* A *legmélyebb* réteg heges, rostos kötőszövet, amelynek sejt állományában sok a tág véredény. Ez utóbbiakon az adventitia heges, rostos, hyalin köpenyén belül sok helyt körülírt vagy körkörös, hagymalevélszerüen elrendezett endothel-burjánzás mutatható ki; gömbsejtes beszürődés sem a szövetben, sem az edényekben nem képez körülirtabb fészkeket.

Vélemény. A szövet lobosan izgatott sarjadzás, amely hyalinos hegesedésre vezet. Feltünő a vérerek peri- és endovascularis burjánzása, anélkül azonban, hogy ez a határozottan lueticus granulatiók képét mutatná. Gummás beszürődés nem található.

A górcsövi lelet tehát nem jellemzö syphilisre, de ezt ki sem zárja.

Esetünkben a *gyomor-hasfali sipolyt* annak daczára, hogy betegünk tagadta a luest, nála a leirt fekélyen kívül, mely a sipolyt felvételekor körülvette, semmi jellegzetes syphiliticus tünet nem állott fenn, s a — sajnos csak a mütét után képződött fekélyből — kimetszett szövetrészlet sem mutatott szövettanilag jellegzetes képet, a *Rieder* által oly pontosan leirt véredény elváltozások sem voltak kimutathatók: mégis azon körülményből, hogy a fekély serpiginosus volt, nagy terjedelmü beszürődés felett székelt, s szélei meredekek voltak, alapja síma és szalonnás küllemet mutatott, *határozottan syphiliticus alapon fejlödöttnek kell tekintenünk.*

Feltevésünket mi sem igazolja jobban, mint az, hogy a rendes kezelésnek daczoló fekély a helybeli és általános antilueticus kezelésre feltünö rohamosan begyógyult, s midön a heges szövet egy része a mütét alkalmával elszenvedett trauma folytán elhalt, a keletkezett anyaghiány újból a syphiliticus fekély küllemét vette fel s azonnal gyógyulásnak indult, mihelyt a specifikus kezelést a beteggel ismét megkezdettük.

Feltevésünket támogatja továbbá a kórelözményben talált azon két jelenség is, hogy betegünk első ízben $2^1/_2$ hónapos terhesség után vetélt, második terhessége pedig a 8-ik hónapban ért befejezést. A koraszülött gyermek rendkivül sovány volt s születése után 14 napra meghalt.

Ha még ezeken felül tekintetbe veszszük azt, hogy betegünknél teljes biztonsággal kizárhatjuk, miszerint a sipoly keletkezését külső vagy belső erőmüvi (idegen testek) behatások, marószerek idézhették volna elö s egy elörement gyomorfekély hasonlóan nem lehetett kiindulási pontja a sipolyképződésnek, mert hiszen ezen felsorolt körülmények sokkal nagyobb, a beteg által feltétlenül észlelt kóros elváltozásokat idéztek volna elö, *kizárás útján is egyedül csak a lueticus alapot vehetjük fel* a sipoly keletkezése okául.

[1] Bemutatva a budapesti kir. orvosegyesület 1904 okt. 29-iki ülésén.

gyomor hátsó felén, a kis curvatura s a pylorus tá
előfordulni s csak nagy ritkán találhatók a gyomor n
Idegen testeknél pedig — mely lehetőségről azonban
szó sem lehet — a gyomor mechanismusa folytán i
tes, hogy az általa létrehozott gyomornyálkahártya sér
a fekély és átfúródás alapja, inkább a gyomor kivez
körül fordulnak elő, a hol leginkább fennakadhatnak.

Teljesen kizártnak kell tekintenünk továbbá a ro
daganatokat s még a tuberculoticus folyamatot is, n
esetben az egész kórlefolyás más képet mutatott voln

* * *

Az orvosi tudománynak az utolsó évtizedekben te
irányú rohamos fejlődése mellett, melylyel természete
munk is lépést tart, feltünö, hogy a buvárok és
érdeklödése mily kevéssé lett felébresztve az emészt
lueticus megbetegedései iránt, az emésztő csatorna kül
részleteire vonatkozólag, melyek látó és tapintó sz
hozzá nem férhetők. Ezen állitásunk igazolására legjo
tékunk az, hogy tankönyveink a száj, a garat és vég
megbetegedésein kivül legfeljebb még a máj syphili
betegedéseit tárgyalják bővebben; de figyelmen kivül
bél és *különösen* a gyomor ilynemü betegségeit. Még
legújabban megjelent kórboncztani tankönyve is csak
említi fel a gyomor syphiliticus megbetegedéseit

Feltünő ezen körülmény már azért is, mert kül
lánosan ismert a luesnek a szervezetnek egy része
kimélő romboló tulajdonsága s igy semmi kétely sem
hogy ezen veszedelmes tulajdonsága a gyomor-bél
többször támadja meg, mint a hogy az eddig feltétel
valószinü, hogy nem egy makacs, esetleg lethalis
végződött gyomor-bélbántalom antilueticus kezelés mell
ható lett volna. A tankönyvek zárkózottsága daczára
ban, ha aránylag nem is sok, de mégis több ki
*(Virchow, Chiari, Weichselbaum, Birch-Hirschfeld, Einh
stb.)* rendszerint összefoglaló dolgozataival találkozu
közül azonban a legtöbb erős megbirálás alá veszi az
lelt esetekről beszámoló közleményeket.

A legelső idevágó munka még 1764-ben
Monteggio tollából, ki már akkor foglalkozott a *bél*
Galliard 1886-ban referált öt gyomorsyphilisről, mely
és jódkezelésre megjavultak, ezek közé tartozik *Schwi*
is. Találunk továbbá *Gouzot, Cruveilhier, Fauvel, Len*
Rudnow stb. által észlelt s leirt eseteket s legújabb
közölt hat esetet, melyek közül különösen érdekes eg
ható gyomor-tumorra (carcinoma) gyanus eset és k
szükület esete (ez utóbbiakhoz hasonló esetek még
nincsenek leirva), melyek valamennyien antilueticu
meggyógyultak.

Mindezen s még mások által közölt esetek is te
csak azon alapon tekinthetők lueticus gyomormegbete
a mennyiben antilueticus kezelésre meggyógyultak
javultak, mert histologicus vizsgálat tárgyát e tu
képezhették.

A gyomorsyphilis biztos, histologicus alapon is
tott eseteinek száma az irodalmi feljegyzések szeri
mindezideig csak 14-re tehető, a mi, tekintve a bu
elterjedését, feltünően alacsony szám.

Érdekesek *Chiari*-nak ez irányú tanulmányai
leforgása alatt 243 bonczolást végzett oly hullákon,
még a halál előtt lett a syphiliticus megbetegedés m
Ezek közül a bántalom 145 esetben öröklött, 98 es
szerzett volt. Valamennyi eset közül csak 2 esetben
1 szerzett) voltak jelen gyomor-elváltozások, igy h
százalék csak 1·2%. Az öröklötteknél 1·3%, a szerz
1·02%. Mindkét esetben gummosus folyamat volt jel
submucosából indult ki. A szerzett lues esetei köz
esetben volt elváltozás kimutatható, ú. m. egy 46 éve
férfinál — vérző egyszerü ulcus —, egy 66 éves
pedig a gyomor hátsó falán egy az összes gyom

Chiari az irodalomban közlött (1891-ig) esetek közül csak a *Klebs, Cornil* és *Ranvier, Weichselbaum* és *Birch-Hirschfeld* eseteit tekinti syphiliticus gyomorbántalmaknak, a mennyiben ezeknél a bujakór górcsövileg is meg lett állapítva, a többi esetekben pedig a diagnosist csak hypotheticusoknak tekinti.

Chiari Galliard azon nézetét, mely szerint azon szempontból kiindulva, hogy a luesnél fennálló véredényfal-elváltozások praedisponálttá teszik a beteget ulcus ventriculira s hogy minden gyomorfekélynél syphiliticus alapbántalmat keres, határozottan kétségbe vonja a fentebb említett statistikája alapján.

Trinkler azon álláspontou van, hogy a gyomor syphiliticus megbetegedése sokkal gyakoribb bántalom, mint a hogy az eddig fel lett véve s ezen körülményt annak tulajdonítja, hogy a gyomor e nemü megbetegedésének diagnosticája még nincs eléggé kifejlesztve. Ezen feltevés mellett szól *Neumann* összeállitása is, mely szerint az ulcus ventriculiban szenvedő betegek 20%-a lueticus.

Chiari a gyomor lueticus megbetegedésének *kétféle válfaját* állapitja meg, u. m. a *gummosusat* és *az egyszerü beszürödéses alakot.* Az előbbi úgy a szerzett, mint az öröklött esetekben, az utóbbi csak az öröklött esetekben szokott előfordulni. Állitása szerint a hegek csak azon esetben vezethetők vissza lueticus eredetre, ha mellettük még gummák is kimutathatók.

Einhorn szemben *Chiari*val három alakot különböztet meg, ú. m. 1. *syphiliticus gyomorfekélyt,* 2. *syphiliticus gyomortumort,* 3. *syph. pylorus-szükületet.* A kórisme megállapitásánál fontosnak tartja 1. a kórelőzményt, 2. az egyidejüleg fennálló egyéb syphiliticus tüneteket, végül 3. az antilueticus kezelés eredményes voltát.

A mi ezen specificus gyomorbántalmak *klinikai tüneteit* illeti, tapasztalataink még nagyon sok kivánni valót hagynak hátra; a mi egyrészt a bántalom ritkaságának, másrészt annak is tulajdonitható, hogy a klinikusok figyelme e térre még nincs eléggé felhiva. A tünetek leginkább rossz emésztésben, gyomorfájdalmakban, hányásban nyilvánultak. Vérzés az irodalomban csak *Hayem* és *Hiller* esetében van feljegyezve, ezeknél is azonban a vérzés a specificus kezelésre gyorsan megszünt.

Rosanow jellegzetesnek tartja azon tapasztalatot, hogy a mig *nem* specificus gyomorfekélyeknél a fájdalmak sem fellépési idejük, sem tartamuk, sem hevességük tekintetében rendszert nem mutatnak, addig a *lueticus gastralgiákra* nézve jellegzetes, hogy ezek mindig csak éjjel lépnek fel. *Fränkel* esetében még a gyomorváladék sósavhiányát is kimutatta, ezen észleletre azonban nagy súlyt nem helyezhetünk, tekintve, hogy a gyomorváladék sósavhiánya más gyomorbántalmaknál is kimutatható s igy legfeljebb csak tévedésekre adhat alkalmat.

Véleményünk szerint a gyomor bujakóros megbetegedésének tüneteit pontosan meghatározni, már oly értelemben véve, hogy a tünetekből minden másnemü megbetegedés kizárható legyen, teljes lehetetlenség s a klinikai diagnosist csakis a kórelőzmény és a meglévő egyéb kórjelző tünetek alapján, esetleg kizárás útján állapithatjuk meg. Az ez alapon felállitott kórisménk helyességét végeredményben azután az antilueticus kezelés eredményes volta fogja beigazolni.

Tekintve ezenfelül, hogy az orvosi felügyelet alatt végzett antilueticus kezelés még más természetü bántalmaknál sem okozhat nagyobb veszedelmet betegünkre nézve, s a két-három heti időmulasztással betegünk állapota nem rosszabbodhatik oly mérvben, hogy abból nagymérvü kár háromolhatnék reá, *feltétlenül javalt a legkisebb gyanút ébresztő esetekben betegünket általános bujakórellenes kezelésnek alávetni.* Példa gyanánt felemlithetjük *Einhorn* esetét, melynél egy carcinomára gyanús kitapintható daganat múlt el ily kezelésre.

Chiari azon határozott kijelentésével szemben, mely szerint ő csak azon eseteket tartja bizonyosaknak, melyeknél a kórisme górcsövi lelet alapján is meg lett állapitva, azon véleményünknek kell kifejezést adnunk, hogy kijelentése klinikai szempontból teljesen kivihetetlen, mert e czélból akkor minden betegünket mütétnek kellene alávetnünk. Összevetve az elmondottakat, állithatjuk:

1. Hogy betegünknél a gyomor-hasfali sipolyt a legnagyobb valószinüség szerint egy a gyomor mellső falának submucosájából kiinduló lueticus gumma okozta, mely összetapadást hozott létre Ezen kedvező összetapadás tette azután lehetővé, ho edények ismert elváltozásai következtében beállott szét keletkezett a leirt sipoly.

2. Hogy a gyomornak kétféle bujakóros megb ismeretes, ú. m.: a gummás és az általános, beszürődé melyeknek alapján heges szükületek is fejlődhetnek.

3. Hogy a gyomor bujakóros megbetegedései val gyakoriabbak, mint azt eddig hittük, miért is

4. feltétlenül javallott gyanús esetekben a bujal kezelés megkisértése.

* * *

Végül nem mulaszthatom el, hogy *Réczey Imre* ő méltóságának ne fejezzem ki hálás köszönetemet a kö szives átengedéséért.

* * *

Irodalom. 1. *Birch-Hirschfeld.* Lehrb. d. path. 1887 II. és 1895 II. B. — 2. *Bobrow.* Bericht d. chirurg. klinik 1899—1900 u. 1900—1901. — 3. *Buday.* Üb ungewöhnlichen Fall von Syphilis. Virchow's Arch. Bd. 4. *Chiari.* Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung leitenden Apparates und des Magens, Prager med. Woch 1885. 47. — 5. *Chiari.* Über Magensyphilis, Virchow schrift 1891. III. — 6. *Cornil et Ranvier.* Manuel d'histolo logique 1884. P. 296. — 7. *Cruveilhier.* Revue méd. 8. *Dieulafoy.* Syph. de l'estomac. Bull. de l'Acad. de méd. 9. *Einhorn.* Über Syph. d. Magens. Dermatol. Zeitschrif 1900. — 10. *Einhorn.* Über Syph. d. Magens, Arch. dauungskrankheiten Bd. VI. H. 2. — 11. *Fauvel.* B soc. anat. 1858. — 12. *Fischer.* Vorst. einer Magenfist der deut. Gesellsch. f. Chirurgie 1889. — 13. *Flexner.* syphilis with the report of a case of perforating syphil the stomach. Americ. Journ. 1898. Okt. — 14. *Fränkel.* von der acquirirten Magensyphilis, Virchow's Arch. Bd 15. *Frerichs.* Klinik der Leberkrankheiten, I. Bd. 16. *Galliard.* Syph. gastrique et ulcère simple de l'estom gén. de méd. 1886. Janv. — 17. *Gouzot.* Contribution des maladies syph. de l'estomac. Ref. Monatsh. f. prakt 1887. Bd. V. No. 12. — 18. *Jullien.* De la dilatation de dans ses rapports avec la syphil. et son traitement. G de méd. de chir. Paris 1889. — 19. *Klebs.* Handbuch Anat. 1869. I. P. 261. — 20. *Kronheimer.* Spontane M als Folge eines Ulc. ventriculi, Deutsche Zeitschrift f. Ch Bd. 53. — 21. *Lang.* Zur Lehre von d. Eingeweide Wiener med. Presse 1884 et 1885. — 22. *Lancerau* hist. et prat. de la syphilis 1874. — 23. *Laudet.* Mém lésions de la syphilis visceral. Monit. des sciences 24. *Lesser.* Tertiäre Syph. der Zunge u. d. Magensch Berl. klin. Wochenschrift 1897. — 25. *Oberndorfer.* viscerale Form der congenitalen Syphilis mit spec. Be Magendarmcanals. Virchow's Arch. Bd. 159. — 26. *Ri* Kenntnis d. spec. Darmerkrankungen bei acquirierter Jahrb. d. Hamburger Staatskrankenanstalten. 1889. — 27 Ein Mischfall von Syphilis und Tuberculose des M Jahrb. d. Hamburger Staatskrankenanstalten. 1892. — 28 Zur Path. und Ther. der Mastdarmstricturen. Arch. Chirurgie. Bd. 55. — 29. *Rieder.* Hist. Unters. im Prim Syphilis. Deutsche med. Wochenschr. 1898. — 30. *Rie* träge z. Hist. u. path. Anat. der Lymphgefässe und Ver f. allg. Path. u. path. Anat. 1898. — 31. *Rudnew.* Üb Stricturen d. Magens. Journ. f. norm. u. path. Histol. klin. Med. 1870. — 32. *Scheib.* Syph. b. gummös. Af Magens u. Darms etc. Prager med. Wochenschr. X 33. *Stalpei.* Beiträge z. Syph. visceralis. Magen-, Lunge syphilis Kassel 1896. — 34. *Trinkler.* Über Syphilis u. deren Manifestationen in Form v. chir. Erkrankungen. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Chir. Bd. X. — 35. *Virchow.* Arch. Bd. XV. 1858. — 36. *Wagner.* Das Syphilom. Heilk. Bd. IV. 1863. P. 225. — 37. *Weichselbaum* Geschwür im Magen. Bericht d. Rudolfiner Spit. in Wi P. 383. — 38. *Zeissl.* Über die Syph. d. Magens u. Wiener med. Presse 1902.

scriptum acutum.)

Irta: *Havas Adolf dr*, egyetemi rk. tanár, Szt.-Rókus közkórházi főorvos.

A Quincke-féle megbetegedés a kevésbé ismert, ritkább bőrmegbetegedésekhez tartozik. A bántalom valószínüleg sokkal gyakrabban fordul elő, mint a hogy azt registrálva találjuk, és ritkasága jórészt csak úgy magyarázható, hogy nem ismerik föl, nem kórismézik és más betegségekkel, nevezetesen urticariával, erythemával, toroklobbal, lobos bőrvizenyővel stb. tévesztik össze. *Quincke* volt az első, ki a szakkörök figyelmét 1882-ben fölhívta e különös bőrmegbetegedésre.

A bántalom lényege az, hogy hirtelen, mintegy rohamszerüleg, egyes esetekben minden kimutatható előzetes rosszullét nélkül, máskor bizonyos prodromális tünetek (étvágytalanság, bágyadtság, rosszullét, fejfájás) után mogyorónyi, ökölnyi, sőt gyermekfejnyi vizenyős duzzadások keletkeznek a test bármely részén, a bőrön vagy a nyálkahártyán külön-külön, vagy mind a kettőn egyszerre. Az egyes daganatok rendkivül gyorsan fejlődnek, már néhány óra alatt elérik fejlődésük tetőfokát és néha pár óra, máskor pedig napok mulva tünnek el, de mindig minden nyom hátrahagyása nélkül. Csakis kivételes esetekben, egy és ugyanazon helyen többszörösen megismétlődő recidivák után, vezet esetleg a baj a bőr állandó megvastagodásához, állandó vizenyőhöz; avagy, mint *Riehl* esetében, az alsó szemhéjak tasakszerü kitágulásához, kitüremkedéséhez. A kóros elváltozás igen gyakran ismétlődik és pedig főleg a már egyszer megtámadott helyeken, de előfordul az is, hogy a megbetegedés eltünte után csak hosszabb idő múlva jelentkezik újra. A gyakori visszaesések a kórfolyamatot hosszadalmassá teszik, hetekig, hónapokig, sőt évekig is eltarthat. Az egyes daganatok átmérője 2—15 czentiméternyi, magassága pedig 2—5 czentiméternyi, rendesen a környezet felé nem élesen határoltak, elmosódott szélüek, az ujj benyomatát megtartják, az ép bőr szinétől nem elütő szinüek, vagy pedig halaványak és áttünőek, ritkább esetekben kissé vörösesek. A duzzadást a böralatti vagy a nyálkahártya alatti kötszövet vizenyős beszürődése okozza. A vizenyős duzzadás *Quincke* szerint még az izomzatban is jelentkezhetik, sőt *Quincke* és *Gross* újabb közlése szerint még periostalis duzzanatok (ulna, radius, kéztőizület, homlok) is előfordulnak, egy esetben pedig hydrocephalust is véltek felvehetni. Subjective a beteg csak feszülést érez a duzzadt felületen. Érzékenyebb egyének bizsergésről, esetleg enyhe égésről vagy viszketésről panaszkodnak. Az általános közérzület sokszor zavartalan. A kiütés rohamszerüleg, hirtelen, a legteljesebb egészségben, munka közben lepi meg az illetőt. Máskor, a mint fentebb már említém, bizonyos prodromális tünetek zavarják az illető közérzületét, a mennyiben étvágytalanság, bágyadtság, levertség, fejfájás, lehangoltság, izgalmi állapot előzik meg, és állanak fönn a betegség egész tartama alatt, sőt egy bizonyos ideig utána is. Mig a daganatok a bőrön, arczon, fülön, állon, alsó vagy felső végtagokon, scrotumon vagy penisen székelnek, a betegnek aránylag kevés kellemetlenséget okoznak. Egy esetemben a lovaglás alkalmával a gluteális tájakon jelentkezett vizenyős duzzadás a beteget a lovaglásban akadályozta. Kellemetlenné válnak azonban e duzzadások akkor, ha azok a szemhéjon, az ujjakon, a talpon képződnek, mert ilyenkor a látást, az ujjak mozgását és a járást-kelést akadályozzák. Különösen kellemetlenek pedig e daganatok akkor, ha a nyelven, a szájban, torokban, gégében, légcsőben, esetleg a hörgökben, a gyomor és a belek nyálkahártyáján fordulnak elő. Ilyenkor a nyelést, a beszédet nemcsak nehezitik, hanem esetleg lehetetlenné is teszik; a légzést akadályozzák, sőt fulladási halált is okozhatnak. *Sträussler* emliti, hogy egy 23 éves férfi betege a gégében keletkezett ilyen daganat következtében megfulladt, és hogy értesülése szerint ugyanezen betegnek atyja és testvére ugyanily módon múlt ki. A gyomorbeli daganatok gyomortáji fájdalmat, emésztési zavarokat, hányásingert, a tabesnél előforduló crises gastriques-hez hasonló tüneteket idézhetnek elő.

Joseph szerint, ha a daganat a gyomor nyálkahártyáján képződik, a kisérő gyomortünetek nagyban hasonlithatnak a Leyden-féle periodikus hányáshoz. A bélbeli daganatok hastáji kedést okozhatnak.

A betegek rendesen láztalanok, a rohamok alatt, ütés csak a bőrön van, alig szenvednek, de ha a nyá is támad ilyen daganat, akkor komolyabbak a tünet betegemnél, a mint azt később leirandom, a roham ala testet bő izzadás lepte meg, és a beteg a roham utá bágyadt volt, hogy nem tudott dolgozni és le kellett f midőn is néhány óráig tartó mély álomba merült.

Az eddig leirt esetekben jobbára férfiaknál észlel alakot. Az én négy esetem mind férfiura vonatkozott. látszik nem játszik szerepet, észlelték 3—4 éves gyc és 50 évesnél idősebb egyéneknél is. Úgy látszik az szerepet játszik. E mellett szólnak *Schlesinger* esete család 4 generatiójában ötször észlelte a szóban forgó meg mely mindmegannyi esetben a 20. életév körül jelentkezet zolja *Sträussler* észlelete is (apa és két fia); ilyen csa ir le *Zamboni* (apa és két fia).

A daganatok elhelyeződése többnyire minden nélküli, változékony, de leirták már olyan esetet is, kórfolyamat mindig csak a test egyik oldalán támadt.

A húgyvizsgálat néha eltérést mutatott. Egyes e húgy mennyisége csökkent, fajsúlya magas volt. Észlelt sőt erős albuminuriát is *(Wende)*.

Joseph 5 éves gyermeknél paroxysmalis haemo észlelt. Húgyhólyagbeli és bronchiális vérzésről is teszne

A bántalom kóroktanáról biztosat még nem tudu zetek még nagyon eltérők. A legkülönbözőbb okoka alacsony hőmérséket, hideg hirtelen behatását *(Wend* túlságos élvezetét *(Joseph)*, psychikai izgalmakat *(S* menstruationalis zavarokat, klimaxot, hereditarius *(Schlesinger, Sträussler, Zamboni)*, angioneurosist *(Gross, Lesser)*, autointoxicatiót. Én azokhoz csatlakoz szóban forgó kórfolyamatot az urticariához közelállón *(Kaposi, Jarisch, Lesser)*.

Megerősitenek e nézetemben azon esetek, a mel eredeti kórfolyamathoz később félre nem ismerhető csatlakozott. A vizenyős duzzadás kifejlődésénél nagy a véredényidegeknek; hogy azután a véredényidege toxinok (a bélcsatornában felhalmozódó bomlástermé vódása), ideges befolyás (psychicus izgalmak, reflecto vagy más behatás által okoztatik-e, az még eldönte továbbá az, a mint azt *Török* is az urticariára néz hogy a vérerek falzata oly módosuláson megy át, vérsavó részére könnyebben átjárhatóvá lesz.

A leirt tünetek alapján, különösen pedig ha a ny tünetek mellett a bőrön is észlelhetők olyanok, a mindig könnyü lesz. Összetéveszthető a folyamat e urticariával és az erythema egyes alakjaival. Mindket tünet az erős égés és viszketés, a kiütések szine és helye. A szájürben, garatban és torokban meglevő tün ha azok hosszabb ideig állanak fenn, könnyen összet heveny toroklobbal. Egy esetemben meg is történt ez, é három roham alkalmával, heteken át toroklobos gyaná Tekintetbe jöhet az *Ebstein*-féle heveny börgyuladás, d magas lázzal jár (39°), és a vizenyős daganatokon kés képződés és fekélyedés keletkezik, a mi a Quincke- sohasem fordul elő. Gondolni kell e kórfolyamatra periodikus hányás, bizonyos gyomorindispositiok és a nem magyarázható bélkólikák eseteiben. *Kreibich* egy czombon levő ilyen gyermekfejnyi daganatot pláne diagnostizálták.

A bántalomról elmondottakból kitünik, hogy a fősajátsága a gyakori recidiva, hogy e miatt a kórfol tama rendkivül hosszúra nyulhat, tehát óvatosan kell sis tekintetében nyilatkoznunk. Általában mondhatju kórjóslat quoad vitam jó, jóllehet a Sträussler által k esetek óvatosságra intenek. Nem ilyen jó a progn durationem et sanationem, mert a mint már említém, hetekig, hónapokig, sőt évekig is eltarthat, és esetleg multán is recidivál.

tisztában, gyógyeredményeink is csak tökéletlenek. Egyes esetekben a chinin, antipyrin és atropin belső adagolásától láttak sikert. Eseteimben különös súlyt helyeztem a diäta rendezésére, a belek kiürítésére és béldesinficiensek alkalmazására. Így alkalmaztam hashajtót, natrium-bicarbonicumot rheum-mal, mentholt, karlsbadi kurát. Gastricus rohamoknál, kolikánál opium vagy morphium alkalmazandók. Helybelileg hüvös-langyos fürdők, hideg lemosások, egyes nagyobb daganatokra alcoholos borogatások, 5%-os Burow-oldattal való borogatás használandók. *Modinos* a faradicus árammal érte el a legjobb eredményeket. Nagy figyelemben részesítendők a szájür- és torokbeli tünetek. Nagy duzzadásoknál jéglabdacsok ajánlandók. Nehezített légzésnél a duzzadt uvula és glottis scarificatiója, fulladás veszélye esetében tracheotomia végzendő. Enyhébb esetekben hüvös nyákos folyadékokkal való öblögetések *enyhítik* a beteg állapotát.

És most a következőkben az általam észlelt négy esetet ismertetem lehetőleg röviden.

Az első esetet Korányi Sándor tanár úr szivességének köszönhetem. Körülbelül 4—5 évvel ezelőtt egy főúrhoz hivtak, kinél felváltva a jobb vagy bal arczfélen, a fejtetőn, a szájürben, a törzsön, nagy kiterjedésü duzzadások támadtak, a melyek hirtelen keletkeztek és aránylag rövid fennállás után 1—2 nap mulva minden nyom hátrahagyása nélkül eltüntek. A daganatok gyakran recidiváltak, nem viszkettek, csak kellemetlen feszülési érzettel jártak. A szájürben levők a nyelést, a beszélést, sőt a légzést is akadályozták, nehezítették.

A kórelőzményekre nézve Korányi tanár úr szives volt velem közölni, hogy a beteg nagyobb lelki felinduláson ment keresztül, a mennyiben neje nem rég súlyos typhust állott ki. Az actualis politikus egyéb okok miatt is ideges állapotban volt. Midőn a kb. 35 éves beteget láttam, az egyik arczfélen a fülkagylóra átterjedőleg egy kb. 10 czentiméter átmérőjü, az ép bőrhöz hasonló szinü, kb. $1^1/_2$—2 czentiméternyire kiemelkedő daganata volt. A betegnél gastrikus tünetek nem állottak fönn. Ugyanekkor értesültem, hogy különösen a beteg nyelve duzzad meg gyakrabban. A diagnosist Quincke-féle megbetegedésre tettem. A beteg salolt, salicylt és β naphtolt szedett. A kórfolyamat kb. egy évig állott tönn. Érdekes ezen esetben a beteg azon előadása, hogy midőn Boszniába vadászkirándulást tett, a lovaglás okozta mechanicus inger következtében mindkét glutealis tájon oly nagy daganatok támadták, hogy ezek a nyeregbeülést lehetetlenné tették, őt a lovaglásban akadályozták.

A második eset egy erős testalkatú, 38 éves kereskedőre vonatkozik, ki ez év október havában fordult hozzám bajával. A bántalom most harmadszor jelentkezett nála. Először ezelőtt 14 évvel csak a szájürben, torokban és orrban. A mennyire visszaemlékezik, erős fülzúgás kisérte a bajt, különösen élénken emlékezik a nehéz nyelésre és nehéz beszélőképességre, a roham csak pár óráig tartott. Másodszor ezelőtt 8 évvel támadt e baj ugyanily tünetekkel és szintén rövid tartammal. Hogy a bőrén voltak-e tünetek, arra nem emlékezik. Előadja kérdésemre, hogy sem szüleinél, sem más rokonánál ilyen bajt nem észleltek. Felemliti azonban, hogy az emlitett mindkét roham az irodában, munka közben, minden előzetes rosszullét nélkül, hirtelen lepte meg oly erős bágyadtság kiséretében, hogy haza sem mehetett, hanem kénytelen volt az irodában lefeküdni, a midőn erős izzadás tört ki rajta. A nyelési nehézség kb. 10—15 perczig tartott, azután 2—3 órás mély álomba merült. A nyelv és garat lobossága körülbelül egy hétig tartott. A bántalom okául semmit sem tud felhozni. Gégeorvos heteken át kezelte a torkát tanninbefuvásokkal, toroklobnak tartván baját. A harmadik roham most október elején éjjel érte. Álmából nyelési nehézséggel ébredt föl, melyhez az orr, a fül és a bárzsing felé terjedő erős viszketési érzet csatlakozott. A folytonos nyelési ingernél az az érzése van, mintha hegyes tárgyat kellene lenyelnie. Tükörben megnézve a nyelvcsap rendkívül duzzadt volt. Most is, úgy mint az előbbi két esetben, erős izzadás lepte meg. A megejtett vizsgálatnál a nyelv hegyén, a lágyszájpad bal felén és a nyelvcsapon, nemkülönben a száj fenekén még részben fennálló duzzadást és sötétvörös elszineződést találtam. Sehol hámtól fosztott hely, sehol acut lobra valló tünet, tökéletesen lázmentes állapot. A beteg mor-indispositioról és renyhe székletéről panaszkodik. oly érzékeny, hogy nem tud szivarozni, füszerezett elede szeszes italt inni. Kb. 4 hétig tartott, mig a folyamat

A harmadik eset kb. 40 éves gazda, ennél a fejt mellkason volt alkalmam egyidejüleg egy-egy kb. 8 cz átmérőjü daganatot észlelni. A daganat nem viszketett, h hol ismét jelentkezett, soha fájdalmat nem okozott, párn tatu volt, a Quincke-féle megbetegedés typicus képét

Negyedik esetem egy a kórházban nálam megjelent tordai származású kereskedelmi tanonczra vonatkozik, bőr színéhez hasonló, elmosódott határu, kb. 4 czentimé rőjü, a bal arczon és fülön székelő, nem viszkető, gy mindig itt recidiváló daganat volt észlelhető. A kórelőz nézve nem tudtam adatot beszerezni.

A húgykőmorzsolás nálunk a lefolyt ötven év

Irta: *Bakó Sándor dr.*

Balassa 1843. okt. 9-én tartott tanári székfoglaló ben lelkesedéssel szól a sebészet bámulatos haladásáró az által ért el, hogy »a felcsigázott észképek csalfé éretlen ábrándozás villogó tüzétől állandóan elfordult ész s ép érzékek voltak egyedüli segédeszköze«. A »tényekkel« bizonyitja, a tények felsorolását ezze »A húgykőbaj az emberi nemet sujtó nyavalyák közü gyötrőbb bántalom, mert beszegődvén megtelepszik s k elöli az életet. A sebészet évszázadokon át csak mets volt képes a szenvedő testből kiküszöbölni a veszélyt vendéget, tehát veszélyen veszély által vett erőt. Az ú Heurteloup és Civiale dicső találmányai, a kőmorzsolá félelmetes ellennek a legegyszerübb ura lett«. Balassa legelső számaiban[1] mutatja be klinikája 12 évi húgy Mielőtt műtéti eredményeit vázolnám, röviden jelzem a zsolás állását azon időben.

A kőmorzsolás a sebészeti mütétek sorába akko mikor Civiale 1824. január havában a párizsi akadémi sága előtt egy férfibeteg húgykövét — sóskasavas mészkő — elmorzsolta. Eszközét, a háromkarú egyenes fogót — lithotriteur à trois branches — csakhamar legyőzte He nak 1832-ben közzétett műszere, a mai kőmorzsolók ős karú fogó, percuteur courbe à marteau. A következő év Párisban élénk volt a harcz nemcsak az özönével megin közmódosítások felett, melyek H.-nak kezdetben csak pe berendezett eszközét minden részében átalakitották, hane nak a kőmorzsolásnak jogosultsága felett is. A vezető túlnyomóan ellene voltak, s egyszersmind hevesen tilta specialismusnak bármely czímen a kórházakba bebocsát Civiale ugyanis 1829-ben a kórházak igazgatóságától húgykövesek részére a Necker-kórház sebészeti osztályán kapott. És ezt a positióját, mely még azután is soká in csak nagy nehezen, kőmorzsolási mütéteinek el nem t eredménye révén tudta megtartani. Ez volt részben az később is oly féltékeny gonddal őrizte módszerét, s hol nem követte, nem eljárása valamely hibájának, hanem alapon s hibás módon végzett mütétnek tudta be.

E forrongás közepette végezte nálunk 1837. április Ivánchich, ki az új mütételt Civiale-nál tanulmányozta sikeres kőmorzsolást.[2] A kulcsos morzsolót használta s dicsérte mint legtökéletesebb műszert. Harmadik morz vendégei voltak: Lenhossék Mihály protomedicus, hely tanácsos, Reisinger János, Gebhardt Ferencz egyetemi és Réczey dr. Azon évben összesen 8 sikeres kőmorzsol volt. Hire csakhamar túlterjedt az ország határán. Betegek fel Bécsből, majd őt hivták fel oda, s 1838-ban állandó ben telepedett meg. I. morzsolásainál már 1848-ban aetl

[1] A húgykövekről hazánkban. Orvosi Hetilap. 18 3. szám.

[2] Kritische Beleuchtung der Blasensteinzertrümme sie heute dasteht. Von Victor Ivánchich, praktischem Arzte Wien 1842.

mondja, azért ezt, mert akkor ez ellen kevesebb panasz merült fel mint a chloroform ellen. Az altatással mindig avval foglalkozó szakértőt bizott meg. Azt tartotta, hogy a protrahált narkosist, a mi kőmorzsolásnál gyakran szükséges, akármelyik segéd nem végezheti. I. megmaradt azután is az aethernarkosis mellett, míg azon kevesek, kik azon időben morzsolásnál egyáltalában narkosist próbáltak meg, mint Leroy, Amussat, csakhamar abbahagyták. Civiale ellensége volt az altatásnak. Az ő szava döntött ebben is s abban is, hogy az üléseket meghosszabbítani altatás mellett még veszedelmesebb. Megmaradtak az átlag 5 perczig tartó »rövid ülések« azután is. Civiale e mellett is nagy eredményt ért el, még első eszközével is sikerrel morzsolt kis gyermekeknél is.

Balassa klinikájára az ország csaknem minden részéből jöttek kövesbetegek. Évente 15—20 kőbajos jelentkezett. A 12 év lefolyása alatt a klinikának 135 köves betege volt. Nagy szám ez, tekintve hogy a klinikának férfi osztálya azon egész idő alatt 12 ágyból állott, a női osztály egy 6 ágyas egy ablakos szoba volt.[1] A klinika kövesekről hires volta messze földre terjedt. B. fentebbi közleménye is külföldi felszólításra volt felelet s hazai statisztika alapján a mi viszonyainknak megfelelőleg a húgykövek keletkezési okait tárgyalja, s ez teszi ki közleménye túlnyomó részét.

A 135 kőbeteg közül 13 műtétre nem volt alkalmas. A 92 hólyagmetszés közül — gátmetszések — meghalt 11, a 30 morzsolt közül 5. A betegek elhanyagolt állapotának tudta be, hogy a kőmorzsolást aránylag ritkán végeztette; ennek tudta be azt is, hogy a morzsoltak gyógyulása aránylag kevésbbé kedvező, mint azt a kőmorzsolási statisztika általában mutatja. Panaszolja a törmelékek beékelődését követő utóbajokat, melyek a morzsolási ülések egymásra következtét meggátolták. »Így történt, hogy az ismételten kiújuló lobok, meg a hosszabb kórházi kezelés által a beteg ereje, még mielőtt be lett volna fejezve a műtéti behatásoknak sorozata, néha annyira kimerittetett, hogy néhányat közülök (3) kénytelen valék a műtét befejezése végett későbbre berendelni. Valamint így történt, hogy némely beteg (2) a hosszabb szünetekbe és a kiújuló fájdalmakba beleunva s hólyagmetszett társai sebesebb gyógyulása s aránylag csekélyebb szenvedéseinek látása által békétlenné tétetve, esenkedve unszolt, hogy morzsolás helyett metszés által szabadítsam meg bajától.«

E szavak nyilt őszinteséggel tárják fel a kőmorzsolás akkori állapotát, főleg ha nagyobb kövekkel kellett megküzdeni. És ez az állapot maradt meg még azután évek mulva is, még pedig nem csupán az elhanyagolt kórházi esetekkel szemben. Civiale részletesen leirja I. Lipót belga király akkor híres köesetét. 1862 márczius 12-én kezdte el Civiale a morzsolást s június 27-ig összesen 16 ülésben morzsolt. Ez ülések tartama egyenként a 2 perczet nem haladta túl. Miután a hólyagot ismételten megvizsgálta, július 17-én kijelentette, hogy a kő el van távolítva. Hónapok mulva, miközben Langenbeck is consiliumban volt, H. Thompson követ talált a hólyagban s miután azt 3 ülésben elmorzsolta, bekövetkezett a teljes gyógyulás. A beteg környezetében lévő orvosok azt mondták, hogy a kő az előbbi kezelés idejéből maradt vissza. Erre mondja C., hogy ő ezen esete alkalmával is hü maradt a régi bölcs mondáshoz: »Il ne faut pas approcher les princes, mais quand ils vous appellent, il faut toujours les conseiller le mieux qu'on peut, et ne leur dire jamais que la vérité«.

Balassa 1843-tól 1868 végéig terjedő klinikai működése alatt végzett 85 közúzási esetéből meghalt 20 (23%), 189 kőmetszettje közül 23 (12%).

Balassa tanszéki utódjának, Kovács tanárnak kőműtéteit klinikai működése mindjárt első időszakáról feltünteti a klinika 3 évről szóló kimutatása.[2] E munka, mely németül is megA kimutatás közli a 3 év alatt a klinikán operált 46 nek rövid kórtörténetét, a kövek vegyalkata, nagys pontos megjelölésével. A kövek vegyalkatának s mérete tüntetése akkor is becses részét tenné az ilyen kimut ha el lenne fogadva H. Thompson eljárása, ki a (1·2 grm.) súlyon alóli köveket nem is veszi könek, cretiónak, s bármely módon távolította is el azokat mütételeit kömütétei közé nem sorozta, kömütéti stat be nem vette. Ily értelmü megegyezés hiányában pedig közlemények, kimutatások, melyek a kő méreteire vona tokat teljesen nélkülözik, a kömütétek elbirálása te értékkel nem birnak. A fentebbi 46 esethez hozzávéve nak 1869 óta operált többi esetét, K. végzett összes metszést — gátmetszések — 3 (9%) halálozással és 37 kő 3 (8%) halálozással. A mütétek kivitele ugyanaz ma Balassa idejében volt. Morzsolásnál B. is ritkán al esetei egyikénél sem találjuk feljegyezve. K. tanár az ekkor a morzsolás indicatióját a legszélsőbb határig kit Férfi- s öregkorúaknál kizárólag morzsolt, fiatal egyénel mekeknél pedig csak akkor metszett, ha vagy morzsoló a húgycsövet nem találta elég tágnak, vagy a bevezet zsoló erejével a kő nem állt arányban. A két időszak aránya közti nagy különbségre befolyással volt hygienicus viszonyainak javulása is. A sebészeti akkori helyiségében (régi Ország-út, mai Múzeum-körút volt 38 ágygyal, és e szobák sebészeti tisztaság teki mai modern kórtermeknél nem álltak hátrább.

H. Thompson, ki a kőmorzsolás terén azon időt azon alapon állott, mint kortársai, 1872. év végétől 1 cziusáig terjedő idő alatt túlnyomóan idős egyéneknél tétet közöl (Die chirurg. Krankheiten der Harnorgan 1877. 175. l.). 87 morzsoltja közül meghalt 4 (4·5% szettje közül 2 (22·2%). Th. ezen eredményt olyanna amilyent mások előtte még soha el nem értek. Ha ezen K. tanár fentebbi statistikájával hasonlítjuk össze, a me Th.-ét megelőző időből veszi kezdetét, úgy két körül tekintetbe vennünk. Egyik az, hogy Th. 1873-ban kl székét elhagyva specialis magánpraxist folytatott, a csak mint annak consiliariusa maradt összeköttetésbe klinikai működésének a kőmütétek csak kis részét tették az, hogy K. esetei mind klinikai esetek, a T.-éi pedmóan privát sanatoriumbeliek.

1878-ban a kőmorzsolás új korszakába lépett amerikai sebész azon eljárásával, hogy a követ egy ül szen el kell morzsolni s azonnal el is kell távolítani — li Erre a czélra szerkezetében is módosított, de különö nagyobb erőt kifejtő morzsolókat használ, a törmelékek elt pedig új szerkezetü szivattyút. Azt tartotta, hogy alta hólyag kibirja hosszú időn át, ha kell 2—3 óráig is lást; de különben sem szükséges a követ egészen elap a húgycső az eddigieknél sokkal nagyobb kathetert is azon keresztül nagyobb törmelékek is kiüríthetők. S eszköz a fő, a mütő ügyessége csak azután követk nézetét később oda módosította, hogy mégis jobb, ha olyan sebész végez, ki az eszközök bevitelében a hólykorlott. — Bár eseteinek száma még kevés volt, a londoni congressuson eljárása tetszést aratott. Hozzá c H. Thompson is.

Ivánchich utolsó könyvében mondta el nézeteit B. e A hosszantartó altatásnak morzsolásnál nem barátja, s hosszú altatás mellett sem tart egy ülésben elmorz Az eszköz gyakori ki- és bevitele, e közben az éles t nek a hólyag falához odanyomása súlyos következmén maga után. A törmelékek aspirálását a hólyag némel gedése mellett nélkülözhetlennek tartja s ezt maga is nem tartja minden esetben szükségesnek, az ép hólya kiüríti a törmelékeket. I. e könyvében megütközésének telésének ad kifejezést azon eljárás felett, hogy midőn

[1] Markusovszky Lajos válogatott munkái. Budapest 1905. E munka a lefolyt időszakról fölötte becses adatokat tartalmaz; számos kritikai megjegyzése mai állapotainkra is találó. Kár, hogy M. munkái nem teljes összeségükben jelentek meg. B.

[2] Kovács J. tanár sebészeti kórodája az 1871/2, 1872/3 és 1873/4 tanévben. Közlik: Antal G. tanársegéd és Réczey I. mütönövendék. Budapest 1877.

[1] Mein Epilog. Achter Sammelbericht... Von dr Ivánchich. Wien, 1881.

előadó, sem a felszólalók az ő működéséről egy szóval sem emlékeztek meg. Tény az, hogy Ivánchich azon időben művelte fényes sikerrel a kőmorzsolást, mikor az a bécsi sebészek előtt parlagon hevert. Mint kóreseteinek hosszú sorozata tanúsítja, ő, a hivatalos állás és rang nélkül való, évtizedeken keresztül fél Európa köves betegeit vonzotta Bécsbe, s ezen működésével Bécs azon időbeli orvosi nimbusához ő is hozzájárult.

Biegelow műtéti eljárásáról hasonló nézetet vallott 1882-ben Guyon is. Az új elnevezést nem tartja elfogadhatónak, mert altatás mellett is nagy köveknél csak »meghosszabbított ülésről« lehet szó. A törmelékek kiszivattyúzását fontosnak tartja, de a szivattyú alkalmazását meg kell előznie a hólyagfecskendővel való kimosásnak, a mikor a vastag katheteren át a törmelékek egy része kiürül. Ezen eljárás mellett végzett műtétei az előbbi »rövid ülésekkel« szemben feltünő jó eredményt adtak. Guyon a Necker-kórházban Civiale-nak utóda. C.-nak az idők folyamán sikerült ágyai számát megszaporitani, s működését a húgyszervek többi betegségeire is kiterjeszteni. Szakmája művelésének folytonosságát azonban nem látta biztositottnak, s a fölötti aggodalmában, hogy valjon az utód is fogja-e díjazás nélkül végezni a kórházi teendőket, élete utolsó éveiben e czélra alapitványt szándékozott tenni. Azon a helyen, a hol a lithotripsia bölcsője állott, most már évek óta az urologiának rendes klinikai tanszéke van.

Kovács tanár 1887-ben szólott az új eljáráshoz.[1] Kissé talán elkésve, de, mint mondja, legalább saját tapasztalata alapján szólhat hozzá. A kövek lehetőleg egy ülésben elmorzsolását fontosnak tartja s arra törekedett is. De ezt nem új eszközökkel, hanem az előbbeniekkel kifejtett gyorsasággal igyekezett elérni. A felmerült számos szivattyú-készülékek legjobb alkotó részének a nagy kaliberü kathetert tartotta. Ő maga is készittetett ilyet s ezen keresztül irrigátor segélyével sósviz befecskendezéssel távolitotta el a törmelékeket. Mióta a cocaint helybeli érzéketlenitésre használta, klinikai morzsolásainál egyszer sem altatott. Eltéröleg régi eljárásától, ritka kivételes esetekben nagy kövek eltávolitására magas metszéshez folyamodott. Morzsolásnál a mütő egyeniségére helyezte a súlyt. »A mütő egyénisége a keresésnél — a mi nem egyértékü a kő megdiagnostizálásával —, a keresésre alkalmazott fogásoknál nyilatkozik, és könnyen átlátható, hogy a legjobb müszerésztől kikerült zúzó müszerek, a legelmésebben construált kiszivattyúzó készülékek sem fognak változtatni azon mütő rossz statistikáján, ki az éppen felülkerekedett hangadó áramlatnak hódolva, kőzúzással kisérté meg szerencséjét, a nélkül hogy a kő megfogására a kellő technikai képessége vagy természetes érzéke meg volna«.

Kovács tanár klinikáján 1869-től 1895. szeptemberig végzett összesen 105 gátmetszést 5 halálozással, 4 magas metszést 2 halálozással, 303 morzsolást 24 halálozással.

A húgykőmorzsolások eredménye az utóbbi időben mindenütt megjavult. Biegelow elveinek elterjedése mellett része van ebben annak is, hogy az antisepticus eljárás a morzsolás kivitelénél is meghonosodott. És ez nem történt egy időben az antisepticus eljárásnak a sebészet többi részében diadalra jutásával. Midőn e sorok irója a nyolczvanas évek elején a külföldi kórházakat látogatta, Guyon még a kórteremben, a beteg ágyában végezte a kőmorzsolást, a kereszttáj felemelésére egy nagy könyvet használt s dicsérte annak nagy előnyét. Ugyanazon időben Thompson is a beteg ágyában végezte húgyszervi mütéteit. Az antisepticus eljárásnak az urologiában keresztülvitele körül nálunk Antal G. fejtett ki nagy buzgalmat. Statistikája szerint kórházi és magángyakorlatában végzett 41 kőmorzsolása után 2 halálesete volt.

Németország a kőmorzsolással annak első időszakában sem tudott megbarátkozni. Évtizedekkel azután pedig Volkmann, König, Bergmann, Küster azt hirdették, hogy a kőmorzsolás az antisepticus korszakba nem illik belé.

A mint e rövid viszapillantás mutatja, »Civiale és Heurteloup dicső találmánya« nálunk jó földre talált. És a hogy nem csupán egyes specialisták kezében, hanem sebészeti klinikánkon érvényesült, hazánk a lefolyt félszázad alatt első helyen állott.

[1] A húgyköveket eltávolító mütétekről és saját kőmüveleteimről. Gyógyászat, 1887.

Az egészségügyi kultúra fejlődéséhez az orvosi munk
szükséges, ezt pedig az orvosi sajtó, az időszaki irodalom
teszi gyorsabbá jó részben. Az »Orvosi Hetilap« nélkül
képzése, valamint az orvosi működés színvonala ma
ott, a hol áll; szilárd meggyőződésem, hogy egészség
potunkra s ennek egy részeként a szembetegek sorsár
sokat köszönhetünk e folyóirat hatásának. Azt hiszem
nem lesz helytelen rövid vázlatot nyujtanom arról: hisz lá
változásokat tapasztalok erre nézve harmincz esztendő
alatt. Az alkalom mentse ki, ha nem számokkal, ad
tudományos szinü fejtegetéssel, hanem élmények és tap
töredékes előadásával szolgálok.

Majdnem három évtizeddel ezelőtt, megkezdve
gyakorlatomat szülővárosomban, a hozzám lassan fokozó
ben forduló szembajosokon azt a leverő tapasztalatot tet
alig engedtek szemökhöz nyúlni. Régi, keserves sze
jöttek hozzám, melyeket soha senki nem kezelt, soha
látott; az emberek semmitől sem irtóztak jobban, mint –
kezétől. A gyógyszereket még elfogadták, valameddig
is, de megérinteni, jól megvizsgálni szemöket alig
Harmincz éves, erőteljes iparos ájultan esett össze, mi
pilláit a szaruhártya jobb megtekinthetése végett szé
akartam. Műszereket látva, mütétről való szavakat hall
volt a bizalmatlanság, hogy rajtok kegyetlenkedni és k
akarok. Ez a helyzet szokatlan és meglepő volt. A szer
az Alföld népe higgadtságáról, türelméről volt előttünk
tudtam, hogy 1849-től 1857-ig itt egy kiválóan képzett
lakott, kiről mindjárt bővebben fogok megemlékezni, ho
voltak a fővárosban operálva s hogy gyakran fordultal
kún-szent-mártoni sebészhez épen szembajokban is, sőt
még (vasút hiányában) távoleső Nagyváradra, Grósz Al
el-elmentek; rólam meg nem tudtak semmi rosszat,
jót hallottak. Nem volt más az idegenkedés oka, mint
orvos iránt való bizalmatlanság. Sokáig nem hitték, h
itt szemészetben más mint kontár lehetne!

Nem kárhoztatom ezt az érzést, mert éveken át
eredményeimet mások hibáinak kikorrigálásával szere
Városunkban és a környező vidéken nem volt akkor s
mást mint valamely szemvizet rendelt volna, akár amau
is, és nem volt ki mással mint »rendeléssel« kezelt vo
bajost. Egy helybeli kartársam, szánalmasan beteg, de
ember, itt-ott mélyebb belátást mutatott a szem bajaib
többen ennek teljes híjával voltak. Hányszor arattam
az egyszerü hurutnál alkalmazott atropin látást rontó
elmulasztásával, mikor már némelyek szükségesnek látt
szemcseppeken túleső régiókba avatatlanul elkalandozni
sohasem élt és tanitott volna Fabiny s mintha az utá
kező korszak kiölt volna minden érdeklődést a szemb
az összes orvosokban. Mindennapi borzalom volt rá
trachoma, szarufekélyek, egyszerü iritisek és főleg glauk
végleg elpusztult szemek látása s igen gyakori szomorú
mütétre vagy rendes helyi kezelésre vonatkozó javaslato
sitották. Olyanok, kiknek egyik szemét a vándor kuruzs
reclinatióval tönkre tette, nem engedték a másikat ope
olyan ember, kinek mindkét szemén végeztek olya
lenyomást és csak az egyikkel látott egy keveset,
igyekezett tőlem elriasztani a hályogosokat azért, mert
vágással« operálták s mégis lát. Nem volt az emberek
téke az orvos és főleg a mütétek megitélésére, s mig
dicsőített azért, mert szaruhártyájáról pillanat alatt lek
ott sárgálló kukoricza-héjat (a főtt kukoriczaszem burká
melyet egy helybeli sebész három hétig »kezelt« s
addig a másik leszólt, mert staphylomás szemének látó
vagy absolut glaukomájának meggyógyitását el nem vá

Tudtam, hogy úttörőnek kell lennem; de azt hit
az emberek (és orvosok) itélete józanabb, szükségérzete
Hiszen itt élt és működött nyolcz éven át Fabiny vo
Mészáros Rupert Ignácz dr. A szemészeti klinikán
megvannak még a töle irt beteg-jegyzőkönyvek, pont

gyakorlatra készülve. A sors sajátságos fordulatai ettől elütötték s ő e nagy, akkor még egészen falu-szerű alföldi városba került. Bámulatomra szemorvosi működésének semmi nyoma sem maradt; soha nem operált s egyenesen eltagadta szakképzettségét. Nem tartozik ide az ő életének (mely 1857-ben rablógyilkosságnak lett áldozata) különös tragédiája; de tanulságaként talán ideiktathatom azt, hogy a ki primitiv környezetéhez igényeivel alkalmazkodni nem tud, elégedetlenné, különczczé s boldogtalanná, mindenek felett pedig hatástalanná lesz. Ismeretei nem termékenyitik, nem nevelik a környezetet s készültsége nemzeti szempontból kárba vész.

Hosszú időn, majdnem egy évtizeden át szemorvosi gyakorlatom csak magángyakorlat volt s az emberek lassan vettek rólam tudomást; én magam szakom gyakorlatával alig kerestem valamit, az általánosból éltem. De évről-évre több vidéki beteg keresett meg, eleinte kizárólag elhanyagolt, igen sokszor gyógyithatlan bajokkal. Kezdték a legszegényebb emberek, folytatták a jobbmódú, de már több felől elutasított vakok, végre megjelentek olyanok is, kik először velem akartak próbát tenni. Éveken át csak absolut glaukomát, harmadik hetes gonorrhoeás szembajt, elzáródott látát láthattam; lassanként acut glaukomát, kezdődő iritist, friss sérülést és más kezdődő bajt is hoztak elém. Operativ eseteim szaporodtak; egyik a másikat küldte, biztatta. A hályog volt — természetesen — leggyakoribb és leghálásabb feladatom; kancsal szemet nem biztak rám, míg hitelem végleg meg nem erősödött; a látó szem koczkáztatását mégis nagy könnyelműségnek tartották. Hosszú ideig alig volt olyan eset, hogy orvos küldte volna hozzám szembajos betegét; olyanok is, kik ismertek, nagy szégyennek tartották volna, hogy bármily súlyos esetben elismerjék, hogy nálam ahhoz kevésbbé értenek. De igazok is volt abban, hogy betegeiket — ha küldték — szivesebben küldték jól felszerelt kórházba vagy klinikára.

Kilencz év elteltével kórházi osztályt kaptam; másutt leírtam, hogy milyent s milyen viszonyok közt. De kórház volt, biztos helye a vidéki operativ eseteknek. És ezzel gyorsan fordult meg az én működésem tekintélye, hitele. Ezt a fordulatot tartom működésem folyamában a legfontosabbnak, ez adta meg nekem — és adja meg mindenütt a szemorvosnak — annak lehetőségét, hogy környezetem egészségügyi s főleg betegápolási szokásaira, művelődésére hatást tegyek.

A mint szaporodott kórházi forgalmam, a mint javult a kórház állapota, fokonként, úgy nőtt a terület, melyről azt felkeresték s a becsülés, melyben részesitették. Munkám becsületét (melyet sohasem mértem forintokkal) abból itéltem meg, hogy nagy vidék *szegényei* jöttek a szemkórházba, most már többnyire elég korán, de elkerülve otthoni orvosukat, még az olyat is, kiben bizhattak volna. Tőlem mindig megkapták az utasitást, hogy ezt máskor ne tegyék; többnyire irásos tanácsot kaptak, mely röviden elsorolta a szükséges teendőket s nem annyira nekik, mint az illető orvosnak szólt. Készen voltam rá, hogy az ilyen irást, ha még oly szerény és óvatos is, sértésnek veszik a kartársak; legtöbbször úgy is történt. Lassanként azonban több és több orvos küldött a szemkórházba kétes esetet, vagy őszintén feltárva tájékozottsága hiányát, vagy a »beteg óhajtásával« takarva azt; évről-évre inkább lett a szemkórház azzá, mivé lennie kötelessége is volt: nemcsak a betegeknek, de az orvosoknak is, súlyos esetekben, tanácsadójává, kisegitőjévé. Igaz, hogy nem régen is megtörtént még, hogy egy kartárs, ki a beteg heves trachomája ellen előbb valami szemcseppeket rendelt s kinek a beteg (szegény napszámos) kérésére egy kis levélkében megirtam, hogy én jobbnak látnám, ha ezt meg ezt csinálná: azt izente, hogy »nem fogad el utasitást, mert ő csak ott tanulta a szemészetet, a hol én«, de ez ma már izolált eset. A szemkórház részére semmi befolyást nem arrogáltam, de a jobbak gondolkozására mégis megszereztem.

Húsz éve már, hogy a szemkórház csemetéjét elültettük. Működése nemcsak megnőtt, de meg is változott. Körülte jobbrabalra tüntek fel újabb, mindig jobban képzett s a szemészetben jártasabb orvosok. Ma nem az elhanyagolt apróbb-nagyobb bajok kezelése, nem a mindennapi szemorvosi munka teszi fő foglalkotlenül jő hozzánk; ritka czigány az, ki mosatl megrovatja magát, ritka eset, hogy újszülöttet sz miatt — mérföldekről is — elkésve hozzanak; a hé ritka a túlérett, sok a nem eléggé érett; egy évbe egy, ki hályogos szemét orvossággal kivánja gyógyi más műtét ajánlását visszautasitja. A magángyako megesik, hogy valaki a szemtükörtől megijed; a sz soha. A magángyakorlatban csak most kezdenek mó trachomás emberek (*helybeli* trachomás magánbetege nincs; mind ingyen kezelem a kórházban) abba b hogy bajukat műtétileg gyógyittassák — kórházi be óta azzal a tudattal és czéllal jönnek, hogy ezt szemökkel. A kórházban csak gyerekek ijednek meg a sem mind, jól ismerik a kokaint. — A jóakara elég sikeres orvosi munkának »tranquilla potestasa« azt, hogy e vidéken az emberek — nagyjában — már az orvos kezétől.

De egyidejüleg kivül, a községekben és városo tűnőleg alakult át és javult meg az orvosi munka része. Ha nem kivánnám lehetőleg rövidre fogni ezt czolatot, nagy változásokat jelezhetnék a sebészeti tev is; de megmaradok a czélba vett téren. *Schulek* h kezdett a vidéken érvényesülni, de ma teljes mérték A legnagyobb és legüdvösebb különbség a régi és m közt a bajok felismerésében van; a diagnostikába nemzedék teljes elismerést érdemel. Évről-évre több es hogy kisebb községek orvosai is bánni tudnak a s hogy néha bonyolult ophthalmoplegiás eseteket, a ke jelenségeit, a szembaj és általános betegség között kozásokat pontosan méltatják, hogy a hályog érettsé tározzák meg, hogy a fénytörés rendellenességeit, az rokból eredő bajait a szem működésének nem minős lődés«-nek mint régebben s nem hunynak szemet ol melyeket régebben nehány üres szóval volt szokás e a mi a tárgyilagos felismerő képességnél nem cseké tőségü dolog: nem szégyenlik nehezebb esetüket az szakemberhez utasitani s igyekeznek azt jól megérte ügyre nehezedik még mindig csodálatos súlylyal a fa komás betegek ügyére. Még mindig látunk atropi vagy a teljes megvakulás után hályogműtéttel biz komásokat!

Nem egészen ily megnyugtató a vidéki orvosok felfogása és magatartása a *szemoperálások* ügyében. C volna megtartani a határt, a meddig kevéssé gyal épen gyakorlatlan orvos ily feladatokban elmehet — ismerik azt fel némelyek! A lelkiismeret, mely e kérdé lehet parancsoló tényező, némely embernél nem el igy esik meg, hogy számosan vannak, kik a hályog végzik, rossz viszonyok közt s gyakran rossz eredm a prolapsus iridist le nem metszik, a hypopyont ki ják, a glaukomát nem operálják. Azt hiszem, so boldogúlt Hadzsy János példája, ki nem volt iskolá de rendkivül sokat operált. Elfelejtik, hogy az ő bá ügyességével kevés ember bir s hogy nagy forgalm bátorsága, de igazi humánus orvosi lelke is okozt dologban javúlni kell a helyzetnek, a közönség ér erre nem a bepanaszolt mühibák büntetésével, hane dolom legalább) a klinikai oktatás közben, az orv nevelése által, az önbirálat fokozásával lehet sikerrel

* * *

Az a javulás, mely a szembajok gyógyitásában megállapitható, az orvosképzés fokozatos és nagymér sedéséből származott. És az egyetem körében mük vidéken élő szakemberek mi módon elégithették voln mányos eszmecserék iránt való vágyokat, mi módon ki és mikor az önálló szakemberek azon utólagos to dése, mely minden tudomány terén elengedhetetlen kezésre nem áll egy fórum, hová mindenki elvihette

A mi hálás emlékezésünk most is még sokszor felhivja őket az alvilágból; megelevenednek itt és most is előttünk. Pedig ezt, mint Vergilius mondja: »pauci, quos .... ardens evexit ad aethera virtus, Dîs geniti, potuere!«

A genyes szívburoklob a kórisme és prognosis szempontjából.

Irta: *Hochhalt Károly dr.*, egyetemi m.-tanár, Szt.-István közkórházi osztályos főorvos.

A genyes szivburoklob operativ kezelésének casuistikája még ma is csekély terjedelmű. Az irodalmi adatok áttanulmányozása után joggal állithatjuk, hogy a belorvoslás és sebészet határterületeit érintő műtétek közül a pericardiotomiák legkevésbbé gyakoroltatnak.

Rose (Hamburg-Eppendorf) a berlini Charité-egyesület ülésében egyik mütett esetének bemutatása kapcsán csodálkozással beszél arról, hogy a már az 1819. évben *Romero* által kezdeményezett műtét Németországban oly kevés visszhangra talált, pedig annak, mint életmentő beavatkozásnak, jogosultságát még félszázaddal azelőtt *Schuh* és *Skoda*, *Trousseau* és *Kyber* eléggé hangsúlyozták, sőt a műtétet több-kevesebb sikerrel végezték oly időben, midőn az asepticus eljárás még ismeretlen volt. Hogy még jelenleg is aránylag ritkák az ilynemű beavatkozások, nem a sebészek hiányzó vállalkozásán mulik, hanem inkább azon a körülményen, hogy az alkalmas esetek a pontos semiotika figyelmen kivül hagyása miatt későn vagy éppen nem ismertetnek fel.

Jellemzők *Huchard* szavai: »Depuis Laënnec on n'est pas reduit à »deviner« des péricardites et on les reconnaît plus sûrement aujourd'hui, mais il n'en est pas moins vrai, que dans la moitié des cas, les péricardites restent latentes et qu'elles sont encore trop souvent des trouvailles d'autopsie«.

Nagy elismerés illeti *Curschmann*-t, ki a pericardialis punctióról irt müvében a szúrcsapolás javalatait és a finomabb kórismei támpontokat újabb revisió alá veszi, bár leginkább a serofibrinosus izzadmányokkal foglalkozik, s a genyes minőségüeket csak futólag érinti.

Minden klinikus előtt ismeretes tény, hogy a savós és savós-rostonyás szivburok-izzadmányok javarésze, főleg azok, melyek acut vagy recidiváló endocarditis és sokizületi gyuladás nyomában támadnak, felszivódási tendentiát mutatnak s igy ezeknél a paracentesis szükségtelen. A szúrcsapolás javalatai még ma is ugyanazok, melyeket *Schuh* és *Trousseau* annak idejében felállitottak: a vitalis indicatio, az igen nagy izzadmányok, ha felszivódásra hajlamot nem mutatnak vagy chronicus jelleget öltenek.

Másként áll a dolog a genyes izzadmánynyal szemben, hol tudvalevőleg a spontan gyógyulás kizártnak tekinthető s hol csak egyetlen javalatról, a radikális műtétről lehet szó. A genyes izzadmány biztos felismerésének szintén csak egy módja van s ez a próbapunctio, mely mellhártyaömlenyek esetében már mintegy rendszerré vált, mig pericardialis izzadmányoknál a Pravaz-fecskendőhöz eddig félve s a szivsértés aggodalma miatt csak utolsó kényszerüségből folyamodtunk.

Mielőtt azonban a próbaszúrcsapolást megejtenők, tisztában kell lennünk azzal, vajjon csakugyan pericardialis ömlenynyel van-e dolgunk, nehogy tévedésből túltengett vagy kitágult szivet pungáljunk meg. Genyes izzadmánynál a kórisme sokkal bonyolultabb és nehezebb, mivel az annyira jellemző *pericardialis dörzsölözörej hiányzik* vagy pedig csak az első napokban jelentkezik mint halk, alig distingválható zörej s ez is csak abban az esetben, ha az előbb rostonyás izzadmány később genyessé vált; *legtöbb pyopericarditisnél a szívhangok teljesen tiszták, minden mellékzörej nélküliek (Huchard, Broadbent, Romberg)*, miként azt nem egy esetben magam is tapasztaltam. Ha már a frictiós zörejt, mint fontos syndromát nélkülöznünk kell, figyelmen kivül hagyva az esetleg fennálló dyspnoë-t, cyanosist, subjectiv panaszokat, mint nem közvetlen kórjelző tüneteket, csakis a *növekedő* meink előtt folyt le, ha láttuk kezdetben a jobb határ majszögletben kezdődő kipuposodását, a szegycsont marko támadó nyulványszerü tompulat keletkezését, a szivcsú haladó balhatárnak kifelé növekedését, végül a teljes, le tett háromszög vagy csonkakúp-alak létrejöttét. Fonto tompulat balhatárának a szivcsúcsot kifelé meghaladó k noha megtörténhetik, hogy nagyfokú jobbsziv-túltengés szívnek hátrább tolatása folytán a csúcslökést a jobb mely körülménynek figyelmen kivül hagyása végzetes vezethet. Adott esetben némileg útbaigazító lehet még és a szivcsúcslökés erélye között fennálló különbség is.

Nyilvánvaló, hogy genyes izzadmánynál a tompul kiterjedése és határainak sajátos lefutása adja meg a helyes irányt, bár vannak esetek, hol complikáló m izzadmány vagy tüdőlobos beszürődés fennforgása miatt a egyik-másik határának pontos jelzése nem lehetséges, a rendes kopogtatási módszert követjük. Ilyenkor válik cussiós auscultatio haszna, akár Bianchi-féle phonen akár más alkalmas eszközzel gyakoroljuk azt, mert enne vel a pericardialis tompulatot a pleuralis izzadmány v tizált tüdő tompulatától egészen pontosan fogjuk elha

A pericardialis próbapunctio okvetlen megejtend oly esetben, hol az izzadmány minősége kétes vagy pedig izzadmánynak csak gyanúja is fennforog. Osztályomon alkalmaztam, mindenkor meggyőződve arról, hogy ezen be kellő óvatosság és szigorú asepsis betartása mellett nézve veszélylyel nem jár. Igen czélszerü, ha a Die »vide préalable« módszert követjük, vagyis a beszúrt fecskendő tolóját visszahúzva, óvatosan hatolunk előre a az izzadmány első cseppje a légüressé tett fecskendő surran. Ekképen a szív falának sérülése biztosabban ke A beszúrás helyét illetőleg *Curschmann* szerint indul nem a szegycsont jobb vagy bal szélén *(Fraenkel, De* a hol beszúrva, az izzadmányban úszó s nem hátfelé szív könnyebben megsebezhető —, hanem az 5.—6. bor a tompulat bal határának szélén, a többnyire érezhető lökésen kivül hatolok be ferdén fel- és befelé. Az eredm az előre nem látott esetben negativ, ha a beszúrás szivburok két lemeze között esetleg már régibb összenő fenn vagy pedig helytelen kórisme folytán dilatált szivet meg. Különben a Pravaz-tüvel okozott szivizomsérülés szerint nem jár catastrophális következményekkel, ha az vastag falát éri. Tetembontásnál kitünt, hogy a téves folytán próbapungált sziven kimutatható nyomok alig s a koszorúerek ágainak nevezetesebb sérülése eddig ne elő. Az irodalomban egyedül álló *Southey*-féle esetnél n hanem troiquarttal történt a behatolás, mely a *jobb* fúrta át s elvérzési halált okozott.

Genyes szivburoklobnál tudvalevőleg a fertőzést mikrobák közül streptococcus, staphylococcus, pneu ritkán gonococcus *(Huchard)* és coli bacillus *(Gandy* és lettek kimutatva. Kórokul a traumás esetek nagy ko után osteomyelitis, genyes gátorüri lob, orbáncz, vörhen kór és sepsis szerepelnek, nemkülönben a pneumoc influenzafertőzések, a melyek mint úgynevezett *metap pyopericarditisek* gyakoriság tekintetében külön csopo hatók. *Huchard* szerint 500 pneumoniás esetnél 44-szer pericarditist, a mely 22 esetben genyes, 11-szer savó véres-savós volt, 6-szor pedig terjedelmes obliteratiókat Mint látjuk, a pericarditisek ez a kórcsoportja klinikai boncztani szempontból eddig is különös méltatásban prognosis és műtéti eredmények tekintetében pedig érdekes és aktuális.

Egy idevágó esetem kórtörténete a következő:

9579/1905. T. Béla, 20 éves ügynök osztályom szeptember hó 14-én vétetett fel. Előadja, hogy több lázas, köhög, mellszúrásai vannak. Kezelőorvosa influen hurutot állapitott meg s a kórházba utasitotta. A köz táplált férfibetegnél feltünik a légszomj, a felületes légzés kint 40), a gyors, elnyomott, de rythmikus érlökés (perczenk

A szívtompulat rendellenesen kiterjedt, csonkakúp alakú, a II. borda magaslatán veszi kezdetét, honnan ferdén lefutó vonalakban jobboldalt a bimbóvonalig, baloldalt a szivcsúcsot kifelé meghaladva, az elülső hónaljvonalig ér, alsó határa a 7. bordát meghaladja. Szivcsúcs a tompulat balhatárától 2 cm.-nyire befelé, az 5. bordaközben elég jól tapintható. Szívhangok gyengék, mintha távolból hallanók, de tiszták, sehol pericardialis dörzsölő zörej. A tüdők felett baloldalt hátul felül tompulat, hörgő alaplégzés, semmi nedves zörej, alul gyengült légzés. Jobboldalt mindenütt érdesebb légzés, semmi nedves zörej, a kulcscsont alatti táj belső harmada fölött gyermektenyérnyi területen a légzéssel synchronicus frictio. Májtompulat jobboldalt a 6-ik, baloldalt a 7-ik bordával veszi kezdetét, az egész gyomortájt kitölti, alsó széle a köldök fölött egy harántujjal érezhető. Köpet genyes nyákos, csekély mennyiségű, benne gümőbacillus nem, pneumococcus elvétve található. Vizelet napi mennyisége 1100 cm.^{3} idegen alkatrészek nélkül.

A nehéz légzés, cyanosis és apró, gyors érlökés mellett a szivtompulat kiterjedése a következő napok alatt még növekedett, a hőmérsék állandóan 37·8^0 és 38·2^0 között. Szeptember hó 26-án próba-punctió. Az 5. bordaközben, a szivcsúcson kivül, de a szivtompulat bal határán belül Dieulafoy »vide prèalable« módja szerint eszközöltem a beszúrást ferdén be- és felfelé. A szivburok áthatolása pillanatában a felhúzott tolóval armirozott fecskendőbe sürü almazöld geny ürült.

Miután a pyopericarditis kórisméje nyilvánvaló volt, a beteg műtevés czéljából *Hültl Hümér* m.-tanár úr osztályára tétetett át, hol könnyü narcosisban a pericardiotomia *Delorme* szerint a IV—VII. bordák csonkolása mellett szeptember hó 27-én végeztetett. A tágasan megnyitott pericardialis ürből 1$^1/_2$ liter zöldessárga, rostonyás czafatokkal vegyes geny ürült s az élénken mozgó szív látható lett. Azután a pericardium üregе physiologicus, langyos konyhasó-oldattal kiöblítve, jodoformgazzal lazán tamponáltatott. A következő napokon a közérzet lényegesen javult, a cyanosis eltünt, a pulzusszám 100-ra szállott alá s a hőmérsék 36^0-ra esett. De már október hó 4-én, tehát a mütet után 7. napra baloldalt hátul pleuritikus frictio mellett tompulat lép fel fokozódó nehéz légzés kiséretében, úgy hogy október hó 10-én mellkasi punctiót kellett végezni $^3/_4$ liter vöröses savó kiürítésével. A cyanosis fokozódása mellett október hó 18-án a jobb mellkason hasonló tompulat jelentkezik, mely újabb mellkascsapolást tesz szükségessé s ez alkalommal 2500 cm.^{3} tiszta savó ürül ki. E mellett a szív erélye rohamosan hanyatlik, a cyanosis növekedőben, mindkét alszár vizenyős beszürödése lép fel, a vizeletben fehérnye. Október hó 31-én exitus.

Bonczolati kórisme (dr. Feldmann): Pericarditis fibrinosa, partim adhaesiva. Pericardiotomia exsud. purulent. indicata. Exsudatum pleuriticum lat. utriusque. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Hyperaemia passiva lienis, hepatis et renum. Thrombosis venae jugularis dextrae, partim organisata. Hydrops universalis.

A szívburokra vonatkozó részletesebb lelet következő volt: a szívburkon a műtéti sebnek megfelelőleg 3$^1/_2$ cm. hosszú és 2 cm. széles hiány van, melynek szélei a mellkasi sebfalak sarjrétegével összefolynak. A szívburok fali lemeze különben a sternummal szivósan összenőtt. A szívburok belső felülete vagy $^1/_2$ mm. vastag rostonyás sárgás hártyával bevont, mely alatt úgy a zsigeri, mint a fali lemezen akár 1 mm. vastag, elég szivós sarjszövet van. A szív a pericardiummal hátul a csúcs kivételével és elül, valamint oldalt is — a pericardium hiánya felett — szivósan összenőtt. A szív középnagy, üreiben kevés folyékony és lazán alvadt vér, izomzata petyhüdt, kissé szakadékony, halvány, helyenkint főtt hússzerü; billentyük épek.

A műtét után következő kórlefolyás és bonczlelet révén érdekes tanulságok vonhatók le. Beigazolva lett első sorban a műtétel jogosultsága, mert a szivburokban talált másfél literuyi geny, ha el nem távolíttatik, okvetlen az egyén korai halálát okozta volna; nyilvánvaló volt továbbá, hogy a pericardiotomia után lényeges könnyebbülés állott be, mely javulás hét napig tartott. Ezután keletkezett fokozatos szivizomgyengülés kiséretében a kétoldali savós minőségü mellhártyaizzadmány, mely teljes kimerülése folytán elhalt.

A halálos kimenet tehát a műtéttel magával viszonyban nem állott. Siettették és közvetitették azo delmes synechiák, melyek a fali és zsigeri lemez, másré burok és mediastinum között létesültek s igy követk a szivizomnak parenchymás degeneratióját idézték elő.

Ugyanezen leletet, ugyanezen végzetes eredmény az irodalomban felsorolt operált esetek nagy részénél f

Reichard casuistikájában, mely 1881. évtől 190 20 évi időtartam alatt végrehajtott 33 pericardiotomiá be, 5 pneumoniás és 3 influenzás beteg szerepel. E közül, mint az alábbi kimutatásból látható, csak kettő a többi elhalt.

Mütő	Élet, kor és nem	Előző kórok	Mütét	Kórlefoly
Bronner 1891	11 éves leány	Influenzás pneumonia	Incisio a troicart nyomán	700 gr. geny. Ha mulva
Sievers 1893	22 éves nő	Pneumonia l. d.	Incisio a III. bordaközben	Nagy mennyisé kiürülése, kés empyema-mütc napon halál. pericardii
Heyde 1891	47 éves férfi	Pneumonia	V. és VI. borda csonkolása	Halál 3 hét mul carditis. Concr cardii. Pleurit
Bohm 1896	33 éves férfi	Influenzás pneumonia	Incisio a III. bordaközben	Egy liter sürü, czafatokkal veg 3 hét mulva A szívcsúcs sy huzódása viss
O'Carrol 1896	20 éves férfi	Pneumonia l. d.	Incisio a IV. bordaközben	Később pleuriti tiva baloldalt után halál. pericardii
Mosse 1898	27 éves férfi	(Influenza ?)	III. borda csonkolása	Hat hét mulv Mediastino-pe Myocarditis
Savestre 1898	22 éves férfi	Pneumonia	Incisio a IV. bordaközben	Sok geny. Kés kétoldali emp tét. Nehány h collapsus folyt
Koch 1899	11 éves leány	Morbilli. Pneumonia	IV. borda csonkolása	Egy liter geny mulva *gyógyu*

E sorozatból kitünik, hogy az elhalálozások k nyomólag szivburokösszenövés és következményes myoc s a halál 13—64 nap között állott be. Ha ezen lefolyással szembe állitjuk a többi — nem meta eredetü — operált pericarditisek gyógyulási százalékát gyógyult 12, tehát 44%), úgy a metapneumoniás pyope mütői sikere valóban lehangoló, a melyen talán a jövő egy pár év óta gyakorolt s a synechiák szétbontását *diolysis*« másodlagos mütéte lesz hivatva javitani.

Igaz, hogy e balsikerek mérlegelésénél nem sz feledkeznünk a kóroktani szempontról sem, a fertőzet ról, a pneumoniás toxinoknak az öszszervezetre kihat befolyásáról, de másrészt nem térhetünk ki azon feltü elől sem, hogy a *traumás* eredetü esetek *Eiselsberg* sz nem kivétel nélkül gyógyulnak, s hogy a gyógyulás *synechiák nélkül* megy végbe, nyilván azért, mert a p miák a sértés után közvetlenül, tehát *korán* hajtat Ugyanezen szerző szerint minél tovább tart a geny fokozottabb az a veszély, hogy synechiák képződjene lagos myocarditisek fejlődjenek; minél előbb történik annál kedvezőbb és tökéletesebb gyógyulásnak nézhe Hogy ez lehetővé tétessék, iparkodnunk kell a betegsé felismerni, a felismerést egyedül közvetitő próbaszúrcsa mihamarább végezni.

Irodalom: *Broadbent.* (Kornfeld) Diseases of t *Curschmann.* Die deutsche Klinik am Eingange des XX derts, 1905. — *Eiselsberg.* Wiener klin. Wochenschrift, 18

Die Technik der speciell. Therapie, 1903. — *Huchard.* Traitè clinique des malad. du coeur., 1905. — *Körte.* Sitzungsbericht der Berl. med. Gesellschaft, 1892. — *Rose.* Sitzungsbericht des Charité-Aerztevereins, 1883. — *Schaposchnikoff.* Grenzgebiete d. Med. und Chirurgie, 1897. — *Reichard.* Grenzgebiete d. Med. u. Chirurg., 1901. — *Schrötter.* Nothnagel's Handb. der sp. P. u. Th. — *West.* The Britisch med. Journal, 1883.

A sérvek kizáródása mechanismusának kérdéséhez.

Irta: *Petz Lajos dr.* főorvos Győrött.

Úgy a belső, mint a külső bélelzáródások létrejöttének erőművi magyarázata ma még vitás kérdést képez. A Wilms[1] Kertész[2]-féle eszmecsere állati vagy physikai kisérletekre támaszkodva igyekszik a kérdésre különböző irányban világot vetni, mindkettőjük azonban inkább elméleti feltevésekből indul ki. A legfontosabb tényező, az élő emberen eszközölt direkt megfigyelés, a perdöntésnél nem szerepel, a mennyiben a bélkizáródás megtörténtét magát élőben egyik sem látta szemei előtt lefolyni és ilyennek leirását az irodalomban nem is találjuk. És e felett nincs is mit csodálkoznunk, ha figyelembe vesszük, hogy a műtét alá kerülő kizárt sérvek csak a kizáródás következményeit mutatják, de azok miként létrejöttére nézve semmiféle felvilágositást nem nyujtanak; a szabad sérveknél pedig a tömlő tartalmának szándékos feltárása és kivongálása súlyos műhiba számba menne; e szerint a kérdés megoldásához szintén nem járulhat hozzá. Pedig éppen a körül fordul meg a kérdés: minő szereppel bir a tömlőben lévő bél orális és aborális része, továbbá a peristaltikus mozgások minő változásokat képesek abban előidézni. A véletlen folytán műtétel közben alkalmam nyilt egy érdekes megfigyelésre, melyet alkalmasnak vélek ezen kérdés megvilágitására.

K. P.-né, 37 éves, napszámos neje, ásványi lakos, 1905. szeptember 12-én a vezetésem alatt álló győri közkórház sebészeti osztályára azon panasszal vétette fel magát, hogy 4 hét előtt bal lágyéktájékán egy dió nagyságú csomó képződött, mely lobossá lett, heves fájdalmakat okozott, később megfeketedett, feltört és belőle sok büzös anyag ürült ki. A seb később tisztulni kezdett; azonban teljesen begyógyulni nem akar és rajta dönkint béltartalom ürül ki. Orvosi segélyt egész baja alatt nem vett igénybe.

Felvételekor a bal lágyéktájon a Poupart-szalag fölött egy ezüst forint nagyságú, felmart szélektől határolt bőrheg, melynek közepén lencsenagyságú nyilás. Ezen át kutatóval mélyen a hasüregbe juthatni. A nyiláson át időközönkint híg bélsár ürül. Székletétele kemény, de időközönkint önmagától beálló.

A leirt lelet szerint egy üszkös lágyéksérv után támadt bélsipollyal álottam szemben, a mely — tekintettel arra, hogy a bélcanalisatio lefelé nem szünt meg teljesen, egy előre ment Littrè-féle sérvre engedett következtetni. Szeptember 18-án chloroform-oxygen-narkosisban műtétel. A sebnyilás körül lévő hegképleteket a Poupart-szalaggal párhuzamosan két hosszú elliptikus metszéssel kiirtva, a belső lágyékgyürűhöz tapadt és oldalán sipollyal biró bélkacsot a környező hasfali tapadásoktól felszabadítva, az igy keletkezett, mintegy 3 czentiméternyi nyiláson át körülbelül 5 czentiméter hosszúságban az egész bélkörzetet átfogó dimensióban kihuztam. A sipolynyilás a bélkacsnak a mesenteriummal szemben lévő részén volt. A szürkült bél lumenének legnagyobb része érintetlen; e szerint a Murphy-gyürüvel való egyesités szüksége fenn nem forgott; a sipolynyilást elliptikusan körülmetszve, majd a bél hossztengelyének irányában vezetett bemetszéssel a bél üregét tágitva, az igy nyert sebszéleket kétrétegü csomósvarratokkal egyesitettem.

A midőn a varrattal készen voltam, a künn lévő bélkacson felette érdekes jelenségek játszódtak le. A bélkacs, mely a körülbelül közepén már kész varratokkal kezdetben nyugodtan feküdt előttünk, lassankint megnagyobbodni, vastagtáji dimensiójában folytatódni látszó és mintegy a hasüregből kiinduló peristaltikus mozgással a kacs mindinkább telődött. taltikus hullám a künn fekvő bél közepénél, körülbe a varrat volt, jóval innét megállapodott. A bél fo megtelt; a szemeink előtt lefolyó peristaltikának inte párhuzamban a kacs úgy oralis, mint aborális részén n bél tolult ki; utóbbin a nélkül, hogy rajta egyebet, r siv telődést lehetett volna észlelni. Pár percz leforgás varrat kezdetén 5 czentiméternyire tehető, rendes v bélkacs mintegy 18—20 czentiméternyire növekedett, belövelt, majd kékesen szinezetté vált, a mi által üres bélkacs, a mely a hasfalon készitett nyiláson, ha túl lázán, de mégis kényelmesen volt áthuzható, a r következtében többé nem volt visszahelyezhető, tarta volt kiüríthető: a kacs nem volt visszahelyezhető. A ezen jelenségei arra kényszerítettek, hogy a sérvkaput szővel tágítsam és csak ennek megtörténte és a bélta orális és aborális irányban való kiürítése után vált helyezés lehetségessé. Sodronyvarrat bronzaluminiumm falon, Michel-féle kapcsok a bőrön. Prima, láztalan A beteg székletétele lefelé zavartalan. Sérve nem tolul gyulva távozik.

Mint láthatjuk, jelen esetben szemeink előtt foly tipikus kizáródási jelenet, a mely különben csak a sérv általa elfedve szokott véghezmenni. Állott pedig ez a elemekből. Először is intensiv peristaltika indult meg a ha a mely az oralis irányból folytatólag a béltartalmat a sé át aborális irányban tolta maga előtt. A sérvtömlőben a hasüregen kívül lévő bélkacsba átömlesztett bélta kacsot, miután a folyadék aborális irányban a bél lun sérvkapú által okozott összenyomatása folytán eltávozn volt, bizonyos feszültségi állapotba hozta, a melynek ménye azután a bélkacsnak nemcsak vastagsági dimens hosszúságban való megnagyobbodása volt. Jelen esetben kezdetben a bélkacs aborális végének, a sérvkapunál fe nek összenyomatása még nem ért el nagy fokot, ez egy az aborális résznek a sérvbe való bevongálásával járt. a peristaltikus hullám direkt nem volt befolyással, az ményből következtetem, hogy a peristaltikus hullám fentebb említém — a bélkacs közepén jóval innen megszünt; e szerint a bélkacs aborális irányból jövő me bodása csakis a bélkacs passiv telődése és feszültsége lehetségessé. Erre nézve azt hiszem, a megfigyelésné tévedés ki volt zárva, a mennyiben a peristaltikus hull a bélvarrat orális oldala felől volt követhető, e között túl a bélben teljes nyugalom uralkodott, és csakis a te növekedtének lehetett a bevongálást betudni. E s aborális vég bevongálása csakis passive jött létre, ar peristaltikájának direkt befolyása nem volt. Ezen kérdé szolgálatot tett a bélvarrat, a mely mintegy fix pontul a bél mely oldalról jövő megnagyobbodása kérdésének sénél. Mert ha a bélkacs csakis az egyik, vagy csakis rész rovására nagyobbodott volna meg, akkor a varratot dási tünetek lezajlása közben nem lehetett volna nagyobbodó bélkacsnak majdnem közepén látni, hanem egyik, vagy a másik irányban kellett volna eltolódást s Jelen esetben azonban a bélvarrat a kacs növekedtével alig változtatta, a kizáródás tetőpontján előesett bélkacs úgy a közép irányában volt, mint annak elején. E szeri állithatjuk, hogy jelen esetben a kizárt kacs egyenlő nött az oralis és az aboralis végeken. Nem vonom kétsé lehetnek esetek, a midőn az aboralis rész erős beékelőd lódás fokozódásával megakadályozhatja annak bevongá jelen esetben, a midőn tehát a nyaki rész összeny miatt a visszahelyezés czéljából sérvmetszőhöz kellet bizonyára feltételezhetjük, hogy szintén elég nagy fokú és mégis azt láttuk, hogy az aboralis részen is törté gálás. Hogy ez passiv jelenség, abból következtethető, az oralis végnél való növekedése a bélnek mindenkor látható peristaltika mellett ment végbe, az aboralis vé kivongálás észrevétlenül következett be, és ha a bélva

[1] Mechanismus der Strangulation des Darmes. D. med. Wochenschrift, 1903.

[2] Kertész József: A belső bélstrangulatió mechanismusa. Orv. Hetilap, 1904.

külső jelek után azt kellett volna hinni, hogy a bélkacs csakis a peristaltika alatt létrejövő betolakodás folytán csak az oralis oldalról növekszik.

Hogy mily módon képes egy vastagabb kacs egy szükebb nyiláson áthatolni, a Porro-féle császármetszésnél használt Walcher-féle kacsszorítónál láthatjuk. Ez ugyanis egy fogószerű nyélből áll, a melylyel egy kis, két ellentétes oldalán vályuval biró fémkacs lesz rögzítve. Ennek két barázdájába lesz azután a leszorító gummicső két vége erősen kinyújtott állapotban belehuzva. Az elbocsátás után a gummicső végén régi dimensioját veszi fel és megakadályozza a rögzített gummicső kicsuszását. Hasonló folyamat látszik a kizáródások mechanismusánál is végbemenni. A peristaltika által megnyúlt és megvékonyodott bélkacs a megnyújtott gummicsőhöz hasonló módon a saját rendes dimensiojánál jóval szükebb helyen képes áthatolni, sőt ott, mint a Walcher-műszerről tudjuk, a megvékonyodás szakában valószinűleg még szabadon fel s alá is mozgatható. Az igy megnyúlt belet a sérvben lévő s nagyobb nyomás alatt álló telt bélkacs maga után huzza a tömlőbe. A következő peristaltikánál a béltartalom a sérvkapun újabb mennyiségben lesz a kizárt bélrészletbe sajtolva és mert az aboralis végén nem távozhatik, a kacsban ujabbi nyomásemelkedést eredményez, és ez a peristaltika folytán megnyúlt bél újabb bevongálását vonja maga után. És igy tovább mindaddig, a mig egyrészről a sérvtömlő falai ellenállása folytán a beömlés akadályozva nincs, vagy a sérvnyak leszorítása folytán újabb tartalom a kizárt kacsba nem juthat, vagy a vérerek pangása következtében fellépő savós átizzadások, végül a sérvtömlő falainak legyőzhetetlen feszültsége a további telődésnek gátat nem vetnek. Ezek azonban csak másodlagos jelentőségüek a kizáródás jelenségeinek sorozatában; az elsőt, a legfontosabbat, a mely a kizáródáshoz a lökést megadja, a peristaltika látszik szolgáltatni. Ez azonban csak az oralis részen jöhet tekintetbe, a mennyiben az aboralis rész fokozatos telődése következtében paretikussá válik és a hullám oda el nem jut.

Arra nézve, hogy miként kelljen azon kizáródási eseteket értelmezni, a melyekben a bélnek csak egy falrészlete ékelődik be, a leirt eset közvetlen magyarázattal nem szolgál; de ha figyelembe vesszük, hogy jelen esetben a kizáródás kiindulási pontja a heves bélperistaltika volt, nem tartom lehetetlennek, hogy ott is ezen okok szerepelnek mint tényezők. Ugyanigy magyarázhatjuk a belső elzáródások létrejöttét is; mert végre is azon körülmény, hogy a bél egy a belek között lévő szalagon vagy lefüződésen halad át, nem képezhet különbséget.

Érintenem kell még azon kérdést is, a melyet Kertész dr. czikkében felemlít; hogy t. i. lehetséges-e, hogy a peristaltikus hullám a már kizárva lévő bélkacsot a tömlőből a hasüreg felé kivongálja? Erre nézve az itt leirt megfigyelés a mellett látszik szólni, hogy ez nem történik meg. Igaz ugyan, hogy esetemben a hullámnak az egész bélkacs hosszában való szabályos lefutását a közben fekvő sipolynyilás és annak varrata akadályozni látszott. De csakis látszott; mert hiszen mi sem állott volna útjában, hogy a hullám a bélkacsnak a varrat aboralis irányában fekvő részein, ha nem az oraliséval együttesen, de tőle függetlenül folytatódjék. Ezen akadályt — a bélvarratot — már azért is lényegtelennek kell tartanom, miután ez esetben a bél oralis része tétlenségének magyarázatában — mint fentebb láttuk — a peristaltika jóval a bélvarrat előtt már megállapodott és az előesve volt bélkacs legnagyobb részén csakis passiv telődés jelei voltak láthatók. E szerint a sérvből való visszahúzódásnak létrejöttéhez a legfontosabb tényező: az egész bélkacs hosszában lefutó aktiv mozgás hiányzott, a passiv telődés folytán pedig a bélkacs inkább a tömlőbe befelé lett vongálva; és igy a visszahúzódással éppen ellentétes irányú mozgást végzett.

Összegezve tehát az elmondottakat, az itt leirt esetből a következő tanulságokat vonhatjuk le:

1. A kizáródás első impulsusát az előfekvő bélkacs hasüregben fekvő részének fokozott peristaltikája adja meg; ezen aktiv bélműködés magyarázza meg egyszersmind a kizárt bélkacsban uralkodó nagy feszülést.

2. A peristaltika által a künn fekvő bélbe sajtolt folyadék a bélkacsot passive megtölti és azáltal, hogy a bél tartalmát az oralis, mint aboralis irányból való bevongálását teszi

3. A bélkacs aboralis vége a beálló paresis folytán dásban aktive nem vesz részt.

4. A peristaltikus hullám a beékelt bélkacsot képes a tömlőből kivongálni.

Közlés az új szt. János-kórház gyermekbeteg-osz

Adatok a félbenhagyó lázzal lefolyó tüdőgyul ismeretéhez.

Irta: *Szontagh Félix dr.*, egyetemi magántanár, főo

Hogy a gyermekkorban igen ritka esetekben a *tüdőgyulladás* is teljesen félbenhagyó láztypussal folyha klasszikusnak mondható példa azon esetem, melyet 1 budapesti kir. orvosegyesületben ismertettem és az Kinderheilk. XI. kötetében kimeritőbben a láztábla me leirtam.

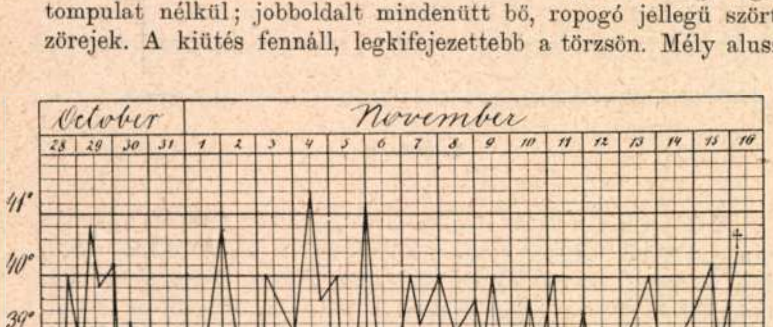
Egy második, hasonlóképen elejétől végig teljes hagyó lázzal lefolyt esetemet 11 évvel ezelőtt (Gyógyá tettem közzé. De ezen második esetemben a tüdőgyulladá nem a 7-ik, hanem csak a 18-ik napon, ugyancsak kr vetkezett oldódási tünetekkel, ért véget. Az esethez krizisben odakövetkeztettem, hogy ezen második esetem hogy a tüdőgyulladás 18 napig tartott (megjegyzendő, ismerése csak a 14-ik napon vált lehetségessé), legnag színűséggel hasonlóképen rostonyás tüdőgyulladásnak sítendő. Mindkét esetemben a félbenhagyó láztypust a g folyamatnak lökésszerű, saccadált alakban való továbbt véltem magyarázhatni.

A *maláriás (Korányi* és mások) és *influenzás* tüdőgyulladáson kívül tehát a *genuin rostonyás. tüdőgy* teljesen intermittáló láztypussal folyhatik le. Hogy gyermekkorban még más természetű tüdőgyulladások hagyó, vagy szokatlanul erősen remittáló lázzal foly s hogy ilyen láztypus, még ha a tüdőgyulladás mint il mutatható, mégis a tüdőgyulladás kórisméjét — termés előzmény és a többi jelenségek gondos mérlegelésével *színűség bizonyos fokáig* legalább *megengedhetővé te* bizonyságául szolgáljanak alábbi eseteim.

T. M. $2^1/_2$ éves, jól fejlett és táplált leányka szept. 9-én osztályom fertőző pavillonjára vétetett föl gégegyulladással. Még aznap intubálnunk kellett. Min sikerült 9 nap alatt a beteget detubálni, sőt a tünet gosan latolgatva tubus okozta felfekvést kellett fölvennü lagos légcsőmetszés mellett döntöttünk. Ezt szeptem végre is hajtottuk. A mütétnél, mely egészen simán első három légcsőgyürüt metszettük át. A mütét után subfebrilis állapotot láz váltotta föl, de a hőfokok 38·5° C. körül ingadoztak, s tiz nap mulva a mütét u szept. 28-án már láztalanság állott be. A nyaki seb m utáni 4-ik napon tiszta volt s nemsokára élénken k jadzani. Október 12-én, a mütéttől számitott 24-ik napo támogatása mellett sikerült a leánykát dekanulálnunk seb gyorsan gyógyulásnak indult, s október 18-án kis ki állandóan láztalan maradt és mindenképen kitünő volt, már az ágyból is felkelt. Október 29-ikére terve bocsájtását. Október 28-án este azonban hirtelen magas kezett, mely újból ágyba döntötte gyógyultnak hitt Most egy egészen sajátságos lázmenet fejlődött, mint láztábla érzékiti:

A kórlefolyás egyéb adatai közül csak a következ lésére szoritkozom: okt. 29-én nagyfokú meteorismus, vizeletben fejérje nyomokban. Okt. 30-án feltünik a lé volta, de eltérés a tüdők felett nem mutatható ki; n lényegesen csökkent. Okt. 31-én betegünk vigan ül a egész nap láztalan, étvágya jó. November 1-én a vize szemcsés és néhány hámsejt-henger találtatott. A lé feltünően nyögő, de a tüdők vizsgálata negativ. Nov talan állapot, de már másnap a láz ismét, még pedig

tumor változatlan; a vér vizsgálata váltólázplasmodiumokra negatív. Nov. 4-én köhögés, nyögő légzés, épígy 5-én és 6-án. Nov. 7-én a jobb tüdő alsó lebenyének megfelelőleg hörgi légzés, a gerinczoszloptól a hátulsó hónaljvonalig terjedőleg; ezen a területen a kopogtatott hang dobos színezetű. Több izben hányás, gyakran hasmenés. Nov. 8-án a hörgi légzés sokkal nagyobb területen hallható, de tompulat sehol sem található. Délután kanyaróhoz hasonló kiütés az arczon és törzsön, belső kiütésnek nyoma nélkül; estefelé cyanosis, aluszékonyság. Nov. 9-én baloldalt hátul az alsó lebenynek megfelelőleg éles hörgi légzés, tompulat nélkül; jobboldalt mindenütt bő, ropogó jellegü szörtyzörejek. A kiütés fennáll, legkifejezettebb a törzsön. Mély aluszé-



1. ábra.

konyság, nagy elesettség. Nov. 10-én baloldalt a tüdőgyulladásra valló tünetek még intensivebbek; a kiütés teljesen, pigmentfoltok hátrahagyása nélkül, eltünt. Nov. 11-én a beteg állapota látszólag jobbra fordult; délben jó étvágygyal eszik, ágyában felül, környezete iránt érdeklődik. Nov. 12-én a bal alsó lebeny felett bőven szörtyzörejek hallhatók. Nov. 13-án az összes tünetekben ismét súlyosbodás. Hörgi légzés hátul a bal felső lebeny felett is hallható, míg az alsó lebeny felett kissé tompult a kopogtatott hang; egyebütt bő oldódásra utaló tünetek. Nov. 14. és 15-én a bágyadtság folyton előrehalad; hányás és csillapíthatlan hasmenés jelentkezik végbélelőeséssel. Nov. 16-án beállott a halál.

A bonczolást *Minich* főorvos úr volt szíves végezni; lelete következőképen szólott:

Broncho-pneumonia suppurativa fere diffusa oedemate associata lobum inferiorem sinistrum, medium dextrum, trimidium inferius lobi superioris sinistri et insulas lobulares nonnullas lobi superioris dextri occupans cum atelectasia. Pleuritis fibrinoso purulenta dextra ad lobum medium dextrum. Synechia fibrosa totalis pleurae sinistrae. Bronchitis suppurativa cum bronchiolitide diffusa. Dilatatio cordis utriusque. Tracheotomia ante duas menses facta: inde cicatrix colli et recessus cicatrisatus milium adaequans parietis anterioris tracheae in cicatrice tracheotomiae. Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis. Atrophia mucosae intestini crassi cum pigmentatione fusca folliculorum. Atrophia universalis.

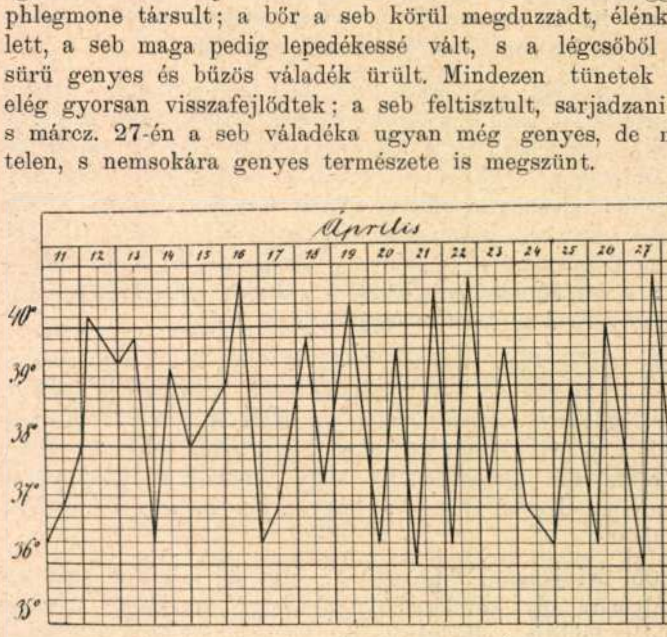
A bonczolásnál tehát *genyedéses bronchopneumoniát* találtunk, mely rendkívül sajátságos képet adott, olyat, a minőt én legalább sem azelőtt, sem azóta nem láttam. Minich főorvos úr erre a tüdőgyulladásra megjegyezte volt, hogy hasonlít azon pneumoniákhoz, melyek pl. felnőtteknél gégeráknál szoktak előfordulni. Feltünő volt ez esetben a bronchopneumonia rendkívül kiterjedt volta is, a mennyiben a genyedéses bronchopneumoniás folyamat igen sürün egymás mellett álló góczok alakjában elterjedt volt az egész bal alsó lebenyre, a jobbb középső lebenyre, a bal felső lebeny alsó harmadára és szigeteket alkotott a jobb felső lebenyben is.

Hogyan jött létre ez a sajátságos tüdőgyulladás? Ennek a kérdésnek a fejtegetésénél kiemelném, hogy tulajdonképen a bonczolás sem nyujtott e tekintetben teljesen biztos felvilágositást. Természetes, hogy összefüggést kell keresnünk a légcsőmetszés nem könnyen magyarázható ténynyel állunk szemben. még szeptember 18-án történt; a nyaki seb gyorsan f és sarjadzani kezdett; a mütéthez társult légcsőgyulladá a váladék határozottan kevés és mindenképen jóindulatú mütétet követő enyhe lázas mozgalmak mindössze 10 n tottak, s megszüntük után a láztalan állapot fennállott jes hónapig, a mely idő alatt a leányka pompásan össze volt magát.

Igaz, hogy a kanül eltávolítása előtt több izben tunk, de erre a beavatkozásra sohasem jelentkezett legk emelkedés sem. A bonczjegyzőkönyv kiemeli, hogy mellső falában a légcsőmetszés hegében egy hegesedett tasak találtatott; csakhogy ezen apró kis tasak teljes volt, fekélyződésnek vagy genyes lepedéknek nyoma rajta. Hogy mindezek ellenére ezen tasakból indult vo hörgők és a tüdő fertőzése, végtére is tagadni nem lehe ez áll, még akkor is feltünő, hogy ez a rosszindulatú ge bronchopneumonia oly későn, minden előzmény nélkül, legsúlyosabb tünetek beköszöntésével támadt. Ez a tüd dás 18 napig állott fenn; lefolyt pedig kezdetben félb később erősen remittáló, tehát pyaemiás természet kiséretében, annak jeléül, hogy a folyamat, a mire külö élőn a helybeli tünetek is utaltak, lökésszerüen, fok haladt előre. S lefolyt ez a tüdőgyuladás az általán képében, a mire egyéb jelek között utalt a bőrpir napokig fennállott.

Kérdés, vajjon ilyen természetü tüdőgyulladás esetben halálra szokott-e vezetni? Erre a nehéz kérdésre adni próbálkozik következő esetem:

W. K. 16 hónapos, jól fejlett és táplált fiucska 1 márczius hó 13-án álhártyás gégegyulladással vétetett tályomra; hőfok 41·0 C.; még aznap intubálnunk A láz másnapra tetemesen alászállott, harmadnap a fiúc talan. Negyednap (márcz. 16-án) újra láz lépett fel, mely 21-ig lépcsőzetesen emelkedett 40 fokra. Minthogy a többszörös kisérlet daczára sem tudtuk detubálni, sőt a felfekvés mellett szólottak, márcz. 22-én, minekutána kevés megszakitással $210^1/_4$ óráig feküdt a gégében, má légcsőmetszést végeztünk. A mütét napján a hő 40·5 fok kedett, de már másnap a láz csökkent, s április 4-én a már láztalan s láztalan maradt egészen április 11-ig. A melynél az első három légcsőgyürüt metszettük át, ez e egészen simán folyt le. Azonban a sebhez nemsokára elégg phlegmone társult; a bőr a seb körül megduzzadt, élénk lett, a seb maga pedig lepedékessé vált, s a légcsőből sürü genyes és büzös váladék ürült. Mindezen tünetek elég gyorsan visszafejlődtek; a seb feltisztult, sarjadzani s márcz. 27-én a seb váladéka ugyan még genyes, de n telen, s nemsokára genyes természete is megszünt.



2. ábra.

Április 11-én kis betegünk újra lázas lett, s kelet a lázmenet, melyet az ábrán láthatunk.

Ezen lázas mozgalmak daczára sikerült április hó kanült eltávolitanunk; május hó 4-én a fiúcskát gyógy

jesen egészséges, igen jól fejlődik.

Kérdés, hogy ezen lázas mozgalmakat mi idézte elő? Oly eltérést a szervezetben melyből ezen lázas mozgalmakat magyarázhattuk volna, nem tudtunk gondos vizsgálat daczára sem kimutatni. A vér vizsgálata ez esetben is váltóláz-plasmodiumokra negativ volt; chinin is hatástalan maradt.

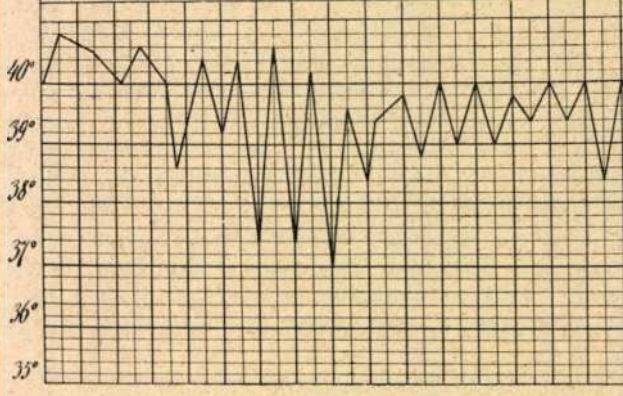
Tehát csak *lehetőségekről* eshetik szó. Az bizonyos, hogy ez az eset igen sok mozzanatában rendkívül hasonlit az előbb leírt esethez. Ha már az előbbeni esetben a genyedéses bronchopneumonia és az előrement légcsőmetszés, illetőleg a légcső hegében talált tasak között az oki összefüggést nem lehet tagadni, úgy ebben az esetben az összefüggés a légcsőmetszés, illetőleg a seb phlegmoneje, a bő büzös genyet termelő légcsőgyulladás között egyrészt és a később keletkezett lázas mozgalmak között másrészt még inkább valószinü. És valószinü ez az összefüggés annyival is inkább, mert ebben az esetben a légcsőmetszés és a félbenhagyó lázak jelentkezése között mindössze csak három hét telt el. Ha pedig ezt az összefüggést valószinünek tartjuk, úgy ezen lázak okát mégis csak a tüdő valamelyes megbetegedésében kell keresnünk.

Ezek után tehát a kérdés az, hogy a tüdőben micsoda folyamat zajlott le észrevétlenül, tünetek nélkül. Ha a lázak oka csakugyan a tüdő megbetegedése által volt feltételezve, úgy a tüdő ezen megbetegedése nem lehetett más, mint gyulladás. Mert tüdőgyulladás lehetett annak daczára, hogy kimutatható tüneteket nem idézett elő. És éppen a félbenhagyó lázzal lefolyó tüdőgyulladásra szinte jellegző, hogy felismerése sokszor csak igen későn válik lehetségessé. 11 évvel ezelőtt leírt esetemben, melyről fentebb éppen ez okból is megemlékeztem, s a melyet genuin rostonyás tüdőgyulladásnak minősitettem, a tüdőgyulladás felismerése csakis a 14-ik napon vált lehetségessé. Pedig a beteget nemcsak én, de a beteg apja is, ki maga is orvos, alaposan vizsgáltuk naponkint. Lehetséges tehát az, hogy ilyen félbenhagyó lázzal lefolyó tüdőgyulladás hosszabb tartama daczára egyáltalában nem válik felismerhetővé. Ennek a lehetőségét meg kell engednünk, s meg kell engednünk oly tüdőgyulladás esetére is, a mely tüdőgyulladás egy légcsőmetszés okozta genyes tracheitisnek köszöni eredetét. Hogy azonban ezen feltételezett tüdőgyulladás valójában milyen természetü folyamat lehetett, azt eldönteni akarni lehetetlen. A két eset azonban főbb mozzanatában nagyon sok analogiát tüntet fel, s ezen analogia a láz menetére is áll; a két eset láztáblája tényleg nagyon hasonlit is egymáshoz. Kizárni tehát nem lehet, hogy itt is suppurativ bronchopneumonia folyt le, csakhogy az ebben az esetben gyógyulással végződött.

Azonban még egy eshetőséget kell mérlegelnünk; a bő s büzös genyedéssel járó légcsőgyulladásból tályog vagy tályogok fejlődhettek a tüdőben. Ez a föltevés azonban alig bir valószinüséggel. Tüdőtályog aligha folyt volna le és gyógyult volna meg észrevétlenül; ugyanez mondható többes számban fellépett kisebb tályogokról. Azonban legkevésbé felel meg tályog vagy tályogok (esetleg apró góczok) fölvételének a lázmenet. *Ez a láz egészen typusos, s a láz hirtelen megszünése s rohamos esése krizises lefolyásra, első sorban is tehát tüdőgyulladásra vall.*

Azon helyzetben vagyok, hogy beszámolhatok egy esetről, melyben a kryptogen eredetü pyaemia csakis a tüdőre és mellhártyára lokalizálódott, jobban mondva egy felderitetlen eredetü pyaemia csakis a tüdőbe okozott áttéteket. Ismertetem tehát az esetet, mert hivatva van megvilágitani, hogy többszörös tüdőtályogok minő kórképet hoznak létre, s hogy a láz menete ily esetben hogyan alakul.

1905. évi január 18-án egy 11 éves jól fejlett fiú vétetett föl osztályomra oly kórelőzménynyel, hogy mindössze 2 napja beteg, fejét fájditja, elhalványodik, keveset köhög. Felvételnél feltünt, az arcz és ajkak csekély fokú cyanosisától eltekintve, a bőr halványsága. A tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatódzási eltérés ki nem mutatható. Légzés kissé felületes, száma perczenkint 40. Napjában többször hig, büzös székletét. Nagy nyugtalanság, heves deliriumok. Hőfok 40·8. A láz ezentúl viselkedését az ábrán láthatjuk.



3. ábra.

Magát a kórlefolyást röviden következőkben vázo
20-án gyulladás tünetei a bal tüdőcsúcsban; január
zatlan állapot; ezen a napon a légzés száma perc
Január 24-én heves szúró fájdalmak a bal mellkasfé
kivéve a Traube-tért, az egész baltüdő felett a k
tompa. Másnap szúró fájdalmak a jobb mellkasféle
az alsó lebenynek megfelelőleg tompulat, hörgi légz
táló zörejek, ellenben a baltüdő felett mindenütt
Január 28-án jobboldalt a hónaljvonalban kifejezett
ugyanazon oldalon hátul fölülről lefelé végig tomp
hang; ellenben baloldalt, a hol a Traube-tér még mi
a tompa kopogt. hang már dobos szinezetü. Februá
oldalt a tünetek változatlanok, ellenben baloldalt úgy
mind pedig hátul alul a tompa kopogt. hang még
zetü, de a hónaljvonalban a tompulat egész resiste
gyengült a légzés. Hátul alul hörgi légzés *amphorik
csengő* szörtyzörejek. Nagyon nehéz légzés. Február 4-
igen nagyfokú, légzés száma perczenkint 70. Prób
oldalt a hátsó hónaljvonalban a VII. bordaközben
genyet derítvén ki, bordacsonkolást végeztünk; a pleu
nyitása után bő geny ürülése. Mütét után elesettség
nehezen volt leküzdhető. Délután újra collapsus, ór
(légzés száma perczenkint 78) és cyanosis. Február
Kórisménket két oldali tüdőgyulladásra és geny
hártyagyulladásra tettük volt; nagy valószinüséggel
is, hogy a baltüdő alsó lebenyében tályog is van fej
A bonczolást Minich dr. főorvos úr volt szí
lelete következőképen hangzik:

*Empyema thoracis sinistri trimidia dua inferi
in sequelam abscessum subpleuralium disseminatorum
per emboliam ortorum. Hyperaemia et pneumonia hypost
pneumonia fibrinosa hypostatica dextra cum pleurit
sicca. Intumescentia glandularum peribronchialium et
num. Degeneratio parenchymatosa renum hepatisque.
Sinus liberi sunt. Resectio costae IX. sinistrae. P
togones.*

A bonczolás értelmében tehát, minthogy a tü
tályogok valószinüséggel embolia útján keletkezt
pyaemiának bizonyult, bár ennek kiindulási pontja n
állapitható. Kétségtelen, hogy a tályogok voltak
megbetegedés, a tüdőgyulladás és a genyes mellhárty
pedig másodlagos folyamat. A tályogok száma 10—
nagyságuk borsónyi, egészen mogyorónyi volt. A leg
mogyorónál is nagyobb, a bal tüdőcsúcsban székelt,
legelőször volt a tüdőgyulladás kimutatható.

Ha ebben az esetben, mely több szempontból n
ságos, nem történt volna meg a bonczolás, úgy az
felől nem nyertünk volna kellő felvilágositást. Látni
kisebb, de többes számban keletkező tályogok is a tüdő
hogy nem fejlődnek tünetek nélkül, ellenkezőleg fell
jedt tüdőgyulladással és különösen subpleurális el
esetén genyedéses mellhártyagyulladással járhat. Eg
lázmenet meg éppenséggel nem volt jellegző; nem
feljebb talán 3 naptól (febr. 23—25-ig) eltekintve,

eset láztáblájának a megitélésénél, úgy még inkább megerőtlenedik annak a fölvételnek a valószinűsége, hogy ott is analog folyamat lehetett a láz oka.

Az antisepsisről a szülészetben.

Irta: *Konrád Márk dr.*

Nem szándékom a gyermekágyi láz tanát kimeritően tárgyalni az »Orvosi Hetilap« ötven éves évfordulója alkalmából. E rövid kis értekezéssel csak Semmelweis és Markusovszky emlékének óhajtok kegyelettel áldozni.

A tudomány és a lelkesedés a jó és igazság mellett fűzte szorosan egymáshoz e két kiváló férfiút. Fegyvertársak lettek a gyermekágyi láz tanának hirdetésében s e tan igazának megvédésében.

Semmelweis már 1847-ben bocsátotta ki megváltó szózatát a női nem, a szülő- és gyermekágyas nők megvédésére: *hogy a gyermekágyi láz nem más mint »sebláz«, melyet a szülő- vagy gyermekágyas nő sérült nemi részeibe jutott bomlási termények idéznek elő.* Semmelweis szenvedélyes hangon, de meggyőző érvekkel hirdette s védte az ő igazát és Markusovszky, e lapok boldog emlékü szerkesztője, odaadó kitartással foglalt állást Semmelweis mellett. Elenyésző csekély kivétellel a szülészeti klinikák vezetői Németországban, Franciaországban és Bécsben mind Semmelweis ellen foglaltak állást. Bécsben csak Rokitansky és Skoda vallottak Semmelweis tana mellett.

Semmelweisnak, a bécsi szülészeti klinika assistensének, ezután nem volt tovább maradása Bécsben. Budapestre tért haza és Antaeusként nőtt ereje a hazai földön.

Az 1869. és 1870. évet még Bécsben töltöttem a bécsi szülőházban, a kiváló szülész Braun Károly klinikáján. Azon időben s azután is sokáig ezen klinika volt még mindazok Mekkája, kik a szülészetben óhajtották magukat gyakorlatilag kiképezni. Semmelweis tana itt még mindig nem tudott határozott érvényre jutni. A szülőszobában ugyan fel volt állítva chlormész- és kalihypermanganoldat a kéz fertőztelenítésére, azonban a fertőztelenitést csak igen lazán kezelték. *A miasmatikus-contagiosus* felfogás dominált még mindig Braun klinikáján s ezen álláspontból bizonyos fatalizmussal nézték, mint népesiti a gyermekágyas betegek nagy száma a kórtermeket s mint szedi áldozatait a pusztító gyermekágyi láz.

Bécset 1871-ben hagytam el s ezen év egy részét Londonban töltöttem, a hol a *Lister által inaugurált antiseptikus eljárás* dominálta a sebészetet s a szülészetet.

Lister sikerei az antisepsissel megtörték a szülészeti klinikák közönyét és téves ellentállását Semmelweis tanával szemben. Mintha csak pótolni akarták volna a nagy mulasztást a szülészeti klinikák vezetői, olyan lázas tevékenységet inditottak meg a gyermekágyi láz tanának s aetiologiájának kutatásában. Kedvezett ezen mozgalomnak azon körülmény, hogy az orvosi tudományt a hetvenes években a bakteriologia kezdte élénken foglalkoztatni.

A bakteriologiai kutatások ki is mutatták, hogy a súlyos gyermekágyi fertőzések előidézői a *streptococcusok.* Kevésbbé veszedelmesek a *staphylococcusok s a bakterium coli.* Ha nem is septikus jellegénél fogva, komoly tekintetbe jő még a gyermekágyasoknál a *gonococcus.*

Azonban a pathogen mikroorganismusok jelenléte a szülőcsatornában még nem jelenti mindig egyszersmind a megbetegedést is, mert a fertőző és mérgező csirák ellen az organismusnak erélyes védői a leucocyták.

A fertőző csirák okozta lázas gyermekágyi megbetegedések gyakorlatilag két csoportba sorozhatók. Az egyik csoportba tartoznak azok, melyek a szervezet általános megbetegedésével járnak, mint a *septicaemia* és a *pyaemia.* A másik csoportba sorozzuk pedig azon megbetegedéseket, melyek egy góczra szoritkoznak, ilyen a *gyermekágyi fekély, metritis, parametritis* és *endometritis.*

Azonban a gyermekágyi megbetegedés ezen két csoportja közt lehetetlen éles határvonalat húzni, mert nem ritkán látjuk,

Különben nem minden fertőzés okozta megbet gyermekágyban sorozható ezen két csoportba. S nem ritk esetek, melyeknél a fertőző csirák lappangva szapor gyermekágyas szülőrészeiben, úgy hogy csak hetek mul elő a puerperalis parametritikus izzadmány, a genyes lo vezetők és a petefészek körül. S igy *infectiónak* minősitjü folyamatot, ha a fertőző csirák a szövetekbe hatolva a ny a vérárammal árasztják el az emberi szervezetet. Az *in* pedig a nemi részeken localizálódott fertőző csirákból k toxinok felszivódásából ered.

A puerperális megbetegedések kezdetén nehéz még tonitis és a pyaemia közt is differentiális diagnosist felál A pyaemiára jellegzetesek a rázó lázak, azonban a perit gyakran rázó lázzal kezdődik és csak a gyakran ismétlő lázak teszik kétségtelenné a pyaemiát. Ezen jelenség mell jelentőségü az érverés minősége. A leggyorsabb és érverést mutatja a septikus peritonitis; kevésbbé gyors é feszültségü az érverés septicaemiánál peritonitis nélkül, phlebitisnél és pyaemiánál pedig egyszerüen lázas jellegü az Higgadt megfontolással birálandó el még azon körülmény még a szülés alatt, vagy már a gyermekágy első napjába kozik a hőemelkedés, hogy vajjon a veszélyes korai g ágyi fertőzéssel állnak-e szemben, vagy egyéb lázas bet van dolgunk a gyermekágyban.

Itt az idő rövidesen oszlatni fogja a kételyt.

Semmelweis tana termékeny talajra talált hazáj *Fleischer József*, az ő egykori assistense, rajongó h Semmelweis tanának; *Kézmárszky*, a szülészet kiváló ha viselője, az antisepsis szigorú szabványai szerint ren szülészeti klinikáját. Ezen szellemben folyt nála a tud munka s ezen szellemben folytatja azt tanitványa és mél *Bársony János*, valamint Kézmárszky tanitványai közül szetnek két kiváló tanára: *Tauffer* a budapesti és *Szabó* vári egyetemen.

A két budapesti szülészeti klinika nemes verse hazának s a tudománynak kiváló szülészek és nőgyógyász sorozatát nevelte, milyenek a bábaképezdék igazgató tanárai Budapesten, *Mann* Szegeden, *Velits* Pozsonyban, *Kenézy* czenben, *Reismann* Szombathelyen, *Doktor* Pécsett. *L Bäcker, Tóth, Walla, Temesváry, Neumann* kiváló nőgyógy fővárosban, mind a budapesti egyetem tanitványai.

Ennyi kiváló szakférfiú fáradozik a női nem javár lészet nehéz és fárasztó gyakorlatában. A tudomány állás gyermekágyi fertőzés tanában jelöli meg egyszersmind a pontot a gyermekágyi láz gyógyitásában, melynek ideáli volna a fertőző csirákat közvetlenül megtámadni és me lyozni azok felhalmozódását a szervezetben. S ha ez nem is sikerül, a tudomány és gyakorlat idővel meg fog líteni e czélt is.

Legerélyesebben támadja meg a fertőző góczot az eljárás. Egyesek, mint Tuffier, Schultze, Prochownik kiirtást végezték ott, a hol a méhürből indult ki a melyet nem lehetett máskép megakasztani, hogy általános ne álljon be a méhürből. S ha nem is egészen kedvezők sikerek ezen erélyes eljárásnál, mégis ki van jelölve az további kisérletezésre.

Több sikerrel biztat pyaemiánál az inficiált v kiirtása Freund és Sippel szerint, vagy a mint Trend ajánlja, a vena hypogastrica lekötése extraperitonealiter.

Azonban a gyakorló orvos kevésbé merész therapia fogja vallani magát.

A nagyváradi bábaképezdén az asepsis biztosítás fertőzés okozta gyermekágyi megbetegedések kezelésében kező eljárást követjük:

Szülés után 3 órával a szülőszobából a gyermekág tályba szállitjuk a gyermekágyasokat. A szobák utóbbi terrazóval vannak burkolva.

A gyanús abortusokat és lázas gyermekágyasokat szobába fektetjük.

gatás alkalmával az orvos meggyőződik az érverés rendes vagy rendetlen voltáról és minden bármi módon kétes esetben újból megnézi a gyermekágyas hőmérsékét.

Mivel minden szobában van éjszakára szolgálatot teljesítő bábanövendék, azoknak kötelességévé van téve, hogy ha valamelyik gyermekágyas hideg borzongásról vagy bármilyen rosszullétről panaszkodik, ezt újból meghőmérözzék. Így lehetőleg elejét veszszük, hogy csak egyszeri lázas hőemelkedés is kikerülje figyelmünket.

A gyermekágyasok gondozását a fő- és albába vezetése alatt a növendékek végzik. A *subjectiv* desinfectio ugyanolyan, mint a szülészeti vizsgálatnál. Mosakodás 5 perczig langyos vizben, szappannal, körömkefével; körömtoilette; újból kézmosás legalább két perczig, azután 1 : 2000 sublimat-oldatban való kézáztatás. Mivel berendezésünk arra, hogy a kézmosást a növendékek langyos csurgó vízben végezhessék, nincs, nagyon is szükséges a desinficiensben való mosakodás. (A növendékek különben minden alkalommal figyelmeztetnek, hogy künn a gyakorlatban mindig meleg vízben mosakodjanak mosdótálban.)

A lemosáshoz régebben carbololdatot, majd 1%-os lysolt, sublimat-oldatot, egy év óta 1%-os lysoform-oldatot használunk. A hivatalos bábakönyv ugyan csak steril vízet ir elő. Mivel azonban a gyakorlatban a bábák künn a vidéken elfajulnak és lemosáshoz forralt vizet talán sohasem használnak, csak hasznos lehet őket a desinficens hozzátétele által a mennyire lehet sterillé tett víz használatához hozzászoktatni.

A lemosást naponta kétszer végzik. Utána a beszennyezett fehérneműt tisztával cserélik fel, úgyszintén a szeméremrés elé helyezett vattagomolyt is, melyet egy könnyen kezelhető felkötőtü tart meg helyzetében.

Az első székletétet a gyermekágy 3-ik napján idézzük elő beöntéssel és ezentúl 2-od naponkint beöntést vagy ricinusolajat adunk. Keserüvizet csak a nem szoptató gyermekágyasoknál használunk.

A beöntést és az esetleg szükséges csapolást mindig a növendékek végzik.

Gátjavarrottnak beöntést nem adunk s az első székletet lehetőleg csak az 5-ik napon idézzük elő.

A felülés a 8-ik napon, a felkelés a 10-ik napon van megengedve. Az elbocsátás a méh visszafejlődésének gyorsaságától függ. Az ép, egészséges gyermekágyasokat, kiknél külső sérülésnek nyoma sincs, 10—12 nap után bocsátjuk ki.

Étkezés az első két napon folyékony, később tejes s könnyen emészthető húsételek. Nagy tápértéküknél fogva szeretem a gyermekágyasok étlapján a keresztültört és tejjel feleresztett hüvelyes veteményeket.

Elbocsátás előtt a növendékek is megvizsgálják a gyermekágyast, hogy a vizsgálatban gyakorolják magukat. (Vannak tanfolyamok, melyekben 80-nál több növendék is van, a terhesek és szülések száma pedig aránylag csekély, azért minden alkalmat fel kell használnunk, hogy a növendékek vizsgálhassanak). A gyermekágyas az elbocsátása előtti vizsgálat után hüvelyöblítést kap 2% lysoform-oldattal.

Subinvolutio esetén ergotint szed a gyermekágyas, 20%-os oldatból 3-szor napjában 20—20 cseppet vagy 2% oldatból napjában 3 evőkanállal. Használunk azonkivül kitünő sikerrel forró hüvelyöblítéseket.

Retrodeviatio esetén a méhet felemeljük és egy napi észlelés után, ha a méh ismét visszaesik, Hodge-féle pessariummal látjuk el, melyet csak nehány hét mulva távolitunk el. A beteg alcoholos hüvelyirrigatiókat kap tisztasági szempontból. Több izben volt alkalmunk tapasztalni, hogy a méh a pessarium eltávolítása után nem esett vissza.

Láz esetén az orvoslást hashajtó (ricinus) adagolásával kezdjük s csak ennek bekövetkezett hatása után foganatositjuk a szükséges eljárást.

Gyermekágyi fekélyek jodtincturával lesznek ecsetelve és xeroform-porral beborítva.

Bűzös folyásban szenvedő és lázas gyermekágyast a többitől rögtön elkülönitünk.

mal vagy lysollal naponta *kétszer*.

Ha a láz nem szünik, vagy magas lázak vanna környezete nem érzékeny, méhüri öblitést végzünk.

A múlt nem dicső emlékei közé tartozik már a mikor a méh környékének lobos állapota daczára a nyében végezték a méhür öblögetéseit. A hetvei állandó méhüröblögetéseket végeztek prophylaktikus ból s fertőzés okozta gyermekágyi bántalmaknál nap talanitották a súlyosan beteg gyermekágyasokat az á üri irrigatiókkal. A fertözött gyermekágyasok osztályá méhür-irrigatió mellett, mint megannyi forrásból cs carbolsavas viz.

S a káros »sokattevés« intő emlékei, az e czél eszközök, ott hevernek müszertárom régiségei közö méhür-öblitésnél előbb pontosan meg kell állapita bomlást nem okozzák-e a méhürben visszamaradt vagy peterészek. Az első dolog ezek eltávolitása, mit végezni és csak ott a *curettehez* nyulni, a hol a sikerül. A peterészek eltávolitása után a méhürt előbb sublimat oldattal (1:4000) és utána 5000—80 vizzel, mélyebben fertőztelenités czéljából jodtinctur gaze-csikokkal tömeszelem a méhürt s e tömeszek 6— lesznek eltávolitva.

A méhür-irrigatiók kivitele könnyü; de azért n nagyobb óvatosság kell hozzá. A vizsugárnak ne esése s vékony sugárral ömleszszük a folyadékot Ezen czélra legczélszerübbek a Fritsch-Bosemann-f katheterek különböző vastagságban, fémből, kautsch loidból vagy üvegből.

A méhür-irrigatiók után ugyan néhányszor mé hetnek a hőemelkedések, melyek onnan erednek, ho ben felhalmozott bomlási termények a méh össze továbbitva lesznek a vérkeringésbe s ez által lázat Azonban ilyen egy pár hőemelkedés után többnyire a láz egészen s beáll a jó érzés.

A méhür helyi fertőztelenitésére, mint mélyebbe igen alkalmas Credé oldékony ezüst-készitménye. gaze-ba göngyölitve, könnyen vezethető be a méhü 3—5 napig maradhat. Eltávolitása után a méhür 1 : 4 czitromsavas ezüst (itrol) oldattal lesz kiöblitve.

Septikus-pyaemikus esetekben legczélszerübb mi általános gyógykezeléshez fogni, hogy első sorban közérzetet, szabályozzuk a szivmüködést, a légzést és el hőmérséket.

E czélra nagy hasznát vesszük a lázellenes milyen a chinin, phenacetin, aspirin s antipyrin 0·5 grmos adagokban adunk. A lázellenes szerek lázt nyomják le, hanem jótékonyan befolyásolják a az ideges jelenségeket, a szivet; különös előszeretet lom az aspirint és antipyrint, az előbbi legkevésb szivet. Curschmann szerint az antipyrinnek jótékon van a betegség kedvező lefolyására.

A közérzet javitására és különösen a megtámado ellenállásának fokozására már 30 év óta használom j langyos fürdőket combinálva alcohol bő adagolásá sen olyan egyéneknél, kik alcoholikákkal éltek. Felt lázas betegek milyen nagy adagban türik az alcoholt.

Ezen combinált kezelés jótékony hatása a beteg s étvágyának fokozására meglepő. Betegek, kik elvesz den étvágyukat, ilyen eljárás mellett élénk étvágya érezni, táplálkoznak és igy fokozzák ellenállásukat a Míg a sepsis therapiája a lázt gerjesztő mikrobákat és csere-termékeit ártalmatlanná tenni törekszik, ind törekvés is, mely iparkodik a kiválasztási folyamat által megakadályozni a toxinok felhalmozódását a vérb előnyösnek bizonyult a konyhasó-infusio, melyet sz tam használni. Hogy a jótékony hatás a vérnyomás vagy a vér alcalescentiájának növelésében keresend nincsen eldöntve.

az utolsó időben gyakran használunk bedörzsölésre *unguentum Credé* alakjában, különösen *peri-* és *parametritis*-nél. Nem lehet ezen kezelésmód jótékony hatását tagadni, de alkalmazása fárasztó és kimerítő a különben is súlyos betegre, mert 2-szer, 3-szor kell a bedörzsöléseket használni. Ilyen esetekben nem mellőzhető a jégtömlő alkalmazása sem.

Legczélszerűbb a collargolt per rectum használni 2-szer napjában 1% oldatból 50—50 cm.-t,[3] vagy subcutan 1% oldatból 10 cm.-t,[3] vagy intravenosusan 5% oldatból 1—2 cm.-t.[3]

Az esetek száma nem nagy még s így határozott itéletet bajos mondani; több izben azonban kedvezően látszott befolyásolni a tüneteket, a lázt. Különösen pedig a beteg közérzetét.

Intravenosusan csak két esetben használtuk a collargolt és mind a két esetben a láz határozottan csökkent; az egyik esetben a 6 nap óta tartó magas láz 40·4-ről 37·2-re esett s a beteg két injectió után láztalan lett s gyógyult; a másik esetben muló hatás után semmi eredmény sem volt.

A hol *geny* van heveny puerperalis esetekben és ez határozottan kimutatható a hasfalon és a hüvelyen keresztül, ott a geny kiürítendő, leggyakrabban bemetszés által a hüvelyen keresztül s ezt követi a további kezelés drainage vagy tömeszelés által. A hasfalon keresztül ritka esetben ürítem ki a genyt, ha ez már fölületesen a hastakaró alatt könnyen kimutatható. Ez is nagy óvatossággal végzendő, nehogy közlekedési utat nyissunk a kis medencze és a nagy medencze között, mert a genycoccusok mérgező hatása ilyenkor rendkivül nagy.

Sublimatot intravenosusan, a mint azt Bársony jó sikerrel alkalmazza, még nem használtam, hasonlóképen még nem a serumokat.

A *nukleint* mint olyan szert, mely belsőleg véve elősegiti a leucytosist, szintén nem alkalmaztam még. Hofbauer 5—10 grammos adagokban rendeli betegeinek, kiknél jótékonyan befolyásolta úgy a közérzetet, mint a helyi folyamatot.

Nem az ujitás iránti idegenkedésből mellőztem eddig az utóbb említett therapeutikus eljárásokat, hanem nem volt okom jó sikerrel folytatott gyógyeljárásomtól eltérni. Igazolja ezt e rövid táblás kimutatás az utóbbi 20 évről:

Év	Szülések száma	Halálozások gyermekágyi lázban	Tanulók száma
1885	154	1	75
1886	143	—	76
1887	151	—	107
1888	132	—	91
1889	142	—	87
1890	130	—	98
1891	162	1	97
1892	108	—	104
1893	132	—	91
1894	128	—	83
1895	137	—	113
1896	115	—	108
1897	126	2	89
1898	127	—	77
1899	190	—	70
1900	164	—	75
1901	154	—	65
1902	216	—	85
1903	263	1	126
1904	236	—	122
Összesen	3110	5	1839

Halálozási arányszám ... 0·16%

A bábaképezdén eddig kiképzett szülésznők száma ... 2676

Az utóbbi 20 évet választottam a táblás kimutatáshoz, mert az 1886-iki évvel, a mely évben épült a nagyváradi bábaképezdének új pavillonja, kezdődik a bábaképezde új aerája, elkülönítve egymástól működik a szülészeti és nőgyógyászati osztály.

A táblás kimutatásból kitünik, hogy a szülések csekély számához képest nagy volt mindig a tanulók száma, kikkel tanitási czélból vizsgáltatni kellett a terheseket és szülőket. Ezen vizsgálatokra előkészitettem és előkészitem tanitványaimat a nőgyógyászati osztály ingyenes ambulans betegein. Ezeken gyakorolják be előbb maguk a tanulók, a tanítás első napjától kezdve, a női nemi részek és a medencze vizsgálatában.

tudják végezni az asepsis és antisepsis szigorú betartás

Ezen óvatos szigorú eljárásnak s a betegek lelk gondozásának köszönhető, hogy a nagyváradi bábaképezd lozási arány elég kedvező: 0·16%.

Felelősségteljes nehéz munkámban kitartó odaadáss kodtak egykori segédeim dr. Révész Vilmos és dr. Nemes A mint jelenlegi segédeim dr. Julier Vilmos és dr. Popovi

Örömmel teszek hálás vallomást, hogy a m. k. közoktatási miniszterium mindig jóakaró támogatásban r a bábaügyet a magyar faj erösitésére.

Az »antisepsis« halhatatlan alkotójának, Semmelw emlékének legyenek szentelve e szerény sorok. Dicsőitsü a jelenben, a mint dicsőiteni fogják azt késő nemzedéke

A Jackson-féle epilepsiának hemicraniával egy esete, ugyane kór egyszerű alakjának általam Jackson-előtti időben közölt esetével.

Irta: *Scheiber S. H.* idegorvos, volt egyetemi tanár, pro kórházi főorvos Bukarestben.

Noha a közönséges, ú. n. genuin vagy idiopathik siát, az eskórt már a legrégibb orvosok, mint *Hippokra nus* stb. ismerték, a *Jackson*-féle unilateralis, partia (elég helytelenül) agykérgi epilepsiának nevezett kórala múlt században lett ismertté, a mikor legelőször (1827) hivta fel az orvosok figyelmét ezen beteg tüneteit »*Épilepsie hémiplégique*« elnevezéssel tüzetes Ő azonban e betegséget csak a közönséges eskór egy nak tartotta, és miután nem tudott kórboncztani lele mutatni, közlését figyelembe nem vették és az teljesen merült. Csak *Hughlings Jackson* sok évre terjedő klinik boncztani tanulmányainak, a melyek eredményeit a mú 60-as éveiben számos czikkben tette közzé,[2] köszönjük ez érdekes és róla elnevezett kóralak tüzetes ismerését számos meggyőző érvvel kimutatta, hogy e baj az körülirt megbetegedése, ellentétben az eskórral, a mely agy kóros elváltozásán alapszik, ennélfogva a *Jackson*-fé siát önálló, a közönséges epilepsiától megkülönböztete alaknak kell tekinteni.

Az orvosok azonban mégis sok ideig nem vették figyelembe *Jackson* eme mélyen átgondolt tanát. Hiszen nagy klinikus is, mint *Trousseau*, 1868-ban az eskór tá nál a partialis epilepsiát az eskór különféle változatai e nyilvánitotta.[3] Ennek pedig az volt az oka, hogy azo a *Flourens*-féle tan, a mely szerint az agy minden része logiai értelemben *egységes* értékü (physiologische Hom még nagy tekintélyben állott,[4] és az agykérget ak *inexcitabilisnek* tartották, t. i. olyannak, hogy az ingerre sem reagál, holott *Jackson* épen az ellenkezőt midőn kimutatta, hogy a féloldali görcsöket *helybeli, kéregrészletek kóros izgatásai okozzák;* a *Jackson*-féle tehát már előkészitette a *localisatióról* szóló tan talaját. ugyan nemsokára, 1870-ben megjelentek a *Fritsch* és úttörő kisérleteiről beszámoló munkálatok, a melyek *Jackson*-nak az unilateralis epilepsiáról közzétett elméle mértékben igazolták. És csakugyan csak akkor nyert a féle tan teljes polgárjogot és általános elismerést.

[1] *Bravais.* Recherhes sur les symptomes et le trait l'Épilepsie hémiplégique. Thèse de Paris, 1827.

[2] *Hughlings Jackson.* Medical Times and Gazette. 1861 — London Hospitals Reports. 1864—65. — Ueber unilate vulsionen. St. Andrew's med. assoc. Transact. III. 1869. — disease of the brain. Convulsions beginning unilaterally 1869. 23. Oct. — Ueber partiale Convulsionen durch Ve der Hirnvenen. Med. Times and Gaz. 1872. Jan. 6. — A convulsions. Transact. of the St. Andrew's med. Assoc. 187

[3] *Trousseau.* Clinique médicale de l'hôtel Dieu de Pa Németre fordítva *Cullman*-tól. II. köt 69. lap.

[4] *Flourens.* Recherches expérimentelles sur les pro les fonctions du systéme nerveux. Paris, 1842.

[5] *Fritsch* és *Hitzig.* Reichert és Dubois-Raymond jában, 1870.

ban, tehát 42 év előtt észleltem az unilateralis epilepsia egy esetét, tehát oly korszakban, a mikor ez a kóralak még nem volt általánosan ismeretes, és a mikor a »*Jackson*-féle epilepsia« elnevezésről még szó sem volt. Hiszen, mint már említettük, *Trousseau* még 1868-ban is a partialis epilepsiát az eskór egy változatának tartotta. Én az említett esetet luetikus egyénnél észleltem Jassyban, az ottani Spiridon-kórházban, és azt 1865-ben (a mikor már Bukarestben laktam) még két más agysyphilis-esettel együtt *csakis magyar nyelven* az »Orvosi Hetilap«-ban leírtam.[1] Így ez az eset még mai napig sem lett közismeretes. *Különben is ez eset volt a partialis epilepsiának első esete, a melyet az »Orvosi Hetilap« közölt.*

Minthogy ezen 3 eset még most is bír bizonyos érdekességgel (így pl. a harmadik, a melyben bonczoláskor a hypophysis cerebri gummája találtatott), szándékom őket utólagosan német nyelven is közölni. Egyelőre e czikkem végén függelékképen szóról-szóra közlöm partialis epilepsia-esetemet, úgy, a mint az e lapban annak idején megjelent. Még csak azt akarom említeni, hogy 3 esetem közül kettőt, ezek közül a partialis epilepsia-esetet is, *Lechner Károly* kolozsvári tanár[2] alább említendő igen érdekes munkájában németül röviden referálta. A 3 esetről azonban nem tett említést, mert czikkében csak az agysyphilis korai alakját dolgozta fel, 3. esetem azonban gummáról szólt, a mely már az ú. n. »tertiär syphilis« körébe tartozik.

Visszatérve tulajdonképeni tárgyamra, ki kell emelnem, hogy *Jackson* a partialis epilepsiát a közönséges epilepsiától teljesen különválasztotta, a mely felfogását később a klinikusok legnagyobb része elfogadta, és különösen *Roland*[3] nagy hévvel védelmezte. Idővel azonban oly esetek és érvek jutottak felszínre, a melyek e két kóralak teljes különválasztásának nehézségeire utaltak. A két betegség közötti különbség csak akkor tünik fel, ha mind a két kóralak *typikus* eseteit veszszük figyelembe. Ha pedig a typikus eseteket egymással összehasonlítjuk, lehetetlen, hogy köztük bizonyos közel rokon vonásokat ne ismerjünk fel. Csakhogy térszüke miatt ezeknek kifejtésére itt nem térhetek ki s azért csak a *Jackson*-féle epilepsia typikus lefolyását hozom szóba.

E kóralaknál a görcsök mindig csak *egy oldalon* kezdődnek aurával vagy aura nélkül és a könnyű esetekben egyoldaliak is maradnak. A görcsök többnyire *clonikus* természetűek és sohasem támadják meg az illető oldal *összes izmait egyszerre*, hanem részletekben, t. i. úgy, hogy a görcs először egy izmot, vagy egy bizonyos izomcsoportot, pl. egy vagy több ujj, egy kéz, az al- vagy felkar, vagy az arcz, vagy az alsó végtag egy vagy több izomcsoportját támadja meg, és vagy a roham végéig megmarad ezen tagrészeken, vagy — és ez a gyakoribb — a görcs a megtámadott izomcsoportról bizonyos törvényszerűséggel fokozatosan más és más izomcsoportokra és végül a megtámadott oldal összes izomzatára terjed tova.

A görcsnek ezen törvényszerű tovaterjedése izomról izomra a Jackson-féle epilepsiának legjellemzőbb sajátsága és teljesen megfelel az agykéreg motorikus középpontjában egymás mellé rendezett egyes izomközéppontok localisatiójának, olyformán t. i., hogy ha pl. a görcs az arczizmokban kezdődik, az, ha tovább terjed, először a kéz, azután az al- és felkar izmaira terjed át, és ha még tovább terjedne, csak akkor támadja meg az alsó végtag izmait is. Csak az esetben terjed át a görcs a test másik oldalára is, még pedig *megfordított sorrendben*, úgy hogy ha pl. az első sorban megtámadott oldalon a görcsöknek sorrendje ez volt: arcz, kar, alsó végtag, akkor a másik oldalon ez lesz: alsó végtag, kar, arcz.

Az öntudat a könnyebb esetekben, azaz a melyekben a görcs egy oldalon marad meg, vagy ép marad, vagy legföljebb kissé zavart, *és csak akkor vész el, a mikor a görcs a másik oldalra is átmegy.*

Fontos szerepet játszanak a *Jackson*-féle epilepsiában az

[1] *Scheiber S. H.* Az agybujakór három esetéről. Orvosi Hetilap. 1865. 45—46. szám.

[2] *Lechner Károly.* Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen. Jahrbücher für Psychiatrie (Meynert). 1881. 2. évsz. 92. old.

[3] *Roland.* De l'épilepsie Jacksonienne. Paris, 1888.

nek, mint a milyenben az aurátlanok. Ilykor t. i. g
és a rohamból csak az aura marad, a mely azonban
többnyire hosszabb ideig tart, néha oly sokáig, mint
az egész görcsös roham szokott tartani. De azért aeq
mutatkoznak aura nélküli esetekben is, mint pl. aláb
esetemben, a hol az aequivalensek egész sokasága je
Jackson-féle epilepsiánál előfordulhatnak sensitiv és
motorius, vasomotorius és secretorius aequivalensek.

A mint már említém, partialis epilepsiában
többnyire kizárólag *clonikus* természetűek. Azonban m
megkülönböztette a clonikus alakon kívül a *Jackson*-fé
tonikus és *vibratorius* alakját is.[1] Előfordul ugy
partialis epilepsia eseteiben túlnyomóan clonikus görcsö
izomcsoportokban *tonikus görcsök* is társulnak. *De*
tonikus görcsökkel járó partialis epilepsia-esetek igen ri

Egy ilyen ritka esetet, melyet egy nőbetegnél h
észleltem, óhajtok a következőkben közölni, előrebocs
ezt az esetet azonkívül még a rohamok nagy változa
különösen az irodalomban eddig párját ritkító azon
teszi érdekessé, hogy az egyes rohamok nagyfokú, töl
óráig tartó féloldali fejfájások kiséretében folynak le.

Jackson-epilepsia esete tonikus görcsökke

B. I. 39 éves özvegyasszony, varrónő 1898. elej
zába esett és tüdőlobot kapott, a mely betegségek
nehezen tudta magát összeszedni. Ugyanez év őszén
történt hirtelen csapás nagyon megrendítette és 3 na
telen erős szúrást kapott a jobb halántékán, melyet a
féloldalára kiterjedő fájás követett és egyúttal a ba
merevedést érzett, úgy hogy azt nem mozgathatta, és
mind bizsergést a bal kezében. Ezen állapot 1 óráig
jobboldali fejfájás pedig 24 óráig, a mely alatt sol
Ezen roham azután ugyanazon tünetekkel eleinte mi
hóban ismétlődött. 2 hó óta azonban a rohamok mind
ban ismétlődtek, úgy hogy az utóbbi hetekben már mi
napon jelentkeztek. A mikor a beteg kezelésem
(1900. február), betegsége már $1^1/_2$ év óta tartott.

A beteg atyját nem ismerte, nem is tudja, h
halt meg. Anyja állítólag mindig egészséges volt, 83
ban halt meg; 12 gyermeket szült, a kik közül még h
4 fi- és 3 nőtestvér, a kik között ő a legfiatalabb.
tak közül 1 nőtestvére a tébolydában halt meg; 4
közül kettő iszákos; 2 nőtestvére egészséges. Ő n
korában minden havi baja alkalmával erős hemicraniát
dett, a mely férjhez menése óta ritkábban jelentkezet
meknek anyja, a kik közül a legidősebb leány, 20 éve
minden havi baja alkalmával hemicraniában szenved.
mekek egészségesek. Férje 11 év előtt tüdővészben ha

Jelen állapot. A beteg középnagyságú, középerős
és izomzatú, bőrszine halaványy. Arczán rendellenesség
vét egyenesen ölti ki remegés nélkül. Bal karja és ba
év óta sokkal gyengébb mint a jobb, úgy, hogy bal k
zebb tárgyakat, pl. egy üveg vizet, nem bír emelni.
metert bal kézzel csak 10 kilogrammig bírja összenyo
jobb kézzel 25 klgr.-ig összenyomja. A bal alkar k
részén a körület 1 cm.-rel kisebb a jobb karénál u
részen. A bal kéz feltünően kisebb (keskenyebb) és
a mit a beteg azzal indokol, hogy egy év óta ner
dolgozni. Az első vizsgálatkor (roham nélküli időbe
nem érzett fájdalmat a fejében, sem a bal, sem a jo
a fej bal oldala kopogtatásra és nyomásra a legcsek
ban sem érzékeny, *ellenben a jobb oldalon a halánté
csonttájék már a leggyengébb nyomásra vagy kopogt
érzékeny*, főleg a sutura sagittallis közelében és a sut
ria mögött, ámbár e helyeken semmi elváltozást, dag
vagy csontvastagodást nem találni.

Az említett részek e nagy érzékenysége később
bármikor is vizsgáltam a rohammentes időben, a mel
betegnek fejfájása sohasem volt, általában is jól ér

[1] *Greffier.* Étude sur l'épilepsie partielle. Paris, 18

és kézen a tapintás, a meleg- és az elektrocutan érzés csökkent, holott a hidegérzésben különbség a jobb és bal oldal között nincsen. A fájdalom-érzés a bal kar és kéz radialis oldalán csökkent. A sensorius körben rendellenesség nincs. A pupillák egyenlően középtágak, rendes reactióval bírnak; papillapangás nincs, a visus rendes; hasonlóképen rendes a hallás, az iz- és szagérzés. A bőr- és inreflexek, valamint az elektromuscularis reactio a bal karon is mindenütt rendesek. A belső szervekben nem mutatható ki rendellenesség. A vizelet fehérnye- és czukormentes; a vegetativ körben szintén nincs eltérés, kivéve, hogy a különben rendes időben jelentkező havi vérzések igen bővek. Szellemi functiók rendesek. Hysterikus stigmák sem találhatók.

Tüzetesebb kikérdezésre a beteg a rohamok kezdetét és lefolyását következőpen írja le: A roham mindig hirtelen áll be minden előzetes rossz érzés és minden ok nélkül, heves fejfájással olyképen, hogy legelőször a homlokcsont jobb oldali járombütykén (processus zygomaticus ossis frontalis) hirtelen erős szúrást érez, a mely innen villámgyorsasággal terjed rézsút irányban a halántékon és falcsonton felfelé a fejtető egy pontjáig, a mely $1^1/_2$ cm.-nyire a nyilvarrat alatt van, s a hol, mint előbb emlitettük, a falcsonton a kopogtatás és nyomás a legfájdalmasabb. Innét a fájdalom lassanként a fej egész jobb oldalára elterjed, de mégis a jelzett körülirt helyen marad leghevesebb, néha annyira, hogy a beteg azt hiszi, *hogy a falcsontja szétreped.*

A mi a görcsöt illeti, az a fejfájás kezdetével azonnal beáll, de nem tart tovább 1—2 óránál; a görcs a beteg leirása szerint mindig egyforma és tonikus jellegű, de a mint a kórlefolyás leirásakor látni fogjuk, kivételesen muló clonikus görcsök is jelentkeznek. Ily tonikus görcsös rohamot én magam is kétszer láttam a betegnél. Ezen alkalmakkor a bal kar a könyökizületben derékszög alatt be volt hajlitva, és oly merev volt, hogy azt a legnagyobb megerőltetéssel sem lehetett kiegyenesiteni. Az ilyképen derékszögben behajlitott kart nem sikerült a thoraxtól eltávolitani, illetve emelni; a kéz a vizszintesen tartott merev alkar irányában mereven kinyújtott volt, az ujjak a metacorpophalangealis izületekben a metacarpus irányában vizszintesen kinyújtva, az interphalangealis izületekben pedig behajlitott allapotban merevek és mozdithatatlanok voltak. Másutt görcsnek semmi nyoma nem mutatkozott. Azonkivül a beteg pudvás érzésről panaszkodott a gürcsös kézben és ujjakban.

A beteg közel másfél évig (1901 júniusig) állandóan észlelésem alatt állott, a mely idő alatt tett észleléseimet a következőkben foglalhatom össze: Ezen időszak alatt a betegnél mindössze 49 roham jelentkezett. A rohamok nagyon szabálytalanul jöttek. Néha egymásután 2—3 napon, máskor minden 2.—3. napon, néha 1—2 hetes időközökben, majd 4—8 hétig is kimaradtak. A rohamok minden praemonitorius tünet *(aura)* nélkül hirtelen keletkeztek és pedig többnyire a délelőtti órákban, ritkábban délután és legritkábban éjjel. Ez utóbbiak a legsúlyosabbak voltak. A *rohamok tartamát* illetőleg megjegyzendő, *hogy ez alatt mindig a fejfájások tartamát kell érteni*, kivéve természetesen azon kevés rohamot, a mely fejfájás nélkül folyt le (abortiv rohamok). Ez értelemben a rohamok közül 10 volt olyan, amely 18—24 óráig tartott és ezek voltak a legsúlyosabbak. 13 roham 10—17 óráig és 14 roham 10 óránál rövidebb ideig tartott. Itt a 6 abortiv roham nincs beleszámitva. A 10—17 óráig tartott rohamok között volt ugyan súlyos roham is, ezek azonban többnyire középerősek, a 10 órán aluliak pedig mind gyengék voltak.

A fejfájások alatt a beteg többször hányt, szemeit csukva tartotta, a legkisebb zaj is bántotta; feje nehéz, kábult volt, néha eszméletét is elvesztette 1—2 órára. A rohamok többnyire fejfájással és görcscsel kezdődtek. Egyes kivételes esetekben azonban a görcs megelőzte a fejfájást, vagy ez utóbbi nem is jelentkezett. Voltak továbbá rohamok fejfájással, de görcs nélkül, végül olyanok, melyekben sem fejfájás, sem görcs nem jelentkezett (abortiv rohamok).

A görcsök mindig csak a bal karban jelentkeztek és *tonikus* jellegűek voltak. Csak egyetlen egy esetben voltak *clonikus görcsök mind a két karban és alsó végtagban. Ezt a rohamot már nem is Jackson-féle epilepsiának, hanem atypikus genuin epilepsiának tartom.* Azután egyes esetekben néhány perczig tartó clonikus görcsök felső ajakban; ez utóbbiak egyikében azonkivül még bizs szúrás is támadt a nyelvben és a gége bal oldalán.

Nagy szerepet játszanak esetünkben az ú. n. *aequi* a melyek a legkülönbözőbb alakokban nyilvánultak, igy 1. *sphaerában* különféle paraesthesiák és anaesthesiák al 2. a *motorikus sphaerában* izgalmi és kiesési tünetek (pa paralysis) alakjában; 3. a *secretorius sphaerában* izzadás *vasomotorius sphaerában* hidegérzés, fogvaczogás stb. al Ezen aequivalensek is, úgy mint a görcsök, a fejfájás időben jelentkeztek és szintén 1—2 óráig tartottak.

A délelőtt kezdődött rohamok száma 33, a délutá dötteké 12, és az éjjel kezdődötteké 4 volt. A súlyos száma 28, a könnyüeké 15 és az abortiv rohamoké 6 volt. ben először a görcsök jelentkeztek és később a fájdalmal közül az egyik a már emlitett eskóros roham. *Clonikus* mindössze 5 rohamban fordultak elő. Fejfájás nélküli roha Oly roham, a mely csak fejfájásban nyilvánult, csak *e* A mi az *aequivalenseket* illeti, ezek a következőképen meg: Görcs helyett *csak paraesthesiák* a bal kézben mellett 5 esetben; *paraestesiák paresissel* egybekötve 2 *anaesthesia* görcs helyett 4 esetben; *teljes hüdés anaes* egy esetben; görcs helyett *bő izzadás* a bal karon és k esetben, a melyek közül 3 rohamban egyszersmind ana is volt a kézben. Az öntudatvesztést illetőleg megjegyzend az öntudat a tulajdonképeni Jackson-féle rohamokban a görcsök vagy azok equivalensei idejében veszett el, han az eskóros rohamban a mindkét oldali görcsök idejében kivül a beteg még 2 izben vesztette el öntudatát, de görcsöknél sokkal hosszabb ideig tartó fejfájásos időszak fo

Mielőtt a diagnosisra áttérnék, a *gyógyeljárásról* szólni, a melyet a betegnél foganatositottam. A beteg f ellen már előbb is hideg borogatásokat használt. Az *antine szerek* közül antipyrint, phenacetint stb. szedett 0·5—1·0 g adagokban. Miután csakhamar meggyőződtem, hogy *Jac* epilepsiával van dolgom, előbb kalium és natrium br adtam, 3—4 grammot naponta. Miután ez eredménytel a bromot jodkalival együtt adtam, majd jodkalit egyedü náltam 3—4 grammos napi adagban. Ez is hasztalan ámbár syphilist nem konstatálhattam, mégis higanybedő rendeltem, 3—4 grammot egy napra. Feljegyzéseim s beteg körülbelül 500 gramm higanykenőcsöt dörzsölt be, t tesen félbenhagyásokkal. Sokszor higanybedörzsölést jó együttesen használt a beteg. Végre a műtétet is ajánl betegnek, de ő erről tudni sem akart.

Diagnosis. A mint a kórtörténetből láttuk, nyilvánva esetünkben két tünetcsoport, helyesebben két külön áll ség szövődésével van dolgunk, t. i. a *Jackson*-féle epileps hemicrania egybeolvadásával, úgyannyira, hogy látszólag a megjelenése emezéhez van kötve. Már most az a kérdé melyik a kettő között a fő- és melyik az ezt complikáló betegség? Miután mind a két betegség tulajdonképen *a lom*, a melyek közül a hemicraniának kórboncztani alap ismerjük, holott a *Jackson*-féle epilepsia (az uraemikus és h partialis epilepsián kivül) mindig az agy vagy burkai k tani elváltozásán alapszik, esetünkben pedig egy késő megindokolandó meningitikus kórfolyamatot látunk, localisatiójánál fogva a partialis epilepsiát okozza, en a partialis epilepsiát kell a főbetegségnek tartanunk. A he tehát, ámbár rohamos jelentkezése, a rohamok hosszadal és nagy fájdalmassága miatt a feltünőbb szerepet játs egyes rohamokban, mégis csak a főbetegségnek mintegy képezi, a melyen belül a partialis epilepsia látszólag sokk nyebb, de tüneteinek változatossága miatt sokkal érd tüneteket mutat. Hogy a partialis epilepsia e combinált csoportban a főbetegséget képezi, az kórboncztani alapjá még abból is kitünik, hogy az abortiv rohamokban a he tünetei egészen hiányoznak és csupán a partialis epilepsia szerepelnek, hol görcsök, hol azok aequivalensei alakjában

Hogy a jelzett tünetcsoportban nem talán csak »Migraine vulgaire«-ről, hanem a tökéletesen kifejlett hem ról van szó, kitünik: 1. ennek súlyosságából, a fájdalmak

volt és a beteg minden tekintetben teljesen jól érezte magát, a mi különben még a jelenlevő organikus agybántalom tekintetében is feltünő, úgy hogy ebből azt lehetne következtetni, hogy a hemicrania az abortiv rohamokat kivéve, az egész tünetcsoportot és az egész kór lefolyását uralta; 3. mert a fájdalom mindig csak féloldali volt, és 4. mert a hemicraniára jellemző többi melléktünet, mint öklendözés, hányás-inger és hányás a rohamok alatt mindig megvolt. A hemicraniának egy másik fontos kelléket, az öröklést illetőleg a beteg ugyan nem tudott elég felvilágositást adni szüleiről, de elégnek tartom azt, hogy ő maga már leánykorában a havibaja idején mindig hemicraniában szenvedett és hogy egy nővére tébolydában halt meg. Tehát valószinü, hogy a beteg mégis terhelt volt. Lehet, hogy anyja fiatal korától fogva hemicraniában szenvedett, a miről azonban a betegnek tudomása már nem volt, mert a 12. gyermek volt és anyja nemsokára rá a klimakteriumba jutott, a mikor a hemicrania tudvalevőleg megszünik.

A hemicraniának a partialis epilepsiához való viszonyáról eddig elmondottakat *Krafft-Ebing* következő szavaival akarom zárni: »Da, wo Hemicranie und Epilepsie zeitlich vereint erscheinen, ist die Epilepsie meist sensibler *Jackson*'scher, seltener clonischer, zuweilen psychischer Insult. Die sensible *Jackson*'sche Epilepsie ist hier nicht Complication, sondern markirt die Epilepsie.«[1], [2] *Krafft-Ebing* e szavai nézetemet teljesen igazolják. Meg kell jegyezni azonban, hogy e nagy tapasztalatú elmeorvos még más helyen is csak »sensible *Jackson*'sche Epilepsie«-ről szól, mert valószinüleg csak ilyféle eseteket ismert, az enyimhez hasonlót hemicraniával szövődve pedig nem látott.

A mi már most magát a *Jackson*-féle epilepsiát illeti, kétségtelen, hogy ennek oka nem lehet más, mint az agyburkok, főleg a dura maternek és a koponyacsontok belső rétegének a jobboldali motorius középpont körébe localisált idült lobos folyamata, a mely a belső agyhártyákra is átterjedve, amazokkal való összenövést és szöveti megvastagodást okozott, és ennek következtében a mellső központi tekervényre nyomást gyakorolt. E mellett szól 1. a nagy fájdalom, a mely már a roham kezdetén a jobb koponyafél emlitett localisatiójának megfelelő táján nyilvánult, e helyen az egész roham alatt fix maradt, és az egész féloldal fájdalmassága mellett különös hevesség által kitünt. 2. A roham másik része, a mely a partialis epilepsia tünetcsoportját képezi, a bal kar és kéz paraesthesiával egybekötött tonikus görcsében, vagy ennek aequivalenseiben nyilvánult; és 3. ámbár a beteg a rohamok közötti időkben teljesen fájdalommentes volt, mégis a fej jobb oldalának jelzett körülirt pontja kopogtatásra és nyomásra ilyenkor is igen fájdalmas. Sajátságos, hogy mindennek ellenére a rohammentes időben *spontán* legkisebb kellemetlen érzése sem volt feje jobb oldalán, és hogy ámbár az utolsó 2 évben a rohamok igen gyakoriak, néha mindennaposak voltak, a meningitikus folyamat ellenére a beteg a rohamok közti időkben teljesen jól érezte magát. Ez talán úgy magyarázható, hogy a *Jackson*-féle epilepsiának hemicraniával való szövődése következtében a betegség alapját tevő szervi agybántalom daczára a kórfolyamat a hemicraniának azon jellemző tulajdonságát öltötte, hogy a rohammentes időkben a fejfájásnak nyoma sincs és a beteg jól érzi magát.

A differentiális diagnosist illetőleg mindenekelőtt, minthogy szervi megbetegedésről van szó, mindazon *Jackson*-féle epilepsiaalakok, a melyek nem szervi alapuak, úgymint a hysteriás, uraemiás és reflectorius alapon nyugvók, önként elesnek, annál is inkább, mert betegünknél sem vesebaj, sem hysteriás stigmák, sem peripherikus idegsérülés vagy gyomorbetegség nem mutatható ki. A szervi agybetegségek közül a tályog kizárható, mert trauma nem ment előre, valamint olyan genyedő folyamat sincs sehol a szervezetben, a mely esetleg metastasis útján okozhatta volna a tályogot. Vérömleny, vagy agyellágyulás kizárható, részint a beteg kora miatt (a betegség kezdetén még csak 38 éves volt), részint szivbántalom vagy véredényelfajulás hiányában. Tehát csak az akkor is az újképletnek megfelelő körülirt helyen szoktak lenni, mint ezen oldal más helyén, főleg kopogtatásra. De a fájdalom ilyenkor sem oly nagy spontán, akár kopogtatásra és nyomásra, mint esetün egyrészt arra utal, hogy a bántalom a koponyacson közelében, az agyhártyákban van, és hogy az csakis mészetü lehet és nem újképlet, a mely még ha a du is, ily erős fájdalmat sohasem okoz, sem a rohamok kopogtatásra és nyomásra máskor is. Azután ha újk volna a bajt, 3 év alatt mindenesetre nagyobbodott a tünetek is kifejezettebbekké váltak volna, pl. helyett monoparalysis, söt hemiplegia fejlödött volna is tovább terjedtek volna az arczra vagy az alsó vég ezenkívül még papillapangást, szédülést stb. oko Ennélfogva újképletet is biztosan ki lehet zárni és nagyobb valószinüséggel meningitikus folyamatot kell betegség kórboncztani alapjául.

Arra a kérdésre, hogy ez a folyamat mily term biztos feleletet adni nem lehet. Miután syphilis és felvehetésére nincs semmi támpontunk, gümőkóros fol léte sem mutatható ki a szervezetben sehol: egyszer lyamatot kell felvennünk, a melynek természetét hiányában nehéz meghatározni. *Nonne*[1] egy esetében féle epilepsia oka gyanánt koponyalékeléskor lokalizált talált, a melynek természetét azonban a szövettani v tudta kideriteni.

Végül még azzal a kérdéssel kell foglalkoznunk *ijedés*, hirtelen nagy *lelki felháborodás* okozhat-e szer gedést az agyban? Psychikus traumák általában több tionális agybetegségeket, mint közönséges epilepsi psychosisokat stb. szoktak okozni. Ezek közé tartozik is. A szervi megbetegedések közül főleg csak agyvérzé keletkezik, ez is csak akkor, ha az egyén véredény-betegségben szenved. De hogy az agyban vagy anna akár heveny, akár idült lobot létesitsen a lelki nehezen képzelhető el. Mindazonáltal lehetőségét nem l tagadni. Miután a psychikus trauma vérkeringési za agyban, lehet, hogy egyes kivételes esetekben, külö kedélyizgatás huzamosabb ideig tart, az agynak vagy körülirt helyén nagyfokú vérbőség, sőt capillaris vérzés a minek lassan fejlődő lobos folyamat lehet a követk pedig a jelen esetben annál valószinübb, mert a mi értesültem, az első roham nem azonnal a megijedé hanem csak a 3. napon jelentkezett, valószinüleg nem fokban, mint később és az első időben egyáltal minden 1—2 hónapban egyszer, a miből a meningiti lassú fejlődésére és kiterjedésére lehet következtetni.

Még a genuin epilepsiának tartott, fentebb emlí óhajtanék röviden megemlékezni. Tulajdonképen nem hamról van itt szó, hanem több roham halmazáró között egy vagy több órás szünet volt. E napon ug roham lepte meg a beteget, a melyek közül kettő utolsó pedig délutánra esett és a legsúlyosabb volt, délelőtti roham könnyü. E két első roham igazi epilepsiás roham volt, holott a harmadikat *a gen atypikus* esetének tartom.

Az első rohamban a beteg korán reggel álmábo bal alkarjában clonikus görcsöket kapott, a melyek ideig nyujtották és hajlitották. Ezt a rohamot inkáb epilepsia abortiv alakjának tartom. $^1/_2$12 órakor kezd oldali fejfájás hangyamászással a bal kézben. Ez már partiale sensitive« egy alakja, igazi partialis epile *Charcot* és *Pitres* értelmében, a melyben t. i. a görcs csak paraesthesia van jelen, ez esetben persze e typikus jobboldali hemicraniával. Lássuk most a órakor jelentkezett 3. rohamot. Ez *tonikus görcscs mind a két karban*, a mely ezeket kifelé csavarta, *görcscsel* a nyakizmokban, a mely *a fejet balra fordí*

[1] *Kafft-Ebing*. Beziehungen zwischen Migraene und Epilepsie. Előadás a »Verein für Psych. und Neurol. in Wien«, 1896. Nov. 10.

[2] *Krafft-Ebing*. Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psych. u. Nervenpathologie. Leipzig, 1897.

[1] *Nonne*. Bemutatás. Neurolog. Centralbl. 1900. 58

óráig tartottak, az eszméletlen állapot 1 óráig és a jobboldali fejfájás késő estig.

Ez a délutáni roham tehát kétségtelenül az idiopathikus epilepsia jellegét viseli magán, és nem is lehet azt másképen értelmezni. *Először tonikus görcs* a test felső részeiben (fej és felső végtagok), *azután clonikus görcs* a test alsó részeiben (alsó végtagok), eszméletlenség, hab a szájból. Az efféle rohamok *Binswanger* értelmében[1] a »tökéletlen« idiopathikus epilepsiák sorába tartoznak. En ezúttal csak atypikus epilepsiás rohamnak jelzem.

Tehát a számos *Jackson*-féle epilepsiás roham között egy közönséges epilepsiás roham volt! Kérdés, miképen kerül ez ide? Az irodalomban, ámbár igen ritkán, találunk idiopathikus epilepsia-eseteket, a melyekben egyes rohamok a *Jackson*-féle epilepsia jellegét mutatják, t. i. féloldali görcsöt az öntudat teljes megtartásával. Így pl. *Löwenfeld* a közönséges epilepsia egy esetét közli, a melyben egyes rohamok *localisált görcsökkel* és *öntudatvesztés nélkül*, tehát a *Jackson*-féle epilepsia alakjában folytak le.[2] Továbbá *Pick* idiopathikus epilepsia egy esetét tette közzé, melyben a rohamok »a *Jackson* epilepsia bélyegét« hordozták magukon, a menynyiben az öntudat elvesztése nélkül folytak le.[3] Találtam viszont oly *Jackson*-féle epilepsia-eseteket is, a melyekben egyes rohamok a genuin epilepsia alakjába mentek át. *Koshewnikow*[4] ugyanis 4 oly esetet észlelt, a melyet »*Epilepsia partialis continua*«-nak nevezett, mert a corticalis epilepsia egyes rohamai közt teljesen szabad idő nem volt, hanem bizonyos testrészekben szakadatlanul gyötörték a beteget változó erejü clonikus görcsök. E görcsök tetemesebb fokozódásuk alkalmával néha *közönséges epilepsiába is átmentek*. Mindezen esetek tehát azt bizonyítják, hogy az idiopathikus és a Jacksonféle epilepsia között kapcsolat áll fenn, és hogy semmi esetre sem oly egymástól különböző betegségek, a mint azt maga *Jackson* és mások, főleg *Roland*,[5] állitják.

* * *

»*Az agybujakór három esete*« czimmel még 1865-ben, tehát 40 év előtt, czikkem jelent meg az »Orvosi Hetilap« 45—46. számában, a melyben agysyphilis 3 esetét irom le. Mivel pedig az abban leirt 3 kórtörténet közül az első Jackson-féle epilepsia egy esetéről szól, vagyis azon betegségről, a melylyel jelen értekezésemben foglalkoztam, felelevenitem emlékét. Annál is inkább, mert *ez a közlés abból az időből származik, a mikor a szóban levő betegség még nem is viselte ezt a nevet, a mikor még nem ismerték el külön kóralaknak, hanem a közönséges epilepsia ritka változatnak tartották.* Az eset leirása betűszerint a következő:

»D. G. 28 éves mészároslegény 1863. augusztus 10-ikén felvétetett a kórházba. A beteg előadja, hogy 6 hó óta a bal oldal izomzata gyengébb, és hogy 3 hét óta szédülésben és folytonos erős fejfájásban szenved. A beteg középtermetü és erős testalkotású; a hőfok kissé emelkedett, az érlökés 72, az arczbőre kipirult, turgeskáló, mind a két pupilla kissé tágult, a cornea fénylő, a bőr foltos küteggel borítva, a makk szélén egy kis heg látható. A bal arczfél kissé paretikus, a torok nyákhártyája piros, duzzadt, a nyelvcsap egyenesen lelóg, a nyelv egyenesen kiöltetik. A beteg folytonos fejnyomásról és fejfájásról panaszkodik, továbbá szemkáprázásról, fülzúgásról, öklöndözésről és hányingerről. A bal kézzeli nyomás igen gyenge, és a bal alsó végtag is gyenge. A mell- és hasszervek rendesek, étvágytalanság, szék rendes. A beteg kapott hideg borogatást a fejére, pióczákat a fülei mögé és Dec. tamarindumot.«

»Aug. 26. Status idem. Ezenkívül azonban *clonikus görcsök léptek föl a bal testfélen, a melyek a bal karból kiindulva, a bal arczra és azután a bal alsó végtagra is kiterjedtek*; ezek $^1/_4$—$^1/_2$

[1] *Binswanger*. Die Epilepsie, Spec. Pathol. u. Therapie, *Nothnagel*. XII. kötet.

[2] *Löwenfeld*. Beiträge zur Lehre von der *Jackson*'schen Epilepsie etc. Archiv für Psychiatrie 1890.

[3] *Pick A*. Beiträge zur Pathologie der Grosshirnrinde. Prager med. Wochenschrift. 1891. 25—27. sz.

[4] *Koshewnikoff*. Előadás a »Gesellschaft der Neurologen u. Irrenärzte zu Moskau«-ban, 1893. decz. 17-iki ülésben. Neurol-Centralbl. 1895. 47. oldal.

[5] *Roland*. L. c.

a melyen a beteg nem is látott oly tisztán mint a jobb
Most sublimatlabdacsok rendeltettek $^1/_{32}$ *gran* egy
naponta emelkedő dosissal 1—10-ig és ettől ismét lefe

»De a beteg már az első napokban nem türte jól
mátot (hányás, hasmenés), a minek következtében az
többször kellett félbenhagyni és ismét megkezdeni. Ennel
a hatás feltünő volt, mert már a 7. napon a görcsök meg
úgyvalamint a szédülés és fejfájás is. Az arczbénulás is lé
javult.«

»Szept. 10-ikén nyálfolyás lépett fel, a minek köve
a sublimat helyett jodkali adatott 10 gran pro die. Miutá
az étvágy is javult és mind a többi kórtünetek, úg
kancsalság, a látási zavar s a t. visszafejlődtek, a beteg
tatott.«

Heveny szemmegbetegedések heveny orrmegbete kapcsán.

Irta: *Baumgarten Egmont dr.*, egyetemi magántan

Azon tényt, hogy bizonyos szemmegbetegedések az
melléküregeinek megbetegedése folytán jöhetnek létre, el
oly szemorvosok fedezték fel, kik egyszersmind a rhin
is foglalkoztak. *Berger* és *Tyrmann* 1886-ban számos
kapcsán ezen összefüggésre figyelmeztettek és *Kuhnt*
észleletei alapján ezen ismereteket lényegesen kibővitett
úgy szemorvosok, mint orrorvosok számos ilyen közle
gyarapitották ebbeli tapasztalatainkat és utóbbi időben
Schmiegelow tárgyalja egy igen érdekes, eddigi összes isme
minden oldalról felölelő czikkben a különböző összefü
ennek magyarázatát.

Majdnem minden ilyen közölt esetben az orr megb
idült volt és a szemmegbetegedés idült vagy heveny jelle
A szemmegbetegedés vagy a bulbusban jelentkezett,
orbitában, vagy egy-két esetben mindkettőben. Az ezekke
latban lévő orrbetegségek rendesen súlyosabb természetüe
többnyire melléküreg-genyedések vagy orrcsontnekrosisok

Hogy hevenyen fellépő orrmegbetegedések is ok
szembetegségeket, még alig ismeretes. Rendesen a jelenl
baj miatt keresik fel a betegek a szakorvost. Ezen
legutóbbi időben, ha a szembaj kezelésre nem akar javu
ha a szakorvos a megbetegedést másképen nem magy
mint úgy, hogy az talán orrmegbetegedésből származik, sz
utasittatnak az orr megvizsgáltatására. Sok ilyen megbetege
tól is gyógyulhat, mert a heveny orrbaj néha magától is
és csak azon esetben, ha az orrbaj — különösen a m
megbetegedés — idültté lesz, azaz genyes folyamat lép
ezen összefüggés fel nem ismerése és az orrbaj elhany
szemre végzetes.

A heveny orrmegbetegedés befolyása a szemre
csak utólagosan állapitható meg, mert ezen esetekben,
összefüggést tételezünk fel, a foganatositott orrkezelésre
megbetegedésnek gyorsan kell elmulnia, míg az idült
különösen ha a szembántalom is már idült, az orrkezelé
esetben már csak csekély vagy semmi eredménynyel se

Alkalmam volt az utolsó három évben egynéhá
igen érdekes esetet észlelni. A mint látni fogjuk, igen k
és csoportositani őket egyelőre alig lehet. Még nehezeb
magyarázata, és ha minden esethez füzünk is valószinü
rázatot, ezt magunk sem tartjuk dogmának.

I. Baloldali exophthalmus, mindkétoldali chemosi oldali ethmoidalis sejtek serosus megbetegedése f

Egy vidéki kartárs 7—8 éves leánykája infl
megbetegedett, egy-két napig lázas volt; azután a
erős oedemája és exophthalmus lépett fel, ismét egy-k
reá oedema a jobb szemen. Szily tanár a szemeket
tartotta és ezen ritka megbetegedést a kis leánynál
betegedéssel hozta valószinü kapcsolatba. Midőn a k
megbetegedésének 7-ik napján láttam, igen erős oed
jelen a bal szemen és a bal bulbusnak nagyfokú pr

fokú oedema, inkább csak a felső szemhéjon, és nehezen constatálható, vajjon ezen az oldalon is van-e csekély fokú protrusio jelen vagy sem. Az orrvizsgálat első megtekintésre nem mutatott feltünő elváltozást, csak a két orrüreg összehasonlítása után láttam, hogy a baloldalon a középső kagyló mellső része legalább is háromszor oly nagy, mint a jobboldali. Én tehát hideg kacscsal a kagyló mellső harmadát eltávolitom. A kagyló duzzadt, spongyaszerű, a megmaradt felületből savós váladék ürül ki. A szemhéjakat kissé nyomogatva, fél óra mulva a szem már kisse kinyilik, a nagy feszültség megszünik. Másnapra az oedema a jobb oldalon teljesen, a bal oldalon lényegesen engedett. A kis leány szemét már kinyithatja, a mely eredménynek nagyon örültünk. Harmadnapra az oedema ezen oldalon is teljesen visszafejlődött, de a protrusio még fennáll. Miután 6 nap lefolyása után ezen jelenség változatlan, Szily tanár ismét megvizsgálta a beteget és újból constatálta, hogy véleménye szerint a protrusiot is csak orrbetegség okozhatja és hogy tovább is kezeljem a beteget. Elhatároztam tehát, ámbár a középső kagyló visszamaradt része csak csekély elváltozást mutatott, hogy tovább hatolok és egy Grünwald-féle fogóval eltávolitottam a középső rostacsontsejteket egészen a leghátulsókig. Vér és serosus váladék ürült ki, másnapra a bulbus már úgyszólván az orbita medrébe visszahuzódott és harmadnapra a kis leány teljesen gyógyulva haza utazhatott. Ezen gyors eredmény legmerészebb reményeimet is felülmulta.

A két betegség összefüggésének legvalószinübb magyarázata a következő. Influenza következtében történt az ethmoidalis sejtek serosus megbetegedése a baloldalon, miáltal hirtelen vérkeringési zavarok keletkeztek a bal szemben. Mindenesetre ily zsenge korban és oly szük viszonyok között már ilyen duzzanat is befolyásolhatja a vérkeringést és pangás jön létre. A mellső rostasejtek megnyitása után a pangásos zavarok a szemhéjakon megszüntek. A további exspectativ eljárás czélhoz nem vezetett és csak a középső és hátsó sejtek megnyitása, azaz eltávolitása után állt helyre az orbita külső részében is a vérkeringés, mert csak ezután szünt meg az exophthalmus. Sokkal nehezebb a jobboldali szemoedema magyarázata. Lehet, hogy ezen oldalon is voltak csekély fokú vérkeringési zavarok az ezen oldali ethmoidalis sejtek megbetegedése folytán és a folyamat magától fejlödött vissza. Lehet, hogy a baloldali pangás oly nagy fokú volt, hogy a jobboldalt is befolyásolta. De végre esetleg valami sympathikus befolyásra is lehetne gondolni.

II. Chemosis és ulcus septi narium két esete.

Az egyik eset férfibeteget illet, kinél ezen jelenségek már évek előtt felléptek és a kit akkor egy külföldi szemorvos, ki egyszersmind orrbetegségekkel is foglalkozott, kezelt. Miután a jobb szem hirtelen erősen megdagadt és az orrban is fájdalmat érzett, a beteg mindjárt hozzám fordult. A jobb szem igen erősen duzzadt, különösen a felső szemhéj, a szemet kinyitni nem képes, erős könnycsorgás van jelen. A bal orrfélben a sövényen a középső kagylóval szemben szürkés-fehér, szalonnás, fillérnagyságú fekély, melyet luetikus fekélynek tartok és a beteg is azonnal ennek lehetőségére gondol, mert annak idején szintén ilyen fekély volt orrában. A fekélyt tejsavoldattal bekenem, a szemre borogatásokat rendelek. Három nap mulva, miután a fekély tisztult és a beteg jodkálit kapott belsőleg, a chemosis lényegesen visszafejlödött, de nyomai még 8—10 nap mulva is láthatók voltak.

Ezen esetben az orrfekély által jött létre a szem oedemája, a mely tény igen érdekes és még alig ismeretes. Miután ezen esetben pangásról szó sem lehet, az orr eléggé szabad volt, úgy vélem, hogy a fekélyből kiindulva infectio keletkezett és hogy a nyitott edények mentén jött létre a szem oedemája.

A másik esetben egészen hasonlóan egy férfibetegnél erős jobboldali szemoedema keletkezett két nap alatt. A felső és alsó szemhéj erősen oedematosus, a beteg szemét nem nyithatja, de a conjunctiva is erősen duzzadt úgy, hogy a balbus nagyobbnak látszik. A szem mozgásai korlátoltak. Az orrban nagy fekélyt látok, mely a középső kagyló mellső részéről átterjed a sövény felső részére és az illető orrüreg felső mellső részét egészen

Ezen esetben nehéz eldönteni, vajjon szintén a nyek mentén történt-e infectio, vagy pedig pangás, va ok játszott-e közre. Mindenesetre, mint az első es csekély ok is hozhat létre komolyabb következmén észlelt esetek kapcsán mégis azt vélem, hogy szere ilyen esetekben az egyéni dispositio is.

III. Paresis recti interni et obliqui inf., kettőslát sphenoidalis megbetegedése folytán.

Ezen eset igen érdekes és az irodalomban edd áll. A 30 éves nő rövid idő óta jobbra felfelé sötétet lát. Csapodi tanár a beteget a Poliklinikán hozzám vajjon nincsen-e az orrában talán valami elváltozás, m ségeket magyarázná. A betegnél paresis recti int. és o találtatott a jobb oldalon. Az orrvizsgálatnál csekély vadási folyamatot találok, a beteg különben vérszegén táplált. A sinus Highmori-ban kifecskendezésnél nincse a sinus frontalis átvilágításkor nagynak és világosnak rostacsontsejtek megbetegedése kizárható. A sinus s nyilását nem látom, mert a középső kagyló hátsó vég midőn kutaszszal a sinus mellső falát végig tapogat hogy ez igen vékony és csekély nyomásra a kutasz hatol, mire véres serosus váladék folyik ki böven.

E perczben a beteg jelzi, hogy ismét *rendesen lá* átvittem Csapodi tanár úrhoz, ki nagy meglepetésére hogy a néhány perczczel előbb diagnostizált két izom p jesen megszünt. Beteg még két napig jelentkezett és elmaradt.

Ezen esetben úgy hiszem, hogy a sinusban re jelen, a váladék nyomást gyakorolt az orbita falára elhelyezett izmokra. A váladék lefolyása azonnal megs nyomás által feltételezett hüdést és dupla látást. Ez az orr részéről a betegnek semmi panasza sem volt, és c orvos érdeme, hogy az összefüggésre gondolt. Ilyen néha, ha a váladék spontan kiürül, gyógyulás állh viszont, ha ez nem lehetséges, de föképpen akkor, ha genyes lesz, a vékony felső falon át a geny az orbitá a mi a legsúlyosabb következményekkel járhat, min közölt eset bizonyitja.

IV. Orbitalis és supraorbitalis neuralgia genye ethmoidalis kapcsán.

Ezen beteget is Csapodi tanár küldte át Poliklinikán, mert a 34 éves betegnek néhány nap ót orbitalis tájékon és a szemben nagy fájdalmai vannak kifejezéséről is látni lehet, mert homlokát és szemét er húzva tartja. Az orrban a középső kagyló mellső részén b képlet, melyet beteg nem enged eltávolitani, de midőn behatolok, egy pár csep geny folyik ki. Utána a bete javulást érez, a fájdalmak a szemben teljesen elmulnak további beavatkozást nem enged.

Ez esetben az összefüggés magyarázata igen eg a nerv. ethmoidalis, nervus naso-ciliaris és ganglion ci köttetéseire gondolunk.

* * *

Hasonló ciliaris neuralgiát azonkivül még háro láttam, mind a három esetben idült hypertrophicus or jelen. Ennek alapján a disponált egyéneknél a legkis okozta duzzadáskor azonnal az egyik vagy mindk ciliaris neuralgiák léptek fel az ismert jelenségekkel. rült a duzzadt orrnyálkahártya cocainnal való ecsetelé neuralgiát megszüntetni. Egy ilyen disponált egyén tengett nyálkahártya eltávolitása után a neuralgiák megszüntek, de idővel, midőn a hegek ismét nyálkahá toztak át, a neuralgiák ismét jelentkeztek, habár nem ben. Ezen neuralgiák rendesen öszszel és tavaszszal mu mert a disponált egyének őszi vagy tavaszi hurutol vednek. Mint tudjuk, az angoloknál és amerikaiknál sok riabbak e hurutok és sokkal nagyobb kellemetlenségek Nálunk ezen szénaláz név alatt ismert betegség csak elvétv

eljárások terén.

Az első endoskopiai készülék ismertetésének 100. évfordulója alkalmából.

Irta: *Feleki Hugó* dr. egyetemi magántanár.

Egyes újabb eszközöket és eljárásokat óhajtok méltatni, melyek az urethroskopia és cystoskopia immár elismert tudományos nagy becsét még fokozni s mind szélesebb körben való alkalmazásának lendületet adni hivatvák. Tárgyam is szükségessé teszi, de meg bizonyos kegyelet is vezet, a mikor rövid néhány szóval visszapillantást vetek a szóban forgó vizsgálati és orvosló eljárások fejlődésére.

Azon nagy arányú és nagy jelentőségű ismeretkör, melyet az endoskopia elfoglal, még egy negyed évszázaddal ezelőtt nem volt egyébnek tekinthető, mint lelkes és ötletes szakférfiak tudományos buvárkodásának, mely azonban csak csekély gyakorlati haszonnal járt. Pedig az első kisérlet a húgycsőnek és a hólyagnak instrumentális úton való megtekintésére éppen 100 éves. *Bozzini* frankfurti orvos ugyanis 1806-ban egy rövid dolgozatában (Lichtleiter, eine Erfindung zur Anschauung innerer Teile und Krankheiten. Journal der prakt. Arznei- und Wundarzneikunst. XXIV. Jahrg., 1806., továbbá: Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenräume des lebenden animalischen Körpers. Weimar.) leirja, hogy sikerült neki oly készüléket construálnia, melylyel »az emberi test csatornái és üregei« megtekinthetők és mely a húgycső belső megvizsgálására is alkalmas. Az immár csak történelmi érdekkel biró készülék primitiv módon megvalósitja azokat az *elveket*, melyek a húgycső sikeres vizsgálatának feltételei és melyek módositott formában a mai tükörkészülékeknek is alapeszméjét képezik, úgy hogy *Bozzinit* kell a húgycsőtükör feltalálójának tekintenünk.

Ez indit arra, hogy a készülék rövid leirását adjuk. Az urna-alakú állványban (1. ábra) aczélrugón van elhelyezve a fényforrásul szolgáló gyertyaszál, melynek fényét a szemközt rögzitett concav tükör vetiti a testüregbe vezetett fényvezetőbe (Lichtleiter). A húgycső részére a fényvezetőt egy kétszárú, a húgycsőfalat széttáró speculum szolgáltatja. Az eszköz főhibája nehézkessége volt, mit még fokozott azon szerkezetbeli hátránya, hogy alkalmazásakor valamennyi részlete egy összefüggő egészet alkotott. Ennek daczára sikerült *Bozzini*-nak a figyelmet ez eljárásra irányitani, úgy hogy ellenzői mellett akadtak támogató hivei is. De sorsát a bécsi orvosi facultás és a József-akadémia döntötték el, melyek véleményadásra felszólitva, a következő, az akkori felfogást visszatükröztető itéletet mondották: »Nem szabad a dolgot elhamarkodni és oly pénzkiadásra csábittatni magát, melyet utólag könnyen megbánhatnánk.« Ennek motiválására kiemelik, hogy »csak igen kicsi és jelentéktelen testrészek azok, melyek ily úton megvizsgálhatók« és hogy »a megvilágitott térség igen kicsiny, úgy hogy nem is állapithatná meg senki, mely testrészt látja, ha előzetesen nem tudja, mit kell látnia.« *Nitze*, ki a nyilatkozat e részét művében közli, a következő, nagyon jellemző megjegyzéssel kiséri azt: »Hányszor jutottak a tudós testületnek szavai eszembe, mikor az általam megalapitott cystoskopiai módszer fölött »hivatottak«-nak alakilag és tartalmilag a fentihez egészen hasonló nyilatkozatait kellett hallgatnom«.

Ez időtől kezdve csak elvétve jelentkezett egy-egy szakférfi holmi hasonló vizsgáló készülékkel; tartósabb érdeklődést csak *Desormeaux* (1853) tudott ébreszteni, még mindig nagyon nehézkes, komplikált tükörkészülékével, melylyel nemcsak a húgycső bensejét demonstrálta, hanem hólyagköveket is sikerült bemutatnia.

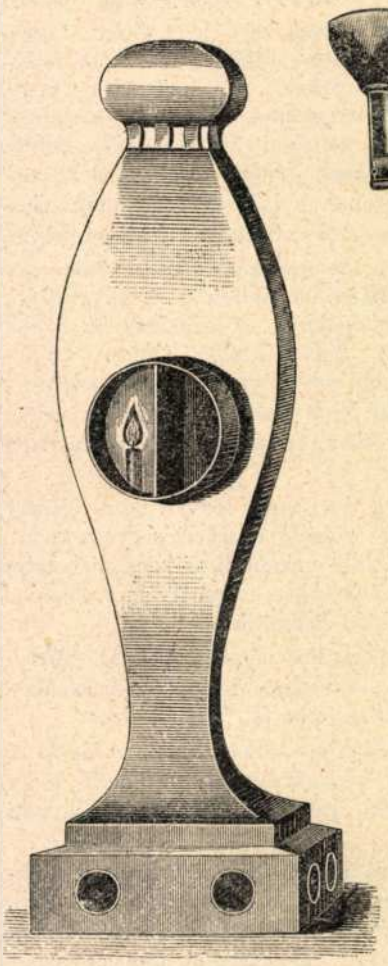
De eme jobb fényforrással (gazogen) és czélszerűbb optikai berendezéssel biró, még mindig nehézkes készülék sem nyujtott oly eredményeket, melyek gyakorlati hasznavehetőségét igazolták volna. Csak egyet tudott *Desormeaux* elérni, azt, hogy a figyelmet ismét e vizsgálati módszer felé irányitotta és újabb kisérletezésekre buzdított.

Nagyobb lendületet adott az endoskopia ügyének *Grünfeld*, kinek az általa (1877.) egyszerüsitett instrumentummal sikerült oly eredményeket bemutatni, melyekkel különösen az urethro-

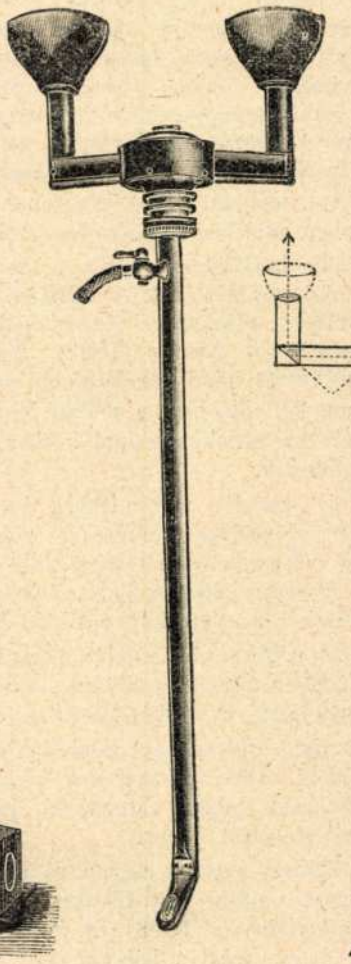
ban tökéletes szép tükörképeket kozol a húgycsoból. E
tudott azonban a cystoskopia terén boldogulni. *Antal*
aëoro-urethroskopnak elnevezett készüléket szerkesztett
lehetővé teszi a húgycső egy részletének a tubuson át
fúvását, úgy hogy egyszerre a nyálkahártyának 2—3
területe tekinthető meg.

Már ez időtájt mind nyilvánvalóbbá vált, hogy a
skopia terén kivülről reflektált fény alkalmazása melle
eredményt elérni nem lesz lehetséges, s hogy csak akko
majd a hólyag üregének szabatos megtekinthetését várni, ha
oly eszközt konstruálni, melynél a fényforrás magába a h
vezettetik.

A villamos világitás módot nyújtott az ez irányú
tezésekre és *Edison* találmánya, az ú. n. izzólámpa hat
jelent az endoskopiában, illetőleg ennek eszköztárában, a
roskopokban és cystoskopokban.



1. ábra.



2. ábra.

Sok sikertelen próbálkozás után ugyanis csaknem egy
(1887.) oldotta meg *Dittel* és *Nitze* a hólyagtükrözés m
nek problémáját, a mennyiben apró *Edison*-lámpácsk
cystoskop visceralis végébe való illesztése által a legkardi
pont, t. i. a hólyag szabatos megvilágitása el volt érhet
felelő optikai készüléknek az eszközbe való illesztésével
fontos momentum is megoldást nyert.

A villamos fény felhasználásával construálta *Obe*
ma is használt urethroskopját, melynél a fényforrást
visceralis végében elhelyezett izzó platinkacs szolgáltat
körül hideg viz czirkulál. Az Edison-lámpácskának
oculáris része előtt való alkalmazásával szerkesztették *I*
Casper használatos urethroskopjaikat, melyeknél tehát
régi elv, a fénynek reflektorral (concav-tükör, illetőleg
való bevetitése jutott érvényre.

Valamint a modern cystoskopia a fényforrásnak k
tehát az eszköz viscerális végében való alkalmazására tá
dik, azonképen megindult a törekvés emez elvnek érvénye

ség tekintetében kárt ne szenvedjen, más szóval a nélkül, hogy szükségessé váljék egy a lámpát lehűtő készüléknek alkalmazása, a minő az *Oberlaender* urethroskopját complicálttá teszi.

1899-ben sikerült *Valentine Ferdinánd* newyorki urologusnak egy oly urethroskopnak a construálása, melynél picziny, csak jelentéktelen hőt fejlesztő lámpácska illesztetik az urethroskop visceralis végébe. E lámpácska fénye teljesen elegendő a szükséges világításra, hőfejlesztése pedig oly csekély, hogy a lehűtő készülék fölöslegessé válik.

Ezzel elérkeztünk azon időponthoz, mikor az urethroskopiai és cystoskopiai eszköztár gyakorlati hasznavehetősége szempontjából elérte a kivánt alkalmas, egyszerű és czélszerű voltát. Egyes későbbi kisebb-nagyobb modificatiók regisztrálása ez értekezés körén kivül esik, de nem mellőzhetjük egyes, bizonyos speciális czélokat szolgáló cystoskopiai készülékeknek legalább is néhány szóval való vázolását.

A modern hólyagtükrözés gyakoribb alkalmazása mellett csakhamar észrevehetővé vált ez eljárás egy jelentékeny fogyatékossága. Ha ugyanis egyes esetekben a hólyagot kitöltő folyadék a vizsgálat folyamán hozzákeveredő anyagok (vér, geny, nyálka) által homályossá válik, megszünik a további szemlélés lehetősége. E hátrányon kivántak segiteni *Berkley-Hill* (1889), *Güterbock*, *Nitze*, *Lohnstein* és mások *irrigáló cystoskopok* construálásával, melyek módot nyujtanak a hólyagtartalomnak vizsgálat közben való leeresztésére és tiszta oldattal való kicserélésére.

Ujabb határkövet jelent a cystoskopia történetében egy szintén régi problémának a sikeres megoldása, t. i. az *ureterek katheterezésére* alkalmas cystoskopoknak a szerkesztése. Sok kisérletezés után *Brown* (1893), *Nitze* (1894), *Casper* (1895), *Albarran* (1897) mind tökéletesebb uretercystoskopokat szerkesztettek, melyek újabban, a nélkül hogy kaliberük túlnagy volna, mind a két ureternek egyidejű katheterezésére alkalmas constructióban kaphatók.

Nitze eszméje volt (1891), de Casper construálta először (1895) az endovesicális műtétekre szolgáló operácziós cystoskopot. Az egyes műszerek (szoritókacs, galvanokaustikus kacs, lithotriptor stb.) egy-egy katheter-alakú hüvelyhez forrasztvák, a melybe alkalmazásakor a cystoskop optikája betolatik.

A *nő részére* construált operácziós cystoskopoknál *(Mirabeau, Latzko)* a sebészi eszközök szabadon vannak és használatkor az operácziós cystoskop mentén tolhatók a hólyagba.

Az újabb cystoskopiai eszközökben a Loewenstein czég ú. n. »*hideg lámpát*« alkalmaz, melynek hősugárzása oly minimális, hogy eme csekélynek látszó változtatás gyakorlati szempontból alig értékelhető haladást jelent.

Ritkábban leszünk ugyan rá utalva, de azért egyes esetekben hézagot pótolni van hivatva az ú. n. *retrograd cystoskop*, minőt *Schlagintweit* (1903) és újabban *Nitze* is konstruált arra a czélra, hogy azzal a hólyagnyílás legközelebbi szomszédságát — mely az eddigi tükrökkel nem szemlélhető — vizsgálhassuk.

A cystoskopiai és urethroskopiai eljárásnak nehány nagyon értékes *segédeszközéről* is meg kell emlékeznünk. Ide tartoznak a tükörképeknek *demonstrálására*, valamint azoknak *fényképezés útján való rögzítésére* szolgáló készülékek, melyek az e téren elért haladást, de különösen a technika virtuozitását meglepő módon szemlélhetővé teszik. *Kutner* (1892), majd később *Nitze* elmés módon oly cystoskopot konstruált, melylyel a szemlélt tükörképről, szemünk ellenőrzése mellett, kifogástalan szabatosságú *photogrammot* készithetünk. Kétségtelen, hogy a cystoskopiai leletnek ily módon való rögzitése első sorban nagy tudományos becscsel bir, de elképzelhető, hogy nem ritkán gyakorlati fontossága is lehet. *Kollmann* (1904) az *urethroskopiai* leletekről készitett szép fotografiai felvételeket. Ezek élesség tekintetében ugyan nem versenyezhetnek a hólyag photogrammjaival, de ez nem irandó a Kollmann-féle eljárás rovására, hanem azon jelentékeny különbségre vezetendő vissza, mely *markansság* tekintetében a hólyag és húgycső tükörképei közt fennáll.

Arra a czélra, hogy a hólyagtükrözés közben ugyanazt a tükörképet egyszerre ketten is nézhessék, *Kutner* és *Kohler* struáltak, mely a használatos cystoskopok ocula rögzíthető. E készülék különösen oktatásnál van hiv gálatokat tenni.

Végül betetőzéseül a szinte szédületes gyorsa mást követő találmányoknak, ismertetnem kell az utóbbi hónapokban szerkesztett instrumentumot, n skopiai szertárunk felette becses nyereségeként kell ez a *Jacoby*-féle *stereocystoskop*. Megfelelő gyakorlo ugyan a fent vázolt cystokopok nyujtotta tükörkép igényünket kielégiteni képesek, de megfelelő gyakor ahhoz, hogy a csak fél szemmel és nem a megszoko módon szemlélt, eddig még nem látott egyes tükörké irányban szabatosan megitélni, illetőleg azokról plaszt nyerni képesek legyünk. Ezen a hiányon segit a ne cystoskop (2. ábra). E cystoskopban két optikai egymás mellé elhelyezve, oculáris végén pedig a két egy-egy mély tölcsérszerű üreges rész. A jobbold hozzátartozó két prismával az ugyanazoldali opti körül 90°-nyi szögletig mozgatható. Ha ezen a ste tekintünk, két látótért kapunk és mindegyikben objectumnak egy-egy tükörképét. Az egyik inkább a j inkább a bal oldal felől nyujtja az objectumról a k a momentumban, a mikor az egyik oculare mozgatás kép az illető vizsgáló binoculáris látásának megfel jutott — azaz hogy azok a két reczehártya megfe esnek —, teljesen fedik egymást és a szemlélő így illető részletet mint plasztikus testet bemutató képe ezen elv alapján *fotografáló stereocystoskopot* is Loewenstein czéggel. Az új készüléknek egyelőr hibája van: a látótér nem oly világos, mint a cystoskopé.

Ha az endoskopiának itt vázolt 100 éves fe matán végigtekintünk, azt látjuk, hogy tulajdonkép utolsó 25 év az, mely alatt az ime már teljesen módszer: az urethroskopia és cystoskopia lendüle arra a tökéletességre emelkedett, mely várakozása túlhaladta. Hogy a kórjelzés szempontjából ez mit talan példa igazolja. De ha ezek közül csak egyet r emlékeztetünk arra az időre, mikor még diagnostika lyagmetszést kellett egyes esetekben végezni, úgy példa elegendő arra, hogy a kételkedőt — ha ily akadna — teljesen meggyőzze.

Ha vannak is még nehézségek, ezek már ner mentariumból háramlanak reánk, hanem magából származó speciális akadályok azok, melyek feladatun zithetik, söt a vizsgálat eredményességét meg is Szerencsére ezen nehézségek ellen is mindinkább jo felfegyverkeznünk. Az azelőtt gyakori akadály, t. i. kitöltő folyadéknak vizsgálat közben való elhomály (geny, nyálka, vér által) megbizható fegyvert nyert gáló cystoskopokban, a húgycső és a hólyag részéről zések ellen az adrenalin és tonogen alkalmazásában. O mikor ezek nem válnának be, kellő szakavatottság kisérelhető a hólyagnak léggel töltött állapotában va a mint ezt egyes esetekben sikeresen végrehajtottam, s volt ily úton fotografiai felvételeket is készíteni.

A levegővel való töltés ellen csak az az egy levegő jó hővezető lévén, a cystoskopiai lámpácska hő türhetetlenné kezd válni a betegre nézve. Attól, hog hártyán égési sebeket ejtsünk, ma már nem kel Csekély gyakorlottság mellett ez a már emlitett »hi kával« felszerelt cystoskoppal alig képzelhető.

Ekképen nyilvánvaló, hogy az urethroskopia é eszköztára és a vizsgálati eljárások technikája töl egyszerüség szempontjából elérték azt a fokot, hogy tatlan módszereket — kivételes súlyos esetek leszá a némileg gyakorlott orvos is eredményesen alkalm pedig mi sem növeli valamely orvosi eljárás értékess mint ha az alkalmazhatóságát korlátozó momentumok lyebb számra redukálódnak.

Irta: *Imrédy Béla* dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A gyomornak azon alakváltozása, melyet homokóragyomornak nevezünk, már régóta ismeretes. Ezen alakváltozás az által jön létre, hogy vagy veleszületett, vagy szerzett befűződés (heg, perigastrikus összenövés, álképlet) a gyomrot két, többnyire egyenlőtlen részre osztja. Mintegy két gyomorral van dolgunk, melyek közül a cardia felőlit cardiális, a pylorus felőlit pylorikus gyomornak nevezzük. A két gyomor szükebb vagy tágabb nyílással, esetleg rövid csatorna útján közlekedik egymással.

A homokóragyomor motorikus functioja már a befűződés miatt is, de még inkább, ha a két gyomrot összekötő nyílás szük, zavart, minek következtében a gyomor kiürülése hiányos. Előállanak azon tünetek, melyeket pylorus-szükületnél szoktunk észlelni. A kórisménk első sorban pylorus-szükület lesz. A beteg további észlelése folyamán azonban olyan tünetek mutatkozhatnak, melyek helyes nyomra vezethetnek.

Ezek közé tartozik az, hogy gyomorfelfuváskor a vékony hasfalakon keresztül a felfújt gyomor contourjai átlátszanak s mi felismerhetjük, hogy a gyomor befűződés által két részre van osztva. Ehhez azonban szükséges, hogy a hasfalak igen vékonyak legyenek, hogy a gyomor befűződése oly helyen legyen, hol látható felfuváskor, vagyis közvetlenül a mellső hasfal mögött, hogy az összekötő nyílás oly tág s oly helyzetben legyen, hogy mindkét gyomor egyszerre fuvódjék fel s végül, hogy mindkét rész egyenként a gyomor alakját utánozza. Ezen tünet a homokóragyomor legbiztosabb tünete, de mivel kimutathatósága sok feltételhez van kötve, egyúttal legritkábban is észleljük.

Már sokkal bizonytalanabbak, mert többféle értelmezést engednek meg, az alább felsorolandó tünetek. Ezek közé tartozik az, hogy ha a gyomor tartalmát kiürítem a gyomor tájékán mégis kapok locsocsanást. Ennek magyarázata az volna, hogy a gyomorcsővel csakis a cardiális gyomrot üríthetem ki, a pylorikus gyomorban a bennék visszamarad, tehát a locsocsanás sem szünik meg. Ha azonban tekintetbe veszszük, hogy a gyomor teljes kiürítése, különösen ha tágult, mily nehéz, úgy beláthatjuk, hogy ezen tünet csak igen nagy körültekintéssel értékesíthető. Ugyanezen oknál fogva alig használható tünet az, hogy a gyomormosó csövön kevesebb víz folyik vissza, mint a mennyit beeresztettünk. A hiányzó víznek nem kell okvetetlenül a pylorikus gyomorba folynia, hogy visszamaradjon, mert egyszerüen tágult gyomorban is bennmaradhat.

Abból, hogy gyomormosásnál az öblítővíz kifolyása elakad, de újra megindul, ha a csövet beljebb toljuk, nem következik az, hogy a cső vége most már a pylorikus, vagyis második gyomorba jutott s onnan ömlik a folyadék. Gyomormosás közben sokszor megesik, hogy a gyomorcső vége a folyadék fogyása következtében annak szine fölé jut. A kifolyás ekkor elakad, de megindul azonnal, a mint a csövet beljebb tolva, annak vége a folyadékba alámerül. Máskor gyomormosásnál az öblögetővíz egy ideig már tisztán ürül ki, midőn hirtelen ételmaradékoktól újra zavarossá lesz. Ez előfordulhat homokóragyomornál és ekkor az ételmaradék a pylorikus gyomor visszaömlő tartalma, de tágult gyomor egyes redőiből is származhatik, melyeket az első öblítések még nem voltak képesek kitisztítani. Ezen jelenségek homokóragyomorra nem jellemző tünetek, csak gyanut kelthetnek és behatóbb vizsgálatra serkenthetnek.

Mint látjuk, a homokóragyomor kórképét azon tünetek uralják, melyek pylorus-szükületre vallanak s csak elvétve, ha a felfujt gyomron a hasfalakon keresztül a befűződést meglátjuk, fogjuk a kórismét biztosan megállapithatni. S innen van az, hogy a homokóragyomor általában pylorus-szükület diagnosissal kerül boncasztalra vagy műtét alá, hol véletlen leletet képez.

Igy jártam én is az általam észlelt két esetben, melyekben pylorus-szükület csakugyan volt, azonban homokóragyomor is volt jelen. Az alakelváltozást mindkét esetben gyomorfekélyekből eredő hegek idézték elő és mindkettő műtéttel (Lumniczer) gyógyult. Az 1905 nyarán észlelt esetben a nagyfokú heges pylorus-szükületen kivül

A két gyomrot összekötő nyílásba 3 ujj meg belefér. [illegible] oly tünet nem volt jelen, mely helyes útra terelhette [illegible] isménket. Az 1902-ben észlelt esetben azonban voltak e tek, melyek a kórképet tisztázhatták volna, de azokat s értelmeztem jól. Ezen esetet kissé bővebben fogom le nézetem szerint az észlelt tünetek a homokóragyomorra és adott esetben értékesíthetők.

1902. őszszel egy fiatal nő vétette fel magát a vörö kórházba. Serdülő leánykora óta kevésvérü s étkez néha napokon át érzett gyomrában kisebb-nagyobb fá Vért sohasem hányt. Gyomra miatt fekvő beteg soh 1902-ben a gyomorfájdalmak erősebbek lettek, étvágyát sokszor hányt. Az észlelés tartama alatt kiderült, hogy bennék mindig tartalmazott elég sósavat, hogy gyom ebéd után 6, sőt 8 óra mulva is ételmaradékokkal telve vo a köldökig ért le és élénk peristaltikus mozgást észleltem egyén fiatal korát, a cachexia teljes hiányát, sósav je a kifejezett peristaltikus mozgásokat véve figyelembe, pylorus-szükületre tettem a kórismét. Azonban volt tünetcsoport, mely gondolkodóba ejtett.

Ha ugyanis a gyomrot felfújtam, a vékony hasfal tül a következőket láttam. A nagy curvatura a bal bo a bal mellső hónaljvonal táján bukkant elő s innen haladt le a köldök magasságáig s tőle egy ujjnyira balra törve haladt ismét felfelé és körülbelül a jobb paraster meghosszabbításában egy ujjnyira a máj széle alatt a turával találkozott. A gyomornak tehát sajátságos, túrós hasonló alakja volt. A zacskó széles alapja felfelé néze lefelé s a köldöktől kissé balra volt látható.

A gyomornak ezen szokatlan alakja első sorba gondolatra terelt, hogy a pylorus-szükületet nem is a gy ban lévő heg okozza, hanem perigastrikus összenövések a gyomor sajátságos alakját hozzák létre, másrészt izom normális működését gátolják, esetleg a pylorust ö ják. De más alkalommal gyomorfelfúváskor feltünt, hog ságos alakú gyomron a peristaltikus mozgások nem szünn jobb parasternal vonal táján, hol a pylorust tételeztem átterjednek egy 2—3 harántujjnyi széles hurkaalakú mely innen vízszintesen halad jobb felé s körülbelül a j vonal meghosszabbításáig ért. Midőn a túrószacskó-alakú a szabályosan lefolyó peristalticát láttam, tisztában volt a gyomor ezen része nem lehet a hasfalhoz növe, de ne kellő magyarázatot arra, hogy a peristaltica miért terje lam feltételezett pyloruson túl a hurkaszerű képletre?

Utóbbit a duodenum felső vízszintes részének tart pedig ez a duodenum, akkor előre van vongálva és va benne is akadályozva van a bennék szabad lefolyása a letbe törés, akár heg által, mert fokozott izommüködés látható Igy mindent egybevetve legvalószinübbnek hogy a pylorust ezen tájon lévő perigastrikus összenövé tik, melyek egyúttal a gyomor sajátságos alakelválto duodenum elővongálására s szögletbe törésére vezettek.

A beteg állapota műtétet tett szükségessé, mikor hogy a hurkaszerü képlet is a gyomorhoz tartozik s per összenövések nincsenek. A beteg gyomrán három nagy fekélyből származó heg volt látható. Az első, csillagalal gyomor bal falán a nagy curvaturán volt látható. A körkörös heg a gyomrot a pars pylorica és fundus átme füzte annyira össze, hogy két egyenlőtlen részre oszt befűződést a pylorusnak tartottam. A túrószacskó-alakú volt a cardiális gyomor, a hurkaalakú kisebb rész volt a gyomor. Ez utóbbi az erős izomtültengés miatt nem két gyomor lúdtollnagyságú nyilással közlekedett e A harmadik heg a pylorust majdnem átjárhatlanná tette hegesedéssel járó gyomorfekélyek úgyszólván tünetek né tak le. A beteg még ma is jól érzi magát s Lumniczer az orvosegyesületben be is mutatta.

Ez esetben a kórisme helyes megállapitását az ak meg, hogy a felfuvás alkalmával a kettéosztott g

szerű alakjánál fogva inkább ahhoz volt hasonló. A hurkaszerű képletet valóban az előrevongált duodenumnak tartottam. De ezen feltevésemnek ellentmondott az a körülmény, hogy a gyomor peristaltikája a hurkaszerű részre folytatólagosan átterjedt. Erre akkor nagyobb súlyt nem fektettem, holott figyelembe kellett volna vennem, hogy a gyomor peristalticája csak a pylorusig terjed s az izomösszehúzódási hullám a duodenumra folytatólagosan, megszakítás nélkül nem terjed át. De a hurkaszerű részen önálló peristalticát nem észleltem, ezen összehúzódás csak akkor állt be, ha a túrószacskó-alakú gyomor peristalticája oda ért és ennek mindig közvetlen folytatását képezte. Ha ezen jelenségeket kellően méltattam volna, akkor kitünt volna, hogy a túrószacskó-alakú gyomor jobboldali vége nem lehet a pylorus és hogy a hurkaszerű képlet nem a duodenum, hanem a gyomor.

Ezen tünetet igen fontosnak s a homokóragyomorra jellemzőnek tartom. S mindazon esetekben, hol a gyomor felfúvásakor a normálistól elütő alakot mutat és homokóragyomorra van gyanúnk, a peristaltica lefolyásának észlelése igen czélszerű, mert ha a mindig baloldalt jelentkező gyomorperistaltica a látszólagos gyomor határain túl jobbra is folytatólagosan átterjed és ezen részen önálló peristaltica nem mutatkozik, akkor jogosítva leszünk arra, hogy azt a részt is a gyomor egy részének tartsuk, ha annak alakjához nem is hasonlít. Más szóval: ezen tünet alapján homokóragyomrot kórismézhetünk. Ezen tünet is ritkán lesz észlelhető, mert csak vékony hasfalak és erősen túltengett gyomorizom mellett mutatható ki.

Diagnostikai nehézség a kizárt czombsérvek megitélésében.

Közli: *Haberern Jonathan Pál* dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A nagyobb gyakorlattal biró sebészek tudják, hogy a sérvek diagnosisánál tévedések fordulhatnak elő. A lágyéksérvek és a czombsérvek megkülönböztetése kövér egyéneken, különösen irreponibilis sérveknél nem egyszer okozhat nagyobb nehézséget. Hogy a lágyéksérv belső-e vagy külső, hogy ez veleszületett-e vagy szerzett: ezen gyakran nem könnyű kérdésekkel nem akarok jelenleg foglalkozni. Ezen esetekben különben is a sérvnek nem más bántalommal való összetévesztéséről van szó, hanem csak a sérv egyes változatait illető különbségekről s igy mindig biztosan tudva, hogy az előttünk levő bántalom sérv, ezt akár operative, akár palliative kezeljük, nem teszszük ki magunkat meglepetésnek, a beteget pedig veszedelemnek. Vannak azonban esetek, a midőn a diagnostikai nehézségek komoly gyakorlati jelentőséggel birnak, olyan esetek, midőn sérvnek nézünk más bántalmat vagy megforditva. *Graser* munkájából (Handbuch d. prakt. Chir. Bergmann, Bruns, Mikulicz. III. Bd. I. Th. Pag. 771) tudjuk, hogy *Macready* Londonban kimutatást állitott össze az idevonatkozó tévedésekről. 739 téves diagnosist talált férfiaknál, 85-öt nőknél. Érdekes volna tudnunk és kár, hogy nem jelzi, hogy ezen összesen 824 téves kórisme hány esetre vonatkozik. Scrotális sérvnek tartottak hydrokelét 233-szor, mellékherelobot 107-szer, varicokelét 9-szer, nem lobos eredetű heremegnagyobbodást 28-szor, gümőkóros herét 17-szer és heredaganatot 13-szor. Czombsérvnek tartottak megnagyobbodott nyirokmirigyeket 115-ször, tályogot 47-szer, saphena-varixot 9-szer, psoastályogot 7-szer. Nőknél labiális sérvnek tartották az ajkak cystáit 12-szer, az ajkak varixát 6-szor, psoastályogot 3-szor, saphena-varixot 26-szor, mirigyduzzanatokat 22-szer.

Ha nem is fogadjuk el mindezen diagnostikai tévedéseket mint olyanokat, melyek szabatos, gondos vizsgálattal ne lettek volna elkerülhetők, mégis jellemző, hogy a gyakorlatban milyen könnyen fordulhat elő tévedés.

Jelenleg a differential-diagnosis szempontjából nem érintem a subperitoneális lipomákat, a nyirokmirigy-csomókat, a psoastályogokat, a hydrokelét és a cystákat, a melyek érdekes meglepetéseknek szolgáltattak alapot, hanem csak a czombsérveknek a varixokkal való összetévesztésére óhajtok reflektálni s igy mindenekelőtt egy, véleményem

Özv. M. L.-né, 49 éves nőbeteghez 1902. évi decembe hivott a beteg kezelő orvosa, mert a beteg baloldali czom műtétét tartotta szükségesnek kizáródási tünetek jelentkez A baj előzményeül azt tudtuk meg, hogy 1899 nyarán, te három és fél évvel vette észre a bal czomb belfelületén, kö lágyékhajlat alatt egy nem fájdalmas, kis daganat képződését. megnagyobbodásával benne időnként feszülést és szúró f érzett, melyek fekvésre és hideg borogatásra enyhültek s némileg kisebbedve, visszament. Még ugyanezen évben, tehá ezen baja gyógyitása czéljából és különösen azért is, mert szülése óta a bal alhasi tájon állandóan fájdalmakat érz kitünő nőgyógyászunkhoz fordult és magánrendelésén kérte Ez a lágyékhajlat alatt, a czomb belső oldalán levő daganat kórismézte, annak műtéttel való gyógyitását ajánlotta és csa a beteg beleegyezését a műtétbe megtagadta, rendelte el viselését.

A beteg a sérvkötőt 1899 óta a műtét napjáig, tehát hé évig lelkiismeretesen alkalmazva állandóan viselte, a nélkül, hog makat okozott volna, daczára annak, hogy a daganat a sérv lassanként megnagyobbodott. 1902. deczember 28.-án kezelő fordult azért, mert a czombon levő daganata hirtelen megnag benne élénk fájdalmakat érzett, émelygett, hányásingere hány zódott és két nap óta székrekedése volt. Bajának ezen ross megelőző megerőltető, fárasztó járásnak tulajdonitja.

A kezelő orvos által már előzőleg kellő óvatossággal repositiós kisérletek eredményre nem vezettek, a daganat t változás nem állott be, úgy hogy a lúdtojásnál nagyobb, erős kemény, tompa kopogtatási hangot adó, csakugyan a czombsérv helyén található érzékeny sérvnél a műtétet halaszthatatlanna Schleich-féle infiltratiós érzéketlenités mellett hosszmetszés a sérv legnagyobb domborulatán. A sérvtömlőnek tartott hé burkának vastagságán nem ütköztem meg, hiszen három és sérvkötő állandó nyomása alatt állott. Ezután egy frissebb vér képzett rostonyás réteg következett, majd néhány nagyob friss, lágy vérrög. Ezen sem ütköztem meg, mert a hernioto rendkivül nagy tapasztalattal biró *Dieffenbach* is azt taní vérzések a sérvtömlőbe és vérnek jelenléte a sérvtömlőben czombsérveknél gyakori. Ezen vérrögöknek ujjal való óvat tása közben vastag sugárban sötétkékes vér lövelt ki, melynek ujjunkkal gazedarabot nyomtunk. Most már kétséget kizáróan lá varixxal van dolgunk. A saphena a cruralisba való beömlésé a vena cruralisra átterjedőleg körülbelül 1½ cm.-nyi hossz mutatott. Ebből származott az óriási vérzés. Bergmann-féle szekkel oldalt fogva le a tágult gyüjtőér falát, oldalligatur maztunk erős selyemfonállal. A lobos varixrészletek kiirtása után bőrvarrat. A bal alsó végtagot magasra helyeztük. A nélkül nyolcz nap alatt per primam gyógyult. A rosszullét és hányás a műtét után megszünt. A beteget most, a műtét évvel megvizsgálva, varixnak vagy sérvnek nyomát se lát azóta ép és egészséges.

A varixokat nemcsak czombsérvekkel tévesztették öss a saphena beömlésének helyén gyakoriak a varixok —, sérvekkel is. Igy *Cavazzani* 1902-ben ir le (Varici del ca nale nella donna. Rendic. dell'Assoc. med. Chir. di Parma 19 egy esetet 23 éves nőnél, kinél lágyéksérv miatt fogott a a lágyékcsatornában gyüjtőér-csomókat talált. Sérvnek n volt. A gyüjtőér-csomók lekötése és resectioja után a gyógyult. Véleménye szerint a gyüjtőér-csomók a nő terhe fejlődhettek és a baj létrejöttében inkább mechanikai okok hettek, mint az edényfalak elváltozásai. *Cavazzani* ezen egyedül állónak hitte, a fent közölt *Macready*-féle összeállitásb azt látjuk, hogy az ilyen tévedések már előfordultak.

Rendesen annyiban hasonlitanak *(Sultan*: Unterleibsbr mann's Handatlanten. Bd. XXV.) a varixok a czombsérvekhe nyiben nagyságuk mogyorónyi egész lúdtojásnyi, mint a cz is a legtöbb esetben. Ennél nagyobb czombsérv a ritkábbak tozik. Ott találhatók, a hol a czombsérveket is találjuk, t saphena magna beömlésének helyén a czombgyüjtőérbe. Ha

feszit, nyom, úgy a varix, mint a sérv feszültebbé lehet.

Különbözik azonban a varix a sérvtől abban, hogy az ujjnyomásra eltünő varix a nyomás megszüntére, a hasprés működése nélkül is újból megjelenik s e mellett *Sultan* szerint hallgatódzáskor jól észlelhető zörejt is találunk. Ilyenkor a czomb alsó részén vagy a lábszáron is fogunk gyüjtőértágulatokat látni.

Albert (Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre. III. Bd. Pag. 337. II. Aufl.) szerint az itt szóban forgó varix a czombsérvvel azon közös tulajdonságokkal birhat, hogy felálláskor jobban észrevehető, hogy puha, gömbölyded, hogy reponálható és köhögésnél nagyobbodik. Az ilyen varixot a sérvtől feltünően megkülönbözteti a daganat rendkivüli lágysága. Mégis sokszor történik tévedés. Hogy csakugyan varixszal van dolgunk, azt azzal tehetjük biztossá — mondja *Albert* —, hogy a daganatot nyomással kiüritjük s felette a vena femoralist azonnal leszorítjuk, mire a varix megtelik és feszes lesz.

König (Lehrbuch der spec. Chirurgie. VII. Aufl. II. Bd. Pag. 479.) erre vonatkozólag úgy nyilatkozik, hogy a reponálható czombsérv csak a saphenának varixával téveszthető össze. Ha azonban a varixra nyomást gyakorolva, a daganatot eltünteti s a bevezetett ujjal a supponált sérvkaput zárja: a tágult gyüjtőér ismét megtelik vérrel, míg a sérv a nyomás ideje alatt mindig reponált marad.

Ezekre vonatkozólag az a megjegyzésem, hogy egy a czombon fejlődött varix mellett nem kell szükségképen a czombon lejebb vagy a lábszáron gyüjtőértágulásoknak lenni. Láttam eseteket, főleg nőknél, a melyekben csak a czomb felső harmadán volt egy jól kifejezett gyüjtőértágulás, lejebb azonban nem voltak ilyenek láthatók.

A *varixok* és *reponibilis czombsérvek* megkülönböztetése gondos vizsgálat és megfigyelés mellett mégis csak ritkán okozhat nehézségeket. Egészen más elbirálás alá esik az én tévedésem, mert az én esetemben *kizáródás képe alatt folyt le* a betegség.

Már az anamnesis adatai, a keletkezés módja, mindenképen sérv mellett szóltak. Egy kitünő kartárs megelőző vizsgálatakor sérvnek kórismézte a bajt, a sérv műtevését ajánlotta és miután ebbe a beteg beleegyezését megtagadta, sérvkötőt rendelt és utasította annak gondos és állandó használatára. Végre a megerőltető testi mozgás után keletkezett megnagyobbodása a daganatnak, a székrekedés és a hányásig fokozódott émelygés szintén sérv mellett szólottak. A nem reponálható, meg nem kisebbithető, érzékeny, feszült daganat, mely a beteg hasprésének működésekor, jajgatáskor, ha lehet, még feszültebb lett, mindezen tünetek a sérv jelenlétét a műtét megkezdéséig mint kétségtelent és bizonyost állitották elénk.

Utólag legyen szabad még megemlitenem, hogy ismerjük a varixoknak olyan *daganatszerű* megnagyobbodásait, a melyek, ha megfelelő helyen fejlődnek, irreponibilis sérvet csalódásig utánozhatnak.

Ismerjük az irodalomból *O. Loos* idevonatkozó említésre méltó esetét: Ein geschwulstartiger Varix im Gebiet der Vena saphena. Aus der Tübinger Chir. Klinik des Prof. Dr. von Bruns (Bruns: Beiträge zur klinischen Chirurgie, XXVIII. Bd. Pag. 654. 1900.) Ebben a vena saphena varixa ökölnyi nagyságú képletként ült a bal térd belső oldalán; ez a végtagon található többi varicosus csomóval szemben öt év óta növekedett és lassanként megkeményedő consistentiájával tünt ki. Műtétkor bebizonyult, hogy ezen daganatba nyolcz, csaknem kisujjnyi vastagságú gyüjtőér vezetett. A készitmény átmetszésekor látszott, hogy ezen tágult gyüjtőerek a peripheriából a közép felé megvékonyodva, egy a daganatot fedő réteget képeztek. A daganat fala vastag hártyából állott. A subcutan varixok közül többen a tumorba ömlöttek be és igy a tumor a saphena-terület több varixának közlekedéséből és kitágulásából eredt. A kicsapódott véralvadékok szervültek, rétegeket képeztek, a melyekben egyes lumenek fejlődtek. Ezekben vérkeringés jött létre. Ezen daganatszerű képletek néha szintén tévedésre adtak okot, ha összefüggésük a saphenával nem volt oly kifejezett, mint ezen esetben. A térden lévén ezek, természetesen nem sérvvel, hanem daganatokkal lettek volna összetéveszthetők.

Ha már most ilyen daganat a saphena beömlésének helyén van, vagyis a czombsérvek előfordulásának helyén, akkor természetesen pontosan kellene a differential-diagnosist az irreponibilis sérv és a varix tumorja között megejteni.

Azt hiszem, hogy esetem közlésével a gyakorló orvosnak és a kezdő sebész-szakorvosnak hasznára voltam.

Irta: *Velits Dezső* dr.

Ismeretes, hogy az echinococcus-tömlő leggyakrabban székel, sokkal gyérebben észleljük a vesében.

Vegas y Cranwell[1] Argentiniában 970 echinococcus-644-ben találta a betegséget a májban és csak 20-ban *A. Küster*[2] klinikáján 214 veseoperatio közül csak hár echinococcus miatt. *Dollinger* klinikáján[3] 1898-tól 1904-i echinococcus mellett csak egy esetben operáltak e miatt a statistikákban a veseechinococcus gyakorisága 7—10%. Felti 36 májmegbetegedés közül 21 a női nemen fordult elő. Külö szerint a vesében is gyakoribb a nőknél, a mint hogy *Neiss* adatai szerint az echinococcus általában is feltünően gyako sége a nőknek.

A mig a máj bal karélyában csak kivételesen fejl echinococcus, addig a vesék közül épen a baloldaliban látsz ban előfordulni.

Ugy a májban, mint a vesében székelő echinococcus kisebb terjedelme esetén nem jár nagy nehézséggel. Nagy hasüreget kitöltő, a medenczebemenetig leérő tömlők eset a női genitaliák tömlős daganataitól való megkülönböztetés egyszer nehézségekbe ütközött, úgy, hogy több esetben csakis közben tünt ki a tumor mineműsége és kiindulásának helye

Intézetemben 15 év alatt két máj- és egy veseechino került operatio alá.

Egyik esetben a májnak *bal* lebenyében fészkelt a tö ismézése nem okozott nehézséget; a kórtörténet rövidr következő:

1. Sz. Gy.-né, 26 éves, IV-para; utolsó szülése is re hét előtt történt, s mostanig szoptatott. Hasa felső, baloldal immár négy éve észlel egy csomót, a mely terhessége közben szülése után is növekedett s koronként fájdalmas.

A gyengén táplált nő gyomorgödre tájékát kissé inká domborodó, egyenletesen ruganyos, oldal felé elég jól mintegy csecsemőfejnyi tumor tölti ki. Alakja haránt tojá legömbölyitett karajos széle a köldök alatt három ujjny elhatárolható s a mig felfelé a bordaiv alá felnyomható, lef tása kötöttsége miatt nem sikerül. Tompulata fenn és jobbró alá terjed, ellenben a bal ágyéktájon és alulról éles dobos rolja. A légzési mozgásokat követi. A gyomor felfújásakor száll, a gyomor dobos hangja a tumor mögött felső bal oldal bodik. A máj jobb lebenyének tompulata mélyebbre terjed. fehérje.

1905. szeptember 22.-én a máj bal lebenyében széke coccus-tömlő diagnosisával végezzük enyhe chloroform-nar műtétet, annyival inkább, mert a puerperális involutioban mellett mindkét petefészket kitapinthattuk. A tumor legnag borulatán a köldöktől kissé balra ejtett, hosszanti hasnyilás győződünk arról, hogy a vékony májréteggel borított tö lebenyben vész el, jobbról a ligamentum teres húzódik lef szabad segmentumát jobbra vastagabb májszövet határolja. falát körüskörül finom csomós varratokkal a peritoneum p kiszegve, a próbapunctioval viztiszta folyadékot nyertün tömlőt megnyitjuk s tartalma lebocsátása közben az igen puh szakadó chitinhártyát is legnagyobb részében sikerül eltávol tömlőfalnak a hasfalhoz kiszegése, üregének bő konyhasós vi tése után laza tamponadot végzünk steril gazeval. Felül és alu két-két silkwormgut-varrattal redukáljuk. A hasürben mérsék találtunk.

Az első napokban a mérsékelt hőemelkedéseket a tamp váladék pangása okozta, mely eleinte epétől festett; gummi mazása s naponként történő 2%-os lysoformmal való átfecs mellett láztalan, gyors gyógyulás. Október 1.-én két kis fióktöm

[1] *Vegas y Cranwell*, Los quistos hidatidicos en la rep gentina. Buenos-Ayres. 1901. Ref. Centralbl. f. Chir. 31 k.

[2] *Geiss, P.* 18 Jahre Nierenchirurgie. Inaug.-Diss. Marb

[3] *Dollinger*, Sebészeti módszerek, I—III. k.

2. G. M. 25 éves, hajadon, 0-para. Tisztulása rendben. Gyermekkorában hasa már egyszer annyira nőtt, hogy az orvosok operatiot ajánlottak. Később elesés után hasa egyszerre megkisebbedett, de ennek következtében hashártyagyuladással hosszasan élet-halál közt lebegett. Felgyógyulása után évekkel újra egy lassan növekedő csomója keletkezett, mely most már feszitő, nyomó fájdalmakat okoz neki.

A hasat egy a köldökgyűrűt is szétfeszitő, inkább jobboldali elhelyezésű, jó gyermekfejnyi tumor domboritja, melynek alsó vége a medenczébe terjed, felső határa a jobb bordaivbe ütközik ugyan, de úgy itt, mint oldalain bélhang köriti, mig elül a medenczéig le tompa a kopogtatási hang. Mozgathatósága igen korlátolt, felülete egyenletesen sima s feszes, rövid hullámzású, vékonyfalú tömlő benyomását adja. A tumor alsó, szintigy hullámzó gömbsegmentuma a medenczebemenet magasságában a jobb mellső hüvelyboltozaton át elérhető. A virginális uterus e mögött és alatt baloldali retroflexioban van. Per rectum vizsgálva és a portio vaginalist golyófogóval lehúzva, az összefüggést biztosan megállapitanunk nem sikerül ugyan, de mindent egybevetve jobboldali ovariális kystoma diagnosisában állapodunk meg, a melynek mozgathatóságát az előrement tömlőrepedéssel összefüggő adhaesiók korlátozzák.

1898. október 5.-én *laparotomia*. A tumornak csak a bal oldalán sikerül a hasüregbe jutni s itt lehaladva, alsó polusával a retroflexiós kicsiny uterust és az ép petefészkeket semmi összefüggésben sem találjuk. Fenn a cseplesz, jobb oldalon a belek teljes szívós odanövései gátolják a tájékozódást s csak annyit sikerül megállapitanunk, hogy a tumor fel- és hátrafelé a májhoz emelkedik. A szerfelett vékony tömlőfal kiszegésének kisérlete nem látszik tanácsosnak, ezért a hassebet alól és felül 3—3 átölelő varrattal szükitve, s a tartalomnak a hasűrbe jutása ellen serviettek betűrésével kellően védekezve és már a kicsiny próbanyiláson át a genynyel kevert apró echinococcus tömlők előtolakodását látva, a kiürítést lassan, a tágitott nyiláson át a tömlőfal előhúzásával végezzük. A kivarrás után még nagymennyiségű hólyagot s azoknak szétesett czafatait mostuk ki, mire a zsákot jodoform-gazezal lazán tamponáltuk.

A 3. napon a véres savóval átázott tampont eltávolitjuk és steril gazezal helyettesitjük. A 4. napig a beteg állapota kielégitő, 37·8°-ig menő hőemelkedés a 2. és 3. nap délutánján 104—110 pulsussal. A 4. nap délutánján nagyfokú nyugtalanság lepi meg a beteget, s ezután gyors egymásutánban deliriumrohamok, comatosus állapot, ikterus fejlődnek ki s bő kátrányszerű hányás jelentkezik; 5. nap csekély epefestékes vizelet, a májtompulat elől eltünt, oldalt is alig kopogtatható ki, délután hőmérsék 38·5°, a pulsus mind szaporább, majd számlálhatatlan. A 6. napon hajnalban közvetlen a halál előtt 41·5° hőmérsék. Az összes tünetek szerint a *cholaemia* ölte meg a beteget. Boncoláskor a májat majdnem a felére kisebbedettnek találjuk, legfeltünőbb a megfogyatkozás a jobb lebenyében, tokja ránczos, szövete petyhüdt, metszéslapján az atrophia flava jellegzetes képét nyujtja. A tömlő a jobb lebeny középső, hátsó részéből indult ki.

3. T. J., 17 éves, hajadon, 0-para. Tisztulása még nem jelentkezett; mintegy három éve veszi észre hasában a daganatot, mely azonban lassú növekedése közben neki semmiféle bajt nem okozott.

A nemi fejlődés kezdetén levő leányka alhasának inkább bal oldalán a köldök magasságát is kissé meghaladó mintegy gyermekfejnyi tumor domborodik. A gömbölyded, feszesen hullámzó tömlő minden irányban fájdalom nélkül ide-oda tolható. Az infantilis méh a daganatnak baloldalt magasan tapintható alsó sarkától jobbra anteflexioversioban teljesen elkülönithető, bal sarkával azonban köteges összefüggést véltünk kitapintani.

1899. április 18.-án *laparotomia*. A köldök alatt ejtett kicsiny hasnyiláson át meggyőződtünk, hogy a tumornak a genitaliákkal semmi összefüggése sincs, s hogy felülről, balról a retroperitoneumból tolul előre. Alsó polusa a belektől szabadon, jól a hassebbe illeszthető: vékony falán kicsiny nyilást ejtve, viztiszta, a végén finom detritustól zavaros tartalmát lebocsátjuk. A nyilás elzárása után a kiindulás után kutatva, azt találtuk, hogy a teljesen kiürült tömlő feszülő kötegként, minden további dudorodás nélkül, belektől teljesen körülzárva, balra magasan, a rekesz alá követhető. Ezért falát egyszerűen a hasfali hashártyához és a hasfalhoz szegtük ki, és a kellőleg tágitott nyiláson át steril gazezal lazán kitömtük.

találtuk meg nagy számban az echinococcus scolexeit. A szövetdarabban pedig a jellegzetes rétegzettség mellett két dott *glomerulust* és egynéhány *tubulust* is látva, kétségtele bal vese echinococcusának diagnosisa.

Eleitől önként vizel, vizelet tiszta, rendes mennyiségű, a conjunctiva *halványsárga*. Az első kötésig délután subfeb majd mindig láztalan. Lassú gyógyulás, bő, sűrű genyes vála naptól kezdve magas lázak öt napon át, a mikor egy da ürül a gangraenás echinococcus-hártya. Ezentúl azután a láz nélkül, gyorsabb tempóban halad, úgy, hogy végre m épen a sondát befogadó, 10 cm. hosszú, alig secernáló sipol bocsáthattuk.

Ime tehát a máj meg a vese echinococcusának egy-e melyek ovariális daganat diagnosisával kerültek operatio a diagnostikus tévedéshez a daganatok nagysága mellett lényeg járul a belső genitaliák tökéletes áttapinthatásának akadálya, a két intakt virgonál, illetve a fejletlen genitaliák mellett

Második esetemben a vehemens gyorsasággal kifej 6.-ik napon halált okozott heveny májsorvadás kóroka i czolat felvilágositást nem adott; legközelebb áll ugyan az a gondolnunk, de mindenesetre feltünő, hogy a halálthoz folyamat épen az operatio tárgyát képező beteg zsigerbe e szerint megoldatlan marad az a kérdés, hogy vajjon n már a májban olyan echinococcus-okozta idült elváltozáso a műtét után a májszövet gyors pusztulásával okozati ös hozhatók. Ismeretes ugyanis, hogy a máj és az epeutak idült megbetegedései folyamán némelykor tüneteiben a heveny sárga májsorvadásnak megfelelő kórkép fejlődik Végre, miután ebben az esetben a tömlő üregének ta jodoformgazet használtunk, bár azt a 3.-ik napon steril réltük ki, a heveny jodoformmérgezés gyanúja is felmerülhe

A másik két esetben lényeges különbséget tapasztalt utáni gyógyulás lefolyásában és pedig a miatt, hogy az sikerült az echinococcushártyát az incisio alkalmával eltáv a másikban annak spontan eltávolodására kellett várnunk, láttuk, súlyos lázas mozgalmaktól megelőzve, csak a 28. vetkezett be, a hol tehát a tulajdonképeni gyógyulás, a zsá jadzása csak ezután indulhatott meg, mihez képest a pat műtét utáni 42. napon, s ekkor is még 10 cm. hosszú sipol hatott az intézetből.

Az első esetben ellenben a sarjadzási folyamat mindj után elkezdődhetett, a mi azután oly gyorsan haladott el beteg már a 18. napon elhagyta az ágyat; s hogy mégis napon, azaz teljes gyógyulása után bocsátottuk haza, ez tént, mert lakóhelyén nincs orvos, kire a további kezelé hattuk volna.

Eme tulajdonképen casuistikus közleményeimnek értéket az a további észlelés adja meg, a mire utolsónal echinococcus-esetem adott alkalmat.

Az 1899. május 29.-én még 10 cm.-nyi sipolylyal 17 éves leánykát ugyanazon év julius 10.-én teljes egészsé újra, a mikor a be nem húzódott hashegtől a bal vonuló köteget, mint az egykori tömlő maradványát tapin homályosan.

1901. julius 10.-én, tehát egy év mulva, a mi közbe tioja is bekövetkezett és rendesen ismétlődik, a bal borda tojásnyi, ovalis, ruganyos képletre bukkantunk, a mely köteggel összefügg. E mellett a laparotomia hegjében kezd találtunk.

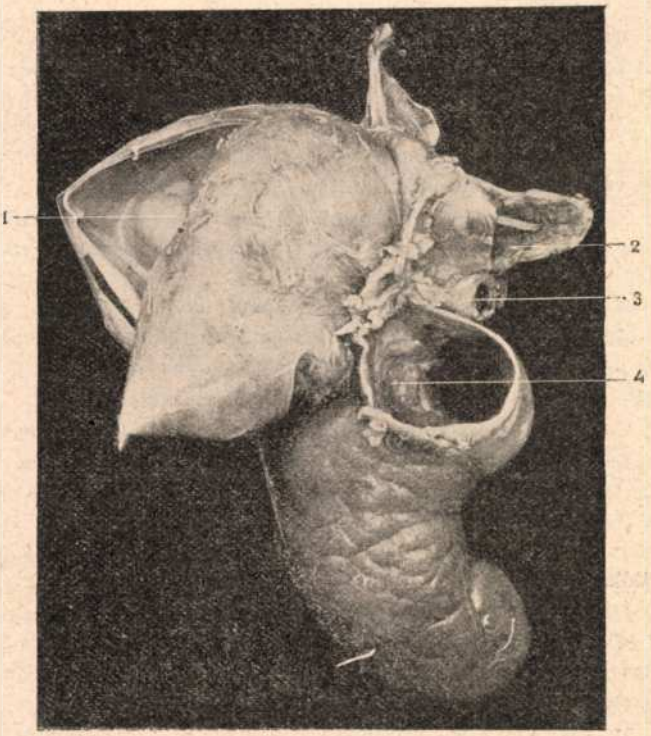
1903. szeptemb. 23.-án beteg a lumbalis tumor szembesz bodásával, s a hasfali hernia okozta kellemetlenségekkel felvételre.

Jellenállapot: A hasmetszés helyén egész hosszáb diastasis. A bal lumbaltáji daganat most már jó két ök többszörös dudorú, ruganyos, nem fájdalmas, felső határa alsó keskenyebb vége a csipőtarajig terjed, belső széle a eléri. A közép felé mérsékelten, aláfelé jobban mozgatható. át körülirt volta, valamint ruganyossága és többosztatús telenül megállapitható.

rendesnek találtuk. Az ismételt cystoskopiás vizsgálatkor a jobb ureternyilásnak kifogástalan functionálásáról győződtünk meg, de a bal ureter elmosódott nyilásán hosszabb megfigyelés közben sem sikerült vizeletsugár kiömlését észrevennünk. A jobb vese táján semmi physikális eltérés a normalistól nem található.

Fent leirt előző tapasztalatunk alapján kétségtelen, hogy a bal vesében azon négy és fél év alatt, mely az akkor solitaer echinococcustömlő eliminálása óta eltelt, újabb, de most multiplex hólyagok fejlődtek ki.

Egyben a hasfali herniát is gyógyitandó, az operatiót transperitoneális úton végeztük. A herniás hasheget a bal oldalon megkerülve hatoltunk a hasüregbe. A jobb vese egészséges voltáról meggyőződést szerezve, a sérvzsákba nött csepleszt, meg a hegtől a tumorhoz haladó kisujj vastag, az előbbi obliterált hólyagnak maradványát tevő hegköteget kettős alákötés között átmetszve, a tumort a látótérbe hozhattuk; a közép felé húzott leszálló colon hashártyáját a tumor hosszában felnyitottuk. A zsirszegény capsula adiposán át kitünik, hogy a vesében csakugyan több hólyag foglal helyet, a legalsó, tojásnyi a veseállomány mélyéből indul ki, s a vese közepe táját foglalja el akkép, hogy annak mediális élén mélyen a hilusba domborodik. Ily körül-



ények között emlékezetbe hozva a cystoskopiás leletet is, nephrektomiára határoztuk el magunkat. A vese alsó részének a tokjából való kihámozása nehézségekbe nem ütközött, de a nagy cysta felső polusán, hol még két vékonyabb falú tömlővel jött össze, a colon transversum bal zugában, annak mesenteriumával, úgy látszik az előbbi nagy tömlő hegjének folytatásában oly szivós összenövések álltak útunkat, hogy azoknak felszabaditása közben az egyik kicsiny tömlő fala beszakadt. Víztiszta tartalmát gyorsan felitatva s a hólyagot is kidobva, nyilását a vese eltávolításáig ércsipővel elzártuk. A rövid kocsánnyal kevés veseszövet is visszamaradt. A felhasitott mesenteriumot tovafutó varrattal elzártuk, a hasfali herniának kimetszése után a rectusok vastag hüvelyét tovafutó selyemvarattal, a hasfalat pedig előzetesen felhelyezett, egész vastagságát felölelő silkwormgut csomós varratokkal egyesitettük.

A gyógyulás a hasüreg részéről minden reactio nélkül folyt le; lefolyását csupán a második héten csekély hasfali abscessus okozta délutáni subfebrilis hőemelkedések zavarták.

A vizelet mennyisége a 10. napig 0·6—0·9 liter közt váltakozott, eleinte az uratok szaporodását mutatta. Azon túl szaporodott, s a 15. napon 1·25 liter mennyiséget ért el.

A 17. napon a beteg felkelt, s a 28. napon, november 7.-én, teljesen felgyógyulva hagyta el az intézetet.

foglalkozását.

A kiirtott vesét hosszadalmas leirás helyett hátulról le fálva mutatom be, s csak annyit jegyzek meg, hogy az alsó, részében hypertrophizált vese medenczéje és uretere elváltoz mutatott. A felső, vékony falú, de mediális oldalán veseszövet jó férfiökölnyi tömlőn a glandula suprarenalisnak nyoma si talma víztiszta, a vele szorosan összefüggő 2. és 3. cysta együt egymásba összefolyt, vastagabb fala belül érdes, sok fióktöml maz; a 4., legalsó tömlőt elődomborodása felé mindinkább elvé veseszövet övezi.

A cseplesz meg a peritoneum kivételével, mint a hol M Peiper[1] szerint pusztán solitaer echinococcust még sohasem é sőt épen a hasüregben százával találták azt, egyéb szerve echinococcus multiplex a legnagyobb ritkaságszámba megy. H több egymástól távolfekvő szervben is előfordult, úgy azok eg zönségesen a máj szokott lenni.

Magában a májban legtöbbnyire csupán egy hólyag kifejlődni, s úgy látszik, hogy a vesében az én esetemhez has echinococcus multiplex szintén csak kivételesen fordul elő.

A mennyire legalább a Frommel-féle Jahresbericht, Schmidt-féle Jahrbücher gazdag casuistikájában ez irányban s 10 év adatainak utána néztem, csupán három ilyforma esetre bul Ricard-nak „kystes hydatiques multiples et volumineaux du r tében a gyógyulással végződött kiirtás a minden oldali össz miatt sok nehézséget okozott. Gottorno a bal, hiányosan műk egy solitaer cystáját oldalt végzett laparotomiával eltávolította négy hétre a másik benn maradt, sok apró tömlőt tartalm genyes tumornak megnyitását eszközölte eredménynyel. Lanc bális úton a nagy monocystájával kiirtott rendes nagyságú kéregrétegében a hydatid hólyagoknak egész koszorúját találta

Az én esetemben, a mint leirtam, a gyermekfejnyi mono operatioja után egy évre újabb, lúdtojás nagyságú cysta fejlő bal vesében, a melynek további három és fél évi, lassú, nagy nyivé növekvése közben még egy kettős dió nagyságú és egy újabb hólyag képződött a vese mediális részében.

Valamennyi tömlőnek egymás felé fordult fali részlete közös központban egymással szorosan összefügg, ugyanitt fo az előbb operált nagy tömlőnek a colon transversummal val odanövésben talált hegje is.

A míg tehát a Lance esetében az echinococcus multip egymástól független csirának disseminatiojából keletkezhetet az én esetem tömlőinek egymás közti összefüggése a mel hogy azok az évek előtt megnyitott nagy tömlőnek exoge tömlői.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud egyetem belgyógyászati klinikájáról.

Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi tan

Chininprophylaxis-kisérletek mesterségesen elő váltólázas fertőzéseknél.

Irta: *Jancsó Miklós* dr., egyetemi m. tanár, belgyógyászati a

A váltóláz prophylaxisa a *Roos* és *Grassi* felfedezésével új alapon épült fel. Az új prophylaxisos eljárások azonban körülmények között igen nagy nehézségekbe ütköztek, vagy é hetetleneknek bizonyultak.

A *mechanikus prophylaxis*„ a melyet először *Grassi* és bált ki nagy arányokban, igen figyelemreméltó eredmények Mint a *Celli* évi jelentéseiből kitünik, azon olaszországi vasútv a melyeken a védelmi intézkedéseket megtették, a vasúti alkal nál épen olyan ritka lett a váltólázas megbetegedés, mint gyakori volt az régen.

1902-ben az olasz vasúti vonalakon 6451 védett egyén kö betegedett meg új fertőzésben és 9·5 % recidivában.

[1] *Nothnagel*, Specielle Pathologie und Therapie. 1894. V Thierische Parasiten.

Bebizonyosodott azonban az is, hogy a *mechanikus prophylaxis* csak bizonyos körülmények között élőknél alkalmazható sikeresen. Nem vihető keresztül a földmüvelő, szabadban dolgozó munkásnépnél, sem a katonaságnál.

Az anophelesek megsemmisítésére irányuló kisérletekre nézve általánosan elismerik, hogy az igen költséges és épen azon helyeken kivihetetlen, a hol a legfontosabb lenne, t. i. a hol nagy kiterjedésü mocsarak vannak.

A *Koch* által javaslatba hozott *praeepidemiás chininkezelés* a recidivák megakadályozására sok helyt igen jó eredményeket adott, új megbetegedések alig léptek fel; más helyeken azonban, különösen continentális fekvésü helyeken eredményre nem vezetett. Igy *Celli* azt mondja legutóbbi évi jelentéseiben, hogy Olaszország legkülönbözőbb helyein az epidemiát megelőző időben és az egész epidemiás időszak alatt a legpontosabban keresztülvitt chinin-kezeléssel sem sikerült még hosszú idő után sem megakadályozni a recidivákat. *Schoo* pedig épen kudarczot vallott Hollandiában, mert állitása szerint a praeepidemiás chininprophylaxis után a váltólázas endemiát meghúszszorozódni látta.

Ezek miatt a nehézségek és kudarczok miatt *Celli* ajánlotta, hogy a *Koch* által inaugrualt *praeepidemiás chininprophylaxis* mellett azok, a kik még malariában nem szenvedtek, szedjenek az epidemia idején chinint a megbetegedés elkerülése czéljából.

Celli szerint tehát a váltólázas vidéken a következő chininprophylaxis viendő keresztül:

a) a váltólázas vidék minden lakója az epidemiás hónapokban naponta vesz prophylaxisos chininadagot, vagyis 40 centigrammot egyszerre; csupán azok, a kiknél a mindennapos adagolás keresztül nem vihető, azok vesznek gyógyitó adagot: 1—1 gram chinint szombaton és vasárnap;

b) a heveny váltólázasok és recidivákban szenvedők 7—8 napon át vesznek gyógyitó adagot: 1—1·5 gramm chinint s azután tovább a prophylaxisos adagot.

A chinint prophylaxis czéljából már régen használják, különösen a forró égöv váltólázas vidékein. A vélemények azonban értékéről nagyon megoszlók. Vannak, a kik igen jó hasznot láttak systemásan keresztülvitt chinin-adagolástól a megbetegedés elkerülésében, mert az ilyen chinint szedő egyének vagy egyáltalán nem lettek váltólázasok, vagy ha azt meg is kapták, csak igen enyhén betegedtek meg. Mások azonban nem látták jó hasznát a megbetegedés elhárításában, sőt vannak, a kik a rendszeres chininprophylaxist veszedelmesnek tartják.

Az irodalomban található feljegyzések igen ingadozók nemcsak abban a tekintetben, hogy mekkora chininadagokra van szükség és milyen gyakran ilyen prophylaxisnál, hanem arra nézve is, hogy vajjon egyáltalában egész biztosan elérhető-e a chinin praeventiv adagolásával az, hogy az illető egyén a váltólázat meg ne kapja, daczára annak, hogy fertőzött anopheles által inoculáltatott.

Jilek Polában 500 katonának egy malaria-saison alatt naponta 1·17 gramm chinint adott reggel rumban, 236 katona controllul szolgált. Előbbiek közül 18·2%, utóbbiakból 28·8 % betegedett meg váltólázban.

Koch-nak a keletafrikai német gyarmaton sikerült megvédenie magát és expeditoját harmadnaponként vett 0·5 gramm chininum hydrochloricummal, bár a fertőzés veszélyének sokszorosan kitette magát. E kevés számú észletelre épiteni nem mer, mondja ő, de már annyit eddigi tapasztalatai után is állithat, hogy sem olyan kicsiny mindennapos adagok, mint a milyeneket sok tropusi orvos használ, sem egyszeri nagy adag rövid idővel a fertőzés megtörténte előtt vagy után nem használ.

Utóbbira vonatkozólag egy észleletét közli. A *Condor* hajó legénységéből tiz matróz egy tiszttel márczius 11.-én este kievezett a *Moa* öbölbe s az éjjelt ott töltötte. Az expeditio estéjén mindnyájan 1·0 gramm chinint vettek, a reákövetkező reggelen pedig 0·5 grammot. Daczára a bevett chininnek, 11 nap mulva négy és 13 nap mulva még két matróz megbetegedett váltólázban.

„Zusammenfassende Darstellungen der Ergebnisse der Malaria-expeditionen" czimű munkájában ismét reátér *Koch* a chininprophylaxis kérdésére és itt meglehetős nagyszámú tapasztalatára hivatkozva azt mondja, miszerint a váltóláz gyógyszeres prophylaxisára nézve ugyanazok a szabályok állanak fenn, mint a recidivák meggátlására. Azt ajánlja ugyanis mindkettő megakadályozására, hogy minden 10. és 11. napon reggel vegyen az illető 1—1 gramm chinint, lehetőleg oldatban. „Ha ennek daczára a láz mégis jelentkezik, mondja *Koch*, akkor az

Plehn A. „Über die praktische Ergebnisse der neue schung" czimű munkájában azt mondja, hogy most már elismert vélemény az, miszerint nem helyes prophylaxis cz kis adagban adni a chinint, hanam nagyobb időköz nagy adagokat.

Testvére az indiai partvidéken, ép úgy mint *Gräse* ménynyel használt 8-ad naponként 1 gramm chinint. Em Kamerunban már 2 gramm chinint volt kénytelen venni pon s ezzel sikerült is elkerülnie a váltólázat, de nem s kora adagokat venni s ekkor perniciosában elhalt.

Testvére Indiában tett tapasztalatai alapján *Kameru* 8-ad naponként adagolt 1 gramm euchinint; de kitünt időköz igen nagy. Ekkor ötödnaponként vétetett 0·5 gr adag semmiesetre sem elég arra, mondja ő, hogy a m megóvjon, de annyi elérhető vele, hogy igen enyhén lép

Maga *Plehn A.* azon a véleményen van, hogy i módszerekkel ki lehet jönni, de az eredmény nagyo hogy milyen körülmények között élnek a megvédendő em győződve *Plehn A.*, hogy pl. matrózok, a kik egyes alkal csak kitéve fertőzésnek, biztosan megőrizhetők a váltólá razon tartózkodásukat követő este és ettől kezdve min 6 héten keresztül 1—1 gramm chinint vesznek.

Másképen áll a dolog azonban azoknál, a kik foly téve a fertőzés veszedelmének, tehát a földmives, mu kiknél testi fáradság, megázás, megfázás gyakran hat gy

Ziemann Kamerunban minden negyedik napon ad 1 tehát 10 nap alatt 3 grammot, rendesen este és ezt a ren súlyos váltólázas évben csak 23·5 % új megbetegedést és

Nézete szerint a chininprophylaxist sem lehet végezni, hanem a vidék, az endemia, a megóvandók élet rint individualizálva kell eljárni.

Az olvasható ki másrészt munkájából, hogy véle teljes biztonsággal egyik prophylaxismód sem védi meg súlyos malariás vidéken, de legalább annyi elérhető a laxissal, hogy a megbetegedés enyhébben jelentkezik.

Celli az ő módszerével igen jó eredményeket tud

1902-ben napi 25 - 50 cgm-nyi adagokkal kezelt 44 (4·6 %) betegedett meg, mig az ellenőrzésül szolgálók egyén közül; a kik hetenként 1—2 gramm chinint vettek, grammot minden 9. napon, megbetegedett 191 (10 %), szolgálók közül 80 %.

1903-ban 19,021 egyénből alig 5·6 %-nál észlelt új néhol 17—24 %-ot is kitett az új fertőzések száma; úgy azonban az ellenőrzésül chininnel rendszeresen nem véd sőt 100% betegedett meg.

Ha csak ezt a pár véleményt is olvassuk a váltóláz laxisáról, a melyek a váltólázzal régóta és igen behat búvárok tapasztalatai, mindjárt fel fog tünni, hogy a vé csak a nyujtandó chininadagnak a nagyságára és az idő térnek el egymástól, hanem arra nézve is, hogy vajjon egyszer anopheles által fertőzött egyént chinin praeventi a váltóláztól minden körülmények között megőrizni? Bá eszközölték is az illetők a chinin prophylaxisos adagolás ből bizonyos százalék mégis megbetegedett. Sőt való százalék még magasabbra volna vehető, ha a recidiv lehetne választani az új fertőzésektől, de mivel ez gyak ban nem lehetséges, az új fertőzések egy része a recidiv tatik, természetesen a chinin praeventiv alkalmazásának ez tényleg könnyen megtörténik, arra azt hozhatjuk fe hogy például az olasz búvárok azt tapasztalták, miszeri hálók használata igen jó hatással volt a recidivák elke azok a szunyoghálók használatára igen megritkulnak. Ez csak úgy lehetséges, hogy a reinfectiók, a mik új fertőz vák közé kerültek.

Ha a búvárok véleménye szerint nem is kerülhet praeventiv adagolásával a váltóláz fellépése, arra nézve denik reá mutat, hogy legalább annyi elérhető a chi sal, miszerint azután fellépő fertőzésnél a megbeteged jelentkezik.

ellene látszának mondani, másrészt igen nagyfontosságu kérdésse emelték a prophylaxisos chininadag kellő megállapítását. *Koch* ugyanis kimutatta, hogy a forró égöv alatt igen gyakran előforduló legveszélyesebb váltólázalaknak, *a váltólázas vérfestékvizelésnek*, mely azonban a mérsékelt égöv némely tájain is előfordul, a leggyakoribb előidézője a chinin prophylaxisos használata, a melynek következtében chininintoxicatio jön létre. És pedig mint *Kleine* tolmácsolja: *Koch*-nak az a nézete, hogy míg a kellő módon alkalmazott chininprophylaxis megvédi az illetőt a váltóláztól, az *etégtelen* épen hajlamossá teszi *a váltólázas vérfestékvizelésre*. Magyarázata szerint ugyanis, ha a praeventive adagolt chinin mennyisége nem elégséges arra, hogy a vérbe bejutó plasmodiumokat elpusztítsa, akkor a plasmodiumok és a chinin együtt hatnak megbetegitőleg a vörösvértestekre és előáll a *váltólázas vérfestékvizelés*. „Úgy látszik, hogy épen a mostanság elégségesnek tartott 0·5 gramm chinin praeventiv adagolása oka sok esetben a kifejlődő vérfestékvizeléses hajlamnak“ — mondja *Kleine*.

Vajjon azonban nem lesz-e akkor súlyos váltólázas vidéken a váltóláz *kellő erélyességü* prophylaxisa olyan, a melyre teljes joggal fognak találni a madridi kongressus referensének ezen szavai: „A malaria prophylaxisa nem lesz hamarább teljes, mig csak a latifundiumok fel nem osztatnak és nem assanáltatnak és igy meg nem adatik az embernek, hogy földjét megmüvelje a nélkül, hogy pánczélba öltözködjék, vagy megmérgezze magát?“

Feladatunkul tüztük ki, hogy mindeme kérdéseket lehetőleg tisztába hozzuk és pedig úgy, hogy olyan egyéneket, a kiknél a chininprophylaxisnak valamelyik módját alkalmaztuk, inoculáljuk fertőzött anophelesekkel. Ilyen kisérletekre a mi viszonyaink annyiban igen alkalmasak, mert nálunk nagyon sok ember található, a ki váltólázban soha nem szenvedett; másfelől a belváros, a hol ezen kisérleteket végeztük, mindig immunis hely volt a váltólázzal szemben. Minden esetben praecox gametákkal fertőzött anopheleseket használtunk inoculatiora, mert hisz ez az a faja a váltóláz parasitáinak, a melylyel szemben való védekezés a legáltalánosabb érdekü. Kisérletekre olyan egyéneket választottunk ki, a kik váltólázban sohasem szenvedtek.

Kisérleteinkkel még egy másik kérdést is tisztázni igyekeztünk. A *Grassi, Plehn F.*, úgyszintén a magunk vizsgálataiból is tudjuk, hogy váltólázas fertőzéseknél az első roham előtt 2—3 nappal a legtüzetesebb vérvizsgálattal sem sikerül a beteg vérében egyetlen plasmodiumot is találni. Ezért *Grassi* és mások arra gondoltak, hogy a lappangási időszak első szakában a parasiták nem a schizogoniának ismert plasmodium alakjaiban, hanem valamely más alakban vannak jelen a szervezetben és csak a lappangási időszak végén alakulnak át az ismert plasmodiumokká, a melyek azután hirtelen felszaporodva a vért elárasztják és a betegség tüneteit kiváltják.

Ilyen a lappangási időszak első idejében jelenlevő átmeneti alakokra, a melyek a plasmodiumoktól abban is különbözni látszottak, hogy reájuk a chinin ép úgy nem hat, mint a recidivák közötti lappangás időszakában visszamaradó parasitaalakokra, gyanunk lehetett a *Koch* észlelete után is, a melyet ő a *Condor* matrózainál tett. Mert az a körülmény, hogy azoknál a fertőzés létrejött, daczára annak, hogy a *sporozoitisek* chininnel telített vérbe jutottak és daczára annak, hogy az első napon a chinin gyógyitó adagja hatásának tétettek ki, még annyira sem befolyásoltatott a továbbfejlődésük, hogy legalább a lappangási szak megnyúljon, mindenesetre jogossá teszik a gyanut arra, hogy ilyen átmeneti alakok léteznek.

Hiába irta le és rajzolta le *Schaudinn* olyan meggyőzően a vérbe bejutott *sporozoitisek* átalakulását már a vérbe bejutásuk utáni órákban plasmodiumokká, a kétséget eloszlatnia nem sikerült, mert ma is többen vannak, a kik az előbb emlitett ok miatt ilyen átmeneti alakokra gondolnak. (Plehn F.)

Mi látva azt, hogy a már kitört váltólázas megbetegedéseknél is a chinin milyen különbözően hat a szerint, vajjon mindjárt az első rohamoknál adagoljuk, avagy csak bizonyos idő eltelte mulva: arra gondoltunk, hogy lehetséges, miszerint a fertőzés elején adott gyógyitó chininadag csak azért nem hatott a *Condor* matrózainál, mert a fertőzés legelső időszakában a plasmodiumok chininellenállása igen nagy.

Hogy erről meggyőződjünk, mesterségesen inoculáltnál a lappangási szak végén, tehát akkor, mikor a vérben már bizonyosan megindult a plasmodiumok cyklusos fejlődése, nagy adag chinint adtunk.

1. *M. J.* 69 éves. Deczember 16.-án este 6 órakor inoculáljuk 2 anopheles clavigerrel, a melyek praecox gametákkal fertőztettek és mindkettőn fertőzés nyomai találhatók.

Deczember 12.-én és 13.-án este, tehát az inoculatio u
és 8. napon kap az illető 1—1 gramm chinin. sulfuricumot porba

Deczember 18.-ára virradó éjjel az illető rosszul érzi magá
mérséke másnap délben 39·8°-ra emelkedik fel, elesett, forró
kinzó fejfájásról panaszkodik.

Vérvizsgálatnél csekély számban praecox plasmodiumok t
nak. Ekkor délután 2 gramm chinint kap, a mi után deczember
láztalan; daczára ennek, mégis adunk délelőtt 1·5 gramm chinint

Deczember 20.-án a chinin daczára is újabb rohama jő
hőmaximummal.

Ujabb chininadagok után több rohamát nem észleljük, vé
plasmodiumok eltünnek.

A lappangás ideje 11 nap volt.

A kisérlet eredménye tehát az volt, hogy daczára az ino
utáni 7. és 8. napon adagolt gyógyitó adag chininnek, ne
hogy a váltóláz előállott, de még az incubatio ideje sem látszott
nyúlni s a megbetegedés súlyossága sem enyhült.

Kisérletünket megismételtük:

2. *J. J.* 19 éves. Október 21.-én délelőtt 12 órakor inoc
egy anophales clavigerrel, a mely 20° C.-nál tartatott el a p
gametákkali fertőzés után. Október 25.-én ugyanezzel az anoph
újból inoculáljuk. Ezt az anophelest október 27.-én secáljuk, gy
kirepedt tokok még most is láthatók, nyálmirigyei még most is
fertőzve vannak.

Október 28.-án és 29.-én délelőtt kap az illető 1—1
chinin. sulfuricumot porban és október 30.-án 1·5 grammot
tén délelőtt.

November 4.-én éjjel — az első inoculatiotól számító
napon — borzongás, fejfájás kiséretében felemelkedik a hőm
39·0° C.-ra.

November 5.-én reggel láztalan, de már délelőtt felszökik
mérséke és súlyos malignus tertianára jellegző rohama kezdődik
alatt a hőmérsék tartósan eléri a 40°-ot és a mely 6.-án éjjelig
A roham vége felé 1·5 gramm chinint kap porban. A vérben pr
schizogoniához tartozó plasmodiumok találtatnak.

November 7.-én láztalan. November 8.-án délelőtt ismé
1 gramm chinint, ennek daczára azonban délben kiborzogatja a h
24 órára elnyúló, 40·2° maximumot elérő rohama jelentkezik.
chininadagra több rohama nem jön, véréből a plasmodiumok elt

Lappangási időszak 14 nap.

*E kisérletek azt mutatják, hogy a lappangási időszak vég
két napon át adott nagy adag chinin ép úgy nem képes megakad
a váltóláz kifejlődését, mint a hogy nem képes a lappangási időszak
elején adott nagy adag chinin; de sőt még a lappangási időszak m
szabbodását, vagy a megbetegedés enyhülését sem eredményezi.*

*Egyszeri, vagy egy-két napon át adagolt chinin azért hatást
lappangási időszakban, mert a plasmodiumok chininellenállása il
igen nagy, és nem abból magyarázható, hogy ilyenkor még eddig
retlen átmeneti fejlődési alakok rejtőzködnek a vérben, a mely
chinin nem hat.*

Ruge azt mondja, hogy az egyetlen rationális personális p
laxis az, a melyet *Koch* ajánl, hogy t. i. kapjon az illető mind
és 11. napon 1 gramm chinint, *mert ez teljesen biztos eredményü
úgy alkalmas a váltóláz kifejlődésének a megakadályozására, mint
diva elkerülésére.*

Véleményünk szerint bizonyára az esetek egy nagy sz
beválik a chininprophylaxisnak ez a módja, a melyet *Koch* ajánl
teljesen biztos eredményü sok esetben nem lesz és pedig a
kező okokból:

Úgy a mi, mint a mások kisérletei szerint a váltóláznak
fix lappangási ideje, a praecox fertőzésnek néha csak 7, 6 vag
5 nap lappangási ideje mutatkozik.

Másfelől tekintetbe veendő, hogy a per os adott chini
gyorsan kiválasztatik a szervezetből. *Kerner, Byasson* és *Klein*
gálatai azt mutatták, hogy 1 gramm chininből 24 óra alatt anny
lasztatik a szervezetből, hogy a második 24 óra alatt már csak
mutathatók ki a vizeletben és 48 óra mulva már nyomai is ali
nak. Ha két egymásutáni napon például reggel veszen a beteg
gramm chinint, a második napi kiválasztás mennyiségét fel
görbe magasabb lesz, mint az első napi, jeléül annak, hogy accu

Ha már most valaki az első chininadag vétele után két-három nappal inoculáltatik s az inoculatio időtartama rövid, akkor a megelőző chininadag hatását az inoculált sporozoitisek elkerülik és csupán a lappangási időszak végén fog az illetőben felszaporodó plasmodium-tömegre a chinin behatni, de az, mint kisérleteink megmutatták, a fertőzés kifejlődését nem képes megakadályozni, még ha a chinin nagyobb mennyiségben is alkalmaztatik, mint azt *Koch* ajánlotta.

Koch maga mondja, hogy a váltóláz prophylaxisára nézve ugyanazon szabályok állanak fenn, mint a recidivák meggátolására nézve. A recidivák keletkezése ugyanis ugyanoly módon jő létre a szervezetben visszamaradó plasmodiumokból, mint a primaer megbetegedés a beoltott *sporozoitisekből*. Már most hányszor látjuk a recidivát fellépni, ha a chinint csak minden 10. napon adagoljuk! Újabban már általánosságban praecox fertőzésnél minden 5. napon nagy adag chinint adnak a recidivák elkerülésére. Ez lesz tehát általánosságban a legtágabb határ a chinin adagolásának idejére nézve véleményünk szerint és ez olvasható ki a buvárok véleményéből is.

De vajjon megakadályozható-e egyáltalában praeventiv adagolt chininadagokkal a váltólázas fertőzés? Ez a kérdés merül fel most előttünk, látva azt, hogy milyen nagy a vérbe bejutott parasiták chininellenállása a lappangási időszakban. Vajjon nem csak gátat vet-e folyton az újabb és újabb chininadag a plasmodiumok elszaporodása elé s igy az illető nem betegszik meg ugyan, de a fertözés létrejön és lappangva fenmáll és alkalomadtán, pl. ha az illető a chinint kihagyja, a megbetegedést létrehozza. Erre is kell, hogy gondoljunk, mert minden szerző hangsúlyozza azt, miszerint a chinin még hosszú ideig veendő azután, hogy az illető legutoljára kitette magát a fertőzés veszélyének, különben megbetegedhetik.

Igy például *Plehn F.* egy hajótiszt esetét beszélte el, a ki tiz hónapig lakott Kamerunban súlyos váltólázas vidéken s bizonyos chininprophylaxissal teljesen egészséges maradt. Németországba hazatérve nemsokára elhagyta a chinin vételét s ekkor, 6 héttel azután, hogy fertőzésnek egyáltalában kitéve lehetett, súlyosan megbetegedett praecox fertőzésben.

Hogy erről meggyőződjünk, a következő kisérletet végeztük:

3. *T. Z.* 40 éves. November 19.-én este 5 órakor inoculáltatik egy anopheles clavigerrel, a mely praecox gametákkal fertőztetett és 20° C. mellett tartatott el. Az anophelest november 20.-án felboncoljuk, mindkét oldali nyálmirigyében még most is sok sporozoitis található, a gyomor alvadt vérrel teli.

Az illető először nov. 20.-án reggel kap 1 gramm chinin. sulfuricumot porban és ettől kezdve deczember 3.-ig naponta reggel veszen 1 grammot. A kétóránként eszközölt hőmérés hőemelkedést nem mutatott az egész idő alatt; a nap-nap után végzett vérvizsgálat sem quantitativ, sem a különböző módon megfestett készitményekben qualitativ különbségeket nem mutatott. Plasmodiumokat egyszer sem találtunk.

A chinint most kihagytuk s azon kilencz hónap alatt, a mig az illető pontos észlelés alatt állott, többé nem is vett. Daczára ennek váltóláz tünetei nála nem jelentkeztek, vérében plasmodiumok sohasem találtattak.

Mivel az az anopheles, a melylyel az illetőt inoculáltuk, erősen fertőzve volt és még eddigelé egyetlen esetben sem észleltük, hogy olyan egyénnél, a kit mi fertőzött anophelessel megcsipettünk, a váltóláz ki nem fejlődött volna, jogosan mondhatjuk, hogy e kisérletünkből kitünik, miszerint *a praeventive, a lappangási időnek megfelelő ideig, kellő módon és kellő mennyiségben adagolt chinin a szervezetbe bejutott malariaparasitákat teljesen megsemmisíti, úgy hogy megbetegedés egyáltalában nem jön létre még akkor sem, ha az illető chinint tovább nem is veszen.*

Most a különböző szerzők által ajánlott chininadagolási módok kipróbálásához fogtunk, a következő kisérleteket végezve:

4. *K. G.* 51 éves. Oktober 14.-én reggel kap éhgyomorra 0·5 gramm chinin. bisulfuricumot porban. Ugyane napon este 5 órakor inoculáljuk 3 anopheles clavigerrel, a melyek szeptember 22.-én fertőztettek praecox gametákkal és azóta 25° C. hőfok mellett tartattak el. Az inoculatio után mind a három anophelest felboncoljuk, kettőnek a nyálmirigyeiben még találunk *sporozoitiseket*, egyikben fertőzés nyomait nem találjuk. Mind a három gyomra telve van frissen alvadt vérrel.

Az illető október 14.-től kezdve naponta kap reggel éhgyomorra 0·5 gramm chininum bisulfuricumot porban. Október 23.-án ton-

Ezután még egy hónapig van az illető megfigyelés
órás hőmérőzés hőemelkedést nem mutatott, a vérvi
quantitativ, sem qualitativ változást nem mutattak fel; p
a vérben nem találtunk.

5. *Sz. Gy.* 50 éves. Október 19.-én este inoculáljuk
sel, október 20.-án este két anophelessel. Az anopheles
sánál kitünt, hogy fertőzve volt praecox sporozoitisekke
lommal használt anopheles nyálmirigye és a második all
náltból az egyiké. Mind a három gyomra alvadt vérrel

Az illető október 23.-án és 24.-én reggel éhgyo
gramm chinin. bisulfurcumot kap porban és ettől kezdve
napon 3 alkalommal, tehát október 29.-én és 30.-án,
és 6.-án ismét kap 1·5—1·5 grammot.

Ezután még egy hónapig van az illető pontos
alatt, mely időszakban chinint nem veszen. Az egész id
óránként eszközölt hőmérések hőemelkedést nem mutatt
végzett vérvizsgálatok semmi változást nem mutattak
quantitativ, sem qualitativ tekintetben. Plasmodiumokat nem

*E kisérletek azt mutatják, hogy a chininprophylaxi
dokon vihető ki eredményesen; mindennapos adagok ép úgy
mint nagyobb időközökben nyujtott nagy adagok.*

Már most következnének olyan kisérletek, a n
volnának megállapitani a chininnek legkisebb adagját,
vagy nagyobb időközökben adagolva a fertőzés létrejöt
lyozza; úgyszintén következnének összehasonlító kisérlet
hogy vajjon hogyan helyesebb adgolni a chinint arra né
tőzés biztosan elkerültessék: mindennapos kicsiny adag
pegig nagyobb időközökben és nagy adagokban?

Ilyen kisérletek végzésére eddig még nem nyil
kérdésesnek tartjuk azonban azt, hogy ilyen kisérlete
értékesek volnának-e a gyakorlatra nézve és pedig a köve

A tapasztalás azt mutatja, hogy úgy a recidivák el
mint a fertőzés létrejöttére illetőleg kifejlődésére nézve ren
folyással vannak az inoculation kivül más körülmények
dás, megázás, megfázás, légváltozás stb., akár használ az
lactice chinint, akár nem.

Ha ilyen körülmények elő nem fordulnak, akkor
szik meg néha az illető az inoculatio daczára sem, talán
gyul, még mielőtt betegnek érezné magát, vagy a chini
tik a fertőzés, de fennáll lappangva és ha zavaró körü
dulnak, megbetegitik az illetőt, mintha a fertőzéshez cs
volna hozzá. Ilyen módon néha olyan sajátságos esetek
hogy alig birjuk azoknak kellő magyarázatát adni. Igy
egy esetet, hogy egy hajóstiszt egy évig lakott Kame
váltólázas vidéken, s daczára annak, hogy chinint egyált
egész kameruni tartózkodása alatt egészséges volt. Egy
tért Németországba, itt rövid idő mulva megbetegedett s
váltólázban.

*A chinin legkisebb prophylaxisos adagjának megáll
olyan más faktorok is okvetlenül számba volnának veend
életben mindennap előfordulnak és a fertőzés mellett a m
jöttére döntő befolyással birnak, de a melyek csak mindez
nyekre kiterjeszkedő kisérletek alapján tennék lehetségessé
laxis legczélszerübb módjának a kisérleti megállapítását.*

Ilyen nagyszámú inoculatiós kisérletet végezni te
lehet és ezért nem marad más hátra, mint hogy az imé
sekre nézve olyan körültekintéssel készült statistikai
ból tájékozódjunk, a melyek mindezen körülménye
mellett állittattak össze.

Még egy más körülmény is fog a prophylaxisos l
adag nagyságának a megállapításánál nehézségeket ok
tapasztalás azt mutatta, hogy a váltólázparasiták min
bizonyos körülmények között, igy bizonyos vidékeken,
demiák alkalmával, a chininellenállása nagyobb, mint m
kott lenni, vagy mint az enyhe endemiájú helyeken ta
vagyunk győződve arról, hogy a tapasztalás oda fog v
épigy a prophylaxisos chininadag is nagyobb kell ho
rűbben kell hogy nyugtassék súlyos endemiás helyeke
demiák alkalmával. *A chininprophylaxis változó lesz te
kok, foglalkozás és epidemiák szerint.*

vidék, a melyre nézve találni fog a madridi congressus referensének idézett mondása, hogy ott a föld megműveletlen marad, mert a ki meg akarja művelni, vagy pánczélt kell öltenie magára, vagy meg kell mérgeznie magát chininnel.

Sőt azon tapasztalatok után, a melyeket mi a váltóláz recidiváira vonatkozólag tettünk, a melyek *Koch* szerint is ugyanolyan módon keletkeznek, mint a primaer megbetegedések, arra is el vagyunk készülve, miszerint találkozni fogunk, bár ritkán, olyan esetekkel is, a melyekben a chinin, mint prophylacticum, még mindennapos gyógyító adagokban sem válik be.

A sclerodermia bőrelváltozásainak lényege és pathogenesise.

Irta: *Török Lajos* dr., egyetemi magántanár.

A bőr sclerodermiás elváltozásainak lényege és pathogenesise tekintetében számos ez irányban végzett kutatás daczára megegyezés ezideig még nem jött létre. A legtöbb szerző véleménye szerint hypertrophikus folyamattal van dolgunk, a mely némelyek szerint angioneurotikus, illetőleg trophoneurotikus befolyások következménye, mások szerint autotoxikus befolyásoknak köszöni létét, ismét mások szerint összefügg s sclerodermiás bőrelváltozásoknál kimutatható vérérelváltozásokkal (peri-, meso-, endoarteriitis). Úgy véljük, hogy a rendelkezésünkre álló klinikai és histologiai adatokból ma már elég biztos következtetések vonhatók le a sclerodermiás bőrelváltozások anatomiai lényegére és keletkezésük útjára vonatkozólag. A sclerodermia klinikai tüneteiből s a nála felfedezhető szövettani elváltozásokból ugyanis az a következtetés vonható le, hogy egy a vérpálya útján létrejött lobos folyamattal van dolgunk, mely a bőr kötőszövetrostjainak serummal való átivódásához és megduzzadásához, utóbb pedig sorvadásához vezet.

Azon következtetés támogatására, hogy a sclerodermiás bőrelváltozások lobos természetüek, szükségtelen hivatkoznunk azon szerzők leleteire, a kik majd kiterjedt, majd csupán a mirigyek, zsírgomolyok és vérerek szomszédságára szorítkozó kisebb-nagyobb fokú kereksejtü beszürődést találtak. E tekintetben a klinikus észlelések is elegendő alapot nyujtanak. A sclerodermiás bőrelváltozások kifejlődésének koraibb szakaiban ugyanis és ott, a hol a folyamat a szomszédság felé terjed, oly pathologiai elváltozások keletkeznek, melyeket nem lehet máskép, mint lobosoknak felfognunk, értvén lobosok alatt oly folyamatokat, a melyeknek anatomiai lényege abban áll, hogy a vererek falazata a vér savója és a fehérvérsejtek számára átjárhatóbbá válik és egyszersmind congestiv vérbőség keletkezik. Már pedig a sclerodermiára jellemző tömött tapintatú, látszólag hypertrophiás bőrelváltozások keletkezését rendszerint többé-kevésbé kifejezett congestiv hyperaemia és az irha többé-kevésbé kifejezett vizenyős megduzzadása szokta megelőzni. A bőrelváltozások ezen fejlődési szakában a bőr az ujjbenyomatokat egy ideig meg szokta tartani, a mi világos jele a vizenyős állapotnak. Sok esetben még subjectiv tünetek is szegődnek a leirt elváltozásokhoz, kiegészítve a „lob“ traditionális klinikus képét. A körülirt sclerodermiánál a lobos tünetek már régtől fogva az angoloktól átvett „lilac ring“ elnevezés alatt ismeretesek. Ez alatt egy a tömött sclerodermiás foltot körülvevő hyperaemiás és vizenyős udvar értendő, a mely a sclerodermiának a szomszédság felé való terjedését jelzi, terjedés közben a sclerodermiás tömöttség kifejlődését megelőzi és a megállapodott, többé nem növekvő sclerodermiás foltok környezetéből eltünik. Ezen klinikus tünetek alapján a sclerodermiás bőrelváltozások lobos eredete kétségtelen.

A sclerodermiás bőrelváltozások teljes kifejlődésének stadiumában a bőr tömöttsége nagyfokúvá válik, többnyire deszkakeménységüvé, ugyanakkor a bőr színe fehérré vagy kissé sárgás-fehérré lesz. A tömött tapintatú területek széle, különösen a körülirt formáknál, igen éles, felületük majd a bőr szintjében van, majd egy kevéssé kiemelkedik felette. Ezeket az elváltozásokat a bőr kötőszövetének hypertrophiájára vonatkoztatták, még pedig annyival inkább, mivel szövettani vizsgálatok által az volt kimutatható, hogy ezen helyeken a bőr kötőszövetrostjai megvastagodtak s a kötőszövetkötegek megszélesedtek. De több észlelet szól az ellen,

sük. Mindenekelőtt azok az észleletek, melyek szerint a dermiás tömöttség némely esetben gyorsan fejlődik ki és néhány nap alatt, el is tünhetik. Hypertrophiás folyam folyása nem szokta ezen hirtelen változásokat feltüntetni. még egy körülmény, a mely az egyszerü hypertrophia lelen szól. Ugyanis több esetben azt észlelték, hogy a dermiás területek határai a ruházat gyakorolta nyoma lettek meghatározva, igy például észleltek sclerodermiákat lyeknek szélei a gallér s a kalap szegélyének, vagy a g és az övnek, illetőleg a csizmaszár szélének stb. feleltek tényeket úgy magyarázták, hogy az említett öltözékek folytán vérpangás s ezt követve bőrvizenyő jött létre. Vélem szerint ezen tények helyesebben úgy magyarázandók, öltözékeknek a bőr bizonyos helyein kifejtett nyomása folytá nek lobos eredetü vizenyője nem terjedhetett a szomszéds

Semmi kétség nem fér ahhoz, hogy a sclerodermiás tek leirt éles és külső behatások által feltételezett hatá ellene szól a hypertrophia felvételének, és határozo mellett, hogy az éles határ helyén a külső befolyások folyadéknak, azaz a kiizzadt savónak a szomszédság áramlását akadályozták meg.

Hogyan magyarázhatjuk már most ezen felvétel sclerodermiás területek tömöttségét és éles elhatároltságá úgy, ha felveszszük, hogy a vizenyőnek egy bizonyos id fennállása után a savó beivódik a kötőszövetrostokba, va interfibrilláris vizenyőből intrafibrilláris vizenyő válik. E fe összhangban áll a szövettani lelet, melyről már fentebb tettünk, a mely szerint a kötőszövetrostok megvastagodtak duzzadtak.

A duzzadt kötőszövetrostok nyomása folytán kiür vérerek s ez az oka a sclerodermiás folt halvány szín duzzadt rostok feszülése oka a tömöttségnek, a vizenyőnek irt rostköteghalmazra való szorítkozása pedig az éles ell ságnak. Ezen feltevéssel összefér még az is, hogy a hosszabb fennállása közben a duzzadt kötőszövetrostok h hasadása következtében a kötőszövetrostok száma és ez kötőszövetkötegek szélessége megnövekszik s hogy ezen ben létrejön a bőr kötőszövetének hyperplasiája is.

A sclerodermiás bőrelváltozások nyomtalanul tünhet Sok esetben azonban bőratrophiába mennek át. Az ut sclerodermia folyamán kifejlődni szokott vérérelvált kell visszavezetnünk. A vérérelváltozások, nevezetesen arteriitis, a sclerodermiának az ujjakon és kezeken való tioja mellett a kóros folyamat igen korai szakában lehetnek m és klinikus tüneteik által teljesen leplezhetik a gyuladá sclerodermia folyamán amúgy is igen kisfokú tüneteit. A dactyliánál ugyanis a Raynaud-féle betegség első stádi tünetei, vagyis a fájdalmas rohamokban fellépő cyanosis és a melyek itt határozottan a vérérelváltozásokra von tandók, jelentkezhetnek ismételten, még mielőtt a sclero beszürődés tünetei teljes határozottsággal kifejlődnének. ezen helyeken szokott a sclerodermia rendszerint atrophiá necrosissal is végződni. Jogosnak látszik tehát a fente tevés, mely szerint a sclerodermiás elváltozásoknak a kimenetelét az endarteriitisre, vagyis az illető bőrterülete endarteriitis következtében való rossz tápláltságára vezetjük

A sclerodermiás bőrelváltozások pathogenesisét illet hiszszük, hogy azok haematogenek, vagyis hogy a k tényező a véráram útján jut a bőrbe, és hogy a kóros zások a bőrre gyakorolt közvetlen behatásnak köszönik

Ismeretes, hogy a sclerodermiát az idegrendszer kó potaival hozták összefüggésbe. Az idegrendszerben azonba a legritkább esetekben lehetett anatomiai elváltozásokat ki úgy hogy *Westphal* az esetében kimutatott agybeli elvált a sclerodermiának az agyban való localisatiojaképen fogja

Mint a sclerodermia neurotikus eredetének bizon szerepeltették még a sclerodactyliának a Raynaud-féle bete hasonló tüneteit. Ez az analogia azonban semmiképen sen ható el bizonyítéknak. A Raynaud-féle tünetcsoport különböző okokból és különböző úton jön létre és úgy hogy többnyire endarteriitikus elváltozások által van felté

az itt is jelenlevő endarteriitisre vonatkoztatjuk.

Mint további bizonyítékot a neurotikus eredet mellett szerepeltették a sclerodermiás bőrrészleteknek némely esetben észlelésre kerülő sávalakját és féloldalúságát, a mit a herpes-zoster hasonló localisatiojával hasonlítottak össze és idegbefolyásnak tulajdonítottak. Ez ellen már *Kaposi* emelt óvást, kiemelvén, hogy a bőrnek legtöbb regiojában a vérerek lefutása összeesik az idegekével, s hogy ennélfogva a sclerodermiának sávalakja és féloldalúsága a vérerek lefutásával is magyarázható.

A sclerodermiás elváltozásoknak lobos eredete szintén ellene szól a neurotikus magyarázatnak. Ujabb vizsgálatok, melyek az úgynevezett angioneurotikus bőrbántalmak körül végeztettek, mindinkább kimutatták azt, hogy azok nem az idegrendszer befolyására, hanem valamely a véráram útján a bőrbe került kórokozónak helyben a bőr-vérerek falára gyakorolt hatásának köszönik létüket. *Philippson* és az én, részben *Vas Bernát*-tal és *Hári*-val végzett vizsgálataim még a csalánkiütésről, is melyet pedig mint a legtypikusabb angioneurotikus bőrelváltozást szerepeltetnek, kimutatták, hogy az nem idegbefolyásra, hanem haematogen úton jön létre. Ez idő szerint nem rendelkezünk semmiféle kisérletes bizonyítékkal arra nézve, hogy lobos véredényelváltozások idegbefolyásra létrejöhetnek. Ellenkezőleg a kisérletes vizsgálatok mind ezen felfogás ellen szólnak, s a klinikus észlelések vagy ugyanezt a felfogást támogatják, vagy legalább is könnyen magyarázhatók a haematogen eredet felvételével.

A sclerodermiás elváltozásoknak számos esetben észlelhető gyors keletkezése, a vérerek symmetrikus lefutásának, illetőleg symmetrikus eredésének megfelelő symmetriás elhelyeződése, a mely szintén sok esetben észlelhető, továbbá a náluk sokszor kifejlődő vérérfalelváltozások a mellett szólnak, hogy valamely a véráram útján a bőrbe jutott kórokozó agens helybeli behatása hozza őket létre. Az alább közlendő két kórtörténet ezen felfogás mellett két új bizonyítékot szolgáltat. Az egyikben oly bőrelváltozások voltak jelen az alsó végtagokon, a melyeket az utóbbi időben számos ez irányban végzett vizsgálat és különösen *Philippson* alapvető kutatásai nyomán embolikus eredetűeknek ismerünk. Ezek a bőralatti kötőszövetben, vagy az irha mélyebb rétegeiben hirtelen keletkező, többnyire a végtagokon, de főleg az alsókon localizálódó és rendszerint kétoldalt fellépő más bőrelváltozásoktól független gömbölyded lobos göbök. Esetünkben ilyenek keletkeztek és részben nyomtalanul eltüntek. Egy részük azonban sclerodermiás folyamattá alakult át.

A másik esetben a jobb karon levő sclerodermiás folt szomszédságában, tőle normális bőr által elválasztva, két különálló gócz jött létre, a mit úgy kellett magyarázni, hogy a kórokozó agens a nyirokrések útján a szomszédságba hatolt és az eredeti folttól normális bőr által elválasztott helyen befészkelte magát, a hol körülötte az új gócz létrejött. E magyarázatot támogatja az a tény, hogy mindkét arczfélen a sclerodermiás folyamat ívezetesen nyomult tova a szomszédság felé, a mi szintén a folyamatnak a nyirokréseken való tovaterjedését bizonyítja. A szomszédság felé való egyenletes, megszakítás nélküli tovaterjedést a neurotikus elmélet felvétele mellett esetleg még úgy lehetett volna magyarázni, hogy a folyamat az idegcentrumokban is egyenletesen terjed tova, de az adott esetben, a hol a megszakítás nélkül való tovaterjedés mellett a folyamatnak még olyforma továbbnyomulása is volt észlelhető, hogy egy korábbi folt mellett egy tőle teljesen elkülönített gócz keletkezett, ez utóbbi felvétel túlságosan erőltetett volna. Jogosnak látszik tehát ezen észlelet oly értelemben való értekesítése, hogy a sclerodermiás bőrelváltozások valamely kórokozó agens helybeli behatására jönnek létre.

Az alábbiakban kivonatosan közlöm eseteim kórtörténeteit.

I. Sch. Ferenczné, 31 éves, 7 év óta férjnél. Két egészséges gyermek anyja. Mintegy 7 vagy 8 éve veszi észre, hogy ujjai kissé merevebbek és hidegben kékes színüek. Ezelőtt 4 évvel második szülése után mindkét alszárán fájdalmas kiütés támadt, a mely nagy, élénkpiros, meleg tapintatú daganatokat képezett és a mely néhány hét után elmult. Ugy emlékszik, hogy ezen idő óta ujjai is rosszabbak lettek. Egy-két esztendeje, hogy mellén és a felkarokon piros szín keletkezett, a mely azóta állandóan fennáll. Hat hónapja, hogy alsó végtagjain kiütés lépett fel. anaemiás egyén. A belső szerveken semmi rendellen mutatható ki Az orrcsúcson körülbelül félfillérnyi, szélű vérbőség, a mely halványpiros és csak 2—3 fenn. A pofák és az ajkak bőre kissé feszes, halványpi A mell felső részében a kulcscsont feletti tájéktól egés madik borda magasságáig halványpiros, elmosódott ha márványzott vérbőséget mutat, a mely mellett e terüle tehát főleg a mellcsont manubriuma tájékán kisfokú v jelen, a mely a bőr összes rétegeit illeti, de minden rét kisfokú, úgy hogy a bőr az ujj-benyomást nem tartja módon, hanem tapintásra valamivel vastagabbnak és tömöttebbnek mutatkozik a szomszédos bőrrétegeknél. E ség azonban elmulik, a mint egy bőrredőt ujjaink k mozgatunk és préselünk. Ennek a területnek határ elmosódottak. A beteg itt feszülést érez.

Az imént leirtakhoz hasonló, bár valamivel mag elváltozások láthatók mindkét felkar felső felének elüls A pir itt valamivel sötétebb, de ép oly elmosódott ha ződik, mint a mellen. A terület, a melyet elfoglal, másfél férfitenyérnyi. E terület közepe kifejezettebb mint a mellkas bőre. A tömöttség itt is az irhát egész ben illeti és a bőralatti kötőszövet felső rétegeibe is bőralatti kötőszövet mélyebb rétegei itt is szabadok fascia felett szabadon mozgatható. A tömöttség minden nélkül fokozatosan vész el a szomszédság felé. Legkife a piros terület közepén, körülbelül fél gyermektenyérn észlelhető. Ez utóbbi helyen a bőr felülete a szomszéds halványabb és fénylő.

Mindkét kézhát bőre a csuklóizületen túl terjed elmosódott határral az alkar bőrére átterjedve, tovább ujjak első perczei cyanotikus, lividkék színüek. A distá teljesen vértelenek, sárgás-fehérek. A beteg állítása sze ilyenek, valahányszor a beteg, úgy mint most, hidegb kodott. Egyébkor színük mindig kék. Az ujjak bőre godottnak látszik, minek következtében kevésbé hajl mivel a rendesnél érzékenyebbek is, a beteg alig h őket munkára. A kézhátak és az alkarok alsó harmad a cyanosison és egy csekély érdességen kivül nem mut elváltozást.

Az alsó végtagokon kimutatható elváltozások töm nyomható beszürődéseket képeznek. A legkisebbek külső boka előtt, egy másik a bal alszár küloldalá táján) körülbelül borsónyi, az irhában székelő, anna rétegeit is illető kerek, halvány kékes-piros tömött nagyobbak szabálytalan alakúak, nem egyenletesen, ha nyozottan kékes vagy élénkebb piros színüek; az vastagságát foglalják el ezek a laposan kiemelkedő, s tól, sem érintésre nem fájdalmas beszürődések. Ilyene egy-egy a jobb és bal lábhát közepének külöldalán (e belül ezüstforintnyiak), egy a bal külső boka mögött ezüstkoronányi) és egy a jobb alszár alsó harmadának Az utóbbi, a mely körülbelül egy ezüstforintnyi, közép kissé szalonnás fényű részletet mutat.

A jobb öregujj körömágyának külső szélén és lábujj körömágyának belső szélén felületesen kifekélye onychia, a öregujj izközti izületének külső felületén letes, körülbelül 5 millimeter hosszú, harántul futó, r fekély. Ezek már több hete állnak fenn.

Február 13. A bal lábikra belső oldala alsó harmadának határán 3 hét óta egy férfitenyérnyi érzéke fehéres, szélén halványpiros gócz van jelen, a mel helyen 2 hónap óta fennállott subcutan, kisebb körü fejlődött ki. A terület az ujjbenyomást megtartja, vize gebb, mint a szomszédság és tömött. A tömöttség az szélességét és a subcutan kötszövet felső részét illeti, rétegek felett szabadon mozgatható, érintésre kissé ér

A jobb lábháton levő góczon a pir legnagyobbr csupán belső határain volt egy szabálytalan alakú bo leten kékes pir; a gócz többi, tallérnyi kiterjedésü ré színű, elég határozottan kitapintható szegélylyel bi tapintatú. A tömöttség csupán az irhában van jelen

A beteget február 15.-án, március 8. án, március 18.-án, május 11.-én láttam újra. Ezen idő alatt két körülirt kis borsónyi, kissé érzékeny, gömbölyű, tömött, a bőralatti kötőszövetbe beágyazott gócz lépett fel a bal alszár felső harmadának külső oldalán és két hasonló a jobb lábhát külső oldalán. Ezek felett a bőr teljesen épnek látszik. A bal lábszáron lévők, a melyek egyszerre keletkeztek márczius elején, május 11.-én már lényegesen kisebbedtek, a jobb lábháton márczius közepén keletkezett göbök ugyanekkor szintén már visszafejlődőben voltak.

A lábhátak és a bokák tájékán jelen volt irhabeli beszürődések részben kissé hyperaemiás, atrophiás helyek hátrahagyásával elmultak, vagy csak kis mértékben tapinthatók ki május 11.-én.

Ugyanekkor a bal lábszár bal oldalán levő gócz minden irányban kissé megnövekedett. A szomszédság felé halványpiros, hyperaemiás udvar veszi körül, melytől befelé egy jóval halványabban piros vagy normális bőrszínű, kissé a bőr szine fölé emelkedő, az ujjbenyomatokat megtartó, a subcutan szövetet is magába foglaló, középen kissé besüppedt oedemás terület következik, melynek felső szélében egy körülbelül 2—3 cm.-nyi átmérőjü, érzékenyebb és tömöttebb, szabálytalan alakú beszürődés tapintható.

A beteget utoljára 1905. junius 5.-én láttam, a mikor a bal lábszáron lévő oedemás beszürődés összesen körülbelül öt hónapja állott fenn. Most is kissé nagyobbodott, még pedig felfelé terjedt. A felső szél ennélfogva kissé rózsásabb és érzékenyebb. Most sokkal élesebben határolt.

A bal lábszár külloldalának felső felében néhány napja egy körülbelül ezüstkoronányi kiterjedésü és 5—6 millimeternyi vastag, elég tömött beszürődés keletkezett a subcutan szövetben. Ennek szélei legömbölyödöttek, felette a bőr kissé előmdomborodik és halvány rózsás hyperaemiájú. Egy hasonló nagyságú és kinézésü beszürődés keletkezett ugyanekkor a jobb lábszár külloldalának közepén, de ez benyomul az irha mélyebb rétegeibe is. A lábujjak és lábhátak beszürődött góczai atrophiás helyek hátrahagyásával eltüntek.

II. V. J. 21 éves, varrónő, állítása szerint mindig egészséges volt; jelen baja mintegy 4 év óta áll fenn. Kezdődött a hajzatos fejbőr mindkét halántéki és parietális tájékának oldalán, majd (1 évvel később) mindkét arczfélen és a jobb karon lépett fel. A hajzatos fejbőrön előbb kissé megduzzadt a bőr, majd hajhullás jelentkezett. Az arczban és jobb karon egy-egy göb alakjában kezdődött, a melyek közül a bal arczfélen keletkezettet ki is vágták. Az arczban levő elváltozások a beteg állítása szerint legelőbb a fülek előtti tájékon léptek fel és innét terjedtek lassanként előre. Ezek időről-időre kissé megduzzadnak, kissé pirosabbakká válnak s ilyenkor terjednek a szomszédság felé. Ilyenkor az arcz kissé ég és a beteg csekély fájdalmat is érez.

Status 1904. február 10.-én. A bal arczfélen a fül előtt egy kissé szabálytalan sávalakú heg, mely a járomív magasságából egészen az alsó állkapocs felső széléig ér. Ezen heg alsó végétől egészen a bal alsó állkapocs közepe tájékáig egy hosszúkás, kötegszerü, körülbelül 2 cm. hosszú és 1 cm. széles, izomtapintatú képlet vonul, a mely felett az irha legfelületesebb rétege kissé ránczolható, a mely az arcz izomzatával szorosan összefügg; a bőr felületén csak kevéssé emelkedik ki, halványrózsás hyperaemiájú, szegélye legömbölyített. Ennek elülső vége felett, tőle egy ujjnyi széles ép bőrréteg által elválasztva, körülbelül másfél harántujjnyira a szájzug mögött egy második köteg vonul felfelé függélyes irányban a járomív felé. Ez a köteg a járomív tájékán 1½ cm. széles, lefelé több helyen keskenyebb, körülbelül ½ cm. széles). Ez az irha egész vastagságát foglalja el úgy, hogy itt ránczolódás nem észlelhető felette, söt alsó vége táján a bőr egy körülbelül gombostűfejnyi helyen kissé be is húzódott. A halántéktájékon körülbelül félborsónyi élénkpiros kiemelkedéssel egy újabb tömött köteg képződik, mely további lefolyásában czeruzavastagságú, ferdén vonul át a halántéktájékon és a hajzatos fejbőr szélén végződik. Ez a beszürődés a mélyebb rétegek felett szabadon mozgatható, felette az irha papilláris rétege csak igen csekély fokban ránczolható.

A jobb arczfélen az elváltozások localisatioja egészen hasonló a bal arczféléihez, csakhogy ezen oldalon a tömött beszürődés egy Ez a sancz a jobb angulus maxillaetól indul ki, az ar végighalad s a hajzatos fejbőr halántéki határán vé tömöttség ezen az oldalon kissé erősebben emelkedik kebben piros és az arcz közepén végigvonuló részlet sebb, mint a bal oldalon (2½ cm.). A sánczon ezen több behúzódást lehet kitapintani. Az irha nem rán tömöttség felett. A tömött beszürődés mindkét oldal körülbelül 4 cm széles és 6 cm. magas, a fül előtt mellfelé félkörszerüen határolt területet zár körül, semmi feltünőbb elváltozás ez idő szerint nem észlelhe az nem, hogy a szomszédsághoz képest kissé besüppedtn A tömöttség nyomásra nem érzékeny. A tömött beszü halad a száj nyálkahártyájáig, hanem az arcz izomzatá a nyálkahártyától függetlenül mozgatható; a száj üreg emelkedést nem okoz.

A hajzatos fejbőr oldalsó szélén a halántéktól nyakszirti táj elülső végéig egy körülbelül három ha széles területen teljes kopaszság és a bőrnek kisfokú me dása van jelen.

A jobb felkar külloldalának felső felében egy 9 c és 3—4 cm. széles, szabálytalan szegélyü, igen tömött határolt beszürődés van jelen, a mely az irha egész foglalja el s a melynek felülete viaszszerüen fehér, itt-ot gombostűfejnyi barna foltocskát és több halvány, kékes borsónyi atrophiás depressiót tüntet fel.

1904. október 14.-én: A jobb felkaron levő tömöt dés alsó vége mögött mintegy másfél harántujjnyira és tő lefelé mintegy két harántujjnyira 2—3 hét óta egy-egy kerekded, a bőralatti kötőszövetbe beágyazott tömött göb a melyek közül az előbbi az irha állományába is bete

1905. junius 24. A jobb felkar külloldalán levő gócz teljesen felszívódott s helyén egy félborsónyi e atrophiás hely keletkezett. Az elülső, különálló gócz fejnyire kisebbedett. A felkar nagy sclerodermiás foltjá leg különösen a hátsó széle tapintható ki élesen. E kissé elmosódott határral keskeny atrophiás bőrrészl át, a mely utóbbi a normális bőrrel határos.

Közlemény a budapesti egyetemi 2. sz. női k
Tanár: Tauffer Vilmos dr., udvari tanács

Kiviselt méhenkivüli terhesség élő magz

Közli: *Tóth István* dr., egyetemi magántanár, adjun

„A pete, a mikor a méhen kivül letelepszik, nem veti meg, hanem megássa saját sirját is!“ mondja Werth.

A méhen kivül letelepedett pete, a mellett, hogy a veszedelemmel fenyegeti az anya egészségét, életét, maga kán fejlődhetik ki, előbb vagy utóbb tönkremegy, épen a letelepedés által felidézett súlyos szövődmények folytán (ru ris abortus), vagy a tápláló források elégtelensége miatt; é ezeket legyőzte, átélte is, ha eljutott a terhesség végér további fejlődésére, életműködésére nem elégséges többé az által átadott éleny s táplálóanyag, a mikor ütne a szülésne elválás az anyaszervezettől: a méhen kivül fogant magzat szervezetben, mintegy elevenen koporsóba zárva elpuszt külső segitség, az orvos kése nem nyitja meg számára az megkezdésére vezető utat.

Jóformán nap-nap mellett foglalkozunk a méhenkivül kaleidoskopszerű alakjaival, csak nemrégen számoltam be k az utolsó tiz év alatt észlelt 100 méhenkivüli terhességről ritkán van alkalmunk arra, hogy az anya egészségének, élet óvása mellett megmenthessük a rendellenességnél a magzat

A közelmult erre is adott ismét alkalmat, alábbiakb érdekes történetét.

V. Gy.-né (1905. 342. fsz.), 35 éves banjalukai (Bos kétszer rendesen szült; másodszor tiz évvel ezelőtt. Rendese baja, 1905. február hó 10.-én jelentkezett utoljára; terhes magát, gyakori rosszulléte, émelygései miatt a nyár folya

rendkivül hevesen jelentkező magzatmozgás okozta fájdalom bántotta, a mely az utolsó négy hétben annyira fokozódott, hogy aludni sem tudott. Orvosa, a kit az utóbbi napokban e miatt felkeresett, állítólag a magzatot harántfekvésben találta, s ezért küldötte fel a messze távolból hozzánk. Tény, hogy orvosa olyan rendellenességet ismert fel, a mi miatt halaszthatatlanul szükségesnek tartotta a beteg feljövetelét.

Folyó év november 28.-án jelentkezik a beteg felvételre klinikánk szülőosztályán. Megvizsgálásáról a következőket jegyeztük fel: Jól fejlett nő, compenzált vitium cordissal; mirigyes emlőkben colostrum. Az egyenlőtlenül tágult has bal oldala erősebben emelkedik ki; hasfalzat kissé petyhüdt, hájas. Az alhasban a köldök magasságáig emelkedik a medenczéből egy elég jól megmozgatható, jó másfél ökölnyi, golyószerű, mérsékelten tömött képlet, a mely dörzsölésre összehúzódik, megkeményedik; e képlet mögött és felette ferdén, hossztengelyével balról és felülről jobbra és lefelé elhelyezkedő, egész a bordaívig érő, a hasat jórészt kitöltő képlet foglal helyet, a melynek határai elmosódottak, a mely előtt különösen jobb oldalon belek foglalnak helyet. Mindössze annyit tudunk megállapitani, hogy jobb oldalon és alul magzati apró részek benyomását tevő kisebb dudorok tapinthatók, mig a baloldali felső polusban egyenletesebb felületű, tömegesebb rész érezhető.

Jobb oldalon közvetlen a köldök alatt az anya szivverésétől biztosan elkülöníthető magzati szívhangok hallhatók, perczenként 120. A kopogtatási hang jobb oldalon az alhas felett tompa, üres, a köldöktől felfelé mindenütt dobos, mig bal oldalon az egész hasfél felett tompult, de gyengébb kopogtatásnál dobosan áthangzó a hang. A tompulat ezen oldalon beterjed a mély lumbaltájra is.

Belső vizsgálásnál régi kisebb gátrepedés, a felpuhult hüvely hátulsó falának erős ledomboritttatása folytán felfelé közvetlen a symphysis mögé halad és ennek felső széle mögött ujjal épen hogy elérhető a felpuhult portio. A hátulsó hüvelyfalat, illetőleg hüvelyboltozatot ledomboritó test úgyszólván az egész kis medenczét kitölti, abból ki nem emelhető és benne egy határozottan jól elkülöníthető apró részt (lábnak tartjuk) és kevés lágyrész által borított, nem sima, csontos, nagyobb részt különböztethetünk meg (far). A symphysis felett helyet foglaló, közel a köldökig érő, contrahálódó, fentjelzett képlet bimanuális vizsgálatnál kétségtelenül a megnagyobbodott méhnek bizonyul, s biztosan elkülöníthető a mögötte, illetőleg felette fekvő tömegtől, a mely immár kétségtelenül nem más, mint a magzatot rejtő petezsák. És ezzel a méhenkivüli terhességnek minden biztos kriteriuma megvan: kétségtelen a terhesség (magzatrész, szivhang) és bizonyitva van, hogy a terhesség nem a méhben fejlődött ki.

Azon körülmény, hogy a beteg részletes kikérdezése mellett sem találunk olyan momentumot, a mi a méhenkivüli terhesség valamely súlyosabb elváltozására (ruptura, abortus) mutatna, arra enged következtetni, hogy ez esetben primaer méhenkivüli terhességgel állunk szemben, a mi minden valószinűség szerint csak az esetben fejlődhetett nagyobb zavar nélkül ez ideig és érhette el a terhesség végét, ha a pete megtapadása a tubának ampulláris részében történt, a mely kifejlődés mellett elég szabadon fejlődhetik a pete a hasűr felé; másrészt ezen feltevés mellett arra is számithatunk, hogy a lepény eredeti tapadási helyén maradva, a műtétnél olyan viszonyokat fogunk találni, a melyek mellett a lepényi helyen a vérzésnek csillapitása nem fog legyőzhetetlen nehézségekkel járni. A terhességi időszámitás (utolsó havi baj több mint kilencz hónappal ezelőtt) azt mutatja, hogy a terhesség kiviselt, sőt a normális határt pár nappal túl is haladta. Ha tehát a magzat életét meg akarjuk menteni, a beavatkozással sokáig késlekednünk nem szabad, mert minden órában bekövetkezhetik a magzatnak elhalása.

Nem akarok részletesen ismét belemenni annak birálgatásába, vajjon az anya szempontjából mi helyesebb: operálnunk élő magzat mellett, a lepényi vérkeringés fennállása mellett, a mikor a vérzéscsillapitás szükségének nehéz feladata áll előttünk, avagy megvárnunk a magzat elhalását, a lepényi vérkeringés megszünését? Hiszen e kérdés jóformán általánosan tisztázódott már és pedig az előbbeni eljárás javára. Hanem igen is az anya érdeke mellett mindenképen respektálnunk kell a magzat életét, különösen akkor, a mikor a leirt viszonyok mellett aránylag kedvezőnek igérkezik a beavatkozás egyrészt technikai kivitelét illetőleg, másrészt a magzat épségének szempontjából mikor egy jó erőben levő anya operálásáról van szó, a ki operálás elmulasztásával az elhalt magzat is nagy veszélyt rejt s a mikor ez operálásnak minden technikai eszközét megad mindenképen berendezett, készen álló intézet, klinika.

Másnap, november 29.-én, végzi Tauffer tanár a lap hasmetszés a középvonalban a köldökön át vezetve, a h közvetlenül egyrészt a másfél ökölnyi puha nagy méhet, köldök felett beleket találunk, ezek alatt van a belekke szabadon fekvő petezsák, a melynek jobboldali alsó polu belenyúlik a medenczébe, baloldali fele pedig a belek közö halad fel a bordaivig. A méh bal sarkától 5—6 cm.-nyi ho normális vastagsággal kiinduló tuba egyszerre kiszélesedve petezsákba, a mely a bal széles szalaggal és a méhnek s szélesen és szivósan függ össze. Burkot repesztünk s kihoz leánymagzatot, a mely farával a medenczében, fejvégével oldalon helyezkedett el, bal lába kinyújtva a hasra volt felc jobb lába térdben behajtva, a far mellett feküdt. A magz melegítésre nemsokára légzeni, majd sirni kezd.

Gondos áttekintésnél látjuk, hogy a lepény részben ampulláris részletében tapad, másrészt reáterjed a baloldali sz hátulsó felületére, illetőleg a méh bal alsó szélére; hozzáfo a petezsák, illetve a lepeny kiválasztásához. A laterális sz tásánál, miután az arteria spermatikát lefogtuk volt, nagy nincs, daczára annak, hogy a petezsák szélesen magára emelt sigmoidea mesenteriumát és vele összenőtt. Minél inkább azonban a kiválasztással a méh felé, a hol már a széles szala a lepény, annál erősebb, majd vehemens vérzés indul meg, a az egész műtéti terrenumot és az elvérzéssel fenyegető vérz csak úgy vagyunk, hogy a lepénynek gyors leválasztása mel kiemeljük, kifeszitjük a méhet, comprimáljuk az art. uteri gyorsan számos érfogót rakunk fel a lepénynek jelzett tapad Igy rövid pár percz alatt szünik a fenyegető vérzés.

A beömlött vérnek kitisztogatása után nyugodtan t át a műtéti tért és csinálhatjuk meg tervünket a végleges v pitást, a sebellátást illetőleg. Az a kérdés, a méh eltávolí tudjuk-e biztosan csillapitani a vérzést, másrészről a méh, alsó bal felére tapadt volt a lepény és mely most e helyen lecsupaszított, vajjon megtartható-e?

A helyzet megbirálásánál az tünik ki, hogy mindent véve, czélszerűbb a méhnek csonkolása, annál is inkább, mi oldali méhkürt is beteg, tojásnyi zsákot képez; a jobbol szalag lefogása, átmetszése és a hólyag letolása után a bel táján lemetszszük a méhet, alákötjük a jobboldali art. uterin oldali uterina revierjének ellátása több nehézséget ad, e he kivül erős és a typustól eltérő erezettséggel találkozunk, alákötéssel sikerül azonban a vérzésnek teljes megszüntetése összes ereknek lekötése után a szokásos typusos módon hártyaborítékkal úgy a méhcsonkot, mint a baloldali szagg leteket és a rendes toilette után zárjuk a hasat.

A beteg 112 jó pulsussal kerül ágyba és a nyolcza jelentkezett egyetlen hőemelkedést leszámítva, teljesen láztalan

A leánymagzat hossza 50 cm., súlya 3000 gm. Fejkerü Feje oldalirányban mérsékelten lelapitott. A far mellett elh jobb lábon pes varust találunk, ugyanezen végtagnak mé részleges contracturájával, a mennyiben a végtag a térdben nál jobban nem egyenesithető ki. Ezen elváltozásoknak oka végtag a far mellett a kis medenczébe lévén beszorítva, n hetett, nem mozoghatott szabadon s igy az izmoknak kellő ho való kifejlődése is visszamaradott. Az anya maga táplálja a mely zavar nélkül mérsékelten fejlődik s összes életfunctioi

Nagyon érdekes a petezsáknak közelebbi átvizsgálása

A petezsákon 2 cm.-nyi ép tubacsonkot látunk, mely ki jórészt borítja a lepényt s ennek legnagyobb része számá felületet ad. A lepény hosszúkás, legnagyobb szélessége 1 nagyobb hosszúsága 24 cm., ebből 15—16 cm.-nyi rész fedett, a mely köpenyt részint a tuba, részint a széles szalag hátsó lemeze képezi; a lepénynek jobboldali részlete 8- hosszúságban csupasz, szaggatott, e részletet választottuk le méh bal széléről, részben a széles szalagnak a méhhez közel e

hosszúságban előbb kel, majd több ágra oszolva a burkokban fut s a lepény alsó szélén, ennek közel egész hosszában ágakra oszolva velamentosusan tér be a lepénybe. A méh öthónapos terhes méh nagyságának megfelelő tömeges falzatát vastag decidua béleli ki. A jobboldali tuba tojásnyi bunkóban végződik, melyet erős lenövések között találunk (sactosalpinx serosa). A baloldali ovarium a petezsák mellett összenyomva található fel, míg az ellenkező oldali jobb ovarium nagyobb s benne typusos corpus luteum verum látható, a mely körülmény, a mint már több esetben láttuk volt, ismét támogatja azok nézetét, a kik a méhenkivüli terhesség aetiologiájában a pete átvándorlásának nagy szerepet tulajdonítanak.

A pete átvándorlásának oki tényezője volna ez esetben az ovuláló petefészek oldalán levő tubának megbetegedése, elzáródása, ha ugyan ezen elzáródás nem épen következményes elváltozása a rendellenes terhességnek; teljesen bizonyító értékkel e körülmény tehát nem bir, de feljegyzendő.

A külföldi irodalomban sem nagyon gyakran találkozunk hasonló esettel, hazai irodalmunkban pedig épen ritkaság. A mennyire ez irányban átnézhettem irodalmunkat, hazánkban ez a második eset, a hol élő, kiviselt méhenkivüli magzatot hoztak hasmetszés útján világra.

Az első eset is klinikánkról származik, az Orvosi Hetilap 1896. évfolyamában közölte Reismann Adolf dr., klinikai tanársegéd. A világra hozott, gyengén fejlett magzat azonban agynyomás következtében nyomorék volt, s 3½ hónapos korában elhalt.

Általában kedvezőtlen az élve világra hozott méhenkivüli magzatoknak további sorsa, nagyon sok közöttük a torz, a nyomorék, épen a szabad fejlődés akadályoztatása, a medenceze s különböző szerveknek nyomása folytán s még aránylag kedvező, ha csak a jelzett, nem súlyos deformitásokkal jön a magzat világra.

A tabes dorsualis kórismézése ma és ötven év előtt.

Irta: *Sarbó Arthur* dr., egyet. m. tanár.

Jubileumi szokás, visszapillantást vetni az elmult időkre és reconstruálni a jubiláló egyén vagy intézmény élettörténetét. Minden hozzászóló saját egyénisége szemüvegén át ítéli meg az élettörténetet és emeli ki azt, a mi szerinte jellegző. Jelen esetben, midőn az Orvosi Hetilap jubileumáról van szó, feltéve specialista szemüvegemet, azt látom, hogy az idegkórtan köréből a tabes dorsualis azon bántalom, melynek mind közelebbről való felismerése, tünettanának kiépítése lényegesen tökéletesedett és e tökéletesedést hiven tükrözik vissza az Orvosi Hetilap hasábjai. Ennek legélesebb bizonyítékául felhozhatom azon körülményt, hogy a lap 1864. évfolyamában jelenik meg legelőször a tabes név, azzal az utalással, hogy lásd: *sorv*; ha az e czimen leirt kórtörténeteket áttekintjük, azt látjuk, hogy egymástól elütő, ma már differentiálódott bántalmak vegyüléke az. Szó van ott Friedreich-féle ataxiáról, mely jelzés alatt egy tulajdonképeni tabes-eset van leirva (*Wilhelm*: A hátsó gerinczagyi kötegek sorvadásának két esete. Az első esetet szerző a Friedreich-féle ataxiához sorolja, pedig az kétségtelen tabes.), majd *Szabó* (Kolozsvár) dystrophia musc. progr. esetét irja le, mint a gerinczagy hátsó kötegeinek szürke elfajulását!

Akkori időben még csecsemőkorát élte a tabes kórismézése. Igy *Duchenne de Boulogne*-nál olvassuk, a tabes első klassikus leirójánál, hogy 1863-ban Berlin, Lipcse és Zürichben járván, az ottani kórházakban tabes dorsualis neve alatt előtte demonstrált betegek legtöbbje paraplegiás *(vrais paraplégiques)* volt és nem tabeses. Ugyancsak ő mutat reá a *Romberg* szolgáltatta leirás hiányaira. És csakugyan, ha elolvassuk *Romberg* czikkét a tabes dorsualisról, mely 1846-ban látott napvilágot az ő híres: „Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen" első kötetében, úgy azt látjuk, hogy messze mögötte marad e leirás a valóságnak és távolról sem éri el azt a tökélyt, mely *Duchenne de Boulogne* 1863. évi leirásában foglaltatik.

Romberg czikkének kezdete érdemes a feljegyzésre, mert abból legélesebben látható a tabes kórismézésének haladása: „Das frühste Merkmal ist Verringerung motorischer Kraft in den Muskeln, zuerst und vorzugsweise der untern Extremitäten, welche sich zuweilen anfangs in einem Beine mehr ausspricht, als in dem andern, im weitern Verlaufe aber beide zum Sitze nimmt." *Romberg* hatása ismerhető fel *Wilhelm* czikkében, mely 1865-ben jelent meg az Orvosi Hetilapban: járás bizonytalanná válik. *A kór ezen időszakában lesznek bajukra figyelmessé.*" Az ataxia volt tehát azon szembeötlő tü ben akkortájt a bántalom lényegét látták, ugyanekkor már é azt, hogy az incoordinatio kifejezettebb lesz, ha a betegek zárják vagy sötétben kénytelenek járni (Romberg-tünet). abban az időben *Duchenne* klassikusan irja le a tabest az megjelent munkájában az „Archives générales de médecine"- *berg* mellékesen emlékszik csak meg a kóbor fájdalmakról, mi azok fontosságát már helyesen ismerte fel. De *Duchenne*-re ordinatio gyakorolta a legnagyobb hatást és innen ered az, tabest: *„ataxie locomotrice progressive"* névvel jelöli. *Duch* ben megjelent hires munkájában: „de l'électrisation localisé klassikus képét adja, úgy hogy joggal nevezik egyes szerző Duchenne-féle bántalomnak. Hatása a mi irodalmunkban is igy *Takács* az Orvosi Hetilap 1879. évfolyamában már a elnevezését használja és a tünetcsoport gazdagságát emeli k kórismézése már *Duchenne*-nél előrehaladott stadiumban va *biztos* diagnosis felvételét még ő is az alsó vagy felső végt ordinatiojának fellépésétől számítja; de már helyesen utal az megelőző korai tünetekre, melyek közé a jellegzetes lancin makat, szemizomhűdéseket, az amaurosist, az atrophia n. mítja. Ezek jelenléte azonban csak valószínűvé teszi *Duche* a tabest: „Jusqu' ici le diagnostic reste incertain, mais à l l'on voit apparaitre, soit dans les membres inférieurs, soi membres supérieurs, les premiers troubles de la coordination vements, après les symptômes de la première période, le change presque en certitude."

Érthető a reserváltság, minthogy a tabes két fontos t ez időben felfedezve nem volt.

Az egyik, a térdtünet hiánya, *Westphal* által 1875-ben a pupillának fényre és consensuális merevsége megtartott alkal reactio mellett, *Argyll-Robertson* által 1869-ben lett felfedezve.

E két tünet fontossága csak a nyolczvanas években le méltatva.

A térdtünet felfedezése korszakalkotó volt, mondhatju időtől fogva datálódik az idegkórtan fellendülése.

E tünet vizsgálatának elterjedését, általános használ köztudomású, a *Jendrássik* által 1885-ben ajánlott vizsgál Jendrássik-féle kézfogás) tette lehetővé.

Csakhamar kitünt, hogy e két tünet (leirójuk után *Argyll-Robertson*-tünet) már a tabes korai szakában lép fe évtizedekkel előzve meg az ataxiás szakot.

És ezzel a tabes kórismézése történetében fordulópont

E két tünet ismerete lehetővé tette azt, hogy a tabe ataxiás szak előtt vált kórismézhetővé. E tünetek figyele mellett mind újabb és újabb korai tünetek lettek kellőleg m

Igy, hogy csak egyre mutassak reá, *Duchenne* leirásába hogy a tabes menetében a gastrikus krisisek előfordulhatna mondása, hogy: „des vomissements n'ont jamais signalé l l'ataxie locomotrice" ma már nem állja meg helyét. *Charcot* óta tudjuk, hogy mindenfajta krisisek (gyomor, gége, bél kezdeti tünetét is képezhetik. Újabb közlemények egész se nyitja ezt.

Nem lehet czélom a tünetek ez időbeli eltávolodását, lyesebb felismerését pontról pontról követnem, mert az k való megbeszélést követelne.

Megtanultuk azt, hogy nincs oly tünete a tabesnek, kezdeti tünet ne jelentkezhetnék.

Leggyakoribb bekezdő tünetek: lancináló fájdalom Robertson-tünet, ezek után a Westphal-tünet és a legújabb eredményeként vele egyenértékünek felismert Achilles-inre s végül az atrophia n. optici.

Ezen tüneteket, minthogy a tabes-esetek túlnyomó t jelen vannak, *cardinális tünetek*-nek nevezzük; ezek közül jelenléte elegendő a tabes felvételére.

A többi tabeses tünetek esetenként változók, felle addig még nem ismert egyéni sajátosságokban keresendő, ez teket *egyéni tünetek*-nek nevezhetjük.

Ezen egyéni tünetek gyakoriságuk sorrendjében a kö hólyagtünetek, paraesthesiák (övérzés, fonákérzés az ulnaris n

Ezen egyéni tünetek egyike a cardinalis tünetek valamelyikével elegendő, ha őket tabeses korban levő egyénnél felleljük, hogy a bekezdő tabes kórismézét felvegyük.

A tabes kórismézésében a legnagyobb haladást ezen korai tünetcsoportozatok felismerése képezi, úgy hogy ma már különböző bekezdési typusokat tudunk megkülönböztetni.

Az Orvosi Hetilap utolsó évtizedének évfolyamaiban az elmondottakat igazoló számos feljegyzést, kóresetet találunk, melyek felsorolása túllépné e rövid visszapillantás keretét.

A felsorolt tünetek közt kettőt hiába keresünk: sem az ataxia, sem a Romberg-tünet, melyek jelenléte nélkül elődeink a tabes kórismézét felállítani nem tudták, ma nem szerepelnek már diagnostikai értékkel; ma már e tünetek fellépését évekkel, évtizedekkel megelőző időben tudjuk kórismézni a tabes dorsualist.

Tempora mutantur . . .

Symmetrikus gangraena (Raynaud) esete hereditaer-luetikus alapon.

(Közlemény a nagyváradi Sztaroveszky alapítványi gyermekkórházból.)

Közli: *Schiff Ernő* dr.

Daczára ama kiváló figyelemnek, melyben eme kóralak *Raynaud* első közleménye óta részesül és daczára ama terjedelmes irodalomnak, mely most már e tekintetben rendelkezésünkre áll, nem mondhatjuk, hogy legalább gyermekeknél nagyobb számú eset került volna észlelés alá. *Sachs*[1] ugyan úgy nyilatkozik, hogy a *Raynaud*-féle betegség gyermekeknél ép oly gyakran fordulna elő mint felnötteknél, támaszkodva e tekintetben *Morgan*-ra, a kinek összeállításában 93 eset között 24 tíz éven aluli gyermek, és *Raynaud*-ra, a kinek 31 esete között öt 3—9 év közötti gyermek szerepel; azonban, hogy általánosságban gyermekeknél nem épen gyakran lép fel, azt bizonyítja előttem ama körülmény, hogy az utolsó 15 év gyermekgyógyászati irodalmában nem voltam képes több esetet találni, mint összesen 13-at. Bár ezen esetek a viszonyokhoz képest elég alaposan lettek tanulmányozva, mindannak daczára a kóralak tulajdonképeni aetiologiáját illetőleg oly kevéssé tisztázódott a helyzet, hogy még ma sincs eldöntve, helyes-e egyáltalában *Raynaud*-féle „betegségről" beszélni, avagy nem helyesebb-e — mint azt az angol vizsgálók teszik — csak *Raynaud*-féle „tünetekről" szólani, a melyek talán a *Raynaud* értelmében vett vasoneurosis közrehatása kapcsán különböző jellegű alapbántalom mellett jelentkezhetnek.

Különös fontossággal birnak tehát az olyan esetek, a hol akár positiv anamnestikus adatok alapján, akár ex juvantibus biztos aetiologiai momentum deríthető ki, főleg azon szempontból, hogy adott esetben eme aetiologiai momentum után kutatva, a gyógykezelés causális indicatio alapján legyen megindítható. E tekintetben első helyen áll a lues, miután itt nemcsak az anamnestikus adatok helyezhetők aránylag biztos alapra, hanem mert a gyógyeredményből retrospectiv úton vissza lehet következtetni a feltételezett aetiologiai momentum helyességére is. A mióta *Elsenberg*[2] ez irányban a figyelmet felhivta, azóta tényleg az esetek legnagyobb részénél történik is utalás eme momentumra. Az esetek azonban acquirált lues alapján is gyérek, hederitaer-luetikus alapon fellépett *Raynaud*-féle megbetegedést pedig mindössze csak egy esetet találok az irodalomban közölve *Krisowski*[3] által, mely szerinte az első. *Krisowski* esetében a három éves fiúgyermeknél az anamnestikus adatok utaltak a lues hereditaria felvételére, a symmetrikus gangrena a fülkagylókon lépett fel babnyi terjedelemben, a bevezetett inunctiós gyógymód kapcsolatban jódkáli belső adagolásával minden más gyógyeljárás mellőzésével gyors gyógyulást eredményezett.

Esetemben a hereditaer-luetikus alap szintén minden két-

[1] *Sachs*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten d. Kindesalters. 1897. Pag. 167.

[2] *Elsenberg*: Archiv f. Dermatologie 1892. Pag. 577.

[3] *Krisowski*: Ein Fall von symm. Gangrän auf hereditär-luetischer Grundlage. Jahrb. f. Kinderhk. Bd. 40. 1895. Pag. 57.

gyógymódnak meglepően gyors hatása kétségen k
hogy a baj luetikus alapon keletkezett. Mint ilyer
a második volna az irodalomban, melynél aetiolog
ként a lues hereditaria szerepel, s ez indít arra,
részletes ismertetés tárgyává tegyem.

M. Julianna, két éves. Kórodámon felvétel
1905. márczius hó 31.-én. Anyjának öt terhessé
szülött származott. Négy az első férjétől, az ötödi
forgó beteg — második férjétől. Terhesség és s
lefolyású volt. Állítólag egy hetes korában az orr
nehéz szortyogás lépett fel, a nélkül, hogy az o
váladék ürület volna. Szemei két héten át nyálkás
ladékot ürítettek. Arra anyja igen jól emlékszik,
a hangja rekedt volt, hogy talpai fényesek voltak,
hogy az első hetekben bőrkütegei voltak-e, nem t
kezni. Hat hónapos korában a szeméremrésben é
fekélyek keletkeztek — a mint az anya magá
fejezi: „sülyös" volt —, a mely baj miatt a bil
kórházba lett utalva, a hol állítása szerint egy

(valószinüleg $HgCl_2$) hintették, mire a fekélyek megg
anya gyermekét csak két hét előtt válas ztotta
mellett már jó ideje mindent evett. Első fogai álli
korában jelentkeztek, ülni csak egy éves korában
még most sem tud, nem beszél. Egy éves korába
Másnemű betegségben, mint az említett, nem szen

1904. szeptember végén kezdődött jelenlegi
anya következőleg ir le.

Kezdetben mindkét láb ujjai úgy néztek ki
fáztak volna, sötétkékek s hüvösek voltak. Kör
nap mulva az ujjak plantáris felületén borsónyi
fekete, száraz, kemény foltok jelentkeztek, újab
mulva a foltokon fekete hólyagok léptek fel, n
nagyobbodtak, majd felpattantak s belőlük barnás
ürült ki. 1904. október havában a gyermek a bih
kórházba lett felvéve, a hol két hétig feküdt. Á
a jobb láb ujjai még megvoltak, csak hazamenet
le. Másodizben 1905. január havában vétetett fel a
a mikor már a bal láb ujjai is gangraenások
hat hétig feküdt, mialatt a jobb lábfejet az üszk
táráig csonkolták, azonban lényegesen erre sem
lábfejjel semmi sem történt.

Az általános tünetek közül az anya csak ann

ben hangja többnyire rekedt, széke rendes.

Felvételkor a következő jelenállapotot mutatta.

Testsúly 7200 gm. Gyengén fejlett, lesoványodott leánygyermek, gyenge csontrendszerrel, petyhüdt izomzattal. Fejkerület 46 cm. Koponya harántirányban kiszélesedő, nagy kutacs mindkét átmérője irányában 2—2 cm.-nyire nyitva. Hajzata szőke, gyér, homlok magas, homlokdudorok kiemelkedők, a homloktájon, valamint a fejtető mellső részén egyes tágult visszerek. Cunjunctivák halványak, láták középtágak, egyenlők, fényre jól reagálnak, corneák fénylők, iris rajzolata ép. Orrgyök kissé besüppedt, orrhát széles, ajkak halványak, fogak: $\frac{1 - - 2 - - 1}{1 - - 2\ 1 - 1}$, nyelv mérsékelten bevont, torok szabad, tonsillák kis fokban hypertrophizáltak. Mindkét hallójárat külső nyilása excoriált, részben sárga, pikkelyszerű pörkökkel fedett. Nyak vékony, rövid, mindkét oldali sternocleidomastoides mentén több lencsényi mirigy. Mellkas rövid, a bordaívek mentén kiszélesedő, a hónaljak táján oldalt összenyomott, mellcsont előre álló, a bordaporczok izvégei megvastagodvák. Mellkerület a bimbó magasságában 45 cm. A mellkas sagittális átmérője a proc. xiphoideus magasságában 11·5 cm., frontális irányban 12 cm. Mellkas felett a kopogtatási viszonyok rendesek; hallgatódzásnál úgy mellül, mint hátul érdes légzés, itt-ott egy-egy ronchussal. Szívcsúcslökés a bal negyedik bordaközben ½ cm.-rel a bimbóvonalon túl tapintható, körülirt, mérsékelten emelő. Szívhatárok rendesek, szívhangok tiszták, jól ékeltek, nagy edények hangjai szintén. Léptompulat felső határa a mellső hónaljvonalban a nyolczadik borda felső szélén található, a bordaív alatt jó három harántujjnyira tapintható, mellfelé a costoarticuláris vonalat érinti, tömött tapintatú, sima. Máj felső határa rendes, alófelé a bordaívet három harántujjnyival haladja túl, szintén tömött tapintatú, sima felületü. Has szétterülő, puffadt, benyomható, nem érzékeny, köldök alatti tájon magas dobos kopogtatási hanggal. Kerülete a köldök magasságában 46 cm., a köldöknek megfelelőleg borsónyi területü sérvkapu, köldök kis mogyorónyira előbomborodó. Nagy szeméremajkak mellső szélén a bőr festenyzett, ugyanott jól látható rövid sárgásbarna fanszőrökkel. Végbél körül a bőr egyenlötlenül redözött, festenyzett foltokkal, a foltokon jól kifejlödött szőrzettel.

Feltünő elváltozások láthatók a két lábfejen. (Lásd az ábrát.) A jobb lábon az ujjak és ujjperczek teljesen hiányzanak. Maga a lábfejcsonk a bokaizülettől mellfelé terjedőleg teriméjében megnagyobbodott, legkifejezettebben a csonk mellső végén, a hol a csonkot fedő bőr egy mellülről és felülről alófelé a talpra húzódó 3 cm. hosszú és mintegy 2 cm. széles sarjadzó sebfelületet mutat, mely középen egy fillérnyi szabálytalan négyszögalakú feketéskékes száraz mumifikált bőrrészlet által van fedve. A seb körül ujjnyi széles, halványpiros, kissé duzzadt hegszövet húzódik.

A bal lábfej egészben véve anyaghiányt nem mutat. A láb mellső fele itt is duzzadt; a dorsális felületen a nagy ujj egészben, a következő három ujjnál részben a lábháton átterjedőleg a bőr sajátságos hamvas kékes-feketés elszínesedést mutat, mely tapintásra száraz, hüvös; az elszínesedett területet az ép bőrtől egy keskeny, halványvörös, kiemelkedő, hullámos vonal választja el. Az ujjak végei sötétebben színezettek, a körmök csak a nagy- és negyedik ujjon vannak meg teljes nagyságukban, a második és harmadik ujjon csak durványosan és szintén kékes-feketek; a kisujj a dorsális felületén ép, körme fehér.

A plantáris felületen a változás hasonló jellegü, de nagyobb terjedelmü. Itt az emlitett elszínesedés valamennyi ujjra kiterjed, egészben egy hullámos kiemelkedő vonal által határolt szabálytalan háromszöget képez, melynek alapját az ujjak mellső végeit összekötő egyenes képezi, s a melynek csúcsa a láb belső széle közelében a lábtalp közepe táján van. A legsötétebb színeződést itt is az ujjakat borító bőr mutatja, az egész terület pergamentszerüen kemény, hüvös és tapintásra nem érzékeny.

A közérzet jó. Hömérsék a felvételkor 36·8. P. = 36. R. = 24. Vizelet tiszta, szalmasárga, fajsúlya 1008, gyengén savi, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

Április 7.-én a kezelés megindítása előtt megejtett vérvizsgálat 75% haemoglobint (Fleischl), 5.304,000 vörösvértestecskét, 18,600 fehérvérsejtet eredményezett.

luetikus therapiára határoztam el magam, mely állott ½ gm. ungu. hydr. cin. bedörzsöléséből és belsőleg JNa-oldatból, melyből háromóránként vett gyermekkanál kezelést teljesen mellőztem és egyszerüen egy naponként tatott steril védőkötésre szorítkoztam. Öt inunctio utá április 16.-án már a következő feljegyzést találom. Jo csonkjáról a status praesensben leirt fillérnyi gangrae részlet levált, az egész sebfelület halvány rózsaszínü borítva. A bal lábfejen úgy a dorsális, mint a plantáris a gangraenás terület egy 2—3 mm. széles, sárgás-zöld alapú határvonal által demarkálódik.

Április 20.-án. Bal láb dorsális felületén a dem vonala egyre szélesebb, a 2. ujjról a gangraenás bőr levá részben genyes lepedék által borított halványvörös sarja

Április 27.-én. A bal lábtalpon majdnem az egész ga terület letisztult, egy kis háromszögalakú területet kivé azonban szintén mélyen alávájt és mellfelé még összefi és 3. ujj plantáris felületén levő gangraenás bőrrészlette ujj teljesen tiszta, egészséges sarjakkal fedett. A köröm

Május 1.-én. Eddig 20 inunctiót kapott. Az egé kált bőrrészlet levált. A 2. és 3. ujj teljesen hiányz az első phalanx lecsupaszított vékony csonkja emelke sarjak közül. A nagyujjnak csak végső percze lökődött és kisujj, bár körömtől megfosztva, teljesen ép. A j csonk sebfelülete lassan előhaladó sarjadzásban. Egyel jodnatriumot kap.

Május 15.-én. A bal 4. és 5. ujj teljesen beheg hegedés egyebütt is jól halad.

Május 19.-én. Ujabb ½ gm.-os inunctiók. A balold ujj utolsó perczén és a talpon még van egy kis sarjadz különben az egész sebfelület hegesedett. Jobb lábcson fillérnyi sarjadzó terület.

Május 28.-án. Tíz inunctio után a kezelés csak jo belső adagolására szorítkozik.

Junius 3.-án. A bal láb teljesen gyógyult. Nagy utolsó perc, továbbá a 2. és 3. ujj hiányzik. A 4. és 5. uj ép, csak a körmök hiányzanak. A jobb lábcsonkon még egy babnyi, hosszúkás, elég mély, genyes alapú sebfelül teljen csak junius 29.-én gyógyul. Julius 23.-án 8600 súlylyal, egészben tehát 1400 gm. súlygyarapodással gy hagyja el a kórodát.

Az eset, a mint a kórleirásból látható, typikus pé *Raynaud*-féle symmetrikus gangraenának, a melynél a momentumként feltétlenül a lues hereditariát kell felven nyitják ezt az egészen megfelelő anamnestikus adatok, praesensben leirt szervi elváltozások, és főleg az all antiluetikus gyógymód gyorsan nyilvánuló hatása. 1904. sz havától egészen 1905. április haváig, daczára a két izl kórházi kezelésnek, a baj nemcsak nem gyógyult, de sőt dott. A kórodámon eltöltött első 11 nap alatt, a míg p megfigyelésre szorítkoztam, a gangraenás területen se változás nem volt észlelhető, ellenben a különben a korához képest enyhén alkalmazott inunctiós gyógymódra pro die) már öt nap után megindul a gangraenás terüle kálódása, 20 bedörzsölés után pedig az egész terület sebfelületté alakul át, a mi kétségtelenné teszi, hogy változást mindenetre az antiluetikus gyógymód idézte elő

A megbetegedés fellépésének módja is teljesen me *Raynaud* által leirt fellépési módnak. A különben minde gentia nélküli anya egészen hüen irja le, hogy a láb u detben úgy néztek ki, mintha megfáztak volna (lokális majd sötétkékek és hidegek lettek (lokális asphyxia), ho mulva az ujjakon már felléptek foltszerü mumifikált majd barnás-vörös folyadékkal telt hólyagok. Az átmenet asphyxia stadiumából a gangraenába ez esetben tehát el volt. Az észleletek azonban azt mutatják, hogy e tekin viszonyok igen változók, a mennyiben vannak esetek, gangraena a lokális asphyxia stadiumát csak hónapo követi, s mások, a hol azonnal fellép *(Sachs)*, vagy betegség nem is lépi túl a lokális asphyxia stadiumát. A őszszel jelentkezett, tehát mint legtöbbször, a hidegebb év

jelen esetben. Tudvalevőleg *Raynaud* szerint a kórfolyamat angiospasmus által idéztetnék elő, a melyet a vasomotorikus idegekre gyakorolt valamelyes inger vált ki. Az angiospasmus tartamától függne az előidézett szöveti elváltozás mértéke. Miután a végtagok leginkább vannak kitéve a hideg behatásának, azért itt lép fel leggyakrabban a megbetegedés. *Raynaud* eme hypothetikus magyarázata több oldalról *(Weiss, Pitres* és *Vaillard, Rakhmaminoff)* lett megtámadva, a melyekre azonban feleslegesnek tartom kiterjeszkedni, miután a kérdés amúgy sincs végérvényesen eldöntve. A hideg behatását mindenesetre csak alkalmi ok gyanánt lehet felvenni, mely mellett bizonyára más lényegesebb momentum adott alkalmat eme mélyreható elváltozás keletkezésére. Eme más lényegesebb momentum pedig esetemben minden valószinüség szerint a kisebb véredények falának luetikus elváltozása, tehát az adventitia és media megvastagodása folytán beállott szükülete volt. *Elsenberg* acquirált lues alapján fellépett symmetrikus gangraena esetében, mely halállal végződött, a gangraenás területet ellátó kisebb üterek falában nagyobbmérvü elváltozásokat talált, melyek lényegileg az üterek falának megvastagodásában állottak. Hasonló elváltozások találtattak más négy, ugyancsak *Elsenberg* által ismertetett és acquirált lues alapján fellépett symmetrikus gangraenánál. Valószinü tehát, hogy esetemben is a kisebb véredények falai arteriitis luetica következtében meg voltak vastagodva, melyek a hidegnek, mint reflectorikus ingernek behatása alatt angiospasmus útján annyira megszükültek, hogy a vérkeringésből teljesen kizárva a lokális asphyxia és gangraena fellépésére adhattak alkalmat. Hasonlóképen magyarázza *Krisowski* a gangraena fellépését az általa észlelt esetben. Hogy mennyiben szerepelhet a symmetrikus fellépés tekintetében egy esetleges agybeli gummosus folyamat — a mint azt *Krisowski* az ő esetében feltételezi —, arra természetesen nem lehet választ adni. Hogy *Krisowski*-nak eme felvétele az ő esetében is teljesen hypothetikus, azt abból következtetem, mert az általa közölt kórleirásban egyáltalában nem találok egyetlen egy olyan adatot sem, mely a cerebrális gummosus folyamat felvételét csak némileg is indokolttá tenné. Az én esetemben annál kevésbé szükséges a symmetrikus elhelyeződés magyarázata czéljából ilyen gummosus folyamatot feltételezni, miután, ha csakugyan a kisebb véredények falának arteriitis luetican alapuló megvastagodását veszszük fel a beállott mélyreható elváltozások okául, úgy a symmetrikus elhelyeződést megmagyarázza *Joseph*-nek[1] azon állítása, hogy épen a végtagok kisebb véredényeinek luetikus elváltozása gyakran mutat bilaterális és symmetrikus fellépést.

Esetem a *Krisowski* által közölt eset mellett az irodalomban a második, a hol a symmetrikus gangraena lues hereditaria alapján lépett fel, azzal a megjegyzéssel, hogy esetem sokkal kifejezettebb. *Durante*[2] ugyan közöl két esetet (24 illetőleg 17 napos csecsemők), a hol aetiologiai momentumként hajlandó lues hereditariát felvenni, de minden positiv adat nélkül. Eseteiben ugyanis a szülőknél is csak „valószinünek" jelzi a luest, a csecsemőknél pedig lues hereditaria egyáltalában nem volt megállapítható; mindkettő korán elhalt, tehát ex juvantibus sem lehetett a luetikus alapot valószinüvé tenni és a véredények falában luetikus elváltozásnak semmi nyoma sem volt kimutatható. A luetikus alap tehát teljesen hypothetikus.

Mindenesetre igazat kell adnunk *Krisowski*-nak[3] abban, és ezt az én esetem is világosan bizonyítja, hogy az úgynevezett *Raynaud*-féle megbetegedést nem szabad különálló, élesen határolt kóralaknak tekinteni, hanem inkább egy tünetcsoportnak, mely esetleg vasoneurosis alapján (*Raynaud* értelmében) különféle alapbántalmaknál léphet fel. A feladat tehát az egyes esetben az, hogy az alapbántalom után kutatva, lehetőleg causális alapra igyekezzünk helyezni a bevezetendő gyógymódot. Eme elv szemmeltartása mellett a gyermek elkerülhette volna a jobb lábfej részleges csonkitását, a mi végtagjainak használhatósága szempontjából kiváló előnyére szolgált volna.

[1] *Joseph:* Lehrb. d. Geschlechtskrankheiten. Leipzig, 1894. P. 123.
[2] *Durante D.* Zwei seltene Beobachtungen symm. Gangrän. etc. Ref. Arch. f. Kindhk. Bd. 26. Pag. 275. 1899.
[3] L. c. Pag. 67.

sáról.

Irta: *Okolicsányi Kuthy Dezső* dr., egyet. m.-tanár, sanatorium igazgató-főorvosa.

Az egész sanatoriumi mozgalom egyik rugója vol fogva, olyan intézményt létesiteni a tüdőbajos-sanatoriumokl a gyógyitási törekvésen kivül a beteget megtanitsa, *hogyan* hogy utóbb, az intézet elhagyása után, az ott elért eredmé hassa, tovább épithesse, körayezetét esetleg még mindig bac tétől védje s úgy magának, mint szeretteinek lehetőleg hy viszonyokat teremtsen.

Ezen intentionak alapitása óta szünetlenül megfele zett az Erzsébet királyné sanatorium is.

Az intézet több újitása már magában a hygieniás beren melyek egynehányát a sanatorium 3-ik évi jelentésé[1] beh tette — a legaprólékosabb részletig kioktatni iparkodik a tisztaság egészségtanára, az orvosi vezetőség pedig úgy a l mint a feunjáró betegek között végzett visite alkalmával, intézet társalgójában időnként tartott külön népszerü e folytonosan szeme előtt lebegteti a hygienikus kitanitásnak n tos czélját.

Nehéz munka, mert nem ritkán gyermekkortól fogva szokásokkal száll szembe, de kellő kitartás mellett mégis si

Az Erzsébet-sanatorium második évi jelentésében[2] volt azt a kérdőivet, melylyel azóta az intézetnek immár el gét felkerestük, megtudandó későbbi sorsukat s állapotuk riumból való távozás után.

Ezen ívnek 26 kérdőpontja között 9 olyan természetü lük a volt intézeti beteg *magatartására a külső életben* magu képet alkothatunk. Ime:

Mérte időnként a testsúlyát és hőmérsékét?

Mennyiben tartotta és valósitotta meg a sanatorium életrendet és egészségőrző szokásokat?

Végzett-e fekvőkúrát? Hogyan, hol, mennyit?

Végzett-e vizkúrát? Minőt?

Használt (használ) köpőedényt a szobájában? Minőt?

Használt azóta, hogy tőlünk távozott, Dettweil használ most?

Miképen tisztítja és tisztittatja a köpőcsészét és köp

Eltávolitotta szobájából a felesleges függönyt, szőr porfogó holmit?

(Miként ügyelt arra, hogy a sleppel az utcza sze hordja a lakásába?)

A beérkezett 421 válasz (285 férfi és 136 nő) igen eredményt adott.

Kitünik belőlük — mint az alábbiakban látni fogjuk *intézet képes betegeinek későbbi életére is az esetek jelentéke befolyást gyakorolni.* Azzal a kezdettől fogva követett axio a klinikai gyógyulással távozó betegnek sem mondjuk alkalmával: „Ön meggyógyult!" csak azt, hogy: „Az ön szépen javult", — a legszebb eredménynyel távozó be Erzsébet-sanatorium azt a morális kötelezettséget rója, ho ten kivül még lehető hosszú ideig minden possibilis e mozditson arra nézve, hogy a megtanult hygieniás életm hassa, az elsajátitott elvek szerint éljen, egészségét végleg tandó. E mellett, tekintettel a sokszor nagyon is önző er szetre, a környezet veszélyeztetésének meggátlását czél is merőben úgy állittatnak a beteg elé, hogy azok köve saját egészsége tartósan fenn nem állhat s igy a hozzátartozó les prophylaxis hasonlóképen kielégitően megvalósittatik geink által.

De térjünk a részletekre.

A) Az állapot megfigyelése.

Első következménye annak, hogy a beteget a legj is csak mint kimondott reconvalescenst bocsátjuk el, az, h nagyrészük odakinn is tartósan *megfigyeli*, nem veti bele m

[1] Az Erzsébet királyné Sanatorium 1904. évi működ Hetilap, 1905. Tudományos Melléklet.
[2] Jelentés az Erzsébet királyné Sanatorium 1903. évi Orvosi Hetilap, 1904, 17—25. szám.

foglalkozását rögtön újra megkezdeni kénytelen.

1. Arra a kérdésre: „*Mérte-e időnként a hőmérsékét?*“ nem felelt a 421 közül 29 férfi, 19 nő = 48 beteg, felelt *256* férfi, *117* nő = *373* beteg. Ezek közül több kevesebb gonddal *időnként hőmérést eszközölt magán 191* férfi és *92* nő = *283* beteg, azaz a kérdésre válaszolt *betegeknek 75·8%-a*, tehát *háromnegyede*. S a nők még valamivel túlszárnyalják állapotuk okos szemmel tartásában a férfiakat (78·6% nő : 74·6% férfi).

Azok között, a kik hőmérsékűket figyelemmel kisérték, 17-en (9 férfi és 8 nő) naponta többször végeztek hőmérést, köztük pl. egy földmives is (a ki testsúlyát ugyancsak méri otthon minden három hétben!); 38-an (19 férfi, 19 nő) naponta egyszer mérték hőmérsékletüket; mások, már consolidáltabb egészségűek, ritkábban: hetenként 2—3-szor (9 beteg) vagy épen csak hetenként egy napon próbaképen (14 beteg). Hat férfibeteg igen rationális módon ügyelt a hőmérsékletére: kettő (köztük egy betűszedő) csak akkor végez hőmérést, ha lázasnak érzi magát; kettő csak ha rosszul érzi magát; egy (mérnök) meghülés esetén, egy (joghallgató) testi vagy szellemi kifáradás után.

2. Arra a kérdésre, hogy „*Mérte-e időnként a testsúlyát?*“ nem felelt 37 beteg (21 férfi, 16 nő), felelt *384* beteg *(264 férfi, 120 nő)*, ezekből többé-kevésbé *figyelemmel kisérte a testsúlyt 333 beteg* (230 férfi, 103 nő), azaz az e kérdésre válaszolt *betegek* **86·7** %-a. S e pontban a férfiak vannak csekély fölényben (87·1 % : 85·8 %). Ők a házonkivüli életet élvén, inkább jutnak megfelelő mérleghez. A *testsúlymérést tehát még többen végezték* az intézeten kivüli életben, mint a hőméréseket. És pedig: hetenként mérte pl. a teste súlyát 32 beteg (20 férfi, 12 nő), kéthetenként 29 beteg (17 férfi, 12 nő), havonta 63 beteg (42 férfi, 21 nő) stb.

B) A kúra folytatása az intézet elhagyása után. Második következése a beteg helyes irányításának, nevelésének a sanatoriumban, hogy a mennyire viszonyai engedik, az intézeti kezelésmód legfontosabb tényezőit otthon is folytatólagosan igénybe venni törekszik, hogy az elért eredményt megszilárditsa, sőt tovább kiépitse.

1. *Szabad légkúra (fekvőkúra).* Mindamellett, hogy 421 válaszolt betegünk közül, mint az 1904. évi jelentésünkben kimutattuk, 249-en vallották magukat *teljesen munkabiróknak* s ezek mind már munkájukhoz is láttak, *munkaképtelennek* pedig csak 56 beteg jelentette magát, mégis *202 beteg végzett az intézet elhagyása után is több-kevesebb szabad légkúrát, azaz fekvőkúrát.*

Ebből világos, hogy ha a fekvőkúrát végzők a munkaképtelenek s kérdéses és korlátolt munkaképességűek összes számát (421 — 249 = = *172*) magukba foglalnák is, ez esetben is *30* beteg (202 — 172) használta még a szabad levegőkúrát az intézetből kilépés után a *teljesen munkabirók* közül is. S ez az arány a valóságban még valamivel kedvezőbb.

Arra a kérdésre ugyanis: „*Végzett-e fekvőkúrát?*“ nem felelt 29 beteg (23 férfi, 6 nő), felelt *392* beteg *(262* férfi, *130* nő), ebből többé-kevésbé *végzett szabad levegőn való methodikus nyugalmi kúrát 202* beteg (*122* férfi, *80* nő), azaz **51·5** % (46·5 % férfi, 65·5 % nő). Itt a nők jelentékeny túlsúlya nyilvánvalóan azzal függ össze, hogy a nő az ő intern élete és kisebb lekötöttsége mellett könnyebben jut hozzá a sok időt igénylő fekvőkúra végzéséhez.

Hogy milyen szorgalommal űzik egyes betegeink utóbb is még a levegőzést, mutatják a részletes összeállításunkból kiragadott következő adatok: naponta ebéd után 1 órán át fekvőkúrát végez 15 beteg (7 férfi, 8 nő), naponta 2 órán át 22 beteg (14 férfi, 8 nő), naponta 3 órán át 17 beteg (9 férfi, 8 nő), köztük egy földmives neje; naponta 4—5 órán át 7 beteg (3 férfi, 4 nő), sőt van, a ki átlag naponta 6 órát fekszik szabad levegőn (postahivatalnok), sőt egy tanitó (még szabadságon) 10 órát.[1] Egy egyetemi hallgató referálja, hogy az intézet elhagyása után még egy fél évig fekvőkúrát használt. Egyenesen megható, mikor egy kérdőivben azt olvassuk, hogy az intézetből munkaképesen elbocsátott irodaszolga *minden vasárnap délután* (a korcsma helyett!) *fekvőkúrát végez;* a hajógépész, nem lévén más helye, a szobájában nyitott ablaknál fekszik kúraszerűen, a szegény postatiszt pedig „évente 2 hónapig“ teljesit fekvőkúrát, azaz évente szabadságideje alatt kúraszerűen él, sőt faktive folytatja megszakitott levegőgyógymódját.

2. *Vízgyógymód.* Arra a kérdésünkre, *használt-e tovább vízkúrát?*

[1] A betegek nagy része persze nem jelölte meg válaszában a fekvőkúra óraszámát.

kevésbé kitartással használt valamely roboráns vagy epe vizes procedurát *262* beteg (167 férfi, 95 nő). A kérdésre geknek tehát **68**%-a nem lett hűtlen odakinn sem a hydriati mód eszközeihez s itt a nők jártak elől jó példával (65·2 73·6% nő).

Azok, a kik a víz alkalmazásának *módját* is megjelölt ivben, a következő összeállitást nyujtják: reggelenként fe sást végzett 2 beteg (férfi), nyáron folyami szabad für 4 beteg (férfi), nyáron szabad fürdőt, télen duss-kúrát haszn (férfi), szabad fürdőt és reggelente otthon hideg lemosásokat v 1 beteg (férfi), hüvös-langyos fürdőket használt 1 beteg (szedő); keresztkötést használt (éjjeli törzs-Priessnitz) 22 bet 13 nő), reggel nedves-hideg ledörzsölést, éjjelre keresztkötés (13 férfi, 11 nő), keresztkötést és félfürdőket 1 beteg (nő kötést és esődussokat 4 beteg (2 férfi, 2 nő), részleges ne ledörzsölést használt 25 beteg (16 férfi, 9 nő), reggeli nedve mosásokat 59 beteg (38 férfi, 21 nő), hideg leöntéseket v (1 férfi, 2 nő), részleges ledörzsölést és félfürdőt (egyiket re kat délután) 6 beteg (3 férfi, 3 nő), félfürdőket használ (11 férfi, 10 nő, utóbbiak egyike fél évig!), hideg esődus igénybe 17 beteg (15 férfi, 2 nő), stb. Mint látjuk, egy a vizműveleteknek alkalmazták még későbbi életükben is geink; sokan azt, a mit itt az intézetben kaptak, igyekeztek lege artis folytatni vagy legalább utánozni.

A hidegingerek methodikus alkalmazása által elérhető érdekesen igyekszik a maga részére állandósitani egy volt (kereskedő): minden második hónapban két hétig félfürdő-kú mint bejáró a közeli vízgyógyintézetben. Nemkülönben örö sülünk egy másik kérdőivből, hogy a folyton bolyongó ke utazó volt betegünk is naponta egész testét részletenként le vizes törülközővel s igy szerez magának az alacsony hőf megfelelő tonicumot, appetitoriumot és refrigeratiók ellen vé

C) A betegek általános hygienikus magatartására a kivüli életben vetnek fényt azok a feleletek, melyeket ezen k kaptunk: „*Mennyiben tartotta és valósitotta meg a sanatorium életrendet és egészségőrző szokásokat?* Nem felelt a kérdésr (33 férfi, 14 nő), felelt *374* beteg (252 férfi, 122 nő). Ezek kimondása szerint nem vagy alig követte az intézetben tan beteg (20 férfi, 8 nő), ellenben többé-kevésbbé követte azokat (232 férfi, 114 nő), a mi a kérdésre válaszolt betegek **92·5**% meg (92·0% férfi, 93·4% nő), a mi akkor is szép szám vol része a válaszoknak, minthogy a kérdés általánosságban v talán nem is sok reális magot takarna.

„Mindenben követi“ a sanatoriumban tanult hygienikus 87 beteg (46 férfi, 21 nő); soknak persze „körülményei viszonyai“, „helyzete“, „hivatása“, „foglalkozása“ nem eng mindenben kövesse azt, s csak a lehetőség szerint tarthatja a megtanult egészségvédő elveket és szabályokat. Nem egy közül tüzetesen megjelöli, hogy mennyiben jár a megjelölt „sokat és jól“ eszik és sokat van szabad levegőn, a másik életrend“ mellett sok szabad levegőt élvez, a harmadik nyitott ablakú szobában s napi két liter tejjel toldja meg az él negyedik éjjel-nappal ventilált szobában lakik, az ötödik „ rossz levegőjű helyeket kerül s sokat szellőztet“, a hato mozgást kerül“, a hetedik „zajos életmódtól tartózkodik“, s életet élnek“, mások: „nem éjjeleznek, nem dohányoznak“.

Érdekes megnéznünk azt is, *kik* a válaszolók. Azok kik „mindenben“ követik a sanatoriumban tanultakat, túlny ban az intelligentiához, a kész szellemi munkásokhoz tart hivatalnokok, kereskedők, tanitók; de van köztük lakatos, gályos, borbély, sőt földmives is. A nők között sok e *tanitónő,* a minek különösen nagy jelentőséget kell tulajdoni

D) A *portól való védekezést* illeti 1. az a kérdésünk, h *látotta-e* a beteg szobájából *a porfogó függönyt, szőnyeget?*

E kérdésre nem felelt 74 beteg (54 férfi, 20 nő), felel (231 férfi, 116 nő) Ezekből most is van szőnyege, függön szobájában *88 betegnek* (71 férfi, 17 nő), azaz a kérdésre vála gek **25·3**%-ának. Tekintettel arra, minő mélyen fekvő társa gekig elterjesztette manapság már a kereskedelmi utazók az olcsó függönyöket és szőnyegfajtákat, meg lehetünk elég zett aránynyal s még inkább fokozódik örömünk, ha a *nők*

14·6%-a tűrte még lakásában tovább is e porlogó hölmiket (116 nő közül csak 17!), míg volt férfibetegeinknek 30·7%-a volt e kérdésben indolens.

S nemcsak a joghallgató s a vidéki tanítónő távolítja el lakószobájából a függönyt, hanem a kazánfütő is (neki is volt!) — ellenben a könyvelő megőrzi őket, jóllehet „tisztán, pormentesen tartja." Itt is persze óriás súlylyal esik latba az individualismus. De hogy *nőbetegeink* füle nyilt meg jobban az intézet ez irányú tanításának, mint a férfiaké, ezt az eredmények eredményének tartjuk.

2. Második idevágó kérdésünk tisztán a nőket illette: „*Miként ügyelt arra*, hogy a „*sleppel*" (földig érő ruhával) *az utcza szennyét be ne hordja a lakásba?*" 136 nőbeteg közül a kérdést felelet nélkül hagyta 21, válaszolt *115* beteg; közülök nem volt figyelemmel idevágó tanításunkra 20 beteg, *nem viselt* „sleppelő", földet söprő ruhát *95* beteg; közülök azonban 11 olyan, a ki a társadalmi szokásainál vagy koránál fogva (pórnő, cselédl, fiatal leány) amúgy is rövid ruhát hord, így *84* nőbeteg marad olyan, a kinek *érdeméül* tudhatjuk be a sleppelés elkerülését. S e szám a kérdésre válaszolt nőbetegeinknek mégis 73%-a. Hogy a nem sleppelők között számos *tanítónő* s *szabónő* is van, az eredményt annál értékesebbé teszi. Egy kávémérő neje állandóan slepptartót hord kérdőivének vallomása szerint.

E) A mi a környezet védelmét az infectiotól, főleg a helyes köpeteltakarítást illeti, erre nézve három kérdést intéztünk volt betegeinkhez.

1. *Használt és használ-e köpőedényt?* A kérdésre nem felelt 33 beteg (23 férfi, 10 nő), felelt *388* beteg (262 férfi, 126 nő); ebből vizes köpőedényt használt *267* beteg (188 férfi, 79 nő), azaz 68·8%, ellenben régi módi *köpőládát* használt *6* beteg (mind férfi), azaz *1·5%*.

Ha ugyanazon 421 beteg kérdőíveinek — a kikre nézve ezen nevelési statistikánk vonatkozik — azt a pontját tekintjük meg, hogy *hánynak nem volt már* az intézet elhagyása után *köpete*, akkor azt találjuk, hogy *nem volt már sputuma* 99-nek és pedig *53 férfinak* és *46 nőnek*. A köpőedény használati összeállítás szerint pedig *nem* használt köpőedényt (a mi alatt az intézetben *mindig* vizes köpőedényt értünk) *69* férfi és *48* nő. A nők száma, mint látjuk, csaknem fedi egymást, míg a férfiak közt csak *53*-nak nem volt sputuma és mégis *69* nem használt köpőedényt egyáltalán. 16 tehát a 262 (választ adott) férfi közül nem gyüjtötte a köpetét! Ez elszomorító jelenség is mutatja, hogy a *férfiak hanyagabbak* az intézetben tanultak gondos betartásában. Szerencse, hogy az új nemzedék szokásainak kialakításában nem az övék a fontosabb szerep.

Az a körülmény, hogy a férfiak 71·7%-a, a nőknek ellenben csak 62·7%-a használt köpőedényt, nem billenti a férfiak javára a mérleget, mert a szóban forgó 421 beteg közül a nőknek 33·8%-a, a férfiaknak pedig csak 18·5%-a nem birt köpettel (lásd 1904. évi jelentésünket), tehát a férfiak közt több is volt, a ki még expectorált.

A bár kevés, köpőládát használó volt betegünk között körültekintve, még meg tudjuk érteni, hogy a rendőr „homokkal telt faedény"-be üriti köpetét, de hogy ugyanúgy tesz a *joghallgató* is, ez nagyfokú indolentiára valló jelenség egyes betegeknél s mutatja a sanatoriumok nevelő feladatának eredendő nehézségeit!

2. Arra a kérdésre: „*Használt-e Dettweiler*-féle *hordozható köpőüveget?*" — nem felelt 44 beteg (30 férfi, 14 nő), felelt *377* beteg (255 férfi, 122 nő). Ebből használt Dettweiler-üveget *176* beteg (46·6%) és pedig 54 nő = 44·2% és 122 férfi = 47·8%. Minthogy a statistika alapjául szolgáló 421 betegből, mint ezt az 1904. évi jelentésünkhöz csatolt eredménytartóssági kimutatásban megjelöltük, 53%-nak vagy nem volt köpete, vagy pedig csupán kevés sputuma volt, a váladék fogyása alkalmával pedig tudjuk, hogy elsőben a napközi expectoratio szünik meg, a betegek Dettweiler-használatát *teljesen kielégítőnek* mondhatjuk. Hogy a *nők* ezen kitünő, de ma még sokaktól — sajnos — genans-nak tartott köpetgyüjtő eszközt viszonylag csaknem ugyanoly gyakran vették igénybe, mint a férfiak, ismét az ő *tanulékonyságukat* a józan hygieniában mutatja. Örömkeltő jelenség egy-egy olyan adat, hogy a kereskedő-segéd, a pinczér (volt betegünk) állandó Dettweiler-használatot ad tudomásunkra.

3. „*Miképen tisztítja vagy tisztíttatja a köpőedényt és köpőüveget?*" Erre a kérdésre feltünő sokan nem feleltek. A betegek 40%-a maradt a válaszszal adós (37·2% férfi, 47·0% nő). Ezt nem lehet a negligentia rovására irni. Ennek okát intézetünk amaz üzemberendezésében kell megtalálnunk, hogy a betegek köpetét az intézet egy erre kitanitott

A beteg kímélése, a járatlanságból eredő esetleges epidemiá lése czéljából történik ez így. De gyakorlatlanul hagyja köpőedénytisztítás műveletében. Le is vonja az Erzsébe vezetősége a fenti jelenségből magára nézve a consequentiá gondoskodik a hézag pótlásáról.

A ki felelt (251 beteg; 179 férfi és 72 nő), az nag értette a sanatoriumi köpeteltakarítás intentioját. De sokan, e tekintetben még bővebb instructiora szorulnak, a mit a tet után most már meg is fognak kapni. A válaszolt betegek k (162 férfi és 52 nő), azaz *85·2%*-nak a feleletéből *kitüni rejlő Koch-bacillust elpusztító törekvés* sokszor még a köpet köpőedény kiöblítése előtt. Ez természetesen az Erzsébet-sa rendszeresített köpeteltakarítás elve.

Hő vagy *desinficiens folyadék* által igyekeznek vo odakünn is végezni a köpet fertőző erejével. Egyik „egy ór a köpetet, a másik „forró lúggal takarítja ki a köpőedény dik „forró vizzel és sublimattal", a negyedik forró vizzel é az ötödik a köpőládája fürészporát „naponta elégeti", sok vizet, sublimatot vagy lysoformot használnak a köpet desi a köpetgyüjtő eszköz alapos megtisztítására. Van a ki ka manganicumhoz, s olyan is, a ki „vitriolhoz" folyamodott, elérhesse.

Valóban örvendenünk kell, hogy ha azt olvassuk, hog naponta kifőzi a köpőedényét, egy kereskedő órahosszat falusi segédjegyző, sőt egy lakatos carbolvízzel tisztogatja, nő forró vízzel és sublimattal, egy földmives asszony erős l szik rendbe hozni azt.

Ezekben igyekeztünk egyelőre képet nyujtani a tüd torium nevelő befolyásáról ápoltjaira. Az eredmények, m részben már eddig is kielégítők s a fokozódó tapasztala fokozhatók lesznek.

S ekként a lelkiismeretesen működő sanatorium csak *enia praktikus iskolája*, mert az ország minden részébe szétme adókat, tehát a legsikeresebb didaxissal munkás tanitókat

Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegén

Egyes senilis és endoarteriitikus jelens

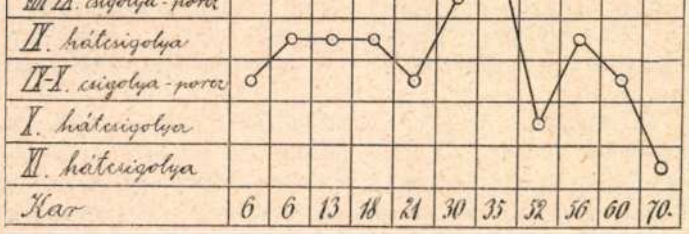
Irta: *Tauszk Ferencz* dr., egyetemi m. tanár

Körülbelül tíz éve, hogy mint a székesfőváros egy házának orvosi vezetője, bő alkalmam van tapasztalatok az aggkori elváltozások köréből. E lap hasábjain be a senilis szív munkájáról és már ekkor felhívtam egyes aggkori elváltozásokra, a melyek úgy klinikai, tani jelentőségüknél fogva figyelmünket teljes mértékb Ezen vizsgálataim kapcsán volt alkalmam azon összefü mányozhatni, a melyet az aggkor és az endoarteriitis tartom magamnak, hogy a kettő közötti viszonyról m mal számoljak be. Ma csak egyes kiragadott jelensé rom felhívni a figyelmet, melyek eddig az aggkor és itis egymást oly tanulságosan kiegészítő kórképében sültek a kellő méltatásban és mely jelenségek még n el a klinikai tünettanban azon helyet, mely őket önál tani nagy jelentőségüknél fogva méltán megilleti.

E helyen mindenekelőtt egy olyan tünetre akar körök figyelmét irányítani, a mely tudtommal eddig n a kellő méltatásban és a melynek nagy klinikai külön hangsúlyozni óhajtom. Ez a szívnek változott viszonya az aggkorban. A kérdéssel már a régebbi k foglalkoztak és már *Skoda* és *Hammernijk* is figy hogy a szív fekvésére az egyéni és nemi viszonyo kor is lényegesen közrejátszik. A szív fekvésének m az aggkorban leghelyesebben tudjuk értelmezni, ha szívnek topografikus viszonyait normális körülmén veszszük szemügyre. Ennek kapcsán fontosnak tartom hogy a szív a nagy edényeken függő mobilis szerv, mobilitását nemcsak az edények állapota, hanem egy szívnek a rekeszhez való viszonya adja meg. Ezen utó

„A gyomrocsok úgy állanak, hogy a jobb gyomrocs inkább előre, a bal inkább hátrafelé fordult; a jobb gyomrocs éles széle majdnem vízszintesen áll lefelé, a bal gyomrocs domború széle hátrafelé is néz. Mindkét gyomrocsnak hátulsó, illetőleg alsó felszine a rekesz szívágynak nevezett részén fekszik. A szívágynak csak egy kis része esik a középsíktól jobbra, a legnagyobb része balra van s a máj ballebenyén nyugszik. A határ a jobb és bal gyomrocs között elül a szívcsúcstól egy ujjnyira jobbra indul ki és meredeken rézsút felhág az arteria pulmonalis kezdetének baloldalához, innen kezdve a bal gyomrocs felszine erősen hátradomborodik és a mellkas mellső felszinétől távozik. E miatt a bal gyomrocsnak csak egy keskeny része néz előre, legnagyobb része balfelé fordul és belefekszik a bal tüdő homorulatába. A jobb gyomrocs legnagyobb része elül fekszik a mellkas fala mögött és jelentékeny része érintkezik a szegycsonttal.“

Ezekből kifolyólag érthető, hogy a szív helyzetére az edények állapota mellett a rekesz magassága is jelentékeny befolyással van. Mig *Rauchfuss* és *Guttmann* gyermekeknél a szív magasabb állását a rekesz magasabb állásával hozták összefüggésbe, úgy más szerzők, igy *Gierke*, *Sahli*, öregeknél a szivet mélyebb helyzetünek mondják, mely leletet azon vizsgálatok is igazolták, a melyeket közel két évtized előtt *Vas Bernát* kollegámmal együtt végezhetni alkalmam volt. Ezen régi szerzők egy része ezen mélyebb fekvést a tüdő kisebbedett ruganyosságával és a szívből eredő nagy edények megnyúlásával hozzák összefüggésbe. Ebből én, mint a szív helyzetére lényegeset, csakis a szivből eredő nagy edények csökkent elasticitása folytán létesült megnyúlást fogadom el, a mihez hozzájárul másodsorban a szívnek súlyban és térfogatban megnagyobbodott volta és harmadszor a rekesznek a korral járó mélyebb állása. *Joessel* azt mondja, hogy eltekintve a légzési eltérésektől, a kor is jelentékeny befolyással van a rekesz állására. Szerinte a rekesz magas állását látjuk gyermekeknél, és mély állását látjuk az aggkorban levőknél. *Mehnert* boncztanilag foglalkozott a kérdéssel és a rekesznek állását a korhoz viszonyítva sematice a következő táblázatban foglalta össze:



Három tényezőnek szem előtt tartásával, t. i., hogy a szív nagy erei megnyúlnak, a szív súlyban és térfogatban megnagyobbodik és a szivnek alapul szolgáló rekesz leszáll, elméletileg megvan azon körülmény, mely az aggkorban a szív mélyebb elhelyeződését megfejti.

Klinikai tapasztalataim és megfigyeléseim ezen feltevést minden tekintetben igazolták. Igazolták egyrészt a kopogtatási és hallgatódzási viszonyok figyelembevételével, igazolták másrészt azon Röntgen-képek felvételével, a melyeket az aggkorban levő egyéneknél eszközöltetni alkalmam volt. Ezen tényt annyira állandónak tartom, hogy az általam *cardioptosis senilis*-nek mondott képet a 60. életéven felül physiologikusnak tartom. A szív azonban ezen cardioptosissal kapcsolatosan még egy más helyzetváltozást is szenved. A szív normális körülmények között rézsutos fekvésben van, a mi mellett a szív alapja jobbfelé, hátra és felfelé, a szívcsúcs pedig előre van fordulva, a bal mellkas mellső fala felé. Azonkivül a szív tengelye körül kissé fordult, úgy, hogy a jobb keskenyebb fele inkább előre, a bal húsosabb fele inkább hátra áll. Ha azon kórboncztani méréseket vesszük figyelembe, a melyeket a szivnek a korral járó nagyobbodása figyelembevételével eszközöltek, melyekre más alkalommal úgy is

a mely térfogatban nagyobbodik az aggkorban, érthető az, legalább elméleti feltevések alapján, hogy a már súly súlyánál fogva egyszersmind hátrafelé dől és hogy főleg a rocsi részlet az, a mely igy a mellkas mellső falától el A senilis cardioptosis fogalmát tehát nemcsak a szívnek állása, hanem egyszersmind annak a mellkas mellső f hátrább való helyeződése is jellemzi.

Ezen hátrafelé dőlésnek klinikai bizonyítékát én tódzási viszonyoknak igen jellegzetes megváltozásában Az ilyen cardioptotikus szívnél a szívhangok igen ki hallhatók a bal lapocz közti táj közepén. Ez állandó a melyre nézve elfogadhatóbb magyarázatot, mint a szívne dölését, adni képes nem vagyok. Magára ezen hall tényre különben már mások is felhivták, igaz, hogy m nélkül, a figyelmet. Igy *Friedmann* szerint az aorta hangjának ékeltsége igen jól hallható a bal lapocz-szög 7. hátcsigolya tövisnyújtványát összekötő vonalban, va ez alatt.

A szívnek a nagy erekhez viszonyított és változ zete egyszermind azon feltevést engedi meg, hogy a n vongálása, esetleg tengelytörése, a vérkeringés fentartás lehet minden befolyás nélkül. A szívnek ezen mélyebbr déséből, valamint hátradőléséből kivált a venae p azok, a melyek szenvednek és ezek szem előtt tartás molni kell azon eshetőséggel, hogy a senilis jobbszívtá túltengés létrejötténél ezen mechanikai viszonyok is sze a mint hogy bizonyos, hogy a kis vérkörbeli pangás létr de egyszersmind a bal szív további túltengésénél is, ez grafikus viszonyok megváltozásából származó mechaniku nyok is birnak befolyással.

A cardioptosis elnevezést az irodalomban először alkalmazta. Ő ezen fogalom körülhatárolásánál észlel szívre vonatkoztatta, holott én, a mint hangsúlyozni m mam volt, hypertrophiás szívnél létesülő cardioptosisról Hogy a hypertrophia azonban egymagában a cardiopto jötténél nem elegendő, hanem hogy még a senilis fogalo tartozó tények is szükségesek, ennek bizonyítéka, hogy szívbajoknál létesült hypertrophiáknál, ha különben fiatal viduumokra vonatkoznak, a szívnek mélyebb elhelyeződése sem állandó tünet. Hangsúlyozni kivánom azt is, hogy a ezen mélyebb elhelyeződése a tüdő tágulatával vagy em jával kielégitően meg nem fejthető. A szív elhelyező mélyebb, mint azt a máj és lép mélyebb elhelyeződése hatnók ilyen esetekben. Ebből egyszersmind az is kö hogy a senilis cardioptosisnak korántsem kell az entero együttjárni, bár igen gyakori, hogy ezen két tünetcso mással találkozik. A senilis cardioptosisnak az entero való kapcsolódását kivált nőknél láttam, és bár nem t mostan tárgyalandó viszonyok közé, úgy mégis megemlít 60 éven felül levő, kiváltképen gyakran szült nőknél a 30—40%-ában láttam enteroptosist, mig cardioptosis ugyancsak 60 éven túl levőknél, férfiaknál és nőknél az eseteknek körülbelül 60—70%-ában volt alapom fe Ezen előjövetelt illetőleg mondhatom, hogy a cardioptosi gyakorisága és foka az endoarteriitis fokával kapcsolat mint úgy látszik, hogy férfiaknál a nehéz munka, nőknél enteroptosist létesítő körülmények létrejöttének gyakor foka ugyancsak befolyással vannak.

Klinikailag a cardioptosis legjobban mutatható ki átvilágítással. Kopogtatásilag pedig az által, hogy a szív mélyebben, a 6—7. bordánál kezdődik, a scrobiculu ki van töltve és ott hátulról mellfelé terjedőleg érezhető, a szív- és nagyerek hangjai mélyebben hallha mit újból hangsúlyozni akarok, a bal lapoczközti tájo hangok nagyon jól hallhatók.

Tünettanilag a senilis cardioptosis mint önálló nem mindig köti le figyelmünket, hanem elmosódik a képpel, a melyet az endoarteriitis által okozott tün különben is nyujt. Máskor pedig szívdobogás, nehézlé vérkörbeli pangás uralják a kórképet, a melyek akkor

szívet megtámasztjuk, nemileg enyhülnek.

Egy igen nagy jelentőségü tünetcsoport mutatkozik gyakran senilis vagy endoarteriitikus egyének mellkasi szerveiben. *Pal*, a ki az idevonatkozó irodalmat nagy szorgalommal összeállította, ezen tünetcsoportot részben a szívre, részben pedig a tüdőkre vonatkoztatja. Ezen tünetcsoport létrejöttét illetőleg ma az összes buvárok egyetértenek, hogy az az érrendszerben paroxysmálisan létrejövő vérnyomásnagyobbodás által hozatik létre. Tehát ha van is állandó vérnyomásnagyobbodás, úgy a tulajdonképeni tünetcsoport létrejötte még egy további vérnyomásnagyobbodás létesüléséhez van kötve. Nem sorolhatók tehát ide azok a klinikailag sok tekintetben hasonló jelenségek, a melyek az érrendszer bizonyos organikus elváltozásainál (lob, thrombus, ütértágulat, embolus, stb.) fordulnak elő. Hogy sem a vérnyomásnagyobbodás, sem az ütereknek elváltozása egymagában nem elegendő ezen érkrisisnek mondott tünetcsoport létrehozására, azt igazolják azok az esetek, a melyeket kiváltképen az olasz és franczia iskola „Hypertension artérielle“ név alatt kezd újabban méltatni, melyeknél állandó vérnyomásnagyobbodás van jelen, érkrisisre utaló jelenségek nélkül. Látunk továbbá, ha nem is olyan gyakran, mint azt *Romberg* kimutatta és a mint azt régebben hitték, állandó vérnyomásnagyobbodást endoarteriitisnél, sokkal gyakrabban idült veseloboknál, holott szerencsére az érkrisisszerü állapot kifejlődése itt is periodikus és a bántalom kezdetén aránylag ritka. Felmerül az a kérdés, hogy ezen vérnyomásnagyobbodás feltétlenül kóros jelentőségü-e? *Krehl*, a ki ezen kérdéssel foglalkozott, ezen vérnyomásnagyobbodást egy érdekes fejtegetésben szervezeti reactiós jelenségnek tartja a betegséget létrehozó káros hatányok leküzdésére. Ezt természetesen csak a vérnyomás-nagyobbodás azon eseteire merném vonatkoztatni, a melyek krisisszerü tünetek nélkül folynak le. A krisist magát pedig ezen compensatorikus folyamat közben létesülő disharmoniának tekintem.

Ilyen körülmények között az a kérdés is felmerül, hogy az érkrisisszerü állapot milyen körülmények között létesül és melyek azok a klinikai jelenségek, a melyek annak felvételét megengedik. A mindennapi tapasztalat mutatja, hogy ép embereknél vérnyomásnagyobbodás subjectiv tünet nélkül létesülhet, úgy hogy az érkrisis lényegét a paroxysmális vérnyomásnagyobbodáson kivül egy klinikailag kimagasló subjectiv tünetcsoportban is keressük. És ha egyrészt látjuk, hogy ép érrendszer mellett elég jelentékeny vérnyomásnagyobbodásnál ezen subjectiv tünetcsoport elmarad, úgy másrészt azt is látjuk, hogy az erek kóros állapotánál már aránylag sokkal kisebb vérnyomásnagyobbodások az érkrisisre jellegző tüneteket váltanak ki. Nagyfokú egyéni ingadozásnak van kitéve, hogy milyen legyen a vérnyomás nagyobbodása, hogy azok következményeképen érkrisis lépjen fel. Bizonyos, hogy az erek állapota mellett erre a szív magatartása is jelentékeny befolyással van.

A mellkason mutatkozó érkrisisek egyike, az ismertebb, a szívre vonatkozik, s stenocardiának vagy angina pectorisnak neveztetik. Nem tagadható azonban, hogy e tekintetben sokféle zavar uralkodik. Mutatja ezt, hogy *Huchard* valódi és ál angina pectorisról, *Balfour* pedig organikus és nem organikus alapon nyugvó angina pectorisról szól. Újabb buvárok hajlandók a plexus cardiacus neuralgiáját felvenni az angina pectorisnak érkrisis nélküli magyarázatára, a mit azonban nézetem szerint csak nagy óvatossággal szabad fogadni. A nehézségek t. i. az endoarteriitis kórismézésében vannak, és ha nagyjából igaz is, a mit a szerzők állítanak, hogy a külső környi ütereknek állapotából lehet a belső erek endoarteriitisének fokára következtetni, úgy e tekintetben többféle csalódás következhetik be, a mint arra már *Romberg* és *Hasenfeld* is figyelmeztettek, hogy fontos belső szervek endoarteriitise élő embernél biztonsággal sohasem zárható ki. Igy magam is láttam jó környi üterekkel biró, az első stenocardiás rohamban elhalt egyén bonczolatánál az arteria coronariák rendkivüli súlyos endoarteriitisét.

Vita tárgyát képezte, hogy a tulajdonképeni roham, vagyis érkrisis kiindulási pontját a nyomásnagyobbodás képezi-e, vagy pedig, hogy ezen vérnyomásnagyobbodás nem másodlagos-e és nem *Krehl* után haladva, a vérnyomásban egy compensatorikus matot látok bizonyos káros hatányok kiküszöbölésére, a nyomásnagyobbodást tartom elsődleges folyamatnak. Hogy klinikai megfigyeléseim azt mutatják, hogy ezen v nagyobbodás vonatkozhatik egy azelőtt normális vérnyo egyénre, de vonatkozhatik egy már jóval a normális é levő vérnyomással biró individuumra, midőn ezen nyo emelkedése képezi az érkrisis jellegző tényezőjét.

Meghatározásaimat a vérnyomásnál a Gärtner meterrel eszközöltem; de messzire vezetne, ha ezen a k készülék gyakorlati értékének részleteire térnék. Nag zolhatom *Neunek* kijelentéseit, miszerint a normális é 130 mm. között ingadozik. Nagy gyakorlati jelentőség meternek nem különböző egyének vérnyomási értéké hasonlításában, hanem egy egyén vérnyomásingadozás itélésében látom. Nem tartom alkalmatosnak a készül értékekben az érkrisis létrejöttének körülhatárolására. bizonyos, hogy normális vérnyomással biró egyének nyomásnagyobbodást eltürnek érkrisis nélkül, míg nyomás alatt álló egyéneknél aránylag igen csekél nagyobbodás elegendő a roham kiváltására. Ismétlem, k kailag jól körülhatárolható, miszerint a vérnyomásna megelőzi az érkrisist, mert a roham jelentkezése előt sikerült tonometerrel vérnyomásnagyobbodást kimutatn egyszer voltam abban a helyzetben, hogy egy st rohamnak bekövetkeztét az ütér feszesebb volta és második hangjának erősebb ékeltsége alapján előre j

Hogy a pectoralkrisis fogalomkörébe eső tünetcso sokféleképen lesz értelmezve és csoportosítva, az kit törekvésekből is, a melyek ezen különböző jelenségel szerü csoportosítására irányultak. *Balfour* a fájda de félelem s nyomás érzetével járó vérnyomásnagyobbodá cardialénak nevezte. *Hoffmann* megkülönböztet cardiális paroxysmális dyspnoet és asthma cardialet.

A cardiális dyspnoe körülhatárolása egyszerü: k beli pangás, tehát súlyos vérkeringésbeli zavarok kisérő lép fel. Az asthma cardiale *Basch* szerint spontan a mely a bal gyomrocs elégtelensége folytán létesül. Leh légzési akadálynak is nevezni, a mely a tüdő tágulata sége által (Schwellung und Starrheit) hozatik létre. az asthma cardialet a szívidegek neurosisának mondja tartja azt egyöntetü képnek, sőt még azt is leh mondja, hogy a visszerek görcsös összehúzódása ált váltva.

A *Hoffmann* által a nomenclaturában először paroxysmális dyspnoe elnevezés mellett *Pal* az első, a paroxysmális légzési zavarokról, értvén ez alatt egy ol csoportot, a mely eddig az asthma cardiale csoportjá helyet. *Hoffmann* a paroxysmális dyspnoet nem betegs nem csak tünetnek tekinti, a mely az edények meg által hozatik létre.

Részemről itt hangsúlyozni akarom, és czélom e vosi közönség figyelmét különösen felhivni, hogy senil arteriitikus egyéneknél gyakori a rohamban jelentk légzés, a melyre nyilván a *Pal* és *Hoffmann* által lis dyspnoe alatt leirt tünetcsoport is vonatkozik, de a me határozása és leirása nézetem szerint nem eléggé sz általam *angiospasmus pulmonalis dyspnoicus* névvel je csoport, a mely — hangsúlyozom — csakis súlyosabb er tüneteit magán viselő egyéneknél lép fel, lefolyásában a Néha spontan, néha kisebb behatásokra, mint hevese erősebb felindulás, a betegnél hirtelen nagyfokú légsz heves fájdalmakról panaszkodik, a melyek kivált a ti hátsó részében székelnek és legtöbbször symmetrikusal aggodalom érzete fogja el, arczát hideg verejték fedi, kitérések a minimumra redukálódnak. E mellett a légz úgy, hogy egy felületes, szapora légzéssel járó dysp az egész kórképet. Szívdobogás, vérnyomásnagyobbod pulsus, az aorta második hangjának ékeltsége a legl tünetek. A beteg e mellett cyanotikus, de a tüdő se

adott leirás tulajdonképen a tüdővizenyő jellegzetes képe, míg az általam *angiospasmus pulmonalis dyspnoicusnak* mondott kép a tüdővizenyővel közösséget nem mutat, sőt attól szigorúan elkülönítendő. Az angiospasmus felvételét könnyen lehetett igazolni mindazon esetekben, a melyekben edénytágító gyógyszereket alkalmaztam a roham alatt. Főleg amylnitrittel volt alkalmam idevágó kisérleteket eszközölhetni, és ezzel a roham többnyire könnyen volt coupirozható. A roham tartama néha csak másodperczekre terjed, sokszor néhány perczre, sőt néha hosszabb időre is, de megszünése után csak hosszabb idő elteltével szokott újból jelentkezni. Ezeket a rohamokat is, mint az érkrisiseket általában, vérnyomásnagyobbodás előzi meg, a roham tartama alatt ezen vérnyomásnagyobbodás megvan, de annak megszüntével a kiindulási értékre száll le. Ez lehet normális, vagy a normálisnál nagyobb, de az illető betegnél rohammentes időben állandó érték. Az amylnitrittel való kisérletek a vérnyomásnagyobbodásnál feljogosítanak nemcsak ezen tünetcsoportnak az érkrisisek csoportjába való sorolására, hanem azon feltevésre is, hogy a tüdőbeli edények szükületével állunk szemben. De továbbra is nyilt kérdésnek kell hagyni, a mint hogy nyilt kérdés ez az érkrisisek többi fejezetében is, hogy melyek azok az idegek, a melyek a fájdalomérzés közvetítésénél szerepet játszanak.

Láttuk az angiospasmus pulmonalis azon tiszta eseteit, a melyek más tünetcsoporttal combinálva nincsenek. Több izben volt alkalmam látni ilyen eseteket, a melyeknél a fájdalom érzése kiterjedt csaknem mindkét mellkasfél egész területére, csak épen azon rész maradt a fájdalomtól ment, a mely a stenocardiás rohamokra jellegzetes fájdalom székhelye szokott lenni. De kiemelendőnek tartom, hogy ezen tünetcsoport szövődése más érkrisissel vagy tünetcsoporttal nemcsak lehetséges, de elég gyakori is. Igy az angiospasmus pulmonalis szövődhet stenocardiával, sőt a stenocardiás rohamokhoz igen gyakran társul. A legsúlyosabb esetét az angiospasmusnak látjuk ott, a hol csakhamar szívgyengeség is társul hozzá, a midőn a jellegzetesen kezdődő tünetcsoport a tüdővizenyő súlyos képében folytatódik. Nyilván ilyen esetek lehettek azok, a melyeket *Pal* paroxysmális dyspnoe elnevezés alatt leir, a hol nagyfokú tüdőtágulat, apró hólyagú nedves szörtyzörejek, véres köpet uralják a kórképet. Az angiospasmus ezen szívgyengeséggel szövődött eseteit a vérnyomás gyors csökkenése fogja megkülönböztetni az angiospasmus pulmonalis azon tiszta eseteitől, a melyekben a vérnyomás nagyobbodása nélkülözhetetlen feltétel. Hogy az angiospasmus pulmonalis még az érkrisisek más féleségével is szövődhet, ezt külön hangsúlyozni feleslegesnek tartom. Leggyakoribb formája azonban továbbra is a stenocardiával való együttes megjelenése marad. Vajjon járulhat-e úgy ezen edényszükülethez, mint az érkrisisekhez általában edénytágulat, ezt elméletileg ugyan lehetségesnek tartjuk, sőt más szerzők az edényszükülethez társuló edénytágulatot, az érkrisist jellegző fájdalom magyarázatára is felhasználják, de erre bizonyítékokkal szolgálni ez idő szerint nem tudunk.

Volt alkalmam arra utalhatni, hogy az általam angiospasmus pulmonalis dyspnoicusnak mondott tünetcsoport más érkrizisekkel is szövődhet, és hogy leggyakrabban a szívérkrisis, vagyis stenocardia az, a melylyel együttesen előjön; de néha olyan tünetcsoporttal is szövődik, a melyet hasi érkrisisnek mondunk. Mint egy eddig nem méltatott tünetre akarom a figyelmet felhivni, midőn egy tünetcsoport a hasérkrisis képe alatt folyik le, a nélkül azonban, hogy a szigorúan hasi érkrisisnek nevezett jelenségekkel azonosítható lenne.

Elég gyakran volt alkalmam láthatni kifejezett endoarteriitis tüneteit magukon viselő egyéneknél, hogy igen gyakran minden külső behatás nélkül heves, a gyomor tájékára localizált fájdalmak által lepetnek meg, melyek a hátba kisugároznak, csak kivételesen a has alsó részeibe, a melyek tartama alatt minden más subjectiv tünet a gyomortáji fájdalom mellett háttérbe szorul és csak elvétve látni, hogy a betegeket ilyenkor egy bizonyos fokú aggodalom érzete fogja el, nehezebb légzésről panaszkodnak, a mit

ütérlökés szaporább, igen gyakran arythmikus olyan kiknél az előtt arythmia nem volt kimutatható, az aorta hangja ékelt, a regio epigastria előredomborodott, a mint has rendszerint puffadt, és úgy az epigastriális táj, mint abdominalis nyomásra felette érzékeny, a vérnyomás n dott. Hogy ezen tünetcsoportnál csakugyan érkrisisse szemben, azt az igazolja, hogy ezen, narcotikus szerek sokszor daczoló tünetcsoport edénytágító gyógyszerekk nyire megszüntethető vagy enyhíthető. Ha még hozzátesz ezen fájdalom-rohamokat kiváltképen olyan egyéneknél vo mam észlelhetni, a kik egyébként a cardioptosis senilis képét mutatták, úgy ezen tünetcsoportot nagyjából kö tekinthetem. Nézetem szerint ez a tulajdonképeni hasi é szigorúan elkülönítendő, nem más, mint egy mellkasi ér stenocardiás formája, a mely a szív mélyebb elhelyez fogva az epigastriális tájra localizálódik tünettanilag. talán ezt stenocardia epigastrialisnak nevezni, vagy mé sebben *pseudoangina abdominisnek*. Ezen tünetcsoport úgy az angiospasmus pulmonalissal, mint a tulajdonkép érkrisissel. A mire még súlyt akarnék helyezni, az a pseu abdominisnek elkülönítése a valódi hasi érkrisistől. U tünete a heves fájdalom, mely jóval kiterjedtebb és több epigastriális tájékon túl terjed, de nem a hát felé, hane dalom kisugárzása rendszerint a has alsó részeibe, ső végtagokra terjed ki. Tünete továbbá a bélmozgás szüne has behúzódása, spinális reflectorius alapon hányás, a a pseudoangina abdominalisnál hiányzanak. *Head* angina abdominalisnál hyperaesthesiát és hyperalgesiát mely tünetek a pseudoangina abdominalisnál ugyancsak nak. Közös mindkettőnél a vérnyomásnagyobbodás, a pulsus, a hevesebb szívműködés, az aorta abdominalisnak volta és kiterjedtebb lüktetése.

A fentebbiekben alkalmam volt a senilis és endoar egyéneknél elég gyakran található és nézetem szerint eléggé méltányolt tünetcsoportra a figyelmet felhivni. *ptosis senilis*, az *angiospasmus pulmonalis* és a *pseudoangi minis* azok a jelenségek, a melyek megérdemlik, hogy nikai jelentőségüknél fogva figyelmünket lekössék, és ho kapcsán az endoarteriitikus egyéneknél mutatkozó még tö csoport pontosabb körülírására törekedjünk, a melyek kórképben még nincsenek eléggé tisztázva.

Néhány lap a nőgyógyászat történetéből M országon az utolsó 50 év alatt.

Irta: *Temesváry Rezső* dr., egyetemi magántanár.

Legrégibb orvosi folyóiratunkban, az 1831—184 jelent Orvosi Tárban alig találunk nőgyógyászati czikket, s kevés szülészeti czikk is, a mely ott napvilágot látott egyes curiosumokra, monstrumok születésére s egyéb apró figyelésekre, semmint komolyabb tanulmányokra, jelent újításokra, vagy új therapiai eljárásokra terjed ki s jell akkori ismeretekre, hogy az 1839. évfolyamban két czikk tárgyalja egy nő esetét, a ki több izben eleven békákat Az akkori viszonyokra világot vet *Pongrácz Mihály*-nal azon évből eredő czikke is, a melyben egy általa végzett metszés esetét irja le, a melyet elhanyagolt harántfekv halt magzattal oly javalatból végzett, hogy a feldarabolá séges eszközök nem állottak rendelkezésére! Az anya 1 a műtét után meghalt.

A nőgyógyászat körébe vágó közlemények és di különösen a nő élettanával, rendes és kóros hószámjával folyással és a sterilitással foglalkoznak oly ósdi, pri speculativ módon, mint ha nem évtizedek, hanem é választanának el bennünket azoktól az időktől. Hisz egy neves szülész (Jacobaei) szükségesnek tartotta egy méhrá halt nő boncolását végeztetni a végből, hogy bebizonyít a nő életében fennállott marásszerű alhasi fájdalmakat az

A 40-es évek vége felé már nem haladás eszlelhető a méhtükör vagy „nádratükör“ mindinkább terjedő használata folytán, a melyet tudvalevőleg Recamier ajánlott újból 1846-ban s a melynek propagálói nálunk különösen *Pfeiffer Gyula* és *Kovács Sebestyén Endre* voltak. De azért ekkor is még mily állapotban lehetett az úgynevezett kis gynaekologia méhkutató, curette, pessarium nélkül, a mely eszközök mindegyikének feltalálása és meghonosítása szinte ugrásszerűen vitte előbbre szakmánkat.

Még az 50-es években is alig van szó nőgyógyászatról. A 60-as években már legalább méhpőfeteg (polypus uteri) kiirtásáról tesznek említést; minden egyes ily műtétet (lecsavarás vagy lekötés, vagy Chiari-féle ollóval való lemetszés, vagy écraseur-rel való leszorítás útján) közlésre érdemesnek találnak, de azt csak akkor végzik, ha a daganat már megszületett, azaz ha már a cervixből is kinyomult.

A női bajok kezelését illetőleg még olvasunk a „fehérfolyás“ ellen alkalmazott hüvelyöblítésekről, az erosiók edzéséről pokolkővel, a méhnyak égetéséről izzó vassal, nadályok alkalmazásáról a portiora méhlob esetén, s sajtolt szivacs (szivacskúp) bevezetéséről a cervixbe diagnostikus czélból.

A szülészeti klinikák kimutatásaiban is legfeljebb 1—2 polypus-műtétről tétetik említés vagy nyugalommal és hüvelyöblítésekkel kezelt (?) néhány méhelőesés esetéről; más nőbeteg alig fordul meg azokon; hisz még nőgyógyászati rendelést (ambulantiát) sem tartanak. Az első ily rendelést, mint *Liebmann* tanártól hallottam, csak *Fleischer József*[1] rendezte be a szt. Rókus-kórházban a 70-es évek elején. A szülészeti klinikán csak 1880-ban rendeztek be ilyet. Jellemző még az az adat is, a melyet Tauffer tanárnak köszönhetek, hogy mikor bold. Kézmárszky tanár klinikáját 1874-ben elődjétől átvette, egyetlen egy nőgyógyászati műszer sem volt ott található, még tűtartó és tű sem, mert még a gátrepedést is vagy egyesítetlenül hagyták, vagy a legjobb esetben serres-fines-ekkel látták el.

Mennyire megváltozik azonban a kép, a mikor *Balassa, Kézmárszky, Kovács József, Lumniczer, Antal Géza*, különösen pedig *Tauffer* tanár lépnek a porondra, a kik *Semmelweis* és *Lister* antiseptikus tanait követve, modern szellemet és felfogást, kórboncztani tudást, új vizsgálati módokat, szóval egészen új irányt hoznak szakmánkba. Megjelenésükig legalább évtizedek választották el mindenkor a magyar gynaekologiát a külfölditől s most egyszerre időbelileg is csaknem egymás mellett haladnak a magyar nőorvosok idegen szaktársaikkal. Alig van nagyobb gynaekologiai műtét, új vizsgálati vagy therapiai eszköz, a melylyel több mint csak néhány évvel később találkozunk nálunk, mint külföldön. Mily óriási haladás! A szülőintézetekből névleg is úgy külföldön, mint nálunk, női klinikák lesznek. A méhtükör félénk ajánlása után már az úgynevezett „nagy gynaekologia“ vívmányainak ismertetése!

A „kis gynaekologia“ segédeszközeinek meghonosítását illetőleg nem is találtam adatokat. Csak annyit tudok, hogy legelterjedtebb vizsgálati módszerünk ismertetése *Tauffer* érdeme, a ki „az általa Freiburgban Hegarnál elsajátított combinált puhatolódzó modort nálunk meghonosította“ (Lumniczer). Hogy ki élt nálunk először méhsondával, ki alkalmazta először a curettet, ki helyezett be elsőnek pessariumot a hüvelybe, nem tudom; csak sejtem, hogy mindez megboldogult *Kézmárszky* tanár érdeme volt, a kit nagy olvasottsága, külföldön szerzett tapasztalatai, de leginkább alaposssága, tág látóköre, kötelességtudása és lelkiismeretessége s különösen ifjabb éveiben nyilvánult vállalkozási szelleme bizonyára elsőnek vitt reá, hogy a legfontosabb újításokat kipróbálja, azoknak nálunk a polgárjogot megszerezze. Az első Emmet-féle műtétet is, a melyet feltalálója 1874-ben ajánlott, ő végezte nálunk már 5 évvel később először. Igy volt ez bizonyára a többi kisebb gynaekologiai műtétekkel is. A nagyobb gynaekologiai műtéteket illetőleg, bár ezeket is mind végezte s pedig jól végezte, a kezdeményezés érdeme másoké.

[1] Mily tragicum néhány gynaekologusunk sorsában! A dementiában meghalt *Semmelweis* felett *Fleischer* tartott emlékbeszédet orvosegyesületünkben, a ki nemsokára reá ugyane bajba esett; őt pedig *Bruck Jakab* parentálta el, a ki ugyancsak dementiában élte utolsó éveit!

neális csonkkezeléssel (az első császármetszést is tu végezte 1857. márczius 19.-én), többek között *Balassa* s mellett; a beteg ugyan elhalt, de azért a tett mag közvetve bizonyára *Markusovszky* érdeme volt, a ki haza Angliából, a hol különösen *Baker Brown* tényked ovariotomia terén volt szemtanúja) büszkeséggel tölth nünket, mert a szomszédos Ausztriában is, világhirü nagynevü tanárai daczára a mondott időig csak 3 i végeztek (*Hayny, Wattmann, Schuh*), mellesleg említv mind halálos kimenetellel. *Spencer Wells* akkor már 1 ről, *Stilling* 10-ről, *Koeberle* 12-ről referálhatott.[1] ovariotomiát nálunk *Balassa János* végezte 1867. ju ugyancsak extraperitoneális csonkkezeléssel, még pedig kimenetellel (assistensei voltak: Lumniczer, Horváth, Csajághy, Hajnal); a harmadikat ugyancsak sikerese *János* aradi főorvos végezte 1868. április 6-án, a negy dig *Brandt* kolozsvári tanár 1869. junius 19.-én (gyógy *Lumniczer József* 1874-ben kettőt, 1875-ben és 1876- egyet végzett (Lumniczer-nek segédkeztek a másodi kezdve Kézmárszky, majd Tauffer is), *Kovács József* kettőt végzett, *Darányi* 1876-ig még négyet s *Kovács Endre*, a kinek esetére azonban nem akadtam rá, eg *niczer* 1879-ig összesen 20 ovariotomiát végzett, *Ko* 1878-ig 19-et (14 gyógyult), *Tauffer Vilmos* (a ki 18 gezte az első ily műtétet) 1884-ig 59-et (54 gyógyult *szky* (a ki az elsőt 1881-ben végezte) 1887-ig 37 gyógyulással). Vidéki orvosaink közül végeztek még o *Major Ferencz* 1881-ben és *Áldor Adolf* 1882-ben és egyet-egyet, s pedig mind sikerrel. Ezen időkig ovariume ben tudvalevőleg legfeljebb csapolást végeztek; hogy ez arányokban történt, bizonyítja *Mihály László*-nak egy közleménye, a melyben egy ovariumcystában szenvedő említést, a kinél 8 év alatt 42 csapolást végeztek 672 li kiürítésével. De a betegeket sem lehetett még akko rávenni a radikális műtétre, a mint ezt *Antal* és *Réc* tetése Kovács klinikájának 1871/72—1873/74. évi m mutatja, a melyben felemlíttetik, hogy 6 petefészektöml vedő nő közül egyetlen egy sem engedte meg a dagana A csonkkezelés, mint említettem, eleinte kizárólagosan toneális volt, később, ha nem tévedek, különösen *Kov* ményezésére intraperitoneális. *Kovács* ajánlotta ugyanis „ligature en masse“ helyett a vérerek egyenként val s a peritoneumnak a csonk felett való összevarrását szü

Az első *castratiót* nálunk *Tauffer* végezte 1878. 13.-án, hypoplasia genitalium okozta heves, csillapíth menorrhoeás fájdalmak miatt. Ezt a műtétet tudvalev 1872. julius 27.-én és tőle függetlenül *Battey* vége ugyanazon év augusztus 17.-én; *Tauffer* első műtétei összesen 45 ily műtét volt közölve. Ő maga 1884-ig 1 végzett 0 halálozással, a legtöbbet méhmyoma vagy a kis tömlős elfajulása miatt.

A méhmyoma miatt végzett *hysterectomia* (amput vaginalis uteri) meghonosítása nálunk elévülhetlen érde *József*-nek, a ki 1877-ben végezte az első ily müté mindjárt intraperitoneális csonkkezeléssel (a mit *Hega* alkalmazott először, de a melyet a rossz eredmény mia megint elhagyott). 1880-ig azután Kovács még 4-szer műtétet, *Antal Géza* pedig (Ráth osztályán a szt. Ró ban) ugyanaddig 3-szor (1877., 1878., 1879.); a 8 csak 2 gyógyult. Igen érdekes vita fejlődött ki akk ízben az orvosegyesületben a csonkkezelést illetőleg *Tauffer* között; előbbi az intraperitoneális csonkkeze míg utóbbi (a ki az első ily műtétet 1880-ban végezte) *Antal*, valamint *Hegar* eredményeire hivatkozva (*Ta* alatt 1 intraperitoneális úton ellátott műtét halálla peritonealis úton ellátott pedig mind gyógyulással

[1] *Weinlechner* (Wiener med. Wochenschrift, 1867. 50 ugyan, hogy *Kramolini* győri orvostól vett szóbeli értes *Semmelweis* három ovariotomiát végzett (1 gyógyulással), ö fentemlített egy esetet találtam feljegyezve.

peritoneális csonkkezeléssel műtett nő közül csak 5 gyógyult, míg a másik módon műtett 7 közül mind gyógyult) az extraperitoneális csonkkezelést védte, a mely az akkori antiseptikus és technikai viszonyoknak tényleg megfelelőbb volt, bár ő is elismerte, hogy az ideális czél, a mely felé törekednünk kell, itt is ép úgy, mint az ovariotomiánál, az intraperitoneális csonkkezelés. Kovács javalatára annál büszkébbek lehetünk, ha meggondoljuk, hogy ez eszme még a nagy Németországban is csak később fogadtatott el, különösen *Schroeder* befolyása alatt, majd később *Gusserow* meleg ajánlására, de különösen a műtéti technika újabb haladásai eredményeként. A myomának hasfali úton való műtevése különben már maga is nagy vívmány volt; hisz addig az ily myomát nem hogy indicationak nem tekintették a laparotomiára, hanem egyenesen contraindicatiónak!

A 4. nagy műtétfajt, *a méh totalexstirpatioját* méhrák miatt *Tauffer* végezte nálunk először 1881-ben. Az elsőt *Freund* végezte 1878-ban a hasfalon át, *Cerny* pedig 1879-ben a hüvelyen át, s még a nagy *Schroeder* is 1881-ig csak 8 ily műtétet végzett! Tauffer érdeme, hogy e műtétet (a melyet *Hegar Kaltenbach*-al irt nőgyógyászati műtéttanának 1874-ben megjelent első kiadásában még „unthunlich"-nak mond) nálunk meghonosította s az azóta végzett ily műtétek nagy számával s a vele elért, nemcsak múló, hanem sok esetben állandó gyógyulással bebizonyította, hogy az addig gyógyíthatatlannak tartott méhrák is immár a gyógyíthatók közé tartozik, feltéve, hogy idejekorán kerül a beteg a műtőhöz. Nagyon érdekes Tauffer eszmemenete, a melylyel 5 első ily műtétének közlését (4 gyógyult) 1884-ben kisérte. Tiltakozik ugyanis az ellen, hogy a méhrák radikális műtevését csak végső kétségbeesett segélykisérletnek tekintsék, mert ennek a téves felfogásnak tulajdonitandók a rossz eredmények. Szerinte „a teljes méhkiirtás ugyan nagyveszélyü műtét, de ha a baj még körülirt, a műtét sikerrel végezhető s ezzel a nő huzamosabb időre, talán véglegesen is meggyógyítható". A második totalexstirpatiót nálunk méhrák miatt, ha nem tévedek, *Kézmárszky*, a harmadikat *Elischer Gyula* végezte s pedig utóbbi oly eredménynyel, hogy betege csak 16 évvel később halt meg más bajban. Hogy azóta mivé fejlödött ez eljárás, legjobban mutatja *Tauffer* mult évi előadása a méhrákról, a melyben 1904-ig végzett 172 totalexstirpatiojáról számol be 19 halálesettel, azaz 89% gyógyulással, s nem kisebb mint 44·5% végleges gyógyulással! A műtét technikáját illetőleg felemlítendő, hogy *Tauffer* kezdettől fogva a radikális műtét előtt mindig előbb a rákos részt kanállal gondosan lekaparta és erélyesen paquelinezte, a minek helyességét az azóta általánosan ismertté lett oltási recidiva (Impfrecidive) útján való kiújulhatása a ráknak *(Winter)* beigazolta.

Messze vezetne, ha az említett műtétekre vonatkozólag hazánkban megjelent irodalmat ismertetném s azokat az érdemeket mind bemutatni akarnám, a melyeket hazánk nőorvosai maguknak azok fejlesztése körül szereztek.

Ugyszintén legnagyobb sajnálatomra nem térhetek rá ez alkalommal a nőgyógyászat egyéb fejezetei történetének tárgyalására sem. Csak felemliteni akarom, hogy alig van a nőgyógyászatnak oly része, a melynek fejlesztésén honfitársaink közül egyik vagy másik nem müködött volna közre. A női ivarszervek lobos bántalmai, a női gonorrhoea és az adnextumorok, a méh és hüvely helyzetváltozásai, a hüvely, méh és petefészek daganatai, a sipolyok és egyéb női húgyszervi bajok, a némileg a szülészet körébe is tartozó méhenkivüli terhesség (az első ily műtétet kihordott terhesség mellett nálunk tudtommal szintén *Tauffer* végezte 1885-ben) mind oly tárgyak, a melyeknek aetiologiájával, pathologiájával és gyógyításával többé-kevésbé behatóan foglalkoztak nálunk is s kevés hijával az összes élő gynaekologusokat kellene felsorolnom, ha mindazok érdemeiről akarnék megemlékezni, a kik tudományunkat műtéteikkel, laboratoriumi vizsgálataikkal, irodalmi munkálkodásukkal előbbrevitték. Talán lesz még alkalmam, hogy a gynaekologia történetét Magyarországon behatóbban ismertetve, e hiányt pótoljam.

Itt még csak annyit akarok konstatálni, hogy a magyar gynaekologusok mindig meg tudták tartani a juste milieu-t a sokattevés és az ép oly káros semittevés között s hogy sohasem kényelem volt az, a mi őket ténykedésükben vezérelte, egyesegyedül a beteg érdeke. Suprema lex-ük mindig aegrotae volt! S hogy ez igy volt, s hogy tudományunk fél évszázadban nálunk is oly óriási lépésekkel haladhat különösen három honfitársunknak érdeme; az egyik *Sen* hazánk tudományos egének örökké fénylő csillaga, a má *márszky Tivadar*, a modern szülészet megalapitója, a pedig *Tauffer Vilmos*, a ki hazánkban a modern gyna megteremtette!

A typhusbakteriuriáról és annak a vesékhe viszonyáról.

Irta: *Vas Bernát* dr., egyetemi magántanár.

Hueppe,[1] *Konjajeff*[2] és *Neumann*[3] már mintegy 20 évv említést tettek arról, hogy typhusbetegek vizeletében a typhusb feltalálhatók. *Neumann* volt az, a ki miután 48 eset közül 11-t tatta a vizeletben a typhusbacillust, ezen észlelésnek nemcsak tikai érdekességét emelte ki, hanem egyszersmind ráutalt an fontosságára a typhus prophylaxisa szempontjából.

Nyilvánvaló, hogy csak a vizsgálati módszerek hiányoss nem találtak ezen észleletek abban az időben kellő méltánylás 1898-ban, a midőn *Petruschky*[4] a modern diagnostikai eljárás ségével kifogástalan módon megerősitette a régebbi szerzők é irányult az orvosi világ figyelme nagyobb mértékben ezen, az logiára nézve fontos tényre, főképen miután ezen szerző ráutal hogy a typhusbacillusok kiválasztása a vesék útján rendszerint ség előrehaladottabb szakában szokott előfordulni, hogy a k időtartama gyakran mélyen belenyúlik a reconvalescentia sz sőt azon túl is hosszabb ideig eltarthat. Ismeretes lett az i kiüritett bacillusok száma legtöbbször igen nagy szokott *Petruschky* egy esetében a vizelet egy köbmillimeterében bacillust talált.

Petruschky észleleteit azóta a megbizható szerzők megerősitette: igy többek közt *Richardson*,[5] *Horton Smith*,[6] *Schüder*,[8] *Gwyn*,[9] *Besson*,[10] *Levy* és *Andrée Lemiere*,[11] *Fuchs*,[1]

Ezen szerzők észleléseiből megállapitható, hogy a ty teriuria rendszerint a betegség 2. vagy 3. hetében szok kezni, de kivételesen már a betegség korábbi stadiumában kezik. Néha rövid ideig tart, legtöbbször 1—2 hétig észlelhető azonban megbizható adatok hosszabb, sőt excessiv hosszú ta Igy *Horton Smith*[13] egy esetében 70 napig, *Drigalski*[14] szeri egy esetében 9 hónapig tartott. *Houston*[15] esetében a há fennálló cystitisnél typhusbacillusok voltak kimutathatók, sőt észlelés *Gwyn*-tól, mely szerint a vizelet még öt évvel a typ lása után is tartalmazott nagy számban typhusbacillusokat.

A typhusbakteriuria gyakorisága 20—25% közt inga egyes szerzők nagyobb százalékról is számolnak be.

A kiválasztott bacillusok mennyisége rendszerint igen hogy tőlük a vizelet egészen zavarossá válhatik. De találta bacillusokat — bár csak csekély számú esetben — egészen tiszt ben is. Ilyen esetet ismertet *Drigalski* és ehhez hasonló é alább ismertetett esetek közt is előfordul.

A typhusbakteriuria eseteiben különös figyelmet érd kérdés, hogy milyen állapotban vannak azon beteg veséi, vizeletben a typhusbacillusok megjelennek. A vesék állapot intra vitam csaknem kizárólag a vizeletvizsgálat adatai ala hatunk következtetéseket. Az egyes szerzők tapasztalatai ezen ben eltérnek egymástól.

Ezen körülmény által indittatva, saját vizsgálataim f typhusbakteriuriának gyakorisága, időbeli lefolyása és megje mája mellett különösen ezen vitás pontra terjesztettem ki fi és a vizelet bakteriologiai vizsgálatával kapcsolatban annak mikroskopi vizsgálatát is ismételten végrehajtottam.

Vannak szerzők, mint *Konjajeff*, *Schüder* és mások, kik összefüggést vesznek fel a typhusbacillus kiválasztása és a v betegedése között, mely albuminuriában és cylindruriában *Schüder* 19 szerző erre vonatkozó adatait állitotta össze, a kiderül, hogy 599 typhuseset közül 177-ben találtatott typh a vizeletben, vagyis az esetek 29·55%-ában. (A szám nyilván

adatai is szerepelnek.) A typhusbakteriuria túlnyomólag súlyos klinikai tünetek mellett jelentkezett és a legtöbb eseteben albuminuria is volt jelen, úgy hogy ezek alapján *Schüder* arra a végkövetkeztetésre jut, hogy a typhusbakteriuriával a veséknek direkt megbetegedése együtt szokott járni. Ujabb szerzők közül is többen észleltek a typhusbacillus mellett fehérjét a vizeletben, így *Richardson*, *Gwyn*, kinek tapasztalatai szerint a typhusbakteriuria rendszerint pyuriával, nephritissel, esetleg cystitissel szokott együttjárni.

Besson szintén talált a két folyamat közt határozott összefüggést; 83 eset közül 12-ben mutatta ki a typhusbacillust a vizeletben, mely 11 esetben nagyobb mennyiségű, egy esetben kevesebb fehérjét tartalmazott. A typhusbacillus kiválasztásának megszüntével eltünt a fehérje is a vizeletből.

Ezekkel szemben *Neumann*, *Neufeld* és mások a typhusbakteriuriát a vesék kóros állapotától teljesen független folyamatnak tekintik. Szerintük az esetleg észlelhető albuminuria semmiféle oki viszonyban nincsen a bakteriuria fellépésével és eltünésével. Ezen szerzők sem zárkózhatnak azonban el azon felvétel elől, hogy a typhusbakteriuria a vesék egyszerű kiválasztási folyamata és azok teljes anatomiai épsége mellett létre nem jöhet, hanem a mint azt *Wyssokowitsch*[17] kisérletei és *Konjajeff* kórbonctani vizsgálatai is bizonyitják, a vesékben a typhusbacillusoknak jelenléte mellett apró elváltozások jönnek létre, melyek azonban mégis oly jelentéktelenek, hogy a vizelet vegyi összetétele azok következtében nem változik meg.

Egyes szerzők azt állitották, hogy a typhusbacillusok a hólyagban szaporodnak meg, így *Richardson* és *Gwyn*, de ezek sem tagadják, hogy a bacillusok a veséből kerülnek a hólyagba. Csak *Kurth*[18] koczkáztatta meg azt az állitást, hogy a bacillusok kivülről a húgycsövön keresztül jutnának a hólyagba.

Alább részletezett vizsgálataimhoz az anyagot a székesfővárosi szent László-kórház férfi-typhusbetegosztályáról nyertem és annak szives átengedéséért *Gerlóczy Zsigmond* dr. főorvos úrnak, az osztály vezetőjének, e helyen is hálás köszönetet mondok.

A typhusos betegektől nyert vizeleteket minden esetben bakteriologiai, vegyi és górcsövi vizsgálatnak vetettem alá, mely alkalommal a bakteriologiai vizsgálat a következő módon végeztetett:

A vizelet steril edényekbe lett felfogva. Ezen vizeletből egyrészt *Conradi-Drigalski*-féle elective táptalajra történt oltás, másrészt közönséges módon gelatina-lemezeket is készitettem. Az előbbi táptalaj elective működése, mint ismeretes, azon alapszik, hogy a benne foglalt szénhydratból és fehérjéből a typhusbacillusok túlnyomólag lúgos vegyhatású anyagokat termelnek, mig a colibacillusok tenyészeteinek termékei túlnyomólag savi kémhatásúak. Mivel a lemezek lakmus-tinctur\u00e1val vannak készitve, a colibacillusok tenyészetei helyén a kék alapszin vörösre változik át, mig a typhustenyészetek helyein a kék szin nem változik. A táptalaj azonkivül kristály-ibolya tartalmánál fogva számos bakterium fejlődésére alkalmatlanná válik és így meg van akadályozva az, hogy a fejlődő typhuscoloniákat idegen bakterium tenyészetei a háttérbe szoritsák. A táptalajból *Petri*-csészékben készitettünk lemezeket és azokat meg hagytuk száradni. Ezen lemezeken a vizsgált vizelet csekély mennyiségét kihevitett platinkacs segitségével kentem el. Ezen táptalajt hasonló módon használta fel *Lipschütz*[19] is vizsgálataihoz.

A typhusbacillus jelenlétét akkor tekintettem beigazoltnak, ha a *Conradi-Drigalski*-táptalajon, vagy a geletinalemezeken fejlődött tenyészetet agar-agarra átoltva, a tiszta tenyészetek mindazon jellegzetes sajátságokat mutatták, melyeket ez idő szerint a typhusbacillusok identifikálására szükségesnek tartunk. A tenyészetekből vett bacillusok tehát élénken mozogtak, a szőlőczukrot el nem erjesztették, a tejet thermostatban hosszab idő mulva sem alvasztották meg. Továbbá a *Petruschky*-féle lakmusos savót nem festették pirosra, sem pedig annak lúgos kémhatását a titrálás által megállapitható adatok szerint jelentékenyen meg nem változtatták. Végül az agglutinatiós kisérleteket is minden esetben elvégeztem. Ezen kisérletekhez 1 : 1000 és 1 : 2000 titerrel biró serumok állottak rendelkezésemre, melyekből 1—100 és 1 : 200-nak megfelelő higitásokat készitettem. A kisérletet többnyire górcsövi készitményekben figyeltem meg, makroskopikus kisérleteket az eseteknek csak kisebb számában hajtottam végre. A kisérletekhez mindenkor 18—20 órás agar-agar-tenyészetek használtattak.

A vizelet vizsgálata annak általános tulajdonságaira (szin, kémhatás, fajsúly), továbbá az esetleg jelenlevő idegen alkatrészekre (fehérje, geny és vér), valamint az üledék mikroskopi leletére terjedt ki. az esetek 23%-ában sikerült a typhusbacillus jelenlétét megállapitani.

Ezen positiv esetek a következők:

1. V. J. 24 éves, hentes, felvétetett 1904. szeptembe elbocsáttatott november hó 5.-én. Felvétele előtt már két volt. Felvételkor középsúlyos typhus klinikai képét mutat zavartalan; október 16.-a óta láztalan.

Szeptember hó 20.-án. Hőmérsék reggel 38·2° C., délu

Vizelet: vörössárga, homályos, savi kémhatású, faj mérsékelt (0·01%) fehérjét tartalmaz. Üledékben kevé szemcsés cylinder.

Oltás Conradi-Drigalskira (szeptember 22); meglehető colonia, néhány piros. Előbbiek a vizsgálatok alapján typhu nak bizonyultak.

Szeptember 24.-én. Hőmérsék reggel 37·2° C., este 3

Vizelet: világossárga, tiszta, savi kémhatású, fajsúlya sékelt (0·01%) fehérje, üledékben kevés hyalin és szemcsés

Bakteriologiai vizsgálatnál (Conradi-Drigalski) kevés elvétve 1—1 piros; a kék határozottan typhus.

Szeptember 26.-án. Hőmérsék reggel 37·4° C., este 3

Vizelet: sötétsárga, homályos, savi kémhatású, fa mérsékelt (0·01%) fehérje-tartalmú. Górcső alatt: geny terenként 3—6), különböző alakú hámsejtek, meglehetős s szemcsés cylinder.

Bakteriologiai vizsgálat: sok typhusbacillus.

Szeptember 30.-án. *Vizelet* mint előbb.

Bakteriologiai vizsgálat: typhusbacillusra nézve nega

Október 5.-én. Hőmérsék reggel 37·4° C., este 37·6°

Vizelet: borsárga, tiszta, savi kémhatású, igen kev néhány hyalin cylinder.

Bakteriologiai vizsgálat: typhusbacillusra nézve nega

Október 7.-én. Reggeli hőmérsék 37° C., esti 37·7°

Vizelet: világossárga, tiszta, savi, fajsúlya: 1008, fehér ban, vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat typhusbacillusra nézve negat

Október 15.-én. Reggeli hőmérsék 37·4° C., esti 37·5

Vizeletben: nyomokban fehérnye. Vesealakelemek ni

Bakteriologiai vizsgálat negativ.

Október 20.-án. Reggeli hőmérsék 36·9° C., esti 37·2

Vizeletben: fehérnye többé nem mutatható ki.

Bakteriologiai vizsgálat negativ.

Október 30.-án. Reggeli hőmérsék 36·7° C., esti 37·

Vizelet: normális.

Bakteriologiai vizsgálat negativ.

A typhus-bakteriuria ezen esetben tehát a betegs hetében jelentkezett, körülbelül egy hétig tartott és előb mint az albuminuria. Feltünő volt, hogy egy alkalommal k bacillus egészen tiszta vizeletben is előfordult, valamint tartó csekély pyuria is volt jelen.

II. V. M. 30 éves, napszámos; felvétetett 1904. októ bocsáttatott november hó 5.-én.

Felvétel előtt már két hétig beteg volt; felvételk typhus nagy léppel és sok roseolával.

Október 23.-a óta láztalan.

Október 25-én. Reggeli hőmérsék 36·2° C., esti 36·5

Vizelet: szalmasárga, homályos, gyengén savi ké súlya 1014, fehérnye nyomokban. Vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: Conradi-Drigalski-n sok k élénken mozgó bacillusok, melyek az összes próbák ala bacillusoknak bizonyultak.

Október 30.-án. Reggeli hőmérsék 36·3° C., esti 36·

Vizelet világossárga, kisse homályos, savi kémhat 1012. Fehérnye nem találtatott, sem vesealakelem.

Bakteriologiai vizsgálatnál mérsékelt számú typhus-

November 2.-án. Reggeli hőmérsék 36·3° C., esti 37

Vizelet: homályos, de fehérnyét nem tartalmaz.

Bakteriologiai vizsgálatnál typhusbacillus nem mutat

A typhusbakteriuria ezen esetben az ötödik héten k de már előbb fennállhatott és körülbelül hat hétig tart részéről elváltozás nem forgott fenn.

III. M. M. 25 éves, inas. Felvétetett 1904. novembe

Deczember 1.-én. Reggeli hőmérsék 36·7° C., esti 37·4° C.

Vizelet: borsárga, homályos, savi kémhatású, fajsúlya 1019. Fehérjét nem tartalmaz. Vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: Conradi-Drigalski-n számos kék colonia a typhusbacillus összes charakteristikus tulajdonságaival.

Deczember 8.-án. Hőmérsék reggel 37·6° C., este 39·3° C.

Vizelet: homályos, sárga, fajsúlya 1015, fehérnyét és vesealakelemeket nem tartalmaz.

Bakteriologiai vizsgálat: typhusbacillus.

Deczember 17.-én. Hőmérések reggel 37·3° C., este 38·3° C.

Vizelet: homályos, fajsúlya 1017, sem fehérnye, sem vesealakelem.

Bakteriologiai vizsgálat: typhusbacillus.

Január 10-én. Hőmérsék 36·7° C. reggel, 38·9° C. este.

Vizelet: tiszta sárga, fajsúlya 1016, sem fehérnye, sem vesealakelem.

Bakteriologiai vizsgálatnál typhusbacillus nem mutatható ki többé.

A vesék épsége mellett jelentkező *typhusbakteriuria*, mely a harmadik héttől a hatodik hétig volt követhető.

IV. H. K. 17 éves, kádár. Felvétetett november 26.-án., meghalt deczember 9.-én. Felvétel előtt 14 napig súlyos typhus képe. Vidal positiv. Decubitus. Véres székletét.

Vizelet: csak egy izben vizsgáltatott, deczember 3.-án, midőn a hőmérsék reggel 39° C., este 39·7° C. volt. Vizelet vörösessárga, uratoktól zavaros, savi kémhatású, fajsúlya 1028; mérsékelt mennyiségű (0·03%) fehérnyét és sok hyalin és szemcsés cylindert tartalmaz.

Bakteriologiai vizsgálatnál Conradi-Drigalski-n és gelatina-lemezeken typhuscoloniák.

Sectiónál: gyógyuló fekélyek a bélben, velős beszüremkedés stadiumában levő plaqueok.

Vesebántalommal complikált *typhusbakteriuria*, melynek ismételt vizsgálatát a beteg állapota nem engedte meg. A bakteriuria körülbelül a harmadik héten jelentkezett.

V. H. M. 26 éves, napszámos. Felvétetett 1904. deczember 8.-án, elbocsáttatott február 11.-én. Felvétel előtt már négy hét óta beteg. Felvételkor súlyos typhus tünetei. Vidal erősen positiv. Betegsége alatt parotitis. Deczember 28.-a óta láztalan.

Deczember 15.-én. Hőmérsék reggel 39·5° C., este 39·9° C.

Vizelet: sötétsárga, homályos, savi kémhatású, fajsúlya 1022, középmennyiségű (0·01%) fehérjét tartalmaz. Üledékben hyalin és szemcsés cylinder.

Bakteriologiai vizsgálatnál typhusbacillus kimutatható.

Deczember 23.-án. Hőmérsék reggel 3° C., este 37·7° C.

Vizelet: világossárga, homályos, kissé savi, fajsúlya 1015, benne mérsékelt (0·1%) mennyiségű fehérje. Górcső alatt kevés genysejt, 1—2 hyalin és szemcsés cylinder.

Bakteriologiai vizsgálatnál typhusbacillus.

Deczember 28.-án. Hőmérsék reggel 37° C., este 37·4° C.

Vizelet: világossárga, homályos, gyengén savi, fajsúlya 1013, igen kevés fehérje, néhány hyalin cylinder.

Bakteriologiai vizsgálatnál: typhus positiv.

Január 10.-én. Hőmérsék reggel 36·4° C., este 36·9° C.

Vizelet: uratoktól zavaros, fajsúlya 1022, fehérje nyomokban, vesealakelemek nincsenek.

Bakteriologiai vizsgálatnál: typhus positiv.

Január 14.-én. Hőmérsék reggel 36·4° C., este 37·3° C.

Vizelet: homályos, fajsúlya 1017, fehérje kifejezett nyomokban, vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizagálatnál: typhus positiv.

Január 20.-án. Láztalan.

Vizelet: homályos savi kémhatású, fajsúlya 1015, fehérje nyomokban. Vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: typhus negativ.

Február 9.-én. Hőmérsék reggel 46·4° C., este 36·9° C.

Vizelet: fehérjementes.

Bakteriologiai vizsgálat: typhus negativ.

Február 25.-én. Láztalan.

Vizelet: zavaros, gyengén alkalikus, fehérje nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: Sok bakterium, de typhusbacillus nem találtatott.

Márczius 3.-án. Láztalan. Vizelet: fehérjementes. Typhusbac. nincs.

állott. A typhusbakteriuria a felvétel utáni 3. héten jelentk 6. hétig tartott.

VI. F. G, 25 éves, napszámos. Felvétetett 1904. no 26.-án, elbocsáttatott 1905. április 2.-án. Felvétel előtt már beteg volt. Felvételkor súlyosabb typhus. Vidal positiv. otitissel, hasfali abscessussal és kisebb fokú jobboldali complikálódott.

Deczember 23.-án Hőmérsék 40·0—40·4° C.

Vizelet: vörösessárga, homályos, savi, fajsúlya 1022 mennyiségű (0·05%) fehérjét tartalmaz. Üledékében szemcsés

Bakteriologiai vizsgálatnál Conradi-Drigalski-táptalajo colonia a typhusbacillus összes jellegző tulajdonságaival.

Deczember 28.-án. Hőmérsék 37·7—39·8° C.

Vizelet: sötét borsárga, homályos, savi, fajsúlya 10 nyomokban, vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: typhus positiv.

Január 10.-én. Hőmérsék 36·4—37·6° C.

Vizeletben fehérje nyomokban, vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálat: typhus positiv.

Január 20.-án. Hőmérsék 37·0—38·1° C.

Vizelet: vörösessárga, zavaros, savi, fajsúlya 10 mérsékelt mennyiségű (0·01%). Üledékében kevés hyalin cylinder.

Bakteriologiai vizsgálat: Conradi-Drigalski-táptalajo colonia, mely azonban nem bizonyult typhusnak. Hasonlók volt a gelatinán való oltás is.

Január 31.-én. Hőmérsék 36·5—37·0° C.

Vizelet: világossárga, homályos, gyengén savi, fajs Fehérje igen kevés, vesealakelem nincs.

Bakteriologiai vizsgálatnál ismét typhusbacillus talált

Február 9.-én. Hőmérsék 36·5—37·0° C.

Vizelet: világossárga, tiszta, fehérje és vesealakel találtattak.

Bakteriologiai vizsgálat: typhus negativ.

Ebben az esetben a typhusbakteriuria a kórházban kodás 4. hetében lett megállapítva és rövid megszakítással hétig tartott. A vizelet fehérjemennyisége feltünő ingadozá tott, ezen ingadozások és a typhusbakteriuria között ben függés nem volt feltalálható.

A typhusbakteriuriát mindezek szerint 26 eset k lehetett megállapitani, vagyis a vizsgált esetek 23%-ában. A az esetek nagyobb számában a betegség 3. hetében lé 3—5 hétig tartott. A vizelet bakteriumtartalmának fokát vizsgálatokkal nem állapítottam meg, mégis a lemezeke typhuskoloniák számának nagy ingadozásából arra lehetet tetni, hogy a kiválasztott bakteriumok mennyisége az egyes nagyon eltérő. Legkevesebb volt azon esetben, mikor a typ tása egy izben egészen tiszta vizeletben sikerült, igen sol egészen zavaros vizeletben. A typhusbakteriuria egy esetün ideig tartó megszakítás után újra ismétlődött. A vizeletn mikroskopiai vizsgálata négy esetben oly elváltozásokat melyekből a veséknek kisebb-nagyobb fokú megbetegedés következtetni. Két esetben a vizelet teljesen fehérjementes csak nyomokban tartalmazott fehérjét.

Ezek alapján el kell ugyan ismernünk, hogy a typ gedés lefolyása azon esetekben, melyekben a typhusbakter tetett, nagyobbára súlyosabb természetű volt, a mint azt klinikailag észlelt jelenségekből, hanem azon körülmény lehet állapitani, hogy a vizeletvizsgálat a veséknek megb engedett következtetni; mindazonáltal szoros oki összefü lehet felvennünk a vesemegbetegedés és a typhusbakteri mivel a typhusbakteriuria teljesen fehérjementes vizelet mel fordult. Azonkivül e mellett szól még az is, hogy a kétren mat, ha ugyanazon esetben jelentkezett is, nem mutato parallelismast, időbelileg nem fedte egymást. Végül e mell az a körülmény is, hogy vizsgált eseteinknek jelentéken nagyobb fokú albuminuria és cylindruria állott fenn a n annak tartama alatt a typhusbacillus a vizeletben jelentk

Azonban bár a typhusbakteriuria a veséknek klini állapitható kóros elváltozása nélkül is előfordulhat, a typhu

magaslatán a veseszövetben apró metastatikus góczokat képezve megtelepednek és ezen góczokból megy át a typhusbacillus a vizeletbe. Ezen magyarázat összhangzásban van *Wyssokovitsch*-nek még 1886-ból származó kisérleti eredményeivel, melyek szerint a bakteriumok a teljesen ép vesékeu keresztül, physiologiai úton ki nem választhatók, hanem csak a vesék szöveti elváltozásainak jelenlétében juthatnak be a vizeletbe. *Konjajeff* mutatta ki, hogy ezek az elváltozások oly csekély fokúak lehetnek, hogy fennállásuk intra vitam a szokásos vizeletvizsgálati módszerek segélyével ki nem mutatható, talán azért, mert jelentéktelen, körülirt veseterületeket foglalnak el és ezek körül a secernáló részek egészen normálisak. Viszont természetes az is, hogy a mikor ezen szöveti elváltozások nagyobb mérveket öltenek, a vese bántalmazott volta a vizeletvizsgálat alapján is megállapitható. Mivel azonban a vese kóros elváltozását a typhusnál nemcsak a typhusbacillusok által képezett metastatikus góczok és azok körül fejlődő apró tályogok okozhatják, hanem minden valószinűség szerint ezen bacillusoknak a toxinja, valamint azok a közelebbről nem ismert hatányok is, melyek magas láz mellett a vesék lobosodását okozzák; mivel tehát a vesék gyuladása kifejlődhetik a nélkül, hogy a typhusbacillusok maguk a vesékben megtelepednének, azért már elméletileg is indokolva van, hogy a vesemegbetegedés és a typhusbakteriuria között ne vegyünk fel szoros összefüggést. Saját észleleteim is e mellett a felvétel mellett szólanak.

Ez azonban nem zárja ki annak lehetőségét, hogy bizonyos esetekben a typhusbakteriuria és a húgyutak bizonyos megállapítható kóros elváltozása között az összefüggést egész határozottsággal megállapitsuk. Ezek azon esetek, mikor a fehérje mellett geny, vér és vesealakelemek nagyobb mennyiségben jelentkeznek a vizeletben. Vannak esetek, a midőn nephritis mellett pyuria is volt jelen és a cystitis jelenségei is fennállottak, mint az *Gwyn* és *Rovsing*[20] eseteiben történt. *Hagashikava*[21] cystitis mellett orbitist és epididymitist észlelt typhusbacillusok által okozott reinfectio következtében.

A typhusbakteriuriáról szólva nem mulaszthatom el, hogy rá ne utaljak arra a már több oldalról hangoztatott követelményre, mely ezen jelenségnek ismerete alapján önkénytelenül beállott. Látnivaló, hogy a typhusbacillusokat a typhusbetegek vizelete is terjesztheti. A vizeletnek desinficiálása tehát úgy a kórházi, mint a magángyakorlatban feltétlenül kivánatos; de nemcsak a betegség lázas szakában, hanem hosszú ideig a reconvalescentia szakában is. Mint ismeretes, a fertőtlenitést hathatósan lehet elősegiteni, ha a betegnek belsőleg urotropint adunk. Ezen szer, mint azt *Richardson* és *Neufeld* után már számos észlelő tapasztalta, a vizeletben a bakteriumok számát gyorsan csökkenti és a bakteriuriát rövid idő alatt képes megszüntetni.

Irodalom:

1 *Hueppe*: Fortschritte der Medizin. 1886.
2 *Konjajeff*: ref. Centr. f. Bakt. VI. kötet. 1889.
3 *Neumann*: Berl. klin. Wochenschr. 1890.
4 *Petruschky*: Centr. f. Bakt 1898.
5 *Richardson*: cit. Handb. d. pathog. Mikroorg. Kolle-Wassermann.
6 *Horton Smith*: cit. Handb. d. pathog. Mikroorg. Kolle-Wassermann.
7 *Neufeld*: Deutsch. med. Wochenschr. 1900.
8 *Schüder*: Deutsch. med. Wochenschr. 1901.
9 *Gwyn*: cit. Neufeldnél l. c.
10 *Besson*: Revue d. Med. 1899. cit. Schmidt's Jahrb.
11 *Levy et Andrée Lemière*: Gaz. hebd. 158. cit. Schmidt's Jahrb.
12 *Fuchs*: Wiener klin. Wochenschr. 1902.
13 l. c.
14 *Drigalski*: Centr. f. Bakt. 1904.
15 *Houston*: cit. Handb. f. pathog. Mikroorg.
16 l. c.
17 *Wissakovitsch*: Zeitschr. f. Hyg. 1886.
18 *Kurth*: D. med. Wochenschr. 1901.
19 *Lipschütz*: Centr. f. Bakt. 1904.
20 *Rovsing*: Handb. d. Harnkrankheiten, cit. Handb. d. patholog. Mikroorganismen.
21 *Hagashikava*: Hyg. Rundschau. cit. Schmidt's Jahrbücher. 1905.

A dispositio jelentősége a tüdőgümőkórban.

Irta: *Friedrich Vilmos* dr., egyetemi magántanár, főorvos.

Az öröklékenység fogalma az orvostudomány őskorától — midőn a tüdősorvadásnak klinikai képe, ha nem is a mai tüdőgümőkór elnevezése alatt, már ismeretes és leirt volt — egészen a mult század vége feléig ismeretlen volt; mióta azon-

kenységről számbaveendő nagy irodalom keletkezett, régi, de elismert vagy el nem fogadott elméletek felhas vagy újabbak felállításával a kérdést tisztázni óhajtó nebb és legfurcsább magyarázatokat találjuk.

Elsőnek *Rokitansky* figyelmeztette az orvosvilágot félszázaddal azelőtt a habitus phthisicusra, mint a gün positioját okozó tudományos tényezőre. Bár az utolsó döben, melynek második felébe esik tudvalevően Ko örökbecsü, új irányokat kijelölő felfedezése a gümők bacillusról, az öröklékenység tanából az öröklés útjá praedispositio s a tulajdonképeni dispositio ki lettek maguk mystikus voltukból és egyúttal új alapokra lettek még sem állíthatnók, hogy ez a tan, ez a kérdés — mel vágó iróit, kutatóit és nézeteit *Schlüter*-nek[2] terjedelm gyilagosan megirt monographiájában találjuk felemlítve s mindenkép tisztázva volna. Ez a kérdés még számo fogja foglalkoztatni a tudományos köröket, mert enne sága a különböző oldalról jövő megvilágitást szükség és fogja is tenni. E sokoldalú és sokágú kérdés vitára, számos állatkisérletre s megfigyelésre adott és impulsust. A kérdés egyik része az, vajjon igaz-e s mokkal vagy tényekkel bizonyítható, esetleg megdönt állitható-e, hogy a tüdőgümőkórosak gyermekei gyakrab e betegségbe, mint a nem gümősöké s vajjon a szülői vagy apai — felszálló rokoni tuberculosis praedisponál tumkép szerepel-e? Vagyis, hogy a gümőkóros családbó hajlamosabb-e a kórral szemben, mint más „immunis“ származó.

A gümőkór direkt öröklékenységének s congenitál nak ma már igen kevés szószólója akad, mert a legkü irányú s nagy számú vizsgálatok csakis arra engedn keztetni, hogy a fogamzás okozta ú. n. conceptionális igen ritka és akkor is kizárólag anyai úton történik.

Az anyai gümőbacillusnak átszármazása a születe mekre szerfelett ritka eset. Ez-n nehány, kevés esetbe az anyai súlyos gümőkór a gyermekre átszármazott, a születés előtt halt el vagy röviddel utána a gümös dés egyik vagy másik alakjában.

Nagy azonban még ma is azok száma, kik a g szülők gyermekeinél vagy ú. n. gümőkóros családból s nál bizonyos *dispositiót* — veleszületett hajlamot — felt mely azokat könnyebben teszi hajlamossá a gümőkór kel s ezen kóros hajlamot úgy szeretik feltüntetni, mintha disponált gyorsabban szerezné meg a fertőzést, mint nem disponált, mintha a terhelt a gümös fertőzéssel sze bizonyos dispositiójánál fogva kevésbé ellenálló szerv tatna s végül mintha emezeknél a fellépett betegség g súlyosabb lefolyású volna és a mi azzal majdnem eg hogy azoknál a gyógyhajlam is ilyképen kisebb volna.

Eleve is két dologgal kell tisztában lenni: valami immunitás nem létezik, mert a gümőkór a legerősebb között, a legegészségesebb családfához tartozók között het, azonképen igaz, hogy az emberi faj, mint azt sok tatta a multban s igazolja a jelenben, bizonyos egy állással bir a gümőkórral szemben.

E gondolatmenet kapcsán igazat kell adni *Martiu* a gümőkórra való hajlamot nem tartja egységes tulaj s ez indoknál fogva idézi tanitványának, Schlüternek tetését: „So ist mehr oder weniger schliesslich Jeder aber es bestehen je nach Menge, Hochgradigkeit und Kombination jener Einzelmomente zwischen den einze viduen bedeutende Unterschiede in der Widerstandskr die Wirkung der tuberkulösen Infektion, von den geri zu den stärksten Graden der phthisischen Veranlagung losen Abstufungen und Kombinationen“, mert szerinte számos boncz élettani tényezőnek sorozatából van ö

1 *Cullen*: Die Anfangsgründe der praktischen Arzneik
2 *Schlüter*: Die Anlage der Tuberkulose. 1905.
3 *Martius*: Krankheitsanlage und Vererbung. Leipzig

tistikák felhasználásával igyekeztek az öröklékenységi alapon szerzett dispositio javára kiaknázni és a számok csoportosításával e tant erősíteni, holott a sanatoriumokból származó *legújabb* statistikák azt bizonyítják, hogy e megbetegedés oly családból származóknál, melyben egy vagy több felszálló vagy oldalági rokon gümőkóros volt, gyorsabb lefolyást vagy rosszabb indulatú betegségi folyamatot nem mutatott, sőt *Turban* egyik jelentésében oda nyilatkozik, hogy davosi sanatoriumából hét éven át kikerült betegei közül az ú. n. terhelteknél az állandó gyógyulási siker (Dauererfolg) 49·6% volt, míg a nem terhelteknél, vagyis azoknál, kiknél az előbbi esetektől eltérően s ép ellenkezően nagyobb ellenállóképességet, jobb mellkasi, erősebb szervezeti viszonyokat kellett feltételezni, csak 44%.

A dispositio kérdése, melylyel Cornet s utána Jacob és Pannwitz a tüdőgümőkórról szóló könyveikben a megfelelő irodalom felhasználásával, megemlítésével behatóan foglalkoztak, még ma sem tekinthető megoldottnak vagy elintézettnek, különösen nem statistikai alapokon.

Ezirányú statistika, mely újabban szaporodott a sanatoriumok különféle jelentéseivel, csakis akkor nyujtana biztos képet, ha bemondott szülői vagy testvéri gümőkór jelenléte esetében a mellékkörülményekkel is tudnánk számolni; e statistikának értékesíthetése czéljából szükségünk volna oly nagyobb statistika birtokában lenni, mely arról számolna be, hogy egészséges egyének felszálló rokonságában a gümőkór nem szerepel-e ép oly gyakran előidéző betegségi vagy halálozási okképen.

Kuthri gondos anamnestikus felvételei nyomán úgy találta, hogy 432 gümőkóros közül az apa gümőkóros volt az esetek 10·5%-ában, az anya 9·9%, mindkét szülő 2·4%-ban, míg 108 nem gümőkóros betege közül a gümőkór az apánál kimutatható volt 9·2%, az anyánál 9·2% s mindkét szülőnél 1·0%-ban. Sajnos, hogy e számok még túlalacsonyak s újabb megfigyelésekkel nincsenek megerősítve, mert ezek ama következtetést engednék, hogy a gümőkóros s nem gümőkóros betegek szülei közt a gümőkór majdnem megközelítően egyenlő arányokban jelentkezik.

E kérdésnek statistikai alapon történő felületes elbirálásánál sok és nagy szerepe van legalább látszólag a véletlennek is, mert midőn a Cornet módszere alapján az ezirányú kérdéseket kiterjesztettem 25 gümőkóros, terhelt, intelligentiájánál fogva megbizható egyén családjára s ugyancsak 25 teljesen egészséges család viszonyainak kutatására, meglepetésemre ama, talán a véletlennek betudható tapasztalatra jutottam, hogy a 25 egészséges s nem terhelt családban a gümőkór sokkal gyakrabban s több esetben mutatkozott, mint a beteg egyének családfájában.

Cornet e tárgyat illetően még egy másik fontos hibaforrásra is utalt.

Ha ugyanis a gümőkór öröklékenységét kutatjuk, akkor szerinte ki kell terjeszteni a kérdést a beteg szüleire (2 személy), mindkét nagyszülőre (4), a szülők s a betegnek átlagosan számított két-két testvérére (4 + 2), vagyis e kérdést vonatkoztatni kell minimaliter 12, esetlegesen a távolabbi családtagokkal együtt 16—20 személyre. És ha ezek közül tényleg 1—2 gümőkóros akad, úgy ez sem bizonyítana a gümőkórosok terheltsége mellett, mert ez teljesen megfelel az összlakosság átlagos viszonyainak, a mennyiben ismeretes, hogy általánosságban egy gümőkóros esik átlag 7 halottra, még pedig egy gümőkórosnak megfelel hat oly halott, kik az első éven túl voltak s 2·5 oly halott, kik a 20—60 év közt voltak. Ezek figyelembe vétele mellett igazat kell adnunk Cornet-nek, ki a ma a kórházakban, a klinikákban s a sanatoriumokban dívó kérdezősködésből eredő s ezen kérdésekből levont öröklékenységi befolyást mathematikai hibás következtetésnek (Fehlschluss) tekinti.

A szülői és leszálló ágbeliek gümőkórja közt csakis akkor tehető fel az oki összefüggés, ha intelligens s teljesen megbizható betegeknél a kérdést ki lehetne terjeszteni arra, vajjon a szülők egyike tényleg tüdőbeteg vagy tüdőbajos volt-e a születés idejében, vagy ha megtudhatnók azt, vajjon megelőzően mikor lett beteggé s azt, vajjon a beteg a születést követőleg mennyi ideig volt a szülői házban, illetve mennyi időt töltött a beteg

kérdéseknél s hogy ennek szemmeltartása mennyivel ményeket adna, azt legjobban illustrálja a Jacob-Pa statistika, mely 3295 betegre vonatkozik, kik anamnes adták, hogy gümőkór az apánál 518 esetben, az an esetben fordult elő; de e szám lecsökkent 900-ról 1 helyt ide csak azokat sorolta, kik oly szülőktől szárm már a beteg születése előtt szenvedtek e bajban.

Az e tárgyat érintő dolgozatok közül egészen terelte e kérdést *Turban*,[1] ki bár nem tagadta teljesen, egyén bizonyos öröklékenységi hajlammal bir, de azt oly tekintette, hogy *bizonyos szervnek* — a tüdőnek — *bizo határozott része elveszti a gümős fertőzéssel szemben a képességet*. Turban ezzel elismeri a locus minoris r öröklékenységét olykép, hogy a gümőkóros tüdőfertőzé mekeknél kizárólag vagy főleg azon az oldalon mutatko legesen, a mely oldalon a szülő volt beteg.

Turban ezen igen fontos, az észleleteket új irán relő s a régi elméletet felváltó elméletét 121 egyénen gálati lelete alapján állítja fel, kik 55 családhoz tartoztak család közül a tüdőgümőkór localisatiojának azonosságát s gyermeknél kimutatta 44 esetben, vagyis az esetek 8

Turban-nak ezen alapos s mindenkép (?) értelme lelete határozottan új irányokat fog törni s egy időre tatni igyekszik a régebbi, a dispositiót illető egyszerű léseket, melyek közül kiemelendők *Friedmann*-éi,[2] ki 2 gümősre vonatkozó beteganyaga alapján a gümőkór örökl terheltségét vallja. Eseteiben 983 vagyis 33% szülői ré terhelt; az öröklékenység negativ volt 751 esetben, az adatok az öröklékenységet illetőleg bizonytalanok vo esetben, vagyis 41·8%-ban.

A 983 esetben a terheltség következőkép oszlik
atyai részről terhelt . . 503 eset, vagyis 51
anyai „ „ . . 323 „ „ 32
mindkét „ „ . . 157 „ „ 15

A dispositio fontosságát és jelentőségét igazolja sze adat is, hogy ama 157 eset közül, kik mindkét szülő rés heltek voltak, 56-ban, vagyis az esetek 35·6%-ában vo testvér, az atyai részről terhelt 503 eset közül 12 25%-ban, s az anyai részről terhelt 323 eset közül 7 22·9%-ban.

Unterberger hasonlóan nagy híve az öröklékenysé nak, sőt eme körülménynek majdnem nagyobb jelentősé donit, mint a gümőbacillusnak. (!)

Tivy ötven kóresetének 40% ában az öröklékenysé rozottan ki tudta mutatni; ezen csekély számú esetre tám a gümőkórt határozottan öröklékeny betegségnek tartja.

Számbelileg nagyobb anyag: 647 biztos tüdőg felett rendelkezik *Kwiatkowski*, ki az öröklékenységi (l terheltség fontosságát következő számaiból vonja le:
az esetek 30·6%-ában a terheltség kétségtelen vo
„ „ 7·7%-ában „ „ igen valószínű
„ „ 9·7%-ában „ „ az anamnestik
hasznavehetetlenek valának, míg 52%-ban nem tudta lékenységi terheltséget megállapitani.

Mindeme számoktól némileg eltérők *Schmid*[3] adatai, ki népsanatoriumnak három éven át beszerzett anyagából lékenységnek nagyobb számbeli százalékot kénytelen j mennyiben az öröklékenységi terheltség momentumát schwendiben és Malvilliersben következőnek találták:

a) Heiligenschwendiben az 1899., 1900. és 1901. év helt volt 397, 402 illetve 441 ápolt beteg közül 239,258 ill

b) Malvilliersben ugyanazon időszak alatt 59, 6 beteg közül 21, 29 és 30, vagyis az esetek 36·43 53%-a. E statistika teljes megérthetősége és értékelése

[1] Bővebbet e tárgyról l. *Turban*: Die Vererbung des loc resistentiae bei der Lungentuberkulose. 1900.

[2] *Friedmann:* Untersuchungen über Vererbung von Tu Deutsche med. Wochenschrift 1901.

[3] *F. Schmid:* Die Leistungen der schweizerischen Volks für Tuberkulöse in den Jahren 1899—991. — Tuberkulose B

nagyszülőkre s távolabbi rokonokra is kiterjesztették.

A német egészségügyi hivatal a tüdőgümőkórt felölelő munkájában[1] e kérdést illetőleg a különböző nagyobb sanatoriumokról így számol be:

a *Grabowsee*-i sanatoriumban elhelyezett 2333 férfi közül a gümőkor a szülők s felszálló rokonok közt bemondás alapján biztosan volt megállapítva az esetek 20, valószinüség szerint az esetek 28·8%-ában. Felemlítendőnek tartom, hogy a német szöveg a „biztos" megállapíthatóságról így emlékszik meg: „Die *Möglichkeit* einer erblichen Belastung . . . könnte somit auf Grund der Angabe der Kranken mit Sicherheit nur für 20%, mit Wahrscheinlichkeit für 28·8% der in Betracht gezogenen Fälle in Frage kommen";

a *Planegg*-i sanatoriumban 3 év alatt felvett 869 betegnél a terheltség lehetősége biztosan megállapítható volt az esetek 20·2%, a valószinüség az esetek 27·9%-ában;

a *Ruppertshain*-i sanatoriumban 5 év alatt elhelyezett 1339 férfi s 485 nő, összesen 1824 beteg közül a fertőzés lehetősége illetve valószinüsége (m. e.) kimutatható volt 25·8% férfi- s 36% nő-, illetve 27·1% férfi- s 38·5% nőbetegnél; végül

a *Weicker*'s Volkssanatorium-Krankenheim Görbersdorfban hat éven át kezelt 2685 férfi (f.) s 1359 nő (n.) betege közül a fertőzés lehetőségét fel lehetett venni biztosan az esetek 18·7% (f.) s 34·6% (n.), valószinüleg pedig 27·7 (f.) illetve 39·2 (n.) %-ában.

Kwiatowski számadataival majdnem megegyeznek és azonosok az én észleleteim. *Az észlelésem alá került 451 tüdőgümőkóros beteg közül bevallva terhelt volt 134, a többi esetre a terheltséget megállapítani lehetetlen volt s ez okból számításba se vettük a gyanus eseteket, a valószinüséggel terhelteket.*

Részletezve:

		%
451 beteg közül bevallott terhelt volt . . .	134, vagyis	29·7
330 férfibeteg közül bevallott terhelt volt . .	89, „	26·9
121 nőbeteg „ „ „ . .	45, „	37·1
Szülői részről (apa + anya) terhelt volt. . .	13, „	9·7
Apai „ terhelt volt	74, „	55·2
Anyai „ „ „	29, „	21·7
Testvéri „ „ „	18, „	13·4

Figyelembe véve Cornetnek megszívlelendő megjegyzéseit, be kell vallanunk, hogy az én számbeli feljegyzéseim — melyek a beteganyag sajátosságánál fogva, hisz az én számaim legnagyobb részben oly iparos munkásokra vonatkoztak, kik ha szüleiket ismerték is, a rokonokról s néha a szülők sorsáról sem tudtak beszámolni, a Cornet-féle követelmények hijján vannak s melyek általános bemondásra vonatkoznak — nem vitték dülőre e kérdést.

Ama kérdés teljes tisztázására, vajjon a gümőkóros terheltség öröklékeny-e, szükséges volna nézetünk szerint statistikailag megfigyelni külön ama gyermekeket, kik biztosan gümőkórral fertőzött szülőktől származnak, kik közvetlenül születésük után a szülői házon kivül lettek nevelve egészséges környezetben, czélszerű életmód s kedvező egészségügyi követelmények között, mert eme feltételek hijján felhozható a statistika ellen az előbbi esetben a gümőkór állandó belégzési veszélye, melynek az illetők tényleg ki vannak téve otthon a gümőkórosak környezetében (ez képezi a kisdedek nagy gümőkór-halálozásának egyik főokát), az utóbbi esetben pedig, hogy e gyermekek gyengén fejlett szervezetüekké váltak, mert kevésbé erős szülőktől származtak, mert nem lettek egészséges életviszonyok között nevelve.

Ezek az én számaim csakis azt tanusítják, hogy betegeink szüleinél s közvetlen rokonságában a gümőkór elég gyakran fordult elő, mert e közepes számérték valószinüleg nagyobb lett volna, ha a rokonsági kört tágítottuk volna. A mi észleleteink s megfigyeléseink alapján nem szabadna ugyan a dispositiós terheltség teljes negatiójának álláspontjára helyezkedni; mert hisz minden klinikus tapasztalatában nyilvánul ama észlelet, hogy gümőkórosak gyermekei, még ha azok nem a szülői házban neveltetnek

[1] Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. II. Berlin, 1904.

nyában, hogy csontrendszerük rosszabbul fejlődött, sőt bizonyos számában jellegzetes alakot öltő.

Az, ki klinikai szempontokból s a klinikus szemével nézi e kérdést, nem tagadhatja, hogy oly származott gyermek, kiknél gümőkór kórismézve lett, g hajlamosabb, azaz a gümőbacillus bevándorlásával szemb ellentállást tud kifejteni; az sem tagadható azonban, me bebizonyított tény, miszerint ezen s ilynemü hajlam fellép minden egyéb fertőző betegség után, vagy a súlyos betegségben szenvedőtől származó, esetleg a hos át s lassan ható méreg behatása folytán roncsolt egyén gyermekében is. Míg az előbbi esetekben az eg vezete az anyagcsere változása folytán fogékonyabbá gümőkór bacillusával szemben, addig az utóbbi esetekbe abban keresendő, hogy a szervezet a betegség által energiájában, erejében, a mi végeredménykép azt ere hogy ily egyén csakis gyenge szervezetü s erőtlen testi fejlődött csont- s izomrendszerrel biró egyéneket tud ne

Csakis ily értelemben lehet és szabad felfognunk kór mai álláspontja mellett a dispositiót s csakis ama ben, hogy a *gümőkóros szülő vagy a gyengébb szülő, szervezete gyengébb volta miatt acquirálta a gümőkórt, gyermekeket nemz*, kik születésüknél fogva ama bizon született szervezeti rendellenességgel vannak felruház nézetemmel az előbb említett okoknál fogva teljesen pontot foglalom el, mint Pannwitz és Jacob, kik mun e tárgyról így emlékeznek meg: „Die Frage der ko Disposition der Tuberkulose im Allgemeinen einer Einschränkung bedarf, wie dies bisher vielfach geschehe

A felsoroltak után tehát oda kell konkludálnom, *szabad minden a betegtől a családi terheltséget illető kritika nélkül elfogadni és hogy az öröklékenységi t vonatkozó statistikákat csakis a fent jelzett szempontok mellett szabad következtetésekre felhasználni.*

Lehet — bár nem valószinü —, hogy számos pon szerzett, az öröklékenységet tárgyaló újabb statistika lékenységi terheltség kérdését más, a mai nézetünktől elté fogja terelni, de mindaddig nem szabad úgy klin kórjóslati szempontból túlsok értéket tulajdonítani a betege kóros szülőktől származó" vagy „gümőkóros családhoz ta mondásának; viszont eme nézetünk, szemben az örö phthisiophobiájával, a betegeket is ama biztató tudatba hogy a gümőkóros szülők gyermekei nem hordják magukka kórra való praedispositio magvát.

Semmelweis irodalmi hagyatéka.

Irta: *Győry Tibor* dr., egyetemi magántanár.

Az 1906. évben a magyar orvosi világ *egy élőnek* és *nak* 50 éves emlékezetét ünnepeli meg. Örömmel sietünk ünnepére: az *Orvosi Hetilapnak* félszázados jubileumára. Az önzetlenségével és tudományos érdekből egyaránt kivánunk sok oly sikeres félszázadot, mint a minő a most betelő volt. tudományosságnak hány nagygyá, európai hirűvé lett bajno tette meg az Orvosi Hetilapnak évfolyamaiban nevét, hányan itt először a tudomány kardját: a tollat!

A magyar orvosok büszkesége, a magyar nemzetne kapott ajándéka, a világnak Jenner mellett legnagyobb jólté *melweis* is ebben az évben veszi el haló poraiban szobrába sunkat, kegyeletünket, hálánkat. 50 év mult el épen, hog egyetem tanárává kinevezték Semmelweist s pünkösdkor k állani a szobor. A világ ünnepe lesz ez a *mi* ünnepünk!

Semmelweis végigjárta a szenvedések és meggyötört üldözés és ráfogás kalváriáját. A míg élt, tanait támadták. Mik s tanait már elismerték, prioritásának pálmájától akarták m

A nagy szellemi kincsből, melyet Semmelweis visszahag egész világnak; de a kincs maga a mienk, magyaroké, s azt kegyelettel őrizni, a porszemtől is óvni tartozunk. A legutols harcz az Amsterdamban megjelenő „Janus" cz. orvostörténe

rok irója védte Semmelweist. A törhegyig vívott harczból Semmelweis csorbittatlanul került ki. De tanulságos volt a harcz egyfelől azért, mert azt mutatta, hogy mily könnyelmű, mily lelkiismeretlen, s mert *Semmelweis iratainak meghamisításával* történt: mennyire vakmerő volt a támadás, a melynek Semmelweis ki volt téve. De tanulságos azért is, mert immár elodázhatlan nemzeti kötelességként tünt fel előttem maga a tudat: ha azt akarjuk, hogy ezután Semmelweis tudományos hagyatékát, felfedezésének történetét, további fejlődését, maguknak a tanainak mibenlétét, ismerje a világ, akkor nem szabad beérnünk azzal, hogy a szakemberek nagy munkájához csak mint antiquariatusi véletlen ritkasághoz férjenek, és nem érhetjük be a nemzetünknek bármily jóleső tudattal, hogy nagy munkáját és a német szülész-professzorokhoz természetszerűleg németül irt leveleit kivéve, összes egyéb közleményeit magyarul irta, vagyis oly nyelven, melyen a tudományos külföld túlnyomó többsége, talán egésze meg nem érti. Nem magyarul volt első kötelességünk Semmelweis munkáit kiadni, mert mi mindig tudtuk, ki volt ő. Csak a külföld nem tudta mindig és mindenütt, még 1904-ben sem! Semmelweist németül kiadni -- Semmelweis iránti kötelesség volt. A magyar kiadással már csak magunknak tartozunk.

De vajjon lesz-e kiadója a terjedelmes munkának? Sikerülni fog-e megjelentetni Semmelweisunk munkáit? Ezek voltak első kérdéseim, melyeket magamhoz intéztem. Csakis kedves, és az igazságot feltüntető kötelességet teljesítek vele, ha keresvén az alkalmat, azt e helyütt megtalálom és feljegyzem: ébredező aggodalmaimat egy csapásra *Szily Kálmán* altatta el. Hozzája fordultam, mint a Magyar Tudományos Akadémia akkori főtitkárához. Ő tette rövidesen lehetővé a szándékot. A Magyar Tudományos Akadémiát illeti meg az elismerés Semmelweis munkáinak megjelenéséért, *Szily Kálmán*-t a köszönet, az ügy rögtöni felkarolásáért.

A Baruch professzorral folytatott polemiában tehát nem hogy bántódás nem érte Semmelweist, sőt végeredményében épen e polemia érlelte meg bennem a szükségesség parancsoló érzetét, hogy Semmelweis összes munkáit végül is ki *kell* adni. Ily módon látott végre napvilágot Semmelweis összegyüjtött munkái ak kötete.

Lássuk immár, miből állott a nagy férfiú szellemi hagyatéka?

Magyarul szólalt meg Semmelweis, mikor *először* vette kezébe a tollat. Az Orvosi Hetilap 1858. évfolyamában honfitársainak adta elő először tanainak leglényegesebb részét: „*A gyermekágyi láz kóroktanát.*“ 7 folytatásban irásba foglalása ez azon három előadásnak, melyet az 1858. év első felében a budapesti kir. orvosegyesületben tartott.

Második közleménye 1860-ban jelent meg ugyancsak az Orvosi hetilap 4 egymásután következő számában: „A gyermekágyi láz fölötti véleménykülömbség köztem s az angol orvosok közt“ czímmel. Okul szolgált e közlésre, hogy tanait sokfelé az Angliában elterjedt contagionista-elmélettel tévesztették össze. A későbbi prioritási támadásoknak is ez a felületes összetévesztés szolgált alapul — az 1904-ben végződött elsőbbségi vitát is beleértve.

Ezután jelent meg 1860. végén 1861-es bolti jelzéssel „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“ czímű halhatatlan munkája németül. „Az emberiség iránti kötelesség parancsolta most már elméletemet még egyszer kifejteni s az ellene felhozott érvek semmiségét kimutatni, mit az itt felmutatott s *tekintve a közönséget, melyre hatnom kelletett*, szükségkép németül irt munkában teljesíték.“ Ezen szavakat irja Semmelweis az Akadémiának küldött példánya kisérölevelében. Vajjon gondolhatta-e akkor Semmelweis, hogy 45 év mulva újra kiadják munkáit és *tekintve a közönséget, melyre hatnunk kell*, újra szükségkép németül?

Nagy munkája megjelente után nemsokára alkalom adódott, hogy a tudós világ itéletet mondjon felette. Az 1861-ben Speyerben tartott német orvosok és természetvizsgálók 36. gyülésén napirendre tüzettek tanai. Az egyedüli *Lange* professzor Heidelbergből tört mellette lándzsát, a többiek, névszerint: *Hecker*, *Spiegelberg*, *Roser*, *Betschler*, *Arnoldi* és *Virchow* — ellene szóltak. Ma is megilletődve olvassuk Virchownak a „Cellularpathologie“-nak már megjelenése után, tehát tudományos nagysága zenithjén, tehát már teljes felelősségének birtokában, azt a Semmelweisre alkalmazott kijelentését: „Die Naturforschung kennt keinerlei Schreckbilder, als den Kerl, der speculirt“. Virchow nem Semmelweisről, de magáról tépte le a babért ezen itéletével. Itthon pedig ugyanakkor — daczára a külföld lesujtó kicsinylésének, gúnyjának, mitsem törődve azokkal — *Markusovszky Lajos* irja meg nagystylű apologiáit legszebb documentumait őrzik az Orvosi Hetilap ezen régi p El nem sárguló lapjai ezek nemcsak a magyar orvosi, de a magyar kulturtörténetnek.

Tudjuk, hogy Semmelweis nagy műve sem némitotta el t Ekkor jelentek meg híres „nyilt levelei“, természetesen megint Megint csak: *tekintve a közönséget, melyre hatnia kellett.*

Még egy közleménye van Semmelweisnek, mely a gyer lázat tárgyazza: A szentpétervári orvosegylet a gyermekágyi láz náról s védkezeléséről“ az Orvosi Hetilap 1863. folyamában 5 foly közölve. Sietve közli honfitársaival örömét, mely azzal érte őt, szentpétervári orvosegyesület elismerőleg nyilatkozott tanair felmutatható hatása volt ez könyvének.

Korán letört életének további idejében a nőgyógyászat izgalmas terére lépett s irodalmilag is azzal foglalkozott. 5 ter gynaekologikus és pedig egy történelmi és négy actuális tárg lemény jelent meg tőle, mind magyarul. Az utolsó közlemény zetlen maradt.

Az Orvosi Hetilapnak 1865. évfolyama „Nő- és gyermek szat“ czímű mellékletének 2. számában kezdi meg nagyobb ért „A petefészektömlők műtételi kezeléséről.“ A 6. számig meg az értekezés egyes részletei; a 6. számban a 43. lapon olva „folytatása következik“. Két hónap mulva meghalt Semmelweis

Láthatjuk mindebből, hogy Semmelweis azon két munk véve, melylyel egyenesen a külföldre óhajtott s kellett hatni *egyéb közleményeit magyarul irta és valamennyit az Orvosi He tette közzé.* Ezenkivül nem maradt fenn utána semmi egyéb, n egy pár sor kézirat sem.

Az Orvosi Hetilap őrzi első közleményét, ez őrzi az utolsót. tettrekész energiát árul el az utolsó két szó, melyet alig két h halála előtt irt le Semmelweis: „Folytatása következik“.

Közlemény az egyetemi idegklinikáról. (Igazga Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Acrocyanosis a lágyrészek duzzadásával

Irta: *Kollarits Jenő* dr., tanársegéd.

J. H. 65 éves rendőrkapitányt 1904. április 28.-án vettü klinikára.

Atyja 72 éves korban tüdőbajban, anyja 82 éves korb elgyengülésben, egy testvére kis korban halt meg. Idegbaj ban nincs.

A beteg gyermekkorában kiállott bajokra nem emlékszik éves korában puha fekélye és genyes dobja, később kankója gyuladása volt. 43 éves korában nősült, felesége más ál nem volt.

A beteg lábai mindig nagyon izzadtak, orrvérzése gyak azt az időpontot, melyben a kezein és lábain látható erek tágult tudja megmondani. A lábak 10—12 év óta duzzadtak; akkor hogy a lábszárak a czipő szélén erősen előállanak. Az orr ké kezek 1903. november hava óta duzzadtak. Ezek a duzzanato támadtak, nappal kifejezettebbek mint éjjel, fokuk ingadozó. Izt dalmak miatt használt meleg fürdő után a duzzadás fokozód izületi fájdalmak most is gyakran kiújulnak az orron, kézen é hidegben inkább, mint melegben zsibbadás, bizsergés támad.

A haj ½ év óta inkább hull mint azelőtt.

Az életmódra vonatkozólag a beteg bevallja, hogy szes lokkal és dohánynyal rendszeresen visszaélt és télen sokat kellett tartózkodnia.

Felvételi állapot. Az arczszin piros, márványozott, helyenké szederjesbe játszó; a bőr alatt apró, részben piros, részben k láthatók. Az arcz duzzadt, különösen vastag az orr és az a oldalt a nasolabiális árkok körül. A bőr nem tésztaszerű, hanem rugalmas tapintatú, az ujjbenyomást nem tartja meg, a meg bely egynéhány másodperczre fehér lesz és az erezettség rajta Az ajkak szine rendes.

Ugyanilyen elváltozás látható mindkét alkaron és kézen. itt is kékesszederjes, a kéz tenyéri oldalán kissé világosabb.

A duzzadás a körzet felé fokozódik, határa felfelé elmosódott. Erősebb nyomásra itt megmaradnak az ujjbenyomatok, a bőr ilyenkor kissé halványodik, de nem szintelenedik el. A nyomás a duzzadt helyeken mindenütt kissé fájdalmas, az izületek nyomása jobban fáj. A kezek nem izzadnak, hűvös tapintatúak, az ujjhegyek még hidegebbek. A körmökön elváltozás nincs. A bőr alatt itt-ott kis lencsényi, tömött fogású csomók tapinthatók. A duzzadás kétoldalt részarányos kiterjedésű.

Az alsó végtagon a következő elváltozások láthatók. A czombokon a bőr kissé márványozott, a bőr a térdek felett feszes, fényes. A duzzadás a lábszár felső végén igen kifejezett, a körzet felé fokozódik, a határa nem éles. A lábak színe szederjeskékes, de ezen szín nem oly sötét, mint a felső végtagokon. A bal láb egyik kis kék ere megpattant és vérzik. A bőr itt is rugalmas tapintatú, az ujjbenyomatokat alig tartja meg. A duzzanat kétoldalt részarányos, mindenütt, de leginkább az ujjakon, hűvös tapintatú.

A mellen igen tág venák láthatók.

A végtagokról a következő méreteket vettem fel. A mérés reggel történt, este a duzzadás nagyobb.

A mérés helye		jobboldalt cm.	baloldalt cm.
A felkar legnagyobb kerülete		22·5	22·5
A könyökizület kerülete		24·2	24·2
Kerület 10 cm.-rel a könyök alatt		23·5	24·2
A kéztő kerülete		19·4	20·2
Az öregujj	első perczén	8	8
A mutatóujj		7·7	7·9
A középujj		8·7	8·1
A gyűrűsujj		7·9	8
A kisujj		7·1	7·6
A mutatóujj	második perczén	6·2	6·1
A középujj		6·7	6·7
A gyűrűsujj		5·9	5·6
A kisujj		5·4	5·4
A czomb körfogata 15 cm.-rel a patella felett		38·7	39·2
Kerület az alszár közepén		34·7	34·5
„ közvetlen a boka felett		27·8	27·1
„ a bokán		35·4	36·7
„ a láb közepén		26·5	28
„ az ujjizületekben		23	23·4
Az öregujj kerülete		10·5	10·8
A 2. ujj kerülete		7·2	7·8
A 3. ujj kerülete		6·8	6·8
A 4. ujj kerülete		6·5	6·8
Az 5. ujj kerülete		5·8	6

A talp hossza a saroktól az öregujj végeig jobboldalt 25, baloldalt 24·5 cm.

Ezen mérésekből kitünik, hogy a felső végtagon majdnem minden magasságban a bal oldal duzzadtabb, az ujjperczeken a két oldal különbsége eltünik, az alsó végtag duzzadása egyenetlen. Az ujjak vége vékonyabb, mint az alapja.

A csontrendszerben elváltozás nincs, a beteg feje nem fáj.

A beteg tüdeje ép, szivhatárok rendesek, szivhangok tiszták. Az érverés rhythmusos, száma perczenként 58. Az art. brachialis lüktetése jól látszik, nem rigid tapintatú. Hasi szervek épek, a vizelet fajsúlya 1016, fehérjét, czukrot nem tartalmaz, mennyisége 1300 cm³.

A duzzadt végtagrészek mozgása kissé nehezített, keze ügyetlen, ruháját legombolni nem tudja, irása is romlott. Ezen mozgászavar a duzzadtság következménye. Mozgás közben az izületekben kisfokú fájdalom jelentkezik. A patella- és tricepsreflex élénk, kiváltása kissé fájdalmas, az Achilles-inreflex nem volt kiváltható. Bőrreflexek élénkek, talpreflexek hajlitók. Pupillák középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, a látás teljes.

A tapintásérzés mindenütt jó.

A hideg-, meleg- és fájdalomérzés jó. Helyérzés, st

Érmozgató reflexek: 12° C. vízbe mártott kezén feltü nem észlelhető, a mikor kezét a vizből kiveszi, a 2. és 3. gebb volta objective is ellenőrizhető.

A beteg fázékony és a mikor a vizsgálat alatt hoss van vetköztetve, a duzzadt helyek feketés-kékek, az orr árnyalatot vesz fel.

45° C. vízbe mártott keze piros lesz, ezen szín gyorsaság, sem a szin élénksége tekintetében nem különbö séges kézétől.

Ha a beteg mellén tollszárral mérsékelt nyomással egynéhány pillanat alatt fehér elszinesedés támad, majd mellett piros udvar keletkezik, azután a fehér szin helye és körülbelül 5—10 perczig marad látható a nyomás fokánal A duzzadt kezeken és orron ilyen nyomásra csak pillan nyodás támad, melynek eltünésével visszaáll azon szin, m előtt volt látható. A duzzadt lábakon ugyanilyenek a v erősebb nyomásra a halványodást egy-két pillanatig piros s

A beteg négy napi tartózkodás után távozott a klin április 14.-én a beteg értesitett, hogy otthon használt m az izületi fájdalmak javultak, de a duzzanatok fokozód ajánlatunk szerint naponként 0·5 gm. jodkaliumot vett és p és kezeit. Ezen eljárás mellett négy hónap alatt jelentéke fájdalmai megszüntek, a duzzadtság csökkent.

Összefoglalva a mondottakat, a 65 éves férfin lassan fejlődött, melyben az orr, kezek és lábak megvastagodta tapintatúak lettek. A csontok nem változtak. A belső sze olyan baj, mely ezt a duzzadást magyarázná, de az különb meg az ilyen esetekben fejlődött oedemáknak.

Az ehhez hasonló eseteket *Cassirer*[1] acroasphyxia névvel foglalja össze. Az ilyen betegek annyira emlé acromegaliára, hogy egynéhányat közülök acromegaliáso tottak, de már *Sonza Leite*[2] kifejtette a két baj tüneteine voltát, a mely abban áll, hogy a mi eseteinkben az ujjak töv mint a hegye és a csontokon nincs elváltozás. Ide tartozn *Hoffmann*,[4] *Cassirer*, *Souques* és *Gasne*[5] esetei.

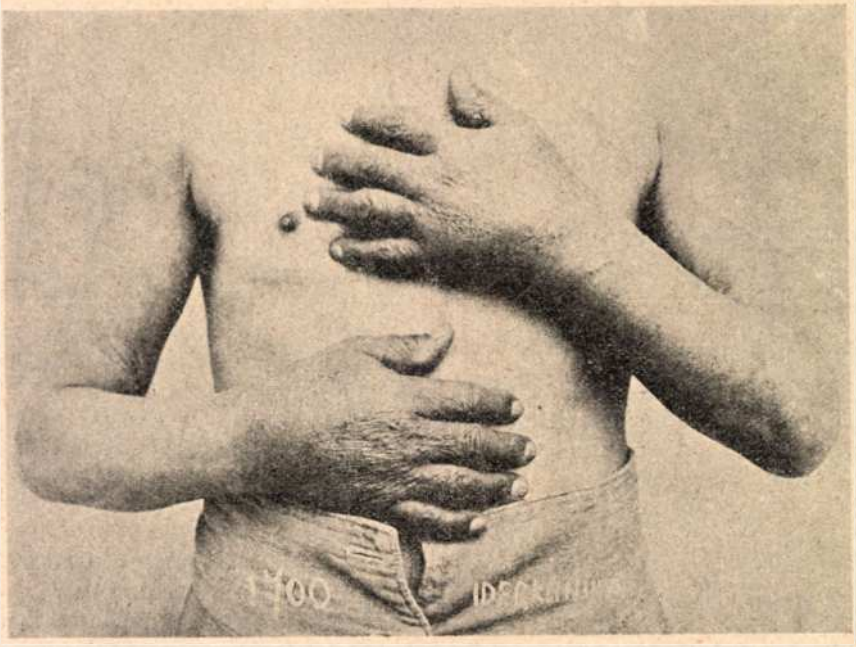
Keressük most ennek a tünetcsoportnak helyét az érmozgató neurosisokban.

Ezek között 3 tünetcsoport van egymással szoros az acroparaesthesiák, az erythromelalgia és a Raynaud-*acroparaesthesiák* magukban is több typusra bomlanak. *Sch* ben paraesthesiák vannak a végtagokon, melyek merevek dalmasak. A bőr szine többnyire változatlan, néha a ro fehér és hideg. A vértagok hyperaesthesiásak és hyp *Nothnagel*[7] érmozgató neurosisában a vasomotoros elváltozá fokúak, a rohamokban a bőr szine mindig halavány, sőt fehér. *Haskovec*[8] még különbséget tesz a szerint is, hogy zavar és a paraesthesiák között melyik az elsődleges másodlagos tünet. Ezek az alakok azonban nemcsak egym át, hanem néha a *Raynaud*-kór tüneteivel társulva, ahh adnak, mint azt *Cassirer* esete mutatja.

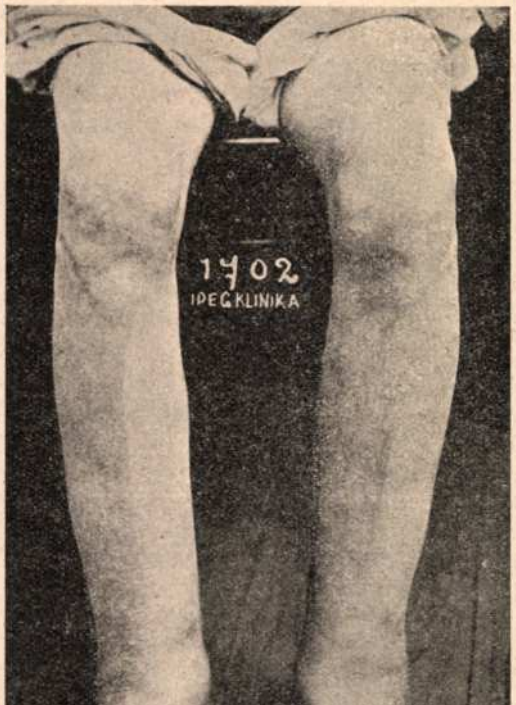
Az erythromelalgia a végtagok végein jelentkező bőr börduzzadástól kisért fájdalomrohamokban áll, ehhez gyak kozás, az izzadás és a mozgás zavara járul. Fontos azon *Weir-Mitchell* activ és passiv vérmességet különböztet m az utóbbi esetben a bőr szine kék, tehát acrocyanosissal Ez az acrocyanosis is már átmenet a Raynaud-féle kórhoz. hogy sok esetben eleinte erythromelalgia állott fenn (Schw

[1] *Cassirer:* Die vasomotorisch-trophischen Neurosen.
[2] *Souza Leite:* Thèse de Paris 1890.
[3] *Boettiger*: Münch. med. Wochenschr. 1899. 1733.
[4] *Hoffmann:* Deutsch. med. Wochenschr. 1895. 383
[5] *Souques* et *Gasne:* Nouvelle Iconogr. de la Salp.
[6] *Schultze.* Über Acroparästhesie. Deutsche Zeitsch heilk. 1892. 3 k. 300 l.
[7] *Nothnagel.* Zur Lehre von den vasomotorische Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1867. 2 köt. 173 l.
[8] *Haskovec.* Über die Acroparaesthesie. (Schultze). Rundschau. 1897. 705 l.
[9] *Schwarz.* Orvosi Hetilap 1897. 242 l.

A *Raynaud-kór* érmozgató zavarokkal kezdődik, cyanosissal, fájdalommal, érzéstelenséggel jár és gyakran symmetriás gangraenába megy át.



Az említett három tünetcsoportban, mint a tünetek elősorolásából látszik, sok a közös vonás és a mellett mind a három alak közt átmenetek találhatók. Ha még tekintetbe veszszük azt, hogy a kórok is egységes, úgy



azt kell mondanunk, hogy az említett tünetcsoportokat egy betegségnek kell tekintenünk. Ez az egységes kórok a hidegbehatás. A szerzők túlnyomó többsége ugyanis a hideget, különösen a nedves hideget vádolja a bajok létrejötteért.

vánuló, egyéni dispositio ad feleletet, ez határozza meg azt, hidegbehatás néha izgalmi tünetekkel jár, mint az erythromela detén; ez okozza, hogy néha csak az érzés szenved, ha a idegvégkészülék a locus minoris resistentiae; ez okozza, hogy az erek beidegzésében áll elő a zavar, ha az érben vagy az végződésében van gyengeség. Ezenkívül a hidegbehatás foka zésre jut a tünetek fokozataiban. Igy magyarázható az is, ha gerinczvelő-bajban hasonló tünetek állanak elő a káros külső b

A káros behatás helyének keresésében a kórboncztan ed ad megbizható felvilágositást. A klinikai tünetekből inkább leh keztetni. *Schultze* mutatott rá arra, hogy az általa leirt acroparae ban a környéki idegek nyomásra nem voltak fájdalmasak; ebb izomsorvadás és bénulás hiányából következteti, hogy a környéki idegtörzsön van. Szerinte az ő eseteiben a bőr idegv lékei és a legkisebb érzőidegek lehetnek megtámadva. *Cassire* ehhez járulhat a többi esetben az ér idegvégződéseinek, az ér idegeknek vagy azok ganglionjainak megbetegedése. Hogy a idegtörzs megbetegedése sem az erythromelalgiának, sem a R kórnak oka nem lehet, az ugyanezekből a körülményekből köv

A tüneteknek környéki diffus megjelenése azonban arra latra vezet, hogy a káros hidegbehatás nemcsak épen a környé végződéseket, hanem egyenesen magát a lágyképleteket, a bő szövetet és magát az ér szövetét támadja meg és igy a vasc neurosis mellett ezeknek a szöveteknek a megbetegedését létrejötteknek tekintenem. E mellett hozhatom fel, hogy sok fagyások[1] előzték meg a Raynaud-kór kifejlődését.

Ezek a Raynaud-kórt megelőző fagyások ugyancsak szólnak, hogy e bajra valamely dispositio hajlamosit. *Legroux*[2] a fagyás, az asphyxie locale és a gangrène symmetrice a „dy nécropathique" különféle fokai.

Ez a felfogás, a mely a végtagvégeken hidegbehatásra elváltozásokat a fagyással azonositja, igen csábító, ha a fagy nem veszszük szó szerint. Lényegében a behatás ugyanaz a fa mint a kisebb fokú ártalmas hidegbehatáskor és lényegében csak fokozatban különbözik a létrehozott elváltozás minémű A vázolt bajok különben is úgy viselkednek, mint a fagyás, t előállanak, nyaranként megszünnek vagy csökkennek. Addig

[1] *Cassirer* monographiájában *Legroux, Bonchez, Myers, Verdelle, Dominquez, Santword, Smith, Simpson* közleményei *Legroux* ezeken kivül *Raynaud, Johnston, Versalle, Mossy* és eseteire hivatkozik.

[2] *Legroux.* Asphyxie locale des extrémités. Ses rapports congelures. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. 189

következményekkel.

Esetünkben is feltünő volt a hidegbehatás káros volta. A tünetek nem illenek pontosan a fent leirt kóralakok keretébe, talán a Raynaud-kóralakhoz állnak legközelebb. Ennek felel meg leginkább az acrocyanosis és az ujjak hidegsége, mely a 2. és 3. perczen objective is észlelhető, ellenben nem felel meg a lágyrészek túltengése. Ebben az eltérésben is bizonyos egyéni dispositiót okolhatunk, a melyhez hozzájárul, hogy a baj kétségkivül nagyon régi, a duzzanat 10—12 éve áll fenn, tágult erek már azelőtt is láthatók voltak.

A trachoma és ophthalmoblennorrhoea neonatorum aetiologiájának és prophylaxisának ötven év előtti és jelenlegi állásáról.

Irta: *Fejér Gyula* dr., a szent Margit-kórház rendelő szemorvosa.

Grósz Frigyes dr., a nagyváradi szegény vakok gyógyintézetének tulajdonosa és ordinariusa épen 50 év előtt, 1856-ban, a nagyváradi helytartóság megbizásából „Magyarország nagy alföldjének szembetegségeiről“ szóló igen érdekes — korának többi tudományos dolgozatai felett kimagasló —, német nyelven megjelent munkálatában az egyptomi szemgyuladásról következőkép nyilatkozik: valóban az orvosi publicumra nézve lealacsonyító tény, hogy a kórboncztan, vegytan, górcsővizsgálatok minden haladása daczára, a legtöbb európiai állam által a katonaság üdvére hozott áldozatok daczára egy fél évszázad óta a legvitézebb katonák közül több ezren veszitették el örökre szemök világát, sőt az utolsó időben is a katonák között tömeges megbetegedéseket figyeltek meg. Kivánatos tehát, hogy egy hozzáértő orvos ezen betegséget szeretettel kutassa, a tárgy fontosságát méltassa.

A mult század kiváló szemorvosának idézett kijelentését — 50 év után — is el lehet fogadni, csak hozzá lehet füzni, hogy daczára a bakteriologia rémséges haladásának, a sero-therapia korszakot alkotó vívmányainak, a trachoma kórokozó anyaga még most sincs felfedezve, még csak nem is sejtjük, hogy a kórokozó coccus vagy bacillus a bakteriumok melyik fajtájához tartozik. Az unisták és dualisták harcza még most sem ért véget, vannak, kik a conjunctiva acut blennorrhoeájából láttak kifejlődni chronikus trachomát, vagy acut trachoma lépett fel blennorhoikus jelenségekkel, de senkinek sem sikerült még trachománál gonococcust kimutatni. Pedig a gonococcusnak vagy válfajának a trachomához némi közének kell lenni, mert mindkettőnél — a trachománál és blennorrhoeánál — ugyanazon kórboncztani jelenség, a conjunctiva szöveti megvastagodása játszik főszerepet. Talán ha sikerülne a gonococcus-culturát mindjobban mitigálni, ha sikerülne annak virulentiáját mindjobban csökkenteni és ilyen csökkent virulentiával biró gonococcus-culturával oltanánk be emberi vagy állati conjunctivát, akkor talán megtalálnánk azt az anyagot, melylyel a trachomához hasonló kórképet előidézhetnénk. De emberi conjunctivákon ilyen kisérleteket végezni nem szabad, állati conjunctivák pedig nem fogékonyak az emberből vett gonococcus-culturák iránt.

A trachoma aetiologiájának kinyomozásában tehát — 50 év alatt — még nem haladtunk messze, igaza van tehát még most is a mult század kiváló észlelőjének „hogy a legszebben épitett hypothesisek sem hajtanak sok hasznot a társadalomnak“. Csak egyben haladtunk — az aetiologiát illetőleg —, mert egészen biztosan tudjuk, hogy a trachoma ott tenyészik és terjed, a hol piszok van. Piszok és nyomor, e kettő fejleszti a ragályt, terjeszti a betegséget és ezért — az én szerény meggyőződésem szerint — a trachoma leküzdése társadalmi culturális kérdés, pénzkérdés, a szegény emberek lakásviszonyainak, élelmezésének, tisztasági érzetének javitásán alapszik. A trachoma a szegény emberek betegsége, ott tanyázik, hol a nyomor, hol sem ruhamosásra, sem a test tisztántartására pénzzel, tisztasági érzékkel nem rendelkeznek. Utóbbi nem is annyira pénzkérdés, mint a müveltség, az iskolázottság folyománya. Hiszen jobbmódúaknál is előfordul, de ritkán. Közel 15 évre terjedő szemorvosi praxisomban csak két, az intelligensebb körhöz tartozó egyént kezeltem trachoma miatt, egyik egy főszolgabiró felesége, ki oly módon kapta meg e anyjától kapta e bajt. A szemorvosi ambuláns privi-
ges alkatrészét képezte — valamikor 10—15 é
chronikus trachomában szenvedő egyének lapisolása
megszünt és hónapok elmulnak, míg egy pr vát t
jelentkezik.

Nem akarok statistikai adatokkal foglalkozn
hatlan tény, hogy legalább a fővárosban a tra
száma fogyott: míg azelőtt a bejáró szembetegek 10
addig jelenleg alig 3—4%-át. Az alak megválto
pannussal, fekélyekkel complikált esetek nem létezn
kórházi gyakorlatban, vagy csak nagyon ritkán
A betegek kezeltetik magukat több vagy kevesebb
a szarúhártya az esetek legnagyobb részében ép n
képesség normális, a munkaképesség nem csökken.

A Magyarországban 25 év óta inaugurált áll
szolgálat nem csökkentette a trachomások számát, de
a bajt elterjedni és elértük azt, hogy mindenki fe
sítva bajának fontosságáról és ismeri az óvintézke
A betegség önmagától fog megszünni, de csak akko
országon a felnőtt analfabeták száma 42%-ról 0-ra
ezen esetben szó szerint lehet venni azon mondást,
terjesztik a „világosságot“.

Az állami trachoma-szolgálat decentralisatioja,
küszöbön van és annak központi vezetése, tudomán
a véletlen szerencse folytán azon férfiú unokájának
a ki már 50 év előtt Magyarországon a szembete
kezelését szabályozni akarta, a szemészet rendszeres
gette, ez irányban tervet dolgozott ki és a tár
figyelmeztette, hogy önerejéből állitson hasonló int
nem szabad mindent az amúgy is megterhelt állan
Hogy mennyire fog sikerülni a trachomaügy jelen
biztosának a ragályt leküzdeni, a trachoma-betegek
kenteni, a terjedést meggátolni, azt nem tudom, mert
az állam támogatásától, a népesség sociális és kül
viszonyaitól függnek, de azt tudom, hogy az intézk
és czélszerü mederben mozognak és „in magnis volu

De lássuk, hogyan gondolkozott 50 év előtt
egy másik súlyos, a vakságot előidéző szembajról,
kötőhártyablennorrhoeájának aetiologiájáról, megelő
tént-e ez irányban haladás, elértük-e már azon idő
— Cohn szerint — culturállamban egy gyermekne
blennorrhoea következtében megvakulni.

Az aetiologiát illetőleg több esetben az anya
blennorrhoeát talált. Szó szerint idézem *Grósz Fr*
vonatkozó kijelentéseit, hadd lássuk, hogy 50 év t
mányunk haladása, a természettudományi ismeretek
és terjesztése elégséges volt-e arra, hogy a száza
terjedő babonát megszüntesse! „A bábák azon tapa
az anyatej használata a kötőhártya könnyü hurutjá
elcsábítja őket arra, hogy az anyatejet az újszül
rrhoeájának minden esetében ajánlják, mi annál kön
történik, mert nálunk a bába szégyenli magát, ha
a gyermekágyasnál orvosi segedelmet kell igénybe
sőt a város lakói között befészkelődött eme balhie
morú következményei vannak a szülőnőre és az újs
A bábák csak akkor tanácsolják az orvosi segitség
héjak már nagy mértékben duzzadtak, kékes-vörös
ha a szemhéjak feltárásánál zöldes-sárgás geny bug
ha az újszülöttek szemeiket a fürdőben nem kép
Nem ritkán csak akkor futnak orvos után, ha min
szarúhártya megrepedése folytán, kifolyt.“

A ki figyelemmel elolvasta idézetemnek min
belátja, hogy ugyanazon panaszok állanak most is;
újra a bábák okai a baj terjedésének és azon
hogy az esetek későn kerülnek orvosi kezelés alá.
vannak tanitva, nemcsak a tanfolyamon mutatnak
eseteket, figyelmeztetik a szomorú következményekr
mányrendeletek előirják, a hivatalos bábakönyv
miképen viselkedjenek, ha fluorban szenvedő növel
hogyan mossák meg a gyermek szemeit közvetlenül

vízzel való mosását irja elő, a 2% os lapis-oldatot, a Credé-féle cseppek alkalmazását meg sem említi, de ha lelkiismeretesen gondolkodnának, akkor minden fluorban szenvedő nőt figyelmeztetnének, hogy kérdezze meg ezen irányban az orvos tanácsát.

A rendelet több irányban intézkedik, ugyanis tiltja a fürdővízzel megmosni a szemeket, felhivja a bábák figyelmét a gyermekágyasok genyes folyására, de joggal kérdezhetjük, miért nincs ilyen esetben megengedve, hogy a bába egy 2%-os lapis-oldatból a szemekbe becseppenthessen, vagy a kéznél levő sublimattal (higitva) a szemhéjakat megmossa?! Joggal kérdezhetjük, miért ajánl a hivatalos bábakönyv tiszta vászonruhát, miért nem Brunsvattát, hiszen utóbbit minden bába magánál hordja és a vászonruhák relativ vagy absolut tisztaságát több tekintetben kifogásolni lehet!

A fővárosban e téren a viszonyok kedvezők; nem azért, mintha a bábák megtennék a baj megelőzését illetőleg kötelességüket, hanem mert annyi ingyen rendelő-intézet és szakorvos áll rendelkezésre, hogy a szegény nép beteg gyermekét azonnal oda küldi, hacsak a bába vagy valamelyik szomszédasszony pár napig a csecsemőt vissza nem tartja és kuruzslásával időt veszítve, a gyermek szeme elpusztul vagy javíthatlan hibák maradnak vissza.

A jobbmódú családoknál a betegség majdnem megszünt, mert mindenütt orvost vesznek igénybe, ki Credét alkalmaz; sőt gyakoribb lett a lapis-cseppek által előidézett ophthalmia, mely 8—10 nap alatt teljesen gyógyul. A szegényebb sorsú nőknél a bába is sokszor csak a szüléshez érkezik, hol sem szükséges elővigyázatot, sem tisztaságot nem fejtenek ki; azért volna talán helyes a Credé-féle cseppet a bába kezébe adni, ki lehetne őket tanítani annak helyes és minden esetben való alkalmazására, hiszen sokkal complikáltabb müveleteket bizunk reájok! Az a pár lapis-ophthalmia eme nagy előnyök mellett szerepet nem játszhatik. Nem én vagyok az első ez eszme hangoztatásában, megelőztek benne úgy hazai, mint külföldi észlelők, de ha a jó eszme terjesztésére minél többen vállalkoznak, annál hamarább kerül kivitelre

A trachomát és az újszülöttek blennorrhoeáját illetőleg idéztem a mult század kiváló magyar észlelőjének tapasztalatait, meg akarva felelni a t. szerkesztőség azon óhajának, hogy szakmánk kis, de fontos részletének — hazai tudományunk szempontjából — 50 év előtti állapotát ismertessem. E téren haladás még elérhető, talán a bakteriologia fog útmutatással szolgálni az aetiologiára nézve és a serotherapia a gyógykezelést illetőleg, de akkor gyorsabb lépésekkel kell haladni, mint az elmult ötven alatt, mert a szerzőnk által hangoztatott vágyak legnagyobb része most is csak „pium desiderium".

Nem hiányzik az állam jóakarata sem, hiszen most is nemzetközi pályadíjat tüzött ki a trachoma pathologiájának és therapiájának tanulmányozására, de a biráló bizottság a beérkezett 20 munka közül egyet sem tartott, a kórtant illetőleg, a díjra érdemesnek és csak a therapiát tárgyaló munkát jutalmazta. A kérdés tudományos tanulmányozása fontos dolog, de eredményeket csak sociális, gazdasági alapokon lehet elérni. A jóléttel, a culturával együtt halad a tisztaság és együtt fogy a ragály! *Grósz Frigyes* nemcsak nagy orvos, hanem nagy sociologus és kiváló emberbarát is volt; axiomának lehet elfogadni azon mondását, „hogy az állam valódi nagysága a népesség számával és müveltségével egyenes arányban áll"; mennél életrevalóbb népe anyagi és szellemi tekintetben, annál erősebb az állam.

Emlékének felidézését — ez ünnepélyes alkalomkor — helyénvalónak tartottam.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú (Réczey Imre tanár udvari tanácsos) sebészeti klinikumából.

A máj nyilt sérüléseiről.

Irta: *Borszéky Károly* dr., első tanársegéd.

A máj sérüléseinek sebészi ellátása újabb keletü. A bélsebészet kiváló eredményeket tudott már felmutatni, a mikor franczia és olasz sebészek először próbálkoztak meg e téren. Az első ily mütétek eredményei nem voltak valami nagyon biztatók.

szúrt sebek 45·2% a végződött halállal. *Otis*-nak 189
állitott statistikája szerint a halálozás 56·9% volt.

Ha ezen kedvezőtlen eredmények okait kutatjuk, al
nem annyira a technika fejletlen voltában fogjuk felt
inkább azon körülményben, hogy mütéti beavatkozásra c
súlyos, esetleg más hasüri szervek sérülésével is járó
került a sor, valamint abban, hogy a beavatkozás ind
felállításában túlconservativen jártak el, azaz csak ak
tek hasmetszést májsérüléseknél, a mikor már a be
tünetei szembetünővé váltak; pedig sokszor — talá
ször — ilyenkor már elkéstünk a mütéttel.

Ezen beavatkozást a vérzés teszi sürgőssé, a
erősebb, mennél mélyebbre hatoló a seb. *Kehr* azt ál
a szúrt és metszett sebek erősebb vérzést okoznak, mint
hogy azonban ez nem minden esetben van igy, hanem
vérzés foka első sorban a lövési vagy szúrási csa
májban való lefutásától függ, az világos. Annyi bizon
minden sebe a májnak bő vérzést okoz, a melyet m
sürgős kötelességünk.

A míg behatoló hasüri sérüléseknél nem végezte
hasmetszést, addig a májsérüléseket még a hasüreg
előtt akarták felismerni. Ez lehetséges akkor, ha a sz
lövés közvetlenül a májtájék felett van és ha a sebből
eres vérzés van; minden más esetben csak gyaníth
sérülést, de semmi tünet sincsen, a miből azt biztosan
tani képesek volnánk. *Malgaigne* figyelmeztetett arr
májsérülésből származó vér a mesenterium és a vakbél
rolva lévén — a jobb csipőárokban gyülemlik meg és
le a kismedenczébe. *Terrier* is megerősíti ezen észlel
glycosuriáról (*Johnson* esetében a sérülés után az első
át tartott), valamint az urobilin megszaporodásáról
találunk említést.

Mindezen tüneteknek azonban jóformán semmi
értékük nincsen. A mint a sérülésről megállapitottuk
behatoló, meg kell nyitnunk a hasüreget; csak ily m
biztosan megállapitani tudni, hogy sérült-e a máj és h

Nyilt sérüléseknél a májat külön csak ritkán t
rülve; ez inkább csak zúzódásoknál fordul elő.

Würth von Würthenau 1890—1900-ig terjedő i
gyüjtötte az összes közölt hasüri behatoló sérüléseket;
28 esetben májsérülés is volt jelen; és pedig 21 lövés é
Giordano 257 májsérülést gyüjtött össze az irodalomból
208 nyilt (70 lövés és 138 szúrás) és 49 böralatti s

Mindezen esetek jó nagy részében a májjal egyi
hasüri vagy mellüri szervek is sérültek; ezért a m
prognosisának és a mütéti beavatkozás eredményének
nél ezen körülményt figyelmen kivül hagyni nem le
kevésbé, mert pl. egyidejü bélsérülés folytán keletkez
nitis miatt beállott halálos kimenetelt a májvarratok s
nak rovására irni jogosulatlan.

A 2. számú sebészeti klinikumon a legutóbbi
májsérülés képezte mütét tárgyát; az egyik lövés, a m
következménye volt.

1. H. Márton, 23 éves gyári munkás. 1905. évi októb
este bőséges vacsora után egy 11 mm.-es revolverrel ö
szándékból hasba lőtte magát ruhán keresztül. A mentők
be és ez alatt többször véreset hányt.

A jól fejlett és erős testalkatú férfi nem tette egy
rült benyomását. A bal egyenes hasizom külső szélénél
xiphoideustól 4 haránt ujjnyira keskeny pörkölési udvartól
bemeneti nyilás, lőpor- és füstudvar nélkül. A processus
alatt gyermektenyérnyi területen másodfokú égési seb.
nyilás véralvadékkal kitöltött.

Has behúzódott, a legcsekélyebb érintésre az izomzat
Nyomásra csak a seb környéke fájdalmas. Tompulati
has felett nem mutatható ki, resistentia nem tapintható.
mintegy 100 cm³-nyi szalmasárga vizelet. Vizsgálat alatt a
csuklik, de egyszer ételmaradékot hány élénk piros vérrel
verve. Hőmérsék 37·1°, érverés 110, kis hullámú, könnyen
Arcz sápadt, közérzet elég jó, önkéntes fájdalmai alig vann
Mütét behozatala után 30 perczczel chloroform-narcos
A hasüreg a középvonalban a processus xiphoideustól
vezetett metszéssel megnyittatik. A megnyitás után minteg
folyékony, részben alvadt vér ömlik ki. A hashártyán a be
lás a musc. rectus medialis szélének felelt meg.

és a cardia közötti távolságnak körülbelül a közepén 2 cm.-nyi hosszu barázda látható, a melynek a gyomor mellső falához közelebbi része a gyomor üregét megnyitja, úgy hogy belőle bőségesen ömlik ki a gyomorbennék. A barázda e helytől számitva a gyomor hátsó falára folytatódik és vége felé már csak a serosa vörhenyesen beivódott, de anyaghiány nincs. A nyilást ideiglenesen csipővel befogjuk, a gyomrot előhúzzuk, a kiömlött gyomortartalmat kitörüljük és az egész barázdát Lembert-Czerny-féle varratokkal egyesitjük. A varrat jól zár. A varrás alatt feltünik, hogy a máj bal lebenye felől erős vérzés van; a közelebbi vizsgálatnál kitünik, hogy a bal bordaiv szélénél a máj bal lebenye 3 haránt ujjnyira a szabad szél felett balról-felülről jobbra-alá felé haladólag át van lőve; a lőcsatorna szélei csillagosan berepedezettek és erősen véreznek. E helyet egy catgut öltéssel, a mely a máj egész vastagságán áthatol, összeöltjük, mire a vérzés elál.

Most a gyomron a kimeneti nyilást keressük; végigtapintjuk az egész hátsó felületet, de nem találunk semmit. Még az omentum minus 2 cm.-nyi sebét egyesitjük.

Minthogy a golyót nem találtuk meg, végigvizsgáljuk a vékony- és vastagbeleket, a veséket és a rekeszt is, de semmi más sérülést nem találni. A felső sebzúgba Mikulicz-tampont helyezünk; a peritoneumot és hasfalat egyébként elzárjuk. Műtét után bőséges konyhasós infusio.

A lefolyás kedvező volt. Október 20.-án a Mikulicz-tampon meglazulván, könnyen eltávolittatik. A sebszélek per primam egyesültek. Október 21.-én több izben csekély köhögési ingertől kisérve haemoptoë mutatkozott minden hőemelkedés nélkül A mellkas felett tompulati eltérés nincs. Hőmérsék rendes. Október 22.-én a golyó a bal scapula csúcsa alatt érezhető közvetlenül a bőr alatt, eltávolittatik. Október 23. Még három izben volt véres a köpet. Október 24. A tampon helye szépen kitelik sarjakkal. Haemoptoë többé nem jelentkezett. Vizeletben semmi változás.

November 20.-án az üreg teljesen kitelt, a hámosodás is megindult. Fennjár. Bélműködés rendes.

November 26.-án teljesen meggyógyult.

2. Cz. Ferencz, 52 éves gyümölcsárús. 1905 évi augusztus 24.-én ittas állapotban hasba szúrták. Közelebbi felvilágositást a sérülés körülményeiről nem tudtunk nyerni.

A sérült erősen alkoholszagút hányt, kevés alvadt vérrel keverve, beszállitása alatt. Felvételkor a beteg öntudatlan, rendkivül halvány, érverés alig tapintható.

A bal bordaiv alatt 3 haránt ujjnyira a bimbóvonal meghosszabbitásában egy 3 cm. hosszú, egyenes szélü folytonossághiány látható; a sebből egy darabka cseplesz látszik ki. Jelentékenyebb vérzés a sebből nincs. Mialatt a hasmetszéshez előkészülünk, a beteg konyhasós infusiót kap és melegitjük.

Felületes chloroform-narcosisban a bal bordaivvel párhuzamos metszéssel megnyitjuk a hasüreget. A megnyitás után nagy mennyiségü alvadt vér ömlik elő; ennek gyors kitörlése után a májtájék felől erős vivőeres vérzés észlelhető. A bordaiv felemelése és a máj lenyomása után kitünik, hogy a máj bal lebenyén a lebenyközti bevágás szomszédságában 3 cm.-nyi, a máj egész vastagságán áthatoló szúrás van. Egy átöltő mély catgut-varrattal sikerül a sebszéleket érintkezésbe hozni; a vérzés elál. Most a gyomrot vizsgáljuk meg; a pylorus felett 3 haránt ujjnyira a gyomor mellső felületén a kis görbületen át annak hátsó felszinére is átterjedő mintegy 4 cm.-nyi hosszú szúrás látható, a melyből gyomortartalom ömlik elő. Lembert-Czerny-féle varratokkal egyesitjük.

Ezen egyesités alatt lehúzván a gyomrot, a mélyből vivőeres vérzés mutatkozik. Ennek forrása után kutatva, a pankreast vizsgáljuk és rajta is egy folytonosságmegszakitást észlelünk.

Ennek ellátására azonban már nem kerülhetett a sor; daczára a folytontartó konyhasós infusionak, a szivműködés annyira gyengült, hogy sietve be kellett fejezni a műtétet. A pankreas sebe felé Mikulicz-tampont nyomunk és a hasüreget zárjuk. Alig hogy ezzel elkészültünk, a beteg meghalt.

A törvényszéki bonczolat *(Minich* dr.*)* a májnak és gyomornak a műtétnél talált és ellátott sérülésén kivül még a következőket találta: A hasnyálmirigy jobb és középső harmadának közepe táján egy 3·5 cm.-nyi, rézsut harántul futó, élesszélü seb van, a mely a mirigy alsó széle közelében annak állományán áthatol és jobbról, mellülről és felülről bal-, hát- és lefelé halad a bal vese köldökéig. Ezen sebcsatorna végén a veseerek kipraeparálása alkalmával kitünik, hogy a vesevivőér mellső falán 15 mm.-nyi hosszú, a vivőér hossztengelyével párhuzamos, a hátsó falán pedig egy 9 mm. hosszú, rézsut haránt irányú áthatoló seb van. A szúrási csatorna vége a környező véralvadékokban vész el.

Az első esetben a golyó átfürta a máj bal lebenyét a ligamentum suspensoriumtól két, a szabad szél felett három haránt-ujjnyira, majd a gyomor mellső falát súrolta, annak üregét megnyitván, és baloldalt, a vese felett, a bőr alatt akadt meg. A bemeneti nyilás körül a máj felszinén sugaras berepedések voltak láthatók; a vérzés meglehetősen nagy volt. Második esetünkben a májon kivül más súlyos sérülések is voltak jelen. A szúrás a máj bal lebenyén, a gyomron és a pankreason át a bal vese köldökéig terjedt. A máj sebe itt alárendelt fontosságú volt.

Mindkét eset bizonyitja azt, hogy mennyire nem lehet a börsebzés helyéből a máj sérülésére következtetni. Lövéseknél ez gyakoribb lelet, mint szúrásoknál. Második esetünkben bemeneti nyilása három harántujjnyira a bal borda bimbóvonalban volt és mégis keresztül volt szúrva lebenye.

Mindkét esetben a máj sebét catgut-csomós v egyesitettük. A máj egész vastagságán át vezettük sebszéltől mintegy 2 cm.-nyi távolságban; a sebszél érintkezésbe lehetett hozni a nélkül, hogy a fonál átvá Varratokkal azért egyesitettük a sebet, mert az könny férhető helyen volt és mert ezen módon a vérzés biztosan csillapitható. A nézetek e tekintetben ma egyeznek. *Fuchsig* azon nézetével, hogy egyszerü szű tében várakozó álláspontot foglaljunk el, egyedül áll. esetére támaszkodva ajánlja ezt, a melyben a beteg nélkül gyógyult meg.

A tamponálás csak kisegitő eljárásnak tekintend tekben, a midőn a sebzés olyan helyeken van, a hol lehet, a hol a májállomány kóros változások következté szakadékony vagy a seb környéke zúzott, porhanyó vérzéscsillapitó eljárások, még azok is, a melyeket úja lottak, részint megbizhatatlanok, részint nehezen ki körülményesek, pedig a műtét gyors befejezése az ilye betegeknél eminens fontosságú.

Felületes sebeknél a vérzés csillapitására ajánlották cauterrel való érintést vagy 10%-os steril gelatina-old leöntést (*Cornil* és *Carnot*).

Mélyebbre hatoló sebeknél *Snéguireff* és *Caponag* áramló gőzzel akarják a vérzést csillapitani. *Caponag* állatkisérletei alapján ezen eljárást nagyon dicséri, me kezett alvadék erősen tapad. *Schneider* ellenőrző kisérle az eljárást megbizhatatlannak találta és helyette inká a száraz hővel való vérzéscsillapitást a Holländer-féle k Szerinte ezen eljárás még akkor is hatásos volt, thermocauterrel való érintés a vérzést csillapitani nem ütőeres vérzést is tudott ily módon csillapitani.

Ezen vérzéscsillapító eljárások általános elterje tarthatnak igényt; inkább csak érdekes kisérletszámb Egy sebzésnél, a mely oly nagy vérzést okoz, hogy a elvérzés veszélye fenyegeti: a leggyorsabban ható választanunk és ez csak a varrat, illetve a tampon

A májsebek egyesitése varrattal a máj szakadé tánál fogva nem könnyü dolog; ehhez járul még, ho hatoló sebeknél elsülyesztett, rétegzetes varratot alkal lehet. Rosszul alkalmazott varrattal többet árthatun semmit sem csináltunk volna, mert csak nagyobbitju *Guillot* májszúrás egy esetében ismételt kisérlet után varratot alkalmazni.

A fődolog, hogy nagy tüt és vastag fonalat has varráshoz és hogy elegendő nagy távolságban szúrjunk széltől. Az Emmet-féle tü jó szolgálatot tehet kiváltképe sebek egyesitésénél. A varróanyag minősége közömbös talán kevésbé vágja át a sebszéleket, mint a selyem; két esetünkben catgutot használtunk.

A mi a varrat módját illeti, kis sebeknél egy k varrat elegendő; nagyobb és mélyebbre hatoló mets egyesitésére *Canac-Marquis* különös varratmódot ajá lényegében nem más, mint egy felületes és egy mélyeb mazott matráczvarrat.

A máj bal lebenyében vagy a szabad szélhez k sebeknél mindig czélszerü az egész májállományt á módon, hogy az elülső felszinen be-, a hátsó felszine áthidaljuk a sebet. Hogy a fonal bevágását elkerüljük, *Ceccherelli* az öltéseket átlyukasztott, decalcinált csont fe a régi pálczikás vagy csapos varratok módjára. *Baldo* nesiumlemezeket vagy állatok ütőereinek falát ajánlj cinált csont helyett.

Nagyobb anyagveszteséggel járó lövési sérülések szélek érintkezésbe való hozatala egyszerü varratokkal ha nem épen lehetetlen. Ilyen esetekben az anyaghián a csepleszt használhatjuk fel, vagy *Cornil* és *Carnot* a hiányt gelatina-oldattal tölthetjük meg.

vizsgálván a különböző szervekben nyulakon és kutyákon, májvarratokat is végeztünk. Varrásra közhasználatban levő anyagokat használtunk (selymet, catgutot, silkwormot, sodronyt, czérnát stb.), a legkülönbözőbb módokon készítve elő a fonalat. Varratokat a kisérletek egy részében sértetlen májon alkalmaztunk, más részében pedig metszett sebeket egyesítettünk és különböző idő elteltével megölvén az állatokat, górcső alatt vizsgáltuk, hogy mutatkozik-e valami különbség a varróanyag minősége szerint a gyógyulásban. Ily módon alkalmunk nyilt egyszersmind a májsebek gyógyulási viszonyait is vizsgálni 2 naptól 3 hónapig terjedő idő alatt a varrat alkalmazása után. Vizsgálatainkból megállapíthattuk, hogy a varróanyag minősége teljesen közömbös. A gyógyulás maga az ideiglenes összetapasztást eszközlő fibrinosus, a végleges egyesítést czélzó granulatiós és a befejező regeneratiós szakra osztható. Ezen egyes szakok időtartama a bekövetkezett vérzés fokától, a sérülés okozta szövetroncsolás nagyságától és a keringési zavarokból fejlődő másodlagos elhalástól függ, valamint attól, hogy mennyire voltak a sebszélek egymáshoz közelítve. Mindenütt kötőszövetes hegeket találtunk a parenchymás elemek résztvétele nélkül.

Mostanáig csakis olyan sérülésekről volt szó, a melyek a májnak könnyen hozzáférhető helyén voltak, tehát a májnak domború felszinén, a bal lebenyen. Sokkal nehezebbek a viszonyok, ha a seb a máj homorú felszinén vagy a bordák által fedett részen, a rekeszszel szomszédos felületen vagy a hátsó szélen van. Ilyenkor, hogy a sérülést elláthassuk, jó hozzáférhetésről kell gondoskodnunk — ha ugyan beavatkozásra kerül sor. Ezen sérülések t. i. nagyon súlyosak és a portális erekből származó vérzés esetén a beteg nagyon rövid idő alatt meghal. Hogy azonban még az e fajta sérülések sem feltétlenül halálosak, arról *Kehr*-nek és *Reusing* nek esetei győznek meg. *Kehr*-nek tamponálással, *Reusing*-nek oldalvarrattal sikerült a vena portae sérüléséből származó vérzést csillapítani. *Bergalune* a máj alsó felületén levő szúrást, a mely a vena portae egy ágát is érintette, varrattal egyesítette; a sérült meggyógyult. Hogy a mütéti technika fejlődésével mily súlyos májsérüléseket sikerült életben tartani, annak bizonyítására az utolsó öt év irodalmából a következőket említhetjük meg:

Stuckert az 1901. évi berlini sebészeti congressuson bemutatott egy robbanó golyóval sérült katonát, kinél a jobb tüdő, a rekesz, a máj és a colon transversum volt sérülve. A máj sebét a rekesz sebének tágítása után tamponálta.

Grekow esete 26 éves terhes asszony, a ki 7 szúrást szenvedett; közöttük legsúlyosabb volt a rekeszen keresztül 10 cm. nyire a májba hatolt szúrás, a melyet tamponált. A sérült meggyógyult.

Legueu esetében a lövés bemeneti nyilása a jobb hypochondriumban volt és a lőcsatorna keresztülhaladt a májon, úgy hogy közvetlenül a hilus mellett volt a kimeneti nyilás. A máj sebét sikerrel tamponálta. A hasmetszést a sérülés után négy órával végezte az erősen kivérzett betegen.

Goljachowski, *Schlatter* és *Zimmermann* a májnak a rekeszen áthatoló szúrt, *Lejars* ugyanily módon létrejött lőtt sebét tudták varratal sikeresen egyesíteni.

Hogy a felsorolt esetek azonnal alkalmazott beavatkozás nélkül nem maradtak volna életben, abban senkisem kételkedhetik, de abban sem, hogy ezek csak a jól sikerült esetek, a melyekből statistikát összeállítani nem lehet. Az ily módon összeállított statistikáknak értéke nagyon is problematikus, belőlök következtetéseket vonni nem lehet.

Végezetül még meg akarjuk említeni azon emboliákat, a melyeket különösen súlyosabb májzúzódások, de egyszerű májsérülések után is észleltek, a csonttörések zsíremboliáinak analogiájára. *Zenker*, *Jürgens*, *Schmorl* észleltek legelőször ily emboliákat májsejtek által okozva. *Hess* 3 ily esetről tesz említést; *Wilms* esetében a jobb pitvarban 21 grammnyi, a jobb gyomrocsban babnyi májdarabka volt feltalálható. *Engel* esetében súlyos tüdőtuberculosisban szenvedő beteg a máj tájékára esett és 24 óra mulva tüdőoedema tünetei között meghalt. A bonczolatnál kitünt, hogy a emboliát. *Hammer* májszúrást észlelt, a melynek gyógyulás alatt több izben haemoptoë lépett fel, a melyet ily m liából származtat.

Első esetünkben a hasmetszés utáni 12. nap észleltünk haemoptoët; hogy ezen haemoptoë nem re tüdősérülés következménye volt-e, azt nem lehet kiz pulat a mellkas felett nem volt kimutatható.

Legyen szabad e helyen főnökömnek, *Réczey* tanár köszönetemet kifejezni nagybecsü tanácsaiért és támog

Irodalom.

Baldassari: Esperimenti sull' emostasi epatica. Ze Chir. 1903. ref. Sternberg. *Bergalonne*: Plaie pénétrante d par arme à feu. Blessure du foie. Laparotomie; guerison. cale de la Suisse romande 1900. *Bernay*: Fünf aufeinand Fälle von Laparotomie wegen Schusswunden der Unterleibs Berl. klin. Wochenschrift 1890. *Braun*: Geheilte Schussve Leber. Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin. Münchener M schrift 1900. *Burckhardt*: Beiträge zur Behandlung der Leb gen. Zentrbl. f. Chir. 1887. *Caponago*: L'emostasi nelle op fegato Zentrbl. f. Chir. 1901. ref. Sternberg. *Canac-Marquis*: de suture des plaies du foie. Presse médicale 1900. *Cechere* tasi de fegato. Arch. de chir. 1904. *Cornil et Carnot*: De la des plaies du foie. La semaine médicale 1898. *Delbet*: sutures pour assurer l'hémostase du foie. Bull. et mém. d chir. de Paris T. 27. *Edler*: Die traumatische Verletzungen der Unterleibsorgane. Archiv f. klin. Chir. 1887. *Emden*: Über letzungen der Leber im Kriege und Frieden. Dissert. Kiel Fettembolie einer tuberkulösen Lunge in Folge von Leberr chener med. Wochenschr. 1901. *Fuchsig*: Zur Kasuistik d letzungen. Wiener klin. Rundschau 1902. *Finkelstein*: Zur den Rupturen der Leber. Zentrbl. f. Chir. 1902. ref. Gückel. penetrirende Bauchstich- u. Schusswunden. Münchener med. 1903. *Gérard-Marchant*: Plaie pénetrante de la plévre diaphragme; rupture du foie. Bull. et mém. de la soc. de c 1900. *Giordano*: I resultati della laparotomia nei traumi Zentrbl. f. Chir. 1903. ref. Sternberg. *Goljachowski*: Leberwund f. Chir. 1899. ref. Gückel. *Grekow*: Beitrag zur Kasuisti Schussverletzungen der Leber. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. De l'hemostase dans les paies du foie par instrument tranch des hopitaux 1901. *Hammer*: Zur Kasuistik der Leberverle Betheiligung grosser Gallenwege. Beiträge z. klin. Chir. Bd. Über Leberverletzungen. Diss. Greifswald 1901. *Johnson*: of the liver. New-York surgic. soc. Annals of surgery. 1 Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Leber. Bruns, Mikulicz: Handbuch der prakt. Chirurgie. *König*: zeitige Schussverletzung der Brust- u. Bauchhöhle. Berl. kl schr. 1900. *Legueu*: Plaie simultanée du foie et de l'arté Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. 29. *Lejars*: transdiaphragmatique par arme à feu. Suture du foie. Bull. la soc. de chir. de Paris 1903. *Loubet*: Plaie du foie couteau. Presse méd. 1902. *Mercadé*: De l'intervention préc traumatismes du foie. Revue de chir. 1902. *Pomara*: Un torrhafia. Zentrbl. f. Chir. 1899. ref. Dreyer. *Schlatter*: Trans tische Leber- u. Nierennaht. Münch. med. Woch 1901. *Schn* Stillung von Leber- und Nierenblutungen mit Dampf und Beitr. z. klin. Chir. Bd. 21. *Subbotic*: Lebernaht nach Verlet f. Chir. 1899. ref. Čačković. *Stuckert*: Ein Beitrag zu den letzungen der Leber. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1901. Experimentelle u. anatomische Untersuchungen über Wunde Virchow's Archiv Bd. 78. *Wilms*: Zur Behandlung der Le Deutsche med. Wochenschr. 1901. *Würth v. Würthenau*: D Prinzipien in der Behandlung der penetrirenden Bauchwunde klin. Chir. Bd. 34. *Zeidler*: Drei Fälle traumatischer Leberv Deutsche med. Woch. 1894. *Zimmermann*: Leberverletzunge med. Wochenschr. 1905.

Uj eljárás a bronchopneumonia gyógykez

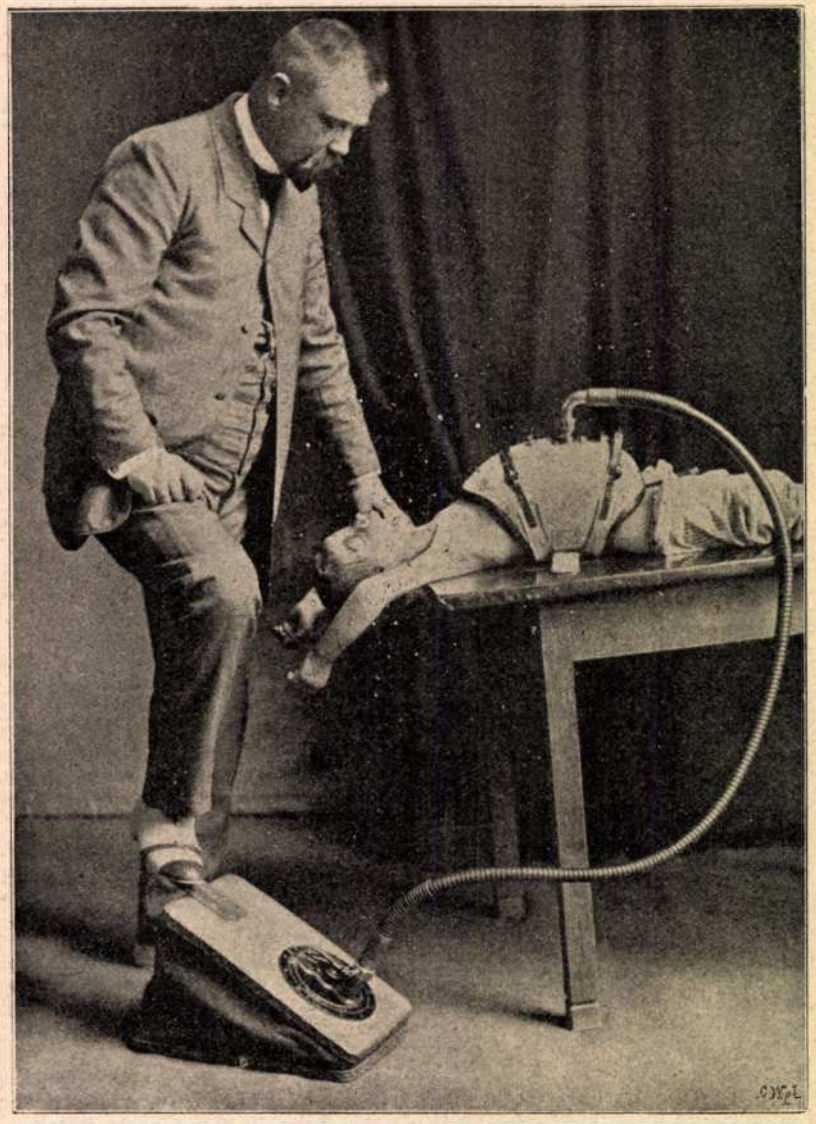
Irta: *Eisenmenger Rezső* dr., gyak. orvos Szászvár

Hogy — eltekintve az ú. n. „gyógyíthatlan betegs mily gyakran szenved csorbát a gyógyszerekbe vetett minden orvos nap-nap után szomorúan tapasztalja! Ál a gyermekek hurutos tüdőlobjára, ezen óriási halálozá mutató betegségre nézve is. Az ú. n. expectorans sz seregе, élén a hagyományos ipecacuanhával, hitelét mindinkább veszti. A bronchopneumonia, mely gyermekkori tüdőloboknak jó kétharmadát teszi, n lozási aránya jórészt anatomiai viszonyokra vezeth

kenysége eredményezik azt, hogy egyfelől az expectoratio hiányosan történik, másfelől pedig könnyen atelektasiák fejlődhetnek. Ezen kedvezőtlen viszonyok folytán az infiltrált lobulusok feltisztulása nehezített, az összetapadt hörgöcskéhez tartozó tüdőlebenykék — miután levegőjük felszívódott — összeesnek, légtelen csomókká alakulnak. Hogy ily viszonyok közt a légzési felület minimumra csökken, igen természetes. A levegőért küzdő gyermek az összes légzőizmok fokozott működése által iparkodik az akadályokat legyőzni. De mi haszna! A diaphragma görcsös összehúzódása inkább az alsó bordák behúzódását (Trousseau-féle peripneumonikus barázda) eredményezi, semhogy az összetapadt hörgöcskéket megnyitva, levegőt aspiráljon a még nem infiltrált

tes szénsavfelhalmozódást kiküszöböli, következő eljármazom.

Alkalmas készülékkel, melyet asphyctikusok fel is használok (részletes leirását l. Orvosi Hetilap 190 és 1904. 38 sz.), mesterséges légzést hozok létre hogy a has és a mellkas alsó részlete felett a légnyom tás és sürítés által váltakozva csökkentem, majd na Előbbi esetben abdominális jellegü inspiratiót, utóbbi exspiratiót hozok létre az által, hogy a diaphragmát fölfelé mozgatom a hasfalak közvetítésével. Úgy a b kilégzés amplitudoját tetszés szerint eszközölhetem, tartva a természetes légzés ütemét.



tüdőalveolusokba. Nemcsak a belégzés, hanem a kilégzés is nehezített. A beteg gyermek hasprését véve segítségül, nyögve exspirál, „l'enfant crache son exspiration".

S ha végre ez óriási munka után a légzőizmok ereje kimerül, ha a légzés felületes és szerfelett szapora lesz és a cyanosis fokozódásával a köhögési inger megszünik: a szív ereje is hanyatlik. A vérpangást elárulják a telt és kékesen áttünő visszerek és az oedemák. Ezen ominosus jelenségek után az exitus fuladás vagy szívbénulás folytán, többnyire tüdővizenyő jelenségei mellett, beáll.

* * *

Ezek elörebocsátása után legyen szabad therapeutikus eljárásomat röviden ismertetni. Azon meggyőződésből kiindulva, hogy úgy a be- mint a kilégzés müvi úton való mélyítése egyfelől az

A készüléket alkalmazom hiányzó expectoratio eset ges szörtyzörejek jelenlétében. Ilyenkor inkább a kilég gatom a hasfalak benyomása, illetve a rekesz feltolása az inspiratiót csak mérsékelten mélyítem. Már nehány a gyermek élénken köhög és nyeli a váladékot Ha a felhalmozódott váladékot ilyformán a nagyobb légu sajtoltam és innen köhögés által tovább vitetett, akkor kozást egyelőre beszüntetem. Csak oly esetben folytat cirozott mülégzést, ha nagyfokú cyanosis vagy szivgye jelen. Ilyenkor természetesen a belégzést is erőteljesen mindaddig, míg a cyanosis megszünik és a pulsus javu

Ezen mechanikai behatásra létrejött expectorat prompt és nem hágy cserben, mint akárhány problemati ú. n. expectorans!

játszó atelektasiák kifejlődését megakadályozza azáltal, hogy a mély inspiratio által szabaddá tett hörgökön át az alveolusokba levegő jut, mi által a már létrejött tüdőlégtelenség is megszüntethető.

Egy harmadik igen fontos hatása ezen beavatkozásnak a vérkeringés elősegítésében nyilvánul. A kis vérkörben fennálló nehezített keringés a mellüregben létrehozott nagyobbfokú negativ és positiv irányú nyomási ingadozások folytán élénkebb lesz. Ezen akadály memszüntetése, illetve csökkentése a nagy vérkörre is kihat, mit arról lehet megismerni, hogy az inspiratio alatt a nyaki visszerek collabálnak és a vérnyomás az üteres rendszerben a peripherikus részekben is tonometerrel kimutathatóan emelkedik. A vérkeringésre és légzésre egyaránt kedvező, és semmiféle más beavatkozás által elő nem idézhető hatása alapján ezen eljárást a bronchopneumonia exitusát jelző oedema pulmonumnál melegen ajánlom. A hurutos tüdőlob ezen gyakori és egyúttal legveszélyesebb complicatioja létrejöttét tudvalevőleg szivgyengeségnek köszönheti. Különösen akkor áll ez elő (Cohnheim), ha a bal szívgyomrocs ereje csökken, míg a jobb gyomrocs egész erejével igyekszik az eléje gördített akadályokat legyőzni. A kis vérkörben ilyformán létrejött pangás a tüdőparenchyma, valamint a kötőszövet vizenyős beszürődését eredményezi, mely a maga részéről ismét az amúgy is kicsiny légzési felületet még inkább redukálja, míg végre a rohamosan fokozódó szénsavfelhalmozódás a szív teljes bénulását eredményezi.

Eljárásom alkalmazásánál gyakran az tapasztalható, hogy a gyermek kezdetben hasizmainak megfeszítése és hangrésének zárása által a hasfalakra való behatást megakadályozza, a miért természetesen az effectus nem állhat be mindjárt az első néhány légnyomási ingadozásra. De már a 6—10. behatásra a hasizmok elernyednek és a glottis megnyilik és többé akadályt nem okoz, különösen ha arra figyelünk, hogy a beavatkozás egyes phasisai, tehát úgy a légritkítás, mint pedig a légsürítés nem hirtelen, lökésszerüen, hanem enyhén, egyenletesen és lehetőleg a természetes légzést mintegy támogatva történjék.

Nagyfokú elesettségnél, súlyos cyanosisnál, tüdővizenyőnél — nyilván az érzékenység és reflexingerlékenység csökkenése miatt — a gyermek hasfalai többnyire ellentállást nem fejtenek ki, sőt jó jelnek veszem, ha a behatások folyamán néha a hasfalak megfeszülnek.

Valahányszor a gyermek ezen behatások alatt köhögni kezd a beavatkozással szünetelni kell és a készüléken levő megfelelő billentyü megnyitása által az elzárt üregben atmosphaera-nyomást hagyunk mindaddig, míg a köhögés tart. Ez által egyfelől a nagyobb légutakba felsajtolt váladék expectorálását bevárom, másfelől pedig annak aspirálását igyekszem megakadályozni a még nem inficiált tüdőrészletekbe.

A nyomási ingadozásokat, illetve azoknak mélységét és intensitását a gyermek nagyságához és tüdejének capacitásához mérten szabom ki és óvakodom a túlintensiv és hirtelen légritkítástól, mi esetleg emphysema (marginalis) vagy talán „oedema pulmonum ex vacuo“ keletkezéséhez vezethetne.

Manometer alkalmazását, mely az elzárt üregben uralkodó légnyomást állandóan registrálja, többnyire feleslegesnek tartok, mégis néha — különösen gyakorlatlan kezekben — jó szolgálatot tehet.

Mellékelt ábrában a készülék alkalmazását mutatom be lábbal hajtandó fujtatóval nagyobb gyermekeknél, míg csecsemőknél kis kézi ballonnal idézem elé a légnyomási ingadozásokat.

Eddigi megfigyeléseim és bár csak nehány esetre szorítkozó kisérleteim alapján — melyekről részletesen más alkalommal fogok beszámolni — eljárásomat egyelőre különösen azon súlyos esetekben ajánlom, hol az eddigi eljárások cserben hagynak és ott, hol ominosus jelenségek fellépésekor ezen beavatkozás ultimum refugium gyanánt volna indikálva.

„The alterations (
that have occured with
half a century are so g
wellnigh incompreh
those who have not
them.“ *Lauder*

Valamint az egyes ember életében vannak perczek melyek az egyén sorsára nagyobb befolyással birnak, min ben évek és évtizedek, úgy van ez a nemzetek és társ történetében, a különféle állat- és növényfajok élete fol sőt a földtan és csillagászat tanítása szerint az egész sz világban is. Aránylag rövid időszakok alatt jönnek létre tikai és sociális berendezések, válnak ki új boncztani és sajátságokkal biró genusok, képződnek új alakulatok, világok, és viszont hihetetlen rövid idő képes elpusztít mit évszázadok, évezredek és még hosszabb korszakok la kája épített. És ezen az egész materiális mindenséget törvény érvényesül a szellemi világban, a tudományok szetek terén is. A lassú haladás lankás lejtőjét egy-egy meredek szakitja meg, melyen az emberi tudás, az ember képesség csodás rövid idő alatt egy addig nem képz álmodott magasságba tör.

Azon 50 esztendő, mely az „Orvosi Hetilap“ meg óta eltelt, épen ilyen időszak az orvosi tudomány és történetében. Ugy a betegségek lényegét, okait és fel illető ismeretek, mint a betegségek megelőzésére és gyó vonatkozó eljárások oly nagy mérvben fejlődtek, tökélet ezen időszak alatt, hogy bizvást mondhatjuk, miszerint esztendő haladása sok előző évszázad haladásával felér.

S a sebészet ezen haladásból bőven kivette részét, az ár tetején úszott. A mint *Réczey* tanár már 22 évvel irta:[1] „Egész sebészeti gondolkodásunk és cselekvésünk ban átváltozott. Egy új sebészet keletkezett, mely egés az elmult évtizedek sebészetétől, melyről nagy elődeinknek sem volt, melyet egy fél századdal ezelőtt a legélénkebb, merészebb képzelet sem hitt lehetségesnek.“ A legnagyobb kétségtelenül az antisepsisnek van, mely a sebészeti b zások legfényegetőbb rémét — a fertőzést háritotta el s nemcsak a sebészet régi terrenumát tette biztosabbá, h tájakat nyitott meg előtte, oly tájakat, melyekre lépni az a előtti korban büntetlenül senkisem merészkedhetett.

A fertőző csirok természetét és leküzdésük módjait i új tudományágon: a bakteriologián kivül azonban az or mány egyéb ágainak fejlődése, első sorban a kórbon a belső betegségek diagnostikájának haladása is nagyb mölcsözővé vált a sebészet részére. De tagadhatatlan, ho vező külső körülmények is szerepeltek. Az elektromossá tett óriási haladás, az ipari technika gyors fejlődése gazd tökéletesbitette vizsgáló eljárásainkat és mütéti eszközein aránt. A közlekedés javulása, a szegény ember sorsát modern sociális irányzat, mely minél nagyobb számú, mi letesebben felszerelt kórházakat törekszik alkotni, értéke anyagot adott egyes hivatott férfiak kezébe. A közönség műveltségi szinvonalának emelkedése, az új eszmék, az mányok ismeretének gyors terjedése a sajtó útján megsz az azelőtt csak nagyon is jogosult általános bizalmatlan sebészet s a sebészet eredményei iránt. Mindeme tén maguk részéről hozzájárultak ama bámulatos fejlődéshez, a chirurgia ezen utolsó öt évtized alatt felmutat.

Köteteket tölthetne meg annak vázolása, mit alkoto fejlődött a sebészet ez 50 év alatt, de nehány rövid von lehet következtetni az azóta megtett út nagyságára s a kezésemre álló szük téren czélom nem is lehet egyéb, mi röviden kiemeljem néhány pontját azon kor sebészetének, „Orvosi Hetilap“ megalapitásának tanúja volt.

Vessünk először is egy futó pillantást némely á sebészeti kérdés akkori állapotára!

[1] A mai sebészet fejlődése. Orvosi Hetilap. 1883. 1118.

volt és a sebészet vak sötétségben tapogatódzott a kórházi osztályokon dühöngő sebfertőző bántalmak: az orbáncz, a genyvérűség s a rettegett kórházi üszök okai tekintetében, melyek a legelmésebben kigondolt s a legbravourosabban kivitt műtétek eredményeit semmivé tevék. Ha a mai sebészi feifogásban nevelve, végig lapozunk egy akkori műtéttant s látjuk benne a frakkba öltözött műtőt amputálni; ha forgatunk egy akkori nagy sebészetet s tapasztaljuk, hogy a beteg rábeszéléséről, kedélyének előkészítéséről oldalok vannak benne irva s csak két sor arról, hogy ajánlatos a műtéti területet megmosni s a szőrös részleteket leberetválni műtét előtt; ha elgondoljuk az akkori sebkezelésben elterjedt tépések, compressek provenientiáját s hogy micsoda kataplasmák, flastromok, kenőcsök, theák kerültek már az egészen friss sebekre is: valóban bámulnunk kell, hogy az eredmények még rosszabbak nem voltak. Pedig elnézve az akkori idők sebészeti statistikáit, igazán értjük *Pirogoff* ot, a mint keserü sarcasmussal mondja, hogy nem érti, mért nem avatkoznak be a hatóságok a kórházakban véghezvitt emberpusztitással szemben. *Pirogoff* irja,[1] hogy az *Obuchoff* kórház 398 amputáltja közül 159, *Malgaigne* 560 amputáltja közül 300 halt meg. S az ő személyes eredményei (1852—53-ból) még rosszabbak. 43 amputatio közül halállal végződött 21 és pedig 3 czombamputatio közül 2, 7 alszáramputatio közül 6, 4 felkaramputatio közül 3 és 7 alkaramputatio közül 5 halt meg; 4 haláleset a kéz, lábtő és ujjakon véghezvitt csonkitásokra esik. És e halálesetek mind sebfertőzések következményei voltak. Borzasztó számok! Az ember alig tudja elhinni, hogy ilyen lesujtó eredmények mellett még akadtak, a kiknek kedvük volt operálni és új műtétek kitalálásán törni a fejüket. És micsoda erős szív kellett ahhoz, hogy valaki befeküdjék egy kórterembe, melyben az egykorú leirások szerint minden ágyon lázas betegek fetrengtek, melyben a levegőt a sebekből áradó geny és a kenőcsök szaga árasztá el, s melyben — naponta többszöri kötésváltás lévén szükséges — reggeltől estig folyt a kötözés. Micsoda erős szív kellett ahhoz, hogy valaki alávesse magát egy műtétnek, mely, ha a legegyszerübb beavatkozásról volt is szó, a legjobb esetben hosszadalmas, folytonosan vészterhes szövődményektől fenyegetett reconvalescentiára nyujtott kilátást. Valóban nem lehet csodálni a közönség ösztönszerü irtózását a kórháztól, melyet a kinszenvedés és halál tanyájának tartott s a sebészi beavatkozástól, melyet csak végső menedéknek tekintett!

De hagyjuk már e szomorú képet, és haladjunk tovább.

A *narcosis*, a mult század chirurgiájának ezen korszakalkotó vívmánya már 10 esztendeje volt ismeretes az „Orvosi Hetilap“ megalapitása idejében. Az 1846-ban e czélra először alkalmazott aether, s az egy évre rá ajánlott chloroform — ma is leginkább használatos altatószereink — már ez időben általánosan el voltak terjedve a müvelt világban. Azonban sem hatásaik nem voltak eléggé tanulmányozva, sem adagolásuk technikája kellően kifejlesztve, és sok műtétnél, hol a beteg által nyujtandó felvilágositásra, az ő részéről való közreműködésre számitottak a műtét alatt (lithotripsia, tenotomiák), egyáltalán nem is alkalmazták. A lokális anaestheticumok közül pedig csak a fagyasztás volt igen tökéletlen formájában (aether, szénsavelpárologtatás) ismeretes. Felesleges hangsúlyoznom, hogy az általános érzéstelenséget előidéző kábitószerek megszaporodása, hatásaiknak pontos tanulmányozása, adagolási módjuknak, különféle állapotoknál való javalataiknak és ellenjavalataiknak, káros mellékhatásaik mikénti kezelésének megállapitása által mennyivel tökéletesebbé, biztosabbá vált a narcosis, s hogy a fagyasztási eljárások kifejlesztése, főleg azonban a cocainnak és nagyszámú pótszerének felfedezése s az ehhez füződő infiltratiós anaesthesia, idegtörzsérzéstelenités, lumbalanalgesia által mily magas fokra emelkedett a helybeli, illetve regionális érzéstelenités müvészete.

Sarkalatos pontja sebészi technikánknak a *vérzés csillapitása*. Abban az időben, midőn a vérbocsátás szinte panaceaszámba ment, midőn egy csomó betegség gyógykezelésében az érvágás, pióczázás és köpölyözés játszotta a legelőkelőbb szerepet,

[1] Vorlesungen aus der klinischen Chirurgie. Leipzig, 1854.

elvonással, mely ájulásba ejtse a beteget, hozassék i
század 50-es éveiben a sebészek már nem pazarolták
(bár a genyedéseknél fellépő utóvérzések ellen m
ajánlották a test egyik-másik helyén való vérbocsátást
vérkimélő és vérzéscsillapító eljárások bizony a mai
igen tökéletlenek voltak. A vérkimélést a mütét ter
verőértörzs leszorításával érték el, a mit gyakorlott s
eszközölt s a mire, ilyen hiányában, különféle gúzsok
riumok, érnyomók (tourniquet) szolgáltak, a mig a vé
szetében oly kitünő szolgálatokat tevő Esmarch-féle
nem honosult. A helybeli vérzéscsillapitásra szolgálta
az ér megcsavarása, az ér bel- és izomhártyájának a
való visszagyürése (refoulement, *Amussat*), ezenfelül a
alkalmazása, a cauterisatio s a stypticumok hosszú s
közül a *Pravaz* által ajánlott liquor ferri sesquichlo
hatunk az akkori tankönyvekben dicshymnusokat.
nehézkes lehetett az erek megfogása egyszerü bonczi
akkori kezdetleges verőércsipőkkel, torsiós pincettá
finesekkel vagy épen a tenaculum segélyével — a m
mint egy hegyes horog, melylyel a verőér lumenét
szürták és előrehúzták —, azt a rajzok után is kö
zelni. A lekötést viaszkolt fonállal eszközölték, a
végét levágták, hosszan hagyott szárát pedig a sebe
hogy eltávolitható legyen. (Elsülyesztett finom selyem
ligaturákat ajánlottak ugyan, de ezeket nem igen
nálni.) Az éralákötés nehézsége, a fonalak elsülye
akkori viszonyok mellett kevéssé ajánlatos volta ér
hogy amaz idők chirurgusai csak a nagyobb verőere
szoritkoztak, a gyüjtőerekből (melyeket már a phle
félelem miatt is vonakodtak lekötni) s az apróbb
származó vérzést pedig compressioval, ha igy nem
vassal vagy étetőszerekkel igyekeztek csillapitani. Ho
ártott ez a sebek vitális reactioképességének, mily
képezett az utólag kiszivárgó vér a sebfertőzés száma
kell sok szóval ecsetelni.

Az asepsis, az érzéstelenités s a tökéletes és p
csillapitás ama három tényező, melynek a mai sebész
nagyarányú fejlődését, a mai kor sebésze fényes g
nyeit köszöni. A félszáz év előtti chirurgiában a mi
nek eme kincseit csak egy birta némikép pótolni:
Ez volt akkor a siker titka. A „cito, tuto et jucu
szabályában a cito magában foglalta a másik két
galmát. A mütét gyors kivitele kevesbité a beteg
a vérzés és fertőzés veszedelmét egyaránt, és való iga
korban a sebész bravouros virtuozitásától sokkal ink
a beteg sorsa, mint manapság, mikor a scrupulosus
tesség és a klinikus belátás állnak a sebészhez füzött
közt első helyen.

A mindenáron gyorsaságra való törekvésnek k
ket azok a müszerek, melyekkel egymagukban egy
dulattal lehetett egy egész mütétet végrehajtani (pl.
tracheotomok), melyekről *Dieffenbach* azt mondta, ho
óraművet kellene bennük elhelyezni, akkor maguktól
s melyekből a mi instrumentariumunkra is reá maradt
igen hasznavehető példány, a Fahnenstock-féle tonsil

Egy másik mód, melylyel a fertőzést öntudat
ki, a levegő supponált káros behatását kikerülni i
cutan operálás volt. Ennek eredményei szépek is voltak
idők orthopaedjeinek az igy végzett myo- és tenotomi
Delpech és *Dupuytren* inauguráltak és *Stromeyer* meg
fejlesztettek ki, képezték legnagyobb büszkeségét;
olyan enthusiasmusba jött, hogy müvészi körútra i
A subcutan mütevés elvét a csontokra *Langenbeck*
ki (1854).

Nézzük már most a sebészeti kezelést igény
folyamatok gyógyitásában 50 év előtt divó elveket!

A lágyrészek nyilt sérüléseit a vérzés csillapit
tapadt piszok eltávolitása után lehetőleg egyesiteni
ezt e czélra szolgáló kötésekkel, ragtapaszcsikokkal,

francziák serres finesekkel is törekedtek elérni Ha a „traumatikus reactio“ beállt, antiphlogistikusan jártak el, hideg borításokat, pióczákat alkalmaztak, hevesebb lobtünetek esetén pedig a genyedés elősegítésére meleg fomentatiokat és puhító kataplasmákat.

A sebek egyesítése természetesen csak a felületre vonatkozott. A mélyben fekvő képletek, izmok, inak, idegek egyesítése, a mi, mint jól tudjuk, tökéletes asepsist igényel, nem is igen történhetett sikerrel. Az idegek varrásától pedig egyáltalán féltek, mert ezt tetanusra hajlamosítónak tekintették s az inak varrását is csak elvétve kisérlették meg, az lévén a meggyőződés, hogy „az invarrat csak néha hasznos, ritkán nélkülözhetetlen és legtöbbször felesleges“ (*Mondière*, l. *Vidal - Bardeleben* tankönyvét 1859). Az átmetszett ín- és idegcsonkok nagymérvü széttérését a végtag alkalmas helyzetbe hozásával törekedtek meggátolni. Hogy ezen a téren mai eljárásaink mellett minő kiváló functionális eredményeket tudunk elérni, mennyi dolgos kezet adunk vissza a munkának és a társadalomnak, mely beavatkozásunk nélkül nyomorékon maradna, az közismeretes.

A csonttöréseknél a törés beigazítása s azután fektetéssel, kötésekkel, állandó nyújtással való kezelése volt a szabály. A rögzítés mindhárom formája azóta módfelett tökéletesbedett, különösen a ma oly fényes gypstechnikánk kifejlődése által. Az 50-es évek közepén a gypspólyakötés még új volt (1852-ben irta le *Mathysen*); azelőtt csak a végtagnak gypsbe való öntése, a mit *Eaton* ezredes az araboktól lesett el, járta s a rögzítő kötések kedvelt módjai a tizennyolczfejü és a Scultet-féle pólya alkalmazása s a csiriz- és guttapercha-kötés valának. De a törések kezelésének elvei is kibővültek a korai mozgatással, massage-zsal, az alsó végtagok töréseinek fennjáró kezelésével, a friss töréseknek véres műtét által való egyesítésével, a minek különösen a térdkalácstörések s a periarticuláris fracturák, melyek exact összefektetés hijján siralmas functionális eredményre vezetnek, adták meg a terét. Hogy a törések finomabb diagnostikája a Röntgen-sugarak felfedezése által mennyire tökéletesbedett, hogy nyilt töréseknél az antiseptikus kezelésmód mennyire javította a gyógyulás kilátásait, hogy álizületeknél és rosszul gyógyult töréseknél a csontvarratok, csontátvésések által minő fényes eredményeket birunk az asepsis védőszárnyai alatt elérni, arra elég futólag rámutatnom.

A *ficzamoknál* a diagnostica finomodása az X-sugarak révén s a véres repositiók idült esetekben a haladás legkiemelkedőbb pontjai.

Még egy szót a *lőtt sebekről*. Bár már rég elmultak azon idők, midőn a lőtt sebet eo ipso mérgesnek tekintették s a legbarbárabb módon forró olajjal kiégették, az 50 év előtti chirurgia még nem állott az ezen sebek érintésétől való lehető tartózkodás álláspontján, mint a mai. A löcsatorna sondázása, ujjal való vizsgálása (sokaknál a bemeneti nyilás tágitása is) s a körülmények szerint antiphlogistikus vagy emolliens kezelés volt a szabály; a löveget mindenáron igyekeztek eltávolítani és igen sokszor amputáltak. Hogy a mai, főleg *Bergmann* által inaugurált, lehetőleg abstinens, exspectativ kezelés s a löveg helyének megállapítására és felkeresésére szolgáló módszerek finomodása mennyivel jobb eredményeket ad, azt egy pillantás a modern hadi sebészet tapasztalataira fényesen igazolja. Az izületbe hatoló lövés után például alig szabadult meg a sérült a resectiotól vagy amputatiotól, mely a tábori kórházakban uralgó viszonyok szerint 50—80% halálozással járt s mely után gyógyulás esetén is az egyén nyomorék maradt. A mai sebkezelési elvek mellett e mütétekre, mint a délafrikai háború mutatta, a legritkább esetekben van szükség, s a gyógyulás igen gyakran a működésképesség teljes helyreállásával jár. (*Küttner.*)

A *heveny gyuladások* kezelésében a helybeli vérelvonások, a legkülönfélébb levek, oldatok, festvények, főzetek, theák, pépek, kenőcsök, flastromok és balzsamok játszották a főszerepet, a mihez még általános ú. n. derivans eljárásokat: hashajtás, hánytatás, érvágás csatoltak. A műtéti beavatkozással lehetőleg bevárták a teljes eltokolódás, a „tályogérés“ idejét s ezt a tályogot kis nyilással — lancetta vagy étető és marószerek, máskor tüzes vas segélyével — nyitották meg, vagy genyecsikot (setaceum, seton, genyedő folyamatoknál manapság általánosan el van t a folyamat gyors megállítása és terjedésének prompt meg szempontjából mindenesetre lényegesen felette áll emez elj nak, de az igy ejtett seb gyógyulásának hosszadalmas visszamaradó torzító hegek, a sokszor szánalmas fun eredmény, a mit egy-egy tendovaginitis avagy izületi g bő feltárása után látunk, bizony mutatják, hogy a thera tökély acméjától még elég távol állunk. A szervezet vitál tioját czéltudatosan fokozó s az organismusban rejlő ba képességet hatványozott érvényre juttató *Bier* féle passiv aemiától, melynek a régiek compressioi, fomentatioi, cata és hólyaghúzó tapaszai öntudatlan előfutárjai valának, vá e téren haladást. Az immunizáló és antitoxikus serumthera a sebfertőző bántalmak egyes különálló alakjainál, minő a ség, a tetanus, mutatott fel eddig nevezetesebb eredmény

A *csontgyuladások* pathologiája még meglehetősen volt a mult század ötvenes éveiben. Az osteomyelitis és necrosis közti összefüggés, a caries és csonttuberculosi viszony még tisztázatlanok. Csontnecrosisoknál a feltárá csontláda trepanatioja, a sequester eltávolítása már akkor de az osteomyelitis korai felismerésével, a velőüreg korai nálásával, a csontláda ürének gyors begyógyitását czélzó sokkal, melyek közül a *Mosetig-Moorhof*-féle jodoformplom az első helyen, csak azóta gazdagodott a tudomány.

Az *izületi és csonttuberculosis* a sebészet igen k fejezeteiben lőnek tárgyalva. A kezelésben vérelvonások, fontanellák, setaceumok, a környezetnek tüzes vassal való szerepeltek, azonfelül egyes esetekben amputatiohoz és hoz folyamodtak. A hideg tályogokat lehetőleg a levegő k val igyekeztek megnyitni és az üreg obliteratioját compress továbbá borral vagy forró vízzel való kiöblítés révén e beteg izületek nyugalomban tartására és fixálására való tö ket szintén feltaláljuk. Az asepsis felfedezése, kapcsol betegség bakteriumos eredetének felismerésével, vezetett maknál a véres izületi resectiók elterjedésére, melyek egy a sebészeti klinikák és osztályok működésének jelentéken tették. A mai irányzat a véres mütéteket lehetőleg kerüli indicatioját csak sajátszerü, jól megállapitott anatomikus nyokban, vagy a betegnek a conservativ kezelést kizáró helyzetében látja. A régi derivans eljárásokkal ellentétben a beteg tonizálására, szervezete resistentiájának emelésér szünk s a conservativ sebészorthopaediai irányzat a mo kötésekben, gépekben, a betegek fennjárását lehetővé te zítő, támasztó és tehermentesitő készülékekben, a passiv aemiában, a hideg tályogok kezelésénél nagyon bevált j praeparatumokban hathatós segédeszközöket nyert, míg mütétek sorozata az arthrectomiákkal, a corrigáló osteoto gyarapodott.

A daganatok kiirtása késsel, tüzes vassal, étető pa (*Landolfi, Rust, Cangoin, Hanke, Cosme*, bécsi pasta stl tént, a kisebbeket lekötés által, a minek igen compliká szerei is voltak (*Manec, Rigault*), pusztitották ki. Az sebészi technika fejlődése, kapcsolatban a rosszindulatú da terjedési módjainak klinikus, kórboncztani és boncztani tokon felépülő bővebb ismeretével, jelentékeny változást létre a daganatok kiirtása terén s ma a malignus neo sebészi gyógyitása oly brilláns eredményeket tud felmu minőkről 50 év előtt álmodni sem lehetett. 40% (3 éve radikális gyógyulás emlőráknál (*Halsted, Watson Cheyne* ajakráknál (*Bruns, Wölfler*), nem is szólva a noli me számba menő gyomorrákokról, hol 17% (*Mikulicz*), vastagb ról, hol 38% (*Mikulicz, Körte*), végbélrákokról, hol 28% 3 éven felüli, tehát gyökeresnek tekinthető gyógyulás zett be a mütét után.

Ezen eredmények, a melyek az eredeti rákos gócz s nális mirigyek következetes és alapos kiirtásának kösz kétségtelenül fényesek az előző időkhöz képest, midőn *Wi* nagy büszkeséggel hangoztatta a *Billroth* által elért 4% gyógyulást emlőrákoknál (1878). Fényesek ugyan, de távo kielégitők, ha meggondoljuk, hogy az esetek nagyobb f

hogy vannak a ráknak féleségei (nyelvrák, foghús-, tonsillarák, epeutak rákja), a hol radikális gyógyulás még sokkal kisebb számarányban, sőt csak ritka kivételképen észlelhető. És ha még azt is megengedjük, hogy a rák korai operálásával sokkal több betegen lehetne segíteni, mint így, a mikor az esetek sokszor igen elhanyagolt álapotban jutnak a sebész kezei közé: még akkor sem lehetnénk megelégedve az eredményekkel, mikor látunk eseteket — igaz, csak nagy kivétel számba menőket —, melyekben a radiumemanatiók, a kathodsugarak hatása alatt rákok, sarcomák, ha csak ideiglenesen is, eltünnek, minden műtéti beavatkozás s a műtéti beavatkozástól soha el nem választható szenvedés és életveszély nélkül. Nem szabad felejtenünk, hogy a rák aetiologiájának ismeretében ma is csak ott vagyunk, a hol 50 év előtt valánk, s hogy a belső szervek rákjának korai diagnosisa, a mi legalább a véres műtéttel elérhető eredményeket tetemesen megsokszorozná, minő kezdetleges állapotban van. Az e téren való haladás, a rosszindulatú daganatok okainak kikutatása, korai felismerése és ehhez mért kezelése képezi jelenleg az orvosi tudomány legsürgősebb, legégetőbb feladatát!

Át kell még pillantanunk röviden a részletes sebészet legfontosabb fejezetein, hogy lássuk, mi mindennel bövültek azok e fél század alatt, s talán legjobban illustrálja a sebészet terjedelmének kibővülését ama számos szakma, mely ezen idő óta a sebészet kebeléből kivált s azóta önálló, hatalmas tudománnyá fejlődött. Ezek elseje a szemészet, melyet ugyan a szóban forgó időben már sok helyt külön szakmaként tanítottak (nálunk már a XVIII. század eleje óta s a XIX. század első negyedében már a szemészet professora más tárgyat nem is adott elő), de mely a legtöbb sebészeti tankönyvben és műtéttanban ez időben még tárgyaltatott. A nőgyógyászat, fülészet, gégészet, fogászat ezen fél században alakultak külön szakmává s az orthopaedia és urologia is azon az úton vannak, hogy külön specialitásokat alkossanak.

De nézzük át röviden az egyes testtájékok sebészetét, mi újat hozott nekik az utolsó 50 esztendő!

A *koponya sebészetét* akkoriban a trepanatio uralta, melynek értékéről szenvedélyes viták folytak. Míg voltak, a kik koponyasérülés esetén boldog-boldogtalant megtrepanáltak, addig mások *Stromeyer*-rel azt tartották, hogy a ki trepanál, az maga is a feje lágyára esett.

Ma a koponyalékelés javalatai sérüléseknél eléggé tisztázvák, de a műtéti indicatiók messze túlhaladták a sérülések keretét. Kéregepilepsia, agytumorok, agytályogok, meningeális vérzések esetén számos esetben történt már sikeres beavatkozás és fényes sikereket tud felmutatni a modern chirurgia a *Gasser*-dúcznak trigeminus-neuralgiáknál való eltávolításával is. A koponyaüreg megnyitásának technikája óriásit haladt; a régi trepán-korona helyébe a legkülönfélébb vésővel, fúróval, fürészszel dolgozó módszerek jöttek, továbbá nagy gyorsaságot biztosító eszközök, melyek a fogászati fúrógépet, vagy a villamosságot használják fel a koponyacsont folytonosságának megszakítására, s melyek a craniectomia műtétét lényegesen megkönnyítették.

Az osteoplastikus koponyaresectioval, mely lehetővé teszi a koponyaüregnek a csont megtartásával való feltárását, akár egy egész féltekéhez vagyunk képesek szemléléssel és tapintással hozzáférni (hemicraniectomia, *Doyen*), viszont koponyacsonthiányokat, melyek néha súlyos agyzavarokra, epilepsiára vezetnek, képesek vagyunk bőrcsontlebenyekkel végzett képlőmütétek vagy heteroplastikák által sikeresen elzárni.

A most dívó *képlőmütétek* elvei nagyjában már 50 év előtt is fennállottak; ép ezen a téren ama kor sebészei bámulatos szép dolgokat birtak alkotni. De a módszerek itt is gyarapodtak, javultak s a vándorlebenyeket, az osteoplastikus orrplastikákat, a paraffininjectiokat bizonyos deformitások és defectusok pótlására az elvek tekintetében is határozott nyereségnek kell tekintenünk.

A neuralgiák kezelésében a környi idegek átmetszése már régi tulajdona a sebészetnek, de tudományos alapot ez csak az egyes idegek élettani sajátságainak pontos megállapításával nyert; hisz a mult század első tizedeiben nem kisebb sebészek, mint

list! Azóta nemcsak a legsúlyosabb trigeminus-neura
tásának ismerték fel biztos módját a *Gasser*-dúcz elt
de a pheripheriás trigeminuságak átmetszési módjai
módszerrel bövültek.

A felső és alsó *állkapocs resectioja* már el vo
mult század 50-es éveiben, de ezen csontok különfél
resectioi, melyek által az orrgarat, szájnyálkahártya,
indulatú álképleteihez oly kitünő hozzáférést nyerünk
vívmányai.

A *nyakon* azon időben végzett különleges müté
sternocleido inának átmetszése, a tracheotomia, az oes
voltak a legnevezetesebbek; a nyaki daganatok kiirtásá
csillapítás akkori tökéletlen állapota mellett bizony j
A strumectomia nehányszor lőn már végezve, azonb
szedelmességénél fogva elhagyták; néhányan lekötésel
keztek a golyvában necrosist előidézni.

A cystikus strumát, úgy mint a nyak egyéb tö
ganatait, punctioval, compressioval vagy setaceummal
eltüntetni. Ma a nyaki műtétek félelmes jellegüket
gümős, rákos nyirokmirigyek miatt mindennapos d
mindkét oldalának feltárása. A strumectomia is áll
jogot nyert; *Kocher* egymaga 2000 en jóval felül ope
az utolsó 1100 esetben mindössze három halálozással

A *trachea* és *oesophagus* betegségeinek felismeré
lésére a gégetükörben, az oesophago- és bronchosk
becsülhetetlen értékü segédeszközöket nyertünk.

A bárzsingszükületek tágítása, az idejutott i
localisatioja és kihúzása a bárzsingtükör által egész
jutott; ugyancsak igen szép eredményeket értek el n
az alsóbb bronchusokba került idegen testeknél is
skoppal. De a legtöbb gyakorlati hasznot a *géget*
melynek az orvosi praxisba való átvitelében és által
a mi *Czermák*-unknak oly halhatatlan érdemei vanna

Míg az ötvenes években csak egyes, ujja
ható gégepolypokat lehetett galvanocaustikus kacscsal
a gégetükör az endolaryngeális operatiók egész r
tette ki.

Egyszersmind pedig a diagnostica fejlesztése által
leteknél, gégerákoknál egy sereg egyéb új áldásos m
keletkezésére, minők a laryngofissio, a teljes és rés
kiirtás, a larynxplastica nyujtott alkalmat.

A mellkason végzett műtétek közül az emlőrá
legelőbb. Már 50 év előtt is hangsúlyozva lőn,
biztosan jóindulatú emlődaganatot szabad önmagáb
rosszindulatú daganatnál az egész emlőt kell amputál
mirigyeket csak akkor irtották ki, ha kimutathatólag
nagyobbodva. A mostani radikális irányzat egy dara
szik az emlőt, a táji nyirokmirigyeket s az őket öss
szor ráksejtekkel megtömött nyirokereket eltávolíta
elvnek helyességét a már fentebb említett eredmény
dokumentálják.

A mellkasi áthatoló sérüléseknél a külső se
kivül az érvágás járta; különösen, ha a szív sé
gyanú, többszöri venaesectiót is ajánlották a szívben le
kisebbítésére. Ma súlyos vérzés, fenyegető szívtamponad
kisértjük a tüdőnek és szívnek összevarrását s vanna
ezen eljárások sikerre vezettek.

A szívburok gyülemeinek kibocsátására anna
esetleg a sternum trepanatiojával, már a mult század
ajánlva lőn; a mai korban a szívburok bő drainag
plastikus bordaresectio után elfogadott eljárás. A sz
nehezítő összenövések esetén a pericardium felsza
felette levő bordaporczok nyomásától szintén már t
sikerrel kisértették meg.

A tüdőchirurgia teljesen az utolsó fél század
tüdőbe jutott idegen testek eltávolítása, tályogok
gangraenás góczok feltárása pneumotomia segélyével,
már napjainkban szép eredményeket felmutatni.

bemetszéssel, esetleg a mellkasfalnak valami cauterium által való átégetésével bocsátották ki; a bordaresectiót ismerték (hisz már *Galenus* ajánlotta), de veszedelmes műtétnek tartották és csak bordacaries miatt gyakorolták. A savós izzadmányoknak szívókészülékekkel való eltávolítása, az empyemáknak bordaresectioval való bő feltárása (*Roser, König*), állandó drainage-a (*Bülau, Dollinger*), az összeesett tüdő működésképességének a rajta tapadó álhártyák lehúzása által való helyreállítása (*Delorme*), a nagy mellkasi genyüregek eltüntetése thoracoplastica segélyével (*Estlander, Schede*) — mindez az utolsó fél század vívmánya.

A *gerinczoszlop* gümös gyuladásait fektetéssel, fontanellákkal és moxákkal igyekeztek gyógyítani; hogy a gypskorsettek, a modern orthopaedikus készülékek, melyek a betegnek a gerinczoszlop teljes rögzítése mellett szabad járás-kelést biztosítanak, minő haladást jelentenek, azt nem kell bővebben fejtegetni. Igen tökéletesbedett a gerinczoszlop egyéb elgörbüléseinek orthopaedikus kezelése is, míg a véres műtéti beavatkozás, a laminectomia, a gerinczvelő compressioját tumorok, lövegek, letört csontdarabok által birta több esetben megszüntetni, sőt már a frissen sérült gerinczvelő összevarrására is történt és pedig sikeres kisérlet (*Stewart*) a motilitás, érzés, szék s vizeletcontinentia visszatérésével.

A legnagyobb haladás azonban a *hasi chirurgiában* mutatkozik.

A *sérveket* a mult század 50-es éveiben csupán incarceratio esetén operálták és lehetőleg még akkor se; csak ha az elhúzódó taxiskisérletek, melyeket böséges vérbocsátással, fürdőkkel, dohány-, jég- és egyéb csörékkel támogattak, nem sikerültek. A műtétet ilyenkor lehetőleg a sérvtömlő megnyitása nélkül igyekeztek végrehajtani s ezt csupán akkor hasították fel, ha a sérvkaput más úton nem sikerült kellőkép tágítani. A cseplesziekötést perhorreskálták, a gangraenás bél körkörös resectioját hihetetlen merészségü ábrándnak tartották s az ilyen belet inkább künn igyekeztek tartani, hogy anus praeternaturalis képződjék; apró perforatio esetén ennek széleit érfogó csipővel előhúzták, egyszerüen lekötötték és elsülyesztették (*Cooper*), vagy egyszerüen bevarrták; *Velpeau*, ha a kiforduló nyálkahártya elzárta a nyilást, a repositiót minden egyéb nélkül megengedhetőnek tartotta. A szabad sérvek kezelése irányában is történtek már ez időben műtevési kisérletek: a sérvtömlőnek lekötése (a bör átmetszése nélkül is!), a sérvtömlő megnyitása s ezáltal benne genyedés előidézése, jodtincturának és egyéb idegen anyagoknak befecskendése a sérvtömlőbe, a sérvtömlőnek hosszában való összevarrása (királyi varrat), továbbá olyan brutális eljárások, minők a külső sérvnyilás cauterizálása addig, a míg az os pubis szabadon feküdt, castratio, a sérvtömlőnek az ondózsinórral együtt aranyfonállal való lekötése s végül az invaginatiós eljárások, midőn a herezacskó börét az inguinális csatornába visszagyürték és eszközökkel, varrattal odarögzíteni igyekeztek (*Geody, Wutzer, Rothmund* stb.) Ma a sérvtömlő magas lekötése és a sérvkapu elzárása által olyan folyton tökéletesedő módszerekkel birunk, melyekkel a szabad sérveket minimális életveszély és a radikális gyógyulásra való tetemes kilátás mellett birjuk operálni s évente ezrek és ezrek köszönik gyógyulásukat és munkaképességüket a kizárt és szabad sérv miatt végzett herniotomiáknak!

A hasüreg áthatoló sérüléseivel szemben az 50 év előtti chirurgia túlnyomólag a belső medicatio álláspontjára helyezkedett s épen csak a hasseb bevarrására szorítkozott. Bélvarratot csak akkor végeztek, ha a sérült bél a sebben feküdt. A *Lembert*-féle bélvarrat, mely a mai bélchirurgia alapját képezi, már ez időben ismeretes volt, de nem részesült még a megérdemelt általános figyelemben. Igen messze vezetne, ha a bélvarratnak akkor gyakorolt számos módjára kitérnék. Csak annyit említek, hogy úgy a mai, gombokkal való bélegyesítésnek megtaláljuk már akkoriban az előfutárjait (már 1520-ból származik a „négy mester varrata", mely a belet lúdgége vagy összehajtott kártyalap felett egyesítette s az 1826-ban ajánlott *Devans*-féle gyürük complikált, de egész jó elzárását biztosították a bélnek), mint a circuláris és részleges bélsebeknek varratokkal való egyesítését. Némelyik ezek közül csodálatosan complikált; így peritoneum parietalehoz szorította, *Bouisson* gombostük zott a bélvarratra, melyek fejét fonálra kötötte seben kihúzta.

Ma a bélvarratok technikájában a biztosság i fokát értük el s e tény combinálva az asepsis és pítás terén elért haladással teszi elfogadhatóvá azt az hogy manapság minden áthatoló hasi sebzésnél, ha me szereléssel rendelkezünk s a betegnek megfelelő ápol biztosítani, azonnal be kell avatkoznunk, és számta szerzett tapasztalat mutatja, hogy ez által súlyos bels prompt csillapítását, többszörös bél-, gyomor-, epehólya pontos ellátását birjuk megbizhatóan eszközölni s ily fenyegető végzetes vérveszteségnek és genyes hashárty nak elejét venni és számtalan oly életet megme lyek várakozás mellett a sérülésnek biztosan áldoz volna.

A hasürben végzett műtéti beavatkozások az előtti időben valóban istenkisértés számba mentek; mi történtek ilyenek: ovariotomiák (ca. 40% halálozással egész 1%), azonfelül gastrotomiák, enterotomiák ide eltávolítására, colostomia, gyomorsipolyképzés bárzs teknél, az epehólyag megnyitása kövekkel és folyadékk teltség miatt, végül májtályogok, echinococcustömlők csipőtányérban székelő tályogok megnyitása. Mind e már végezték a mult század ötvenes éveiben, azonban veszedelmesek valának.

Mai technikánk és asepsisünk mellett a műté hasonlíthatatlanul javultak s a legtöbb operatio veszed tának oka nem a beavatkozásban, hanem a betegnek állapotában rejlik. Ezért a laparotomiák javalatai igen nagy kiterjedést vettek fel; nincs olyan szerv a l mely műtéti beavatkozás tárgyát ne képezte volna.

A hashártya genyes és gümös gyuladásai, a tractus fekélyesedő folyamatai, átfúródásai, szükületei, az epehólyag és epeutak megbetegedései, a hasnyálmir dásai, lépdaganatok, májcirrhosis, májtömlők, májtály senterialis és cseplesz-daganatok, a belső bélelzáródás kórképei, mind, mind hálás terét képezik ma a sebés kozásnak, s a műtéti eljárások egész legioja áll az egy és képletek teljes vagy részletes kiirtása, idegen testel tása, szükületek megkerülése czéljából a sebész rendelk totalis és partialis gastrectomia, gastroenterostomia, pylo gastroplicatio, gastropexis, gastro-gastroanastomosis, zárás, bélresectio, entero enteroanastomosis, bélkizárás, s splenectomia, az epetractuson végzett nagyszámú műte mennyien e félszázad vívmányai, s valamennyivel nagy tud felmutatni a mai chirurgia.

De még tovább haladva, azt kell mondanunk, hogy tomia ma a diagnosisnak is fontos eszközévé vált, egy sereg homályos hasi kórfolyamat tisztázása tekinte a chirurgia tett legtöbbet, így van ez az *appendicitissel* lényegét tisztázván, a féregnyúlvány eltávolításával ac ben számos vészteljes complicatiót előzhetünk meg, esetekben pedig súlyos nehézségeket vagyunk képesek tetni. Igy van ez az *epeköbántalommal*, a *zsirszövetnekro* melyeknek finomabb pathologiai viszonyait, minutiosus káját épen a chirurgikus biopsia szerzette tapasztalat tották meg.

A *végbél* bántalmai közül a fistulák, csomók, a hasonló elvek szerint kezeltettek, épen csak a kivit haladás; szükületek esetén az anus praeternaturalis képzé hasüregen keresztül (*Littré*), akár a colon descendens tonealis fekvésü helyén (*Calliser*) be volt már vezet utóbbinak adtak előnyt, míg manapság a coeliocolosto jobbnak. A prolapsus gyógyítására annak repositioja s nyílásának szükítése, vagy a prolabált bél amputatioja kásban, manapság ez a colon felvarrásával, a colopexiá Végbélpolypokat, rákokat irtottak ki akkor is, persze analis részben ülőket; a kiirtás megkönnyítésére peri

magasan ülő rákok operatioját is sikerrel birjuk végezni, s a végbélrák kiirtástechnikája a farcsont és a keresztcsont alsó részletének eltávolítása (*Verneuil*, *Kocher*, *Kraske*), a vaginalis és sacroabdominalis módszerek által tetemesen bővült.

A húgyszervek sebészetében a húgycsőbeli idegen testek, strictúrák kezelése már 50 év előtt is jól ki volt fejlődve: a lassú és az erőszakos tágítás, az urethrotomia externa és interna, a hólyag punctioja áthatolhatlan szűkületeknél ép úgy ismeretesek voltak, mint ma, haladás csak épen a kivitelben, az eszközök tökéletesedésében mutatkozik. Egyes durvább beavatkozások (pl. hólyagpunctio a gát felől) elmaradtak, mások (pl. az erőszakos tágítás) finomodtak. Elvbeli újítást képeznek a húgycsőresectio, akár a csonkok direct összevarrásával, akár transplantatioval a húgycsődefectus helyére. A húgycső plastikus műtevései (epi- és hypospadiasis, húgycsőfistulák eseteiben) jelentékeny fejlődést tüntetnek fel. Lényeges hasznot hozott a húgycsőtükör felfedezése is.

A *prostata* bajai közül a prostata-hypertrophia bir legnagyobb fontossággal. A hypertrophiások katheterezésére 50 év előtt szolgáló eszközök még ma is beválnak, de bővült a chirurgia a prostatahypertrophiát direct megszüntető műtéti eljárásokkal (a prostata középső lebenyének átégetése, perineális és transvesikális prostatectomia), melyekkel kétségtelenül értek el sikereket, melyeknek valódi értéke és javalatai azonban még ma is nyilt és sokat vitatott kérdést képeznek.

A *húgyhólyag* bántalmai közül az exstrophiát már a mult század 50-es éveinek elején próbálták részben a has- vagy scrotumbőrből vett lebenyekkel, részben az uretereknek a végbélbe való ültetésével elzárni (*Simon*), de ezen eljárások akkor sikertelenek voltak. Ma már mindkétféle elv alapján számos szerencsésen gyógyult esetről van tudomásunk.

A *hólyagkövek* therapiájában a zúzás és metszés már 50 év előtt is egyaránt ismeretes és használatos volt. A zúzás technikája ép ezen időtájt volt kifejlődőben. A zúzást megelőző kísérletek, melyeknek czélja volt a hólyagkövet a hólyagon belül egy a húgycsövön át bevezetett eszközzel apró részletekre szétdarabolni (a kő megfúrása, kivájása, szétdörzsölése, szétrepesztése, szétfűrészelése által) ez időben már lejárták magukat s a *Heurteloup*-féle percuteur formája lett elfogadva, mely mind e mai napig használatban van. Ezen eszközben a kő zúzása eredetileg kalapácsütések segélyével történt, de az ötvenes években már a mai csavaros kőzúzók voltak használatosak. A zúzást több ülésben, melyeknek 3—5 percznél tovább nem volt szabad tartaniok, hajtották végre. Ezen eljárással szemben a ma használatos litholapaxia, mely a hólyagnak egy ülésben, aspiratio segélyével való teljes kiürítését követeli, feltétlen előny, mert a bennhagyott kőtörmelékek okozta számos súlyos complicationak elejét veszi. A kőmetszésnek számos módja volt akkor divatban, melyek közül manapság csak az epicystotomia és kivételes esetekben a középső gátmetszés járja.

A hólyagvarratokat, melyekkel a gyógyulás tartamát epicystotomia után oly jelentékenyen le lehet szállítani, már régebben ajánlották ugyan (*Amussat*), azonban újra elhagyták s csak az asepsis védelme alatt nyertek az elért sikerek alapján általános elterjedést. A hólyagdaganatokra a szóban forgó időben ajánlották a katheteren át bevezetett kacscsal való leválasztást, a daganatoknak kőzúzóval való összemorzsolását, ha pedig epicystotomia történt, a daganatot makkfogóval tépték ki. Modern világító szközeink és műszereink mellett e hólyagdaganatok eltávolítása sokkal könnyebben, gyökeresebben és biztosabban történhetik és sokkal többször is lesz végrehajtva s a hólyagfalnak egész vastagságában való resectiojától sem riadunk vissza. A cystoskopiában a hólyagbetegségek diagnosisához megbecsülhetetlen segédeszközt nyertünk.

A *vesechirurgia* 50 év előtt a renális és perirenális tályogok megnyitásából, hydronephrosisok punctiojából állott. Ma vesekövek, vándorvese, vesedaganatok, vesetuberculosis mindennapi tárgyát képezik a sebészi beavatkozásnak, sőt a belgyógyászi vesegyuladásoknál is értek már el bizonyos sikereket a vese feltárása s a vesének tokjából való felszabadítása által — bár ezen sikeres műtétek közül, melyeket a vesechirurgia e félszázad alatt jelentőségre bizonyára a legfontosabb a vesekiirtás, a v tomia (*Simon*, 1869), de a vándorvesék fixatioja, a v hasítása (nephrotomia) diagnosis, kövek felkeresése stb. továbbá a vesemedenczén és uretereken végzett plastik tek, az ureterolithotomiák, ureterresectiók és implantati számbajövő nyereségei az orvosi tudománynak, ép úgy a katheterismus is, melynek diagnostikus és therapeutikus mindjobban tanuljuk becsülni. Egyik lényeges tényezője chirurgia haladásának a vesék functionalis diagnostikája, az első lépést *Korányi Sándor* tette a vizelet és vér pl chemiai sajátságainak e czélra való értékesítésével.

A külső férfi-ivarszervek sebészete is jelentékeny mutat. Például elég felhozni a hydrocele radikális műtét akkoriban jodinjectiókban, vagy a tunica vaginalisnak vagy részleges kimetszés utáni nyitott kezelésében állott utóbbiak után a beteg egész hat hétig volt kénytelen n kórházi fertőzésnek kitéve az ágyat őrizni, avagy pedi cocele megszüntetésére kigondolt hosszadalmas, comp részben barbár eljárásokat (az ondózsinór venáinak le bőrön át, felcsavarása két tü segélyével, összeszorítása által, a miket a beteg több napon át viselt stb.). A n szerek e megbetegedéseknél rövid idő alatt bekövetkező, képességeket érintetlenül hagyó, és mégis gyökeres g biztosítanak.

A végtagok sebészetében való haladást a czikkünk általános irányelvekről mondottak eléggé jelzik. A typ tételeket (érlekötések, amputatiók, enucleatiók, resectiók, te már mind gyakorolták 50 év előtt is, az utolsó csak a módszerek kidolgozásában s a kivitel módjáb haladást. A szellem, mely ezen újabb műtétmodorokat á functionális tökély lehető biztosítása az izmok, inak kimélésével resectióknál, hordképes csonkok létesítésév tatióknál. Új műtétek a különféle ideg- és inplastikák, íntransplantatiók, csontvarratok töréseknél, nyilt reposit moknál, lineáris és ékalakú osteotomiák. Az orthopaedik átvésések kezdetei ugyan korábbra esnek (*Rhea Bart Mayor* 1840), de elterjedést és kimüvelést természetesen antisepsis utáni időben nyerhettek.

Csak egyes tényeket ragadtunk ki az adatok n kelegéből,[1] csak egyes fontosabb vívmányaira mutattun utolsó 50 esztendő sebészetének. Természetesen ezekből kevéssé nyerhetünk teljes képet arról az óriási munk melyet a sebészet ezen fél század alatt kifejtett, mint völgyben állva nem tudjuk megbecsülni azt a fáradságo az előttünk elterülő csúcsokra való feljutás okoz, bá magasságát hozzávetőleg meg birjuk ítélni. Az mi kitünik e rövid áttekintésből is, hogy ezen 50 év foly mereteink jelentékeny mértékben és fontos adatokkal tak, műtéti módszereink számosabbak, gyöngédebbek és bak lettek, sikereink, eredményeink pedig sokkalta fén mint azt a legfantastikusabb fő is 50 év előtt álmo volna. És nemcsak hogy ez történt, nemcsak hogy a seb tágult lényegesen és egész új birodalmakat hódított hanem a chirurgia egész iránya megváltozott, törekvése bek, czéljai nagyobbak lettek. Nem elégszünk meg m gyógyulás puszta tényével, hanem gyors, tartós, működé szempontjából is kifogástalan gyógyulást igyekszünk elé

De míg egyfelől el kell ismernünk a mai sebészet k fölényét az 50 év előtti felett, másfelől a leghálásabb kell adóznunk ama kor sebészei emlékének, ama férf kezetének, kik a sebészetet a mieinknél sokkal súlyosa rabb viszonyok között művelték s nehézségektől, bal

[1] Az 50-es évekre vonatkozó historikus adatokat túln ben a következő munkákból merítettük: *Bardenheuer*, Leh Chirurgie und Operationslehre 1857—1860. *Chelius*, Handbuc rurgie 1857. *Guerin*, Chirurgie opératoire 1858. *Cooper*, V über Chir. 1856. Cassel. *Bernard* és *Huette*, Atlas der chir. lehre 1860.

Erősen hisszük és reméljük, hogy az épület még nincs befejezve s a munka a mostani ismeretek nyujtotta kedvező auspiciumok közt még nagyobb erélylyel, még nagyobb sikerrel fog tovahaladni s hogy az Orvosi Hetilap százesztendős jubileuma alkalmával az a referens, ki a sebészetnek most elkövetkezendő ötven évéről fog beszámolni, még jelentősebb vivmányokat, még szebb eredményeket fog feljegyezhetni.

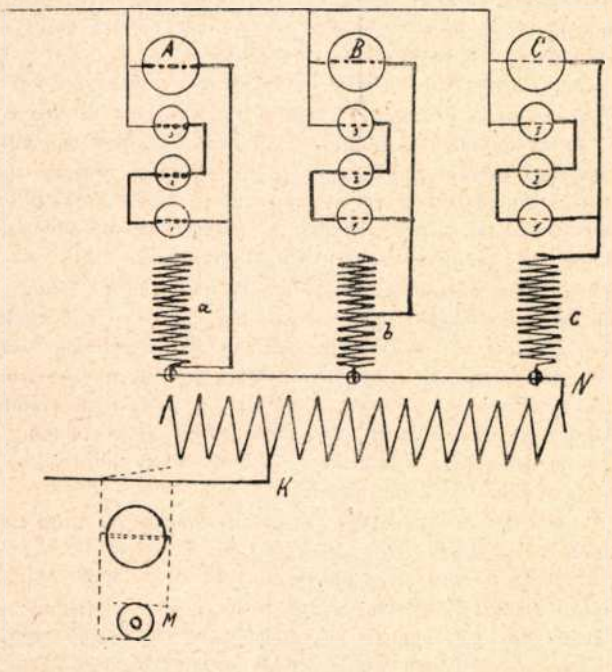
Közlemény a m. kir. gyógypaedagogiai intézetekhez kapcsolt psychologiai laboratoriumból.

Fantom a tudat-energia jelenségeinek demonstrálására.

Szerkesztette és leirja *Ranschburg Pál* dr., idegorvos, a laboratorium vezetője.

(Előzetes közlemény.)

Az ebonitalapzaton izolált készülék a központi világító áramhoz vagy erős telephez kapcsolható villamos áramkört képvisel. Az áram erőssége kis szekrénykében elhelyezett rheostattal (R) szabályozható, mely az ábrán nincs feltüntetve. Az áramkör útja egy ivalakú főellentálláson át 3 egymással párhuzamosan kapcsolt, egyenként körülbelül 10 volt feszültségű lámpán (A, B, C) vezet át. Ezek mindegyikével párhuzamosan 3—3 kisebb lámpácska van az állvány egy-egy ágazatára alkalmazva, ezek sorosan kapcsoltak s hármuk összesen mintegy 10 volt feszültségű. Az *A*, *B* és *C* csoport útjába egy külön csavarható ellentállás, *a*, *b* és *c* van bekapcsolva (alul a kerek tablón). A főellentálláson balról jobbra vezetett *N* hid (az ábrán a szélső jobboldali állásában látható) egyre növeli az újezüstsodrony minden egyes újabb menetelével az ellentállást, mig az ugyanazon alkalmazott második *K* hid az ellentállást minden menettel kisebbiti. (A fantomot Keleti G. budapesti műszerész készitette.)



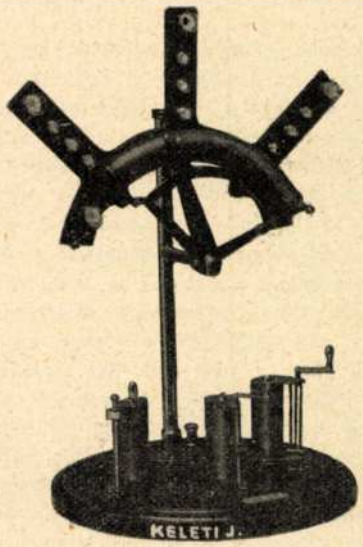
A fontosabb demonstrálható elvek:

1. A psychikai energia, mint lélektani kisérletek alapján bizonyítható, korlátolt. A tudat s még inkább a figyelem mezeje szük. *A psychikus energia megoszlása több egyidejű észrevevés vagy képzet között azok tudatosságának rovására történik.*

Dem.: Bizonyos erősségű áramot véve, a teljesen becsatolt ellentállású A, B és C lámpa egyidejűleg éppen hogy világít. Ha *C*-t kikapcsolom, A és B élesebben világít.

2. *Ha a psychikai energia szellemi és akaratlagos munka között oszlik meg*, e megoszlás megint a két munkafaj rovására történik. (Lehmann ergografos kisérletei).

bekapcsolva, a lámpák élénken világítanak; ha csak a mo
kapcsolva, akkor ez gyorsan, praecise dolgezik. Ha mindk
bekapcsolva, a lámpák gyengébben égnek s a motor is gye
dik. Minél teljesebben fordítjuk az energiát a motoros mun
határozottabb lesz ennek működése.



3. *A psychikai energia mennyiségének ingadozása*, pl. fog
dás, növekvése pihenés folytán az R főrheostat ellentállásána
zásával demonstrálható.

4. A főlámpákat félrecsavarva, a kis lámpacsoportok j
világításba. Ezek jelképezhetik az *érzeteket* vagy részképzet
lámpát helyrecsavarva, a kis lámpák alig láthatóan világítanak
a főlámpának jut. Ez képviseli a *képzetet*. E kisérlettel
érzéki és az értelmi figyelem energiájának azonos természete
strálható.

5. A *gyakorlat* ellentállást kisebbitő hatását, az egyet
nevezem a Bahnungot) első sorban a *K* hid jobbra tolásáva
hetjük, midőn is az *N* hid által képviselt ellentállást egyre
s a lámpák egyre jobban világítanak.

6. Ezen egyengetést kiterjesztjük a collaterális *A*, *B*
lyákra is azok csavaros ellentállásainak fokozatos forgatás
kikapcsolása útján. Felvehető pl., hogy minden csavarmen
métlésnek felel meg s ilyképen az ismétléseknek a tudatossá
hatása demonstrálható a fokozódó világítással. Ez szolgál
az *emlékezés*, a *tanulás* jelenségeinek demonstrálására is.

7. Az *egyes képzetek tudatossági foka függ a reá*
munkától, figyelemtől, ismétlések számától. Az *a*, *b* és *c* ell
különböző mérvben kapcsoljuk, pl. a képen az *a* ellentállás
körülbelül $^2/_3$, a *c*-é teljesen be van kapcsolva, vagyis az *A*
ben, a *B* kevésbé, a *C* alig, s ha gyenge áramot veszünk,
nem fog világítani. *A* tehát, valamint *B* tudatosak, bár külön
ben, *C* nem tudatos, de mennél több munkát fektettünk bel
annál közelebb áll a tudat küszöbéhez. Sőt a tudat ko
állapotában (ha például az *A* lámpát lecsavarjuk s csak *B*
oszlik meg az energia) ez is tudatos (világító) lesz.

8. Az *elfelejtés* a készülékben demonstrálható egyrés
vissza- (balra) tolásával, másrészt az *a*, *b*, *c* ellentállások vi
sával, midőn is a már kikapcsolt ellentállásrészek fokozato
csoltatnak. Újabban a készülék ezt a folyamatot is auton
monstrálja, a mennyiben pl. az *a* ellentállás forgattyújána
csavaráskor, midőn kikapcsoljuk, súlyt emel fel a reá csavar
átvezetett zsinór segélyével. Midőn pedig magára hagyjuk,
tán az ellentállás visszafelé csavarodik s ismét bekapcsolódi
egyre élénkebben világító lámpa egyre halványabban fényli

9. A *psychikai energiának betegség folytán való megfo*
lut vagy relativ *megszűkülése* a *gyakorlatilag kevésbé fontos*
nyilvánul, pl. a hysteriás anaesthesia a bal testfélen. Ha pl.
bekapcsolt ellenállású *B* lámpa a bal, a félig kikapcsolt *A*
gyakorlottabb jobb testfélnek felel meg, úgy gyenge á
mely a megfogyott energiának felel meg, a *B* nem fog vilá
az *A* rendesen világit.

tanácsos.)

Észrevételek a Röntgen-fény jelentőségéről a fehérvérűségnél.

Irta: *Elfer Aladár* dr. tanársegéd.

A Röntgen-fénynek jelentősége a fehérvérűség gyógykezelésében ma már elvitázhatatlan. Az ily módon gyógykezelt esetek száma legfényesebb bizonyíték arra nézve, hogy ezen gyógykezelési eljárás többet jelent eddig követett módszereinknél. Részemről természetesnek vélem, hogy az oly idülten lefolyó megbetegedésnél, a milyen a fehérvérűség, mindinkább emelkednek fel hangok, melyek a Röntgen-fény értékét talán kisebbíteni igyekszenek. Azon érvek hallhatók mindenfelől, hogy a Röntgen-fény behatására a betegséget előidéző momentum befolyásolatlanul marad és ha mutatkozik is javulás, az csak tüneti. Ha ezen állítás jelentőségét közelebbről tekintjük, be kell vallanunk, hogy a Röntgen-fény hatására nem látjuk eltünni a betegséget élőidéző okot, a mit mindenki igazolhat, ki hosszabb időn át észleli a Röntgen-fénynyel gyógykezelt eseteket; de ezzel ellentétben hajlandók vagyunk a betegséget előidéző és fenntartó méreg gyengülését ezen esetekben felvenni. Ezen állításaink felvételére nem azon anyagcsere-vizsgálatok késztetnek bennünket, melyek a Röntgen-fény behatása alatt kiválasztott húgysav és egyéb termékek quantitativ adatainak változását tüntetik fel, hiszen ezek oly kis számúak és részben ellentmondók, hogy a Röntgen-fény sikeres alkalmazását ezen adatokkal ma még nem igen támogathatjuk.

A fehérvérűség az esetek legnagyobb részében idülten lefolyó bántalom, melynek tartama nagyon is függ a betegséget előidéző méreg erősségétől, valamint ezen méreg többe-kevésbbé állandóságától. Hogy mi az a méreg — vagy nevezzük bárminek —, mely ezen rejtélyes kórfolyamatot előidézi, fenntartja, még csak sejtelmünk sincs. A *Löwit*-féle amoebás nézetet alapos kutatók (*Türk*) megdöntötték. Egyéb kórelőzményi adatok sem vehetők fel biztonsággal. Az állatkisérletek — sőt még az emberre való átviteli kisérletek is — cserben hagytak az infectiositás tételének bizonyításánál, és igy a bizonytalanság az, mely a leukaemia tanának e részét jellemzi; pedig a megbetegedés lefolyása, külső formája — egyes tünetek azonos jelenlétében — annyira jellegzetes, hogy szinte húzódozunk azon iránytól, mely az egyes leukaemiás formák között válaszfalat akar emelni. A kórkép elmosódottsága a heveny megbetegedéseknél eléggé ismeretes, de az idültebb alakoknak makacsul jellegzetes azonos formája nem látszik összhangban lenni az aetiologiai különbözőséggel. Pedig épen a Röntgen-fénynek mint therapiai ágensnek bevezetése a fehérvérűség gyógytanába vezetett ama nézet részbeni megerősítésére, mely szerint az egyes leukaemiás alakok aetiologiailag különbözők volnának. Mert hát mi adná meg egyébként a magyarázatát ama körülménynek, hogy a lymphocytás fehérvérűségnek a Röntgen-fénynyel való befolyásolhatósága jóval kedvezőtlenebb, mint a myelocytás formáé; mi sem közelebb fekvő, mint hogy a heveny leukaemiáknál látható kedvezőtlen eredményt az aetiologiai különbözőségben keressük. De még azon fehérvérűség eseteket is ha tekintjük, melyek külső formájukban, egyes szervek elváltozásaiban a haemocytologiás elemzésben annyira egyöntetű adatokat szolgáltattak, hogy eddigelé azonos csoportba tartozóknak véltük őket: a Röntgen-fénynyel szemben való esetleges befolyásolhatatlanságuk miatt nem tekintjük annyira idegennek azon feltevést sem, mely ennek okát az előidéző kórcsira különböző természetében keresi. Annál is inkább, mivel ezen esetekben esetleg még arra sem hivatkozhatunk, hogy ezen leukaemiás megbetegedés oly későn került a Röntgen-fény behatása alá, hogy az ekkor már fennálló szervi elváltozások többé nem módosithatók. Saját tapasztalásaim késztetnek arra a feltevésre, hogy még az idült myelocytás leukaemiás megbetegedéseknél is említhetjük az aetiologiai különbözőséget. A heveny fehérvérűség már régóta a klinikai megfigyelés alapján sepsises megbetegedés benyomását keltette az észlelőben; itt eddigelé a Röntgen-fény behatása újabb nézőpontok felállításához még nem vezethetett egyrészt a kóralak nagy ritkasága, másrészt pedig az eddigiekben észlelt kedvezőtlen tapasztalatok miatt. Egyetlen, legalább látszólag hevenyen — magas hőemelkedés kiséretében — fellépő esetünknél, melynél a myelocytás vérkép oly erythrocytás alakkal párosult, hogy bátran alkalmazhattuk reá a leukanaemia nek. Hogy egyéb ily heveny myelocytás formáknál is ily gyors eredményhez vezethet a Röntgen-fény alkalmazása, az tartandó fenn.

De nemcsak az aetiologia különbözőségének felvételé meg a Röntgen-fény alkalmazása a fehérvérűségnél, hanem irányú támpontokat adott azoknak is, kik ezen betegségnél szervek activ vagy passiv szerepe mellett törtek pálczát; hog egyebet ne említsek, az *Ehrlich* által hangoztatott ama néz leukaemiáknál a lép activ szerepét részben tagadja — és ig aemia lienalis nevet el is veti — ama körülmény miatt, hog lenül a lép által absorbeált Röntgen-fény mellett épen úgy, előnyösebben láthatjuk a betegség kedvező irányulását, mi a csontvelő izgatásánál, sokakat azon álláspontra késztetett (*Po* hogy a lép szerepe activ. Ily értelemben tehát pl. a myelocy vérűségnél a lépben autochthon metaplasiás hyperplasia ered az elváltozást. Nézetem szerint, mint az az alábbiakból ki is ve gondolnám ezen tétel érvenyességét oly határozottsággal elfoga Nézzük röviden, mint gondoljuk a Röntgen-fény hatását létr fehérvérűségnél.

Heinecke vizsgálatai feltétlenül igazolják a Röntge elective pusztító hatását a mirigy-, lép-, velő sejtalakelemeir csak természetes volna ezek szerint, hogy bizonyos idő ut pheriás véráram sejtjei megkevesbednek, eleintén a feh de huzamosabb Röntgen-fény behatás után a pirosvértes *Helber* és *Linser* a Röntgen-fény alkalmazása mellett inkább a peripheriás vér sejtalakelemeinek elődleges pusztulását fel e mellett — a nélkül, hogy a különböző állatfajoknak a Röntge szemben való quantitativ különbségére kitérnének — kisérleti ják az ily módon kezelt állatok vérsavójának leukotoxikus tét, a mely a fehérvérsejtek termékeinek eredménye volna; leti adatokat említenek arra nézve is, hogy bizonyos m Röntgen-fény behatása után ezen leukotoxinokkal szemben lépne fel. Ezeket a vizsgálatokat épvérű állatokon (patkány kutya) végezték. *Grawitz* már régebben említi a Röntgen-fén alatt fellépő leukolytikus folyamatot. Saját tapasztalásaink n rendelkezésünkre, hacsak egy leukanaemiás betegünknél 2 tartó, másfél meter távolból történt diffus Röntgen-besugáro nyert eredményt nem tekintjük ilyennek, a midőn 10 nap alatt sejtek száma 232,000-ről 10,000-re szállott le mm^3-ként. Ezen a használható volna a Röntgen-fénynek peripheriás leukolytikus mellett, ha az egyidejűleg fennálló magas hőemelkedés nem tünk, melynek szerepe a fehérvérűség remissioinál eléggé *(Körmöczi)*. Az idült fehérvérűségnél a lázas folyamatokkal tosan mutatkozó látszólagos remissiók nézetem szerint kivé előfordulhatnak; azonban előfordulnak remissiók lázas hiánya mellett is therapiai beavatkozások nélkül. Azt pedi Röntgen-fény alkalmazása előtti időszakban szinte specifikus tett arsen alkalmazása mellett mindennapi volt a remissio, leges is említenem. Az 1905. évi belgyógyászati congressu említi az arsennel elért fényes sikereit, de mióta a haema szerveknek egy alkalommal való kimerültét látta fellép arsennek huzamosabb alkalmazása mellett, ezen idő óta huzamos arsenkezeléstől tartózkodik.

A lázas actiokra jelentkező remissiók rendesen az általá súlyosbodásával járnak, úgy hogy sokszor a véget, t. i. poëtikus szervek functioképtelenségét jelentik. Mint fen említettük, észlelhetünk remissiokat a hygienés és diaetás igénybevételekor is, azonban mindezek, mint az eddigi ta átlaga jelzi, csak mint igen ritka kivételek szerepelnek. Az oly betegnél, kinek erősebb testi munkát kell végezni és kedvezőtlen körülmények között él, az ilyen betegnél bizony még a szok is viharosabb képben jelentkezik, nemhogy remissiokat ezeknél azután az arsen adagolása sem fejti ki azt az erél mint a melyet egyéb leukaemiás betegeknél láthatunk. Huzamo adagolás pedig mindig erősen megfontolandó. Ezzel ellen láthatunk a Röntgen-fénynek a leukaemiás szervezetbe való sánál? Ha egy középsúlyos, eléggé előrehaladott, körülbel év óta leukaemiás betegről van szó, kinél lép-, esetleg mirigy nagyobbodások, erős csontfájdalmak, szemfenéki vérzés, hőemelkedés, kisfokú albuminuria és a mit legelőbb ke

fénynyel a megfelelő módon óvatos kezelés után a következőket láthatjuk: Elég gyorsan eltünnek a csontfájdalmak, kisebbednek a Röntgen-fénynek közvetlenül kitett szervek, a hőemelkedések hasonlóképen, eltünik a szemfenéki vérzés, majd a fehérvérsejtek száma is kezd csökenni, még pedig tapasztalásaim szerint egy bizonyos kezdeti, nagyon is enyhe csökkenés után meglehetősen gyorsan. A fehérvérsejtek ezen viselkedését különösen az első alkalommal bevezetett Röntgen-fény therapiánál észlelhetjük. A midőn a fehérvérsejtek így számbelileg csökkentek, a beteg lényegesen erősebb lesz, étvágya feltünően megjavul, a vérkeringési viszonyok rendeződnek, az albuminuria sokszor eltünik és a mi fontos, a betegek súlyban gyarapodnak. A keringő vérben a pirosvértestek a fehérsejtek fogyásával lassanként szaporodni kezdenek és a midőn az átlagos Röntgen-periodus véget ér — a mi körülbelül négy hetet igényel, átlagos napi 10—15 percznyi Röntgen-expositio tartam mellett — a 10—30,000 peripheriás fehérvérsejtszám mellett a betegek átlag 4—5 kgm.-ot gyarapodnak súlyban, daczára az elég tetemes léptartalom-veszteségnek. A mintegy hat hétre terjedő nyugalmi szak alatt a pirosvértestecsek peripheriás száma jelentékenyen megnövekszik. Természetes, hogy ezen elváltozásokat egyéb therapiai segédeszközök igénybevétele nélkül látjuk fellépni és a mit hangsúlyozni kívánok, az idült myelocytás leukaemiás betegeknél majdnem szabály szerint. Az egyéb természetű leukaemiás megbetegedésekről kevés tapasztalatom miatt nem szólok.

Tehát a míg a lázas statusokat követő, vagy az egyéb okok kimutatása híjján önként beálló remissiók átlag kivételek, addig a Röntgen-fény alkalmazása melletti remissiokat majdnem szabálynak állíthatjuk fel, sőt néha-néha csaknem intermissiokról szólhatnánk. Az, hogy a haemocytologiás kép a Röntgen-fény hatásának tetőfokán is tüntet fel pathologiás — nem élettani visszonyok között functionáló — sejtformákat, az, hogy a remissiók nem túlhosszantartók, ama körülmény, hogy még a legkedvezőbben befolyásolható leukaemiás eseteknél is ismételt Röntgen-fény bejuttatásra vagyunk utalva, csak megerősitője annak, hogy a leukaemiás állapotot fenntartó okot a Röntgen-fény meg nem semmisiti, hanem csak a termékeit teszi tönkre, esetleg magát a fenntartó okot is gyengiti.

A *Rosenbach* által hangoztatott elméleti fejtegetéseket részben a tények döntik le. Igy pl. a Röntgen-fény behatása alatt keletkező peripheriás fehérvérsejtszámcsökkenést relativnak tüntetni fel mai tapasztalataink alapján nem lehet. Egyrészt *Helber* és *Linser* ugyanily körülmények között a szív vérében is kevés fehérvérsejtet kaptak, de azonkivül egyéb szervekben is, s ettől eltekintve, hogy egyebet ne emlitsek, pl. egy hatalmas pneumoniás izzadmánynál, a mely ha esetleg még egyéb genyedéssel is párosul, miért kapunk a peripherián fehérvérsejttöbbletet? Az ily pneumoniás sejtcsoportosulás mindenesetre túlhaladja az esetleg a bőrre szoritkozó fehérvérsejtfelhalmozódást.

Tagadhatatlan, hogy a Röntgen-fény a leukaemiás fehérvérsejttöbbletet elpusztitja és kisebbiti a leukaemiás szervi megnagyobbodásokat. Ezek tudvalevőleg a mélyebbre hatoló Röntgen-fény eredményei, a mi mellett természetesen számba kell vennünk nemcsak a vér által elnyelt Röntgen-fény minőségét, hanem annak quantitativ mértéket is. Az ú. n. Röntgen-szövődmények a leukaemiás betegeknél egyrészt a felületen megmaradó, gyorsan absorbeált fénysugarak, másrészt a kellő helyen, de esetleg nagyobb mértékben roncsoló hatást kifejtő sugarak eredményei; ebből következik, hogy egyrészt főként a secundaer és a felületen megkötött fénysugarak hatását kell csökkentenünk, másrészt pedig a mélyrehatoló Röntgen-fény adagolását kell a kellő módon megválasztanunk. Előbbit, mint mindenki előtt ismeretes, az által igyekszünk elérni, hogy egyrészt a Röntgen-fényt lehetőleg távolból juttatjuk be a szervezetbe, másrészt pedig a Röntgen-fénynek kitett területeket staniol-lemezzel, vagy egyszerű selyempapirral védjük, hogy ez által a könnyebben absorbeáló fénysugarakat elnyelessük.

A test többi területeinek védését talán felesleges is erősebben hangoztatnom, annyira közismert tény. A kellemetlen tünetek, az esetleges Röntgen-fekély elkerülése mindenesetre nagy előny, de tekintve a betegségnek egyébként való befolyásolhatatlanságát, e tüneteket nem tekintjük végzetes szerencsétlenségnek; azonban a vér által absorbeált fénysugarak nem kivánt fokozott caustikus hatása már jóval fontosabb elbirálás alá esik, mivel ezáltal a vérképző szervek functióképességét annyira bénithatjuk, hogy így az igazi aplasiát láthatjuk

seink alapján is, hogy t. i. a Röntgen-fénysugaraknak, mint anyagnak alkalmazásánál lehetőleg kicsi adagokkal dolgozzunk a teljesen pontos adagolás jelenleg még nem áll hatalmunkban.

Az által, hogy a Röntgen-fény alkalmazása a leukaem betegedések gyógykezelésében elsőrangú szerepet nyert, kétsz tosságú lett ezen betegség korai felismerése, hogy így min alkalmazhassuk a fenti gyógytényezőt.

Irodalom.

Körmöczi: Az infectiosus megbetegedések hatása a leu Orvosi Hetilap 1899. 51. sz.

A. Wolff: Über aplastische lymphatische Leukämie u Stillstand (Remission) bei Leukämie. Berl. klin. Woch. 1905. 2

Linser u. *Heller*: Experimentelle Untersuchungen über wirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen Einwirkung von Radium und ultraviolettem Lichte. Deutsch. klin. Med. 1905. LXXXIII. köt. 5. és 6. füz.

Rosenbach: Bemerkungen über die Behandlung der Leuk Röntgenstrahlen. Münch. Med. Woch. 1905. 22. sz.

Emléksorok az 50 éves Orvosi Hetilapna

Az 50 éves Orvosi Hetilap érdemeinek felsorolása vállalkozás. Mindegyikünk, a kit illet, jól tudja, hogy a orvosi tudomány fejlődésének, haladásának mindenkoron h De nekünk magyar szülészeknek több, nekünk drága e avatta a mult század legkiválóbb orvostudományi vívmán

A gőz és villamosság századában az orvosi búvárl magyar föld nemzette üstökös ragyogott fel. A törpe színvak elfogultság csikós-ostornak látta Valójában azonb döklő üstökös volt, a mely egyenesen Bethlehembe vezete a Bethlehembe, a hol a szülőnök megváltása született me a megváltást hozta, az emberiség jótevőinek közös ká élte át: a megváltás nagy művének áldozata lett . . . weis kidőlt a küzdelemben és csak látnoki szemmel él — legboldogabb óráiban — nagy művének egykoron jutását . . . Azóta „testté lőn az Ige és mibennünk és izzó napként árasztja szebben, mint az Alkotója álmaiban látta, a világosság, a melegség és boldogság ál egész földtekére. Nemzetek mennek, nemzetek jönnek, n föld, de áll a nap időtlen időkig!

„Az Orvosi Hetilapnak jutott azon szerencse, — i kusovszky — hogy Semmelweist a gyermekágyi lázróli t latainak első önálló közzétételére birja.“ Az Orvosi Hetila évi folyamát ékesiti Semmelweis világhódító tana.

Ezért olyan értékes nekünk az Orvosi Hetilap, hog nek hirdette a puerperium evangeliumát magának a lanná lett mesternek a tollából.

És ime — habent sua fata — hogy az associa szembeszököbb legyen, ismét az Orvosi Hetilapnak jut rencse, hogy ritka ünnepét ugyanabban az esztendőben ü a mikor halhatatlan munkatársának az egész világ készül leróni nagy ünnepség keretében!

Készséggel és kegyelettel hajtjuk meg legbensőbb sünk zászlaját az ünneplő Orvosi Hetilap előtt. Ad multos

Szeged, 1905. november 19.

Mann Jakab
kir. tanácsos,
a szegedi m. kir. báb
igazgató-tanára.

Irta: *Szegedy-Maszák Elemér dr.*

A korunkat mozgató eszmék egyik leghatalmasabbja: a szűkölködő társadalmi osztályokhoz tartozók sorsának javítására irányuló törekvés, a szegény ember életének minden téren való könnyebbé tétele, a szegény ember védelme. Emberbarátok, nemzetgazdák, állambölcsek, törvényhozó testületek egyaránt vallják és elismerik, hogy e czél megoldása az összesség segítőkeze, tervszerű együttműködése nélkül csupán egyes esetekre korlátolva terjedhet ki s nagyobb jelentőségre nem vergődhetik. A munkásvédelmet tehát, mely a múlt század legifjabb vívmánya, minden kultúr-állam felkarolta. Emberbaráti intézmények minden ország társadalmában szaporodnak, egyes emberbarátok, testületek, hatóságok által létesítve s az államhatalom is több-kevesebb részt vesz az épités munkájában. Az intézmények természetszerüleg különbözők az egyes államok műveltségi és gazdasági viszonyai szerint.

A munkásembernek a két keze épsége a fenntartója, az egészsége a kenyere. A beteg ember nem keres, sőt ellenkezőleg emészti anyagi erejét s vagy fogyasztja félretett filléreit, vagy — a mi még nagyobb baj — előre elkölti azt, a mit csak ezután fog megkeresni, míg az egészséges munkás, ha csak rendkívüli rossz közgazdasági viszonyok folytán nem ölt nagyobb mérveket a munkahiány, megkeresi a maga és övéi kenyerét. A munkásembernek tehát minden körülmények között legnélkülözhetetlenebb vagyona az egészsége. Kétségtelen dolog is, hogy a munkásvédelemnek a munkás testi épségének és egészségének védelménél kell kezdődnie.

A munkás egészségének kétségkívül legfőbb ellensége a gümőkór. Ennek a tudatnak, ennek a vezéreszmének kell áthatnia, sőt bizonyos mértékig meg kellene előznie minden munkásvédelmi intézkedésünket, minden ily irányú közhatósági és társadalmi tevékenységünket, mert a magára hagyott tüdőbeteg munkás és családja maga a nyomor s a züllés.

A munkásvédelem tehát nem lehet teljes a munkásoknak a tüdővészszel szemben való védelme és a munkásokról való gondoskodás nélkül. Ez azonban óriási feladat s minden irányban egyforma gyorsasággal keresztül nem vihető. Hogy a sanatoriumok kiváló fontosságuak, az nem tagadható, mert egyesítik magukban a természetnek azokat a gyógytényezőit, a melyek együttvéve képezik a tüdővész s általában a gümőkóros bántalmak orvosszerét. De a sanatorium felette drága intézmény, igen költséges a létesítése is, a fenntartása is s a mely sanatorium anyagi zavarokkal küzd s megélhetése és szabatos működése nem biztosított, az aligha fog tökéletesen megfelelni czéljának és rendeltetésének.

Hazánkban évenkint átlag 60—70.000 ember pusztul el gümőkórban s a betegek száma ennek a számnak mintegy 6—7-szeresére tehető; ezzel az óriási számmal szemben egyetlen sanatoriumunk egy csepp a tengerben s sajnos, még sokáig csak »egy csepp« fog maradni. 1—2 sanatorium talán még fog létesülni a közelebbi jövőben, többre azonban hosszú időre nincs kilátásunk. Már pedig az a körülmény, hogy a jövőben 2—3 sanatoriumunk lesz, a melyekbe jórészt fizető betegeket vesznek fel, számbavehető eredményül nem tekinthető.

A sanatorium-alapítás eddig még csak két országban fejlődött számottevő magaslatra; de Angliában — tudjuk — százados multra, egy évszázad czéltudatos, fáradhatatlan tevékenységére tekint vissza s a dúsgazdag angol társadalom páratlanul bőkezű áldozatkészségének köszönheti nagy sikerét. Németországban pedig a közel másfélszáz sanatorium megteremtése egyfelől része annak a példátlanul gyors fellendülésnek, melyet egy szerencsés háború folytán szerzett milliárdok beözönlésével az új német birodalom a fejlődés és haladás minden terén felmutatni szerencsés lehetett, de másfelől a sanatoriumoknak gyors egymásutánban való létesítését — tudjuk — még egy másik korszakalkotó tényező: a német munkásbiztosításnak valóban csodálatra méltóan megfogalmazott és megteremtett — s hozzátehetjük — fényesen bevált szervezete eredményezte.

is kivánatos, hogy a tüdőbetegek eláraszszák az eg felvételére szolgáló kórházakat. De az is bizonyos, hazánkban, mostoha közviszonyaink folytán a leh közé tartozik az ilyenek létesítésére szükséges pénzö teremtése. A munkásosztály egészségének védelme teli, hogy a tüdővész pusztításai ellen védelmet nyú mára.

Az az eszme, a melylyel *Calmette*, lille-i egyete 1901-iki londoni tuberculosis-kongresszuson lépett czélra megfelelőnek igérkezik. Calmette azt javasolta den ipari városban olyan rendelőintézetet kell létesít czélja és feladata a szűkölködő tüdőbeteg munkásokn ségvédő ismeretekben való nevelése és egészségük való támogatása. A tüdőbetegrendelő ott veszi fel a tüdővészszel, a hol erre a legnagyobb szükség va munkások ezrei által sűrün lakott városrészekben, otthonában s óvja nemcsak a munkást magát, hanen nyezetét is s nagy előnye a sanatorium fölött az, hog kevés költséggel, tehát rövid idő alatt létesíthető. A rendelő felfedezi, magához vonzza a beteget, a mit a között terjesztett propagandájával eszközöl, a tüdől gyítja s oktatja, hogyan kell élniök, hogy meggyóg családjaik fertőzését elkerüljék.

Az eddigi tapasztalatok szerint a beteg munká tól sereglenek a rendelő-intézetbe, a melynek haszn séről csakhamar meggyőződnek, s olyan betegek, a ki nem is sejtik, hogy *már* tüdőbetegek, nem egyszer déssel fordulnak a rendelő orvoshoz, hogy hogyan el a tüdővészt, a melytől mindannyian rettegnek s íg get már betegségének korai időszakában gondjaiba v zet. Eljönnek természetesen azok is, a kik már tudják betegek, már munkaképtelenek s a jótékonyságra ők is, családjok is. Kétségbeesve kopogtatnak segíts

A tüdőbetegek rendelő-intézete mindazt megsz munkásnak, a mire feltétlenül szüksége van egészség résére s felvilágosítja őt az egészség fenntartásának, sége megóvásának követelményeiről, különösen a tes tisztántartásának módjáról és fontosságáról.

Mindent összefoglalva, a rendelő intézet abb meg nem becsülhető helyzetbe juttatja a szűkölködő kást, hogy állandó orvosi felügyelete és támogatása nem csak őt, hanem családját, környezetét is. A tüdőb tehát nemcsak gyógyítóintézet, hanem nagy szocziá a munkásosztály egészségi viszonyainak javításáv jólétének emelését czélozza és szolgálja, egy fonto tehát az általános tüdővészellenes védekezésben és védelemben s a kettő között egyaránt.

Francziaországban és Belgiumban már számos van működésben s sikerrel felelnek meg feladatuk

Budapesten *Müller* Kálmán kezdeményezésé tásban volt egy tüdőbeteg-rendelő megalapítása, saj hogy a székes-főváros tanácsa, a helyett, hogy elősegí annak létesítését s mindenben kezére járt volna intézmény megteremtésének, azáltal, hogy a kért h gedését megtagadta, egyelőre elodázta — habár tán is — az eszme megtestesítését, nagy kárára a közn

A tuberculosisnak a munkásnépesség közt való elterjedése nemcsak a nép baja, baja az a társada rétegének s kára minden egyes tagjának, mert senki betegség elől elzárkózni. A ki tehát a munkást védi a az védi magát és hozzátartozóit is. Ott kell orvosol a hol a csirája van, s a munkásvédelem, ha felveszi tuberculosissal, a társadalomnak nemcsak egy os rétegét védi, hanem védi egyuttal az ország egész s viszont a tüdővészellenes küzdelem sem várhat je ha programmjába fel nem veszi a munkásvédelmet

E kettő kiegészíti egymást s a humanismus j letett századunknak ezt teljes mértékben fel kell nyájunk érdekében.

fajhoz tartoznak-e vagy sem?

Irta: *Preisz Hugó dr.*, főiskolai tanár.

Bárminemű parasitismus élő szervezeteknek egymáshoz való olyan viszonya, a mely kétségkívül csak az idők folyamán fejlődött ki, előbb teljesen független élő lények között. Valamint fel nem tehető az, hogy pl. a trichina, a galandféreg mindig csak állatokban élősködött, úgy a mint azt ma látjuk, épúgy nem szenved kétséget, hogy az ember és állatok testében élősködő mikrobák, nevezetesen a bakteriumok, csak az idők folyamán alkalmazkodtak eme parasita életmódhoz a különböző állatok testében. Idővel azonban ezen alkalmazkodás némely mikrobánál annyira haladt, hogy azok nem csak az ember és állat a külvilággal közlekedő testüreinek (száj-orrür, gyomor, bél) ártalmatlan lakói maradtak, hanem képesekké váltak a gazda-állat sejtjeivel harczra is kelni, annak szöveteibe befurakodni s ez által annak megbetegedését és halálát is okozni. Már nem egy olyan bakteriumfajt ismerünk, a mely embernek vagy állatnak rendes és közömbös parasitája ugyan, de a mely virulentiája emelkedése folytán a gazda-szervezetre a legnagyobb mértékben vészessé válhatik. Például utalok a streptococcusokra, a staphylococcusokra, a diplococcus lanceolatusra (= pneumococcus), a bacterium coli-ra, a melyek tudvalevőleg egészséges emberekben rendesen élősködnek, de a melyek alkalomadtán sulyos megbetegedések okozóivá is lehetnek. Hasonló példákat lelünk az állatok pathologiájában is.

A hosszas együttélés folyamán ezen mikrobák életfeltételei akként alakultak, hogy nemcsak a gazda testére nézve közömbös módon megélni, de sőt annak szöveteibe, vérébe behatolni és ott is élni és szaporodni tudnak ; a virulentia fokozódása, vagy a gazda-szervezet ellentálló képességének valamely okból való csökkenése ily közömbös parasitát pathogen csirává léptet elő. Alig tévedünk, ha felveszszük, hogy ilyen módon az idők folyamán mindig más és más mikróbák képesek az ember vagy állat szervezetéhez alkalmazkodni és hogy ily módon uj pathogen fajok és varietások fognak kialakulhatni.

Minél tovább élősködik valamely mikróba-faj valamely állati szervezetben, annál jobb alkalma van arra, hogy biologiai tulajdonságai módosuljanak és annál inkább fog elütni a természetben szabadon élő fajrokonaitól ; sőt idővel az eltérés oly fokúvá válhatik, hogy a parasitát a maga jellemző tulajdonságaival a gazda-állaton kívül már fel sem találjuk, de nem azért, mintha a szabad természetben kihalt volna, hanem azért, mivel jellegei a parasita életmód következtében módosultak.

Ez a felfogás legjogosultabb olyan pathogen csirákkal szemben, a melyek ez idő szerint a szabad természetben (mint saprophyták) élni már képtelenek és a melyek kimutathatólag már évszázadok és évezredek óta csakis az ember és állatok szöveteiben élősködnek.

Ilyen mikroba a gümőkór bacillusa. Ha igaz az, hogy ez a bacillus mint saprophyta nem létezik, akkor annak ősét valamely olyan bacillusban kell keresnünk, a mely talán még ma is létezik, és a mely a gümőbacillus pathogen tulajdonságait csak az állati szervezetben szerezte meg ; szigoruan vett kórnemző parasitává lett, miután az állati szervezetben oly életmódhoz szokott, a melyet a gazda testén kivül meg nem talál. Alárendelt jelentőségű az a kérdés, vajjon a bacillusnak ez az átalakulása csak egyetlen egy vagy pedig több állatfajban ment-e végbe ; mert a mint ezen bacillus csak egy állatfajra is pathogenné vált, más állatok szervezetéhez már könnyű volt alkalmazkodnia.

Ha a természetrajz semmi más lények variálására utaló példát sem mutatna, úgy mindaz, a mit ma a gümőbacillusról és annak különböző féleségeiről tudunk, már egymagában is annak az elismerésére kényszerítene, hogy az ember és a különböző állatok gümőkórjának okozói csak egyetlen mikrobafajnak a változatai, varietásai. A mikrobiologiának még fiatal tudománya már elég példát szolgáltat arra, hogy a bakteriumok aránylag rövid idő alatt élettani tulajdonságaikat lényegesen megváltoztathatják. A lépfene bacillusa pl. virulentiáját, valamint spóratermelő képességét néhány hét alatt elveszítheti ; a tetanus bacillusa évekig tartó a szines anyag képződése a legtágabb határok között ingado vagy el is maradhat.

Mennyivel több alkalma van és illetve volt tulajdonsá variálására a gümőbacillusnak, a mely a különböző álla évszázadok során és számtalan generatiókon át tovább él.

Nagyon jól tudjuk ma, hogy az ember és a különböz fajok szövetei és nedvei mennyire eltérőleg hathatnak ugyanarra a mikrobára és valóban különösnek kellene tal ha egy bizonyos mikroba-faj, minő pl. a gümőbacillus, n vedett volna bizonyos, többé-kevésbbé lényeges módosu a szerint, a mint a generatiók ezrein és millióin keresztül em vagy szarvasmarhában, vagy pedig valamely szárnyasb

A különböző származású gümőbacillusoknak ily sze ból való elbirálása az egyedüli, amely a meglévő nag adatokat nehézség nélkül értelmezni képes, és a me mészetszerűen tárgytalanná teszi azt a vitát, vajjon az tuberculosis bacillusa azonos-e az állatok gümőbacillusáva sem ; mert ebből a szempontból tekintve, össze lehet egy az adatokat, akár az azonosság mellett, akár pedig a szóljanak is azok. Más szempontból tekintve, a kül eredésű gümőbacillusok azonos vagy nem azonos voltának nem is tisztázható, a gümőbacillusok tulajdonságainak tapasztalható ingadozásai pedig meg sem érthetők.

Valamennyi gümőbacillusok, bárhonnan származza bizonyos közös tulajdonságokat árulnak el, a melyek már ban véve is ezen bacillusok közös eredetére, azaz egyetle származási törzsre utalnak. Valamennyien savállóak, lassa kednek úgy az állati testben, mint mesterséges tápanyag tenyészeteik egymáshoz többé-kevésbbé hasonlítanak. A pa hatás lényege valamennyinél azonos, t. i. a bacillus lassú gyakorol a sejtre, a melybe behatolt, miből a sejtmag és kóros oszlása és a gümő kifejlődése következik, melyet lesajtosodás és sokszor elmeszesedés követ. Azok a külön a melyek az ember és a különféle állatok gümőkóros elvált nak anatomiai megjelenésében mutatkoznak, sokkal inl különböző állatok szöveteinek alkati különbségére veze vissza, mint a bacillusok eltérő kórhatására. Nem kevéssé b a különböző származású gümőbacillusok közös eredete mell tény, hogy valamennyien termelik azt a specifikus anyagot, tuberculin neve alatt ismerünk.

Mindazok a tapasztalatok, a melyeket az utóbbi é mindenfelé szereztek, hogy a különböző tuberculosisok vagy eltérő voltának kérdését tisztázhassák, kivétel né különböző gümőbacillusok nagyon közeli rokonsága mellet nyítanak.

Egészségügyi szempontból legfontosabb az a kérdés, az ember és a szarvasmarha gümőkórja egymással az gyakorlati szempontból ez a kérdés a következő kettőre 1. A marha virusa fertőzhet-e embert ? 2. Az embe fertőz-e marhát ? Az első közegészségi, a második állateg ügyi jelentőségű. Kísérletes megoldásra természetesen utóbbi kérdés alkalmas.

Az idevonatkozó kísérletek és tapasztalatok lényege foglalható össze, hogy emberi gümős virussal szarvas ugyan gyakran nem sikerül fertőzni, de nem ritkán az gümőbacillus szarvasmarhában is teljesen olyan tuber létesített, mint a marhából származó bacillus. Egyéb l állatokkal szemben általában a bovinus gümőbacillus virul nek bizonyult, mint az emberi.

A főkülönbség a kétféle gümős virus között egybe tapasztalatok szerint abban rejlenék, hogy a marhából mazó erősebb az emberinél. Ez a különbség azonban nem á *Arloing* pl. két olyan emberi bacillus-törzszsel kísérl a melyek marhára épp annyira virulensek voltak, mint a l lensebb bovinus gümőbacillus ; *De Jong* pedig emberből kit tett gümőbacillussal borjuban általános, a gyöngykórtól sem különböző tuberculosist tudott előidézni, és pedig bőr alá való oltással is. Hasonló értelmű és eredményű teket végeztek számosan, részben még a gümőbacillus zése előtti időben.

telen jele annak, hogy az emberi gümőbacillus virulentiája nem mindíg azonos, azaz, hogy a különböző gümőkóros emberekből származó gümőbacillus pathogen tulajdonságai nem mindíg egyformák.

A dualismus hívei felteszik, hogy a virulens jellegű emberi gümőbacillus eredetileg marhából jutott emberbe *(Koch, Fibiger* és *Jensen)*, tehát tulajdonképen bovinus bacillus. Minthogy pedig az emberi gümőkóros fertőzések bizonyos részét kétségkívül bovinus virus által okozottnak kell tekintenünk, ennélfogva ama feltevésnek megvan a maga jogosultsága annál is inkább, mivel arra utaló észlelések is léteznek, hogy az emberbe jutott bovinus virus megtarthatja nagyobbfokú virulentiáját. Igy pl. *Spronck* és *Hoefnagel* egy lebőröző munkásnak könyökhajlati nyirokmirigyével borjuban általános tuberculosist létesített; az illető munkás két évvel előbb gümőkóros tehén lebőrözésekor ujján megsérült és fertőződött.

Az emberi tuberculosis egyes eseteinek bovinus eredete azonban nem fejti meg azokat az ingadozásokat és különbségeket, a melyeket az emberből vett különböző törzsek között mindennap észlelhetn, és még kevésbbé fejtheti meg azokat a módosulásokat, a melyeket a gümőbacillus úgyszólva már kezeink között, sorozatos állatkísérlet folyamán, tehát aránylag rövid idő alatt is elszenvedhet. Igy pl. az emberi bacillus virulentiája fokozódhatik, ha marha vagy más állat szervezetén át vezettük *(Ravenel, Karlinski)*; *Behring* egy emberi törzset marhára nézve igen virulenssé tett azáltal, hogy különböző állatfajokon átoltogatta. Az angol gümőkór-commissio jelenti, hogy az általa vizsgált emberi gümőbacillusok nem kis része marhában acut, kiterjedt megbetegedést okozott, és hogy egyes emberi törzsek állatokon való átoltogatás után marhában épp oly virulenseknek bizonyultak, mint a gyöngykór (azaz a szarvasmarha) bacillusa. Egyuttal kiemeli ezen commissio, hogy a virulentiától eltekintve, az emberi és bovinus gümőbacillus között egyéb megkülönböztető jeleket nem észlelt.

Másrészt a bovinus virus sem mutatkozik mindig egyenlően erősnek. *Kossel, Weber* és *Heuss* marhából származó öt törzs között találtak olyant, a mely marhának bőre alá oltva nem okozott általános tuberculosist, hanem csupán a szomszédos mirigyben megbetegedést. *Preisz* két borjut két ízben étetett gümőkóros marhaszervekkel, majd 12-féle törzsnek tenyészeteivel, végre 6-féle bovinus törzsnek tenyészeteit a nyaki venába fecskendette e két állatnak; ezen túlzott fertőzési kísérletek daczára három hónap mulva az egyik borjuban csak az egyik hörgmelléki mirigy, a másikban csak az egyik tonsilla, továbbá a garat mögötti és néhány fodorbeli nyirokmirigy bizonyult gümőkórosnak.

Kossel, Weber és *Heuss* összehasonlító vizsgálataik alapján a következő conclusióra jutnak: »Megvan e szerint állapítva, hogy az emberi tuberculosis-eseteknek túlnyomó részében oly gümőbacillusok találtatnak, a melyek a szarvasmarha gyöngykórjának bacillusaitól alak, tenyészés és pathogen képesség tekintetében különböznek; másrészt azonban az ember gümős szerveiben kivételesen oly gümőbacillusok is találtatnak, a melyeket alak, tenyészés és kórnemző hatás tekintetében a szarvasmarha gyöngykórjának csiráitól nem lehet megkülönböztetni.«

Ez a conclusió nagyon helyesen foglalja össze mindazoknak a vizsgálatoknak az eredményét, a melyeket a kétféle gümőkór azonos vagy nem azonos voltának felderítése végett főleg az utóbbi néhány év alatt végeztek; és bátran állíthatni, hogy bővebb felvilágosítást további kisérletektől sem várhatunk, mert a kérdés megoldása már elég világosan áll előttünk.

Ha tehát azt kérdezzük, vajjon az ember és a szarvasmarha gümőbacillusa azonos-e, akkor nem felelhetünk másként, mint azzal, hogy a kétféle származású gümőbacillus ugyan nem azonos, de hogy mindkettő egyetlen egy őstörzsnek az idők folyamán kialakult varietása. Egyrészt az emberi, másrészt a bovinus gümőbacillusnak megvannak a maga typikus képviselői; ezen kétféle typus között vannak tagadhatatlanul bizonyos különbségek, a melyek miatt a dualisták a két gümőbacillust kezdetben két külön fajnak is tekintették és a melyek alapján a gya-

dítva. Mindamellett az a tapasztalati tény, hogy ezek között átmeneti alakok léteznek, nemkülönben az a hogy ezen typusok kisérletezéseink között is telenül elváltozhatnak: megfosztja a dualista tant

Biztos módját ismerjük annak, hogy a lépfe néhány hét alatt szelidítsük, vagy pedig virulentiáj meg is foszszuk. Képzeljük el, hogy a természetben lett találnók a lépfene virulens és avirulens bacil szenved kétséget, hogy ez esetben a legtöbb buvá különböző fajhoz tartozóknak tekintené, holott azok nak varietásai.

Hogy a gümőbacillus virulentiája sem valami lan tulajdonság, azt bizonyítják, a mint már említ állatkisérletek, a melyek folyamán az emberi gümő lentiája lényegesen megnövekedett.

Minél többen foglalkoztak e kérdéssel, és min bak lettek a tapasztalatok, annál több bizonyíték fel arra nézve, hogy a gümőbacillus emberi és bo között számos átmeneti féleség létezik, a melyek m majd a második typust közelítik meg inkább. Az il tékok a jövőben csakis megszaporodhatnak.

Nem sikerült ugyan még mesterségesen az a másikká átalakítani; de ha az a szarvasmarha kisérletképen beoltott emberi törzs még nem vetett jellegeit 1—2 év alatt, abból egyáltalán még nem k hogy ez évtizedek alatt tényleg meg ne történhetnék. A beható tanulmányozásának aerája még nagyon is fiata a jövő mutatja meg, minő átalakulásokra képes a Eddigi ismereteinket szem előtt tartva, nagyon kellene ha ez a jövő nem szaporítaná az emberi és bovinus egy fajhoz való tartozásának bizonyítékait.

A virulentián kívül főleg bizonyos kulturalis k is szeretnek hangsúlyozni a dualista tan hívei. De hog bizonyító ereje lehet az ilyen tenyészeti különbsége gümőbacillusok egy képviselőjének kulturalis ma könnyen megvilágíthatom.

Előttem vannak az *Aujeszky* által glycerine készített tenyészetei a haltuberculosis bacillusána hőmérsékletben nőtt tenyészetek fehérek, majdnem szerűek, fénylő és nedves küleműek, pépes összeállású nőtt tenyészetek ellenben fénytelenek, szárazak, v sötét narancssziníűek.

Az emlős háziállatok közül főleg a sertés és a culosisa érdemel még említést, bár sokkal kevésbbé k vizsgálat tárgyát az előbbiekkel való azonos, vagy voltuk szempontjából. Ismeretes azonban, hogy sertés gümőkóros virus marhára nézve épp oly virulens l bovinus virus, továbbá az, hogy emberi virussal sertése gíteni lehet.

Hogy sertések a bovinus gümőbacillus iránt fokban fogékonyak, a mellett látszik szólani az tapasztalat, mely szerint tejgazdaságokban a tejter tott sertések között a gümőkór aránytalanul gyal más sertések között.

Az emberi és bovinus bacillussal szemben kiem sertés-gumőbacillusnak kitenyésztése a kóros szervek ben sikerül; ezt a benyomást magam is nyertem, a m assistensem *(Arpád Gy.)* csak kivételesen tudta a bacillusát kitenyészteni, bár ebben a műveletben kül lottsággal rendelkezett.

Eddigi ismereteink mellett mindenesetre lehet tartani, hogy a sertés úgy az ember, mint a szarvas által fertőzhető.

Nagy elterjedettségénél és az emberrel való s élésénél fogva a kutyának a gümőkór terjesztésében juthat. E tekintetben hasznos tudni, hogy a kutyá gümőbacillus is csak legföljebb egyik varietásául t emberi gümőbacillusnak, épp úgy, mint a már említ emlősök (kecske, juh, ló) gümőbacillusa. Emberi v utján kutyák fertőzhetők *(Arloing)*; természetes

terjesztésében is szerepelhetnek (nyalás, bélsaruk által.)

A legnagyobb különbségeket észlelték régtől fogva egyrészt az emlősök, másrészt a szárnyasok gümőkórjának okozói között. Ezek a különbségek egyfelől a bacillus bizonyos alaki és élettani tulajdonságaiban, másfelől a madarak kóros szöveteinek makro- és mikroskópos sajátságaiban nyilvánultak. De már az eddigi vizsgálatok is arra mutatnak, hogy a madarak gümőbacillusa nem fix typus, hanem hogy ingadozásoknak van alávetve, minélfogva az emlősök gümőbacillusához többé-kevésbbé hasonlóvá lehet.

Régóta ismeretes, hogy az emlősök virusa iránt felette fogékony tengeri malaczokban a madarak gümős virusával tuberculosist előidézni nem lehet. Midőn *Weber* és *Bofinger* ezt újabban is megerősítik, egyúttal kiemelik, hogy a tengeri malacz ezért e bacillussal szemben még sem egészen indifferens, a mennyiben annak szervezetében a bacillus esetleg el is szaporodik. Az említett és más szerzők szerint ellenben a házi nyúl a madár-gümőbacillus iránt ép oly nagy mértékben fogékony, mint a bovinus bacillus iránt. Úgy mint ez utóbbi, úgy okozhat a madár-gümőbacillus is nyúlban általános tuberculosist, néha pedig a csontok, ízületek és ínhüvelyek gümőkóros elváltozásait is. Nem sokkal kevésbbé fogékonynak bizonyult az egér, melyben a béltüszői, a bélfodri és állalatti mirigyek, a tüdők és hörgmelléki mirigyek betegedtek meg.

A madár gümőbacillusa iránt még a szarvasmarha sem egészen közömbös, mert beoltása után hőemelkedéssel, genyedéssel s a szomszédos nyirokcsomók megbetegedésével reagál *(Kossel, Weber* és *Heuss)*.

Weber és *Bofinger* kisérleteikre támaszkodva, oda nyilatkoznak, hogy az emlősök gümőkórját eddig szárnyasra átvinni nem sikerült; ily irányú positiv eredményű régibb kisérletekről ezek a szerzők igyekeznek kimutatni, hogy vagy spontán tuberculosis vagy idegen testecskéktől eredő tuberculosis (Fremdkörperchentuberculose) forgott fenn.

A madarak gümőbacillusának elbirálása szempontjából nagyon fontos, hogy a typusának megfelő gümőbacillusokat emlős állatokban is találtak.

Nocard tüdővészes ember köpetével oltott nyúlból, *Weber* és *Bofinger* egy malacznak elsajtosodott bélfodri mirigyéből, *Kruse* és *Pansini* pedig emberi sputumból és gümőkóros emberi tüdőkből tenyésztettek madárgümő bacillusának megfelelő baktériumot. *Nocard* szerint a lovak abdominalis tuberculosisát a madárgümőbacillus okozza.

Továbbá azt mutatták az eddigi észlelések, hogy a gümőkóros madarakból kitenyésztett gümőbacillus kórnemző és tenyészeti tulajdonságai nem mindig azonosak, sőt, hogy e tulajdonságokat mesterségesen is módosítani lehet.

Mily kevés súlyt lehet fektetni a differentiálás tekintetében az emlős és madárgümőbacillus között esetleg észlelhető különbségekre, annak *Weber* és *Bofinger* is találóan adnak kifejezést a következő szavakkal: »Nagyon nehéz a madártuberculosis okozójának alakjára és méreteire nézve — szemben az emberi és a bovinus bacillussal — általános érvényű nyilatkozatokat tenni, és pedig annál inkább, mivel a tuberculosis csoportjába tartozó csirák morphológiai szempontból tág ingadozásokat mutatnak, és éppen ezért pleomorph csiráknak is neveztetnek.«

A madárgümő bacillusának tenyészete nedves, sima, egynemű, azaz érintésre nem morzsás-darabos, mint az emlősök gümőbacillusának tenyészete; ez a jelenség azonban a madárgümő bacillusának nem állandó ismertetője; sikerült ugyanis bizonyos tenyésztési eljárások alkalmazásával az emberi gümőbacillus tenyészetét a madárgümőbacilluséhoz hasonlóvá idomítani *(Hueppe, Fischel, Marpmann)*, viszont pedig a madár gümőbacillusának tenyészetét szárazzá, darabossá alakítani *(Lubinski)*. *Weber* és *Bofinger* a madár-gümőbacillusnak olyan két törzsével találkoztak, a melyek tenyészetei szárazak, ránczosak voltak, olyanok, mint az emlősök gümőbacillusai; ugyanezek a szerzők észlelték továbbá azt, hogy éveken keresztül mesterségesen továbbtenyésztett egy madár-gümőbacillus olyan száraz, redős kulturákat képezett, a melyek emberi gümőbacillus tenyészetét egy ízben tyúk vagy egér szervezetén keresztülvezette

Még inkább bizonyítják a madár-gümőbacillus vá ságát *Rabinowitsch* észleletei, a ki 34 törzs között oly talált, a melyek az ember és a marha gümőbacillusáho módon tenyésztek; sőt két törzs még annyival is inká lított az emlősök gümőbacillusára, hogy tengeri malacz gennek bizonyult, tyúkra ellenben nem. Ezek alapján *witsch* a madarak és az emlősök gümőbacillusát nem te különböző fajnak, hanem csak egy faj varietásainak.

Gramatschikoff szerint az emberi gümőbacillus tyu üregében a nyúlra nézve gyöngül; *Nocard* szerint a c tokba zártan tyúk hasürébe helyezett emberi gümőbacill lag rövid idő alatt a tyúkra nézve pathogenné válik, tengeri malaczra szelidül. *Dubar* és *Aujeszky* vizsgálata juk továbbá azt, hogy az alacsony temperaturához szo gümőbacillust nemcsak magasabb hőfokhoz szoktatni többszörös oltogatással tengeri malaczra pathogenné tenn Ezzel szemben *Weber* és *Bofinger* az 1—2 évig tengeri m illetve egérben időzött madár-gümőbacilluson módosu találtak.

Eddigi negativ kisérleti eredmények, mint a minő említett, semmi esetre sem bizonyíthatják azt, hogy a gü lusok módosulásra képtelenek; mert olyan mikrobáról a gümőbacillus, a mely tudvalevőleg csak igen lassan sz és nagyon is chronicus betegségnek okozója, nem v hogy már hónapok vagy 1—2 év alatt kimutathatólag toztassa jellegeit. Csupán a virulentiabeli különbség alapján, hogy e különbségen tetszésünk szerint mest nem tudunk változtatni, nem tekinthetjük az emberi és gümőbacillust két különböző fajnak; mert pl. a könny a virulenssé tett lépfene-bacillust sem vagyunk képesel könnyen ismét virulenssé varázsolni. Még távol vagyu hogy ismernők a virulentia és infectio lényegét, valamir a tényezőket, a melyektől a virulentia foka és minősé Nagyon különös ugyanis például, hogy a madár-gümő a mely emlősökre általában csak kevéssé virulens, nyú fokban pathogen, a tengeri malacz szervezetére ellenbe nem közömbös: mig az emberi gümőbacillus éppen viselkedést tanusít.

Ha szem előtt tartjuk azt, hogy az emlősök gümő hosszú ideig lappanghat az állati szervezetben, azaz je ott boncztani elváltozások előidézése nélkül, akkor azt talati tényt, hogy a madár-gümőbacillus emlősök testé évig is időzhet, bár gümőkórt nem okoz, nem tekinthetj rentiáló faji jellegül a kétféle gümőbacillus között, hane rokon viselkedésnek.

Érdekes példáját a variálásnak írják le *Weber* és a kik madár-gümőbacillusnak éveken át mesterségese tenyésztett kulturájával még igen nagy adagokban sen már tyukot fertőzni. Semmi sem szól az ellen, sőt valószi a virulentiának hasonló módosulása, akár csökkenése, a növekedése, természetes körülmények között, nevezet állati szervezetben is végbemehet.

Az emlősök és szárnyasok tuberculosisa között lönbségül szokták felemlíteni azt, hogy a madarak tube ban nem finoman szemcsés, elmeszesedésre hajló sajto hanem vitrosus (üvegszerű) anyag képződik, a mely meszesedik el, és a mely körül kötőszöveti tok fejlődi különben azt, hogy a madarak gümőiben *Langhans*-fé sejtek gyéren képződnek, sőt többen kiemelik, hogy gümőkben óriási sejteket egyáltalában nem láttak *(Ribbert, Kruse, Weber-Bofinger)*.

Megengedjük, hogy a felsorolt különbségek a ma emlősök gümői között tényleg fennállanak; tekintve azon kat a lényeges eltéréseket, a melyek emlős és madár köz állanak (a testhőmérséklete, táplálkozás, anatomia stb. s jából, indokolt, hogy a madárgümő eltérő voltát első sorb eltérésekben, nem pedig a gümőbacillusban keressük, é a mint a gyöngykór anatómiai képének eltérése az embe culosistól a legnagyobb valószinüséggel csak abban leli

Továbbá pedig láttuk azt, hogy nyúlban a madár-gümőbacillus teljesen olyan elváltozásokat képes létesíteni (tüdőben, csontokban), mint az emlősök legvirulensebb gümőbacillusa ; itt tehát nyilván a nyul szervezetében rejlik annak oka, hogy a némileg különböző kétféle gümőbacillus egészen hasonló laesiókat érlel.

Óriási sejtek tekintetében az emlősök gümői is akkora különbségeket tüntetnek fel maguk között, hogy ezen sejtek helytálló differentiális alapot különben sem képezhetnének.

Az emlősök tuberculosisa madarakra át nem oltható. Annál érdekesebb, hogy a papagájok bőrén és nyálkahártyáin nem ritkán észlelhető szemölcsös daganatokat, emberi virus által okozott gümőknek tartják, holott ez a kórkép teljesen elütő az emberi bőrtuberculosistól. Nyilván való ebből is, hogy a papagáj szervezete és ennek fajlagos reactiója (és nem az emberi gümőbacillus) teszi érthetővé ama sajátságos bőrmegbetegedését a papagájoknak.

A különböző gümőbacillusok összehasonlításáról szólva említést érdemel a tuberculin is.

A madár-gümőbacillus tuberculint termel épúgy, mint az emlősök bacillusa ; másrészt pedig az emberi gümőbacillussal termelt tuberculin reactiót vált ki marhán és juhon akkor is, ha ezek az állatok madár-gümőbacillussal fertőzve voltak *(Maffucci)*. Ha mások *(Babes, Weber-Bofinger)* azt találták, hogy tyúkok akár emberi, akár madár-tuberculin igen nagy adagjaira sem reagálnak, úgy ebben csak arra való bizonyítékot láthatunk, hogy a tyúk és emlős állatok szervezete mennyire nem azonos egymással.

A madarak és emlősök gümőbacillusának közeli rokonságára utal *Mac-Fadyeau* és *Behring* az a tapasztalata is, hogy marhát a madár-gümőbacillussal való előzetes kezeléssel gyöngykór ellen immunisalni lehet.

Tekintettel a dióhéjban fentebb ismertetett tényállásra még a dualismusnak kifejezett hívei is elismerik az emlősök és a szárnyasok gümőkórjának közeli rokonságát ; mindamellett úgy vélik, hogy (a mint *Weber* és *Bofinger* kifejezik) a közös tulajdonságaik »nem szólnak szükségképen a kétféle bacillus azonossága mellett.« Részemről pedig e rövid összefoglalásban kimutatni igyekeztem : *hogy az észlelhető különbségek nem szólnak szükségképen a kétféle bacillus faji azonossága ellen.*

Ha a kétféle (emlős és madár) tuberculosis bacillusainak csak egy avagy egynehány sajátságait állítjuk egymással szembe, akkor könnyen két különböző fajnak lehetne tartani ; ha azonban eltérő tulajdonságaik mellett tekintettel vagyunk a sok hasonlatosságra is, s ha továbbá azt észleljük, hogy tulajdonságaik nem változatlanok, a mennyiben e bacillusok alak, tenyészés, pathogen hatás tekintetében módosulnak, akkor bajos e kétféle gümőbacillust másként tekinteni, mint egy közös törzsből eredő válfajokat, a melyeknek eltérő tulajdonságai abból értelmezendők, hogy az egyik emlősökben, a másik ellenben szárnyas állatokban, tehát nagyon különböző életfeltételek alatt élősködött évtizedeken s évszázadokon keresztül.

A kettő között észlelt különbségek nem akkorák, hogy egyetlenegy fajnak varietásai gyanánt tekinthetők ne volnának.

Ezzel az állítással szorosan érintjük azt a kérdést, hogy melyik az a határ, a melyen belül még varietásról lehet szólni, és a melyen túl már uj fajjal van dolgunk ? E kérdésre, úgy gondolom, joggal a következőket lehet válaszolni. Minthogy positiv ismereteink vannak arról, hogy bakteriumok aránylag rövid idő alatt lényegesen módosulni képesek (akár befolyásunk alatt, akár e nélkül), és hogy eme módosulások nem csekélyebb mérvűek azon különbségeknél, a melyeket a különféle gümőbacillusok között észlelni alkalmunk van, minthogy továbbá az emberi, a marha- és a madár-gümőbacillus typusos képviselői között mindenféle átmeneti törzseket is észlelhetni, minthogy végre mindezen állatnemek és az ember tuberculosisa anatomiai tekintetben is felette hasonló kóros folyamatok : mindennélfogva sokkal jogosultabb a feltevés, hogy a különféle gümőbacillusok mind egy fajnak a változatai, mintsem az, hogy különböző fajok volnának. Ezen feltevés helyessége bebizonyítva csak akkor lesz, ha majd sikerül az emlős- és a madár-gümőbacillust mesterségesen egymáshoz hasonlóvá tenni, vagy mi több, az egyik typust a törzset fognak felderíteni, a melyek a typusok közt képviselnek.

Minthogy a különböző állatnemek szervezetében gümőbacillusok egymással összehasonlítva egyetlen ismertető jelleget el nem veszítettek, illetve ujonnan szereztek, ennélfogva különböző fajok felállításáról fenn nem forog.

A különböző gümőbacillusok őstörzsei gyanánt bizonyos saprophyta bacillusokat kell tekintenünk, alakjok, tenyésztésök és savállóságuk, tuberculintermelő és immunisáló, néha még némi pathogen képesség is a gümőbacillussal való közeli rokonságot árulnak el.

Gyakorlati, azaz egészségügyi szempontból e szempont egyuttal czélszerübb is legalább ez idő szerint a természetes fertőződés módjait még oly kevéssé ismerjük, pl. az ember infectiója *Behring* szerint főleg a tej virusával (a tej közvetítésével) történik, holott *Koch* az eshetőség alig is jöhet szóba. Ha *Behring* nézete valóságnak, és ha mégis a marha gümőkórját emberre veszélytelennek tekintjük, úgy ebből az emberre nagy baj hárulhat.

A gümőbacillus egyik varietása alkalmilag egy másikká ; ebből pedig következik, hogy gyakori állatnem tuberculosisát nem szabad egy másik állat az emberre nézve közömbösnek tekinteni.

Közlemény az Irgalmas-rend budapesti kó

A lisztek adagolásáról három hónapon alóli c

Irta : *Heim Pál dr.*, a gyermekgyógyászati oszt

A mesterséges táplálás kérdése egyik legfo égetőbb kérdése a modern paediatriának. A mest lással elért rossz eredmények, az így táplált csecsem talitása és mortiditása állandóan felszínen tartják utolsó 50 évben óriásit változtak e téren nézetei szempont vezette e kérdés megoldásában az orv időben az állati és az emberi tej különböző chemi ben vélték meglelni minden baj kútforrását. A bact gálatok a tej fertőzöttségében keresték a hibát. A tások kimutatták, hogy ha mindezeken segítenek identikus táplálékot a csecsemő, mert az állati tej idegen« fehérje, a melyhez a csecsemő organismu kell. Kimutatták e kutatások, hogy a nyers, forrala mákat tartalmaz, melyeket az egyik irányban üdv tönkretesz. Szóval mindezen vizsgálatok arra vez mesterséges táplálás kérdése teljesen meg nem bármiképen járjunk is el, az állati tej az anyatejet pótolhatni.

Mindennek daczára minden gyakorló orvos tesek az olyan esetek, a melyekben csecsemők, elegendő mennyiségben kapnak kifogástalan any mellett nem gyarapszanak elegendően. A tej tö vizsgálata nem mutat semmi különös eltérést. E czímen, hogy a tej »túlnehéz«, a csecsemőnek daj nak. A súlygyarapodás azonban tovább késik. 2— toztat így az orvos, mig végre nagy sokára egye kedni kezd a súlygörbe. És mindenki meg van g csakis az utolsó dajka volt a gyermeknek megfel esetekben mindjárt mesterséges táplálásra tér á ha ilyenkor véletlenül lisztes vizzel higított tejet rögtön rohamosan emelkedik a súlygörbe, mig ha t vízzel higított tejet adat csak, a súlyszaporodás tov

A lisztek adagolását a legfiatalabb csecsemő *Jacobi*,[1] *Heubner*,[2] *Schmid-Monard*,[3] *Czerny*,[4]

[1] Archiv f. Kinderheilkunde Bd. 31.
[2] Berlin Klin. Wochenschrift 1895.
[3] Therapent. Monatshefte 1899.
[4] Monatschrift f. Kinderheilkunde 1905.
[5] Ernährung des Kindes etc. 1901.

előkelő gyermekgyógyászok, mint *Henoch*, *Demme*, óva intettek a lisztektől. Általánosan elfogadott nézet volt, hogy az első évnegyedben lisztet adni egyáltalában nem szabad, mert ez meg nem emészthető és ennélfogva káros szétesésnek indul a bélben. A később fellépő rachitis, atrophia, scrophulosis, tuberculosis, spasmophiliás diathesis okát a lisztes táplálékban látták. *Zweifel* és *Korowin* vizsgálatai után pedig, kik ilyen fiatal csecsemők pankreasában hiába keresték a diastatikus fermentet, meg volt adva e nézet tudományos, experimentális basisa is. A liszt eltünt a csecsemő táplálékából. E nézet annyira belegyökeresedett az orvosi közhitbe, hogy az orvosok nagy része ma is perhorrescálja a fiatal csecsemőnél a liszteket és »műhibának« tartja adagolásukat.

Pedig pontos és nagyszámú klinikai vizsgálatok bebizonyították e nézet tarthatatlanságát. Különbséget kell tenni azonban a liszttúltáplálás és a pontos indicatio alapján adott, pontosan dosirozott lisztes táplálás között. *Gregor* [1] 90 ilyen lisztvizes tejjel táplált csecsemőről számol be és e csecsemők legnagyobb része igen jól fejlett, egészséges gyermek lett. Ha egy-két esetben tuberculosis, rachitis vagy scrophulosis fel is lépett, ez más szerencsétlen mellékkörülményre, mint öröklés, igen rossz hygienicus viszonyok stb. volt visszavezethető. De az experimentalis vizsgálatok is kimutatták *Zweifel* és *Korowin* nézetének a tarthatatlanságát. *Moro* [2] ugyanis kimutatta, hogy még azon csecsemőknél is, kik intra partum elpusztultak, a pankreas vizes kivonata diastatikus erjesztőt tartalmaz. Egy 11 napos, veleszületett gyengeségben elpusztult koraszülött pankreasából is nyert diastasét *Moro*. A pankreas-diastase elválasztó képessége nő azonfelül, ha a táplálék liszteket tartalmaz. *Pawlow* [3] mutatta ki, hogy emésztő nedveink elválasztása függ a táplálék minőségétől. Az organismus mintegy alkalmazkodik a táplálékhoz és ha változtatjuk a táplálékot, ehhez alakul mintegy az emésztő fermentek elválasztása is. Erősebb szénhydrát bevitelre több diastase választódik el. Ha egy csecsemő csakis anyatejjel lesz táplálva, a pankreas alig tartalmaz diastaset, ellenben ugyanolyan korú csecsemőnél, mely keményitőket is kapott hosszabb időn keresztül, bőven nyerhetünk a pankreasból diastasét.

Mindezek alapján kimondhatjuk, hogy mérsékelt, pontosan dosirozott kis adagban a csecsemők elbirják a keményitőtartalmát a tápláléknak. Már most az a kérdés, hogy kell-e adnunk liszteket és ha igen, mikor.

Elvitázhatatlan tény, hogy számtalan csecsemő igen jól fejlődik egyszerű czukros vízzel higitott tej mellett. Vannak azonban csecsemők, kik ilyenkor súlyban csakhamar megállanak. Ez utóbbiaknál fellép egy tünet, a mely előre gyaníttatja, hogy a súlygyarapodás nem fog kellőleg haladni, vagy hogy teljesen szünetelni fog. Ez a tünet az acholikus szék jelentkezése. A szék sárga szine fokozatosan veszít intenzitásából, mindinkább világosabb sárga, szürke, majd ugyszólván fehér lesz. Keménysége is mindinkább fokozódik, úgy, hogy ugyszólván legurítható lesz a pelenkáról. Bár e szék szine teljesen megegyezik az acholikus szék színével és egyesek e széket acholikusnak is nevezik, ezen elnevezés helytelen és félreértésekte ad alkalmat. Sublimatreactióval epefesteny mutatható ki e székben. Helyesebb a *Foja* [4] által ajánlott »szappanszék« elnevezés, miután e székek legnagyobbrészt káliszappanokból állanak. Ezért is oly kemények, mert káliszappan tartalmuknál fogva igen kicsiny e székek vízmegkötő képessége. A nagy káliszappan tartalom azt mutatja, hogy e csecsemőknél a zsírfelszivódás hiányos, hogy e csecsemők a táplálék zsírtartalmát nem használják ki. A súlymegállapodás igen gyakran arra indítja az orvost, hogy a tejmennyiséget emelje. De teljesen czéltalan ez, a szappanszék azt jelenti, hogy a megengedett tejquantumot már túlhaladtuk. A testsúlygyarapodás csak nem fog megindulni, hanem idővel más kóros tünetek lépnek fel a bél részéről és a kórkép lassanként, fokozatosan átmegy az atrophiába.

Mint fentebb mondottam, nem minden csecsemőnél lép fel e szék és számtalan csecsemő kitünően fejlődik egyszerű czukros

[1] Archiv f. Kinderheilkunde 1901.
[2] Jahrb. f. Kinderheilkunde 1898.
[3] Die Arbeit der Verdauungsdrüsen. Wiesbaden 1898.
[4] La clinica med. Italian. 1898.

mi az oka a zsírassimilatio hiányosságának, még vita. *Czerny* [1] exsudativ diathesisnek, vagyis a későbbi scrophu alakjainak tartja ezen eseteket, és szerinte az anyagcs anomaliája veleszületett. Az anomalia súlyossága szerin esetek, a melyekben a leggondosabb és a legkifogástalana tej-táplálás mellett sem tudunk súlygyarapodást elérni.

Ezen anomalia lényege, a zsírassimilatio hiányossá mutatja, hogy ezen esetekben mit kell tennünk. A tápl tartalmát valami más C-tartalmú tápanyaggal kell pó Tekintetbe jöhetnének itt elsősorban a czukrok. Tényle kiséreltek ezeket. Azonban sem a tejczukor, sem pedig czukor nem volt erre alkalmas. Régen ismert tény, ho nőtteknél éppen úgy, mint állatoknál, a tejczukor sokkal ben, mint az egyéb czukrok, átmegy a vizeletbe, m mint tejczukor; vagyis a lactosuriának az oka a tejczul letlen hasadása a resorptio előtt. A tejczukrot a bélmuco hasítják dextrosera és galaktosera, még pedig csakis a részletekben, tehát aránylag kis kiterjedésű helyen tör Nagyobb mennyiségben bevitt tejczukor ennélfogva n sem használható ki, mert mire a hasadási folyamat meg a tápnedv már elhagyta a tejczukor invertálására alkal részletet. Az egyéb czukrok pedig azon egyszerű okn nem alkalmasak erre, mert könnyen idéznek elő hasmen marad egyéb választás hátra, mint a lisztek. És tén liszteket adunk, nemsokára megváltozik a szék külle várva várt súlygyarapodás meg fog indulni.

A liszteket azonban csakis ezen indicatio mellett, dosirozva, kis mennyiségben szabad adagolnunk. Kés lisztfőzetünket nyers anyagból, azaz búza-, árpa- vagy za ból. *Czerny* ezt ajánlja. Én részemről inkább vagyok híve a séges gyermekliszteknek. A nyers anyagból készült főze tése igen körülményes, nagy gondot és lelkiismeretet igén a mesterséges lisztekkel való bánásmód sokkal egyszerűb felül ezen lisztekben a keményítő egy része már dextrinizá és ez sem negligálható előny. Én 3 hónapon alól ugy ké a tejkeveréket, hogy 1% Kufeke-oldat legyen és ezenfel tejczukrot tétetek hozzá, hogy a keverék tejczukortartal feleljen az anyatej tejczukortartalmának. Vagyis 1 liter jön 10 gramm Kufekke-liszt és 53 gramm tejczukor, 1 liter 10 gramm Kufekke-liszt és 50 gramm tejczukor, 1 liter 10 gramm Kufekke-liszt és 40 gramm tejczukor. Ezenfelü egy csipetnyi konyhasót is tétetek a keverékbe, még pec mert a növényi alkatrészekkel nagymennyiségű kali viszünk be az organismusba, ezeknek a kiválasztásár a feles Na.

Rendes körülmények között ezen lisztmennyiség jól türik a csecsemők. Vannak azonban esetek, a m csökkenteni kell a lisztmennyiséget. Ha a lisztmenny nagy, nem assimilálódik, hanem az erjedési bacteriumok sára erjedésbe megy át, a mely folyamatnak bizonyos terményei. Ilyen esetekben a szék a lakmuspapirt meg Ha erre nem vagyunk tekintettel, a savanyú szék rövid igen makacs intertrigohoz vezet. A kis csecsemő végb körül, a scrotumon csakhamar élénk vörös, nedvező les a vörösség innen átterjed a hátra, a czombokra. Majc secundär infectiok folytán subcután abscessusok támac intertrigo mindenféle kezelésnek makacsul ellenáll és lisztmennyiség csökkentésére gyógyúl. Fontos dolog teh reactiójának a vizsgálata.

Ezen tüneten kívül még egy másik tünetnek tula nagy fontosságot a lisztes táplálásnál. Ez a tünet a hány nak csecsemők, kik hánytak már az anyatej-táplálásnál é is hánynak, ha lisztvizes tejre térünk át. Nem ezt értem itt. Hanem, ha egy csecsemő, ki nem szokott hányni, látható ok nélkül hány, igen gyakran aznap vagy más néha csak harmadnap súlyos bélzavarokban betegszik meg e hányás, hogy úgy a tej-, mint a lisztmennyiséget csök

Miképen hat a lisztvizes higításoknál a liszt ?

[1] Loc. cit.
[2] Malzsuppe, eine Nahrung f. magendarmkranke S Jena 1898.

hydrátok felerjedésére hathat. Ha a csecsemőt tejjel és szénhydráttal tápláljuk, daczára a kisebb N-resorptionak, nagyobb lesz a N-retentio, mint ha csak tejből állana a táplálék. De ezenfelül a zsírok hiányos assimilatioja miatt fellépő széndeficitet is pótolja a liszt. A mint fentebb kifejtettük, a legfiatalabb csecsemő is képes a korának megfelelő mennyiségű lisztet megemészteni. *A liszt ezen esetekben mint megemészthető és felhasználható tápszer szerepel.*

Azért emeltem ki ezt, mert újabban *Szana* [1] egyik dolgozatában *Czerny*-vel polemizálva kétségbe vonja, hogy ezen korban a liszt mint tápszer szerepelhetne. *Szana* a *Czerny* által exsudativ diathesisnek leírt eseteket »csecsemőhalmazat« eseteinek véli. Elismeri *Szana*, hogy a csecsemőhalmazat eseteiben is jó hatásu a liszt, de nem azért, mert tápszer, hanem mert gyógyszerként hat. Mit nevez *Szana* csecsemőhalmazatnak? »Ha csecsemők gondozásával foglalkozó intézetben több csecsemő rövidebb vagy hosszabb ideig, ha csak nappal is, egy szobában vagy teremben tartózkodik, a csecsemők egészségében ártalom lép fel. Az ártalom első sorban a csecsemő súlygyarapodásának megállásában nyilvánul, majd dyspeptikus tünetek lépnek fel, melyek, ha kellő időben isolatio nem vétetik igénybe, a gyermek halálát is okozhatja. Ijesztő mérveket ölt ezen tünet, ha mesterségesen táplált csecsemőről van szó, csak csekély mértékben lép fel, ha egészséges csecsemőről van szó, kit dajka szoptat.« Kimutatja *Szana*, hogy a csecsemőhalmazat ártalma sokkal kevésbé lép fel, ha a csecsemők lisztes ételt kaptak. »Gyönyörű gyarapodásnak indul az anya által szoptatott és súlyában megállapodott csecsemő, ha naponta kétszer vízzel főzött gyermeklisztet adnak neki.« Részemről nem oszthatom semmiképen *Szana* nézetét. A *Czerny* által leírt és általam fentebb ismertetett esetek egyáltalán nem azonosak a *Szana* eseteivel. Ilyen eseteket láthatunk a magángyakorlatban is, a kórházi poliklinikai esetek között is. Vagyis olyan csecsemőknél, kik egyáltalán soha sincsenek más csecsemőkkel egy helyiségben. Éppen úgy fellép e kórkép anyatejjel, mint mesterségesen táplált csecsemőknél. Azonfelül az exsudativ diathesis eseteiben hiányoznak a bél részéről a katarrhalis jelenségek, ellenben kifejezetten előtérbe lép a zsírassimilatio hiányossága. Hogy a csecsemőhalmazat eseteiben a liszt mint gyógyszer szerepel, az kétségtelen. Régen ismert tény, hogy bizonyos bélfolyamatoknál szereplő microbák számára a lisztes bélbennék igen rossz táptalaj. Vastagbélhurutoknál, dysenteriánál már régen ismeretes a lisztes táplálék ezen specifikus hatása. De szerepelhet itt és szerepel is, még a csecsemőhalmazat eseteiben is, a liszt mint tápszer is. Azon körülmény, hogy a súlygyarapodás megindul akkor is, ha a liszteket nem a tejjel együtt, hanem egyedül, mint önálló étkezést adjuk, naponta kétszer, különben tiszta vízzel higított tejet kap a csecsemő, nem szól *Szana* nézete mellett. Hiszen azt nem állítja *Czerny* sem, hogy a lisztvizes higítás úgy hat, hogy a tej zsírtartalma jobban kihasználódik. A táplálék zsírtartalma változatlan maradhat, a fel nem használt zsír eltávolodik a bélsárral, de az így létrejött C-hiányt helyrehozza, helyrepótolja a liszt. Az, hogy *Szana* a bélsárban a liszt jelenlétét kimutatta, nem bizonyít semmit sem. Tudjuk, hogy a különböző lisztek szerint a bélsár több-kevesebb emésztetlen lisztet tartalmaz. Ebben a kérdésben qualitativ vizsgálatok egyáltalán értéktelenek, quantitativ vizsgálatokat pedig nem végezett *Szana*.

A mondottakat összefoglalva: a 3 hónapon aluli csecsemők táplálékában bizonyos esetekben helyet foglalhat a liszt. Még pedig kis mennyiségben való adagolása akkor indicált, ha a csecsemőnél a súlygyarapodás megállapodása és a szappan-székek fellépése a zsírassimilatio hiányosságára utal.

[1] Gyermekorvos 1905.

Sebészetünk az Orvosi Hetilap hasábjain.

Irta: *Manninger Vilmos dr.*

Az Orvosi Hetilap elsárgult, poros fóliánsaiban lapozgatva, idegen világban éreztem magam. Idegennek tünt fel a nyelve, tárának segítségével tudtam eligazodni »zihz, ko pirany, porczfejle« és a többi »magyar« műszó re Mennél mélyebben hatoltam azonban ebbe az ideg annál csodásabb fényben láttam azokat, a kik a semm séges talajon megvetették a tudomány egy új fészkét magyar orvostudomány elejét. Fetünik szemem előtt cheval«, élén Balassával. Ez a kis lelkes csoport, melyl jelesen Hirschler tudor, Lumniczer, Bókai, Semmelwe Kanka, Korányi, Sas István, Lengyel Endre« és last b Markusovszky tüntek fel, megalapítja a semmiből a m mánynak azt a mentővárát, melyben oly időben, »miko mas, előretörekvő életet rendőrileg szabályzott, szur zött nyugalom váltotta fel, hazánk s vele tudomány kézbe jutott«, meghuzhatta magát elárvult magyar mányunk.

De még egy tanulságot merítettem az Orvosi Het évének — a gyermekéveknek — olvasásából. Csak az követő reactio magyarázza a szellemnek azt az izzó mun az Orvosi Hetilap minden sorából felénk sugárzik. nemzeti hiuság nélkül bátran szembeállíthatjuk a »fa val« munkáit az egyidejű külföldi munkákkal. Segíts torium nélkül e munkák java része a gyakorlat köréb mindannyin meglátszik a jó észlelés, a szorgalom és az fogás.

Szűk a hely, melybe az 50 év sebészetének tör beszorítanom. Nem is fényképet, csak árnyékképet ad vonalokat, melyeken csak a kimagasló csúcsok látszanak zaik sok apró köve, mely lényges alkotórésze annak a már imponáló képnek, melynek »magyar sebészet« a sorolható fel egyenkint. Belőlük raktam össze a statis jára azt az ábrát, mely mutatja az évről évre napvi sebészeti czikkek számát az Orvosi Hetilap hasáb következő oldalon.)

Az áttekinthetőség kedvéért az 50 év anyagát ö osztom. A véletlen játéka folytán könnyü ez a csopo a beosztás alapjául a sebkezelést választjuk, a mikor mathematikusan egyenlő öt időszakot kapunk. A felo vetkező:

1857—1867. Az antisepsis előtt levő időszak.
1867—1877. Az antisepsis első próbálkozása.
1877—1885. Listerismus.
1885—1893. Az asepsises sebkezelés terjedése.
1893—1905. A modern sebészet föllendülése.

I. Az antisepsis előtt levő időszak. (1857—1867.) Az lap első évében két kiváló czikket találunk. Balassa a röl hazánkban«, Bókai »a garatmögötti tályogokról« é tanulmány, a mely a külföldi irodalomban forrásmu Casuistikus közlések közül érdekesek Cserno és Hirsc Amaz nagyfokú »bélelőesés«-ről számol be, mely gyógy ződött. Hirschler a »szem mellső csarnokából eltávolit cus«-t mutat be. Gyógyulás.

A következő évek Balassa tollából a kiváló cz sorát hozzák. »A ficzamokról«, »a faniv fölötti hólyag »csonkításokról«, »a hugycsőszor tanáról«, »galvanokaustil 1860-tól kezdve a »gőgtükrözésről« sorozatos közlések Bókai a gyermeksebészet köréből gazdagítja irodalmu követik egymást a »végbél iszamokról«, »a fityma sejte sáról«, »a szeméremhasadék sejtes zára kisded leányká dolgozatai.

Az 1859. és 1860. évek hozzák Czermák tanulmán és a garatorri üregnek tükrök által való vizsgálatáról«.

Az agyvelő sebészetével foglalkozik nehány czikk, sebészek tollából. Lengyel (1858) »Átható koponyarepedés nyel a csont és kemény agykér közt, a sértés utáni gyulás«; Saary (1860) »A koponya agyhártyáin át az ag roncsolt sérülés agyállomány vesztéssel — agytályog gyógyulás«; majd 1866-ban Balassa »Adatok az agysér tához« czímén foglalkoznak ezzel az érdekes fejezettel.

Az operativ tudás magas fokára mutatnak a követk

Hajnal »Velőszerű rák a végbél környékén« czím Sebestyén Endre egy operatiójáról referál. (1864.) Balas teljes kiirtását végzi 1865-ben; ugyanabban az évben a p a gége felhasításával végzett eltávolításáról ír. Hajnal »S egy gyógyult esetéről« referál. (1867.) Ugyanekkor Ko »Alsó állcsont mellső felének csonkolása a nyelv csonk miatt« czímen sikeres operatiójáról számol be. Lumnicz végez »Korcsizületi kiirtást«.

ben felöleli az akkori orthopaedia egész anyagát.

A nőorvoslás terén kiválnak Semmelweis czikkei (1864), melyeket a Bókai alapította mellékletben, a »Nő- és gyermekgyógyászat«-ban közöl. 1863-ban közli Báthory az első ovariotomiát Semmelweis osztályáról, 1867-ben pedig Adler (Nagykárolyban) sikeresen operált méhenkivüli terhesség esetét.

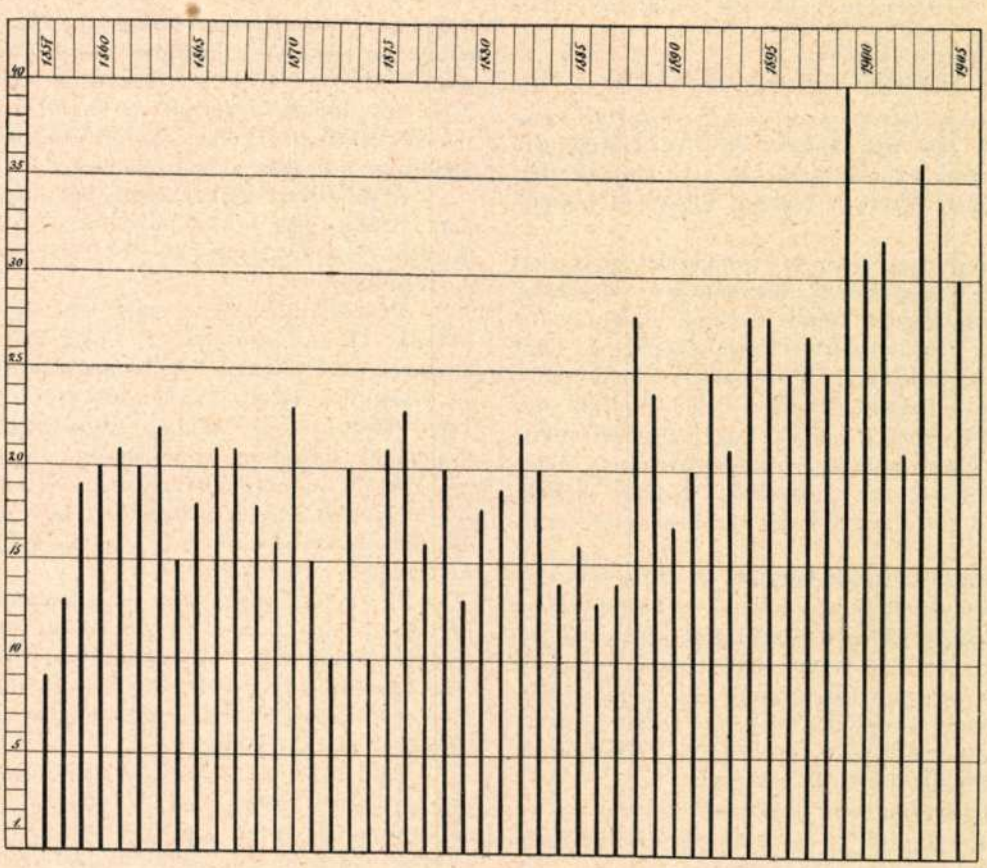
1862-ben kezdi czikkeit Bőke a fülorvoslás köréből.

Áttekintve a tiz év anyagán, a sebészeinket érdeklő kérdések középpontjában három mozgató rugót találunk: a hugybántalmaknak, a gégebajoknak és az agyvelő sértéseinek kérdését. Mind a három téren Balassa vezet. Csakhamar magáévá teszi Czermák tanulmányait és átülteti őket a gyakorlat terére. Nem kevésbé kiválóak vizsgálatai a hugykövek, az urethrotomia, felső hólyagmetszés és hólyag-hüvelysipolyok köréből. E kérdések körében mozognak tanítványainak munkálatai is. Külön kell kiemelnem egy munkáját (1864.), melylyel korát jóval megelőzte: »Az absolut nyugalom mint gyógyhatány ügyéhez a lobos izbántalmaknál.« első ismertetése Mysz Ede tollából való (Brassó, 1873): »I sebek kezelésénél poselleni eljárása mostani módosításá történt az első lépés az új sebkezelés felé.

A másik fontos sebészi eljárás »Emarch vérkímél mütéteknél« képezi Puky egy czikkének tárgyát. (1873.)

Az operativ sebészet köréből a következő czikkeket tenem: 1872-ben Hajnal István Békésen több rák mi betegének tartós gyógyulásáról számol be. Carcinoma inferioris és valószinüleg kásadaganatból kiinduló fejte operált három betege 5 év után nem mutat kiújulást. É gyógyult teljesen czombsarkoma miatt operált betege. Az leirás után itélve, kiváló technikai ügyességről tanuskodi keztetés, melyet ez esetekből levon, önálló gondolkoz »A rákbajt helybelinek és teljesen kiirthatónak látom«. Ugy évben ir le Láng Frigyes kitünően megfigyelt paraphasiá »agysértés egy esete, aphasia, gyógyulás« czimén.

1873-ban közli Brandt »egy véletlenül megsértett sát« gyógyulással. Nemcsak hazánkban első ez a vesekiir az egész sebészeti irodalomban az elsők egyike, mely gy végződött. (Simon első operatiója 1869-ben történt.)



Még egyszer utalok Bókai czikkeire, melyek a gyermekkor sebészi bajaival foglalkoznak. Semmelweis munkái közül csak kettő vonatkozik az operatiós nőorvoslásra. De el nem mulaszthatom az utalást arra a czikksorozatra, mely a nőorvoslás egész terjedelmét volt hivatva felölelni és melyet csak kora halála szakított félbe. Hosszú idő telt, míg önálló, magyar nőorvoslásunk ujra föléledt.

II. 1867—1877. *Az antisepsis első próbálkozása.*

Gyászszal kezdődik sebészetünkre ez a második korszak. 1868. deczember 9-én meghal Balassa, gyors lefolyású perityphlitis következtében. Legjobb munkáján kívül (operationes plasticae) ez utolsó évben, a beköszöntő új korszak előjeleképen leirja az első sikeres orariotomia történetét. (1867.) Kedvelt műtétei közül még egyszer visszatér ujabb adatokkal »a hólyag-hüvelysipoly műtéteihez«, majd a »gőgfelhasítás műtéte értékesítéséhez«.

Az 1868-ik év hozza »A bonyolódott csonttörések kezelésének új módja« ismertetését, az első czikket, mely *Lister*nek kisérleteiről számol be magyar nyelven. Már 1869-ben Gotthardt Károly a pozsonyi kórházban szerzett tapasztalatai alapján kijelenti, hogy »A Lister-féle kötés a sebészet terén az újabb időben tett legkitünőbb haladások közé tartozik«. Hasonló irányban nyilatkozik Lumniczer (1870) »A Lister-féle gyógyeljárás körül gyüjtött« tapasztalataiban.

1874, illetve 1875-ben Schwarcz F. Pécsett két akkori esetet közöl. Az első epehólyagvizkórnak cystostomiával, méhenkívüli terhességnek kolpotomiával gyógyított eset kozik. (Két gyermek, egy méhlepény.)

1876-ban Imre »nyálkahártya-átültetést« végez sikerr pharon gyógyítására.

Ezzel kimerítettük volna a tiz év kazuisztikájából kiváló eseteket, melyek abban az időben eseményszámba m ki kell térnem arra a nagy változásra, mely az »Orvosi Het és a magyar orvostudományban az 1872-ik évben történ nul ebben az évben az ifjú gárda. A gyakorlat anyaga szorul a tisztán tudományos czikkek miatt. (L. a sebészet számának megcsappanását.) Ajtai, Hőgyes, Plósz, Mih Elischer, Müller, Fodor és Klug a szövettan, kórszövettan déstan körébe vágó dolgozataikkal az új irányt jelölik. iránynak mutatója az a változás is, mely a gyakorlati formájában végbemegy. Míg az előbbi évtizedben fő esetek ismertetése áll előtérben, most sorozatok, kisérleti nyek feldolgozása áll az érdeklődés középpontjában. Biz csak egy-két adat.

Neupauer (1872) 192 eset kapcsán »A gyermekkor hug ségeiről« közöl klinikai tanulmányt. (Bókai anyaga.)

Kézmárszky (1869): »A petefészek kiirtásának jelen állását« ismerteti.

Tauffer (1876): »A korai klimax létrehozatalával«, majd (1877) orariotomiára vonatkozó tanulmányokkal foglalkozik. Ugyanebben az évben jelenik meg *Antal Géza* czikke: »Kisérleti tanulmányok a petefészek tömeges lekötésére« vonatkozólag.

Dollinger (1876): az »Izferdülésekről«, a világra hozott »Csipizficzamról« értekezik.

Puky (1877): »Eves és micrococcus fertőzésekkel tett kisérletekről« számol be.

III. 1877—1885. Listerismus. A Lister-féle sebkezelés kérdése, melynek első feltünését az előző időszak elején hangsulyoztam, csakhamar mind szélesebb tért hódított. Kedvező fogadtatásának bizonyítására felsorolok néhány adatot.

1878. *Farkas László:* A 20. hadosztály dobaji kötözőhelyén végzett műtét esete a bél műleges megnyitásával; bélvarrat; *Lister-kötés* alatti gyors gyógyulás.

1878. *Lumniczer:* Térdizületbe hatoló lövés; gyors gyógyulás szabad mozgékonysággal az izületben *antisepticus sebkezelés mellett.*

1878—1879. *Puky:* A sebkezelésről, különös tekintettel *Lister* módszerére.

1879. *Spitzer: Posellenes* sebkezelés.

1883. *Réczey:* Ujabb sebkezelési módok s azok értéke.

Mint minden új igazság terjedésekor, most is akadtak fanatikusai a Listerismusnak. De úgy hiszem erre a fanatizmusra szükség van, hogy egy eszme gyorsan fussa át a birálatnak tisztisztító tüzét, mely minden salaktól, minden fölösleges részétől megtisztítja.

Kovács e korszak végén így jellemzi a sebkezelés terén elért haladást (1884. A méh és függelékeinek daganatairól.) »Összefoglalva azt, mi a Lister-féle sebkezelés körébe tartozik, s azon cautélákat, melyekkel az jár: már kezdettől fogva állítottam, hogy nem a Lister-kötés schablonja az, mely a sebészetben a nagy haladást jelenti, hanem az, mit a tisztaság szavával lehet kifejezni, úgy határozván meg közelebbre ennek fogalmát, hogy az sebészi tekintetben legyen tisztaság.« Az ő tanítása jelöli meg az irányt, melyben a sebkezelésnek a következő időszakban haladni kellett. A keretet ő szabta meg, a tartalmat főleg a német sebészek munkássága adta meg.

A korszak legfontosabb mozgató kérdései az antisepsis által hozzáférhetővé vált hassebészet és az izületek sebészete körül forognak. 1879-ben *Lumniczer* »20 petefészektömlő kiirtásnál tett tapasztalatokról« referál. 1881-ben Antal »hasmetszési esetek«-et ismertet. Hat eset közül két petefészektömlő, egy intraligamentosus tömlő és egy sarkoma gyógyult. Csak egy esetet vesztett. (Amputatio supravaginalis uteri post rupturam.) Myoma miatt supravaginalis módon csonkított betege gyógyult.

A vitás kérdés a hashártyán belül vagy kívül történő csonkellátás körül forgott. *Kovács* 1877-ben a csonk elsülyesztését ajánlotta. Tovafutó varrattal látta el a méh csonkját és a hashártyát. Őt követte *Antal* is. *Tauffer* 1882 óta az extraperitonealis csonkellátást proclamálta. Imponáló számokkal bizonyította 1884-ben álláspontjának helyességét. Ekkor számol be »106 hasmetszési műtételéről«. Bár nem szorosan a sebészet körébe tartozik, jónak látom nehány számadatát ideiktatni, mert leghívebb képét nyujtja a kor sebkezelésével elérhető eredményeknek.

31 ovariotomia, 1 halál.
19 intraligamentosus tömlő, 3 halál.
17 castratio haláleset nélkül.
7 méhcsonkolás, extraperitonealis csonkellátás, 0 halál.
7 » intraperitonealis » 4 halál.

A számok beszélnek. A fertőzés leküzdésére irányuló eljárásoknak tökéletesedniök kellett, míg az ideális eljárást, a csonk elsülyesztését, mint rendes sebellátást lehetett proclamálni.

A bélsebészet még gyermekéveit éli. 1880-ban közli *Navratil* és *Ruttkay* sikeres bélcsonkolás egy-egy esetét.

Annál meglepőbb sikereket látunk a hólyagsebészet terén. 1885-ben ismerteti Antal »Módosított felső hólyagmetszését« és hugyhólyag-varratát. 4 esete közül 3 egyesült per primam. Ugyanekkor ismerteti az első gyógyult hólyagcsonkolást, mely a hólyag falának egész vastagságára vonatkozott. Az irodalomban addig ismeretes 8 eset közül csak Sonnenburg végzett igazán az egész falvastagságra kiterjedő csonkolást. Ez a beteg azonban meghalt.

A sebészet körének tágitásán fáradozik Réczey, a l
a vesekiirtásról értekezik. Ő végezte az első vesekiirt
vese miatt. Brandt sikeres nephrectomiáját (vesesérül
említettem. (1873.)

Balassa örökébe 1882-ben Navratil lépett. Parlag
agyvelősebészetünket újabb adatokkal gazdagította.
tályogokról«, a »Lékelésről horpadás miatt, gyógyult ese
(1883), majd az »Agysértésekről« értekezik.

Dollinger 1876-tól kezdve a Batizfalvy megkezd
paediás sebészetnek válik szorgalmas munkásává. Ne
hetjük önálló magyar orthopaediánkat. (A részletk
önálló czikk foglalkozik.)

1884-ben találjuk az utolsó czikket Kovács toll
iskolája már két évvel előbb a »Gyógyászat« számár
Talán ez a körülmény magyarázza a sebészet körébe vá
számának nagy megcsappanását 1884—1887-ig.

IV. 1885—1893. Az asepsises sebkezelés terjed
tetlen az »Orvosi Hetilap« czikkei alapján pontos évszá
jelölni az asepsises sebkezelés elterjedésének évét. Ne
pásra változott át a Listerismus a mai asepsises se
Nem egy időben fogadták be minden sebészeti osz
»Orvosi Hetilap« czikkei szerint körülbelül a fönt je
tehető az asepsises sebkezelés terjedése.

A sebészeti czikkek számának megcsappanását
már. Számbelileg is újra fellendül az »Orvosi Hetilap
tartalma, mikor 1888-ban Réczey veszi át mint fő
a szerkesztést.

Tárgyát illetőleg a nagy chirurgia kezd bevo
sebészet (Frank, Lumniczer), főleg pedig a vesesebés
koztatja sebészeinket. »A bőralatti veserepedésekről«
»A vesekövek műtéti kezeléséről« és »A veseműtétekről
1888, 1889) című czikkek bizonyítják a kérdés v
Fellendült hassebészetünk fényes jele, hogy Tauffer
már 285 hasmetszés alapján írhat »Hasdaganatok sebé
sének javalatairól és jóslatáról«. Egy évre pedig (18
Tauffer osztályáról »Az ugyanazon egyénen ismételt l
műtétekről« értekezik.

De nem hanyagolták el sebészeink a sebészet
kérdéseit sem. Lumniczer 1889-ben thorakoplastikáv
tott empyemát ír le, Puky a »Golyvák kezelését« ismerte
eset kapcsán. 1890-ben a sebkezelés terén elért bizto
Réczey a »Draincső nélkül« való sebgyógyításról számol
tárgyról referál Dollinger is.

1891-ben írja le Dollinger a »Féregnyujtvány csor
egy gyógyult esetét, majd 1892-ben a »Mac-Ewe
sérvműtét« 2 esetét. Ugyanez évben ismerteti a gyo
képzést rákos bárzsingszükület palliativ kezelése czél

Herczel 1892-ben lues-es végbélszükület mia
Kraske-féle sacralis exstirpatio által gyógyult betegről
Egy évvel később rákos gége teljes kiirtását és egy
műtétét ismerteti. Ugyanebben az évben írja le D
alsó végtagok töréseinek ambulans gyógyítását czélzo

Elsorolva szárazaknak látszanak ezek az ada
minden egyes adat bizonysága sebészetünk izmosodásán
egybevetésük meggyőzhet arról, hogy az 1893-ik év jelö
sebészet székfoglalását hazánkban. Bevonulását, te
sebkezelés tökéletesedése tette lehetővé. Az általa
jó eredmények növelték a közönség és az orvosok bizal
szet tudása iránt és csak ez tette hozzáférhetővé a
betegségeit a sebész késének, melyeken legszebb d
tudományunk.

V. (1893—1905.) Elértünk tallózásunk során ahho
mikor a történet krónikává válik. A legújabb idő
felsorolásától ezért tartózkodom. Hiányzik az az object
pont, melyről napjaink sebészetét nézhetném. Az öss
felsorolását — nagy számuk miatt — nem eszközölhe
gatással pedig nagy könnyen a kedvezés vagy a mellő
jába eshetném.

Felsorolom ezért szárazon, minden kommentár n
a kérdéseket, melyekkel sebészeink kiválóan foglalkozta

kreascysta, lépsarkoma miatt végzett lépkiirtás, homokóragyomor operatiója (1895), máj és vese echinococcusok (12 eset), nyaki echinococcus esetek, a gümös csontgyuladás gyógykezelése (700 eset kapcsán), gastrostomia (6 eset), a Bacelli-féle eljárás (1896), gyomorbélmütétek, a venasebek bevarrása (1897) ektopia vesicae operálása Maydl szerint, a nyelv gümőbaja (1898), a gastroenterostomia értéke, a féregnyulvány-gyuladás kérdése (1898), Gasserduc-kiirtás új módja, a tüdőüszök műtéti kezelése, a cholelithiasis kérdése (1900), a mesterséges légmell kérdése, coxa vara, medencze-echinococcusok, átjárhatlan gége és gégecsőszükület gyógyítása bőrátültetéssel, inalkotás (1901), az anaemia splenica kezelése a lép kiirtásával, idült vállficzamodás véres helyre tevése (1902), a Talma-féle operatió, a gastroenterostomia végső eredményei, a rhinogen agytályog (1903), az uretherkatheterezésről mint gyógyító beavatkozásról, a belső bélstrangulatio mechanismusa, sacralis vese, nosocomialis gangraena, a prostatectomia perinealis 5 esetéről, a korai operálás a féregnyulvány gyuladásának gyógyításában, a homloküreg empyemájának gyógykezelése (1904), a laryngo-tracheoskopia és bronchoskopia directa, a myelomáról, új eljárás nagy czombsérv gyökeres műtevésére, féregnyulványt tartalmazó sérvekről, a zsirszövetnekrosisról, a rákbetegség sebészeti gyógykezelésével elért eredmények (1905).

A czikkek nagy számából példának kikapott nehány czikk mutatja nemcsak a modern sebészetnek nagy kiterjedését, de különösen magyar sebészetünk önállóvá, nemzetivé válását.

Régi átka a magyarnak, hogy a saját munkáját kellően meg nem becsüli. Akárhányszor hallottuk, hogy nincs önálló magyar tudományunk, hogy természettudományunk nem tartott lépést a külföld fejlődésével. Sebészetünk fejlődésének futólagos átnézése is meggyőzhet minden kételkedőt, hogy ez nem való. Becsületes munkával mi is hozzájárultunk az általános emberi kultura fejlesztéséhez. Szellemi tőkénkkel való sáfárkodásunkról halovány képet nyujtottam a fenti sorokban. Csak töredékét öleltem fel sebészeti tudományunknak, mely az »Orvosi Hetilap«-ban látta meg a nap világát. És még ennek is csak tizedét jegyezhettem fel. A czímek felsorolásával kellett beérnem. De még igy is tiszteletet, csodálatot érdemel az a szellemi munka, mely belőlük felénk sugárzik. Ha más haszna nem is volna az ilyen visszapillantásnak, annyit mégis ér, hogy szerényekké tesz saját munkánk megitélésében, növeli hálánkat azok iránt, a kik egyengették dolgozásunk talaját és buzdit arra, hogy méltó örökösei legyünk eleink hagyatékának.

50 év az orthopädia fejlődésében.

Irta: *Horváth Mihály dr.* közkórházi rendelőorvos.

A XIX. század közepére esik azon nagyarányú fejlődés kezdete, melyet az orthopädia, az orvostudomány egyik ága, még napjainkban is felmutat. Orthopädek, anatomusok és physiologusok alapvető munkássága megdöntött oly tanokat, a melyek évtizedeken keresztül rányomták pecsétjüket úgy az elferdülések lényegére vonatkozó felfogásra, mint az erre alapított gyógyeljárásokra. Minden elferdülés tulajdonképpen contractura, mely az izom-egyensúly megzavarása útján (relaxatio, retractio, contractio) jön létre. Az ily módon érvényesülő erők hatása alatt a csontok egymáshoz viszonyított helyzete és alakja megváltozik. *Delpech* után (1828) még sokáig ez volt az uralkodó nézet, s az antagonismus zavarának kiegyenlítése végnélküli teno- és myotomiák útján csak kifolyása volt ezen felfogásnak. E mellett azonban a szerint, hogy egyesek az elferdülések pathogenesisében főleg dynamikus vagy inkább mechanikus erőket szerepeltettek, a deformitások gyógyításában is két ellentétes irány fejlődött ki; az egyik az izomzat erősítését tartotta egyedül czélravezetőnek *(Ling, Eulenburg)*, míg a másik a mechanikus gyógyeszközök hatásában bizakodott *(Wildberger, Werner, Bühring)*.

Később, midőn az orvosok tudásukat nem egyedül a klinikai észlelésre, hanem főleg a kórtani tapasztalatokra alapították s lassankint a deformitások kóroktana is felderült, megváltozott teljesen az elferdülések lényegéről szóló tan, s manapság az elferdüléseket két csoportra osztjuk, ú. m. a megterhelés utján létrejövőkre és a contracturákra. *(Henke, Roser, Hueter-Volkmann, Wolf, Roux.)* Az antagonismuson alapuló theoriák helyébe a mechanikus tanok léptek, a melyek az elferdülések létrejövetelében külső erőket, a testsúlyt és a megterhelést

rendszer plasticitása bizonyos mértékig kedvez a kifejlődésének.

Külső erők hatása érvényesül azonban a contrac (paralyticus), melynek létrejövetelét ma is *Seeligmüller*, tikus-mechanikus elmélete alapján magyarázzuk, a m elsősorban a nem bénult antagonista izom működése meg a contractura irányát.

Az elferdülések lényegéről szóló tannak, valamin mitások kórtanának és kóroktanának fejlődésével tu alapra helyeződött az elferdülések gyógyítása is. A re terhelési viszonyok helyreállítása s a normalis működés útján igyekezik az orthopädia az emberi test elferdül akadályozni, vagy ha már kifejlődtek, azokat ismét kieg

Az orthopädia nagy arányú fejlődését bizonyítj az a nagy haladás, melyet a gyógyítás czéljára használa és eszközökben az utolsó ötven év alatt észlelünk, másr hogy eme gyógyeljárások indicatiója sok oly bántalo terjesztve, a mely szorosan véve nem tartozik az körébe.

A mechano-therapeutikus gyógymódok közül mely a mult század közepéig különösen a nép körében jedve, mindinkább tért hódított s azon vizsgálatok, mely hatását derítették fel, valamint az általa elért kitünő er az orthopädiás gyógymódok közt igen jelentős szere sítottak neki.

Vele együtt a *gymnastica* fejlődésében is nagy találunk, a mely az élettani hatását felderítő kutatások s különösen indicatiójának kiterjesztésében, valamin szükséges gépezetek és eszközök tökéletesítésében *(Zander, Herz, Krukenberg, Schulthess.)*

A mi a — Hoffa szavaival élve — *mechaniku* eszközeinek (kötések, gépezetek, prothesisek) tökéletess nösen a gyógyczél elérésére szolgáló különleges szerkez ez az utolsó 50 év alatt oly magas fokot ért el, a mely összehasonlítást az azelőtti viszonyokkal.

Az orthopädiás gyógyítás fejlődésére legnagyob azon nagy haladás volt, a melyet az általános sebészet Az aseptikus sebkezelés nagy fordulatot jelent az o bántalmak gyógyításában is, annál is inkább, mert a sebé kozás előnyeit érvényesítheti oly esetekben is, a melyek ben nem az ember életének megtartásáról, hanem a test alakjának vagy működésének helyreállításáról van szó. tikus sebkezelés idejére az orthopädiában alkalmaz műtétek száma is nagyobbodott. Ilyen a lágy részek n szése contracturánál *(Volkmann, Phelps, Lorenz)*, az ost resectio, az arthrodesis *(Albert)*, arthrolysis *(Wolf)*, *(Nicoladoni, Vulpius, Lange)*, inképzés *(Gluck, Lange)*, i (neurotisatio).

Az altató eljárások tökéletesedése a vértelen bea fejlődését segítette elő, a mennyiben a lágyrészek erősz tása (redressement forcé), a brisement forcé, az osteocla született csipőficzam repositiója mély narcosist igénye műtéti beavatkozások jelentősége abban rejlik, hogy viszonyok helyreállítását s ezzel a csontok és izületek e nek kiegyenlítését a csontváz anyagának minden feláldo s véres műtét elkerülésével érik el.

A paralytikus és spastikus contracturák mai sebé tása (inátültetés és plastica, inképzés) a redressáló gépez nálatát nagyrészt feleslegessé teszi, mert ez úton deformitás kiegyenlítését, hanem a bénult rész rendes a dési képességét is jobban biztosíthatjuk.

A fentebbiekben röviden vázolt fejlődés az orth az orvostudományban ma már nélkülözhetetlen hely s bár a gyógyításra használt eszközök és gyógymódo gessége az orvostudomány más ágaitól való külön tette kivánatossá, mégis azon tény, hogy az orthopäd módok indicatiója sok oly betegségre is kiterjed, melyek értelemben véve nem sorolhatunk az orthopädia köréhe idegrendszer némely betegségei, a lobos eredetű izül mozgató-szervek alkati betegségei), biztosítja a szor

Felismerték ennek fontosságát az orthopädia *magyar* művelői is s erről meggyőződést szerezhetünk, ha az »Orvosi Hetilap« 50 évfolyamát átlapozzuk.

Igy már 1862-ben *Batizfalvi* »A gyógytestgyakorlat lényegéről« irott hosszú czikkében, melyben annak élettani hatásáról értekezik, kimutatja a testgyakorlat jótékony hatását, melyet az emberi test összes szerveire gyakorol, s az indicatióját az orthopädiás kórokon kivül az el- és kiválasztó szervek, a tüdők és vérkeringési szervek működésének zavarából származó másodlagos betegségekre, valamint a rossz vérvegyülésből (betvegyes kór) eredő bajokra is kiterjeszti. Fontosnak tartja azonban, hogy a szükséges műveleteket oly »testgyakorlász« végezze, ki orvosilag is ki van képezve.

Lenhossék József (1860), mint anatomus, az orthopädeket még ma is érdeklő kérdéssel foglalkozik. (A gerinczoszlop alkata és mozgásáról, tekintettel annak kóros elfajulásaira.) E czikk keretében kifejtett nézetei az akkori általános felfogásnak hű kifejezői, a melyek a későbbi vizsgálatok által sok tekintetben pótlást és javítást nyertek. Ma pl. a physiologikus scoliosist, mely a jobb kar túlhasználása útján jönne létre, nem fogadjuk el. *(Lorenz.)* De elfogadjuk és valljuk még ma is, hogy az ú. n. physiologikus görbületek az egyensúly megtartására való törekvés közben fejlődnek ki, a mai nézetnek megfelelően a megterhelés hatása alatt. Hogy a gerinczoszlop rendellenes elhajlásai »pótló görbületek kifejlődéséhez s tengely körüli megforduláshoz« vezetnek, ez a scoliosis kórtanának pontos ismeretét jelzi. *Batizfalvi* a testegyenészet fejlődését tárgyaló czikkeiben (1860, 1862, 1864, 1867) az elferdüléseket kóroktani szempontból fogja fel és vagy az izület és csontok primär bántalmát, vagy pedig az izmok és szalagok »elsőd« elváltozását szerepelteti. A hátgerincz-elferdülések (scoliosis, kyphosis) okait kutatva, három csoportot különböztet meg: 1. a csonttömeg ellágyulása; 2. izomgyengeség (a melyről azonban nagyon helyesen megjegyzi, hogy magában véve nem vezet elferdüléshez, csak disponál, ép úgy, mint az öröklött hajlam), 3. az izmoknak huzamos egyoldalú használata által létrehozott elferdülések. Fejtegetésein azonban meglátszik az akkori felfogás befolyása, a mennyiben *Wunderlich*, *Eulenburg*, *Guerin*, *Valentin* nyomán a scoliosisnál az »izmok elsőd alapbántalmát» ugy értelmezi, hogy a feszítő izmok részint hájas, részint rostos elfajulása *(Virchow)* következtében a convexitás oldalán relaxatio, a concavitás oldalán retractio támad s ily módon zsongerejöket elvesztve, a gerinczoszlop a testsúly hatása alatt elferdül. Evvel szemben mai felfogásunk az, hogy az izmok ezen kóros elváltozásai, melyek a habitualis scoliosis későbbi stádiumára jellegzetesek, nem okai, hanem következményei az elferdülésnek. *(Schulthess.)*

Batizfalvi a csigolyákon mutatkozó elváltozásokat az egyoldalú nyomásból vezeti le, hogy azonban az egyenlőtlen megterhelés mily változásokat eredményez, e tekintetben *Batizfalvi* is az akkori nézetet fogadja el. (Nyomási atrophia. *Hueter).* S önmagához marad hű, a mikor a scoliosis kezelésében előszeretettel használt *Bühring*-féle ágyat oly czélzattal alkalmazza, hogy »a convexitásra gyakorolt nyomás útján a gerinczcsont vastagabb részén a felszívódást segítse elő, hogy a normális alak előálljon«. Bár ezen nézet a *Hueter-Volkmann*-féle theoriában is kifejezést nyer, ma mégis teljesen megdöntöttnek kell tekintenünk *(Wolf).*

Batizfalvi az *O. H.* hasábjain ismételve kifejtette nézetét a követendő gyógyeljárásról, a mely »felhasználja az elismert gyógyhatányok teljes összességét«(mechanicus és dynamicus gyógymódok, sebészeti beavatkozások s a diaeteticus szabályok); hangsúlyozza a prophylaxis fontosságát s a nevelés, testtartás, ruházkodásról stb. oly határozottsággal és résztesen nyilatkozik, hogy azokat mai felfogásunk szerint is teljeseknek kell tekintenünk.

A szorosan vett orthopädiás bántalmak tárgyalásain kívül a lobos izületi bajok gyógyításának kérdésével találkozunk az *O. H.* első 20 évfolyamában. S e tekintetben nemcsak történeti értékkel bír, hanem mai felfogásunknak is alapját képezi *Balassá*nak 1864-ben közölt munkálata (Az absolut nyugalom — mint gyógyhatány — ügyéhez, a lobos ízbántalmak gyógykezelése körül). »Mint a természet az izomműködés útján zárja az izületet, adatok szerint is alig találunk *Bonnet* és *Russon* kívül nyugalmat az izületi bántalmak gyógyításában oly érvényesítette volna, mint ő. *Verebélyi* (1871) és *W* (1875) értekezései (az állandó nyujtásról) a kóros magyarázatával is foglalkoznak, s *Bonnet* vagy *B* ismert elméleteire támaszkodnak.

1876. óta az *O. H.* hasábjain mind gyakrabban t az orthopädia körébe tartozó értekezésekkel. Ezen főleg *Dollinger* nevéhez füződik. Czikkei felölelik az tartozó fejezeteket. Egy része mint ismertető és kritika az orthopädia akkori állásáról ad kimerítő képet. (Az o újabb kezelési módjainak birálata (1881). A gacsos tér tása (1882). A dongaláb újabb gyógykezelése (1881). gyógyított esetek (1884). Öröklékenyek-e a veleszül később szerzett elferdülések? Az angolkóros alszá kezelése csontátvéséssel (1887). A másik része e czikk nemcsak hazánkban volt nagy hatással az orthopädia hanem a külföldön is nagy méltánylásra talált. *Doll* értekezésekben azon vizsgálatainak eredményét is melyek a kóroktanra, s különösen a gümős csont- és izü mak kórtanára és gyógyítására vanatkoznak. Az *O.* évfolyamában a veleszületett csipőficzamról szóló ismerteti, mely szerint az *y* alakú porcz időelőtti elcsc vagy csekélyebb csontképző hajlama hozza létre a ficza kórboncztani vizsgálatokkal támogatja. E szerint a fi dályozott fejlődés eredménye; e nézet az *Ammon*, *Holzmann*-féle theoriákhoz áll legközelebb. Későbbi v azonban kideritették, hogy aplasiáról nincs szó, az *y* a teljesen ép.

Dollinger »Adatok az ízferdülések tanához« czín zésében (1876) *Volkmann* ellenében a hallux valgust ner izületi lob eredményének, hanem a szük czipő nyomásá be. Mai felfogásunk szerint is a chronicus lobfolyama valgusnál nem oka, hanem következménye a defo

Az *O. H.* örökíti meg *Dollinger* azon munkálatait is a gümős csont- és izületi bántalmak kór- és gyógytan koznak. (1885, 88, 89, 91, 93, 94, 96.) Az ezen értek lefektetett alapelvek, kórtani tapasztalatok, valamint tásra vonatkozó, részben teljesen új, részben tökéletes rások és gyógyeszközök annyira ismeretesek az *O. H.* olv hogy azoknak ismertetése alól valóban felmentve magamat, annál is inkább, mert azokban az ortho felfogása nyilatkozik meg.

Az *O. H.* hasábjain az említetteken kívül *Schächter*, *Mozár*, *Brück*, *Martini*, *Kopits*, *Hevesi* s *Horváth*-tó a tárgyra vonatkozó értekezéseket, a melyek alkalmas arra, hogy az érdeklődést az orthopädiai kérdésekkel ébren tartsák.

Nem lehetett czélom, hogy párhuzamot vonjak pädiának a magyar és a külföldi irodalomban észlelhet között, annál kevésbbé, mert jelen alkalommal a haza adatok közül egyedül azokra terjeszkedtem ki, a mel *H.*-ban jelentek meg. De már ezekből is azt olvashatju az *O. H.* az orthopädia fejlődésének hű tolmácsolója tekintetben főleg *Batizfalvi* és *Dollinger* járult hozzá értekezéseivel. Az elferdülések kór- és gyógytaná kozó értekezések *(Balassa, Dollinger)* pedig sok és n értékes adattal járultak az orthopädia fejlődéséhez, s orthopädiai irodalomnak magvát alkotják.

Az orrsebészet mai állása.

Irta: *Polyák Lajos dr.* közkórházi főorvos.

A midőn *Czermák János* az Orvosi Hetilap 1860 mában a gége- és orrtükrözésről közölt czikksorozatán dik czikkében (Az orr-garatüreg vizsgálatáról kis tük lyével. 1860. 22. sz.) a rhinoskopia posterior általa és bevezetett módszerét ismerteti, czikke végén a követk fontosságú közlést teszi:

itt még egy eszközről említést tennem, melyet dr. *Markusovszky* úr Pesten, néhány év előtt saját terve szerint készittetett és mely annál is inkább megérdemli, hogy szélesebb körben alkalmaztassék, miután tudtomra semmi ahhoz hasonló még eddig általános használatra nem szolgál.«

»Ez eszköznek czélja: az orrlikat kitágítani és egyenes irányuvá feszíteni; szerkezete hasonló a kétlapú fültüköréhez, csakhogy átalán véve nagyobb s egyuttal szélesebb és laposabb lemezekkel bír, mint amaz.«

»Én ezen rendkívül könnyüséggel kezelhető tágítót (dilatator) ismételve alkalmaztam, és azon át — ismert módon — átlikasztott homorú tükör segélyével, nap vagy lámpavilágot vezetvén be, kényelmesen a legszebb áttekintést nyertem az orrüregbe.«

»Egy esetben — igen tág orrürnél — egész az orrgaratür hátsó faláig beláthattam.«

»Megemlítem még: miképp egy hullán kitágított orrnyilásnál sikerült egy kis tükröt, fényes felületével lefele és felfelé fordítva, egész az alsó kagyló alá annyira előre tolnom, hogy a könnycsatornának — serte által megjelölt — orrbeli nyílását is megláthatám.«

Jellemzi boldogult *Markusovzskynk* szerénységét, hogy ezen vizsgálati módszeréről, mely azóta több történelmi munkában az elsőség elismerésével illő módon lett méltatva, önálló közlést nem tett, bár vele *Czermák* szerint a laryngoskopia felfedezését is megelőzte. Kutatásaim még befejezve nincsenek az irányban, hogy előtte mások mily módon és minő sikerrel kisérleteztek, de mindenesetre tény az, hogy a tudományos rhinoskópia anterior feltalálása és gyakorlatba vétele orrtágító, mesterséges fény és reflector segélyével *Markusovszky és Czermák* nevéhez fűződik és a *Thudichum*, *Fränkel*, *Duplay* és mások által ajánlott orrspeculumok használata csaknem tíz évvel később kezdődik.

A disciplina fejlesztése azonban kezdetben nem tartott lépést a laryngologia fejlődésével. Daczára a lehetővé tett és máig is alig módosult exact vizsgálati módszereknek, a rhinologia és orrsebészet, eltekintve a nagyobb külső sebészi beavatkozásoktól, főleg az orrpolypusok eltávolításából állott, mely műtétet vaskos polypus-fogókkal, a szem ellenőrzése nélkül a sötétben mindent, mi a fogó szárai közé került, összemarczangolva, többnyire nagyon hiányos sikerrel, de annál nagyobb vérvesztéssel végezték.

A rhinologia és főleg az orrsebészet rohamos fejlődése, eltekintve az adenoid vegetatiók eltávolításánál már korán elért tökélytől, 1880 után, a cocain felfedezésével indul meg.

Az első tíz évet — egyes lelkiismeretes szakemberektől eltekintve — a galvanocaustika féktelen alkalmazása jellegzi, melyről az 1890. évi berlini nemzetközi orvosi congresszuson a sectio fehér asztalánál felolvasott alkalmi vers refrainje is megemlékszik:

»Stets wird die Nase angebrannt,
Denn das hilft immer, wie bekannt.«

Ezután következnek az első kisérletek sebészi elvek alkalmazására az orrgyógyászatban. Előkerül a véső és fűrész az orrsövényléczek és tövisek eltávolítására, bár az utóvérzéstől való félelem még egyelőre nagyon szűk körre szorítja a beavatkozások javallatait; majd követi ezt, a melléküreg-genyedések behatóbb tanulmányozása után, egyes melléküregek, főleg pedig a Highmore-üreg punctiója és esetleg továbbkezelése átöblítés útján az orr felől.

Jelen czikk kerete nem engedi meg, hogy azon óriási haladást, mely az orrsebészet terén az utolsó tíz év alatt eléretett, kimerítően méltassam és meg kell elégednem azzal, hogy az elért eredményeket egészen röviden és hézagosan vázoljam:

Az orr külső alakjának correctióját inkább a sebészek művelték, kiknek ma már számos, szép eredményeket nyujtó módszert köszönhetünk. E helyen említhető fel a besüppedt orr alakalapelvek alkalmazásával történik. Az asepsis elveit a mennyire hatalmában áll (műszerek, vatta, kötőszerek kezei), lelkiismeretesen betartja; egyetlen akadály az, orrüreg aseptikussá tétele a mütét előtt sokszor a leg retesebb eljárás mellett sem vihető ki; ezen fogyatko erejét csökkenti azonban azon tapasztalat, hogy az o ejtett sebek általános fertőzéssel szemben meglehetős n állással birnak. Az orrműtétek kivitelét lényegesen me az, hogy ma a cocain vagy pótszerei segélyével az orr csontmütéteknél is teljesen érzéstelenné tehető, az újab nált mellékvese-készítmények pedig csaknem teljesen teszik a mütétek lefolyását, a mi a gyors és pontos kiv fokban segiti elő.

Az orrsövény elferdülései közül kisebb csontléczel sek eltávolítása rendszerint fürészszel, de még inkább eredményt nyujtó vésővel végezhető. Nagyobb elhajl volítására két módszerrel rendelkezünk: egyik az abla mely az elődomborodó rész nyálkahártyájának leválasz távolítja el az alatta levő elferdült csont és porczrészeke oldali nyálkahártya kimélése mellett; a másik, ideálisn ható eljárás pedig a submucosus orrsövény-resectió, nyálkahártya mindkét oldalának épségben hagyásáv ejtett linearis seben át távolítja el a két nyálkahártyale az elferdült sövényrészt; a két lemez összetapadás út nyire per primam gyógyul. Ezen orrsövénycorrectiól nyire csak felnőtteken végzik, gyermekeknél az ilyen zásokat nem annyira a műtéti terület kicsi volta gát inkább azon körülmény, hogy a koponyacsontok n közben keletkező nyomási különbségek, melyeket a se formitások egyik előidézőjének tartunk, az esetleg végzett eredményét újból meghiusíthatják.

Az orrkagyló-nyálkahártyatúltengéseinek fejezete az galvanocaustikával legtöbbet éltek vissza. Eltekintve rencsétlenek nagy számától, kiknek nyálkahártyáját 20- még több »ülés«-ben égette valamelyik conservativ és ter specialista és kiknek orrlégzése még ezután sem állo sőt még kevesebb lett az égetés után keletkezett syne vetkeztében; sok szomorú eset van feljegyezve a középs cauterisatiója után támadt súlyos melléküreg-, sőt kop beli complicatiókról is. Szomoru, de való, hogy még ma exact sebészi úton csak a kóros részek eltávolítására s gyorsan gyógyuló műtétet végezhetünk a környező ré tása vagy esetleg roncsolása nélkül, akadnak szakorv derüre-borura kauterizálnak, természetesen kijelentve ők, és csakis ők, tudják az indicatiókat megválogatni az ő kezükben veszélytelen és áldásthozó a galvanocaut

A fent említett nyálkahártya-túltengéseket ma vagy metszőfogók segélyével alaposan és egy ülésbe eltávolítani; a kagylócsont többnyire érintetlen mar a csontos rész csekély mértékű resectiója csak azon ritk ben szükséges, a hol az orr szűk csontos váza miatt a nyálkahártyarészek eltávolítása után sem kaptunk a sz légzéshez elegendő tág orrjáratot.

Itt említhető fel, hogy a ductus nasolacrymalis tágitása kivihetővé vált az orr felől.

Az orrpolypusok eltávolításakor ma már nem meg az orrjáratba lelógó daganatrészek kimetszésé czélra a hideg éles kacs lesz többnyire alkalmazva, hanem t véve a bántalom aetiologiáját, mely szerint az orrpolypu jöttét nagyrészt csonthártyaizgalmak vagy melléküreg-g okozzák, és a nem basisukkal eltávolított polypusok, ha bántalom el nem háríttatott, többnyire rövid időn bel nak, ma már a melléküreg-genyedések kezelésbe véte ezen polypusokat a beteg csonthártya- vagy csontrészekk távolítjuk el.

Itt említhető fel az *asthma* egyes eseteinek *nasalis* szóló tan is, mely therapeutikus irányban nem kevés dol az orrsebészeknek: az elért eredmények azonban az esete

az utolsó évek alatt rohamosan haladt előre; a kérdés ma úgy áll, hogy képesek vagyunk minden mellüreget az orr felől nyitni meg, a genynek errefelé szabad befolyást biztosítani, sőt egyes mellüregeknél a radikális beavatkozást is intranasalis úton végezzük. Nagyot fejlődött ezen megbetegedéseknél a külső radikális beavatkozások műtéti módja is, a mit legczélszerűbben külön-külön az egyes mellüreget anatomiai viszonyainak figyelembevételével tárgyalhatunk.

A Highmor-üreg-genyedések néla beavatkozás punctó útján az alsó orrjáratból már régi keletű, s heveny vagy félheveny eseteknél, a punctiós nyíláson át végzett öblítésekkel egybekapcsolva, rendszerint gyógyuláshoz vezet. A régebben a száj felől a fossa caninából, vagy egy kihúzott fog medrének átfurása útján végzett punctiók ma már többnyire mellőztetnek. mivel ily eseteknél az üreg közlekedése a szájüreggel a gyógyulás feltételeit minden óvatosság mellett is megnehezíti, sokszor egészen lehetetlenné teszi. Ennélfogva az orr felől iparkodtunk az üreget megnyitni és tovább kezelni, a mi részint az alsó, részint a középső orrjáratból, kisebb-nagyobb nyílások készítése útján történik; természetesen a lejebb fekvő nyílások mindig előnyösebbek, főleg ha elég nagyok, mert ezeken keresztül a váladék önként is könnyen ürül ki és felhalmozódása elkerülhető. A száj felől a fossa caninán át végzett radikális beavatkozások tere az orr felőli kezelés haladása folytán most már lényegesen kisebb, a javallat csak oly esetekre szorítkozik, melyek hónapokon át tartó kezelés daczára sem mutatnak javulást, a hol feltételezhető, hogy az üreg nyálkahártyáján súlyosabb elváltozások (fekélyek, sarjak, polypusok) vannak és tartják fenn a genyedést; ezen műtéteknél is kerüljük újabban az üreg nyitvatartását, és feltárás valamint kitakarítás után széles communicatiót készítve az orrüreggel, a sebet a száj felől primaer varrattal zárjuk és az utókezelést az orr felől végezzük.

A rostacsontgenyedések a legmellsőbb és a praefrontalis sejtek kivételével, melyekről alább lesz szó, az orrüreg felől jól hozzáférhetők és kezelésük valamint kitakarításuk az orrüreg felől, a középső kagyló resectiójával vagy néha a nélkül is, alaposan végezhető.

A homlokcsontüreg-genyedéseknél az üreg anatomiai szerkezete csak a kivezető csatorna nyílásának felszabadítását engedi meg az orr felől, többnyire a középső kagyló resectiója után. A felszabadított ductus nasofrontalison át a homlokcsontüreg sondázható és öblíthető; ez heveny, sőt egyes idült genyedéseknél is — hozzávéve a váladék lefolyásának lehetővé vált voltát — elegendő a gyógyulás elérésére: a hol ez nem elégséges és a javallatok feltétlen kívánják, ott a homlokcsont-üreget kívülről nyitjuk meg, a mely műtét az eset szerint az egyszerű trepanatiótól kezdve variál azon ideális eredményt nyujtó radikális beavatkozásig, melynél a homlokcsontüreg mellső, valamint orbitalis csontfalának teljes eltávolítása után, a supraorbitalis csontlécz meghagyása mellett, a lágy részeknek alkalmuk nyilik részben az összetapadásra, részben a gyors besarjadzásra és a műtét a homloküreg teljes megszüntetését eredményezi. Az előbb említettek és főleg az utóbbi műtét nyujt továbbá módot a praefrontalis, valamint legmellsőbb restacsontsejtek kitakarítására, a mint általában ezen sebzésből az összes rostacsontsejtek és az ékcsontüreg is kívülről hozzáférhetővé válnak.

Az ékcsontüreg-genyedések kezelése túlnyomólag intranasal úton történik, kívülről csak a legritkább esetekben végezzük, a fent említett utak egyikén, nagy sebzés árán; rendszerint azonban belülről jól hozzáférhetünk az üreg mellső falához, többnyire a középső kagyló és a rostacsontrészek kitakarítása után és az üreg a mellső fal resectiója után teljesen áttekinthetővé válik.

A rosszindulatú daganatok eltávolítására többnyire a felső állcsont időleges, részleges vagy teljes resectiója által nyert utak szolgálnak. Az eredményeket illetőleg a sarcomák egyes nemeinél, ha a műtét nem túlkésőn történt, végleges gyógyulások aránylag nem ritkán tapasztaltattak. Más és sokkal szomorubb tapasztalataink vannak az orrüregben előforduló rákos daganatokról, melyek radikális műtét és a lehető legalaposabb kitakarítás után is rend- és kis területre szorítkozó daganatoknál javallják a k kozást.

Az orrgaratüregben végzett műtétek közül az *ad tatiók* eltávolítására egész műszertár áll rendelkezésü adat ezen túltengett garatmandolarészeket egy ülésben távolítani el és némely részletkérdés, minő például kérdése, a jelzett czél biztosabb elérhetése végett gatásra.

Specziális orrgaratüri daganat, mely középúton rosszindulatú daganatok között, *a koponyaalapi fibron* tásban levő fiúkor betegsége, melynek eltávolitása kivülről, ujabban a kemény szájpad és a fogmede részleges és időleges leválasztása útján történik, de egy és ritka esetekben intranasal műtét által is teljes s eszközölhető.

A felsorolt intranasalis sebészi beavatkazások n lényeges fogyatkozásban szenvednek, t. i. abban, ho cáltabb orrmegbetegedés és kiterjedtebb műtéti felad beavatkozás nem egy ülésben, hanem szakaszonkint, kevesebb, egymástól rövidebb-hosszabb időre eltólt r jában végeztetik, nem is szólva olyan orrsebészről, kine orrpolypusok eltávolításához is több »ülés«-re van szü szakaszonként való műtevések az általános sebészi a egyenesen ellene mondanak és létezésüket semmi sem ellene szól minden körülmény, a betegre való tekintet sebzés, reactió stb. és főleg az, hogy ma a cocain é időszakában olyan technikai lehetetlenség vagy akada azelőtt az esetleg beálló súlyos vérzés volt, többé nem a konzervativ eljárás azon hívei, kik vérző szivvel mi operativust emlegetnek, ha más egy kagylóhártyany trophiát a kagylócsont szabad szélével együtt távolít sem tudnák ezen eljárást megvédelmezni vagy mego a tapasztalat azt mutatja, hogy a »sorozatos műtev ma itt, holnap ott csip kedveki egy keveset, a beteg máskor oly tág orrüregekhez jutnak, a minőkre egy czéltudatosan végzett és csak az igazán beteg részek el szorítkozó műtét által aligha tettek volna szert.

Mint orrüregbeli sebészi beavatkozás említh submucosus paraffin-befecskendezések alkalmazása melyről ma bővebb észleletek hiányában nyilatkozn lehet.

Befejezésül még némely *nasalis eredetű agybántalo* a homloklebeny-tályognak, sinusphlebitisnek és kö hártyalobnak sebészi kezelését kivánom jelezni, mely homlokcsontüregnek hátsó falán keresztül tétetik hozz továbbá röviden óhajtom azon *szembántalmaknak* az o kezelését megemlíteni, melyek mellüregbántalom köv támadtak és melyeknél az orrsebészi beavatkozás a sze gyógyulására vezetett.

Az organotherapia szerepe az ideg- és elmel gyógyításában.

Irta: *Hudovernig Károly dr.* I. tanársegéd.

Ámbár az organotherapia első kisérletei, öntud similia similibus elv alapján ugyan, a messze ókor vissza, — hiszen *Galenus* tüdőbántalmak ellen a rókatüd az impotentia ellen a szamár heréjének kivonatát ajánl szer gyanánt —: a tulajdonképeni organotherapia tal az orvosi tudomány legújabb vívmányai közé ta első nyomai csak *Brown-Séquard* 1869-ben közzétett óta találhatók, a midőn eme buvár a kiválasztó secr még kimutatta a belső secretiót is; szerinte a »sécr mentielle« mellett létezik a szervezetben még egy recrémentielle« is, melynek lényege abban áll, hogy belső mirigyei olyan productumokat termelnek, melye cserére nézve essentiális fontosságuak, s felszivódva,

anyagcsere-folyamba jutnak és így physiologikus hatásuk kifejthetésére alkalmasak lesznek. *Brown-Séquard Arsonval*-lal egyetemben theoriáját később oda módosította, hogy nemcsak a belső mirigyek, hanem minden szerv termel olyan specifikus anyagokat és fermentumokat, a melyek a vér által felvéve, ennek közvetítésével a test összes sejtjeire befolyást gyakorolnak, és ha hiányoznak, a szervezet súlyos alteratióját eredményezik.

Ezen theorián alapszik az újabb organotherapia, melynek czélja, hogy valamely secretio elégtelenségének esetében a hiányt úgy pótolja, hogy az elégtelenül működő szervet mint olyant, vagy legalább annak hatékony kivonatát beviszi a szervezetbe. Az organotherapia maga csak 1889 óta létezik, a midőn *Brown-Séquard* első therapeuticus kisérleteit a herekivonattal közölte. Daczára a kezdetben mutatkozó skepsisnek, manapság az organotherapia máris meglehetős elterjedtségnek örvend, és a neurologiában és psychiatriában is bő tere mutatkozik alkalmazhatóságának. Csupán emez utóbbi elterjedésének, az eddig elért organotherapiás eredményeknek és a még serényen folyó gyógykisérleteknek rövid vázlatos jelzését óhajtom jelen soraimmal, melyekből látható, hogy rövid másfél évtized alatt az organotherapiának elég terjedelmes alkalmazás jutott az ideg- és elmebetegségek gyógyításában is.

Ha végigtekintünk mindama organotherapiás kisérleteken, melyek az idegrendszer megbetegedéseinek gyógyításában történtek, úgy tapasztalható, hogy itt is több az empiricus úton elért eredmény, miként általában a therapiában nagyobb szerep jut az empiriának, mint az élettani kisérletek alapján foganatosított gyógybeavatkozásnak. De másrészt tagadhatatlan, hogy éppen az idegrendszer bántalmainak gyógyítási törekvése nem egy olyan organotherapiás alkalmazást eredményezett, mely a kisérletileg megállapított hatások által vélt sikereket elérhetni, sokszor persze csekély vagy kétes eredménynyel. A neurologiában és psychiatriában még kevés az olyan organotherapiás készítmény, mely általánosan elfogadott és használt gyógyszer gyanánt szerepelne ; azonban elég bő számban találunk oly idegrendszeri megbetegedéseket, a melyek kezelésében az organopraeparatumok többé-kevésbbé sikeres gyógykisérletek tárgyát képezik.

Legáltalánosabban és legtöbb eredménynyel használjuk az organopraeparatumokat az idegrendszernek mindazon megbetegedéseinél, a melyek a pajzsmirigyek megváltozott secretionális működésével állanak összefüggésben : ezek a myxoedema, az idiotismus, cretinismus, a tetania és a Basedow-féle betegség.

A *myxoedema* kórtani lényege tudvalevőleg egy sajátos általános testi és szellemi téren nyilvánuló kiesési complexus, mely akkor létesül, ha a pajzsmirigy működése tetemesen csökkent, vagy éppen hiányzik. Ily esetben az egyedüli észszerű gyógybeavatkozás csakis a hiányzó mirigyműködésnek pótlása, s valóban myxoedemánál a pajzsmirigynek vagy kivonatának adagolása, az indicatio causae és indicatio morbinak megfelelvén, valóságos specificum jellegével bir. Thyreoidea-készítmények myxoedemánál úgy somaticus, mint psychicus téren oly lényeges változásokat eredményeznek, hogy ma a myxoedemának általánosan elfogadott és elismert gyógyszere a pajzsmirigy vagy annak kivonata, akár veleszületett, akár szerzett a betegség.

Majdnem ugyanilyen fényes eredmények érhetők el a thyreoidea-készítményekkel az idiotismus és cretinismus azon eseteiben, melyek myxoedema jelenségeivel combináltak, tehát olyan kóreseteknél, a melyekben a pajzsmirigynek hiányos fejlettsége vagy működésbeli kiesése van jelen ; az ilyen betegeknél a pajzsmirigy rendszeres és huzamos adagolása azelőtt lehetetlennek vélt kedvező eredményekhez vezet. Ha azonban az idiotismus vagy cretinismus a pajzsmirigy normális állapotával vagy működésével jár karöltve, akkor a thyreoidin-kezeléstől eredményeket nem várhatunk. Minthogy azonban a pajzsmirigykivonat éppen huzamos használat mellett gyakran befolyást gyakorol az egész anyagcserére (hiszen igen jó eredménynyel használják obesitas eseteiben) és könnyen alterálhatja a szivet és veséket is, ez utóbbi szervek rendszeres ellenőrzése a pajzsmirigy-kezelés alatt okvetlenül szem előtt tartandó. Az imbecillitas organotherapiájánál megemlítendőnek tartom, hogy, újabban magam is behatóbban foglalkozván e kérdéssel, egy olyan imbecillis gyermeknél, kinél ezen szellemi defectus mellett még kóros óriásnövés is állott fenn, a thyreoidinnal minden siker nélkül kisérletezt ovarium-kivonattal nemcsak a csontnövésnek feltünő gy hanem egyúttal az imbecillitasnak valóban szokatla javulását is észlelhettem. Úgy látszik tehát, hogy ez mint sok másban is, az imbecillitas nem thyreoidál functiónak volt a következménye.

A *tetania* az újabb állatkisérletek tanusága sze a pajzsmirigy hiányából származik, miként azt még ezelőtt supponálták, hanem a parathyreoideák hiányá csökkent működéséből, mert tetaniás állapot a kisérleti akkor állt be, ha a pajzsmirigy a mellékpajzsmirigyekk lett kiirtva, de oly műtét után is, ha a mellékpajzs egyedül lettek eltávolítva vagy működésen kívül helyezve. gyógykezelésében már eddig is több esetben vált be thyreoideák adagolása, a thyreoideának adagolása ped szerint csak akkor, ha ezt thyreoidectomia előzte meg.

Egy további idegbántalom, mely szoros összef látszik lenni a pajzsmirigy működésével, a *Basedow-kór*. E organotherapiás kezelése kezdetben hamis nyomok ugyanis kiindulva ama tapasztalatból, hogy strumák a pajzsmirigy adagolása sokszor kiváló eredmények ezt a kezelést átvitték a Basedow-féle betegségre is, s ezt inkább, mert ennek egy feltünő tünete a struma, s is a bántalom általános anyagcsere-változás benyomás De az eredmények a várakozásnak nem feleltek meg. A k több oldalról említett sikeres kezelések után mindinkál rodtak az ellenkező tapasztalatok, és ma már csak elvét beszámolást arról, hogy a Basedow-kór pajzsmirigy-a javult volna. Épp oly kevéssé vált be eme bántalomna kezelése más organotherapiás készítményekkel (thymus, Érthető az említett balsiker, mert a Basedow-kór lényege felvettek egy thyreoidea-hypofunctiót, pedig különösen vizsgálatai óta ismeretes, hogy ennek a felvételnek ellenkezője áll : hogy t. i. a Basedow-kór lényege a pajzsm hyper- és dysfunctiója, mert eme bántalomnál a th több váladékot termel és választ ki, mint a mennyi egyé csere-productumok megkötésére szükséges. A Basedo olyan organotherapiája, mely a hyperfunctió okozta ellensúlyozását czélozza, sokkal több eredménynyel jár, is öt esetben tapasztalhattam eme organotherapiának lásban nyilvánuló kedvező behatását. A kezelés lényege hogy műtéti úton pajzsmirigyüktől egészen vagy részl fosztott állatok vérsavóját, tejét, tej- vagy vérporát ny Basedow-kórban szenvedőnek.

Az eddig felsorolt idegrendszerbeli betegségekk belül ki vannak merítve azon betegségek, a melyeknél a therapia majdnem biztos sikerrel alkalmazható. De még idegbántalomnál történtek és történnek kísérletek organo befolyásolás iránt s nem egy eset ismeretes, hol az organ ratum csakugyan jótékony befolyással volt, viszont igaz a más hasonló esetekben a siker vajmi csekély volt vagy elmaradt. Történnek ezen kísérletek pedig nemcsak a s értelmében vett idegbetegségeknél, hanem újabban elmebántalmaknál is.

Az akromegaliát kórbonczolási leletek alapján (a túlnyomó számában található a hypophysisnek megn dása) sokan összefüggésbe hozzák ezen mirigyes szervne sult működésével. Az akromegalia, miként a vele roko tismus is, olyan idegbántalom, mely az elcsontosodásnak csontnövésnek rendellenességével jár. Az akromegaliás elcsontosodott csontok kóros növést mutatnak a distális seken, a gigantismusnál pedig a még el nem csontosodott kóros hosszanti növése van jelen. Abból a feltevésből k hogy itt a hypophysisnek hypofunctiójával állunk megkísérelték akromegaliánál a hypophysis-kivonatnal peuticus alkalmazását, de eredménytelenül ; Kuh két óri egyénnél is alkalmazta a hypophysist mint gyógyszert, némi subjectiv javulást tudott elérni, minden objective ható hatás nélkül. Én magam egy nemrég megjelent nyemben beszámoltam egy kóros óriásnövésű fiuról, a kin kívül imbecillitas és (a typustól eltérőleg) rendellenese nemző szervek voltak jelen, s kinél therapeutice alka

ovarint, és pedig feltünően kedvező eredménynyel, mely egyrészt a szellemi állapotnak tetemes javulásában, másrészt pedig az elcsontosodásnak rendkívüli előrehaladásában nyilvánult. Az ovarium-kivonatnak ez esetben a csontosodásra nyilvánuló hatása némileg feljogosítani látszott, hogy eme hatását akromegalia eseteiben is vizsgáljam; egy esetben meg is kíséreltem, de a megfigyelési idő rövidsége folytán eddig eredmény nem észlelhető. Ugyancsak alkalmazhatónak vélném az ovarium-kivonatot gyermekkori hemiplegiák és poliomyelitisek eseteiben oly czélzattal, hogy általa a csontosodást siettetve, talán megakadályozható az idővel mindinkább feltünő nagysági disharmonia a bénult és ép végtag között; ezen hatás nem azáltal volna várható, hogy a bénult végtag csontosodása előmozdíttatnék, hanem inkább az ép végtag elcsontosodásának siettetése következtében; ha sikerül ennek hosszanti növekedését mintegy therapeutice visszatartani, akkor a későbbi korban mindjobban kifejeződő disharmoniának kifejlődése legalább némileg meg lesz gátolva.

Tabesnél is történtek organotherapiás kísérletek, eddigelé nem nagyon biztató eredménynyel. Brown-Séquard első organotherapiás kísérleteit herekivonattal végezte s ő is, mások is nagyon kedvező eredményeket értek el többek között tabesnél is, a menynyiben az eseteknek körülbelül 90%-ában tartós javulást nyertek, akár subcutan, akár per os való adagolás mellett; más észlelők nem voltak ily szerencsések és Dixon újabban említi, hogy ugyanazon gyógymód mellett nagyon kétes eredményeket kapott. Más szerzők ismét a »transfusion nerveuse«-nek nevezett organotherapiával, azaz agyvelő-emulsiónak, gerinczvelő-emulsiónak subcutan befecskendésével (Babes), vagy cerebrinnel kaptak kielégítő eredményeket (Dauriac, Dufournier), míg Stern gerinczvelőkivonattal volt megelégedve. Az utóbbi időben azonban a tabesnek organotherapiás gyógykezelése már alig történik; a mi érthető is, mert az eddig leírt sikerek nem nagyon kecsegtetők. A kedvező hatás, mit egyes szerzők akár herekivonattal, akár cerebrinnel nyertek, valószinüleg e két készítmény általánosan tonisáló és roboráló hatásától függ. Poehl szerint ugyanis a herekivonat hatása a spermintől függ és ez akkor áll be, ha a spermin oldható állapotban van, a mikor az anyagcsere-productumok oxigatióját tetemesen elősegíti. Hasonló hatása van a cerebrinnek is. A tabesnél észlelt sikerek folytán egyesek a herekivonattal más gerinczvelőbántalmaknál is kísérleteztek, de Friedreich-féle betegségnél, sclerosis multiplexnél csak csekély hatást észleltek.

A különböző *myopathiáknál* is történtek organotherapiás kísérletek, de még szórványosan; Lépine két esetet eredményesen kezelt pajzsmirigykivonattal s Macalister, vonatkozásokat supponálva a thymus és az izomtáplálás között, a thymus kivonatát ajánlja myopathiáknál. Több kísérlet ez irányban nem ismeretes. Talán e helyen említhető, hogy egyes szerzők jó hatást láttak spermintől paralysis agitansnál; valószínű azonban, hogy ez a hatás is a sperminnek imént említett tonisáló hatásától függ.

Valamivel több eredménynyel kecsegtet az organotherapia a functionalis neurosisok gyógykezelésében. Kiindulva a sperminnek általános tonisáló hatásából, már Brown-Séquard is ajánlotta neurasthenia eseteiben, s volt idő, midőn a herekivonatban a neurasthenia specificus gyógyszerét látták. De már az első buvárok is úgy tapasztalták, hogy itt az eredmények visszamaradnak a tabesnél észleltek mögött, mert javulás vagy gyógyulás csak az esetek 50%-ában észleltetett. Később Babes nagyon dícsérte a gerinczvelőkivonat injectióit és mások ismét igen jó eredményeket találtak cerebrin adagolása után, a mi megfelel *Constantin* ama tapasztalatának, hogy a cerebrin befecskendése után az izomerő növekszik, a fáradékonyság érzete csökken és állítólag a szellemi munkabírás is emelkedik. Persze ugyanezt észlelte Brown-Séquard a herekivonattól is, mit újabban csak még Salomon igazol. Neurastheniás egyéneknél mindenesetre figyelembe veendő a suggestiv hatás, mely ezen betegek kezelésében oly sok gyógytényezőnél érvényesül s annyival inkább szerepelhet, ha az illetőnek »herekivonatot« vagy »agyvelő-emulsiót« injiciálunk. Feleki a neurasthenia sexualis egyes nyilvánulásainál (kóros magömlések, spermotorrhoea, priapismus) dícséri a mellékvese hatóanyagának helybeli vagy per os való alkalmazását.

a herekivonat hysteriánál semmi hatást sem fejtett k
rokonhatású cerebrinre nézve sem találunk említést sike
beavatkozásokról. Ellenben igen kedvező hatást látunk
rialis hysteria eseteiben az ovarium kivonatától s a maga
is oszthatom ezt a kedvező tapasztalatot; a climacter
ben jelentkező ideges zavarokat (congestiók, szédülések,
stb.) igen sok esetben előnyösen befolyásolta a huza
nyujtott petefészekkivonat.

Többrendbeli kísérlet van már az epilepsia organ
kezelésére nézve. Bodon genuin epilepsia esetében a
ritkulását tapasztalta ovarinumtól; ugyanezt észlelték
Gibier a cerebrintől, Probst a birka agyvelőkivonatát
nak találta, míg Pantschenko legújabban kedvező er
számol be a cerebrin adagolása után; Dawson némi jó
tapasztalt a mellékvese kivonatától, Dixon a hereex
adta betegeinek, de alig észlelhető eredménynyel, Pioch
mirigykivonattól nem látott semmi hatást. Eme sok
letnek csekély és ingadozó eredményei egyelőre nem
tatnak az epilepsiának organotherapiás kezelésére. Itt
hető az epilepsiának egy újabb, nem a szó legszoros
mében vett organotherapiás gyógykezelése, mely Ceni
letén alapszik, hogy epilepsiás egyénnek közvetlenül a r
nyert vérsavója, ugyanezen egyénnél és más epilepsi
befecskendve, a rohamok számát csökkenti és a szellem
is kedvező befolyást gyakorol. Bőven folynak jele
irányú vizsgálatok és kísérletek, és ez a modern epilep
kezelésnek legaktuálisabb pontja; ez ideiig azonba
eltérők a nézetek és tapasztalatok, hogy e gyógym
legesen nyilatkozni lehetetlen. Leginkább olasz szerző
kedvező eredményeket, míg a többi nemzetiségüek ell
jutottak.

Sokkal gyérebbek az organotherapiás kísérletek
latok a szoros értelemben vett elmebántalmakat illetőleg
közölt néhány kísérlet is csak a legújabb buvárlat e
és ez természetes is, mert az egyes elmebajokra vona
tani kutatások és anyagcsere-vizsgálatok csupán új
A legelterjedtebb elmebántalomnál, a paralysis pro
is csak nehány organotherapiás kísérlettel találko
Drwery és Handerson jelentést tesznek cerebrin-ther
eredményt nem sikerült elérniök; a hüdéses elmez
folyamatában elpusztult kéregállomány pótlása állat
emulsióval nagyon problematicus kísérlet. Ellenbe
egy paralysis-esetben állítólag jó eredményt látott
kivonattól. Spengler ismét akkor látott jó eredményt
progressiva antilueticus kezelésétől, ha ezt egyidejül
idea- s thymus-kivonattal, valamint cerebrinnel c
mert különösen a thyreoidin párhuzamos adagolás
támogatná a higany hatását; azonban ezen szerző
paralysis-gyógyulásai legfeljebb remissiók számába veh
denesetre feltünő, hogy míg a tabesnél annyi szerző
talatokat szerzett a herekivonattal, addig a tabessel roko
progressivánál ezen organopraeparatumot tudtommal
alkalmazta senki; ilyen vizsgálatok, ha nem is erec
de mindenesetre érdekesek lennének.

A heveny lefolyású elmebajokra nézve több
kísérlet ismeretes, de rendszeres vizsgálatok ez ideig
történtek az ilyen elmebántalmak organotherapiájá
Melancholiánál jó eredményt észleltek a herekivo
azonban úgy látszik összefügg ezen készítmény tonizáló
de ugyanilyen javulást észlelt Ausset pajzsmirigykiv
Tambroni gyógyulást látott melancholiás nőknél az
(a mit climacteriális melancholiáknál plausibisnek tartok
nézete szerint stuporosus és depressiós elmezavarokná
jó szolgálatot tehet a pajzsmirigy-therapia.

Mania esetében tetemes javulást látott Tambro
rintól, míg Dawson öt esetben némi kedvező befolyá
pajzsmirigykivonattól. Ez utóbbi szerző különösen fris
okvetlenül ajánlja a thyreoidint, továbbá akkor,
mellett a vérnyomás csökkent.

Organotherapiás készítmények befolyásáról elmeb
nehány sommás jelentést is találtam, sokszor a kórf

látott, 2 esetben (férfi-mania, női hystero-epilepsia) javulást és 2 esetben (hypochondriás nő, hystero-epilepsiás férfi) pedig az állapot rosszabbodását. Hill a pajzsmirigy-kivonattal kísérletezett, eredménye 40 esetben : 5 gyógyulás, 14 tetemes és 12 csekély javulás. Ugyancsak pajzsmirigykivonattal még kedvezőbb eredményeket kaptak Macphail és Bruce. A thyreoidin Rogers szerint minden elmebántalomnál mint ultima ratio alkalmazandó, mielőtt az eset gyógyíthatóságáról lemondanánk. Dawson a mellékvese kivonatát némi jó eredménynyel alkalmazta mania, paralysis progressiva és epilepsiás elmezavar eseteiben. Mindezek a kísérletek azt bizonyítják, hogy elmebántalmaknál az organotherapia addig nem lehet eredményes, míg az illető elmebajok kórtani lényegét nem ismerjük. A kísérletezésnek azonban itt is tág tere nyílik s minden eredményről a priori lemondanunk nem szabad.

A katatonia kórtani lényegére nézve Lundborg rövid idő előtt új theoriát állított fel, mely ha beválik, ezen bántalomnak organotherapiás kezelésére kedvező kilátásokat nyit. Szerinte a katatoniás tünetek rokonjelenségek a tetaniával és myokloniával, és a mellékpajzsmirigyek elégtelenségéből, ellenben a dementia praecox tünetei magának a pajzsmirigynek insufficientiájából származnak. Ha ez beigazolódik, nem lehetetlen, hogy az organotherapia eredményes lesz ezen elmebántalom gyógyításában.

Végezetül ezen áttekintés keretében még egy újabb keletű therapiás beavatkozásról óhajtok megemlékezni, mely ugyan már nem tartozik a szoros értelemben vett organotherapiához, de vele mindenesetre rokon : ezek a legújabb gyógykísérletek a morphinismus gyógyításában. Ugyanis Hirschlaff azt tapasztalta, hogy a morphinismus kezelésében jó eredményekre jutott morphiummal mérgezett egerek vérsavójának befecskendésével ; ezzel szemben Morgenroth azt állítja, hogy a normális, azaz morphiummal nem kezelt állatok vérsavója is növeli a szervezet ellenállóképességét a morphiummal szemben és H. serumától sem látott más eredményt, mint közönséges savótól. A kérdés még távol áll a befejezettségtől.

A Sachs-féle idiotia amaurotica familiarisról.

Irta : *Grósz Gyula dr.*, kórházi főorvos.

A *Sachs-féle »idiotia amaurotica familiaris«*, vagy a mint némelyek nevezik, a *»Tay-Sachs-féle betegség«* egy rendkívül ritkán előforduló idegbaj, a mely az élet első hónapjaiban oly typikus kórtünetekben jelentkezik, hogy felismerése különösebb nehézségeket nem okoz. Sőppen azért szinte meglepő és megmagyarázhatlan azon tény, hogy ezen rendkívül ritka betegségnek 7 esetét észleltük kb. 9 év alatt, a mióta kórházunkban működünk. Nálunk Magyarországon egyebütt, kivévén *Goldziehert*, a ki már 1885-ben írt le hasonló esetet, ezt a betegséget — tudtommal — még nem észlelték. Ezen körülmény eléggé indokolttá teszi, hogy ha most e bántalommal főbb vonásokban foglalkozni szándékozom.

Sachs egyik dolgozatában [1] azt mondja, hogy legutolsó közleménye óta New-Yorkban magában legalább 6 esetet észleltek, úgy hogy az embernek kételkednie kell abban, vajjon e betegség tényleg oly rendkivül ritkán fordul-e elő ? *Sachs* ebben a dolgozatában 1899-ben összesen 27 esetről tesz említést.

Falkenheim [2] 1902-ben megjelent dolgozatában az egész világirodalomban közölt összes eseteket összegyüjtötte és azt találta, hogy összesen 64 eset ismeretes, még pedig 47 esetet orvosok észleltek és 17 eset csak anamnestice ismeretes. Azóta a mai napig még 13 esetet sikerült az irodalomban találnom ; a mi eseteinket még hozzászámítva, most összesen 72 eset felett rendelkezünk. *Falkenheim* irodalmi összeállításában többször méltatja *Mohr Mihály* barátom dolgozatát,[3] mely első esetünkre vonatkozik.

Waren Tay [4] volt az első, a ki 1881-ben Londonban észlelte az első esetet, a melyben a betegség egyik legtypikusabb tünetét, a

[1] Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. VIII. kötet. 1899.
[2] Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. LIV.
[3] Orvosi Hetilap. Szemészet. 1899. 1. és 2. sz.
[4] Transactions of the Ophthalmological Society of the united Kingdom. 1886. Vol. I.

egészséges volt, de a sárga folt tájékán meglehetősen h
egy széles, fehér, többé-kevésbbé körkörös alakú folt,
barnás-vörös, határozatlan köralakú petytyel, mely éles cc
képez a környező fehér folttal. Ezen központi petty egyálta
hasonlít vérömléshez, sem pigmentumhoz, hanem olyan v
valami lik a fehér foltban, melyen át látni lehetett az ép
zetet. Tényleg legjobban hasonlítható ahhoz a képhez,
látni szoktunk az embolia art. centr. retinaenél«. Ily klas
irja le *Waren Tay* a macula-beli elváltozást, a melynek ma
tát adni nem tudja, csak azt hiszi, hogy az elváltozás con
eredetű. *Waren Tay* később még 2 hasonló esetet látott ug
családban és néhány évvel ezután ismét egy másik cs
látott hasonló esetet, a mely családban állítólag ilyen
előfordult és a második életévben halállal végződött.

Waren Tay után a sajátságos szemleletet több sz
(*Magnus*,[1] *Goldzieher*,[2] *Wadsworth*,[3] *Knapp* [4] és *Hirschl*
észlelte. *Sachs* [6] 1887-ben irta le első esetét a nélkül, hog
a dolgozatokat ismerte volna ; az idiotia egy válfajának
és különösen érdekesnek találta azt, hogy a kéregsejtekben
zások voltak kimutathatók. A betegségnek familiaris jelleg
ben tünt fel *Sachs*nak, a mikor alkalma volt 2 családban
4 gyermeket hasonló bajban észlelhetni, a mely bajnak
gyermekek áldozatul estek. *Kingdon* [7] nemsokára azutá
egy hasonló esetet és reámutatott arra, hogy a szemorvo
leírt esetek azonosak a *Sachs* eseteivel. Határozottan S
érdem, hogy e betegség jól körülírt klinikai képét ismer
nemcsak a klinikai tüneteket észlelte pontosan *Sachs*
az agy-gerinczagy pathohistologiájával is behatóan fogl
Mielőtt még ezen viszonyok taglalásába bocsátkoznám,
betegséget, illetve a kórtüneteket akarom röviden leírni.

A gyermek születésekor és az első hetekben teljesen
2—8 hónap mulva azt veszik észre a szülők, hogy a
részvétlen, környezetével nem törődik, szemeit ide-oda
(néha nystagmus is van jelen), *a gyermek gyengül, nem*
állani, ha felültetik, feje előre bukik mellére. Nem fixál és
tükörrel vizsgálják, feltünik a *jellegzetes lelet a macula lut*
A végtagok gyöngesége folyton fokozódik és többé-kev
deplegia képe mutatkozik ; ez a bénulás gyakran spas
lehet elernyedt is. Görcs némely esetben nincsen, máskor
hevesek, epilepsiaszerüek, és néha opisthotonusig fok
A reflexek fokozottak lehetnek, néha azonban normalisak,
gültek. *Koplik* egyik esetében a faradicus ingerlékenység c
sét észlelte. A gyermek szellemileg nem fejlődik és az első
kifejlődik a teljes idiotaság. Ugyancsak hamarosan,
az első év végén megvakulnak a gyermekek és a második
eltelte előtt marasmusban meghalnak. Csak egy gyermek
Sachs, a mely a 6-ik évet elérte.

A főtünetek *Sachs* szerint a következők : 1. Szellemi
mely az első hónapokban jelentkezik és mely teljes idiotiá
2. Az összes végtagok gyengesége a teljes bénulásig, mely
vagy spasticus. 3. A mély reflexek normalisak, gyöngül
fokozottak lehetnek. 4. A látás fogyása, mely teljes megv
végződhetik. (Elváltozások a macula luteaban és később
sorvadás.) 5. Marasmus és halál, rendesen a második él
előtt. 6. A betegség rendesen több tagját éri ugyanazon cs

Ezekhez az állandóan előforduló tünetekhez cs
azután még néha nystagmus, kancsalság és hyperacu
esetben *Sachs* a hallás fogyását konstatálta. *Legfeltünőbb*
a macula lutea elváltozása. Ezt az elváltozást eddig majdne
esetben megtalálták ; csakhogy *Sachs* óva int, hogy ki
azokat az eseteket, melyekben a maculabeli elváltozás
kifejezett, nevezetesen a bántalom kezdeti szakában, az
évben. A maculabeli elváltozás esetleg később is fejlődhet
figyelmezteti továbbá a szemorvosokat, hogy ezt a m

[1] Zehender's Klin. Monatsbl. 1885. XXIII. p. 357.
[2] Hirschberg's Centralblatt. 1885. p. 219.
[3] Transactions of the Ophthalm. Society. 1887. IV.
[4] Verhandl. d. ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg. 18
[5] Hirschberg's Centralbl. 1888.
[6] Journ. of Nervous and Mental Diseases. New-York.
[7] Transactions of the Ophthalmolog. Soc. etc. 1892. XI

elváltozást ne csak érdekes és ritkán előforduló szemleletnek tartsák, mert *az csak résztünete egy jól elhatárolt családi betegségnek.*

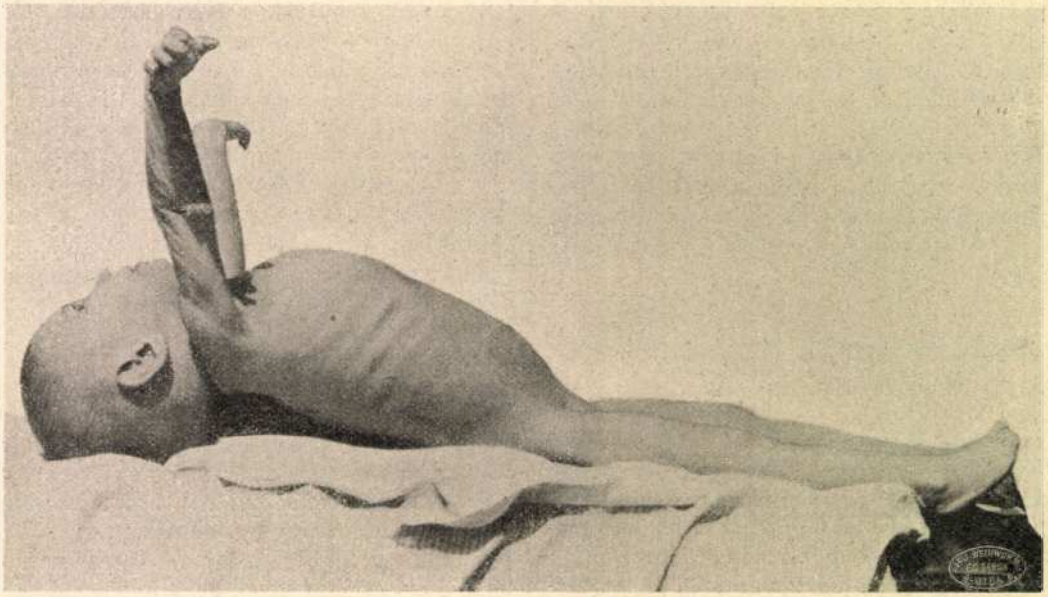
S tényleg, ez az érdekes szemlelet vezetett bennünket is arra, hogy első esetünkben a Sachs-féle idiotiát felismerjük. Ezen első esetünket 1898-ban észleltük. Az esetet cerebralis diplegia esetének tartottam, a szemtükri vizsgálat a macula lutea-beli elváltozást derítette ki. Az esetet *Mohr Mihály* barátom 1898. június 4-én mint »*oedema maculae luteae symmetricum*« bemutatta a Kir. Orvosegyesületben. Ez alkalommal *Goldzieher* tanár, hivatkozva saját esetére, a melyet 1885-ben észlelt és melyet akkor szintén még nem tudott magyarázni, figyelmünket felhívta arra, hogy ez az elváltozás csak résztünete a Sachs-féle idiotiának. A további észlelés és vizsgálat kiderítette, hogy az eset tényleg a Sachs által leírt betegség. Ez az esetünk, éppen úgy, mint a többi 6 eset is, sectio alá került. Mind a hét eset agy-gerinczagyának patho-histologiájával *Schaffer Károly* tanár behatóan foglalkozott. Kötelességemnek tartom, hogy *Schaffer* tanár úrnak e helyütt is hálás köszönetemet fejezzem ki azért, hogy eseteinkben az agy-gerinczagy szöveti szerkezetét kiváló szakértelemmel tanulmányozta, a mi által eseteinket az irodalomban nevezetessé tette.[1] Ezen vizsgálatok eredményeire később még visszatérek.

Első esetünket *Mohr* közölte, és ezen közleményében a fő-

Eseteink mindegyike, a mint már említém, typ
a tünetek az említett jellegzetes módon voltak kife
hogy feleslegesnek tartom azokat egyenkint felsorolni.
tünetek közül a teljesen kifejezett idiotaságon kívül
a végtagok és a törzs spastikus állapota volt szembe
spasmus azonban nem volt mindig egyforma, t. i. az
tekben is változó intensitású volt; a gyermekek töl
ernyedt végtagokkal nyugodtan feküdtek, és csak akko
foglalkoztunk velük, vizsgálat közben állott be a végt
musa, a mely sokszor tetemes fokot ért el. Egyik
ezen spastikus állapot különösen jellegzetes módon lé
görcsös állapotot erős felkiáltás vezeti be, a gyer
végtagjait spastikus merevségben kinyujtja, fejét erő
szegzi, és a törzs kifejezett opisthotonusba jut. Néhá
után a gyermek ismét megnyugszik és a spasmust is
tagok petyhüdtsége váltja fel.

A spastikus állapotot illetőleg általában véve
taltuk, hogy az az élet vége felé mindinkább fokozódó
lánossá vált. A lábak majdnem minden esetben »equ
állásban voltak. Továbbá minden esetünkben megt
ínreflexek fokozottságát.

Mint ritkábban előforduló tünetet említik a
hyperacusist; ezt 3 esetünkben találtuk kifejezetten.



súlyt a szemleletre helyezte s »a retina vizsgálatának positiv eredményeként az *oedemát* találta, mely főként a macula lutea tájékára szorítkozik és ott a látósejtek feláztatása által a látást tönkreteszi.«

Hét esetünk észlelése kapcsán azt tapasztaltuk, hogy az esetek megjelenése és lefolyása oly határozott, mint azt *Sachs* leírta. Mondhatjuk, hogy eseteink oly typikusak voltak, hogy a diagnosis felállítása különösebb nehézségbe nem ütközött. Már az anamnesis tesz bennünket figyelmessé az iránt, hogy a *Sachs*-féle betegséggel van dolgunk. Ha azt halljuk, hogy a gyermek az első élethónapokban jól fejlődött és csak később, a 6—8-ik hónapban vették észre a szülők, hogy a gyermek környezete iránt részvétlen, mindinkább gyengül; továbbá, ha azt halljuk, hogy a gyermek, a ki azelőtt már ülni és állni tudott, most erre nem képes és ha a bemutatáskor azt látjuk, hogy a gyermek feje a felültetéskor előre bukik és a végtagokban, főleg az alsókban, spasmus mutatkozik, akkor *már a legnagyobb valószinüséggel a Sachs-féle betegségre állíthatjuk fel a diagnosist.* Első esetünket kivéve, többi esetünk egyikében sem csalódtunk a diagnosisban, mert *az ezután végzett szemtükri vizsgálat a macula luteabeli elváltozást mindig kiderítette*, úgy, hogy semmi kétségünk sem lehetett a diagnosis helyességében.

[1] Neurolog. Centralbl. 1901. No. 18. *(Dr. Frey* közlése). — Wiener klin. Rundschau. 1902. — Neurolog. Centralbl. 1905. No. 9. és 10. — Journal f. Psychologie u. Neurologie 1905. Band IV.

Egyik esetünkben a minden ok nélkül való neve
tük, a mint ez az agy idült degeneratiós állapotain
fellépni.

Eseteinkben azonban a familiaris jelleget kimutat
sikerült. Csak egy esetünk anamnesisében halljuk az
szülők rokonságban vannak. 2 esetünk törvénytelen
vonatkozik, a többi törvényes volt. Ha esete
familiaris jelleg hiányzik is, mégis kell, hogy ezen egy
hiánya daczára eseteinket a Sachs-féle betegséghez ta
soroljuk. Az irodalomban közölt akárhány esetben ug
tudjuk a familiaris jelleget kimutatni. Igy *Falkenhein*
tása szerint 64 eset közül van 27 egyes eset és csak 37 es
13 családhoz.

Kóroktani szempontból végre felemlíthetjük, hog
anamnesisében sem alcoholismus, sem lues nem szere

Összes eseteink *zsidó vallású* gyermekekre vo
a mi mindenesetre érdekes, a mennyiben a legtöbb sze
ezt tapasztalta, s *Carter* volt az első, a ki erre figye
Koplik azt állítja, hogy *Tay* esetei nem voltak zsidók
lennek tudandó be, hogy e betegséget zsidóknál észlelt
don ellenben azt állítja, hogy az összes gyermekek
(a *Tay* eseteit is beleértve) zsidók. *Sachs* esetei is mind
mekekre vonatkoznak, ugy, hogy szó sem lehet arról,
véletlen játéka.

A mi már most a Sachs-féle betegség kórboncz

tozásokat akarom röviden felemlíteni.

Sachs eleinte azt hitte, hogy a központi idegrendszernek bizonyos fokú fejlődési rendellenessége van jelen »agenesis corticalis« alakjában, annál is inkább, mert egyik esetében a fissurák igen kifejezettek voltak és lefutásukban sok különösséget mutattak, mint azt megszoktuk a fejlődés alacsonyabb fokán álló agyaknál találni. (A sulcus Rolando egybefolyása a fissura Sylvii-val, az insula Reilii szabadon fekvése.) *Sachs* később (1903.) azt találta,[1] hogy az agy fehér rostjai hiányosan fejlődöttek, s degenerálva voltak a pyramis-rostok a gerinczagy elülső és oldalköteleiben. Ezen degeneratio kifejezett volt a capsula internaban, a pedunculusban, medulla oblongatában és a ponsban. Leginkább meg volt támadva az agy szürke állománya, az agysejtek magvai, a gerinczagy elülső és hátsó szürke állománya egészen le a sacralis velőig. Lobos folyamatnak sehol semmi nyoma. Erősen meg voltak támadva a dúczsejtek is. *Sachs* a sejteknek ezen elváltozásai alapján azt hiszi, hogy a familiaris idiotia lényegét a szürke állomány megbetegedése képezi, a velős rostok affectiója másodlagos. *Sachs* úgy képzeli magának a folyamatot, hogy ezen betegségben szenvedő gyermek 3—6 hónapos koráig normalisan fejlődik, azután mutatkozik a központi idegrendszer normalis fejlődésében valamely zavar, a mely a további fejlődést megakasztja. *Gowers* a sejtek működésének ezen megszünésére az »abiotrophia» elnevezést használta. Ily értelemben tehát a Sachsféle idiotia okát a szürke állomány sejtjeinek csökkent vitalitása (abiotrophiája) képezi.

A mi eseteink boncztani vizsgálata *Schaffer* szerint a következőket derítette fel. Az agy külső configuratiója a legtöbb esetben teljesen normalis, úgy hogy azon felvétel, hogy a Sachsféle idiotia egy kezdettől fogva normalis központi idegrendszert támad meg, teljesen indokoltnak látszik. *Csak egy esetben* találtunk a rendestől némi makroskopi eltérést: 1. az agy convexitásán az operculum-ajkak tátongása mutatkozik, a mi által az insula két tekervénye láthatóvá válik és 2. a fissura parietooccipitalis és calcarina összefolyása által támadt közös hasadék belenyílik a fissura hippocampi-ba. Ezen csekély makroskopi elváltozásokkal szemben sokkal jelentősebbek azonban az egész központi idegrendszer szövettani elváltozásai, a melyeknek részletes leírása természetesen nem lehet feladatom; az ezen tárgy iránt érdeklődők megtalálják azokat *Schaffer* föntidézett, valóban nagy fáradsággal és körültekintéssel végzett tanulmányaiban.

Itt csak röviden akarom felemlíteni, hogy az egész központi idegrendszer idegsejtjeiben vannak elváltozások, a melyek cytopathologiai szempontból igen érdekesek és fontosak. Úgy az agykéreg sejtjei, mint a gerinczagy velősejtjei nagy mértékben vannak elváltozva és e betegségre különösen jellegzetes az, hogy *az idegsejtek és dendritjeik vagy egészben, vagy részlegesen felpuffadnak* olyannyira,, hogy a nyujtvány egyes pontjain hólyagszerüen felfuvódik. Ezt az elváltozást *Schaffer* »*cystás elfajulásnak*« nevezi el. Számos histologiai kép (festés *Bielschovsky* szerint) mutatja a sejtek különböző elváltozásait. Kitünően lehet látni, hogy ez az elváltozás az interfibrillumos, szerkezetnélküli alapállománynak megszaporodásán alapul.

Schaffer azon véleményének ad kifejezést, hogy a Sachsféle idiotia a szó szoros értelmében nem congenitalis megbetegedés, hanem a normalis központi idegrendszer később, az extrauterin életben egy degenerativ folyamat által kiterjedt mértékben támadtatik meg. *Schaffer* ezen felfogásával *Edinger*[2] elméletére támaszkodik, a ki az idegrendszert felemésztő betegségekkel (Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems) foglalkozik. *Edinger* azon betegségeket nevezi »felemésztő» betegségeknek, a melyekben az idegsejtek és rostok rendellenes nagy elhasználás vagy hiányos pótlás következtében tönkremennek, és azok helyébe a glia lép. *Schaffer* már most úgy képzeli a Sachs-féle idiotia létrejöttét, hogy a központi idegrendszer idegsejtjeiben oly abnormalis gyengén van alkotva, hogy a physiologiai működés által

[1] Deutsche med. Wochenschr. 1903. Nr. 28.
[2] Deutsche med. Wochenschr. 1905.

vezet. Ily értelemben tartja *Schaffer* a *Sachs*-féle i
Edinger-féle felemésztő betegségek klasszikus példáj

Schaffer adatait legutóbb egy amerikai szerző, W
Spiller[1] is megerősíti, a ki dolgozatában többek között azt
»I have not been able to find single normal nerve cell in t
nervous system.»

Ezekben röviden előadtam mindazt, a mit ma a
idiotia amaurotica familiaris-ról tudunk. Eseteink eg
e téren tett klinikai tapasztalatokat megerősítik, másré
újabb és értékes pathohistologiai adatokat derítettek fe

Közlemény a budapesti tud.-egyetem bőrkórtani int

Xeroderma pigmentosum folyamán rákban elpu éves fiu esete.

Irta: *Guszmann József dr. tanársegéd.*

A xeroderma pigmentosum a ritka bőrbetegségek tozik s igy a gyakorlat szempontjából nem birna nagy fon ha nem volna veszedelmes, legtöbbször halálra vezet lom. Ez az utóbbi körülmény az általános figyelmet a iránt annál is inkább felébreszthetí, mert az a beköszön ben elég jelentéktelen bajnak látszik, a mi az orvost va nyen jó, tehát téves prognosis felállítására indíthatja. derma pigmentosum nevű bántalom, melyet *Kaposi* ru e jelzéssel és határolt körül először, az eddig ismertet túlnyomó többségében a legkoraibb gyermekkorban veszi Az első életévek azok, a melyekben a betegség kezde beköszöntenek. Ezek eleinte elég ártatlannak tetsz arczon, füleken, nyakon és kézhátakon, szóval főleg a testrészeken hosszabb-rövidebb ideig tartó bőrpirok, e apró gyulladásos jelenségek támadnak, a melyek kezde muló természetüek is lehetnek. E tünetek az esetek keny részében az első derüs tavaszi napokon jelentkez akkor, a mikor a gyermeket az első napsütés éri. dásos bőrállapotok, hámlások és erythemák késő erősebbekké válnak és állandósulnak, mely állapot a be mondhatni első stádiumát képezi. Az ezentul jelentk tek már olyanok, a melyek a bajnak biztos felismerésére s Ilyenek első sorban azon kendermagnyi, lencsényi sőt nagy kos sárgás-barnás pigmentált foltok, melyek eleinte egys lóknek is volnának tekinthetők, ha a bőr gyulladásos á nem párosulnának. Később a lobos és pigmentált foltok elszórt kisebb-nagyobb halvány, fehéres, kissé fénylő, sőt heges területek is jelentkeznek, a melyeknek egy finom tágult vérereket láthatunk. Ezzel a kórkép teljes zővé vált, a betegség teljesen kifejlődött,

Ezalatt évek is mulhatnak. Közben az emlitett t de különösen az arcz bőre egyre vékonyodik, sorvad, a pi pedig folyton növekszik, úgy hogy legtöbbször a fiata arcza sajátságos öreges, vén kifejezést ölt. Az általáno ilyenkor még általában kifogástalannak mondható. Ez az esetek legtöbbjében azonban előbb-utóbb mégis rossz Rendesen az arcz pergamentszerü, fonnyadt bőrén a szemölcsszerű daganatocskák keletkeznek, melyek hol gy hol lassabban nagyobbra nőnek, kifekélyesednek és ana valóságos carcinomáknak bizonyulnak. Ezzel a betegs zetes stádiumba jutott; ettől fogva a halálos kimenetel kezése csakis idő kérdése. E stádium tarthat hónapokig zódhatik hosszu éveken át is.

A xerodemás bőr carcinomás elváltozása különböz ban jelentkezhetik, legtöbbször mégis a második évti mán, főleg annak vége felé. Esetünk, mely különben klin jelenésében is minden jellemző tünetet magában foglalt,

[1] A Pathological Study of Amaurotic Family Idiocy. Journal of med. sciences. January 1905.

tályára *(Nékám* m. tanár) 1904. szept. 3-án. Családjában hasonló baj még nem fordult elő. Három testvére van (két leány, egy fiu),

1. ábra.

kiknek bőre teljesen normális viszonyokat mutat. A beteg egy éves kora óta beteg, a mikor is atyjának állitása szerint »nagy szeplők« és bőrvörösödések támadtak a fedetlen testrészeken, tehát arczán, fülén, nyakán, kezein. Azóta a fiunak ezen említett testrészei mindinkább pigmentáltabbakká, tarkábbakká váltak, a míg végre csomók és göbök támadtak arczán, melyek utóbb kifekélyesedtek. Az egyetem bőrkórtani intézetének rendelésére 1902. április 18-án került először a beteg, a mikor az elváltozások már igen jellemzőek voltak, de tumorok ezen időben még nem voltak észlelhetők (l. 1. ábrát). Ugyanott másodszor 1904. szeptember 3-án jelentkezett s azóta állott megfigyelésünk alatt. A betegen található kóros elváltozások akkoriban a következők voltak: Mindkét kézháton és alkar feszitő oldalán, főleg azonban az egész arczon, mindkét fülön, nyakon, le a vállövig, a bőr sötéten festenyzett, piszkos barnásszinü. E területeken részben számos gombostűfejnyi, lencsényi, piszkos barna folt, részben változó nagyságu atrophiás, fehéren és hegesen fénylő, apró vérerekkel átszőtt területek láthatók. A felsorolt elváltozások legkifejezettebben az arczon láthatók, mely ez által szinte tarkának tünik. A bőr egyébként vékony, fonnyadt, részben finoman ránczolt. Az orron, a felső ajakon, homlokon s bal arczán cseresznyemagnyi, kemény tapintatú, erősen kiemelkedő göbök ülnek, melyek részben véres és pörkös lepedékkel borítottak, részben nyiltan kifekélyesedtek. A jobb szájzugtól lefelé az áll jobb felét egészen, a jobb orczát pedig jelentékenyen elfoglaló gyermektenyérnyi tumor áltható, mely plateauszerüen kiemelkedő és nagyrészt kifekélyesedett, hepe-hupás alapu. A fekély szélei sánczszerüen kiemelkedők s keményen beszürődöttek. A nyaki, különösen pedig az állalatti mirigyek mogyorónyiak, kemények. A gyermek erősen lesoványodott, állandóan lehangolt, bár fájdalomról nem panaszkodik.

Betegünk tehát — mint látható — már igen korán a tumoros stádiumba jutott; állapota a felvétel napjától kezdve rohamosan rosszabbodott, a mennyiben a daganatok, főleg a jobb orczán ülő nagy tumor csaknem szemlátomást növekedtek. Közben a bőratrophia és különösen a pigmentatio egyre fokozódott, mely

kezelés mit sem használt, úgy hogy — tekintve a és gyorsan növekvő daganat képződését, valamint az e beszürődést — csakis palliativ kezelést alkalmazhattunk antisepsises kötözéseket végeztünk. 1904 november carcinomás daganatok, első sorban pedig a jobb orczá daganat óriási gyorsasággal terjedtek és pusztítottak A beteg, a kit november 26-án a budapesti Orvosegyes volt alkalmunk bemutatni, csakhamar a legsulyosabb tüneteket mutatta. Csöndesen magába zárkózva ült e át az ágyában; heves sirásra csak a kötözés és tiszto fakadt. A nagy tumor most már a nyakra is ráterje szétesett, a mi gyakran erősebb vérzésekre vezetett.

1904. deczember közepén a tumor már az orcza átnőtte s annak nyálkahártyájára is ráterjedt, a mi szétesés következtében csakhamar perforatióra vezetett rágás alkalmával a szájban levő étel részben a köt Ekkor a kis beteg állapota a legborzasztóbb tüneteke Rendetlen intermittáló lázai támadtak (egész 39·8°- konynyá vált, a táplálékot pedig visszautasította. heves kisugárzó fájdalmak társultak, melyek főleg a félre és nyakra lokalizálódtak (idegnyomás), és a m csakis kiadós morphiumadagokkal küzdhettünk. 1904 utolsó napjaiban (28-ától) a beteg soporosussá, majd d vált, 1905 jan. 2.-án pedig meghalt.

A következő napra kért sectió, melyet *Pertik Ott* ur intézetéből *Fleischmann* dr. tanársegéd ur végzet kevés újat derített ki s így elegendőnek véljük, ha cs fontosabb adatot idézünk a bonczjegyzőkönyvből. Rá az egész testben nem volt található. Még a kemény, rákosan beszürődöttnek látszó állalatti mirigyek pont szörös górcsövi vizsgálata sem deritett ki bennük metastasisokat (saját vizsgálat). E helyett a jobbolda submaxillaris helyén egy tályogüreg volt jelen, mely a oldalára folytatódván, a pajzsporczról a lágyrészeke

2. ábra.

s azt lecsupaszította. A szájfenék, a pofa nyálkahártyá zata jobboldalt szétesö, szennyes-szürkés-zöldes felüle daganattömegektől volt áthatva, a melyek egészen a terjedtek, hátrafelé a lágyszájpadot elérték, de annak tyáját át nem törték.

labii infer. et sup. later. dextri cum propagatione ad musculos et mucosam oris. Perichondritis purulenta cartilag. thyreoideae dextr. Degeneratio adiposa hepatis. Anaemia et emaciatio max. gradus. Inanitio.

Érdekes eredménynyel jártak azon szövettani vizsgálataink, melyeket betegünk xeroderma pigmentosumos bőrén és egyes tumorain végeztünk. E czélból ugy az élőből, mint a bonczolás alkalmával a hullából vett anyagot dolgoztuk fel. Első szövettani vizsgálatunk anyagát még az élőből kimetszett és a bal arczán ülő cseresznyemagnyi tumor képezte. Ennek typusos carcinomás voltát már az orvosegyesületi betegbemutatásomon demonstrálhattam.

A tumorokra vonatkozó adataim röviden összefoglalva a következők. Valamennyien a legjellegzetesebb laphámrák képét mutatják. A megvastagodott fedőhámból s annak rendetlenül a mélységbe nyúló hámcsapjaiból tömeges hámsejtes burjánzás indul ki, mely a részben erősen sejtesen infiltrált stroma között jellemző rákfészkekké alakul. A ráksejtes tömegek megnagyobbodásával azok centrumában a sejtek lelapulnak, concentrikusan rendeződnek és szarus átalakulásokba esnek, a mi hámgyöngyök tömeges keletkezésére vezet (l. 3. ábra,). E rákgyöngyök különösen erősen és nagymértékben a bal orczán ülő kis tumorban voltak jelen, úgy hogy igazi carcinoma cancroidesről lehet szólni. A nagy szétesö, carcinomás tumoron a rendes, rákos fekélyre jellemző átalakulásokat kaptuk : a stromának sürű, genyes beszürődését, szétesését, a rákos tömegeknek pedig genyes infiltratióját.

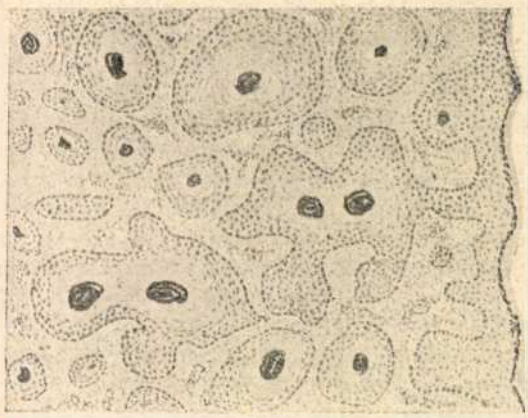
Érdekesek azon histologiai leletek is, melyek az arczнak és kézhátnak nem carcinomás, hanem pigmentált és atrophiás részeire vonatkoznak. Ezek képezik a későbbi carcinomás elfajulásnak anatómiai alapját. A pigmentre vizsgált sötéten festenyzett bőrrészletek azt mutatják, hogy az nagyobb tömegekben úgy a hámban, mint a coriumban található. A pigment hol finom szemcsék alakjában, hol meg durvább sárgás, barnás-fekete rögök képében fordul elő, és pedig a hámban kivétel nélkül intracellularisan. Másként áll a dolog az irhában, illetőleg annak corpus papillarejában levő pigmenttel. Itt olyan szemek és rögös tömegek is találhatók, melyek egészen szabadon, minden sejtes határ nélkül látszanak elterülni. Tudjuk, hogy ily adat már ismeretes az irodalomból *(Campana, Unna)*, s így csak annak a kijelentésére szorítkozunk, hogy igen valószinünek tartandó, hogy a pigmentrögök csak másodlagosan, az őket tartalmazó kötőszöveti sejtek teljes elpusztulása nyomán váltak extracellularis képződményekké. E felvétel jogosságát számos készítményünk bizonyítja, a hol az intra- és extracellularis állapot közt levő átmeneti jelenségek észlelhetők. A hámban székelő pigmentsejtekre nevezetes, hogy azok ott, a hol a festék tömegesen található, gyakran az egész hámréteg vastagságában foglalnak helyet. Ez annyira megy, hogy még a stratum corneumban is találunk pigmentet, mely ottan azonban természetesen a hámsejtek teljes elszarusodása miatt intracelluláris elrendeződését némileg elvesztette. Ez utóbbi jelenség különösen a kézhát bőrén mutatkozott élesen. A pigmentre nézve még megjegyzendő, hogy az még az egyes, makroskoposan egységes pigment-foltoknak tetsző festődött helyeken belül is csoportokban fordul elő. Hogy az irhabeli festékfelhalmozódás a vérereknek különös viselkedésével (tágulás, szaporodás) összeesnék (*Wesolowski, Pick)*, azt *Unná*-val egybehangzóan mi sem tapasztalhattuk.

Az atrophiás, fehéresen fénylő foltok szövettani vizsgálata különösen az arczról vett anyagon mutatott igen nagyfoku elváltozásokat. A hám egész vastagságában erősen megfogyott, csapokat vagy egyáltalában nem, vagy csupán kicsiny pupok alakjában bocsát az irha felé. A hám alsó határa ez által csaknem síma lefutásuvá válik. A hámréteg ezen elrendeződése miatt kötőszöveti papillákról sem igen beszélhetünk. Azok alakilag fel sem ismerhetők. A corpus papillare anatomiai helyének megfelelően ugyanolyan elváltozott kötőszövetet találunk, mint a coriumnak saját rétegében (tunica propria). Az egész corium feltünően megvékonyodott, sorvadt. A collagen-rostok vékony, párhuzamosan futó nyalábokban vannak elrendezve és savanyu fuchsinra nagyrészt a rendesnél jóval gyöngébben, halvá-

ezen atrophiás és degenerált helyeken is találunk. A rostok igen szembeötlően úgy morphológiai, mint festő réseket mutatnak. Ezek általában szoros kötegekben és helyenkint felduzzadva, fragmentálódva, rögökre találhatók. Számos helyen kifejezetten azon jelenségeket melyek az elastorhexis elnevezés alatt ismeretesek. A elastin-degeneratio következtében a savanyu orcein n valamennyi rostot megfesteni, mert egy részük kémiai á is szenvedett. Ezeket a festetlen rostokat basisos festék hylenkékkel kékre) tudjuk csak tingálni, a mi elacinná alakulásukat jelzi *(Unna)*. A legerősebb atrophiát és deg feltüntető bőrrészletekben mirigyekkel vajmi hiányos kozunk. Ez különösen a verejtékmirigyekre áll, melyek leges vagy teljes hiánya különösen feltünő. A stratu taneumban anatómiailag figyelmet keltő elváltozást nem t

* * *

Mindezek után esetünket röviden áttekintve, azt hogy több tekintetben különös figyelmet érdemel. sorban feltünik a xeroderma pigmentosumnak gyors, ugyszolván vágtató lefolyása. Az irodalmi adato találunk olyan esetet, melyben a xeroderma pigmen csatlakozó carcinosis oly hevességgel és oly gyorsan öl



3. ábra.

beteget, mint a hogy az esetünkben történt. *Vidal*,[1] *E Tenneson* és *Danseux*[3] s mások halálosan végződő ese idősebb (10—15 évesek) gyermekekre vonatkoznak, jólle mintegy példáit képezik az irodalomban a gyors, halálos telű eseteknek. E helyen megemlítjük, hogy ismeret néhány oly xeroderma pigmentosum-eset (*Lesser* és *Greeff* esetei),[4] a hol a betegek még fiatalabban p el, de ezeket sajátságos módon nem a carcinoma egy apoplexiás roham ölte meg. Ez utóbbi esetek annyi kesek, hogy támogatni látszanak azt a felvételt, hogy a x pigmentosumban szenvedő egyéneken a főtünet tulaj egy korai öregség — senilitas praecox — mely nemcsak nyilvánul, de olykor még az ereken is *(Lesser, Bruhns)*.

Esetünk tehát, mint látható, a xeroderma pigm lefolyásának egyik szélsőségét, az igen korai halálos k mutatja. Ezzel szemben, ugyancsak kivételesen, is oly kétségtelen xeroderma pigmentosum-esetek, melyek benignus, enyhe lefolyásukkal válnak figyelemreméltókl ben a betegek kicsiny koruktól fogva állandóan a x pigmentosumnak csak aránylag enyhébb tüneteit viselik a melyek az életet alig rövidítik meg *(Neisser, Lassar, H* és *Hildebrandt, Riehl, Nékám* és mások). De a xerod

[1] *Vidal:* De la dermatose de *Kaposi*, Annales de IV. k. 1883.

[2] *A. Elsenberg:* Archiv f. Dermat. u. Syph. 22 k.

[3] *Tenneson et Danseux:* Annales de dermat., XXIV. 181. l.

[4] *Greeff:* Archiv f. Augenheilkunde 42. k.

hatnak, vagy talán helyesebben kifejezve: a betegség hosszú időre teljesen megállapodik, úgy hogy az illető egyének többékevésbbé egészségeseknek érzik magukat. *Nékám*nak[1] közölt érdekes esetei ilyenek: 4 testvér közül 1 elpusztult xeroderma pigmentosum tünetei közt, 3 pedig meggyógyult. Mindezek azonban csak kivételek és a szabályt erősítik, akárcsak a másik szélsőség: az esetünkben ismertetett, felette gyorsan lefolyó halálos kimenetel.

Sajátságos, hogy ezen kiválóan familiárisnak és gyakran több (rendesen egy nembeli) testvérre kiterjedőnek ismert betegségre vonatkozólag *(Kaposi, Vidal, Greff, Nékám* és mások) esetünkben ilyfajta anamnesises adatot nem tudtunk nyerni. Betegünk családjában hasonló baj nem fordult elő, noha rendesen s épen ily sulyos esetekben, mint a minő a mienk volt, több testvéren található a xeroderma pigmentosum vagy annak legalább egyik-másik részjelensége. Az a tapasztalat, hogy a bántalom annál gyorsabb lefolyású s annál súlyosabb, mennél zsengébb gyermekkorban köszönt be, saját esetünkre is ráillik. Betegünk igen intelligens atyja (tisztviselő) határozottan állította, hogy a baj gyermekének 1 éves korában jelentkezett, tehát már igen korán. Ezt találjuk *Elsenberg*nek halálosan végződött esetében is, a hol a xeroderma pigmentosum első tünetei már a hatodik hónapban mutatkoztak, szintugy *Beck K.* esetében[2] a melyben a gyermek 9 hónapos korában betegedett meg.

Arra a kérdésre, hogy mi alkotja a szóbanforgó, felette sajátságos betegségnek kórtani lényegét, illetőleg hogy mi az oka a baj létrejövetelének, ma még vajmi nehéz teljesen megnyugtató választ adni. Bakteriumokat, infectiót ma már senkisem keres a xeroderma pigmentosum aetiologiájának magyarázatára. S igy csak két felvétel marad, mely e kérdésben szóba jöhet: a nap fényhatása és a veleszületett, kóros atrophiára és degeneratióra hajló bőralkat. *Unna, Brown-Hunter, Neisser, Thibierge* és mások különösen az első felvétel mellett vannak és pedig azon gyakori tapasztalat alapján, hogy a betegség első tünetei az insolatio hatása nyomán keletkeznek. E nézetet főleg az a klinikai jelenség támogatja, hogy a betegség rendes localisatioja általában a födetlen, tehát a napfény hatásának közvetlenül kitett testrészekre szorítkozik. A napfény hatását természetesen oly értelemben kellene felfogni, hogy a bőr alteratióját nem a fény- vagy hősugarak provokálják, hanem az ultraibolyás chemiai sugarak, a melyek az ujabbi kutatások alapján ma már igen nagy szerepet visznek az orvostudomány különböző ágaiban. De a fényhatásnak ily értelmű felvétele különösen mint egyedüli tényezőé a xeroderma pigmentosum aetiologiájában nem maradhat ellenvetés nélkül, mert ismeretes, hogy a bőrelváltozások a ruházattal állandóan födött testrészeken is találhatók *(Kaposi, Lesser)*. De éppen úgy felvehető az is, — és nyilván sokkal több joggal — hogy a fény behatása éppen azért váltja ki a gyermekek bőrén a xeroderma pigmentosum első tüneteit, mert az már eleve kóros, veleszületetten rendellenes. Kétségtelen, hogy a fény hatásának sok mindent kell tulajdonítanunk, de hogy ha egy gyermeket a nap fénye ért, az attól progrediáló bőratrophiát, majd pedig évek mulva carcinomát kapjon, a melyben elpusztul, azt valóban nem tudjuk feltételezni.

Sokkal helyesebb, ha a xeroderma pigmentosum aetiologiáját vizsgálva, visszatérünk *Kaposi*nak eredeti nézetéhez, a ki a baj lényegét egy veleszületett rendellenes bőralkatban (»Bildungs- u. Vegetationsanomalie«) kereste. Ezt a felvételt helyesnek azért kell tartanunk, mert anatomiailag és klinikailag igen plausibilis adatokkal támogatható. A betegségnek familiaris jellege (pl. *Rüder* eseteiben 7 testvér), az anatomiailag kimutatható progrediáló bőrsorvadás (l. szövettani vizsg.), mely sok tekintetben a senilis bőratrophia képét utánozza s a mely utóbbi alapján *Kaposi* egy »senilitas cutis praecox«ról beszélt, mind annak jelei, hogy itt endogen okok, veleszületett jelenségek a döntők. A bőrnek e veleszületett distrophiája természetesen okul szolgálhat arra nézve, hogy az insolatio a xerodorma pigmentosumra praedestinált ifju gyermek arczán, kezén az első tüneteket olykor kiváltsa.

[1] *Nékám:* Orvosi hetilap, 1901. Dolgozatok az egyetemi bőrkórt. intézetből.

[2] *Beck:* Kaposi's Festschrift.

külső ingerek. E tekintetben még további észleletek talatok volnának kivánatosak, melyek e felette saj kissé rejtélyes betegségnek aetiologiáját jobban megv

Közlemény a budapesti kir. magy. t. egyetemi (Réczey Imre udvari tanácsos) sebészeti klin

A féregnyujtvány okozta szövődmények sérvm

Irta: *Verebély Tibor dr.* klinikumi tanársegéd

A nagy adathalmazból, melyet a sérvműtétekről kimutatásokban és casuistikus közleményekben összeg utolsó nehány évtized, mindjobban kidomborodnak a egyes tünetcsoportok alkotta különböző kóralakjai. alig van műtét, mely olyannyira egyéni volna, mi herniotomia, e változatos képen belül ma már bizo tetben jellemzeteseknek tarthatjuk azon szövődmények ket egyes szervek jelenléte okoz a sérvben. Az »eg sérvei« közül, a mióta *Morgagni, Sandifort* és *Tritsc* először említik a féregnyujtványt mint sérvbennéket majd *Guersant* (1841.) pedig elsőknek írják le a sérv appendicitist, legtöbbet foglalkoztatta a sebészeket nyulvány sérve«. Terjedelmes, de egyoldalú monograp tetik egyfelől a féregnyulvány kizáródását: *Klein* (18 (1888.), *Brieger* (1893.), *Bajardi* (1895.), *Briancon* (18 (1901.), *Vesignié* (1901.), *Honsell* (1903.), *Sprengel* (19 felől a sérvbeli appendicitist: *Charnois* (1894.), *Bari Gross* (1898.), *Tacke* (1901.), *Wassiljew* (1904.). A n az ezekben többszörösen birált irodalmi adatokat ismertetném, ezek s a 2. számú sebészeti klinikán az u esztendő alatt észlelt esetek kapcsán összefoglaló óhajtok adni mindazon lehetőségekről, a melyek a fér részéről a sérveknél felmerülhetnek. Legyen szabad értékes anyag átengedéséért főnökömnek, *Réczey* t e helyen is őszinte köszönetemet lerónom.

I.

A szövődmények tárgyalásánál természetes beo nak kinálkozik a féregnyulvány boncztani elhelyező módja. Míg ugyanis az esetek legtöbbjében a process mesenterialis csíkját kivéve mindenfelől savós hártyá fekszik a szabad hasüregben, tehát *intraperitonealis*, a felületének egy része, vagy akár az egész féregnyulván peritonealis kötőszövetbe van ágyazva, más szóval ré teljesen *extraperitonealis*. Mint ilyen sérvbenneket nen de igenis megjelenhetik mint az extraherniosus k burkolt, a »sérv falában« levő képlet, a mely a h együtt kicsuszott, előesett a sérvkapun.

Ezen extraperitonealis féregnyulvány már m helyén is kétféleképpen futhat: vagy *felfelé* halad a val (typus ascendens), vagy *lefelé* nyúlik a hátsó hasf descendens). Természetes, hogy az előbbi esetben a fér csakis a vakbél egyidejű lecsuszása mellett kerülhet a s a descendáló typusnál ellenben a priori elgondolható szak, a midőn még csak a féregnyulvány jutott le a s csak későbbi stadiumban követi azt a vakbél is. A viszonyok ezirányban még nagyon is kiegészítésre hogy azonban ezzel számolnunk kell, azt tanulságosa következő esetünk:

O. S. 33 éves napszámos egy év előtt erős köhö alatt vette észre, hogy jobb lágyéktáján daganata táma oldali nyitott lágyékcsatornából köhögéskor kis almán visszaszorítható sérv domborodik ki.

Herniotomia radicalis secundum Bassini. A tömlő az erősen szétterült plexus pampiniformisról feltünik, h hátsó felszínén, annak egész hosszában a kötőszövetben csaknem kisujjnyi, hengeres képlet foglal helyet, a n kötegek tartanak össze az ondózsinórral. A képlet felső zódik a belső lágyékgyürübe, alsó csúcsa leér a tömlő a mellső felszíne pedig kissé bedomborítja a felhasított falát. A képletet a tömlővel együtt kivongálva, megjele

ségeket, odanövéseket vagy feltünőbb erezettséget mutatna; a köteg végén, ott, a hol a vakbélhez tapad, körülbelül 1 cm.-nyi darabon jobban, kerületének csaknem $^3/_4$ részével emelkedik be a tömlőbe. A képlet tehát kétséget kizárólag a féregnyúlvány, a melyet a tömlővel együtt kiirtunk, csonkját a szokott módon befordítva és fedve a vakbéllel. Zavartalan, per primam gyógyulás.

A *kiirtott nyúlvány* 8 cm. hosszú, egész terjedelmében a sérvtömlő savós hártyája alatt fekszik s vaskos izomréteggel, barnás nyálkahártyával bir s tiszta nyálkával telt. A savós hártyában mesenterialis érrajzolatnak nyoma sincsen.

A leirásból különösen hangsúlyozni kivánom azt, hogy a féregnyulvány egész hosszában, úgy csúcsán, mint benyilási helyén is extraperitonealis, hogy a savóshártya simán, nem mint mesenterium huzódik el felette, s végre, hogy ereit a processus hátsó felszinén a funiculus menti kötőszövetből kapja. Mindannyi bizonyíték arra, hogy a féregnyulvány eredetileg is extraperitonealis volt s nem utólagos összenövés utján forrt egybe a sérv falával; ezen helyzetéből a hernia kapuján át a kidomborodó hashártyával együtt, s nem mögötte, mint azt a vakbélre nézve már *Vésigné* is hangsulyozza, csuszott le a sérvbe. Esetünk tehát kétségtelenné teszi, hogy előfordul azon boncztani elhelyeződés, a melyet *Remedi* prolapsus processus vermicularisnak nevezett el, de a melyet az esetében fenforgó egyéb szövődmények miatt azóta kétségbe vontak *(Wassiljew)*; s ha előfordul a féregnyulványon egyedül, elgondolható a vakbéllel egyidejüleg is, a melyre nézve az izolált extrasaccularis lecsuszás régóta ismeretes. Ez irányban további pontos boncztani megfigyelésekre lesz szükség. Minthogy pedig ezen prolapsust éppen az intrasaccularis megjelenéssel akarjuk szembeállítani, s minthogy a sérv képződésénél a vakbél illetve féregnyulvány a sérv falával együtt, abba beágyazva csúszik le, ajánlatosabbnak tartanám ezt az állapotot a sérv hangsulyozásával: *appendix in pariete herniae*-nek nevezni, a mely névbe beilleszthető az esetleg jelenlevő coecum és a sérv boncztani megjelölése is.

De ezzel a névvel egyuttal egy csoportba hozhatjuk azon szövődményeket is, a melyek legnagyobb valószinüséggel ilyen extrasaccularis féregnyulványban lefolyó appendicitisre vezetendők vissza, a melyeket tehát: *appendicitis in pariete herniae*-nek kell tartanunk. Természetes, hogy az ilyen gyuladásos folyamatoknál létrejövő heveny vagy idült összenövések olyannyira bonyolódottá tehetik a képet, hogy a folyamat elbirálása a posteriori csak valószinüséggel történhetik; tény azonban, hogy eddigelé is két sérvcomplicatiót találtam az irodalomban, melyek efféle eredetre vallanak.

a) Nagy jobboldali eventratiókon előfordult a herezacskóban levő sérv hirtelen lobos duzzadása, a mely esetleg heveny phlegmone periherniosa-ra, a sérv alsó hátsó felszinén tályogképződésre vezetett a nélkül, hogy maga a sérvtartalom a műtétnél vagy bonczolásnál elváltozást mutatott volna. Pontosabb vizsgálat kiderítette, hogy a gyuladás fészke ilyenkor legtöbbször a tömlő falába ágyazott s az appendicitis jellegző boncztani elváltozásait mutató féregnyulvány volt: *appendicitis acuta in pariete herniae*. Ha a féregnyulvány átfuródása okozta tályog később gyógyul, a herezacskó hátsó felszinén szük bélsársipoly maradhat vissza, a mely a féregnyulvány ürterén át vezet a vakbélbe.

b) Az extrasaccularis féregnyulványban lefolyó idült gyuladás a szomszédos tömlő elzáródására, a féregnyulvány túltengésére, esetleg tágulására, a vele egybeolvadt ondózsinór megvastagodására s az egész hegtömegnek valósággal daganatszerű kötőszövetes túltengésére vezethet: *appendicitis et periappendicitis chronica productiva, in pariete herniae*. Ilyen hegszövetben, a mint azt kivált *Monks Yackle* és *Wassiljew* eseteiben látható, a górcsövi vizsgálat sem ad felvilágositást az eredeti boncztani viszonyokról.

Minden idetartozó esetben a féregnyulvány extrasaccularis elhelyeződése szükségképpen fejlődési rendellenesség; hogy azonban az egyidejű sérvképződés mennyiben vezetendő vissza ugyancsak a fejlődés hibáira, avagy inkább a rendes sérvfejlődés mechanismusának véletlen boncztani szövődménye, azt eldönteni a rendelkezésünkre álló kevés anyagból ez idő szerint nem lehet.

A fent tárgyalt lehetőséggel szemben áll azon es
csoportja, a midőn a féregnyulvány a sérvtömlőben fog
tehát *intrasaccularis*, a midőn a fenti elnevezéssel párhu
appendix in hernia-ról beszélhetünk (mások hernia appe
nak nevezik). A szerint, hogy a féregnyulvány egysze
egy szabad sérv véletlen tartalma-e, avagy lobos, eset
vagy lenőtt sérvben foglal-e helyet, e csoport tárg
bizonyos osztályozást tehetünk.

1. *Appendix libera in hernia*. Épp úgy, mint a has
den más mozgékony szerve, bejuthat a szabad féregny
a sérvbe akár más szervekkel együtt, akár egymagába
dalmi adatok e lelet gyakoriságának megállapítására
kesíthetők. A statistikák túlnyomó része ugyanis
azt említi, hogy milyen arányban fordul elő a féreg
a sérvekben általában; de még ott is, a hol a féreg
állapota részletezve van, éppen a szabad sérvekre nézve
szükségképpen tág határok közt ingadoznak, mert a legt
a tömlőt csak tartalma visszanyomása után nyitja
adatai csak a megnyitott sérvekre vonatkozhatnak.
(1897.) 250 lágyéksérv közül 9 esetben találta a féreg
a sérvben; *Jaia* (1898.) 1586 sérv közül 37-ben látta a p
Wassiljew (1904.) 106 esetből háromszor találta a féreg
a sérvben más szervekkel együtt, egyszer pedig eg
összenőve. *Staatsmann* (1904.) 602 sérvben vizsgálta me
tartalmát s 28 esetben találta benne részben egyedü
más szervekkel együtt a féregnyulványt; *Cluss* (1904.
közül 7-ben találta benn a processust úgy, hogy 110 szal
esett 4, mig a többi három 51 kizárt sérv közt oszlik

Klinikánkon az utóbbi négy év alatt végzett más
sérv közül 18-ban találtam a féregnyulványt mint
megemlítve; ezek közül 8 esetben volt a processu
szabad, és pedig egy jobboldali lágyéksérvben mint
bennék, egy köldöksérvben a vakbéllel és vékonybelekk
hatszor pedig jobboldali nagy lágyéksérvben mindig
mal s olykor más szervekkel együtt. A vakbél ez u
közül három esetben extrasaccularis volt, háromb
a tömlőben feküdt; kétszer szabadon, egyszer szalag
sekkel. A féregnyulványt mind a 8 esetben további za
visszahelyeztük. — Adataink, a fenti megszorítást s
tartva, azt bizonyítják, hogy a szabad féregnyulványt
akkor találjuk a sérvben, ha az a vakbéllel együtt
oda. Éppen azért leggyakrabban lelhető a jobboldali
lágyéksérvekben; eljuthat azonban a coecummal eg
oldali lágyéksérvekbe *(Foerster* 1902.), jobb- vagy
(Krüger 1902.) czombsérvekbe, valamint köldöksérvbe
ezen helyeken előfordul kétségtelenül egymagában is,
irányú számadataink a fenti okok folytán egyáltalá
bízhatatlanok; de viszont mindezen helyeken hiányo
daczára annak, hogy a vakbél az illető sérvbe került
1902.). Mindez a féregnyulvány beszájadzási helyétől,
fejlettségétől s a vakbél mozgékonyságától, elhelyez
függ, a mik viszont a fejlődés és későbbi ellazulás er

2. *Appendix incarcerata in hernia*. Gyakorlati sze
igen czélszerű a féregnyulványt tartalmazó kizárt
Brieger (1892.) tanácsára két nagy csoportra osztani
a mint a féregnyulvány más bélrészletekkel együtt, v
egymagában, legfeljebb csepleszszel képezi a sérv benn

a) Az előbbi esetben ugy a tünetekért, mint a
ményekért a bélsár tovaszállításában activ résztve
bélrészletet, akár az a vékonybél, a coecum vagy a
része az, kell felelőssé tennünk, míg a féregnyulvány maga
csak mellékes lelet, a mint ezt idevonatkozó esetünk is

L. Á. 65 éves kocsmáros 48 óra előtt erős köhög
közben jobb czombján fájdalmas daganatot kapott; azóta
görcsök kinozzák, egyre hány, csuklik, erőtlen. A jobb
crurale-ben ökölnyi gömbölyű, feszes, lobos-vörös, dobos terin
bodás, mely igen fájdalmas; a beteg elesett, végtagjai hüvös
tikusak; a hömérsék 38·4°, az érlökés 120, kihagyó. —
mállékony sérvtömlőből a *műtétnél* bélsárral kevert büzö
ömlik s az üszkös vakbél, 8 cm.-nyi nekrotikus vékonybél
csán átfúródott, egészében elhalt féregnyúlvány esik elő

peritonitis acuta universalis stercoralisban állapította meg.

Az, hogy a féregnyulvány ezen kiszorulása valamennyi fentemlített helyen bekövetkezhetik s az, hogy a féregnyulvány a strangulatio legkülönbözőbb szakait mutathatja, voltaképpen természetes. Az efféle sérvekben csakis a processus viszonylagos magatartása érdekes, a mire nézve eltérők a szerzők adatai. *Riedel* például 24 órai kizáródás után aránylag ép belek között már teljesen üszkös féregnyulványra talált s ebből a processus gyenge ellenállási képességére von következtetést. Ellenkezőleg *Rose* már az üszkösödés kezdeti szakában levő belek közt csaknem ép féregnyulványt látott; épp úgy *Langenbuch* is. Azt tartom, hogy az efféle különbözetekből elvi consequentiákat vonni mindenesetre elhamarkodott dolog, a mennyiben az egyes kizárt részletek magatartása nem egyéni resistentiájukban, hanem kétségtelenül a véletlen fenforgó boncztani viszonyokban leli magyarázatát.

b) Kórtani szempontból sokkal érdekesebb a kizárt appendicularis sérvek második csoportja, az *isolált féregnyulvány-incarceratio*. Habár *Sonnenburg* még 1901-ben megjelent munkájában is azt tartja, hogy az efféle féregnyulvány-kizáródások túlnyomó része sérvben lefolyó appendicitis, mégis az ujabb vizsgálatok alapján igazat kell adnunk *Körte*-nek (1902.), mikor azt mondja: »Ein Wurmfortsatz ist doch dick genug, dass wenn er durch eine enge Öffnung hindurchdringt und nun eine Behinderung des venösen Abflusses stattfindet, Anschwellung des Organs und Einklemmung bis zur Gangrän eintreten kann«. Előrehaladott esetben, a hol, mint *Lejars* (1904.) kiemeli, a kizáródás tüneteihez a gyuladás jelenségei is csatlakoznak, csakugyan bajos, sőt lehetetlen *(Barth)* lehet az eligazodás, annál is inkább, minthogy viszont a féregnyulvány idült lobos megvastagodása, túltengése, kinyulása elősegítője lehet a kizáródásnak *(Pollosson, Bariety, Regnier, Brunner, Schultze)*; de a kezdeti szakokban is csak az egyes tünetek pontos mérlegelése óv meg a tévedésektől. Ez magyarázza meg, hogy *Bajardi* (1895) az irodalomból összegyüjtött 47 esetéből csak tizet tart valóban kizáródásnak; *Honsell* (1903.) pedig 79 esetéből 21-et mond kifogástalannak. *Staatsmann* (1904.) 502 sérv között, a melyekből 350 volt kizárt, 3 esetben talált isolált féregnyulvány-kiszorulást. Klinikánkon 1000 sérvre esik egy incarceratio appendicis.

D. J. 57 éves hentes évekkel ezelőtt nagyobb súly emelése közben kapott jobb lágyéktáján sérvet, a mely azóta több alkalommal okozott neki kellemetlenséget, a mennyiben időnkint székrekedés, hányás, csuklás közben hirtelen megduzzadt, fájdalmas lett s mindaddig nem javult, míg orvosai vissza nem helyezték. Jelenleg 7 nap előtt érte utol hasonló roham; a sérv erős köhögés alatt egyszerre megfeszült, fájdalmas lett; a szelek megálltak, a székelés fennakadt s a beteg többször hányt. A 3 első nap heves tünetei lassanként enyhültek, bár orvosa a sérvet visszahelyezni nem tudta; minthogy azonban még ma sem tud székelni s másrészt a láb nyújtása igen fájdalmas, rászánta magát a mütétre. A lesoványodott, halvány, beesett arczú beteg jobb czombját alig tudja kinyujtani, a hasa mérsékelten puffadt s a jobb herezacskóban 2 férfiökölnyi, feszes, hullámzó, fájdalmas, lobmentes, tompa kopogtatási hangot adó terimenagyobbodás van, a mely tömött, merev kocsánynyal huzódik be a lágyékcsatornába s a melyben a here külön nem tapintható. Magas beöntésre kevés bélsár s néhány szél ürül; az érlökés 102, telt, a hőmérsék 37·6°.

Herniotomia radicalis secundum Bassini. A vastag lobos tömlőben 150 cm³ vörhenyes, szagtalan savó, a melyben heges, zsirtalan, zsugorodott, vörhenyes cseplesztömeg fekszik; ez a merev sérvkapuhoz körkörösen fibrinosusan, de még leválaszthatóan odanőtt s e helyen mérsékelten le van szorítva. Felszabadítva kihuzható ugyan a cseplesz folytatása, de magával vonja a közvetlenül a sérvkapu felett fekvő vakbelet, a melyhez lapszerüen, hegesen odanőtt; a midőn a vakbél domborulatán a csepleszt részletekben lekötjük, állományába beágyazva a féregnyulványra jutunk, a melyet a vakbélről resecálunk. A veleszületett tömlő falával egybeforrtak az ondózsinór kötegei s a sorvadt here; ezért a tömlővel együtt ezeket is kiirtjuk. Zavartalan gyógyulás.

A kiirtott heges cseplesztömegbe be van ágyazva a 12 cm. hosszú vaskos, vérdús féregnyúlvány, a melynek 10 cm.-nyi, a sérvbe kiszorult kékesvörös darabja duzzadt, hegesen vastagodott savós hártyától fedett s 5 cm. hosszú distalis részletén elzáródott. A cseplesczsonk strangulatios gyürüjének megfelelően 0·5 cm. széles, halvány leszorítási barázda látható az appendixen is; az e fölötti proximalis részlet ép.

appendicitisnek maradványa-e avagy a többszörös együt
okozta traumás gyuladás következménye, azt eldönteni ni
ban. A tény az, hogy e kettő valóságos fibrosus, kocsány
mozgó daganattá forrt össze, a mely azután valam
behatás kapcsán a nyitott sérvkapuba kiszorult; a csep
megvédte a processust incarceratiójának vészes kimenet
úttal bőséges, véres savós transsudatiót okozott, a mely
utánoz. A kizáródás után támadt tünetek analogok a tis
sérvek kiszorulását kisérő jelenségekkel.

Esetünkben éppen úgy, mint minden féregnyulv
dásnál, az első kérdés az, vajjon csakugyan incarceratió
avagy pedig a sérvben lefolyó appendicitissel állunk
Előhaladott esetben a kórisme igen bajos lehet s a
melyeket ennek eldöntésére az egyes szerzők irányadó
nak, igen különbözők. *Barth* akkor tartja a féregn
elváltozását kizáródásnak, ha a helybeli és általános
telen támadnak oly egyénnél, a ki azelőtt sérvéről ne
ha a helybeli és általános tünetek megjelenése egyidej
féregnyulvány elváltozásai élesen elhatároltak a gyű
összenövés nincs. *Körte* a kizáródásra jellemzőnek tartj
leszorítási gyűrü jelenlétét, a mely alatt a féregnyul
de nem genyes s idegen testet nem tartalmaz. *Springer*
akarja eldönteni, hogy a kiirtott féregnyulványon a gy
vérpangás tünetei állanak-e előtérben. *Schöne* ezeke
a féregnyulványnak és fodrának hosszát is tekintetbe
helyesebb, ha a sulyt nem egyes jelenségekre fektet
az egész kép minden egyes vonását biráljuk s a jelensé
pontban összegezzük: a keletkezés módja, a tünet
intensitása s a féregnyulvány állapota. A kizáródás sz
hirtelen támad legtöbbször erőlködés után; a tünetek
perczében kezdődnek s gyorsan elérnek bizonyos fo
túl a fejlődésük torpid *(Körte)*; a féregnyulványt ill
kizáródásra vall a leszorítási gyűrü, az élesen elhatá
zásnak makroskopice és górcsövileg is kimutatható
jellege, heveny gyuladásos termékek (geny, fibrinosus
padás) és idegen testek hiánya s végre a leszorítás meg
a féregnyulvány feléledése. Elméletileg helyes az is, a
mond, hogy leszorítás volt jelen akkor, ha a hasür
helyezett féregnyulványból nem fejlődik tovább
citis; a gyakorlatban ezt a kisérletet nem tartjuk
mert a féregnyulványt minden oly esetben kiirtandó
juk, a hol benne keringési zavarok bekövetkezése felv
alapján tartom esetünket is jellegzetes kizáródásnak,
az módosít, hogy a féregnyulvány egyuttal periapper
tán összeforrt a csepleszszel vaskos hegtömeggé.

A leirt eset beleilleszkedik azon keretbe, me
dalomban talált kizáródások *localisatiójáról* ad *Honsell*
a legujabban közölt esetek (*Staatsmann*, *Cluss)* is
A kizáródás ugyanis ezideig csupán jobboldali lágy
s mindkét oldali cruralis herniákban volt észlelhető
a lágyéksérvek kizárólag férfiakat, a czombsérvek
illettek. A gyakoriságra nézve pedig *Honsell* 21 ese
volt cruralis kizáródás, a mi úgy látszik a czomb
merev voltában nyeri magyarázatát, minek folytán
gyürü az aránylag vékony féregnyulvány leszorításá
sabb, mint a tágulékony, lágyabb inguinalis kapu.

A féregnyulvány-kizáródásnak már *Rose* vizsgál
alakját szokás megkülönböztetni. 1. A féregnyulványcs
fortsatzendbruch) incarceratiójánál az appendix hossza
distalis darabja került a sérvbe, a melyben vagy
nyulva, vagy többrét hajolva található *(Rose, Sprin*
ide tartozik saját esetünk is. 2. A féregnyulványka
sánál (Wurmfortsatzschlingenbruch) a szájadék és
herniosus fekvése mellett a pocessus vermiformis ka
szorult a sérvbe *(Rose, Barth, Springer, Rotter, Me*
a kacsképződést kétségtelenül elősegíti, ha a féregny
csa előzőleg már a sérvkapu felett rögzített *(M*
grad incarceratiója.) Hogy az egyik vagy másik leh
lődésére, illetve általában a vermicularis sérv kizáró
befolyása a féregnyulvány milyenségének, hogy más
záródik-e ki könnyebben az appendix, ha lágy, hajl

eldönteni.

A féregnyulvány kizáródott részlete a kizáródás alatt és a strangulatios gyűrűben azon *jellegzetes elváltozásokat* mutatja, a melyeket a kizárt belekről jól ismerünk; váltakozik a kép az egyszerű nyomási anaemiától, illetve véres tömülés- és savós átivódástól kezdve az üszkösödés különböző alakjaiig, mely legnagyobb fokát az átfuródásban, illetve teljes demarcatióban *(Safert)* éri el. Az elváltozás súlyossága arányban áll az elasticus leszorítás fokával, a mi viszont a gyűrű és beléje szorult rész viszonylagos átmérőjétől függ. Ezt hangsúlyozni kívánjuk *Rose* állításával szemben, a ki a féregnyulvány állapotát csakis a fodor kifejlődésétől, alkatától teszi függővé. Lehet, hogy zsirdús, hosszú mesenteriolum hajlamosítja az appendixet kizáródásra *(Schöne)*; lehet, hogy *Springer* túloz, a mikor *Rose*-vel szemben azt vitatja, hogy a mesoappendix minden esetben végigkiséri a féregnyulványt; tény az, hogy az eredmény mindegy, akár a fodorban, akár a subserosában végig futó ereket éri a nyomás; csupán a leszorítás foka a döntő. Az extraherniosus féregnyulványrészlet többnyire ép; ismeretesek azonban esetek, a hol az átfuródás éppen itt következett be. Nevezetesen kacskizáródásnál elhalhat a féregnyulvány csúcsa, ha táplálkozása a mesenteriolum teljes leszorítása folytán megszünt *(Springer, Rotter)*; az elhalt részlet körül, a kapu felett intraperitonealis tályog képződhetik, mely a kórisme felállításában értékes útmutató. Mindkét alaknál perforálhat a gyűrű és a vakbél közötti proximalis rész *(Lindner, Schöne)*, a mi úgy volna értelmezhető, hogy a csúcsával rögzített és egyébként is táplálkozásában megzavart féregnyulvány beékelődik a coecum és hasfal közé.

Tünetek szempontjából a féregnyulvány kizárt sérvei három csoportra oszthatók: 1. A legkönnyebb esetekben a kizáródás általános tünetei teljesen hiányoznak, a helybeli sérvgyuladás képe áll előttünk *(Guinard, Staatsmann)*, a mely a kórismében tévedésekre is vezethet. Természetesnek látszik ez, ha tekintetbe veszszük, hogy az appendix a bélsár keringéséből kiesik, s másrészt a sérvtömlőbe kizárva, a hasüregtől mintegy isolálva van. 2. Súlyosabb esetekben a hirtelen keletkező sérvgyuladást az általános testi érzés zavarai: émelygés, hányás, székelési zavarok kisérik a nélkül, hogy incarceratio képévé fokozódnának. 3. A legsúlyosabb esetek azok, midőn a sérv hirtelen duzzadását jellegzetes kizáródási tünetek: az emésztőcsatorna, a közérzés és a szívműködés zavarai követik. Az általános tünetek mindkét utóbbi esetben első sorban a hashártyaidegek nyomási izgalmára és az ezáltal kiváltott reflexhatásra vezetendők vissza *(Barth, Kirstein)*, épp úgy, mint cseplesz- és egyéb oly kizáródásoknál, a hol sem a szomszédos bélkacsok megtöretése, sem a sympathicus hashártyagyuladás nem okolható a tünetekért. A zuzódás fokától függ az általános tünetek súlyossága.

Mindezen tünetek azonban sérvkizáródás és nem féregnyulvány-kizáródás tünetei, s el kell fogadnunk *Barth* kijelentését, hogy az inceratio appendicis kórisméje csak a nyitott sérvtömlőben állítható. Az, hogy súlyos incarceratio mellett sincs teljes bélsárrekedés, épp úgy előfordul Littré-sérveknél, cseplesz, hugyhólyag, petefészek kiszorulásnál, mint féregnyulvány-kizáródásnál. A *Kölliker—Muns* leirta fájdalmas csipő-contractura általában czombsérvbe történt appendix-incarceratióra, a *Springer* hangsúlyozta kapufeletti inraperitonealis izzadmány féregnyulványkacs kizáródására kelthet gyanut, de e tünetek sokkal ritkábbak, semhogy gyakorlatilag értékesíthetők volnának. Ebben a diagnostikai nehézségben rejlik az efféle kizáródások veszedelme, míg nem lesz a gyakorlatban kötelező elv, hogy minden kizárt sérv lehetőleg korán, erőltetett taxis-kisérletek nélkül megoperálandó.

3. *Appendicitis in hernia.* Ha a gyuladást megindító fertőzés mellett már a szabad hasüregben is jelentékeny szerepet juttat az appendicitis kórtana a féregnyulvány elhelyeződésének, keringési viszonyainak, boncztani alkatának, mindez kell, hogy fokozottabb mértékben érvényesüljön, ha a processus vermiformis a sérvbe kerül. A vékony scrotumbőrrel fedett féregnyulványt sokkal könnyebben érik ismételt enyhébb, vagy egyszeri súlyos *(Brünslow)* sérülések; a sérvtömlőbe kivongált, a kapuban esetleg megtört s összenyomott processus vérkeringése, nyirokáram-

Neugebauer) bejutása az összehuzódásaiban gátolt a annál könnyebb, minthogy a bélsár pangása az efféle mindig dislocált vakbélben is feltehető *(Pistory)*. Ez m meg, hogy az aránylag elég ritka vermicularis sérvekbe gyakori az appendicitis; már *Tacke* (1901.) 29 sérv tist talált az irodalomban, mig *Wassiljew* (1904.) köv seit 63 lágyéksérvbeli appendicitis adataira alapitja; s nek egy részében a pathogenesis kétséges is, mindene jelentékeny szám marad mint kétségtelenül *appendici nia*. Feltünő, hogy az esetek túlnyomó része a gyermek korra esik, ellentétben azzal, hogy az appendicitis ma az élet delén leggyakoribb. *Wassiljew* a gyermekkori mot a sérveknek, és pedig veleszületett sérveknek ez gyakoriságából, az aggkori emelkedést pedig abból ma hogy az appendicitisre kivált idült vermicularis sérv dók, már pedig a sérvek keletkezésének második ma középső életévekre jut.

Az appendicitis kifejlődhetik mindazon sérvekbe lyekben a féregnyulványt ezideig találták, tehát mind lágyék- és czombsérvben, köldöksérvben és hernia ob ban is *(Bary)*; a legnagyobb számot, ellentétben *Tac* val, a jobboldali lágyéksérv képviseli. A féregnyulvány felében egymaga, másik felében a vakbéllel, vékonybele a csepleszszel együtt volt a tömlőben.

A sérvben lefolyó appendicitis *boncztani* viszonyai n különböznek az intraabdominalis gyuladás ismert ké appendicitis acuta catarrhalis, ulcerosa, gangraenosa, dicitis chronica productiva és obliterans, a periappendi nosa, purulenta és adhaesiva sokszorosan combinálva a sérvekben is, a hol olykor igen bonyolult boncztani kat létesítenek.

Másként áll a dolog az ilyen appendicitis hernia *vel*. Az esetek egyrészét idült lefolyása miatt: *appendi nica in hernia* névvel jelölhetjük meg; valamely vel vagy szerzett sérvben időnként, a közérzés csekély járó fájdalmas duzzadás *(Bail, Neugebauer)* jelentkezik a beteg valamely traumára vagy emésztési zavarra visszavezetni, s a mely néhány nap alatt nyom nélkü egy ilyen roham után a sérv egyszerre csak nem tolh vissza teljesen, irreponibilis s a beteg ilyen állapotban sen megvastagodott, környezetével többszörösen összer leg valóságos fibrosus daganatot képező *(Wassiljew)* ványnyal műtétre; máskor ettől kezdve a rohamok m rabban ismétlődnek, mig végre egy hirtelen paroxysmus hoz hozza a beteget, s a már idült, lobosan elváltozott ványnak kizáródását *(Pollosson, Bariéty, Regnier, Brun tze)*, vagy heveny kiujult gyuladását találjuk a sérvbe *bauer, Pólya)*. — Az esetek másik csoportjában az elad nehézséget nem okozó sérvben hirtelen fájdalmak mell zett gyuladás (phlegmone perihorniosa) jelei, majd a súlyos zavaraival járó oly heves, lázas, incarceratió jelentkeznek, hogy a beteg kizáródás kórisméjével k nal műtétre; ilyenkor a tömlőben egyéb szervek közt magában az appendicitis valamely szakában levő, s he appendicitistól kisért féregnyulványt találjuk: *appendi in hernia*. Feltünő azonban, hogy egyrészt az általá reactio (hányás, csuklás, fájdalom) nem oly heves, a dés nem oly teljes, mint valóságos kizáródásnál vagy dominalis gyuladásnál, másrészt, hogy ha a műtét okból elmarad, a tünetek lassan enyhülnek s a sérvbe nagyobb körülirt, genyes-eves tályog fejlődik *(Esch Guersant, Pollosson)*; ez magára hagyva, idővel meg i bélársipoly képződésére vezet *(Niche, Neslin)*. Lehet, h volna a rögtön operált esetek sorsa is; legalább erre ily »*appendicitis in hernia*« mellett még a legsulyosabb nosus alaknál is csaknem kivétel nélkül hiányzik a nag reactiója, az általános peritonitis; 63 esetből csak *Br Briancon* láttak hashártyagyuladást fellépni. Oka ennek az, hogy a sérvekben esetleg megvastagodott savós há mutat oly reactioképességet *(Wassiljew)*, mint inkább

a hasüreget, úgy hogy az appendicitis mondhatjuk valósággal extraperitonealisan zajlik le.

Az eddig ismeretes esetekben a *kórisme* csakis a műtétnél, sőt egyesekben csak a kiirtott részlet górcsövi vizsgálata, vagy a bonczolás után volt felállítható *(Wassiljew)*.

4. *Appendix accreta in hernia.* Ha valamely vermicularis sérvben enyhébb kizáródás vagy appendicitis folyt le, vagy ha a sérvbeli féregnyulványt a sérvkötő-hordásnál vagy szokásos visszahelyezésnél könnyebb sérülések érték, a féregnyulvány letapadhat a tömlő falához. 18 említett appendicularis sérvünk közül 6 esetben volt a féregnyulvány összenőve a tömlővel; és pedig háromszor olyan sérvben, a melybe egyuttal a vakbél is lecsuszott extrasaccularisan, kétszer a csepleszszel együtt, egyszer pedig egymagában. Az összenövés lehet szalagos vagy lapszerű, utóbbi esetben akár a féregnyulvány egész hosszára kiterjedő, mi által az említett *appendicitis in pariete herniae* képére emlékeztető, attól nehezen megkülönböztethető viszonyok létesülnek. Bekövetkezhetik az adhaesio a tömlő ürében vagy a kapu táján, az appendix csucsán vagy lefutásában. Veleszületett sérvekben a processus csúcsának összenövését a herével intrauterin lobosodásból származtatják és a sérv kifejlődésével hozzák oki kapcsolatba *(Hoffmann)*. — Hosszabb részletezések helyett egyik jellemző esetünk rövid kórtörténetét iktatom ide.

Sz. N. 24 éves földmíves gyermekkora óta szenved jobboldali lágyéksérvben, a mely jókora férfiökölnyire domborodik ki a 2 újjnyira tág lágyékcsatornából. A sérv könnyen visszatolható, azonban feltünik, hogy a visszacsúszás nem egyenletes megkisebbedéssel, hanem mintegy »en masse«, egy tömegben történik. *Herniotomia radicalis secundum Bassini:* az ondózsinórról jelentékeny parenchymás vérzés közben leválasztható a tömlő, a melynek hátsó falával egybeforrt a lecsúszott vakbél; ennek alsó polusáról indul el a féregnyulvány, mely csúcsán s fodrának több pontján összetapadt a tömlő belső felületével. A kiválasztott appendixet kiirtjuk; a tömlöt a vakbél alatt resecáljuk, bevarrjuk s azután a vakbéllel együtt »en masse« visszahelyezzük. Zavartalan per primam gyógyulás.

Bármily okból származtak, bármilyen kiterjedésüek és localisatiójuak a féregnyulvány ezen összenövései, tény, hogy minden esetben erezettek, s részt vesznek a processus általános táplálásában, nedvkeringésében. Lefejtésük tehát feltétlenül vérzésekre keringési zavarokra vezet. A műtét okozta vongálás folytán *(Pólya)* táplálkozásában egyébként is zavart féregnyulványban appendicitis-rohamot válthat ki, a mint egy esetünkben mi is észleltük.

O. A. 43 éves gépkezelő 7 év előtt erős köhögés közben kapta jobb oldali lágyéksérvét, a mely azóta másfél férfiökölnyire nőtt meg, de könnyen visszahelyezhető. *Herniotomia radicalis secundum Bassini:* az igen vékony falú tömlő nehezen választható le a szétterült plexus pampiniformisról; a tömlő nyakához, közvetlenül a kapú felett odatapadt a féregnyúlvány csúcsa, a melyet onnét két lekötéssel lefejtünk, s a hasüregbe visszahelyezünk. Teljesen láztalan lefolyás mellett, a 11-dik napon 39° lázzal, haspuffadással, székrekedéssel jellegzetes appendicitis roham fejlődik a betegnél gyermektenyérnyi fájdalmas beszürődéssel a tömlővarrat tájékán. A roham conservativ kezelésre lezajlott a nélkül, hogy a sérv gyógyulását egyébként megzavarta volna, úgy hogy a különben is elgyengült beteget ujabb műtétre későbbre rendeltük be.

Hogy az ilyen postoperativ appendicitis sulyos átfuró jelleget is ölthet, azt *Pólya* esete mutatja. Igaz, hogy egy esetünkben a cseplesz és féregnyulvány kiterjedt összenövéseit megoldottuk, s a processust a hasba visszahelyeztük a nélkül, hogy az utóbb valamelyes zavart okozott volna; említett esetünk azonban óvatosságra tanított, s azóta ilyen esetekben a féregnyulványt mindig eltávolítjuk.

* * *

Ha az elmondottakat röviden *összegezzük*, azokból a gyakorlatra nézve a következő irányelveket állíthatjuk fel: Valamely sérvbe jutott *szabad, ép féregnyulvány* a hasüregbe baj nélkül visszahelyezhető; ha a szabad féregnyulvány idült gyuladás nyomait mutatja vagy kifejezett idegen testet tartalmaz, eltávolítása ajánlatos. A sérv falába ágyazott vagy vele *összetapadt appendix*, még ha egyébként ép is, mindenkor kiirtandó. A féregnyulványból kiinduló *extrasaccularis gyuladások* ellátan-

megoldásával vagy a lobos gócz megtisztításával
javalt a féregnyulvány kiirtása, ha szükséges, akár he
tomia utján is; hogy a sérv gyökeres ellátása egyál
mily fokban lehetséges, azt az eset egyéni jellege sz

Módosított skoliosis-redressáló nyujtó ismert

Irta: *Kopits Jenő dr.* műtőorvos,
a Stefánia-gyermekkórház rendelő orvosa.

A skoliosis kezelésének egyik legfontosabb s
smind legnehezebb részét kétségkivül azon törekvés
hogy az elgörbült gerinczet görbületével ellenkező irán
szünk áthajlítani. Ez eljárásunknak teljesen hajléko
sisos gerincznél az a czélja, hogy egyrészt megakadá
gerinczgörbület concav oldalán levő szalagrendszernel
zatnak a zsugorodását, illetve alkalmazkodását a ge
változott helyzetéhez, másrészt pedig, hogy fenntartsu
lyákat egymással összekötő izületek teljes mozgék
ott azonban, hol az izom- és szalagrendszer a concav o
megrövidült és a csigolyaközti izületek részben elveszt
másközti teljes mozgékonyságukat, a mi miatt a geri
kevésbé merev, ott a gerinczáthajlítási kisérleteink
a gerincz mobilisatióját czélozzák s csak ennek elérésé
het a gerincz detorsiója.

A detorsio eszközeinek megválasztása tehát
függ a gerincz hajlékonyságának a fokától. Teljesen
elgörbült gerincznél sikerül a detorsio autoredressemer
vel is, midőn a beteg bizonyos elhelyezkedés mellett s
ereje segélyével hajlítja át gerinczét az ellenkező irá
igyekszik saját erejéből beállítani gerinczgörbületének
képét. E gyakorlatoknak a detorsio előbb említett fel
lett még az is a czéljuk, hogy a beteg gyakorolja s kép
zatát a gerincz egyenesen tartására. Azon esetekné
melyeknél a gerincz már elvesztette teljes hajlékonys
bizhatjuk a detorsio elérését csupán csak a beteg saját iz
hanem az activ áthajlítás helyett passive igyekszün
irányból a gerincz ivét az ellenkező oldal felé benyon
skoliosisos gerinczeknél, melyeknél a merevség nem
kézerővel is legyőzhetjük az ellentállást, hasonlóképe
gymnastikai gyakorlatokkal, melyek a gerincz mo
czélozzák. Nagyobbfokú skoliosisoknál azonban a
manualiter sem sikerül, részben mert nem tudunk eleg
erőt kifejteni, de főleg azért, s ez a fontosabb, mert ne
a redressement-t elég kitartóan egyhuzamban végezni
segédeszközökre van szükségünk.

Az e czélra használatos eszközökben bővelkedik
pädia arzenálja. Egyik nagyon régi, egyszerű, bár sok
ben kifogásolható, de mégis nagyon elterjedt eszköz
által ajánlott párnázott nyujtó (Wolm), mely majdne
testegyenesítő intézetben, legtöbbször átalakított formá
nálatban van. Az eredeti eszköz szerkezete nagyon egy
faoszlopból áll, melyen különböző magasságban be
egy közepén párnázott rúd van elhelyezve, az eszkö
pedig a rúd mögött egy szíj van megerősítve, mely eg
különböző magasságra beállítható fogantyút hordoz.
két oszlopát alulról még egy lécz köti össsze. A nyujtó
— feltéve, hogy a betegnek jobboldali háti skoliosis
következő: a beteg a rúd elé állva balkezével a fogant
tott szijba kapaszkodik, mialatt jobb lábával az es
jától bizonyos magasságba beállított összekötő léczre lé
igyekszik jobbfelé forgatva törzsét, a rúd párnázott
hónalja alá kapni s egyidejüleg annyira jobb jelé for
zsét, hogy bordapúpjának legnagyobb domborulatával
a párnára. Most a beteg lelép az összekötő léczről s egé
a levegőben lóg. A beteg teste ily elhelyezésben eg
emeltyűnek felel meg. A hosszabb emelőkart a mellka
az ágyéki gerincz, a medencze és az alsó végtagok k
emeltyű rövidebb karját pedig a mellkas felső része, a
felső végtag, végül a hypomochliont a bordapúpnak

egész súlya adja. Ezt a súlyt még azáltal fokozza Lorenz, hogy a beteg bokáira 5—10 kiló súlyú sörétes zacskókat köt. Az egész mellkas detorsióját előmozdítandó, az orvos kezét a kiálló bal mellső mellkasfélre helyezi s nyomást gyakorolva rá, ezáltal a jobboldali diagonális átmérő irányában megnyúlt mellkast benyomva, a mellkasnak a bal diagonális átmérő irányában kitágulását czélozza. Igy írja le Lorenz eszközét s annak használatát.[1]

Az eszme, látjuk, nagyon jó, mert a gerincz ivének redressálása az által történik, hogy a rúd erős nyomást gyakorol a bordapúp legnagyobb domborulatára, miközben a törzs felső része a kar segítségével rögzítve van és ugyanekkor a test majdnem egész súlyával megnyujtja a gerinczet. Mindezen erők ily módon combinálva hatalmasan érvényesülhetnek a gerincz ivének a lelapítására. A gyakorlatban azonban sok hibáját találjuk az eszköznek.

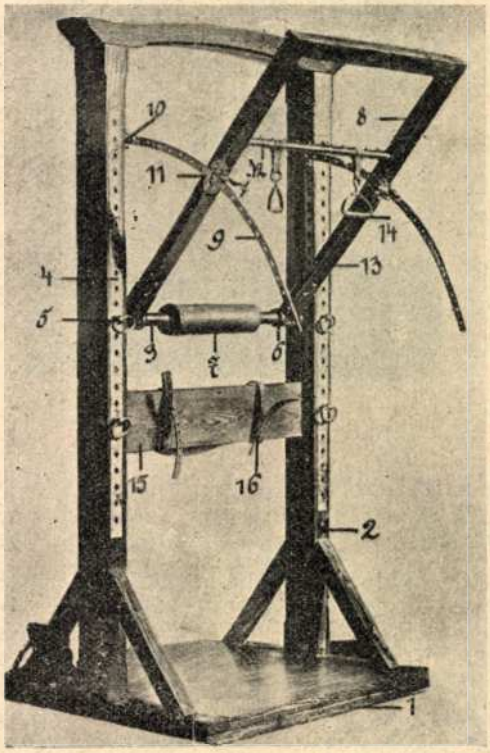
Már magából a leírásból is elképzelhető, hogy a redressálás ily módja annyira erőszakos, fájdalmas s minden bevezetés nélkül egyszerre oly nagy erővel támadja meg a kóros állásban merev gerinczet, hogy azt a beteg legtöbbször alig vagy csak pár pillanatig képes elviselni. Lorenz maga is »rendkívül fájdalmasnak« mondja az első redressáló kisérleteket, melyek »könnyek nélkül nem igen mennek« s csak hosszabb idő mulva jut annyira, hogy a beteg pár perczig képes megmaradni a redressáló helyzetben. Ez egyik legnagyobb hátránya az eszköznek, mert csak akkor várhatunk igazán eredményt a redressálás e módjától, ha sikerül a beteget a kivánt helyzetben minél hosszabb időn át megtartani, mert nem erőszakos megnyujtástól, hanem lassú, huzamos időn át tartó megfeszüléstől várhatjuk csak az ellentálló lágyrészek meghosszabbodását. Ez azonban az eszközzel eredeti alakjában és használata mellett nem sikerül.

Hogy a redressement e módja ily fájdalmas és a redressáló helyzet megtartása csak nagyon rövid időn át sikerül, annak oka elsősorban a beteg teste által képezett emeltyű-karok egyenlőtlen megterhelésében rejlik. Az egész emeltyű-rendszernek csak a felső emeltyű-karja van rögzítve, az is a végén. Az a testrész, melynek segítségével a rögzítés történik, a beteg karja, illetve keze. A kéz azonban nem elég erős arra, hogy ily helyzetben a beteg egész testsúlyát megtartsa huzamosabb időn át, sőt még azon esetben is gyenge lenne ily teher viselésére, ha a test hossztengelyének az irányában, azaz kinyujtott karral kellene a betegnek kapaszkodnia. A kapaszkodásra rendelt szíjon alkalmazott fogantyú helyzete azonban eltéríti a kart természetes irányától és megköveteli, hogy a beteg könyökét 90°-ra behajlítsa és egész karját erősen befelé rotálja, a mi által még inkább gyengíti a kar hordozó képességét. Ha meggondoljuk, hogy ily helyzetben függve, a felkar a vállizületben mily nagyfokú hyperextensioba jut s a testsúly huzása következtében a hónaljban fekvő idegpamat mekkora megnyujtásnak van kitéve, könnyen megérthetjük, hogy csakhamar oly nagy fájdalmak támadnak a karban, melyeket a beteg elviselni nem tud s így kénytelen megszakítani a redressement-t. Épp ez okból, hogy a beteg karja ne tétessék ki ily nagyfokú megterhelésnek, sokan csak annyira függesztik fel a beteget az eszközre, hogy lábai hegyével a földet érinthesse, a mi által a testsúly huzása elmarad. Ekkor azonban a redressáló erő is csak nagyon kevéssé érvényesül, mert nem lévén fixálva a medencze, a beteg annyira előre lép, míg a gerincz redressálásából eredő fájdalmak meg nem szünnek, azaz a beteg oldalt fekszik merev gerinczén, a nélkül, hogy azt redressálná. Másik hibája még a redressálás e módjának, hogy a redressement mindig úgy történik, mintha az egész gerincz csak egyetlen nagy ivű görbületet képezne s nem számol épp a nagyon is gyakori kettős, sőt háromszoros ivű elgörbülésekkel, mely esetekben a gerincz egy szakaszának elsődleges elgörbülése mellett éppen ellenkező irányú másodlagos következményes elgörbülések szoktak jelen lenni. A felvett esetnél a rúd benyomja ugyan a jobb oldali háti görbületet, de egyuttal áthajlítja az egész gerinczoszlopot a bal oldalra és ezáltal fokozza az esetleg jelenlevő ágyéki rész, valamint a felső háti és nyaki gerinczoszlop baloldali görbületét.

[1] Dr. A. Lorenz. Pathologie und Therapie der seitlichen Rückgrat-Verkrümmungen. Wien 1886.

hogy a diagonális átmérő irányában nyomva a mell
púpot, czélravezetően és maradandóan képes a mellkas
létrehozni. A mellkast alkotó egyes bordagyürük ug
sikerül is őket nyomás alatt az ellenkező diagonalis átmé
ban tágítani, a nyomás megszünte után rugalmasságul
csakhamar visszaugranak az előbbi helyzetükbe. Miután
nyomás maga csak nagyon rövid ideig tart, nem kép
hogy a bordagyürük ily rövid ideig tartó megváltozta
haszonnal is járna. Azt hiszem azonban, azáltal, hogy
a beteget bordapúpjánál és hónaljánál fogva meg
segit némileg a testsúlyt tartani s így valamennyire
hosszabbitani a redressálás időtartamát.

Az eszköznek ez említett bajain úgyszólván mi
ki használta, iparkodott segíteni, részben változtatva a
módján, részben az eszköz alakján. Nevezetesebb válto
végeztek: Hoffa, Kirmisson, Zander, Dolega, Schwart
s többen.

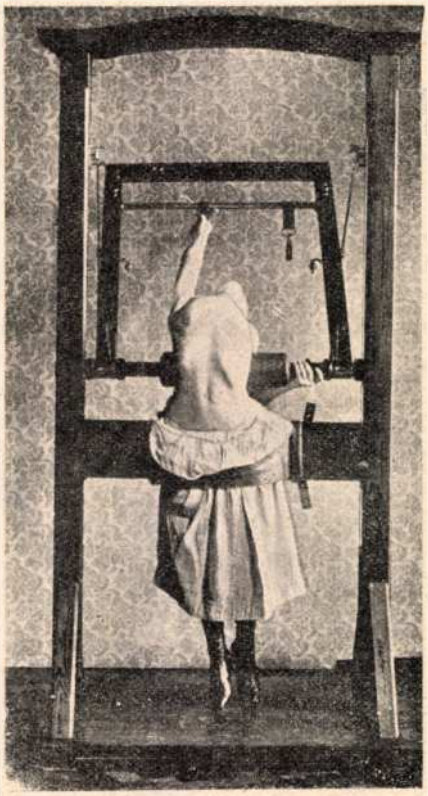


1. ábra.

Én magam is kisérleteztem az eszközzel inprovi
ban, de eredeti előirás szerint. Egy ajtóközben alkal
párnázott nyujtót s mögötte a padlóban erősítette
kapaszkodásra szolgáló szíjat. Csakhamar tapasztaltan
az eszköz előbb elősorolt hátrányait, s igyekeztem az
teni. Legelső sorban szükségesnek tartottam a testsúly
a kart felszabadítani, azaz én is úgy állítottam be
hogy lába a földet érje, ezzel azonban az előbb emlí
egyidejüleg szükségesnek mutatkozott a medencze rö
Kivánatosnak tartottam továbbá, hogy a kapaszkod
gáló szíj ne lent a padlóban legyen megerősítve, hane
függjön lefelé, hogy a beteg, karja különös megerőlteté
természetes irányba kinyujtva karját, foghassa azt
kapaszkodásra szolgáló fogantyú ne csak fel- és lefe
oldalirányban is eltolható legyen. Ezen intentiókból
jutottam a Lorenz-féle nyujtó átalakításával a köve
ismertetendő eszköz megszerkesztésére, melyet intézet
éven át kipróbáltam és bátorkodom a következőkben

Az eszköz (1. ábra) vastag deszkákból készített
letes *talapzaton* (1) áll, melynek mindegyik oldala 1
E talapzat mindkét oldalának a közepén függélyes
egy-egy 2 m. magas, 10 cm. széles *faoszlop* (2) emelkedik
felül, az oszlopok megszilárdítása végett, gyengén h

összeépített állványra vannak az eszközök redressálásra szolgáló részei elhelyezve. A két oszlop oldalába egész vastagságán teljesen áthatoló, 5 cm. széles rés van vágva (az ábrán nem lát-



2. ábra.

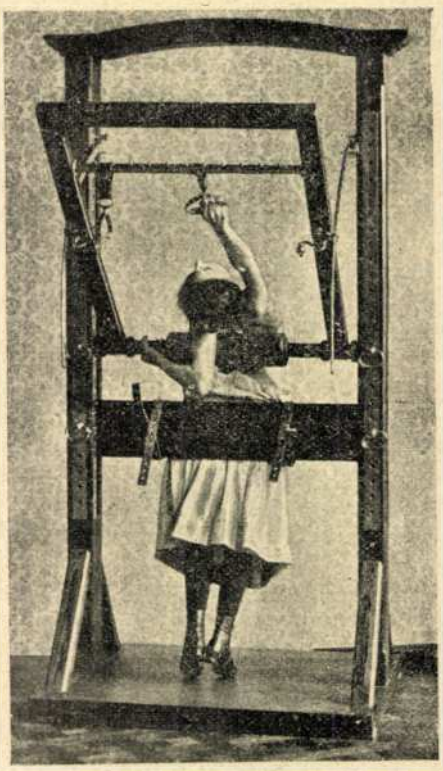
ható), mely az alapzattól 50 cm.-nyire kezdődik és 130 cm.-nyire fut felfelé. E résben foglal helyet a redressáló rúd két vége. A *redressáló rúd* (3) egész hosszában hengeres, csak két végén négyszögletes, hogy az oszlopok réseiben el ne fordulhasson. Mindkét végén ujjnyi vastag lyuk van fúrva, hasonlóképen a rés által két részre osztott mindkét oszlop hátulsó gerendája is lyuksorozattal (4) van ellátva ; az egyes lyukak 5 cm. távolságban vannak egymástól. E lyuksorozatot a fába eresztett vasalás védi s az egyes lyukak mindkét oldalon meg vannak számozva. E lyukakkal szemben a rés tulsó oldalán a mellső gerenda is be van furva, de a lyuk azon át nem hatol. A rudat különböző magasságban akként rögzítjük, hogy a rúd és a gerendák lyukain mindkét oldalon egy-egy erre szolgáló ovalis karika-fogantyúval ellátott szeget dugunk át (5). A rúd mindkét végén két-két gyürűszerü kiemelkedés van esztergályozva (6), egymástól 7 cm. távolságban, melyek egyrészt a kapaszkodó keret vasalásának a felvételére szolgálnak, másrészt azonban megakadályozzák, hogy a rúd beállítása alkalmával az oldaloszlopok réseibe egyik vagy másik oldalon becsuszszék. A rúd közepén 40 cm. hosszuságban jó keményen lószőrrel és disznószőrrel körül van párnázva (7), úgy hogy a hengerpárna kerülete nem több mint 33 cm.

A rúd két végén van elhelyezve az említett gyürűszerű kiemelkedések között két vaspánt segélyével a *kapaszkodó keret* (8), melynek két oldalszára 1 m. hosszú, a keret szélessége pedig 80 centimétert tesz ki. E keret a rúd körül körsugárszerüleg félkörben forgatható és a félkör bármely fokán szilárdan beállítható. Erre szolgál az oldaloszlopból lenyúló két ívalakú *rögzítő kar* (9), melyek az oszlopokon különböző magasságban könnyű módon rögzíthetők két-két csavaros gomb (10) segélyével az oszlopok belső felületén egymástól 5 cm. távolságban fúrt, vaslemezzel védett s a csavaros gomb bekapcsolására lefelé nyúlványszerű kivágással ellátott lyukakban. A rögzítő karon 5 cm. távolságban egész hosszuságában lyukak vannak fúrva, melyekbe a keret mindkét oldalán elhelyezett reteszszerű szerkezettel (11) egy-egy kisujjnyi vastag rövid vasrudacska tolható, a mi által a keret sem előre nem tolható, sem hátra nem húzható többé, szóval

készített *fogantyútartó rúd* (12). E rúd a keretben vaslécz fogainak (13) az elhelyezése s a rúd két végén egyszerű rugók segélyével egy kézmozdulattal a számo szerű fogak bármelyikén, azaz bármely távolságban rúdtól, rögzíthető. A fogantyútartó rúd ugyancsak 5 ságban egész hosszában kiálló vasszegekkel van ellát között a fogantyú elhelyezhető. A *fogantyú* (14) készítve kengyelszerűen s azon a részén, melyet a b adunk, párnázva és szarvasbőrrel van bevonva. A széles bőrszijjon függenek, forgathatók, s száraikat fel- bőrszalag tartja össze. E bőrszalag-karikát letolva tesszük a fogantyú szárait s az egész fogantyút kör elhelyezhetjük a tartórud bármely két szege között

A két oldaloszlop részeiben a redressáló rudho egy 20 cm. széles, vastag, a *medencze rögzítésére szolgáló* van fel- és letolhatóan elhelyezve. E deszka hátulsó a közepén egymástól 45 cm. távolságban felül és a gomb van megerősítve, melybe a deszkával hasonló szarvasbőrrel bélelt puha bőrlemez szárai (16) kapcso

Az eszközt, oly beteget véve példának, a kin skoliosisa van, következőképen használom (2. és 3. ábr a rúd előtt foglal helyet, a kezelő orvos pedig a rú kapaszkodó keret alatt áll. Legelőször is a medenczer kát a lábujjhegyen álló beteg medenczéjének a maga tom be s itt a beteg medenczéjét az említett bőrlappa látható módon rögzítem a deszkához. Ezután a redr emelem oly magasra, mint a beteg gerinczgörbületéne púpjának a legnagyobb domborulata van. Most a b a rúd párnájára támasztva úgy fordítom balfelé, hog bal hátulsó jobb mellső diagonalis irányú tengelyév a rúdon. Ily elhelyezés mellett a beteg bal hónalja alá v azon a 3. ábrán látható módon megkapaszkodik, míg kinyujtva, annyira igyekszik áthajolni hátrafelé a rúd nyire csak tud. Mindenfokú gerinczelhajlásnál talá



3. ábra.

mögött egy oly pontot, a hol a beteg, ily módon e gerinczgörbület concav oldala felőli karjával úgy ké nagyobbfokú fájdalom nélkül megkapaszkodni, hogy czére a kivánt irányban nyomást gyakoroljon s e huzamosabb időn át meg is képes maradni. A kapas

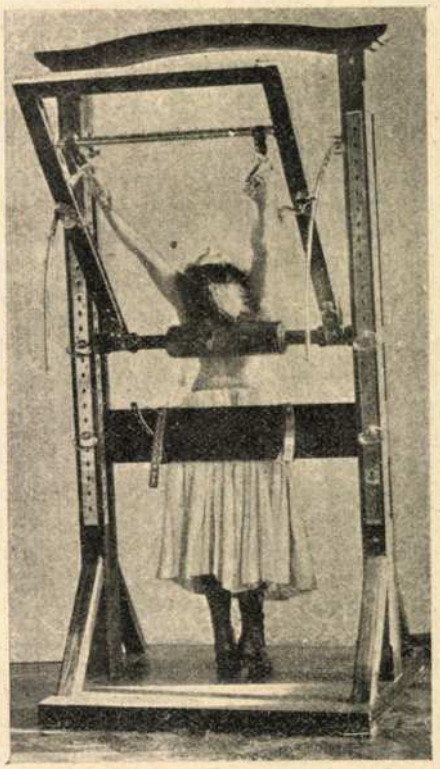
alkalmas ponton adhatunk egy fix pontot a beteg kezébe. A kapaszkodó-keretet kétoldalt kihúzva, a fixáló reteszeket annyira sülyesztjük hátrafelé, a mennyire csak megengedi a beteg gerincze s karja, a fogantyútartó rudat és vele a fogantyút egy kézmozdulattal emelhetjük vagy közelíthetjük a rúdhoz és a fogantyút a szükség szerint könnyű szerrel jobbra vagy balra állíthatjuk be. Természetesen az első beállításnál a beteg törzsének meztelennek kell lenni, hogy megfelelően lássuk a redressement hatását a gerinczen s a gerincz ellengörbületeinek a viselkedését. Az első beállításnál leolvassuk az eszközről a számokat az oldaloszlopokon, a rögzítőkarokon, a kapaszkodó-kereten s a fogantyutartó rúdon, feljegyezzük, s a redressement ismétlésénél ugyanígy állítjuk be ismét az eszközt.

A redressement az eszköz használatánál következő módon jön létre. A beteg teste itt is mint kétkarú emeltyű szerepel, csakhogy míg Lorenz eszközénél az emeltyükar felső, gyengébb karja van rögzítve, itt az emeltyűrendszer alsó karja fixált, azaz a medencze segélyével a gerincz alsó végét fogjuk meg biztosan az eszközben, úgy hogy az sem lefelé nem térhet ki, mert a beteg lábaival a földön áll, sem oldalt nem fordulhat, úgy átfogja a 2. ábrán látható rögzítő bőrlap. A támaszkodópont itt is a gerinczgörbület, illetve a bordapúp legnagyobb domborulatára esik. Az emeltyű felső karjával történik részben active, részben passive az emeltyűrendszer megterhelése, illetve a gerincz redressálása a beteg felső végtagja segélyével. A redressement csökkenthető vagy fokozható az által, hogy a törzs felső részét kisebb vagy nagyobb fokban hajlíthatjuk át a rúdon, a minek a fokát első sorban az határozza meg, hogy a skoliosisos gerincz mennyire merev, a beteg mennyire szokta meg a redressement-t; azaz karja mennyire birja meg a redressement fokozását. Kezdetben a betegek jobban tűrik, ha karjuk nincs teljesen kinyujtva, azaz karjuk nem játszik passiv szerepet a kapaszkodásnál, hanem inkább behajlított karral felkarjuk izomerejével lassankint húzzák hátra törzsük felső részét. Igy a redressáló gyakorlatokat minden fájdalom nélkül kell megkezdeni, s lassan hozzászoktatva a beteget, fokozni lehet az áthajlítást, illetve a gerincz mobilisatióját. Ebben látom eszközömnek legnagyobb előnyét; abban, hogy lassan a rögzítőkarokon (1. 9 ábra) 5 centiméterenkint sülyesztve a kapaszkodó-keretet (1. 8 ábra), majdnem észrevétlenül fokozhatom a redressement-t minden fájdalom nélkül. Módomban áll így fokozni a redressement-t az eszközzel a beteg redressálásra fixált helyzete közben a nélkül, hogy kénytelen lenne az eszközt elhagyni vagy a fogantyúkat elbocsátani. A 2. és 3. ábrán látható helyzetben a beteg pár pillanatnyi pihenőkkel egy negyed óráig képes minden fájdalom nélkül megmaradni, sőt még tovább is, annyira nincs terhére a redressement, de én egyszeri gyakorlatra egy negyedórán egyfolytában tartó redressement-t elegendőnek tartok.

Többszörös görbületnél természetesen úgy kell beállítani a rudat, hogy az a primär görbület legnagyobb domborulatára gyakorolhassa a nyomást, de mégis akként kell történni a redressement-nak, hogy a redressálandó gerinczszakasz áthajlítása mellett a másodlagos ellenkező irányú görbületek ne fokoztassanak. A módosított eszköz használatánál a beteg elhelyezésével van módunkban megakadályozni, hogy a rúd ne egy irányba redressálja az egész gerinczet. Hogy ez miképpen történik, vegyük példának az előbbi gerinczgörbületet, hol primär baloldali háti skoliosis mellett másodlagos jobboldali ágyéki s jobboldali nyaki elgörbülés van jelen. Az eredeti Lorenz-féle nyujtó használatánál a medencze és alsó végtagok szabadon függése s súlyuknak húzása még inkább elősegíti a baloldali háti görbület benyomása mellett a jobboldali ágyéki görbület fokozódását. Eszközömnél ezt kizárja részben a medencze rögzítése a frontalis síkban, részben pedig az ágyéki gerinczszakasznak állandóan nyujtott helyzete. Az által ugyanis, hogy beállításnál az eszköz talapzatán lábujjhegyen álló beteg medenczéjét fixáljuk s a beteg azután, kinyujtva derekát, igyekszik háti gerinczgörbülete legnagyobb domborulatával a rúdra feküdni: a mindig hajlékonyabb ágyéki gerinczszakasz megnyúlik s nyujtott helyzetben meg is marad, mert a lábujjhegyen álló beteg sarkát kissé sülyesztve, az extensiót könnyen képes a redressement idejére fenntartani. A jobboldali nyaki elgör-

fejét baloldalra lógatná. Ezt megakadályozandó, a
nem a fogantyútartó rúd közepén vagy a középvona
helyezzük el, hanem a középvonaltól jobbfelé (2. ábr
által igyekszünk a fejet és a jobb vállat jobbfelé húzni
nincs is módunkban egyuttal a nyaki elgörbülést is re
legalább megakadályozzuk annak a fokozását.

A legfontosabb a beteg törzse elhelyezésének a
rúdon. A gerinczet természetesen direkte nem nyo
csakis a bordák közvetítésével. A bordák ugyanis két
között izülve támaszkodnak a gerinczen és további lefu
a harántnyúlványok irányát követik a bordaszögletig,
kezdve irányt változtatnak s mindinkább közelednek
sagittalis iránya felé, hogy később elül ismét a fronta
hajoljanak. A bordák ez alakjából következik, hogy a
csak úgy hathatunk a bordák utján, ha a nyomóerő irá
egyezik a bordafejtől a bordaszögletig terjedő borda
gelyével, s hogy a nyomásnak a bordára csak a borda



4. ábra.

szabad hatnia. A bordagyök iránya normalis mellkasná
talis és sagittalis irány közt foglal helyet, skoliosisnál
a gerincz torsiója következtében minél nagyobb a de
annál inkább közeledik a bordagyök a sagittalis irány fe
dákra tehát nem szabad a nyomásnak oldalirányból jön
akkor a bordát a nyomás a bordaszöglet előtt éri, a n
bordaszögletnél a bordaívet fokozza, a gerinczet azonban
nem éri. A mondottakból következik tehát, hogy a ny
a frontalis és sagittalis irány között diagonalis irányú
lennie s minél nagyobb a bordapúp, annál inkább sagitta
ban kell behatni a bordapupra, azaz nagyobbfokú defo
teljesen háton kell a betegnek a rúdra feküdnie. Teljes
sohasem szabad a betegnek támaszkodni a rúdra, mert
bordapúpja mindig fokozódik. Kis gyakorlattal könny
határozhatjuk az első beállításnál minden esetben,
kell a betegnek oldalra fordulni a rúdon, hogy bordapúpja
zódjék, hanem a nyomás a gerinczére hasson.

Az eszközt nemcsak gerincz-oldalgörbületnél vesz
nálatba, hanem *gömbölyű hát* red essálására is alk
Ilyenkor a beteg. medenczéjének a rögzítése után,
kezét felfelé s hátra nyujtja s a fogantyútartó rú
mindkét fogantyúba kapaszkodik (4. ábra.) A fogantyuk

Eleinte a kapaszkodó-keret csak kis szöget képez az oldaloszlopokkal, hogy a betegnek az erős hátrahajlítás fájdalmat ne okozzon, később azonban lassankint hátrább hajtjuk a kapaszkodókeretet és emeljük a fogantyútartó-rudat, a mi által reclinatióját fokozzuk.

Az eszköz használatát a betegek jól tűrik s a mobilisatio más eszközei mellett gömbölyű hátnál és mindazon skoliosisos patienseknél alkalmazom, kiknek elgörbült gerincze kézerővel nem hajlítható át az ellenkező oldalra. Ma már, mint említettem, két év óta van az eszköz, jelenlegi alakjában, intézetemben e czélra használatban, mely idő alatt alkalmazása nagyon hasznosnak bizonyult.

Májsülyedés (Hepatoptosis).

Irta: *Déri I. Henrik* járási orvos.

Hepar migrans. Hepar mobile. Hepar pendens (Winkler)[1]. Anteversio hepatis (Landau).[2] Descensus hepatis. Retroversio hepatis. Ectopia hepatis. Luxatio hepatis. Prolapsus hepatis. Hepatoptosis. A nevek e hosszú sora nem annyira a máj helyzetváltozásának lényegére vonatkozik, mint inkább azt mutatja, hogy e szerv helyzetváltozása mily tág határok között ingadozik. Míg egyik esetben a máj csak alig válik ki a rekesz kúpozatából és helyzetváltozása csak annyiból áll, hogy haránt tengelye körül bizonyos szögnyi fordulatot végez előfelé, úgy hogy domború felülete nagyobb területen érintkezik a hasfallal, addig más esetekben a máj a rekesz kupoláját elhagyva a hasüreg jobb felében sülyed lefelé, úgy hogy a köldök táján, vagy még lejebb mint részben szabadon álló képlet válik tapinthatóvá. Legtöbbször együttesen fordul elő a helyzetváltozásnak e két neme, úgy hogy miközben a máj a hasüreg mélyebb részébe sülyed, egyben tengelye körül is fordulatot végez, a mint azt Botkin,[3] Rubinowitz[4] és Dmitriew[5] észlelték. A máj helyzetváltozása néha oly kis mérvű, hogy e szerv alsó határa a bordaivet alig haladja meg, míg más esetekben a bordaivet 6 cm.-rel (Winkler) túlhaladva, a csipőtövisig (Hochhalt[6]), sőt a szeméremcsont vizszintes ága mögé (Leopold[7]) sülyed. E helyzetváltozás »vándormáj« név alatt iratott le, holott »vándorlás«-ról oly értelemben, mint azt más szervek — vese, lép — helyzetváltozásának jelzésére szokták használni, ez eseteknél szó nem lehet, mert bármennyire távolodik is el a máj a rekesz kúpozatából, mindig a has jobb felében marad, miért is jobban felelne meg a kórboncztani állapotnak a »májsülyedés« elnevezés.

A máj helyzetváltozását hullában először Heister,[8] utána de Sauvage[9] és Portal[10] írták le. Élőben Cantani[11] »Caso di fegato ambulante« czimű közleményével 1866-ban hívta fel e bántalomra a figyelmet. 1874-ben Leopold 7; 1878-ban Thierfelder[12] 9; 1879-ben Hochhalt 12; 1885-ben Landau 50; 1895-ben Graham[13] 68; 1896-ban Wolf[14] 70; 1903-ban Ssaweljew[15] 117 esetről referál.

A máj mint a hasüreg legterjedelmesebb szerve a nehézkedés törvényét követve lefelé sülyedne, ha nem volnának ellenkező irányú erők, a melyek az említett törvény hatásával szemben a májat a normalis helyén igyekeznek megtartani. A máj rendes helyén való rögzítéséhez hozzájárulnak a hashártya kettőzetéből álló függesztő és koszorus szalag; rögzítve van a máj a hátsó hasfalhoz ott, a hol a májgyűjtőerek az alsó főgyűjtőérbe ömlenek; a hasfalak ruganyosságuknál fogva nyomást gyakorolnak a hasüri zsigerekre és így a máj alatt levő gyomor, duodenum, felhágó vastagbél és jobb vese által alátámasztják a májat; a máj domború felületének a rekesz síma kúpozatához való símulása és tapadása szintén elősegíti a májnak normalis helyén való maradását, végül pedig a tüdő ruganyossága és a rekesznek a szívburokhoz vagy a gátorhoz való rögzítése is befolyásolja a máj helyzetét.

Azon szerzők, kik a máj sülyedését önálló bántalomként fogták fel, az említett tényezők gyengülésében vagy hiányában vélték a májsülyedés okát megtalálni. Meissner,[16] Kiepert,[17] Leopold, Thierfelder, Sutugin,[18] Lannelongue,[19] Kirmisson[20] és részben hiányát, részben meglazulását és meghos találták, miért is e bántalom okát e szalagok elv látják.

Curtius,[22] Winkler és Edinger[23] tapasztalat szalagoknak a máj rögzítésében nincs jelentékeny sz e gyönge szalagok az 1800—2000 gramm sulyú máj nák egyensúlyba tartani és a talált elváltozások ink sülyedés következményei, mint okai. Éppen így nin a máj sülyedésére a májnak a gyűjtőerek és alsó főgyű a hátsó hasfalhoz való rögzítése, a mint azt Faure,[24] és Leube[26] állítják. Langenbuch[27] szerepet tulajd sülyedés létrejötténél a köldökerek rendellene folytán a görgeteg szalag veleszületett rövidségéne ségének, de ez épp oly kevéssé nyert beigazolást, mi Mauclaire,[29] Terrier és Baudouin[30] azon nézete, h nagyobbodott és súlyosabbá vált epehólyag huzza le és segíti elő a jobb karély sülyedését. A máj sülyedé befolyást tulajdonítottak a füzőnek, holott a jó fü legszükebb helye a máj alatt van (Constriction s Hayem[31]), inkább támogatja a májat, hogy az a re maradjon és csak a rossz füző, melynek támadási p felső felére esik, nyomja lefelé a májat, de így is csa zást hozhat létre, nem pedig sülyedést.

Az eddig említetteknél sokkal nagyobb bofolyá tősége van a májsülyedés létrejöttére a hasfalak ru nak, illetve azon nyomásnak, melyet a hasfalak rug nál fogva a hasüri zsigerekre kifejtenek. A hasfala ságukat elveszthetik, ha nagy mérvben kifeszíttetnek, vagy hasüri daganatok által, a mikor ezen átmen szüntével a hasfal régi ruganyosságát nem nyeri vissz marad, a hasüri zsigerekre nyomást nem gyakorol, a és alájuk sülyednek, a máj elveszti támasztékát és üri szervvel együtt súlyánál fogva sülyed. Gyors le nál a hasfalak elvékonyodnak, a hasüri szervek elfogyván, a hasüreg megnagyobbodik és e két tén tes hatása szintén elősegítheti a hasüri szervek és sülyedését is. Landau betegénél köldöksérv képző csökkent a hasüri nyomás és növekedett a hasüreg nél a májsülyedésen kívül méh- és hüvelysülyedés is Nőknél a gyakori terhesség, elvetélés, szülés által veszti el a hasfal ruganyosságát; ezen okoknál rabban van kitéve ingadozásnak a hasüri nyomás, hető, hogy nőknél gyakoribb a hasüri szervek sülyed azért, mintha ez volna a májsülyedés egyedüli oka, Landau, Herzfeld,[32] Leopold, Martens,[33] Schtsch Rudorff,[34] Cantani, Winkler, Barbarotta[35] és Griffith hanem ezen körülmény, mint alkalmi ok nőknél szerepel és ha egyéb előfeltételek megvannak, idézhet elő zsigersülyedést. De hogy egyedül a ru vesztett és elvékonyodott hasfal csökkent nyomás tében zsigersülyedés nem jöhet létre, azt Leopold bizonyítja, hogy a megnyitott hasfalú felállított h nem válik ki a rekesz kupozatából. Tekintve gyakori voltával szemben a májsülyedés aránylag továbbá azt, hogy nulliparáknál és férfiaknál is és sülyedést, a ruganyosságát vesztett és elvékonyodott lehet oka, hanem elősegítő körülménye a májsülyed nek éppen úgy, mint valamely nehéz tárgy emelése, v erőt igénybe vevő munka végzése, leesés, a hasfal lökés, rugás, hányás, höhögés és tüsszentés stb.

De azon szerzők is, kik a máj ezen helyzetvál kórtani ritkaságot önálló bántalomként írják le, eml arról, hogy májsülyedéses betegeiknél más szervek kívül főleg az emésztési szervek és az idegrendszer ré tek kóros tüneteket. Thierfelder 9 májsülyedéses 5-nél méhsülyedés is volt; Barbarotta betegénél a lé Einhorn[37] 21 ilyen betege közül 10-nél vándorvese vol Treves,[39] Poppert,[40] Hannecourt[41] betegeinél a májo hasüri szerv is sülyedt. Chvostek[42] azt írja betegé tändig an dyspeptischen Beschwerden«; Böttiche Legueu betegéről: »schwere Störungen von Seit

szenvedett; Hochhalt említi, hogy hysteriás tüneteken kívül az idegrendszer egyéb zavarai is észlelhetők.

A szerzők más része azonban kiindulva éppen e betegeknél észlelhető ideges emésztési rendellenességekből és az idegrendszer részéről észlelt más kóros tünetekből, továbbá figyelembe véve azt, hogy e betegeknél nemcsak a máj, hanem más hasüri szervek is sülyedést mutatnak, nem tartja a májsülyedést önálló bántalomnak, hanem egy általános megbetegedés résztünetének. Megerősítette e szerzők nézetét Glenard [45] az enteroptosisról írott művében, hol kifejti, hogy a szervek sülyedésének első mozzanata a lig. colico-hepaticumnak valamely erőművi ok behatása folytán történt meglazulása és ennek következtében a harántbél jobb hajlatának sülyedése; e lesülyedt bél vongálja a szomszédos szervek szalagait és ezeket meglazítva, sülyedésüket lehetővé teszi: így jöhet létre gyomor-, vese-, lép- és végül májsülyedés. Faure szerint: »L'hepatoptose est la derniére étape de l'enteroptose».

A lesülyedt szervek okozzák azután e betegeknél az emésztési és az idegrendszer részéről észlelhető kóros tüneteket. Stiller [46] kimutatta, hogy a sorrend megfordított; nevezetesen az első mozzanat a dyspeptikus neurasthenia, melynek következménye egy általános atonia, a mely azután alkalmi okok behatása segélyével elősegítheti a hasüri zsigerek sülyedését. Az első mozzanatot képező dyspeptikus neurasthenia pedig veleszületett hajlam folytán fejlődik, mit Stiller azzal bizonyít, hogy ily egyének X. bordája szabad és mozgékony, csontrendszerük gyengén fejlett, Cséri [47] szerint pedig gerinczoszlopuk ágyéki része feltünően lordotikus. A zsigersülyedésnek ezen magyarázata érthetővé teszi egyes szerzőknek azon tapasztalatát, hogy emésztési rendellenességekben szenvedő betegeiken alkalmi ok behatása folytán láttak májsülyedést létrejönni, a mint azt Einhorn, Bernhard,[48] Forteleoni,[49] Soupault[50] leírják.

Egyik betegemnél, kit már két év óta emésztési rendellenességek miatt gyógykezeltem, ez év tavaszán kocsiról való leesés után májsülyedés tüneteit észleltem. A beteg a két év folyamán néha heteken át nem mutatkozott, a mikor állítólag jól érezte magát, máskor heteken át járt rendelésemre, a mikor étvágytalanságról, puffadásról, gyomortáji feszülésről és nyomásról, hasmenésről, majd pedig székrekedésről panaszkodott. E gyomor és bélre vonatkozó panaszokon kívül gyakran indokolatlanul lehangolt volt és szédülésről, főfájásról és álmatlanságról panaszkodott. Máskor étvágya szeszélyeskedett; daczára annak, hogy az előírt szigorú étrend legapróbb részleteihez is ragaszkodott, az ételtől undorodott, semmi sem esett jól neki, hányt; majd pedig a legnagyobb ez irányú excessusok ellenére gyomra részéről alig vagy éppen nem tapasztalt kellemetlenséget. Eltérést csak annyiban tudtam észlelni, hogy a gyomor tája kissé elődomborodott, tapintásra érzékeny, nyomásra fájdalmas és a gyomor alsó határa egy harántujjnyira van a köldök fölött, de szervi gyomorbetegségre, fekélyre, rákra, pylorus-szükületre stb. utaló tüneteket nem észleltem. A gyomorbennékben szabad sósav volt (congót kékre, tropaeolint sötétbarnára festette), 7 órával étkezés után a gyomor üres volt, ha pedig a beteg este nem vacsorázott, reggel a gyomorban nagyon kevés bennék találtatott. Szervi gyomorbetegségek kizárása után a két év óta fennálló emésztési rendellenességek idült gyomorhurutra utaltak; tekintettel azonban arra, hogy chronicus gyomorhurutnál az étkezés után 7 órával a gyomor nem üres, tekintettel továbbá a gyomortünetek változékonyságára és az idegrendszer részéről észlelhető tünetekre, ideges dyspepsiára is kellett gondolnom. A beteget 1904 karácsonyától nem láttam ez év tavaszáig, a mikor május 7-én hivatott magához és elmondta, hogy mióta nálam járt utoljára, állapota nem változott, sokszor étvágytalan volt, máskor pedig, ha kedélyhangulata jobb volt, heteken át jól evett. Előadta azután, hogy három hét előtt kocsiról leesett, jobb oldalát nagyon megütötte, azt érezte, mintha »megszakadt volna benne valami«, hasa megdagadt és hasa jobb felében a jobb vállra és keresztcsontjára kisugárzó fájdalmakat érez, melyek nyugodt hanyattfekvésnél kissé szünnek, felülésnél, köhögésnél, továbbá járási kisérletnél fokozódnak. A kocsiról való leesés után néhány napra bőre sárga lett, de ezen

Az iszákos apától származó és legutóbbi találkozás feltünően lefogyott 32 éves férfibeteg csontrendszere fejlett, izomrendszere kis térfogatú, petyhüdt; bőre kissé sclerák szintén sárgásak. A bőr az egész testen szára hüdt, könnyen ránczokba szedhető, bőralatti zsírpárnán itt-ott van nyoma. A beteg szellemi működése, érzé eltérést nem mutatnak; a mozgási, illetve érzési körben a van eltérés, hogy a patellaris reflex kissé fokozódott. nyaka hosszukás, mellkasa lapos, megnyult széles bordak úgy hogy a bordaív és a csipőtaraj közé a kéz feje ner Az X. borda vége szabad, mozgékony, könnyen beny a bordaivhez nincs odaerősítve. Légzésnél mindkét m egyenletesen emelkedik, bár a mellkas excursiói nem A kopogtatási viszonyok a mellkas bal fele fölött eltér mutatnak, a mennyiben a szívtompulat felső határa a IV felső széle, belső határa a szegycsont bal széle, külső hatá a csúcslökés, mely az V.—VI. bal bordaközben a bimb 1 cm.-rel van. Ezenkívül a tüdőhatároknak megfelelőle éles, nem dobos a kopogtatási hang. A mellkas jobb fe a kopogtatási viszonyok a következők: a középvonalban csont kardnyujtványáig, a szegymelletti vonalban a V felső széléig, a bimbóvonalban a VI—VII. bordaközig, a vonalban a VII. borda alsó széléig, a lapoczkavonalban a gerinczmelleti vonalban a XI. bordáig teljes éles, ner a kopogtatási hang. E kopogtatási hang semmit sem ves éles jellegéből a tüdő legalsó, illetve a normalis májt felső széle felé sem, hanem a jelzett alsó határo dobossá válik és pedig a középvonalban a szegycsont ka ványa alatt 2 cm.-rel, a szegymelletti vonalban 2·5 a bimbóvonalban a VIII—IX. bordaközig, a hónaljv a IX. borda alsó széléig. Hallgatódzásnál a t. é. n. d. kop hangnak megfelelő területen mindenütt sejtes a légzés, kopogtatási hangot adó terület fölött légzési zörej nem

A hasfalon tágult gyüjtőerek nincsenek, a bőr ránczhüdt, a hasfal vékony, könnyen redőbe szedhető. Megtes szembetünik, hogy a has nagyobb mint az egyén általá láltságának megfelelne és hogy e megnagyobbodás inkál jobb felére vonatkozik. A jobb epigastrium kissé be a jobb hypochondrium tája a köldök tájáig szabál elődomborodik, mely elődomborodás az álló betegn kilégzés alkalmával még feltünőbbé válik, de fekvő he is jól kivehető. Ha a hanyatt fekvő beteg alsó végtag húzza és száját a hasfalak lazítása czéljából kitátja, úg üreg jobb felében, a jobb bordaív és a csipőcsont taraja tájon egy nagysága, alakja, felülete és szélei révén a májra tető, sima felületű, tömök állományú, a légzőmozgást tapintásra nem fájdalmas képlet tapintható ki, mely vonalat meghaladva, a bal bordaívig terjed, melynek széle a középvonaltól balra egy behúzódás által megs domború felső felülete kilégzés alkalmával kissé a jobb bor követhető. Ezen ellenálló képleten dudorodás vagy h nem észlelhető, sem oldalt, sem lefelé nem mozgatha máj normalis helye felé a rekesz jobb kupozatába felny úgy, hogy alsó széle a bordaívvel esik össze, elereszt ban, iménti leírt helyére sülyed vissza. A visszahelyezé letnél beteg fájdalmakról, rosszullétről, hányásingerről kodik. Kopogtatásnál a mellkas jobb felének alsó levő dobos terület már jelzett alsó határától a kopogtat tompa a következő határokig: a jobb hónaljvonalban csont tarajáig, a jobb bimbóvonalban a köldök tájáig, vonalban a köldök fölött egy harántujjnyiig, a bal vonalban a tompulat alsó széle a VIII. borda tapadási felel meg; a tompulat alsó szélét azon ferde vonal je a jobb csipőtarajtól a bal bordaíven a VIII. borda helyéig halad. A tompulat szélessége 8—10·5 cm. közö dozik. A tompa kopogtatási hang körülbelül a kita képlet terjedelmének felel meg és ha e képletet a máj helyére, a rekesz jobb kupozatába helyezzük vissza, kopogtatási viszonyok annyiban változnak, hogy a hason kopogtatási hang megszünik, ellenben a jobb tüdő alsó

és a még vissza nem helyezett képlet felső határa között volt, ekkor megszünik. Álló helyzetben a viszonyok annyiban változnak, hogy a has jobb felének szabálytalan elődomborodása még jobban szembetünik, továbbá a képlet visszahelyezési kisérlete sokkal nagyobb erőt igényel. Oldalfekvésnél a képlet a fekvési oldal felé sülyed, baloldali fekvésnél a középvonal felé tolul.

A has tompa kopogtatási hangot adó területének alsó szélével mesgyés köldöktáj tenyérnyi területen kissé elődomborodott, légpárna-tapintatú és tapintásra kissé érzékeny. Az elődomborodott részen a hasfalakat ujjakkal peczkelve loccsanás érezhető. Az elődomborodott részlet felső felében a kopogtatási hang dobos, érczes utóhanggal, alsó fele pedig tompult dobos. Kettedszénsavas natrium és borkősav vétele után e terület még jobban elődomborodik; nagyobb mennyiségű víz ivása után az előbb tompult dobos részlet a köldök alatt két harántujjnyira tompa lesz. A beteg helyzetváltozásakor az elődomborodott részlet is változtatja kissé helyét. A lép a IX—XI. balborda között van, mellső széle nem éri el a bimbóvonalat. A vesék helyét sem a Guyon ajánlotta balottement renal-lal, sem az Israel módszere szerint nem lehetett kimutatni. A vizsgálatot több ízben, a nap különböző szakaszaiban, fekvő, ülő és álló helyzetben, éhgyomorra, étkezés után, hashajtó adagolása után végeztem, de az említetteken kívül más eltérést nem észleltem.

Annak kimutatása, hogy a hasüregben kitapintható és kikopogtatható képlet, melynek alakja, nagysága, felülete, széle a májra emlékeztet, csakugyan a máj, nem ütközött nagyobb nehézségbe, mert a máj a rendes helyén kikopogtatható nem volt és e minden tekintetben májra emlékeztető képlet a máj normalis helyére visszahelyezhető volt és a légzési mozgásokat követte. A máj okozta tompulat határai és terjedelme nem haladta túl a máj normalis méreteit, miért is azon bántalmak, melyek a máj megnagyobbodásával járnak, mint: pangási vérbőség, zsírmáj, amyloidmáj, májsyphilis, leukämia, hypertrophikus cirrhosis már eleve kizárhatók voltak. Tekintettel pedig arra, hogy a meg nem nagyobbodott máj felülete mindenütt sima volt, figyelmen kívül voltak hagyhatók azon májbántalmak, a melyek a meg nem nagyobbodott máj felületén dudorodást, egyenetlenséget, göböt, vagy hullámzást okoznak, mint: májrák, májburkonytömlő, májtályog, adenoma, sarkoma, cysta, epehólyagdaganatok, stb.

Igaz ugyan, hogy betegem füzőt sohasem viselt, de minthogy a szorosan kötött ruha éppen olyan elváltozást hozhat létre, mint a füző, a füző-májra is kellett gondolnom, bár az kizárható volt, mert ennél a májtompulat a rendes helyen kikopogtatható és rendesen csak egy része, a jobb karély nyulik meg és sülyed a hasüreg mélyebb részébe, holott betegemnél a máj rendes helyén a kopogtatási hang dobos volt és a máj egész terjedelmében kitapintható volt a hasüreg mélyebb részében. Az eddigiekből kiderült, hogy a rendes nagyságú máj normalis helyét elhagyva, a hasüreg mélyebb részében foglal helyet, csak azt kellett tisztáznom, vajjon nem-e valamely hasüri szerv megbetegedése és következményes összenövése húzta le a májat rendes helyéről, vagy nem-e valamely mellüri bántalom okozta nyomás szorította le a májat.

A gyomor vagy belek daganatára annyival inkább kellett gondolnom, mert a vizsgált egyén már évek óta gyomorbajos, továbbá az utóbbi időben feltünően lesoványodott, de sem a gyomron, sem a beleken ellenállóbb, keményebb, daganatra emlékeztető részletet kitapintani nem lehetett, colon-daganatra emlékeztető bélszükület tünetei nem voltak észlelhetők, de a betegnek gyomorbenneke, hányadéka, széke sem utalt az emésztő csatorna ilyes megbetegedésére, miért is e bántalmakat el kellett ejtenem. A lép normalis helyén rendes nagyságban volt kimutatható, a vese kitapintható, hasnyálmirigyből kiinduló dagnak, vagy cseplesz-daganatnak, körültokolt izzadmánynak vagy hashártyamögötti dagnak semmi nyoma se volt.

Annak, hogy valamely mellüri bántalom nyomása folytán hagyta el a máj normalis helyét, ellene szólott az, hogy a jobb tüdő alsó határa rendes, hogy sem jobboldali mellüri izzad-

volt észlelhető. A mellkas bár lapos, de nem volt difformitású, hogy a rekeszt laposabbá téve, a n üregbe nyomta volna le.

Tekintettel arra, hogy sem oly megbetegedés tetett, mely a májat lenyomta volna, sem olyan valló tünetek nem voltak, a mely a májat lehúzta iránt pedig semmi kétség sem volt, hogy a hasüregb ható képlet valóban a máj, — a kórisme májsülyedé A májsülyedés kórisméje néha nem ütközik nehézsé bizonytalan és nem könnyű, annyira, hogy Faure szor csak laparotomia útján állapítható meg. Férfia ban könnyebb, mert számításon kívül hagyhatók medenczéből kiinduló daganatjai, a melyek májsülye téveszthetők. Legg [51] szerint a májsülyedés czímé de nem bonczolt esetek jelentékeny száma nem Wolf 70 eset közül, melyek ily czímen közöltettek tart májsülyedésnek. Edinger 4 esetről tesz említést, ben májsülyedést kórisméztek és a hasüreg m cseplesz-, vese- és májrák találtatott. Müller [52] eset májsülyedés helyén megvastagodott csepleszt találtak csepleszrákkal, Langenbuch, Franke,[54] Pean [55] vándorvesével, Marchant,[57] májburkonytömlővel, és Faquet csepleszdaganattal, Richelot [58] tuberku bélgyulladással, Packard [59] rekeszalatti tályogga májtályoggal, Peters [61] hydronephrosissal tévesztet májsülyedést. Depage betegét 20 évig kezelték Einhorn említi, hogy három esetben gyomorrákra, féregnyulványlobra tették a kórismét és a műtétn dést találtak. Betegemnél megokolt volt a májsülyed részben azért, mert e bántalommal összetéveszthet ki voltak zárhatók, részben, mert megvoltak a májs Thierfelder és Wolf által leírt cardinalis tünetei, ne hasüreg alsóbb részletében a májra emlékeztető dag normális helyére visszahelyezhető és mely daganat fe tüdő alsó határa között dobos kopogtatási hangot ad mely a visszahelyezésnél eltünik. A gyomor részér eltérés gyomorsülyedésre és tágulásra mutatott. A gaság valószinüleg az epevezeték összenyomása által

Figyelembe véve azt, hogy májsülyedéses betege év óta ideges gyomortünetek voltak észlelhetők, tová alkalmával a gyomor sülyedtnek találtatott és gyo volt észlelhető, a X. borda vége szabad és mozgékony, rendszere gyenge, izomzata petyhüdt, kis térfogatú petyhüdtek voltak, joggal lehetett felvenni, hogy a m esetben egy általános megbetegedésnek, a Glenard tünete. Azon körülmény, hogy betegemnél a Glenard közül hiányzott: az aortának erős epigastriális vándorvese és az összehúzódott haránthél (corde verse), továbbá a Cséri leírta ágyéki lordosis, felvétel helyessége ellen, mert a Glenard leírta eze Stiller és Ewald[62] kimutatta, hogy nincs pathognomos Iszákos apától származó betegem veleszületett dispo nyítja a gyenge csontrendszer, kis térfogatú petyhüdt lapos mellkas és mozgó X. borda. Az ilyen dispositi évig fennálló ideges dyspepsiája miatt nagy mérvb dott, erőtlenné lett és, mint a gyomorsülyedés bizon atoniásak lettek. A lesoványodott egyén hasfalai petyhüdtek, nem gyakoroltak elég nagy nyomást a has és ily körülmények között történt a kocsiról való leesés okul szolgált az atoniás májszálagok további laz szakadására, s a máj sülyedésére.

A bántalom az életre ez idő szerint közvetlen n de tekintettel arra, hogy a máj a rekeszszel való öss a vérkeringésre is szabályozólag hat, s helyét elhagyva sem felel meg, továbbá új helyzetében környezetére korolva kóros tüneteket okozhat, következményei válságossá válhat.

Mióta Stiller a bordajelet ismertette, a májsül kezelésénél prophylaxisról is lehet szó, a mennyiben roptosis-candidatusok a has körül állandóan jól illő

orthopädicus. Heteken keresztül ágyban tartás és bő zsírképző táplálkozás segélyével igyekeztem az általános tápláltságot javítani és a beteg erőbeli állapotát emelni ; ebben segítségemre volt a hasfalak óvatos massage-a és a villamozás. Az emésztési rendellenességek időközönkénti ismétlődése nehezebbé tette az eredményt, de azért a három hónapi kurának volt annyi eredménye, hogy betegem 8 kilóval gyarapodott és erőbeli állapota is lényegesen javult.

A has körül a bimbótól a csipőig alkalmazott gummiszövésű pólya eleinte kellemetlen volt, lassanként azonban megszokta a beteg, úgy hogy ez idő szerint fenn jár és csak az előrehajolásnál, továbbá a kocsin ülésnél jelentkeznek a jobb bordaív alatt fájdalmai, egyébként állapota tűrhető. Igaz, hogy e pólyával nem lehet a helyére visszatolt májat rögzíteni — de ezt nem is céloztam vele, hanem csak a továbbsülyedésnek akartam elejét venni és a máj mozgása okozta kellemetlen tüneteket megszüntetni, a mi eddig sikerült is.

Lehetséges, hogy ez elegendő lesz és a tünetek nem fognak súlyosbodni ; ha azonban az életet veszélyeztető tünetek lépnének előtérbe, úgy gondolni kellene majd a máj véres úton való rögzítésére : hepatopexiára vagy hepatoraphiára. E műtétet Billroth, illetve Michl végezte először 1887-ben, azóta Depage, Pean, Legueu különböző módszereket ajánlottak, de Bötticher, a ki 23 esetről referál, azt mondja : »bei Hepatoptose als Theilerscheinung allgemeiner Splanchnoptose versagt meist die Hepatopexia simplex«, megerősítve ezzel Stiller azon állítását : »nem a szervek helyzetváltozása, hanem egyedül az ideges asthenia képezi az enteroptosikusok szenvedésének forrását«.

Irodalom: 1. Winkler: Casuist. u. Aet. d. Wanderleber. Arch. f. Gyn. 1872. — 2. Landau: D. Wanderleber u. d. Hängebauch 1885. — 3. Botkin: Eschenedelnaja Klinitscheskaja g. 1884. — 4. Rubinowitz: Wojeno-Mediziniske Journ. 1884. — 5. Dmitriew: Eschenedelnaja Klinitscheskaja g. 1884. — 6. Hochhalt: A vándormáj egy esete. 1879. — 7. Leopold: Z. Lehre d. Wanderleber. Arch. f. Gyn. 1874. — 8. Heister: De insol. prorsus situ hepatis 1754. — 9. de Sauvage: Nosol. method. sist. morb. class. 1768. — 10. Portal: Cours d'anat. méd. P. 1804. — 11. Cantani: Caso di fegato ambulante. 1866. — 12. Thierfelder: Ziemmssen's Hdb. f. sp. P. u. Th. 1878. — 13. Graham: Displacement of the Liver. 1895. — 14. Wolf: Enteroptose u. Wanderleber. 1896. — 15. Ssaweljew: Arch. f. kl. Chirurg. 1903. — 16. Meissner: Die wand. Leber. Schmidt's Jhrb. 1869. — 17. Kispert: Fall v. Wleber B. kl. W. 1884. — 18. Sutugin: Z. Casuist. d. Wleber Arch. f. Gyn. 1875. — 19. Lannelongue et Faquet: Uber Hepatopexie D. Ztschft f. Chir. 1900. — 20. Kirmisson: Bull. soc. anat. 1880. — 21. Ramsay: Brith. med. Journ. 1897. — 22. Curtius: Sympt. u. Aet. d. Wleber 1889. — 23. Edinger: Realencycl. Bd. XXI. — 24. Faure: L'appareil suspens. du foie. 1892. — 25. Letienne: La méd. modern. 1893. — 26. Leube: Würzburger Sitzungsberichte 1893. — 27. Langenbuch: Med. chir. Centralblatt 1888. — 28. Riedel: Berl. klin. Wochenschrift. 1888. — 29. Mauclaire: Bull. de soc. anat. 1885. — 30 Terrier et Baudouin: Progrés med. 1888. — 31. Hayem: La maladie du corset. Arch. d. méd. 1895. — 32. Herzfeld: Beitr. z. L. d. Enteroptose Wien. m. Wft. 1900. — 33. Martens: Die Fixat. d. bewegl. Niere 1891. — 34. Schtscherbakoff und Rudorff: Ein Fall bewegl. Leber. Petersb. m. Wschft. 1879. — 35. Barbarotta: H. Morgagni 1870. — 36. Griffiths: The Brith. med. Journal 1878. — 37. Einhorn: D. Wleber u. ihre kl. Bedeutung. Med. Mschft. 1889. — 38. Depage: De l'intervent. chir. dans le splanchnoptose 1893. — 39. Treves: Brit. med. Journal 1896. — 40. Poppert: Böttichernél idézve. — 41. Fannecourt: Journ. méd. de Bruxell. 1898. — 42. Chvostek: Ein F. e. wand. Leber W. m. Presse 1876. — 43. Bötticher: Deutsch. Ztschft f. Chirurgie 1900. — 44. Michl: Casopis lekaru ceskych 1898. — 45. Glenard: De la mobil. du foie 1896. — 46. Stiller: Enteropt. és ideges dyspepsia Orv. Hetilap 1899. — 46. Stiller: Vándorvese és enteropt. Orv. Hetilap 1896. — 47. Cséri: Az enteropt. kérdéséhez. Orv. Hetilap 1901. — 48. Bernhardt: Über ein. F. v. Wleber. Wratsch 1900. — 49. Forteleoni: Gaz. d. osp. e delle clin. 1900. — 50. Soupault: Gaz des hop. 1901. — 51. Legg: Moveabl. displ. liver. St. Barth. Hosp. 1877. — 52. Müller: Z. Diagn. der Wleber. B. kl. Wschft. 1882. — 53. Frerichs: Klinik d. Leberkrankheiten 1858. — 54. Frank: American pract. News 1891. — 55. Pean: Congr. d. Chirurg. 1896. — 56. Munde: Moveable liver. Internat. clin. 1893. — 57. Marchant: Acad. de méd. 1891. — 58. Richelot: Fix. d'un foie deplacé. Gaz. hebd. méd. chir. 1893. — 59. Packard: Case of movable Liver 1896. — 60. Blanc: Lyon Médical 1897. — 61. Peters: Displ. of all the abdom. viscer. 1882. — 62. Ewald: Über Enteropt. B. kl. Wschft. 1890.

Az endocardium gyulladásos folyamatainak magyará
laud[1] óta, ki 1824-ben használta először az »endocardi
zést, 1870-ig, *Winge* ig,[2] ki az endocartitis bakteriumos
először írt, nem változott. A figyelmet arra, hogy va
tiós behatásnak van szerepe az endocarditisek létreh
betegség első leíróinak: *Johnson*, *Kreysig*, *Corvisart*,
nak a mult század 20-as éveiben tett észleletei hívtá
kiemelik gyakori egybeesését a polyarthritisszel, *Bouil*
ban; azóta különböző szerzők 15—80% között talá
függést a két bántalom között, s e statisztikák absolu
tést nyertek, mióta ismerünk primär endocarditiseket
secundär következett a polyarthritis.

Polyarthritises endocarditisnél *Klebs*[3] írt le (18
riumokat; észleleteit *Cornil* és *Babes* nem erősített
mint *Fraenkel*,[4] *Weichselbaum*[5] sem tudtak bakteriu
fedezni egyetlen egy esetben sem, bármily kórboncztani e
függött is össze a folyamat. Igen súlyos endocardit
eseteket kivéve, melyeknél genytermelő coccusokat n
csak *Lion*[6] talált az izületek synoviájabeliekkel tel
egyező mikrococcusokat, melyeket azonban tovább t
nem sikerült. *Leyden* a 90-es években, később pedig *Singer*
ki mikroorganismusokat és *Bartel*[8] minden »jó indul
carditist bakteriumos eredetűnek tart, azt állítván, ho
bák kimutatása azért oly ritka, mert azok az orgar
indultával a fibrinfelrakodásokban elpusztulnak, s cs
friss folyamatoknál találhatók meg. Teljesen ellentét
ton van *Köniqer*[9] és *Thorel*,[10] kik, sohasem sikerülvé
endocarditis verrucosa legkoraibb szakában sem oly
kat találni, melyek azzal biztos oki összefüggésbe hozh
volna, azt vélik, hogy a simplex endocarditist a fert
mak bakteriumai által termelt toxinok okozzák.

A mi egyéb fertőző bántalmakat illet, alig va
kiséretében le nem írtak volna nehány endocarditis-ese
teriologiai vizsgálatok szerint azonban csak a pneu
a bac. typhi abdominalis, a Koch-féle tüdővész-bacill
látszik a gonococcusok és colibacillus (*Hitschmann*
fordulnak elő, mint a specificus megbetegedés szoka
satiói. Valamennyi többi fertőző bántalomnál pedig
szetesen esetleg a már fölsoroltaknál is — a genyokoz
a staphylococcus pyogenes albus és aureus, a st
pyogenes volt kimutatható, mint a specificus bánta
fennálló septicaemiás fertőzés részjelenségei.

A septicaemiás csoportba oszthatók tehát kivét
scarlatina, variola, morbilli, erysipelas, septicaemia pu
némely traumákhoz csatlakozott eset. *Sahli*[12] és *Singe*
polyarthritiseket is idetartozóknak kell tekintenünk,
e megbetegedést gyönge virulentiáju pyaemiának ta
nek *Singer* felfogása értelmében a tonsillák képezik
ribb kiindulópontját.

A scarlatinának nem gyakori complicatioja.
hámlási időszakban jelentkezik. Miután a rheumás c
kal járó esetekben lép föl, ezt is polyarthriticus jelle
ditisnek tartotta *Martineau* és *Trousseau*. *Pétit*, *Rosenb*
ban teljesen a scarlatina kórhatánya által föltételezettn
ezt az izületi csúzt, s bár ma ez a közvélemény, *Két*

---

[1] *B. et Bertin.* Maladies du coeur. 1824.
[2] Cit. *Petit*-nél: Maladies du coeur. 1893.
[3] Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmac. 1878.
[4] Virchow's Arch. 1887.
[5] Centralbl. f. Bakt. 1887.
[6] Essai sur la nature des endocardites infectieus
Paris. 1890.
[7] Wien. klin. Rundschau, 1897.
[8] Wien. klin. Wochenschr. 1901.
[9] Histol. Untersuchungen üb. Endocarditis. Arb.
Instit. zu Leipzig. 1903.
[10] Pathol. d. Kreislauforgane. Ergebn. d. allgem.
[11] Wien. klin. Wochenschr. 1896.
[12] Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1893.
[13] Die Krankh. d. Herzens. 1897.
[14] Belgyógy. kézikönyve. IV. 1897.

leletek megfelelnek *Kétly K.* tapasztalatának, hogy éppen azon szakba szokott esni a scarlatinának endocardialis complicatiója, melyben egyéb másodlagos genyedések is leginkább észlelhetők.

Variolás endocarditiseket *Durozier, Desnos, Huchard, Brouardel* írtak le már a 70-es években. Miután általában a pustulás időszakra teszik fellépésüket, valószínű itt is a pyogen coccusok szerepe, a mit az erysipelasra *Dénucé*[4] bakteriologiai alapon is bebizonyított. Ugyanígy objectiv lelet bizonyította be a staphylococcus aur. jelenlétét általános sepsisnél *Levi*[5] 1896-ban közölt esetében, mely szülés után 3 hétre lépve föl, 4 hét alatt halállal végződött.

Az endocarditis gonorrhoica adott okot a legtöbb vitára. *Kétly* valószínűtlennek tartja létezését. Klinice e complicatiót már az 50-es évek óta ismerik. Tény, hogy *His*,[6] *White*[7] egyáltalán nem tudtak kimutatni coccusokat, *Keller*[8] csak streptococcusokat talált. A *Dauber és Borst*[9] által az aortabillentyűk nagy fölrakodásaiban talált, gonococcushoz hasonló, Gram szerint festhető organismusok vérsavón tenyésztésnél nem bizonyultak gonococcusoknak, de *Ahman*[10]-nek egy gonorrhoeás izületlobban többször egymásután pyaemiás tünetekkel megbetegedett egyén véréből gonococcus culturát sikerült kitenyésztenie, mely egészséges ember urethrájára átoltva, kifejezett blennorrhoea urethraet okozott heves általános tünetekkel, bár az oltás már az 5. generatióból történt. Ezt azért tartom fontosnak, mert ezzel kétségtelenül ki van mutatva a gonorrhoeás általános infectiónak: vagyis a gonococcusok vérben való keringésének lehetősége, minélfogva mi okot sem látok azon eshetőség kizárására, hogy e bacteriumok kedvező viszonyok között a billentyűk endocardiumán megtelepedhessenek. *Thayer és Blumer*[11] közölnek továbbá egy esetet, melyben élő véréből tenyésztették ki a gonococcusokat, s post exitum az endocardiumon talált fölrakodások metszeteiben fehér vérsejtekbe zárt gonococcusokat sikerült kimutatniok. *Robinson*[12] összeállit az amerikai irodalomból 27 gonorrhoeás izületgyulladást, melyek közül 6-hoz csatlakozott endocarditis és 3-nál az endocardium metszeteiben gonococcusokat lehetett kimutatni. Igaz, hogy az endocardialis fölrakodásokból nem sikerült a gonococcusok biztos kitenyésztése, még a *Thayer és Blumer*-féle esetben sem, de nincs okunk a metszetekben talált coccusok helyes diagnosisa fölött kételkednünk akkor, mikor ugyanezen egyének vére átoltással bebizonyítva gonococcusokat tartalmazott, s a fölrakodások átoltásának sikertelenségét illetőleg megnyugodhatunk a *Michaelis*[13] magyarázatában, hogy a hőmérsék iránt igen érzékeny gonococcusok már 24 órai állás után is elpusztulnak a hullában.

A pneumoniával való összefüggés szintén be van bizonyítva, s ebben a tekintetben egyetlen ellentmondást sem találok az újabb gyüjteményes munkákban. *Netter*[14] az endocardialis vegetatiók átoltásával is bebizonyította a bakterium diagnosisának helyes voltát. Ugyanez megtörtént a *Korányi* Frigyes[15] által leirott esetnél is, hol *Babes* végezte a bacteriologiai vizsgálatokat. Egyes esetekben a pneumococcusocat pyogen bacteriumok kiséretében találták. *Banti* legutóbb endocarditis diplococcica névvel irja le a betegséget, s megkülönböztet secundär és primär alakot, melynél az elsődleges vagy egyetlen megbetegedési terület az endocardium; ilyen eseteket *Jaccaud*[16] és *Netter* is leirtak.

[1] Charité Annalen. 1884.
[2] Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1883.
[3] Berl. klin. Wochenschr. 1887.
[4] Th. de Paris. 1885.
[5] Bull. de la soc. anat. 1896.
[6] Berl. klin. Wochenschr. 1892.
[7] Lancet. 1896.
[8] Zeitschr. f. klin. Med. 1896.
[9] Arch f. klin. Med. 1895.
[10] Arch. für Dermat. u. Syphilis. 1897.
[11] Arch. de méd. expérim. 1895.
[12] Virchows Arch.
[13] Zeitschr. f. klin. Med. 1896.
[14] Arch. de phys. 1886.
[15] Pneumonia, Belgyógy. kézik.
[16] Gaz. des hôpit. 1893.

tetni az endocardium tuberculosisát az endocarditis tub
tól«. »Az előbbinél csak gümők vannak a szív belhárt
az utóbbinál csak vegetatiók«. E megkülönböztetés fon
utalnak *Michaelis* és *Blum*[1] kisérletei, kik bac. tuberculo
venás befecskendezésével billentyüsértés után endocarditi
cosát okoztak, a bacillusok másodlagos rátelepedésé
pedig valódi endocarditis tuberculosát specifikus szöv
zásokkal. Rendesen csak a miliaris tuberculosishoz csatl
a vegetatiókban *Kundrat*[2] mutatta ki először a bac
Ezek mellett *Weichselbaum, Lion, Fränkel* pyogen bacte
is találtak.

Az endocarditis lueticát illetőleg, melyből *Ricordn*
ből származó első leirása óta 49 esetet ismer az irodalon
megfontolandó, hogy nem lehet minden lueses egyénné
endocarditist syphilitikusnak tekinteni, nem helyes t. i.
lueses elváltozásnak tartani, a mi syphilist kiállott egyé
fordul, valamint minden másként meg nem magyarázha
tozásnál minden áron kihozni az előzményekben a luest.
kiemeli, hogy az endocardium syphilise mindig máso
myocardiuméhoz csatlakozó. 1897-ben *Kockel*nek a lipcs
Gesellschaft-ban bemutatott esete is ezt bizonyítja.

A mi a choreával való összefüggést illeti, l
mellett *Sée*,[3] *Pétit* vannak; hozzájuk csatlakozik *Kétl*
mondván, hogy »halálosan végződő choreáknál a friss
hártya-gyuladás a rendes bonczolati leletek közé tartozil
a vele rendszerint együttjáró rheumatismussal hozza össze
Rosenbach a chorea és rheumatismus között minden öss
kétségbe von. Azonban az endocarditis-szel való complic
esetben észlelte, sőt egy alkalommal az endocarditis első
megelőzték a choreát. Mindezek daczára biztosnak a
nexust nem tartja, mert a jól végződött esetekben nin
őrizve, hogy vajjon maradt-e vissza billentyü- ill.
bántalom, sőt a halállal végződött esetekre nézve is
tartja, hogy a bántalom nem csak chorea-tünetekkel jé
choreával nem identicus elváltozás-e? Egyébként idézi
az összefüggés mellett szóló érdekes statistikáját, mely
115 halállal végződött chorea-esetben csak 10-nél talál
billentyük, és choreán keresztülment 110 élő egyén
organicus szivbántalomban szenvedett. *Litten*[4] 2 go
izületgyuladás mellett az izületi folyamat fölléptével eg
endocarditis acutát és choreát észlelt. Mindezek a két
actiologiai összefüggéséről eléggé meggyőzhetnek.

Az atheromatosis által létrehozott elváltozások k
már elég kifejezett képét adják annak, hogy endocarditis
minden bakteriumos befolyás nélkül is. *Rosenbach* állat
már 1878-ban a következő eredményeket adták:

1. A billentyü endocardiumán sértés után valódi th
keletkeznek, *a nélkül*, hogy ebben bakteriumoknak szere

2. Ha azonban a sérült billentyükbe beoltatnak a bak
úgy előállítható annak következményeivel az endocarditi
bacterica teljes képe.

3. Ez az endocarditis ulcerosa a primär endocarditis k
törlendő és a pyaemia kórképébe foglalandó be.

Az összes kisérleti endocarditisek, melyekben *Wy*
és *Weichselbaum*[6] úttörő müködést fejtettek ki, vagy
tattak a billentyüsértés daczára sem fibrinfölrakodásol
fibrinfölrakodások keletkeztek ugyan, de ezek sterilek
vagy végül a felrakodásokban bakteriumokat is lehetett
A kisérletek steril eszközzel s bakterium-culturáknak
venás befecskendézésével történtek, s azt mutatták, hog
carditis mycotica létrehozására valamely specificus bakte
szükséges, hanem sokféle, úgy pyogen, mint nem pyo
terium képes ugyanazon kórképet létrehozni. *Stern* és

[1] Deutsche med. Wochenschr. 1898.
[2] Wien. med. Wochenschr. 1883.
[3] Gaz. med. de Paris. 1879.
[4] Dermat. Zeitschr. 1894.
[5] Virchow's Arch. 1886.
[6] Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenk. 1887.
[7] Orvosi Hl. 1887.

oltva, biztosabban létrehozható az endocarditis, mintha ugyanazon speciest egyedül alkalmazták. És ez teljesen egyezik, mint láttuk, az emberen tett klinikai észleletekkel.

Rosenbach e kisérleteket nem tartja megegyezőknek az embernél található viszonyokkal. Szerinte nem steril, de nem is specialis bakteriumfajjal fertőzött, csak egyszerűen bakteriologiai szempontból nem tiszta eszközzel kell sérteni a billentyűket, a mikor létre lehet hozni ugyanazon eszközzel nem mycotikus alak mellett mycotikusat is, s ez a mycosis endocardii utólag fejleszti ki a mikrobiohämiát. Azt hiszem ez legfeljebb csak annyiban áll közelebb az embernél levő viszonyokhoz, mert nem oly tömeges fertőző anyaggal kell dolgozni, s így lassúbb lefolyást sikerül elérni.

Rosenbach továbbá azt állítja, hogy a mycot. invasio feltétele, hogy az intima sérülve legyen. Azonban hogy akkora sértésre legyen szükség, mint a milyet állatkisérleteknél vagyunk kénytelenek csinálni, úgy látszik mégsem áll. Hiszen pld. *Ribbert* [1] előleges sértés nélkül, bakterium-culturák intravenás injectiójával hozott létre kisérleti endocarditist. S azt még sincs jogunk föltételezni, hogy a kisérleti állatnál azt a bizonyos endocardialis praedispositiót mindenkor valamely endocardium-sérülés képezte volna, mely az oltásig semmiképen sem nyilvánult.

Azt sem tartja *Rosenbach* kisérleti alapon kimutathatónak, hogy mily bakteriumok hoznak létre endocarditist, mert az embernél talált bakteriumoknak más szerepük lehet az azokkal szemben másként reagáló állatokban, sőt az endocardiumban föltalált bakteriumok sem bizonyítják még azt, hogy okai az elváltozásoknak. Ezt is túlzott óvatosságnak tartom, mert ha az ott talált bakteriumokból az átoltások positiv eredményeket adtak — a mint ez elégszer megtörtént —, akkor nincs okunk kétkedni az oki összefüggésben.

Mindezen kisérletek nem sok fölvilágositást adnak arra nézve, hogy mért okoz ugyanazon bántalom endocarditist az egyik, s mért nem a másik esetben? Mi az oka annak, hogy állatkisérleteknél csak kivételesen sikerül előleges endocardialis trauma nélkül némely specifikus bakteriohämia jelenlétekor endocarditist létesiteni, mig embernél ez jóformán minden esetben (néhány traumás eset képez kivételt) laesio nélkül megy végbe Mi lehet embernél a traumát ily alaposan helyettesitő dispositio?

Pétit megkülönböztet általános és localis okokat. Előbbiek a praeponderálók, mint a melyek a szervezetet elgyöngitik, a sejtek intoxicatio ellenes müködését alászállitják. A nélkül, hogy positiv számokra hivatkoznék, állitja, hogy gyakoribb a secundär endocarditis alkoholistáknál, sokszor szült nőknél, általában szervezeti gyöngitő behatásoknak kitett egyéneknél.

A localis okok közt fontosnak tart minden előző folyamatot, mely localis endocardialis elváltozást hozott létre. Tehát régebben lefolyt endocarditisek alkalmat adhatnak kellő körülmények között ujabb, mycotikus endocarditis föllépésére. Ugyanigy szerepel az atheromatosis és a trauma.

Egyes esetekre viszont illő lehet a *Kundrat*-féle traumatheoria, mely szerint a billentyük záródási vonalán és a noduli Arantii-n, tehát teljesen edénymentes zónán a legélénkebb a billentyük mozgása. E helyeken gyakran lehet sectionál finom fibrinfonalakat találni az endocardium ép volta mellett is, ha t. i. a szív gyöngülése a véráram lassúbbodása által erre az alkalmat megadja. E felrakodások persze a legjobb alkalmat adhatják a bakteriumok megtelepedésére.

Ribbert, ki a billentyük előleges sértése nélkül staphylococcus pyogen. aur. intravenás befecskendezése által ért el a cuspidal billentyükön endocarditist, a folyamatot mikroba-embolia gyanánt értelmezi. Ily emboliás endocarditis *Wissokovitch*, *Langer* és *Coën* szerint csak a cuspidal billentyükön képződhetik, melyeknek, szerintük, véredényeik vannak, ellenben az üteres szájadékok billentyüin csak a *Kundrat*-féle felfogás értelmében tudják magyarázni ők is a bacteriumok fölrakódását. *Veraguth* [2] vizsgálatai az emboliás eredet ellen szólanak; bár ő a billentyüknek pontos szövettanát adja, azokban véredényeket nem ir le.

[1] Fortschr. d. Medicin. 1886.
[2] Virchow's Arch. 1895.

cularis részében talált microkoccus-emboliákat, ellenben részen csak rátapadó mikroba-telepek voltak. E leletel meggyőzőknek látszanak arra nézve, hogy az emboliás szemben a *Kundrat* magyarázatát fogadjuk el.

Közlemény a budapesti tud. egyetemi II. sz. és nőbetegkórodáról. (Igazgató dr. Tauffer Vilm tanár.)

Az újszülött bélrothadásának kórképéről

(Előzetes közlemény.)

Irta: *Berend Miklós dr.*, egyetemi magántanár, a föv. Margit rendelő gyermekorvosa.

Addig is, a mig teljes laboratoriumi feldolgozásl mam lehet részletesen ismertetni azon kórképet, a mely kivánok, röviden akarok fő vonásaiban megvázolni n jelenséget, a melyeket körülbelül nyolcz éve kisérek figyelemmel a II. szülő- és nőbetegkóroda észleleten ujszülöttein, s a melyeket eddig sehol leirva nem tal

E jelenségek rövid összefoglalása: 1. *hányás az napon, táplálékfelvétel előtt;* 2. *a* 3—4-*ik napon kezdő dökkel összefüggésbe nem hozható, legtöbbször mérsékelt galom, kivételesen azonban, sulyos esetekben,* 40°-*ig is terje* 3. *a magzatszurok kiürülésének végén, tehát a* 3—4-*ik n kivételesen később kezdődő, rothadó szagú, büzös, igen kát tartalmazó székletek kiürülése, a mi könyebb esetekben alatt elmulik s ez esetben nagyobb sulyveszteség nélkül b gyulás, súlyosabb esetekben azonban eltarthat* 10—14 *n lesoványodás kiséretében, sőt négy esetben halálosan v* bonczolatok — a melyek közül kettőt a Pertik professo tése alatt álló kórboncztani intézetben végeztettem, pedig röviddel a halál után dr. Preisich kórházi főo czolt — 3 esetben kisebb-nagyobb fokát mutatták a h lobnak, egyszer pedig nem volt makroskopikus változás ható a bélcsatornában.

Mind a négy esetben végzett mikroskopos és vizsgálat a köldök ép voltát, a köldökerek, a szív, lé vérének steril voltát mutatta ki, s így az általam esetek nem tartoznak tulajdonképpen az újszülött sept nak kórképéhez, annál kevésbé, mert icterussal jófor sem járnak.

Rátérve a tünetek részletezésére, első sorban a napon észlelt hányással kell foglalkoznom, a mit *initiali nak* nevezek, s e néven évek óta pontosan jegyzőkön a kórodai ujszülöttek fejlapjain.

Már az első hónapokban, a mikor a kóroda ujs kezdtem foglalkozni, körülbelül nyolcz év előtt, feltü milyen gyakran hánynak az ujszülöttek az első életnap még szokásban volt a kórodán az üjszülöttek meg rövid idővel születésük után, s így nem tudtam, hogy ez sok milyen okra vezethetők vissza; nem volt azon szinü, hogy a szopott tej ingere képezze a hányás o az első napon még többször szült nők is csak néhány colostrumot választanak el, először szülőknél pe grammnál több váladékot jóformán sohasem szopik lött. Két ok szerepelhet első sorban e hányásoknál: trauma, tehát agynyomás által előidézett reflex, má pedig a lenyelt magzatviz.

Hogy megtudjam, mennyiben szerepel az agynyo lemmel kisértem, milyenek voltak az adott esetekbe sek, mennyi ideig tartott a kitolási időszak, volt-e jelen szükület, művi beavatkozás, milyen volt a magzat fej volt-e asphyxia az újszülöttnél; később pedig a pul ségét és a kutacsviszonyokat figyeltem meg ezen okból ban nem lehet szándékom részletes adatokat felsorol azt hozhatom fel mint ezen vizsgálatok eredményét, nyomás ezen initialis hányások igen nagy részében, le —70%-ban kizárható mint a hányás oka. A legrendes sek után, alig 5—10 perczig tartó kitolási időszaknál, fejkörfogat mellett volt észlelhető a hányás; és pedi

után ; az esetek többségében kétszer is hánytak az első életnapon az illető újszülöttek, háromszor csak ritkán.

Közel állott e hányások okául a magzatviz lenyelését felvenni a szülési folyamat alatt ; de hogy ez pontosabban megitélhető s esetleges szopási reflex kizárható legyen, most már hat éve annak, hogy az első 24 órában a kórodán az ujszülöttek nem kapnak szopni, vagy csak az első 24 óra vége felé. Ez eljárás különben is minden tekintetben előnyösebb az újszülöttre, valamint az anyára nézve is. Azáltal, hogy az első napon semmit, a második 24 órában lehetőleg csak 4-szer kap szopni az újszülött, a leghathatósabban kerülhető el a szoptató nő rhagadképződése ; ezen eljárás behozatala óta a kórodán a sulyosabb rhagadok száma majdnem felére szállt alá s keresztül volt vihető, hogy a mesterséges táplálás a kórodáról kiküszöböltetett, míg azelőtt a Soxhlet-palaczk mindennapos látvány volt a gyermekágyas osztályon.

A szopás betiltása az első 24 órában az initialis hányásokat be nem szüntette ; ezután is, éppen ugy, mint azelőtt, minden 8—10. újszülött hányt az első életnapon, sokszor csak egyszer, gyakran kétszer, sőt háromszor is. Az alimentáris vagy szopási reflex tehát ki volt zárható, s igy alig maradt más hátra, mint annak felvétele, hogy *a szülés alatt, még a legrendesebb szülés alatt is annyi magzatvizet nyel sokszor a magzat, hogy azt később esetleg kihányja.* Hogy a szülés alatt a magzatvizet lenyeli az újszülött, azt tudjuk, sőt nyeli a méhenbelüli életben is, a mint a meconium animalium vizsgálata bizonyitja ; de tudtommal *eddig sehol részletesen leirva nincs, hogy ezt a nyelt vizet az első napon többször kihányja az újszülött.*

Hogy mennyi magzatvizet nyel a szülés alatt az újszülött, az még eddig sehol megállapitva nincs ; ez irányban 21 esetben végeztem eddig vizsgálatot és pedig úgy, hogy közvetlenül a születés után puha gyomorsondát vezettem be ; legtöbbször nem is kellett exprimálni a bennéket, magától ürült ; a gyomortartalom az újszülött gyermeknél *10—20 cm. közt ingadozott ;* legnagyobb része tiszta nyálka és egy zavaros folyadék, a melyben néha lanugo is volt látható, azonkívül nagy lapos hámsejtek, nyáltestecsek, zsirszemcsékkel telt kis sejtszerü képletek (leucocyták ?), továbá hosszu maggal biró megnyult sejtek (kötőszöveti sejtek ?) egy-egy csillós hám, kehelysejtek s aránylag sok leucocyta. Kémhatása a váladéknak legtöbbször savi volt, néhány esetben nyomokban szabad sósav is ki volt mutatható. Ez a 10—20 cm. gyomortartalom nagyrészt magzatvíz, de nem az egész magzatvíz, a mit az újszülött lenyelt, mert valószinű, hogy annak egy része már átment a pyloruson. Minthogy a magzatvíz reactiója gyengén alkalicus vagy neutralis, én pedig a gyomortartalmat legtöbbször pár perczczel a szülés után már savinak találtam, ez is egy bizonyitéka annak, hogy az újszülött a vízet valószinüleg nem a szülés utolsó perczeiben nyeli le, hanem már előbb s igy a vizsgálatkor annak egy része már átmehetett a bélbe.

Ha azt megállapitottnak vesszük fel — s én részemről nem kételkedem benne — hogy az újszülött a műtét alatt *aránylag nagyobb mennyiségü magzatvizet nyel,* úgy foglalkoznunk kell a priori azon kérdéssel is, mi által lehet ez és milyen körülmények közt ártalmára az újszülöttnek ?

Rendes körülmények közt a magzatvíz steril, *Goenner* vizsgálatai pedig azt mutatták ki, hogy nehezen rothad s hogy baktericid tulajdonságai vannak *(Winckel, Handbuch der Geburtshülfe.)* Az általam vizsgált gyomortartalmak bakteriologiai vizsgálata (fedőlemezkészitmény) mutatott ugyan néhány coccust elvétve s csak egyes esetekben, nemcsak az első életnapon, de magzatvizet nyelt és azután megbetegedett csecsemőknél a 3—4-ik napon is, ennek azonban, minthogy a sonda bevezetése s a szájüreg teljes sterilitással nem kezelhető, egyáltalán nem tulajdoníthatok jelentőséget. Azok a szerzők, a kik eddig az újszülöttek infectiosus megbetegedéseivel foglalkoztak, a digestiv infectióra általában nem fektetnek semmi különös sulyt : megemlítik például, hogy »rothadó magzatvíz aspiratiója septicus pneumoniákra vezethet (Runge, Lange, Finkelstein tankönyvei), de ezt a folyamatot, a melyet én eddig egyszer sem láttam, az összes szerzők »rendkivül ritkának« nevezik, — hogy azonban a rothadó magzatvíz *lenyelése* valamely infectióra vezetne, *azt*

fertőzéseiről eddig tudunk, annak rövid foglalatja a
1. *Fischl,* a ki tán legrészletesebben foglalkozott e kérd
két teljesen bebizonyított esetét veszi föl az ujszülö
fertőzésének a bélhuzamon át *(Hirsch* és *Liebman esetei)*
vonatkoznak magzatvíznyelésre. 2. Ujabb kísérleti
(Neisser, Opitz, Moser, Landsteiner, Austerlitz) általá
szólanak annak, hogy az újszülöttek enterogen sep
betegedése oly gyakori, mint annak idején *Epstein*
Czerny és *Moser* felvették; de már itt sietek kijelente
septicus gastroenteritisek rendesen nem is az első életn
betegedései és tüneteik (diarrhoeák, hirtelen lesoványo
albuminuria, nephritis és pneumonia, furunculosis) eg
nem egyeznek azokkal, a melyeket itt tárgyalok. 3. K
nak tekinthető bacteriumok átvándorlása a bélcsatorn
hetekben s igy bacteriaemia az *Escherich-féle streptoc*
eseteiben, *Bail, Sanarelli* és *Buchbinder* pedig kimuta
a vékonybélfalon is átmehetnek erősen virulens strep
(l. Finkelstein 81. l.), nem is szólva a Behring-féle uj
culosis-elméletről s az annak alapjául szolgáló *Disse-* és
vizsgálatokról.

Ezen közleményekben *szó sincs sem az általam*
tialis hányásról, sem a székletek jellemző rothadó, de e
diarrhoeás voltáról, sem a kórképnek a harmadik, negy
való kifejlődéséről, a mi az általam ismertetett kórképet
tünetek, a melyeket leírnak, legtöbbször direkt toxin
következményei a bélcsatorna részéről, részjelenségei
aemiának, mig az a megbetegedés, a melyet itt
egyezik a sepsis kórfogalmával.

Hogy a kétségenkívül rothadó magzatvíz lenye
bélmegbetegedést idéz elő, — *a mit sehol megemlítve nem*
eddig nyolcz észleletem bizonyítja, ezek közt 6 eset kór
magángyakorlatomból származik. Igen fontos és bizo
ezek közt egy, a mely egyúttal paradigmául szolgálhat
5 év előtt észleltem.

Egy négy órval azelőtt született leánykához hi
többször hányt születése óta barnás, nyulós nyálkát
hogy még szopott volna. A magzatvíz nagyrésze kor
a mint megtudtam, s a gyermek születésekor kissé
A szülést egy, tisztaságáról ismert főbába vezette
is látta a szülőnőt, maga a szülés különben rendes v
szülöttet megnézve, 40·5°-os lázat találok, a gyermek
sakor a száj és toroküreg csekély belöveltségén kívül
mutatható ki. A hányás többször ismétlődik, a más
csökken, a láz fennáll, a gyermek elesett, az első, rendes
székletek kiürülése után a második nap végén p
rothadó, büzös barna székletek ürülnek, 3—4-szer
melyek azonban nem vizesek, de igen sok, tulnyomó
nyálkát, és pedig barnás, üvegszerű nyálkát tartalmazn
nem fejlődött. Néhány nap után a láz csökkent, a harm
teljesen megszünt a hányás, a rothadó székletek azonb
a hetedik napig állottak fenn ; a gyermek sulycsökk
grammot tett ki s a reparatio csak lassan következett be.
viszonyok az egész megbetegedés alatt teljesen normáli
Igaz, hogy köldökfertőzések akárhányszor állhatnak
hogy a bemeneti kapu semmi elváltozást nem mutat,
esetet, a szülést majdnem rögtön követő erős hányás
órával utána fellépett 40°-os lázzal annál kevésbbé t
köldöksepsisnek, mert a megbetegedés oly foudroyans
volt, hogy azon esetben 1—2 nap alatt mulhatatlan
volna a csecsemőt. Sokkal valószinübbnek tartottam
hogy a megbetegedést rothadó magzatvíz bejutása a bél
idézte elő, annál inkább, mert akkor már észleltem ilye

Visszatérve az initiális hányásra, említettem an
riságát, hogy átlag minden tizedik gyermeknél me
s már ebből következik, hogy, mivel lehet, sőt valós
minden magzat nyel kisebb-nagyobb mennyiségű mag
szülés alatt, hányást pedig csak minden tiz-tizenkett
meken észlelünk, e hányások és a rothadó
föllépése közt semmi összefüggés nincs. Kétségenkí
hogy míg évente legalább 50—70 olyan újszülöttet lát
megvan az initiális hányás, eddig a rothadó székleteket s

kivéve az 1901. évet, a mikor a tavaszi hónapok alatt mintegy epidemikus fellépésben, körülbelül 25 esetet észleltem három hónap alatt (február—május közt). Hogy a magzatvíznyelést a rothadó székletekkel mégis összefüggésbe hozom, annak oka az, hogy *a kórképnek általam észlelt 54 esetében csak nyolcz volt olyan újszülöttnél, a kiknél nem volt initialis hányás*.

Ezen rothadó székleteket tehát legnagyobbrészt nagyobb mennyiségű magzatvizet nyelt újszülötteknél látom, de az annál kevésbbé jut eszembe, hogy ez esetekben inficiált, rossz szagú magzatvíz által történt bélcsatornafertőzést vegyek föl, mert a magzatvíz elfolyási idejét, minőségét évek óta megfigyeljük és jegyeztetjük már a szülőszobán a gyermekfejlapokra ezen béltünetek kipuhatolása czéljából. Ezen feljegyzések szerint a megbetegedett gyermekek szülésénél is legtöbbször normális a magzatvíz, nem túlkorai a burokrepedés; sőt alkalmam volt két olyan esetben a szülésnél elfolyt magzatvizet megvizsgálni közvetlenül a szülés után, a mikor utólag az ujszülött rothadó székleteket ürített: ez esetekben is rendes volt a magzatvíz.

Észleleteimből azt a következtetést kell egyelőre levonnom, hogy a szülés alatt nagyobb mennyiségű normalis magzatvizet nyelt csecsemők aránylag legnagyobb részénél semmiféle ártalom ebből nem fejlődik, az ilyen hányó újszülöttek fejlődésük, súlyviszonyaik tekintetében miben sem maradnak el a nem hányók mögött; de egy csekély része éppen ezeknek az ujszülötteknek büzös székleteket mutat a 3—4. naptól kezdve, úgyhogy erre az initialis hányás bizonyos praedispositiot látszik teremteni, ha pedig rothadt volt a magzatvíz, ugy gyakrabban lépnek föl a rothadó székletek is. Hogy okozatos összefüggés van-e a hányás és rothadt székletek közt, azt eddig eldönteni nem tudom, de meg vagyok róla győződve és pedig a következő okoskodás alapján: 1. gyakran látok rothadt székleteket olyan újszülötteknél, a kiknél korai volt a burokrepedés s a kiknél így a magzatvíz rothadása valószinűbb; 2. és főképen azért, mert az újszülött és csecsemő bélcsatornájában rothadási folyamatok olyan ritkák, hogy azok fellépése csak bizonyos speciális körülmények közt képzelhető el. Lássuk az erre vonatkozó adatokat.

Említettük már, hogy maga a magzatvíz nehezen rothad, sőt *Goenner* szerint bactericid tulajdonságai vannak; hozzá kell tennünk ehhez, hogy a magzatszurok, a meconium, a szervekben előforduló anyagok közt tán legjobban ellenáll a rothadásnak. Ezt bizonyítja a meconiumban észlelhető változatlan bilirubin jelenléte, mig nincs benne hydrobilirubin, a mely csak később lép föl a bélben rothadást okozó gombák behatása következtében. Ugyancsak rothadási folyamatok hiányából következik a meconium glycochol- és taurochol-tartalma és az, hogy csak cholesterin mutatható fel benne, de koprosterin nem. Magában véve tehát sem a magzatszurok, sem a magzatvíz nem hajlamos a rothadásra.

Rothadási termékek kimutatására a csecsemőkorban mindig igen nagy sulyt helyeztek, mert már a csecsemőkori székletek szaga is azt bizonyítja, hogy rothadás a csecsemő bélcsatornájában nincs, vagy csak minimális. E mellett szól *Senator* szerint, hogy szopósok vizelletében nincs indican, *Escherich* pedig kimutatta, hogy *a rothadás hiánya a tejczukorerjedéssel áll első sorban összefüggésben, másodsorban pedig a resorptio és a bélmozgás gyorsaságával*. A tejczuko erjedése pedig nem fejeződik be a felső bélrészletekben, mert Heubner, Rubner és mások kimutatása szerint a tejczukor akárhányszor kimutatható a csecsemő székében (l. *Czerny und Keuer:* Der Kinder Ernährung.) Tudjuk továbbá, hogy a tej maga nagy mértékben ellenáll a rothadásnak s a míg jelen van a tejfehérjék mellett erjedésre képes tejczukor, *addig rothadás ki van zárva* (Blumenthal: Virchow's Archiv CXLVI. k.). *Escherich* jogosultnak tartja a »casein immunitásáról rothadással szemben« beszélni csecsemőknél, annál is inkább, mert az alsó bélrészletekben a coli bacteriumok vagy azokkal rokonhatásu fajok hatásának van kitéve a táplálék főleg, ezek pedig nem igen hatnak a fehérjékre. *Freund* egészséges csecsemőknél a páros kénsavakat csak egész minimális mennyiségben találta s így bebizonyította a bélrothadás elenyészőleg csekély voltát. A rothadási productumok kimutatására irányult vizsgálatok közt itt meg sem említem az albumosek, peptonok, nak absolut bizonyítékokat (pankreasemésztésnél is ké

A mi a specifikus rothadási termékek kimutat (skatol, indol, phenol), azok *Uffelmann, Blauberg* kimutatása szerint egészséges szopós gyermek széklet nyoznak. Koprosterint szopós gyermekeknél ugyancsak tattak ki, míg vegyes kosztnál vagy mesterséges táplálá

A *Schmidt-f. sublimat-próba* segélyével képesek reductiót, s így indirecte rothadást könnyen a csecsemő székletében. (Friss szék egy kis része aa. c matoldattal kezelve; 24 órai állás után hydrobilirubin ben piros, bilirubin jelenlétében zöld szineződés áll be.) *mer* (Archiv f. Verdaungskrankheiten, 1900, 203. l.), a próbát a bonni női kóroda újszülötteinél kipróbálta, sz mekeknél hydrobilirubint a 14—15-ik napon látott el lépni; tehéntej- vagy más táplálkozásnál legkorábba napon. *Schikora* (cit. Czernynél) bizonyos körülmén vegyes reactiót látott a boroszlói gyermekkórház anyagá vizsgálatoknál; egyes nyálkaczafatok zöldre, mások piros festődve; ezt Sch. a táplálék összetételének változásaib rázza. A sublimatpróba nagy jelentőségét az adja meg hydrobilirubin képződése a rothadást kiséri. Könnyű k génél fogva az általam rothadtnak tartott székletek viz ezt a próbát használtam föl.

Hogy a székletek levegőn való rothadását elker eddig vizsgált 20 esetben mindig egészen friss széklete náltam föl a kisérlethez, steril üvegcsővel véve azoka gyermek végbeléből. Az eredmény mindig ugyanolyan v *székrészletek, különösen nyálkaczafatok a hydrobilirubin p zödését mutatták.*

Nemcsak a szag és kinézés, hanem a vizsgálat is nyítja tehát, hogy bizonyos körülmények közt *az újs csatornájában rothadás van jelen.*

Ezen vizsgálati lelet semmiképen sincs ellenm az eddig közöltekkel, a mint az első pillanatra látszik. M gezve a felsorolt vizsgálati adatokat, bebizonyítottna ugyan, hogy rendes körülmények között a csecsemő bélhu nincs vagy minimális és így ki nem mutatható a rothad mat, de ennek oka a táplálék, első sorban pedig a tejczu juk, hogy az első életnapokban a felvett táplálék csak mennyiségű és colostralis jellegű tejből áll; *a colostrum ismeretes, hogy czukortartalma kicsi*; a táplálkozás teh rothadásnak nem lehet akadálya az első életnapokban. nem lehet akadálya a colibacteriumok tulnyomó volta s rothadásnak, minthogy a meconiumnak s az első életna székleteknek bacteriumflorája még igen változatos és tükörképét nyujtja a levegő bacteriumflorájának.

De mi rothad ez esetekben a bélcsatornában? Maga nium refractär a rothadással szemben, s ugyanigy áll a vizzel. Elképzelhető, hogy rothadásnak leginkább ki a sok lehámlott és a bélhuzamban a meconiumoszlop fe leginkább felhalmozódott hámsejtek tömege s tán ez is szinübb. De még van egy lehetőség, amelylyel foglalkozn Tudjuk, hogy bármilyen erősen ellenáll is a magzatszurok dásnak, főleg vizszegény voltánál fogva, *de könnyen rothad érintkezik.* Elképzelhető, hogy azoknál a csecsemőkné nagyobb mennyiségű magzatvizet nyeltek, már a bélh beáll a meconium nagy fokú felhigulása, a mely képessé teszi. Azt határozottan mondhatom, hogy az észlelt esetekben nem a bélen kívül beállott rothadásról mert soha sem elégedtem meg a pelenkán előmutatott megnézésével, hanem gyanus estekben mindig friss béls tem a végbélből s már nativ állapotban észleltem a jelleg nyálkás, bűzös székleteket.

Még egy dolog lehet, a mi hasonló esetekben előseg rothadást s észleleteim is a mellett bizonyítanak, hogy ez bir; ez a meconium lassubb kiürülése csekély táplálé következtében. Az általam észlelt esetekben majdnem nélkül csekély volt a táplálkozás, sőt három esetben tapa büzös székletek fellépését rhagadok folytán egészen h táplált újszülötteknél a 8—9-ik napon, initiális hány menetele nélkül. Ezen esetek azonban nem jártak h

általam észlelt többi esetben ellenben mindig a 3., 4-ik nap léptek fel és majdnem mindig hőemelkedés kiséretében a bűzös székletek; ezek fenmaradtak néha a táplálkozás javulása után is napokig.

Hogy mennyiben állunk ez esetekben szemben külön kórképpel; hogy van-e összefüggés az initális hányás és e székletek közt, azt jövő vizsgálatok feladata kideriteni, részemről azonban meg vagyok győződve, hogy *a rendes amnialis folyadék lenyelése hiányos táplálkozás mellett praedisponál az újszülött bélhuzamában rothadás fellépéséhez, a mely legtöbbször könnyű kórkép alakjában folyik le, de — esetleg vegyes fertőzés folytán — isolált béllob által a halálhoz is vezethet; ha a magzatvíz rothadt volt már a szülésnél, úgy a kórkép is könnyebben állhat be.*

Hogy ennek a folyamatnak pedig a »hospitalismus« gyüjtő neve alatt ismert kórházi fertőzésekhez semmi köze nincs és miben sem hasonló az újszülöttek ezen okra visszavezetett septicus gastroenteritéséhez, azt nem csak a tünetek különböző volta, a betegség más lefolyása, szövődmények teljes hiánya és az eltérő bonczlelet igazolja, de az is, hogy a leirt esetekben hasonlókat eddig 5 esetben észleltem magángyakorlatomban is.

A fülgyógyászat kötelező tanítása az egyetemeken.

Irta: *ifj. Klug Nándor dr.* egyetemi magántanár.

Az utóbbi időben mind sürübben kezdenek foglalkozni szakkörökben azzal a kérdéssel, vajjon mennyiben szükséges a fülgyógyászat oktatása az orvosi fakultásokon, mennyiben kivánatos ennek tudása a gyakorló orvos részére künn a gyakorlati életben. Elegendő, ha csak *Körner*, *Grunert* és mások idevágó közleményeire gondolunk, vagy ha *Bőké*-nek a szegedi vándorgyülésen tartott előadására, *Politzer* és *Gradenigo*-nak a bordeauxi congressuson tartott felolvasásaira emlékeztetünk. Mindazok, a kik e kérdéssel foglalkoztak, azon végeredményhez jutnak, hogy e tárgy éppen úgy kötelezővé és szigorlati tárgygyá teendő, mint akár a szemészet, vagy bármely más szaktárgy. Saját tapasztalataim ez irányban csak megerősítőleg hatnak. Azért helyesen jegyzi meg *Bőke*, hogy az orvosnak általános, bizonyos fokig terjedő, minden szakmában való jártasságra van szüksége, »a fülgyógyászat tudása nélkül az orvosi gyakorlatban működő a legkellemetlenebb helyzetbe juthat s ezért szükséges, hogy a gyógyászat ezen szakmájában kiképzését el ne mulaszsza senki; a fülgyógyászat kiegészítő része az orvosi tudománynak és úgy, a mint jó fülorvosnak nem mondható az, a ki az orvosi tudomány egyéb ágazataiban járatlan, úgy jó orvosnak nem tekinthető, a ki az orvosi gyakorlatban a fülbántalmakat megismerni nem tudja«. *(Bőke.)*

A fülészet tanításának kötelező voltát először *Tröltsch* vetette fel 1879-ben, kérve a német kanczelláriától, hogy e tudományszak a többiekkel egyenjogosíttassék. Kérelmét megfelelő okokkal támogatta. Felesleges volna részemről hosszasan bizonyítani, hogy a hallószervnek mily fontos, az egész társadalmi életre kiható nagy szerepe van. Hogy tehát ezen az életben ennyire szükséges szervet és a fül betegségeiben szenvedő egyéneknek esetleg életét az orvos a társadalomnak megmentse, kell, hogy az orvos e szakmában is bizonyos fokú tudással birjon. Ezért követelték és követelik ma is a szakemberek, hogy az otologia tanítása és vizsgáztatása kötelezővé tétessék az egyetemeken. Jól mondja *Gradenigo*, hogy az otologiában járatlan gyakorló orvos fülbeteg által konzultáltatva, ama választás előtt áll, hogy vagy bevallja betegének nemtudását és szakemberhez küldje, vagy valamely semmitmondó kezelést kezdjen, képtelen lévén az indicatiót és annak várható eredményét felállítani.

Az első otologiai klinikát 1873-ban, a bécsi egyetemmel kapcsolatban állították fel. Azóta több egyetemen állítottak föl fülgyógyászati klinikát. Igy Berlinben, a kis Rostockban, Halle a/S-ban, Torinóban és több más helyen. Hogy mennyire van szüksége a gyakorló orvosnak a fülgyógyászat bizonyos fokú ismeretére is, mindnyájunknak, a kik fülgyógyászattal foglalkozunk, bőven van alkalmunk tapasztalni. E kérdést példákkal illusztrálva, éppen *Bőke* tárgyalja említett munkájában. Hallászavarok matók tartoznak, igen könnyen lehnének kezelhetők felismerésére minden orvos képes volna. A legsulyosab golást látjuk az oly gyakori genyes közép-fül gyula melyekkel kapcsolatban súlyos, halált hozó complica ran lépnek fel, és a melyek jelentőségét a gyakorló orvo lyike nem ismervén fel, későn utasítják őket a sza Valóban fájdalmas látni azt a nagy számát a halálos megbetegedéseknek, melyek például otitisek után Saját gyakorlatomban előfordult itt Budapesten melyben gyermek kis kavicsot dugva fülébe, azt a csipeszekkel, kanalakkal mindaddig próbálgatta kiv nem a dobhártyát átfurta és midőn a gyermek elé került, már sulyos mastoiditise, extraduralis volt. Egy másik esetben genyes középfülgyuladás a kezelő orvos akkor utasított hozzám, midőn a nerv már teljesen hüdött volt, azzal, hogy kezeljem a be míg a facialis-bénulást majd ő kezeli tovább; nem azt, hogy ez a füllel összefügg. Jól irja le *Bőke* azokat a is, midőn az orvost beteg gyermekhez hívják. A gyerm fokú lázban, kipirult arczczal, apathiásan fekszik. ecclampsiás görcsök jelentkeznek. Ezen súlyos tünemé napig eltartanak, midőn egyszerre a szegény gyerme geny szivárog ki, beállott az úgynevezett fülfolyás é varázscsapással a láz és a többi sulyos tünemény Ehhez fogható eseteket minden szakorvosnak van all lelni. Ily körülmények között vajjon jogosult-e az, ha gyászat kisebb helyet foglal el, mint akár a szemészet, gyógyászat, vagy bármely más szakma. Ellenkezőleg követelés, hogy a fülgyógyászat a többi szakokkal síttassék, a mikor ott egyik-másik esetben csak functio rokról van szó, emitt pedig az élet van veszélyezte vehető azonban rossz néven az orvosnak sem, ha ne jártassággal oly szakmában, melyet sem hallgatni, se nem köteles, melynek jelentőségéről esetleg fogalma sin

Igaz, hogy ott, hol megfelelő fülészeti klinikál a tanulóság nemtörődömségére mutat, hogy a szakm nem ismerve lép ki az életbe; de éppen ismerve a tanulók bánomságát és tudva, hogy ez ismerethiány a gyakorl mennyire megboszulja magát és hány embernek kerül mindez szükségesnek bizonyítja, hogy a fülészet tanul zővé tétessék. Ez érvek sulya alatt történt, hogy az utób némely helyen, így pl. Németországban, Spanyolország végiában és másutt köteles a hallgatóság fülgyógyászatot Ezzel azonban a dolgon csak félig van segítve, a l része ugyanis, kötelező lévén a tárgy hallgatása, beir előadásokra, ezekre azonban nem jár el. Ezért volna a fülészetet vizsga-tárgygyá is tenni, legalább is olyké a mennyire minálunk például a gyermekgyógyászat, és bőrgyógyászat az; mert csak így remélhető, hogy kilépő gyakorló orvos a fülbajokkal szemben sem fo ismeretlenül állani: könnyebb eseteket maga tud majd k fogja ismerni azokat a súlyos eseteket, avagy azokat fordulatokat, melyekben a beteg megfelelő szakszerű utasítandó. Nem azt tartom szükségesnek, hogy az gyakorlatot üző orvos a legminutiosusabb részletek de megkivánandó, hogy a szükséghez képest tudjon segíteni, illetőleg intézkedni.

Ezek és ehhez hasonló motivumok vezették *Gradenigot*, midőn a kérdést a Bordeauxban nem régen congressuson discussió tárgyává tették. Ott mondja hogy a ki az orvosi tudomány jelenlegi tanítását n csodálkozva látja, hogy egy oly fontos szerv, mint a pathologiája az egyetemi kötelező tanítási programm üzve van. És *Gradenigo* is fölveti a kérdést, vajjon k és több alkalma van-e ellátni és gondozni a gyakorló például egy elmebeteget, mint esetleg egy heveny gen fülgyulladást? Ilyeneket szem előtt tartva, teljesen adni *Politzer*-nek, midőn azt mondja, hogy jogunk va az államtól a közegészség érdekében, hogy minden egye meg legyen adva a lehetősége annak, hogy a halló megbetegedéseit diagnostizálni tudja, melylyel a rend

hogy középfül-catarrhust vagy fülgennyedést felismerni és ellátni tudjon. Mindenesetre nagy szocziális hordereje van a kérdésnek és ezért jogosult a kívánság, hogy az otologia ugyanazt a helyet foglalja el az orvosi oktatás terén, melyet bármely más szakma elfoglal.

Saját okoskodása révén *Gradenigo* előadásában ugyanezen végeredményre jut és conclusióként előadása végén kifejezi ama reményét, hogy a dolgok logikai következményeként e czél el is lesz érhető. Ezért közös munkára szólítja fel a kartársakat, ajánlván egy internationalis bizottság kiküldését a kérdés tanulmányozására, hogy az otologia tanulása az egyetemeken mily uton tehető legkönnyebben kötelezővé.

Gradenigo előadásához és indítványához a congressuson discussio füződött, melyben résztvettek vele egyetértőleg *Schiffers, Creswell-Baber, Knapp,* mígnem végül a congressus elnöke, *Moure* az egyhangulag elfogadott határozatot mondta ki: »A VII. internationalis otologiai congressus Bordeauxban elhatározza, hogy az otologia tanítása rendszeresítve legyen az összes egyetemeken, orvosi facultásokon és iskolákban, ugyanolyan föltételek mellett, mint a többi szaktárgy; végelemzésben kötelezővé tétessék a tanulóságra nézve.« Az e czélra kiküldött bizottság tagjai lettek: *Brieger, Creswell-Baber, Forns, Gradenigo, Knapp, Lermoyez, Politzer, Schiffers, von Stein.*

Bízzunk a jövőben, hogy így, közös erővel munkálkodva, az otologia megérdemelt positióját előbb-utóbb mindenütt ki fogja vívni magának.

Közlemény a Korányi Frigyes egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A szívblockról.

Irta: *Kövesi Géza dr.* klinikai tanársegéd.

A szív rhythmuszavarainak tanulmányozása és értelmezése *Gaskell* és *Engelmann* alapvető vizsgálatai nyomán uj irányban indult meg; s a physiologiai kutatás eredményeinek az ütérgörbe exact időmérésének és a visszérgörbék analysisének segélyével történt alkalmazása a pathologiában a rhythmuszavarok uj alapból kiinduló tisztázását vonta maga után.

Ezen kutatások eredményeként bebizonyult, hogy a rhythmikai eltérések egy része, még pedig a túlnyomóbb, a vérmozgás rendellenességei révén jön létre oly módon, hogy a szív négy részletének kiürítése egyenlőtlenné válik, mely körülmény maga után vonja az extraingerek felléptét, s a melyek ismét az extrasystolékat váltják ki; ezen az alapon egyes rhythmusváltozások értelmezése vált lehetővé; másrészről a szívműködés myogen elmélete alapján az ingerképzés rendellenességei, a szívizomzat contractilitásának megváltozása eredményezhetnek arhythmiát, a mely különben a szív megváltozott ingervezető képességének befolyása révén is létesülhet.

A szívizomzat ingervezetésének ingadozásából származó rhythmikai zavarok egyik sajátos alakja a »*szivblock*« neve alatt ismeretes, t. i. a midőn az ingerület a pitvar-kamara határon túl nem terjed; az ez úton létrejött arhythmiák megjelenési alakja számos változatot mutat, a melyeknek jelentősége az eddigi klinikai közlésekben nincsen kellőleg kidomborítva; érdemesnek tartom tehát az ingerületek átvezetődési rendellenességeivel oly két eset kapcsán foglalkozni, a melyeknél a rhythmusváltozás alapfeltétele ugyan azonos, mindazonáltal a klinikai megnyilvánulása ugyszólván teljesen ellentétes képet nyujt. A szívblock értelmezésének első feltétele az ingerület vezetésének, illetve áttevődésének (a pitvarról a gyomrocsra) tekintetbevétele s ezért szükséges, hogy *Gaskellnek* idetartozó kisérleti eredményeit előrebocsássam. *Gaskell* az ingervezetést myogen uton magyarázta, mely az atrio-ventricularis határon rendes viszonyok között is némi fennakadást szenved, ugyanis a pitvar-gyomrocs közötti összefüggést egy izomgyűrű létesíti, a mely azonban nem azonos a pitvar vagy a gyomrocs gyorsan vezető izomállományával, hanem mint maradványa az embryonális canalis auricularisnak, a pitvar és gyomrocs izomzatán, míg ellenben von lesz a pitvar-gyomrocs közötti izomgyűrű embryonáli át s így már normaliter kisebbfokú block iktatódik k

A pitvar-gyomrocs határán levő ezen ú. n. *His* kötegnek az inger átvezetődésénél gyakorolt befoly tünik szembe a kísérleti uton előidézett szívblocknál, két alakja ismeretes. Az első a gyomrocsösszehuzód kinti kiesése; ennek oka egyrészről abban tételezhető az összekötő izomkötegek ingervezetőképessége idő függesztett, azonban nem zárkózhatni el teljesen an elől sem, hogy a gyomrocsizomzat a normalis ingerr refractär viselkedik s ekként egyes systolék kiesnek. eshetőség kétségtelen bizonyítéka az, hogy a His-féle köteg után gyomrocs-systolekiesés áll elő. Figyelembe kel azonban azt a körülményt is, hogy az extracardialis sorban a n. vagus izgalma is maga után vonhatja gyomrocsösszehuzódás kimaradását.

Az ingerátvezetődés rendellenességének második a melynél az ingerület egyáltalán nem tevődik át a g s a gyomrocsok felszabadulva a pitvarok uralmától, sa musban működnek tovább. Ennek kísérleti bizonyít gáltatta *Hering* a His-féle köteg átmetszésével, a mely keztében a gyomrocsok ritkábban huzódnak össze, mint azonban mindkettő rhythmikusan; másrészről semm sem vezetődött át a pitvarról a gyomrocsra, sem m s úgy a pitvarok, mint a gyomrocsok egymástól f önállóan működtek. Tehát az ingerátvezetődés teljes tése a pitvar- és gyomrocsműködés dissociatióját v után, azaz a pitvarok és gyomrocsok egymástól függet rhythmusban való működését az ingerátvezetődés mellett.

A szívblock mindkét alakjának közös vonása, hog gyomrocs közötti izomköteg ingervezetőképessége hián teljesen felfüggesztett; a kérdés már most az, hogy embernél észlelhető s szívblockra visszavezethető rendellenességek szolgáltatnak-e kellő támpontot a hogy a szívblock időnkénti gyomrocs-systolekiesés, sociatio utján jött-e létre, vagy pedig, a mi szintén ne ki, hogy a His-féle gyűrű kórosan alászállott ingerv sége oly ingadozásoknak van alávetve, a melyeknek block két alakja egymással váltakozik.

A választ erre megadhatja egyes eddig közlött esetek analysise, másrészről saját észleleteink is engednek a szívblock létrejöttének módozataiba.

44 éves nőbeteg arról panaszkodik, hogy körülbe előtt hirtelenül eszméletét vesztve összeesett s állítóla zete bemondása szerint 5 perczig volt eszméletlen ezen a héten három hasonló rohama volt, majd három után a rohamok igen sürüen jelentkeztek. A rohamok és intenzitása tekintetében a legkülönbözőbb átmenetek önmagán; a legenyhébbek azok, a melyek csak néhá percznyi szédülés alakjában mutatkoztak; ennél valam sivebb az, midőn szorító, fojtó érzés kíséretében kábulttá ban nem teljesen eszméletlen; legkifejezettebbek azok a melyek főként betegsége kezdetén voltak gyakoriak, mindennemű aura nélkül hirtelenül összeesik és öntudat elveszti. Terheltség semminemű irányban sem áll fe bántalmak közül gyakori főfájások, enyhe lefolyású h említhetők fel; gravida sohasem volt; lues felvételé nemű támpont; izületi lobban, valamint egyéb ferto ségben nem szenvedett.

Beteg elég jól fejlett és táplált, nem anaemiás. A csúcs kevéssé rövidült, ugyanott valamivel megny hangosabb a kilégzés. Légzés rendes jellegű, perczenki 16—18.

Szívlüktetés, szívcsúcslökés, valamint epigastriali még felülés és testmozgások után sem tapintható.

A szívtompulat csekély fokú harántirányban való m bodáson kívül, a mennyiben a jobb szívfél a szegyc szélét mintegy ½ centimeterrel túlhaladja, lényegese

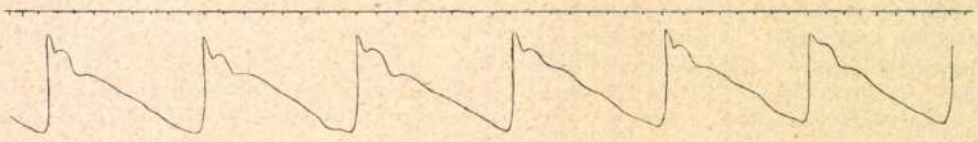
hasonlóképpen a szív basisa felett is; a kettőzött hang az aorta és art. pulmonalis felett is kifejezett és jól vezetődik a carotisokba; néha igen figyelmes hallgatódzásnál a kettős diastole és reá következő systole között egy, ritkán két gyengén koppanó hang hallható.

A legszembetünőbb azonban az ütérlökés viselkedése, mely állandóan 32—36 között váltakozik; e mellett telt s igen feszes, teljesen rhythmikus, a mint az a mellékelt sphymogrammból is látható, a mely szerint az egyes ütérlökések lefolyásának a tartama szabályosan 1·7 másodpercz. Az ütérlökés tapintásakor, főként erősebb reányomás alkalmával anadicrotismus észlelhető, mintha a hosszan elnyuló diastolét néha az érzékelhetés határán levő kis emelkedés szakítaná meg, mely azonban a sphymogrammon jelezve nincsen. (1. ábra.) A beteg hanyattfekvésénél a jugularis visszerek, főként a jobboldali, állandóan fennálló lüktetése látható, a mely határozott rhythmus szerint folyik le; minden egyes visszérlüktetés két emelkedésből áll, melyek közül az első magasabb, a második pedig alacsonyabb, a lüktetésnek kezdete néha csekély dyspnoéban nyilvánultak, s a melyekn felelőleg a már egyébként is hosszúra elnyult szünetek dása volt (»formes frustes« *Huchard)* észlelhető.

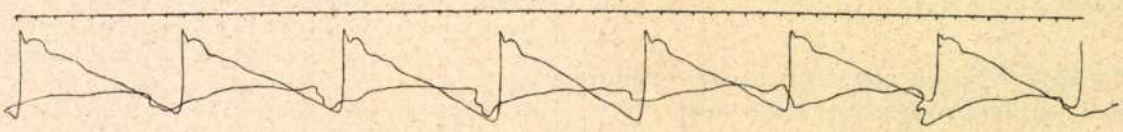
A bradycardia a betegnél állandóan fennállott s és idején 24—28, sőt egy ízben 16 perczenkinti ütérlökés v állapítható; e mellett a rohammentes időközben közérz gító volt; mozgásnál légzési nehézség nem mutatkozott, képpen semminemű pangásos jelenség sem jelentkezett.

Mindezen itt felsorolt jelenségek megfelelnek a által elnevezett *Adams-Stokes*-féle tünetcsoport követelm

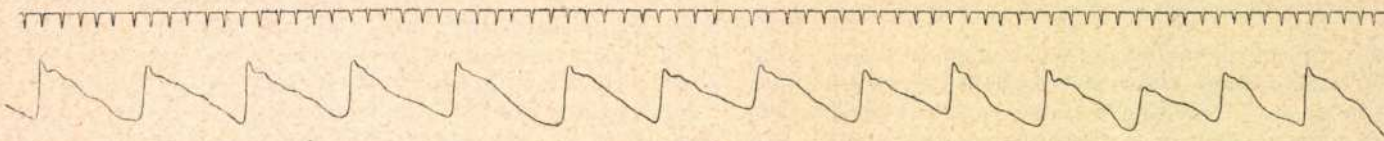
Az Adams-Stokes-féle tünetcsoport egy részénél kéts a vagus-befolyás káros volta jut érvényre, mely vagy eredetű, tehát nyultvelői, avagy peripherikus. Ezt a támogatják egyrészről a vagus különböző functióinak nyozása, másrészről pedig klinikai észleletek is, a men Czermak-féle vagusnyomási kísérlet segélyével sikerült nek gyomrocssystole-kiesést kiváltani, a mely atropi



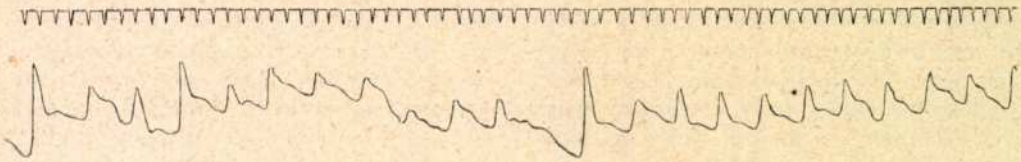
1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

kétségtelenül praesystolés jellegű, t. i. az ütérlökéssel synchron a visszér összeesik. A szívhangok hallgatódzásával egyidejüleg a visszérlüktetést is megfigyelve meggyőződhetni, hogy a szívösszehuzódások és a visszérlüktetés közötti időbeli viszony nem állandó s számos változásnak van alávetve. Egyes hullámok időnként a szívösszehuzódásokkal összeesnek, míg mások, még pedig nagyobb számban, az egyes szívösszehuzódások között helyeződnek el. (2. ábra.)

Az eszméletlenséggel járó rohamok a szívműködés sajátos zavarával együttesen járnak; ugyanis a várható systole kimarad s mintegy 5—7 másodperczig szívösszehuzódás nem észlelhető; kezdetben a betegen semminemű rendellenesség sem mutatkozik, csakhamar azonban szaporábban légzik, tekintete merev lesz, eszméletét elveszti, apnoë áll be, az arcz cyanotikussá válik, a végtagokon tonicus görcs lép fel, a melyet néha remegésszerű clonicus görcsök váltanak fel; ezalatt a nyakon a visszerek rhythmikus lüktetése állandóan fennáll; majd néhány másodpercz elteltével az első gyomrocsösszehuzódás lép fel; az izmok görcsös állapota megszünik, néhány mély, szörtyögő légvétel után a beteg visszanyeri eszméletét s a roham előtti bradycardia képe ismét előtérbe lép. Az egész roham az epilepsiás roham kezdeti bevezető részéhez igen hasonló.

után megszünt. Másrészről viszont az esetek egy más jánál a cardiogen eredetnek minden tünete szolgál bizo mindenesetre sajátos s nehezen értelmezhető, hogy a szi elfajulása következményeképen miként jöhet létre tünetcsoport, mely teljesen utánozza az idegbefolyás utjá szívműködésbeli zavarokat. Ugy a cardiogen, mint neuro létesült Adams-Stokes-féle betegség kóros vonása, hog izomzat ingerlékenysége, illetve ingervezető képessége a azaz negativ bathmotrop és dromotrop befolyások érvén a melyek mellett a physiologikus ingerképzés az esetek részében zavart nem szenved, bár esetenkint az ingerkép ellenességei is hozzátársulhatnak, azonban már nem mir tünete az Adams-Stokes-féle bántalomnak. Az említett b révén jön létre a jellegzetes bradycardia, mely lényegé egyik jelensége a »szívblock«-nak.

Már a *Stokes* által adott leirásban egyes jelenségel szivblockra vezethetők vissza. *Stokes* ugyanis a nyaki sajátos lüktetését észlelte, a mely a szivlüktetés több, szeresének felelt meg s a melyek közül egyeseket igen tomp kisértek; ezen tompa hangokról *Huchard* is tesz említést, pedig a pitvar összehuzódására vezeti őket vissza, a mely musban működnék, mint a gyomrocs, a mely dysrythmi

ség akként létesülne, hogy megnehezített ingervezetés mellett a pitvarok nem minden egyes összehuzódása tevődnék át a gyomrocsra.

Esetünkben is a visszerek szaporábban lüktettek, mintsem a gyomrocsok összehuzódtak. Némelykor a visszérlüktetés száma a gyomrocsösszehuzódás kétszeresének felelt meg, túlnyomóan azonban egy gyomrocsösszehuzódásra valamivel több mint két pitvarcontractio esik, állandó viszony azonban, a mint azt *Kries* feltételezte, a pitvar- és gyomrocsösszehuzódások között nem volt megállapítható; ugyanezt bizonyítják a betegnél több izben egyidejüleg felvett sphymo- és phlebogrammok is, a melyek szerint a pitvarösszehuzódás rythmusa a gyomrocsfrequentia nem egyszerű többszöröse; továbbá jellegző, hogy a pitvarsystolék mindenkor a gyomrocssystolét megelőzik.

Mindezen tények az atrio-ventricularis dysrythmia felvételére jogosítanak. E mellett szólnak az auricularis systolék által előidézett tompa dobbanó hangok, melyek esetünkben időnként kifejezetten voltak megállapíthatók; ezek azonban természetszerüleg nem alkalmasak a pitvarműködés rythmusának megállapítására.

A mint sikerül phlebogramm segélyével a pitvarösszehuzódás által előidézett systolék rythmusának függetlenségét a gyomrocs működésével szemben beigazolni, elveszti minden alapját *Jaquet* amaz ellenvetése, hogy ezen tompa dobbanó hangok auricularis extrasystolékra volnának visszavezethetők; *Jaquet*nek ez a nézete abból származik, hogy esetében a pitvarműködés rythmusát nem állapította meg.

Az Adams-Stokes-féle tünetcsoport némelyikénél a visszérlüktetések egyáltalán nem láthatók s ilyenkor csakis a megfelelő hallgatódzási jelenségek utalnak az auricularis systolék jelenlétére.

A pitvar- és gyomrocsműködés ezen dissociatiója teljesen megfelel annak a képnek, melyet *Hering* a His-féle köteg átmetszése után nyert, a mennyiben emlős-állatok szivén a gyomrocs leválasztása után hosszabb szünet nem áll be, hanem a gyomrocs azonnal önálló rythmusban működik tovább. Ezen észlelet megfejtését megadja az a kisérleti tény, hogy a pitvar-gyomrocs-határon vannak területek, a melyek igen könnyen rythmikus működésre ingerelhetők. Az első *Stannius-féle* kisérletnél, a melynél a sinus venosus teljesen leválasztatik a pitvarról, rövid szünet után a pitvar és gyomrocs összehuzódási sorrendjének fordítottja következik be; t. i. elsősorban a gyomrocs huzódik össze s csak ezután a pitvar s csak ritkán egyidejüleg mind a kettő; ez azt bizonyítja, hogy az ingerképzés kiindulási pontjai ez esetben a pitvar és gyomrocs határán levő átmeneti kötegben vannak elhelyeződve; mint további bizonyíték szerepelhet az a kisérleti tény is, hogy a leválasztott gyomrocs megszünik működni, ha a visszeres szájadék környékének izomzatából kis részletet eltávolítunk.

Feltehető, hogy a pitvar-gyomrocs határán önálló rythmikus működést fenntartó izom-elemek vannak elhelyezve, a melyek rendes viszonyok között a pitvarba szájadzó nagy visszerek élénkebb automatismusának befolyása alatt állanak, s ha ezen befolyás felfüggesztődik, úgy önállóan kezdenek működni.

Az atrioventricularis dysrhythmia, illetve dissociatio létrejötte tehát ily módon volna feltételezhető; ha több gyomrocssystole egymásután kiesik s ekként a gyomrocsok egy időre nem állanak a pitvarról jövő ingerek befolyása alatt, úgy automatikus képességük előtérbe lép. Kezdetben elvétve egy-egy önálló összehuzódás alakjában; azonban minél kifejezettebb lesz az ingerátvezetődési zavar, minél kevesebb pitvar-összehuzódást követ a gyomrocssystole, annál inkább kifejlődik a gyomrocs-automatismus, úgy hogy midőn az ingerátvezetődés teljesen felfüggesztődik, a gyomrocsok már önálló rythmusban működnek.

Az atrio-ventricularis izomköteg ingervezető képességének felfüggesztése azonban nem mindenkor állandó s főként a n. vagus befolyása alatt létesülő szívblocknál észlelhető, hogy atropininjectió utján a n. vagus befolyása kizáratva, a bradycardia megszünik. Esetünkben az ismételten alkalmazott atropininjectió teljesen hatástalannak bizonyult, beigazolva azt a felvételt, hogy a szívblocknak myogen eredetű alakja állott fenn. Azonban a

ként helyreállhat. Az általunk észlelt esetben a beteget káról való távozása után néhány hónap mulva ismétel alkalmunk átvizsgálni, a midőn a vizsgálat azt a megle ményt szolgáltatta, hogy időnként az ütérlökés száma fel 62—66-ra, sőt egy ízben 74-re, hogy néhány óra mulva előző bradycardiás jellegét nyerje vissza. Ez a körülmé nyítékul szolgálhat arra, hogy a myogen eredetű szívb tekben is a His-féle izomgyűrü ingervezető képessége, ha rövid időre is, visszatérhet.

Az ingerátvezetődés ingadozásának befolyását az mia megjelenési alakjára második észleletünk is bizon melynek rövid vázlata a következő:

19 éves férfibeteg, előző betegségekben nem sze bántalma két hónap előtt kezdődött, a midőn álmából he dobogás riasztotta fel, továbbá tarkótáján intensiv ég lépett fel, majd hirtelen eszméletlen lett; környezetének szerint ilyenkor igen halvány, két-három perczig esz görcsei egy ízben sem voltak; ehhez hasonló roham jelentkezett, túlnyomóan éjjel, változó időközökben, néh naponként, sőt időnkint naponta is; a rohammentes id teljesen jól érzi magát s csak erősebb munkánál, valam sabb járásnál érez némi szívdobogást és légzési nehézség

Jól fejlett férfibeteg. Szívcsucslökés az V. bord a bimbóvonalon kívül egy czentiméternyire, emelő; mérsékelten telt s feszes, felette arhythmiás, kifejeze missiók vannak; az ütőérlökés igen gyér, perczenkint 46. Légzés kissé dyspnoés, perczenkinti száma 28. (3.

Szívtompulat balfelé meg van nagyobbodva; felett systoles hang, időnkint gyenge fuvójellegű systol jobb gyomrocs felett két hang, nagy edények hangjai art. pulmonalis II. hangja nem ékelt. Időnként a II. és II közben a diastolés hangot követő szünetben rövid, ige hang hallható s csak azt követi a kifejezett systolés ha tompa hangnak megfelelőleg ütérlökés nem tapinthat lüktetés nem észlelhető. Vizelet normális.

Betegnek a felvételt követő második éjszakán két letlenséggel járó és néhány perczig tartó rohama volt. A szívműködés néhány másodperczig tart, máskor pedig t czen át. Egy ily hosszabb roham lefolyása a következ figyelmeztet, hogy az erős szívdobogás beállott; ilyenko igen erős, gyors szívütések tapinthatók, melyek egyes e oly szaporán következnek egymásra, hogy alig szám 140—160 között ingadoznak, észleltünk azonban 200-at m ütérlökést is; beteg elhalványul, erős tarkófájdalomról kodik, ütérlökés alig tapinthatóvá lesz, esetleg eszm elveszti, vagy ha ez nem áll be, néhány percz mul jelzi, hogy a szívdobogás megszünt, az arcz ismét kipirul dobogás tényleg hirtelen megszünt, az ütérlökés rendkívü miás s ismét bradycardiás jellegűvé lesz. Ezen rohamo böző intensitásban — az alig kifejezett szédüléstől a t méletlenségig — a klinikai tartózkodás alatt sürüen jele (4. ábra.)

Ezen esetben is, daczára a visszérlüktetés hiány szaporább pitvarösszehuzódásokra utalnak a szív felett közbeiktatott hangok, a melyeknek ütérlökés nem fel természetszerüleg a hallható hangok számából, továbbá sából kétségtelen következtetést vonni a pitvarműködés ságára és rythmusára nem szabad, mivel nem egyes pitvarösszehuzódás eredményez egyszersmind ha úgy, hogy feltételezhető, hogy ezen esetben a pitva száma a rendesnél nagyobb az ingerképzés szaporasága azaz pitvar-tachysystolia van jelen, a mely időnkint m kozik az észlelhető s változó tartamú tachycardiás ro ennek viszonyát a gyomrocssystolék kieséséhez s az ekk jött bradycardiához legélesebben világítják meg emlő szivén végzett ez irányú kisérleti tanulmányok. A pit huzódások számbeli megnövekedését követi a gyomroc felszaporodása is; mig a pitvarműködés élénksége nem solja a pitvar alatti szívizomrészletek reactióképesség minden pitvarsystole egyszersmind a gyomrocsok össz

kenysége között, akként, hogy az előbbi igen magas fokot ér el, avagy pedig, hogy nem minden pitvari inger vált ki gyomorcsösszehuzódást, akkor már csak minden második vagy harmadik stb. pitvar-systolét követ eredményes gyomorcssystole, s előáll ekként a bradycardiás szívműködés.

A mesterségesen előidézett pitvar-tachysystoliánál legkorábban a pitvar-gyomrocs határán levő izomgyűrü ingerlékenysége, illetve ingervezetőképessége szenvedett lényegesen, a gyomrocsizomzat többé-kevésbbé még megtartott ingerlékenysége mellett; éppen a vagus-izgalom az ingerátvezetődést a pitvarról a gyomrocsra rendkívül meglassíthatja, sőt teljesen fel is függesztheti a pitvar-systolék számának csökkentése nélkül, úgy, hogy a mesterséges vagusizgalom hatása alatt fellépő ütérlökésritkulás is ilyetén módon fejthető meg s *Reckzehnek* sikerült is intestinális megbetegedések, meningitis folyamán vagus-izgalom folytán beállott bradycardia eseteiben phlebogrammok segélyével a pitvarműködés szaporább voltát kétségtelenül beigazolni. Úgy, hogy esetünkben a bradycardia váltakozását tachycardiás rohamokkal, némiképpen ellentétesen *Wenkebach* felfogásával, ki ezen rohamokat sűrün, egymásután, csoportokban fellépő s közbeiktatott extrasystoléknak tulajdonítja, olyképpen fejthetnők meg, hogy a pitvari tachysystolia befolyása alatt a His-féle atrio-ventricularis izomgyűrü ingerlékenysége, valamint ingervezetőképessége lényegesen szenved, majd teljesen felfüggesztődik, mely körülménynek befolyása révén szabálytalan egymásutánban gyomrocssystolék esnek ki, ezen idő alatt az ingeráttevődés zavara megszünvén, ismét előáll a tachycardia paroxysmalis képe.

A magyar állami csecsemővédelem rendszeréről.

Irta: *Szana Sándor dr.*, a temesvári állami gyermekmenhely s gyermek-poliklinika igazgató-főorvosa.

A csecsemőkor közegészségügyének legfontosabb része a közellátásra szoruló csecsemők gondozása. Majdnem mindenütt azt tapasztaljuk, hogy a házasságon kívül született csecsemők halálozása kétszer, sőt háromszor nagyobb, mint a házasságban született csecsemőké. Kétségtelenül azért, mert amazok legnagyobb része közellátásra szorul. Hogy a közellátásra szoruló csecsemők kellő gondozása által egy város csecsemőhalálozása mennyire befolyásolható, azt Bécs példája mutatja legjobban. Bécsben ugyanis a törvénytelen és törvényes csecsemők halálozása majdnem egyforma (1901-ben 17·0 és 17·34%), vagy még az is előfordul, hogy a törvénytelen csecsemők halálozása csekélyebb mint a törvényeseké (1902-ben 18·44 és 18·09%). Bécs sajátságos viszonya e tekintetben úgy magyarázható, hogy a Bécs városában született törvénytelen csecsemőknek több mint a fele a szülőintézetekben születik és onnét a lelenczházba kerül, mely őket falura adja. Igy ezek nem halnak meg Bécsben. Ezen adatok legfényesebb bizonyítékai annak, hogy a csecsemőkor közegészségügyének egyik legfontosabb kérdése a közellátásra szoruló csecsemőkről való gondozás, mert ime, a közellátásra szoruló gyermekeknek Bécs városából való elvitele által már megszünt azon szégyenteljes állapot, hogy a törvénytelen csecsemők halálozása nagyobb, mint a törvényeseké.

De még ha e befolyás az összhalálozásra kimutatható nem volna, akkor is a társadalom egyik legnemesebb feladata volna ezen szerencsétlen gyermekek megmentése, kik határtalan szenvedések után lassú halállal kell hogy anyjuk ugynevezett »büneért« lakoljanak.

Hogy számszerint is képünk legyen, mily gyermektömegről van itt szó, felhozzuk, hogy Bécsben évente 7000 csecsemő, Párisban 3000 csecsemő kerül közellátásba, több mint 7000 csecsemő pedig anyjánál vagy rokonnál lesz támogatva, hogy közellátásba ne kerüljön. Budapesten 1903-ban 3000 csecsemő került az állami gyermekmenhely útján közellátásba.

Hogy a csecsemővédelem rendszere mily fontos és hány ezer csecsemő halálát okozhatja a helytelen vagy hiányzó csecsemővédelmi rendszer, azt a következő példából is láthatjuk: Berlinben városa évente hány ezer csecsemőnek tagadta meg kiknek egyszerüen létük folytán igényük lett volna a E számokból tehát kiolvasható, hogy hány ezer csec okozta Berlinben a közellátás hiánya.

Eddig a szakirodalomban a csecsemőknek közé felvételét illetőleg két rendszert ismertek.

Hangsúlyozom, hogy a közellátásba való felv különbségéről szólok, mert a csecsemők közellát ma a közegészségtan csak egy elvet ismer s ez minden el van fogadva.

Ez az elv oda irányul, hogy a csecsemőket j családokban kell gondozni s központi intézetre egyá abból a czélból van szükség, hogy abban súlyos betegs gyengeség esetén, s addig, míg nevelőszülőket talál hassuk őket.

A közellátásba való felvétele a csecsemőknek tebb rendszerben történik, úgymint a *germán* és a szerben.

A román államok és Ausztria, mondjuk tehát a katholikus államok lelenczházak alapítása által a gy vételét közellátásba rendkívül megkönnyitik. Ez hiba, mert ez által alkalmat adnak az anyának m csecsemőjétől, oly időben, mikor benne az anyai szere vagy csak csekély mértékben ébredt fel.

Tapasztalati tény ugyanis, melyet megfigyel alkalmunk van, hogy az anya ujdonszülöttét szives kevés fájdalommal adja oda, a pár hetes — általa gyermekétől azonban már semmi körülmények közt se inkább eltür mindent, lemond mindenről, csakhogy maradhasson. A román rendszer, mely a gyermeke alapíttatott, tehát telve van kegyetlenséggel s kemé gyermek ellen.

A román rendszer keménysége a gyermek irá abban rejlik, hogy a gyermek megfosztatik anyjától, től. Egyszer elvéve anyjától, nagyon csekélyek a hogy valamikor visszakerülhessen anyjához s csalá bályként állhat pedig még ezen körökben is, hogy az befolyása csak nagy nehezen pótolható.

Az egész rendszer alapgondolata volt a gyermel teni — s ennek daczára ma már bebizonyított tény, h rendszer következtében sok csecsemő hal meg. Mert alkalom, melylyel az anya gyermekén túladhat és hogy a lelenczházba adott gyermek amúgy is jól sok oly anyát ösztönöz arra, hogy gyermekét közellát a gyermeket tulajdonképen magánál tarthatná.

Már pedig kétségtelen és beható statisztikai van bizonyitva, hogy a csecsemők közellátása még kívüli halandósággal jár, oly halandósággal, mely maradt gyermekek halandóságát erősen felülmulja. A tehát ez: Az az anya, ki némi akarattal gyermekét hatná és a természetes családi körben nevelhetné, a szer alapján a közellátásba való kényelmes felvételné gyermekén oly időben, melyben gyermekét még meg Ez által a gyermek rosszabb életfeltételek s kisebb esélyek közé jut és így sok csecsemő tisztán csak a vételi rendszer következtében hal meg.

A román rendszer tehát tulajdonképen csak a meg és fölösleges módon növeli a közellátásba kerül számát, daczára annak, hogy a csecsemők közellátás még nagy halandósággal jár.

Még több hiánya van azonban a közellátásba nek a germán rendszernél. Míg a román rendszer nagy a germán rendszer nagyon kevés gyermeket vesz fel.

Ama körülménybe, hogy kevés a közellátá száma, még bele lehetne nyugodni. De hogy mi törté kik felvéve nem lesznek, könnyen kitalálható, ha tekintjuk azt az 1400 csecsemőt, kiket Berlin városa évben felvett.

Finkelstein egy tabellában összeállította ezen f mők eredeti súlyát, ugyanezt tettem én is a vezetés

csecsemők súlyát és ezen tabellában lekszik a csecsemőknek a germán rendszer szerint a közellátásba való felvétele feletti egész itélet.

Mig nálunk a fiatal csecsemők $^3/_4$-e normális súlylyal lesz felvéve, addig Berlinben csak a csecsemők $^1/_3$-a vétetett fel megközelitő normális sulylyal.

Látjuk tehát, hogy a germán rendszer szerint nemcsak hallatlan kevés gyermeket vesznek fel, hanem hogy ezen gyermekek a nehéz felvételi feltételek és a felvételi folyamat hosszú tartama folytán oly csekély súlylyal vétetnek fel, hogy a csecsemők megmentése majdnem lehetetlenné lesz. Mert hogy a felvételi súly a gyermek életének további sorsára mérvadó, azt a mi anyagunkból bizonyíthattam, a mennyiben a felvételi átlagnál könnyebb gyermekek közül kétszer oly sok hal el, mint a felvételi átlagsúlynál nagyobb súlylyal felvett csecsemők között.

Gondoljuk meg azonban, hogyha azok, kik a hosszú felvételi folyamatot átélni és a felvételt elérni tudták, ily felvételi súlylyal vétettek fel, mi történt a csecsemők azon ezreivel, kik ezen hosszú felvételi folyamatot átélni, a felvételi módozat végét megvárni nem tudták.

A halálesetek nagy serege mérhetetlen mennyisége a fájdalomnak és kínnak anya és csecsemő számára egyaránt!

Ha a dolgot tehát összefoglaljuk, úgy azt látjuk, hogy míg a román rendszer alkalmat ad az anyának minden további ellenszolgálat nélkül túladni gyermekén, addig a germán rendszer a közellátásba való felvétel megnehezítése által még a tényleg szükölködő csecsemőknek is lehetetlenné teszi a közellátásba való kerülést. A legtöbben nem élnek addig, mig felvétetnek, de ha mégis elérik, akkor oly állapotban kerülnek a felvételhez, mely a gyermek megmentését kétségessé teszi.

A magyar csecsemővédő-rendszer mindenek előtt elfogadja a germán országok szigoruan ethikai ama álláspontját, hogy a csecsemőért — legyen az törvényes vagy törvénytelen — első sorban az apa vagy az anya köteles gondoskodni. Azután a nagyszülők kötelezendők az eltartásra és csak ha nem akadnak jótékonysági egyletek és intézetek, melyek a gyermeket gondozzák, csak akkor háramlik az államra eme kötelesség. Az ethikai és erkölcsi alap eszerint nálunk ép oly szigorú mint Németországban. Itt azonban feltünik az alapvető különbség: A szülészeti kórházból elbocsátott anyának, kinek helyzete Németországban kétségbeejtő, a szegény férjes asszonynak, kinek férje meghalt és ki csecsemőjével, sőt gyakran egy egész gyermekrajjal vagyontalanul marad vissza, a férjnek, kinek felesége a gyermekágyban elhalálozott és kire a gyámoltalan csecsemő eltartásának gondja háramlik, mely feladatnak semmiképen sem tud megfelelni: mindezek gyermekeit nálunk a szülők jegyzőkönyvbe foglalt adatai alapján *azonnal fölveszik az állami gyermekmenhelybe, s a szigorú hivatalos vizsgálatokat csak utólagosan ejtik meg.*

Ebben rejlik a kérdés megoldása! Ez a Kolumbus tojása!

A hatóság kutassa az összes viszonyokat, vajjon a gyermek tényleg rászorul-e a nyilvános gondozásra; de mindez csak a gyermek fölvétele után történjék, mikor már gondoskodva van róla.

Eszerint a magyar gyermekvédelmi rendszer alapvető különbsége a román vagy germán rendszerrel szemben abban rejlik, hogy szabályzatunk első szakasza kimondja: Az állami ellátásba mindama 15 éven aluli gyermekek felveendők, kikről az erre kötelezettek avagy jóltevők és rokonok nem gondoskodhatnak, míg a 11. szakasz megállapítja, hogy mindazon esetekben, midőn a hatósági határozatra való várásból a gyermek számára előreláthatólag veszély keletkezik, a fölvétel ideiglenesen nyomban eszközlendő és a hivatalos vizsgálatok csak azután következnek.

Tagadhatlan tapasztalati tény, hogy a csecsemők könnyelmű elhelyezését állami gondozásba igen sok esetben már az megakadályozza, hogy azt ilyen vizsgálat követi és tényleg az utólagos vizsgálat csak egy csekély töredéknél talál eltartásra köteles rokonokat, míg ellenben számos esetben az anya, apa vagy nagyszülők kötelezhetnek részleges hozzájárulásra. Hogy a magyar rendszer nem csábít a csecsemők korai elhelyezésére, abban leli bizonyítékát, hogy míg Bécsben és Párisban a csecsemők túlnyomó része egy hónapnál fiatalabb korban talál fölvételt, addig mi a csak tol.

A magyar gyermekvédelmi rendszer második erőssé rejlik, hogy nálunk az *állam* vette kezébe a csecsemők v Nézetem szerint világos, hogy ezen kérdést csakis az ál hatja meg.

A községek az ő különféle fölfogásaikkal és különböz helyzetükkel erre képtelenek, hiszen még Németországba esett, hogy egy kisközség, melyre egy csecsemő ellátásán lessége hárult, nyilvános árlejtésen a legkevesebbet kérő oda közellátásba került gyermeket. A végtelen és kel illetékességi kérdések az állami ellátásnál természetesen

Hogy az országos szervezkedés tényleg még Németo is szükséges, következtethető abból, hogy a Deutsche für Armenpflege maga kérelmezte a dajkaságba ado mekek ápolásának szabályozását országos törvénynyel.

A magyar csecsemővédelmi rendszer harmadik — és alapvető — sajátossága abban rejlik, hogy a csecsemőt körülmények között anyjánál hagyjuk, ha csak némileg ennek a lehetősége; meg kell azonban jegyeznem, hogy nincs a szabályzatban, és inkább csak a gyakorlatban az ki ily tökéletes módon.

Mi minden körülmények között követeljük, hogy jelenjen meg csecsemőjével, ha csak az elhagyottság rejlik éppen az anya halálában vagy az elválasztást előidé ségében. Ha ez esetek egyike fenn nem forog, követelji legalább rövid időre az anya csecsemőjével együtt mar intézetünkben. Itt köteles a gyermekét szoptatni és az as nak csak igen csekély töredéke — alig egy százalék — ké szoptatásra, habár sokszor nem kizárólagos szoptatásra.

Mi minden egyes anyával tárgyalunk csecsemőjének sorsa felett.

Nálunk már egy egész séma fejlődött ki, hogy ily nyokat miként birjunk a tovább szoptatásra. Ecsetelj szép módon fogunk gyermekéről gondoskodni felnőttéi mutatjuk nekik a különbséget az anya által szoptatott és által vagy mesterségesen táplált gyermekek között.

Ismételten hangsúlyozom, és ebben nagy jelentőséget hogy az anya ugyan szivesen odaadja újszülöttjét va néhány napos csecsemőjét, de kelletlenül és nehezen vá gyermekétől, melyet már néhány hétig szoptatott. Néh szoptatásra pedig rendesen arra való utalással birjuk, munkára még gyönge.

Ha beleegyezett abba, hogy gyermekét még néhá szoptatja, akkor a gyermeket anyjával közösen kiadjuk fa ügyelet alatt álló nevelőszülőkhöz, telepre.

Gyakran, sokkal gyakrabban, semhogy hinnők, a nagyszülők, tehát az úgynevezett bukott anya szülei, a má felnőtt gyermek láttára meglágyulnak és hajlandók a tartásdíj fejében gyermeküket és unokájukat együtt m venni ellátásra.

Azonban a csecsemővédelem magyar rendszere lépéssel tovább is megy és az állami gyermekmenhely kö fölveszi ama, legtöbb esetben házas szegény anyáka házonkívüli kereseti munkából élnek, ha kötelezik magul foglalkozásról néhány hónapig lemondani és gyermekük tatni.

Látjuk tehát, hogy a magyar rendszer nemcsak laká anyák csecsemőiről, hanem amaz anyák nagy osztályá részéről is gondoskodik, kik házonkívüli kereseti munkáb

Természetesen, sajna, csak azon keresetképes as vehetik igénybe emez állami szoptatási jutalmakat, kikn kája többhavi megszakítást megenged, tehát az építési dolgozó egyszerű napszámosnők, míg a gyári munkásn kivételesen vehetik igénybe ezen kedvezményt.

Temesvárott már most is elértük, hogy csecsemőin belül háromnegyed részét hagyhatjuk anyjuknál. Az any nálunk gondozásba kerülők nagyobbára olyanok, ki máskép tényleg lehetetlen volt, vagyis kiknek anyja elh betegség vagy latbaveendő társadalmi és gazdasági a által akadályoztatott ebben.

szoptatónőkhöz kerülnek gondozásba, kik saját, legalább hat, legtöbbnyire 8—9 hónapos gyermeküket elválasztották.

Itt jelentést tehetek az eredményekről is. Az általunk ápolt csecsemők halálozása a szaporodásra számítva 20% a $20^1/_4$%-os országos halálozás mellett. Ha a halálozási táblát a csecsemők fölvételi korának és a tényleges gondozási napok pontos számának tekintetbevételével készítjük, akkor nálunk száz, az elsőtől a 365-ig életnapig megfigyelt csecsemő közül 70 éri el első életévét, míg Berlin nyilvános csecsemőgondozásánál száz ilyen csecsemő közt csak 54 éri el első életévét.

Hogy jó eredményeink főoka abban rejlik, hogy nekünk sikerül a csecsemők nagy része számára megmenteni az anyai mellet, az kétségtelen.

De megvan erre a számbeli bizonyítékunk is. Mert ha csecsemőanyagunkat aszerint csoportosítjuk, vajjon a csecsemőt anyjánál hagyjuk-e, vagy anyjával közösen telepre küldjük (Szalárdi rendszere), vagy pedig a csecsemőt anyja nélkül kiadjuk a szoptató nevelőanyához, nyomban észrevehetjük azt a meglepő, egyenesen bámulatba ejtő eredményt, hogy a nevelőanyák, tehát a dajkák által szoptatott csecsemők közt háromszor annyi hal meg, mint az anyjuknál hagyottak közt és hogy az anyjukkal együtt falura kiadott csecsemők halálozási aránya még mindig kétszer oly nagy, mint azoké, kik anyjuk otthonában hagyattak. A saját anyjuknál szoptatási segély mellett meghagyott csecsemőknél a halálozás az első életév végéig 7·3-at tesz ki 100 gondozottra; ha az anya a csecsemővel együtt kerül családi ápolásba, 15·5%. Az idegen nevelőanyák, tehát dajkák által szoptatott csecsemők halálozása pedig 37·6 száz gondozott közül.

Megvan tehát az érdekes statisztikai bizonyítékunk, hogy még ha az anya a legnyomorubb viszonyok közt van is, a gyermeknek meghagyása a saját anyjánál előnyösebb, mint minden más, még legfényesebb gondozás is, előnyösebb még, mint a jó viszonyok közt levő dajka általi szoptatás.

Vizsgálataim kiderítették azt is, hogy még a második és harmadik évben is az idegen nevelőanyák által szoptatott gyermekek halálozási aránya tetemesen nagyobb. Ezen különbség csak a negyedik évben tünik el.

A testsúly pontos mérésével a temesvári állami gyermekmenhelyben megállapítottuk továbbá, hogy eme gyermekek testi fejlődésében is léteznek nagy különbségek. Az anyánál hagyott gyermeknek súlya — még a második életévben is — tetemesen nagyobb, mint ama gyermeké, mely anyjával együtt adatott ápolószülőkhöz és ez utóbbi testsúlya ismét tetemesen nagyobb, mint azon gyermeké, mely anyja nélkül került az ápolószülőkhöz.

Mély szomorusággal kell konstatálnom, hogy az anyja nélkül nevelőszülőkhöz kiadott gyermek nálunk a leggondosabb ellenőrzés daczára sem mutat fel jobb testi fejlődést, mint a minő a csak ezen korban felvett gyermekek súlya.

De annak, hogy a csecsemőt az anyánál meghagyjuk, még egy harmadik előnye is van, és ez abban rejlik, hogy az ilyen gyermekek sokkal gyakrabban vétetnek vissza az intézet kötelékéből a saját családi gondozásba, mint az anyjuktól elválasztott gyermekek. Hiszen ez természetes is. De mégis örvendetes, hogy intézetünkben erre a számbeli bizonyítékot is meg tudtuk állapítani. Még a második és harmadik életévben is gyakrabban követeltetnek vissza az olyan gyermekek, kiket saját anyjuk szoptatott.

Igaz, hogy a német szegényápolás is nyujt pénzsegélyt szegény szoptatóanyáknak, de rá kell utalni ama lényeges különbségre, hogy az anyát vagy — mint nálunk — a gyermeket segélyezik-e. A németek az anyának nyujtják a segélyt, ki avval saját létföltételeit törekszik kedvezőbbé alakítani. Mi a szoptatást jutalmazzuk és az anya, valamint a gyermek súlyszaporodásának pontos fölülvizsgálása által meggyőződünk arról, hogy a gyermek tényleg szoptatva lesz. Berlin legújabban négy, a község által a csecsemők védelmére létesített intézetében most hasonló eljárást követ.

A csecsemővédelem ügyének sikere azonos a kizárólagos szoptatás vagy legalább az észszerű s nem épen etetéssel kapcsolatos szoptatás terjesztésével. Nálunk Magyarországban igen csekély a mesterségesen táplált csecsemők száma és ha mégis oly kásában kell keresnünk, hogy a csecsemőket tünk
A második hónaptól kezdve az anyatej mellett mi
tanak a csecsemőnek és mindennapi dolog, hogy egy
csecsemő az asztalnál minden ételből kap és hog
éjjelre még szoptatják is. És hogy ennek daczára
nálunk nem nagyobb, sőt kisebb mint Bajorországg
országban vagy a Németbirodalomban általában,
bizonyítékát képezi annak, hogy az anyamell sok ott
tehet ismét jóvá.

Természetesen alaposan kioktatjuk a nálunk
segélyt nyerő anyát és a gyermek körül elkövete
lyebb hibánál a szoptatási segély elvonásával fenyege

Az összes anyáknál folytatjuk ez oktatást és tel
kozom Finkelstein dr.-hoz, ki az így jól fizetett és
propagandában hatalmas taneszközt lát a természe
terjesztésére.

A csecsemővédelem ezen feladatainak a ma
az országban szétszórt 18 állami gyermekmenhely utj

A menhelyek modern hygienikus épületek é
beteg csecsemők ápolására a legtökéletesebben
Mivel az állami gyermekmenhelybe való fölvétel okáu
oly betegsége is tekintetik a hatóságok által, mely b
zeti ápolást — tehát dajkatejet, szorgosan kész
lékot, bélmosásokat stb. igényel, úgy az országban a
mint 18 csecsemőkórház is működhetik.

Természetesen az ily csecsemők azonnal vi
anyjuknak, a mint az intézeti ápolás szükségessége
vagyis a mint felgyógyultak.

A magyar és a franczia gyermekvédelmi rendsz
különbsége abban rejlik, hogy mi az anya és a gyerm
köteléket továbbra is ápoljuk és az együvétartozás érz
jük. Evvel ellentétben a franczia gyermekvédelem
anyától minden fölvilágosítást gyermeke felől, kivéve
gyermek életben van-e még. A francziák megnehezítil
visszaadását az anyának, mi ellenben megkönnyítjük
a gyermekek több mind egy negyedét ismét visszaadj
nek. Meg kell itt azonban jegyeznem, hogy még nem a
végleges itéletet a felől, vajjon ezen pontban mi vagy
cselekszünk-e helyesebben.

Mindezek alapján állíthatjuk, hogy a magyar álla
védelmi rendszere az összes kulturnemzetek ily irány
között első helyen áll.

Hogy a rendszer által elért eredmények is
legyenek, ahhoz a kivitellel megbizott orvosi kar o
kálkodása s egyes részletek gondos kiépítése les

Alapos a remény, hogy mindez meg fog törté
Magyarország közegészségügyének ezen fontos része
neti vezérszerepre jut.

A conservativ sebészet határai.

A gépgyárak sebészeti rendelő-intézetéből közli: *Ihrig*

Ebbe az 50 esztendőbe esik bele a sebkezelés
dalma. Évszázadok tapasztalata dőlt romba és a
elméletekből kő kövön nem maradt.

A hatvanas években még sötétség ül az elméke
forrongás megindul bennük és valami világosságtól fo
A szerves méreg és az elemi sejtélet szerepe kezd kibo
aetiologiában. Semmelweis meggyőződésében ölt e
először leghatározottabb formát a gyermekágyi láz
bizonyságaiból. A sebgyógyulás veszedelmei közt
föl szerepét és már 1867-ben a levegő csiráit teszi fel
genyedésért, carbolsavval pusztítja őket és meste
távoltartja a sebtől, mignem 1873-ban sebfertőzési el
rendszerét rakja le. Megszületett a sepsis fogalma és
sises sebkezelés.

És észrevétlenül született meg. Az orvostudom
szakának ez a határjelzője nem hagy nyomot a közér

Az egykorú »Orvosi Hetilap« e lassú evolutiónal

kösödés, orbáncz, visszérlob, genyvér, és derme« a gyakori halálok, melynek eredetét »homály fedi« és »égalji meg faji különbségek« játszanak benne szerepet.

1867. évfolyam hasonló congressusi beszámolóban hozza Barbosa lissaboni kórházának »előnyös« műtéti statisztikáját, mely szerint csonkítás 24·21%, czombcsonkítás 48·8%, hólyagmetszés 34%, kizárt-sérvmütét 60% halálozást mutat.

Az 1869. év egyik érdekes közlése Béchamp elmélete a bacteriumok keletkezéséről, mint a melyeket növények és állatok szemcsés részeiből származtat. Sőt szerinte beoltás is csak szemcsék keletkezését indítja meg és nem szaporodáshoz vezet.

Az 1870. év gyakorlati adatot hoz a berlini barakkok működéséről a hadi sebesültek ellátásában. Itt jelenik meg először a Lister carbolsava bő alkalmazásban és a referens ennek tulajdonítja, hogy a sebekben »pondrókat« nem látott, mint az 1859. és 1866. hadjáratokban.

1872-ben Balogh Kálmán beszámol a »sepsin« nevű halálos szervesméregről, melyet Bergmann közleményének (Das putride Gift etc.) befolyása alatt rothadó anyagból állított elő.

1873-ban Lumniczer Lister-kötés alatt kezelt rekeszsérülést mutat be az Orvosegyesületben. De ugyanez évben ugyanő a gépmunkások sérüléseinél nyujtandó segély (és felszerelés) szabályai közt vérző sebre ujjnyomás mellett szivacs, tépés vagy gyolcsrongy alkalmazását ajánlja.

Végre az 1874. évfolyam *Billroth* »Coccobacteria septica«-ról szóló hatalmas müvének bő ismertetését közli és vele új irányt nyit vizsgálatnak és gyakorlatnak. Góth Manó kolozsvári tanársegéd czikke pedig »A gyermekágyi láz és orbáncz közötti összefüggésről« már helyes érzékkel kifejtett sebfertőzési felfogás. De a megtermékenyült elmékből felburjánzó bacteriologia még töménytelen gazt termel és csak évtizedek verejtékes — de hivalkodó — munkája tisztította meg a fogalmakat. És még mindig tömérdek sallang és elmélet homályosítja el a szimpla valóságot.

Természetes, hogy a művi beavatkozás technikája az uralkodó elméletnek viseli képét. Azért érthető az olyan tétel, hogy ujjal kell puhatolni a sebet, leszorítani a vérző eret, mert műszer használata veszedelmes; hogy szálkás törésnél csontszilánkot a genyedés szakában kell eltávolítani, mert a genyedés a gyógyuláshoz szükséges stb. De súlyos tévedes volna, ha e korszak művi képességeit lesajnálnók, mert a technika nagymestereinek (Dupuytren, Lisfranc, Pirogoff, Balassa és nagyrészben Langenbeck) működése az antisepsis előtti korban aratta bámulatos sikereit. Jeléül annak, hogy a sebgyógyulásnak a fertőzés kizárásán kívül még egy másik factora is van, a melynek ezek művészei voltak: a *szövetkimélés*.

Lister ismeri fel a szerves csirát, mint a sebgyógyulás mérgét és az összes sebfertőzési betegségek okát. Ennek a szerves méregnek az ártalmatlanná tevése merítette ki azontul a sebkezelés összes igyekezetét a mai napig. És nem csupán eszközei változtak ezen elv megvalósulásának, hanem maga az elv is módosult.

Eredetileg az volt a czélja, hogy a sebben tegye ártalmatlanná a fertőzést: ez az intravulnaer antisepsis és a carbolsav korszaka. Később az extravulnaer antisepsis a sebbel érintkező tárgyak és kezek előkészitésében merült ki: ez az asepsis iskolája.

Ma ott tartunk a sebfertőzés prophylaxisában, a mit a sebkezelés hygienejének lehetne nevezni; iparkodunk olyan körülmények között operálni, hogy ne legyen csira, a mi ellen védekezni szükséges. Sőt a technika tökéletesedése öntudatlanul kiküszöbölte a fertőzés megeredésének másik componensét: nem hagy sérült szövetet, a min fertőzés megeredjen. Mindamellett a sebkezelés uralkodó tanának cardinalis hibája, hogy a fertőzés réme még mindig annyira leköti figyelmét, hogy a szövetkimélés biologiai elve nem jut benne illetékes jogához.

Mióta a sebészet czéltudatosan vette fel a küzdelmet a sebfertőzés ellen, nemcsak a koczkázat megbizható itéletével dolgozik, de beláthatatlanra tágultak működésének határai.

Az a kérdés, *radicálisabb lett-e vagy conservativebb a sebészek működése?* Ha a beavatkozás mérete ennek a mértéke; ha meggondoljuk, hogy az asepsis védelme izületet, hasüreget, tüdőt hozzáférhetővé tett, sőt hogy a sebészetnek csak a physiologiai meg a kérdést, hogy a sebészvirtuozitás az asepsis jegyében tömérdek életet mentett meg és mennyi területet hódit el lépésre az infaust pathologia birodalmából: akkor ez ékes nyitéka a sebészet conservativ igyekezetének.

A kérdésnek olyan feltevése, mely a fogalmakat sz állítja, tehát nem is jogosult. Mert minden sebészeti beava radicális azért, hogy vért ont, és conservativ azért, hogy gy

A conservativ kezelés alapelve ősidők óta nem vál *Mindent meg kell menteni, a mi és a meddig használható.* határok tágultak, melyek között élet vagy szerv menthet

Balassa, a legnagyobb magyar sebész, appendi pusztult bele, e fajta bajnak és megoldási módjának is nélkül. Ma ezerszámra kerül évente kés alá és 5—6% mortal radicális gyógyulást ad. (*Payr* 1902-ben korai műtételné exspectativ eljárás mellett 12% halálozásról számol be. f. klin. Chir. *Roux* meg éppen 3% mortalitással operált 670 Chirurgencongress 1902.) Ha pedig az 50 év előtt gyakoro tétek statisztikáját összevetjük a maival, akkor a megdő halálozási arány leapadását látjuk a százalék töredékeire. (*A* a Gussenbauer-klinikáról hólyagmetszések statisztikáját mortalitással közli. 1903. Centralbl. f. d. Krankh. d. H. u. S *Stiles* radical-herniotomiánál 1.4%, Lancet 1904; *Lessing* sérvek művi megoldásánál 165 eset közül 18%, Deutsch schrift f. Chir.; sőt *Schnitzler* szabad herniánál ½—1/5% mortalitást mutat ki.) Világos, hogy az indicatió nyomon a sikert és az eredményhez igazodik.

Ma a művi beavatkozás veszteség-koczkázata e problémáival szemben, a hogy a fertőzés forrásait mindi sikerül kizárni a sebkezelésből. Ötven év előtt a képesség s korlátot a sebészetnek, ma kizárólag a *czélszerűség* illetékes a megoldás határait kitüzze.

Elég szabatos ez az elhatárolás? Vajjon a czélsz keretei között mozog minden gastrektomia, Gasser-dúcz tüdőresectió és sok egyéb, nagy koczkázattal és kétes sikerr vérengzés?

Nem túloz itt a radicalismus?

És ugyan nem túloz még többször a conservativ mikor beteg szerveket, tagokat ment meg a beteg örök nyo ságára? Avagy nem ilyen számos — dicsőséggel megment méh, vese, végtag vagy éppen ezeknek ujjai? A mi korunk motivuma a szabad verseny és ez a kalmárelv a sebész ráütötte bélyegét. A statisztika vagy — magyarán szól a kirakat számára dolgozunk. A bravour számtalanszor szökik a józan észszel.

Induljunk el néhány példán, *hol találjuk meg a conser musban a czélszerüség határait?*

Ujjsérüléseket választottam e czélra, mert anyagon gazdag választékban nyujt, és azért, mert ezek tanulsága v Olyan eseteket válogattam ki, melyek a bőrsebzés melle csont- és izületsérüléssel járnak, tehát egyesitik mindaz feltételeket, melyek a multban csonkítás indicatióit adták merevséggel gyógyultak.

Álljon itt az esetek vázlatos ismertetése.

1. H. J. 33 éves, napszámos. Daru kapta el a kezét. madik ujj körömperczének interphalangealis, izületbe hatol törése; lágyrészek összetépve. A negyedik ujj körömpercze a 2. percz fejecséig csonkítva. Éles elhatárolás az életké határáig; 3. ujjon körömperczalap resectiója; varrás, lágy Sima lefolyás; zavartalan működés.

2. S. A. 32 éves kazánkovács. Fogaskerékbe került a 4. ujj tenyéren az első perczig végigszakítva, körömpercz törése; ínroncsolás; interphalangealis izületek nyitvák. A csonkítva. Éles elhatárolás az épig; varrás; lágy vérrög. reunio; szabatos működés.

3. Sch. A. 46 éves gyári munkás. Korongok közé került A 2., 3. és 4. ujj tenyéri oldalának egész hosszán lefutó, a inakat lecsupaszító, czafatos, zúzott sebek. A 4. ujj köröm pozdorjásan törött. A 2. ujj első interphalangealis izülete Éles elhatárolás az épig; varrás. Prima reunio; szabatos mű

csoló szennyes, kormos, zúzott seb. Többi ujjon zúzott bőrsebek. Éles elhatárolás épig ; invarrás ; bőrvarrás ; lágy vérrög. Asept. gyógyulás ; szabad működés.

5. Sch. J. 40 éves asztalos. Gyalugépbe került a keze. A 4. ujjának többszörösen szakított sebje ; bőr a csontalapról lehántva ; interphalang. izületek nyitvák, az izvégek roncsoltak. Éles elhatárolás épig ; varrás, lágy vérrög. Asept. gyógyulás ; szabad működés.

6. St. L. 19 éves asztalos. Fenőkorong kapta el a kezét. A kisujj a'apjának kézháti oldalán babnagyságú, szennyes alapú anyaghiány ; metacarpo-phalangealis izület nyitva, a feszítő in 1½ cm. hosszuságban roncsolva. Éles elhatárolás épig, az in peripheriás csonkjának bevarrása a 4. ujj feszítő inához ; bőrvarrás. Prima reoniu. Kifogástalan működés.

Az esteknek e csoportja kifogástalan functionális eredménynyel gyógyult és azt a tanulságot nyujtja, hogy a sérülésnek sem terjedelme, sem sulyossága nem contraindicatiója a conserválásnak, ha az élettani működés feltételei beállíthatók. Ha a conservativismus határát illetőleg ennek a tanulságnak tagadó is a fogalmazása, mégis benne van a feltétele, mert az élettani működéshez köti.

Van ennek a kérdésnek másik oldala is ?

a) H. Gy. 28 éves asztalos. Köszörűkő kapta meg a kezét. A kisujj 1—2. percze baloldalán hosszanti, 4 cm. hosszú, perczizületbe hatoló köszörült (tehát szakított-égett) seb ; feszítő in roncsolva ; a 2. percz alapja lencsényi terjedelemben kiköszörülve. Éles elhatárolás épig (?) ; varrás. Genyes inhüvelylob ; Bier-féle hyperaemiás kezelés. Ankylosis az interphalang. izületben.

b) K. M. 37 éves napszámos. Lánczkapocs vágódott neki. 3. és 4. ujja első perczeinek hajlító oldalán inig hatoló roncsolt sebek. Az 5. ujj bőre az 1. és 2. perczalapról roncsoltan felszakgatva ; hajlító in roncsolt ; a 2. percz nyilt törése. Éles elhatárolás ; varrás ; lágy vérrög ; 5. ujjon sikertelen ; genyedés, sarjadzás, ankylosis.

c) V. J. 28 éves lakatos. Vasgerenda és lánczkapocs közé került a keze. A 4. ujj első perczének és interphalang. izületének bőre három bőrsebből kiindulólag a csontalapról lehántva ; az izület megnyitva. Éles elhatárolás ; varrás. Bőr prima ; az izület felől sipoly. Genyedés, sarjadzás ; ankylosis.

d) T. M. 45 éves napszámos. Beton lemez esett a kezére. A kisujj első percze hátán végig, csontig ható, roncsolt szélű zúzott seb ; interphalang. izület nyitva. Éles elhatárolás ; iztok- és bőrvarrás. Bőr prima ; izületi sipoly. Genyedés, sarjadzás ; szálagos ankylosis.

e) Sz. Pál 24 éves kovács. Vas ugrott az ujjába, melyet másutt távolítottak el. A mutatóujj 1. interphalang. izületébe hatoló szakított seb. Varrás. Genyed ; ankylosis.

f) O. J. 34 éves gyári munkás. Nagy kalapács alá került. A b. mutatóujj első percze tenyéri oldalán inat roncsoló szennyes, zúzott seb ; percz többszörösen törött, izület nyitva. Éles elhatárolás, varrás. Inhüvelylob ; Bier-féle hyperaemiás kezelés ; ankylosis.

Az esetek ezen második sorozatában a sérülés nem sulyosabb az első sorozaténál, ellátásuk sem elvben, sem figyelemben nem tér el amazokétól ; mégis meghiusult functionális eredmény.

Miért ?

A conserválás czélzata feltétlenül jogosult a megoldás conceptusa nem hibás, csak az életképesség elhatárolása kétes.

A szövetvitalitás és sebfertőzés erőviszonyai döntik el a sebgyógyulás sorsát. A míg ezeknek nincs mértéke — a mint hogy nem is lehet —, addig a sérülések gyógyulásában sebfertőzési complicatiók lehetőségét nyitva kell tartani.

Conservativ kezelés tehát akkor jogosult, *ha az élettani működés feltételei szövetileg is beállíthatók.* Igaz, hogy ez csak elméleti értékű feltétel, de legalább világossá teszi azt a feladatot, hogy a szövetvitalitást állítsuk be a conservativ sebészeti megoldás focusába.

Vajjon tehát felelőssé tehető-e a conservativ kezelés functionális balsikerért ? Az esetek eme második sorozatában nem, mert az élettani működés physikai feltételei megvoltak, a szövetieknek pedig nincsen mértékük.

Van azonban eset, a melyben felelőssé tehető.

lebenyen csüng. Éles elhatárolás ; centrálie csonk k
pheriás részlet resectiója ; bőrsapka visszahelyezése
prima ; sipoly ; hosszas genyedés. Gyógyulás után
hasznavehetetlenül fityeg és nyomásra fájdalmas.

A körömpercz teljes eltávolítása ez esetben h
alatt sokkal hasznavehetőbb csonkot adott volna.

II. D. J. 30 éves asztalos. Gyalugép szelte
ujját. Az ujjvég tenyéri fele a 2. percz közepétől kez
val és körömpercz csücskével együtt lehasítva ;
izület tenyéri fele hiányzik. Lágy vérrög alá kisérlet
gyógyulás ; ankylosis. Élettelen ; hasznavehetetlen
ben akadály.

A 2. percz csonkítása kézháti lebenynyel negyed
kifogástalanul hasznavehető csonkot adott voln

III. N. L. 50 éves asztalos. Körfürészbe került
és 5. ujj tenyéri oldala roncsolt, hajlító inak t
interphalang. izületek nyitottak, illetőleg a 4. ujj a
ulnaris oldal hijján kitépve. Éles elhatárolás ; in-
lágy vérrög. 4. ujjon sipoly, per secundam ankylos
A merev ujj munkában oly mértékű akadály, hogy
csonkítása válik szükségessé.

IV. D. Gy. 36 éves gyári munkás. Fogasker
kezét. A hüvelyk alapjáról letépve radiális széli bőrle
a tenyér mélyén a mutató-ujj hosszú hajlító ina elté
lágyrészek. Mentők által kórházba szállítva, ott
mely a hüvelyk visszahelyezéséből és varrásból állot
kisérletképen. 8 nap mulva letapadt hüvelykkel,
helyén tiszta sarjadzásokkal kapom a beteget.

Gyógyulás után a hüvelyk metacarpo-phalan
ankylotizálva teljesen hasznavehetetlen, a mutató-uj
interphalang. izületben mozgatható korlátoltan.

Az esetek ezen harmadik sorozatában a conse
hibáit látjuk, mert a kisérlet indokolatlan, miután
siker physikai képtelenség. Iztok nélkül nincsen izü
tonosságának megakadásával kiesik az izommüködé
meklések a conservativismus szertelenségei és m
mert beállításukban benne van a működésképtele
Ennek a hibának pedig a sebészet-technikai szempont
egy sokkal súlyosabb beszámítás alá eső vonatkozása
ujj nem csupán hasznavehetetlen, hanem a kéz min
nek akadálya, következésképen munkája értékét és a
séget leszállítja. Ez pedig nemcsak az egyén, hanen
sági érdek megkárosítása is, mert ez a részleges
nemcsak netto veszteség munkaerőben, de azonfel
ingyenélőket és szoczialista mártirokat.

Az elmondottak bizonysága szerint a conserv
határai ott vannak, a hol épig ható elhatárolás uta
működés feltételei visszaállíthatók. És ez a tétel ner
lésekre érvényes, a melyeknek tanulságai igazolják,
nos értékű. Azért a conservativ sebészet alapfel
kiküszöbölésén felül a hasznavehetőség biztosítása

A folia betulae albae húgyhajtó hatá

Irta : *Márer József dr.* Nógrádvármegye tb. főorvosa

Egy az orvosi közönség előtt egyáltalában n
ismert diureticumról, a folia betulae albae-ról és
tapasztalat alapján elért eredményekről óhajtok né
eset rövid ismertetése mellett beszámolni.

A folia betulae albae, a fehér nyirfa level
hatását először Winternitz ismertette a »Blätter
Hydrotherapie« 1897. évi 1. számában, elmondv
poseni grófnő, ki kaltleutengebeni hidegvízgyógy
kereste, ajánlotta figyelmébe e szert ; a grófnő á
e szer használata folytán, melyet neki tiszttartója
óta fennálló, nagyfokú hydropssal összekötött neph
ellen a legtekintélyesebb kül- és belföldi tanárok
legkülönbözőbb gyógymódokat eredménytelenül ha
idő alatt teljesen megszabadult. A folia betulaet m

ményekről következőképpen számol be : »Die Wirkung des Birkenblätterthees ist eine *mächtig diuretische;* schon 24 Stunden nach der ersten Einnahme des Mittels beginnt die Diurese zuzunehmen, ohne dass andere unangenehme Erscheinungen zu beobachten wären. Namentlich beachtenswerth ist, dass die Functionssteigerung der Nieren eintritt, ohne dass sich irgendwelche Reizerscheinungen von Seiten des Nierenparenchymes auffällig machten stb.« Ugy látszik azonban, hogy e közlemény a gyakorló-orvosok legnagyobb részének figyelmét teljesen kikerülte, mit mi sem bizonyít jobban, mint hogy Nothnagel Hermann egy csak nehány hónappal halála előtt a hydropsiáról s annak kezeléséről tartott klinikai előadásában e szerről csak úgy mellékesen emlékezve meg, szó szerint ezeket mondotta : »Es besteht eine gewisse Mode, heutezutage folia betulae als Diureticum zu verordnen, ich selbst habe über das Mittel keinerlei persönliche Erfahrung.«

Én részemről, mióta egy alább kissé bővebben ismertetendő esetben Winternitz állítását teljesen beigazoltnak találtam, a folia betulae albaet *válogatás nélkül alkalmazom a hydropsia minden esetében*, azonban eleve megjegyzem, hogy mint minden más húgyhajtó szer, úgy ez is többször teljesen cserben hagyott.

A rendelkezésemre álló szük téren e helyütt nem lehet szándékom az általam e szerrel kezelt összes betegek kórtörténetét ismertetni és ezért csak a legérdekesebbeket és ezek között is leginkább csak azokat írom le, a melyeket mindvégig alkalmam volt megfigyelni, illetve az alkalmazott szer húgyhajtó hatásáról meggyőződést szerezni :

1. eset. B. Ferencz, 70 éves földbirtokos, Nógrád-Megyerből (ezen esetet az »Allg. Wr. medz. Ztg« 1897. évi 9. és 10. számában írtam le). E beteget, kinek kórtörténetét vázlatosan leírnom fenti okból lehetetlen, az 1896. év folyamán változó eredménynyel kezeltem, majd 1897. évi február 9-én Kéry István dr. fővárosi kartárssal, a beteg barátjával, ki tanácskozás czéljából elhivatott, észleltem ; ugyanazon év július havában megállapodásunk értelmében már fennálló hydropssal Kraus Oszkár dr. kartárshoz Karlsbadba következő diagnosissal küldöttem : Cholelithiasis (?) Angiocholitis infectiosa. Icterus. Cirrhosis hepatis chronica. Tumor lienis maximi gradus. Ascites, Arteriosklerosis. A karlsbadi kartárs a beteget a hydropikus tünetek rohamos növekedése miatt és mivel az ottani tartózkodása valamelyik napján megejtett vizeletvizsgálat alkalmából albumint, vesehámsejteket s vörös vérsejteket is talált a vizeletben, a legszomorubb prognosissal és szerinte reménytelen állapotban hazaküldötte. Az öreg úr csalódva a fürdőbe vetett reményeiben és megviselve hosszas betegsége s a hosszú út fáradalmai által, szánalomra méltó állapotban tért haza. Oedemája fokozódott, a hydrops, az anasarka növekedett, életkedve s reménye csökkent. Itthon fürdők és a szokásos diuretikumok daczára az állapot mindinkább rosszabbodott, a has körfogata a vézna, kis termetű férfiunál csakhamar 76 cm.-ről 104 cm.-re emelkedett, oedema scroti et penis jelentkezett, az anasarka a lapoczkákig terjedt és mivel ennek következtében már légzési nehézségei is voltak, punctio abdominist óhajtottam eszközölni, melybe azonban a beteg nem egyezett bele.

Ekkor jutott eszembe Winternitz említett czikke ; a folia betulae albae-t azonnal meghozattam és szeptember 16-án először beadtam. Az eredmény, mondhatom, épenséggel meglepő volt ! Az addig stagnáló diuresist valóságos húgyár váltotta föl ; a beteg már a 2-ik napon 7 litert vizelt, a diuresis ezentúl is állandóan magas maradt, úgy hogy a has körfogata a hydropikus tünetek eleinte rohamos, később lassúbb eltünése mellett deczember végeig 72 cm.-re szállt le, a fennállott súlyos hydropsnak még csak nyoma sem maradt, az icterus teljesen eltünt, a közérzet kitünő lett stb. Nem lehet szándékom a kórtörténetet itt folytatnom — a kit érdekel, jelzett lap említett számaiban megtalálja azt. A magas értelmiségi fokon álló beteg a hydropikus tünetek teljes elmulása után kegyeletből, mint mondogatta, a szert még hónapokon át szedte. A vízkór többé nem tért vissza. Két évvel később, melyet magas kora ellenére türhető jólétben töltött el, egy az arteriosklerosis alapján kifejlődött endocarditishez szegődött emboliás tüdőgyulladás folytán halálozott el.

2. eset. B. Julia, 16 éves leány Ráros-Mulyad községből, hasvízkórral, dagadt lábakkal, nehéz légzéssel — mely lassú fokozódással már 3 hó óta állanak fenn — került orvolésem alá. Diagnosis : peritonitis tuberculosa chronica. fürdők mellett folia betulae albae-t rendeltem. A leányt végig észleltem ; 4—5 hét után az aggasztó vízkór teljesen rövid idő alatt az illető meggyógyult, ma is él, egészséges szobaleány lakóhelyemen szolgál.

3. eset. M. László, 7 éves fiam 1899. február hóbsúlyos diphtheriával járó scarlatina után nephritist kaveselob fulminans tünetekkel : magas láz, általános oedehydropssal s majdnem teljes anuriával köszöntött be, a g24 óra alatt csak néhány gyüszünyi véres vizeletet üri Forró fürdők és begöngyölések mellett folia betulae albadeltem ; erre bő diuresis állt be, a vizelet rohamosan fela fehérje (eleinte 7‰ Essbach) lassan eltünt és ezzel együtt nap alatt teljesen elmultak a hydropikus tünetek is. Azóegészséges, jelenleg 4-ik gymnasiumi tanuló.

4. eset. K. Ferencz, 24 éves kocsis, Csalár községbőévi április hóban súlyos pleuro-pneumonia miatt kezeltem. folyamán u. n. maranticus hydropsa támadt, általános ral, mely folia betulae albaera bő diuresis mellett 2—3 hteljesen elmult. A beteg csakhamar felépült és összeszedtes ma is él és egészséges.

5. eset. L. Borbála 15 éves parasztleány, Endrefalségből, gyógykezelés alá vétetett 1900. évi július 14-én. tuberculosisban halt meg, ő maga közel 3 hónap óta betepüffed s utóbbi időben nagyon megdagadt, úgy hogy jaképes. 2—3 hét óta mindkét bokája is megdagadt, étvágcsen, köhög ; kezelőorvosa nála állítólag veselobot álmeg ; vizelet kevés, benne albumen nincs jelen. Mellkasi ben kóros állapot nem deríthető ki. Diagnosis : Exsudatuton. tubercul. A beteg meleg fürdők mellett folia betulae kap. A has körfogata bő diuresis beálltával rohamosan ezzel együtt eltünik a bokák oedemája és 3 hét alatt a teljesen elmulik. A beteg 3 évvel később idült tuberculvetkeztében elhalálozott.

6. eset. D. Biros, 32 éves, kerülő felesége, az endrefadalomban, 1904. évi augusztus hóban került orvosi kealá hetek óta fennálló óriási hasvízkórral, mely bemondrint lassan az alszárakra s czombokra is kiterjedt és a mtevésem szerint — bár potus tagadtatott — cirrhotikus lévén, a vena portaeban beállott vérkeringési zavarok kőménye volt. Kizárólag betula alba leveleit szedi. Erre csabő vizelés következik be és a beteg vízkórjától teljesen badulva, 4 hét mulva az ágyat elhagyja. Azóta teljesen jómagát. Folyó évi október 22-én ugyanazon tünetekkel újtam az illetőt ; betegségét arra vezeti vissza, hogy fiát szber hó közepén véletlenül agyonlőtték, mi reá annyira hogy vízibetegsége ismét visszatért. Jelenleg ismét betulá Azóta a beteget nem láttam, az eredményről mit sem tud

7. eset. Gy. Mihály, 74 éves kisbirtokos, Nagy-Gpotator. Nagymérvű arteriosklerosisban szenved ; chepatis alcoholica folytán nagyfokú vízkór fejlődött kutóbb az alszárak és czombok is megdagadtak, a hereza penis vizenyőssé lett, a penis póstakürtszerűen felkunkoAz anasarka majdnem a scapuláig terjed, bronchitis e csione, arcz-cyanosis, kisfokú somnolentia van jelen, a betaz ágy szélén ülve és dagadt lábait a földre leeresztve tulenni, többnyire szundikál. A már hetek óta beteg férfiuévek hosszú sora óta ismerek, május 9-én hivtak előmidőn a fent nagyjában vázolt st. praesenst vettem fel náldelés : Expectorans et folia betulae albae. Hat nappal vagyis május 15-én ujból meglátogattam a beteget, s őt ntan az ágyban feküdve s pipázva találtam. Az oedema et scroti teljesen eltünt ; az öreg maga is jelezte, hogy rendelt theát szedi, azóta ½ óránkint vagy gyakrabban vizelnie, a mi nyugalmát nagyon zavarja. Haskörfogata 1ről 98 cm-re apadt, bronchitise kisebb mérvű, a cyanosis stagság eltünt. Május 25-én a hasürben igen kevés víz, a lábszárak és czombok igen vékonyak, anasarkának nyoma s

azt az értesítést vettem tőle, hogy jól érzi magát, megdagadva nincsen, sőt ellenkezőleg nagyon is megfogyott s gyenge. Augusztus hó folyamán tifuszbeteg leányához jártam s meggyőződtem róla, hogy a vízkórnak nyoma sincs jelen. Októberben újból gyengélkedni kezdett és mivel teljes nyelési képtelenség támadt, 21-én magához hivatott. Kifekélyesedett bárzsingrákot állapítottam meg nála. Másnap a beteg tüdővizenyő tünetei között meghalt.

8. eset. G. József, 30 éves, béres, Szécsénykovácsi község Pató pusztájáról, folyó évi augusztus 3-án súlyos nephritissel (6.5‰ Essbach), óriási hydropssal, általános czomb-, láb-, penis-, scrotum-, arczoedemával, anasarkával és súlyos bronchitissel vétetett orvosi kezelésem alá. A bronchitis oly nagy mérvű, hogy a beteg csak ülve tud levegő után kapkodva lélegzeni, ajkai cyanotikusak, arcza kékes, dagadt, szemhéjai félig csukvák és különösen a tüdőbeli tünetek oly aggasztók, hogy a beteget — kinél rohamos tüdővizenyő beálltától tartottam — magam is elveszettnek hittem, s ily értelemben nyilatkoztam felesége előtt is. Fürdőket ily körülmények között nem rendelhetvén, köptető mellett folia betulae albaet rendeltem azon utasítással, hogy ha a beteg életben maradna, mihez kevés reményem van, ismét jöjjenek el értem. Minthogy nem jelentkeztek, meg voltam győződve arról, hogy az illető meghalt. Néhány héttel később szolgálatadójával találkozva, a beteg után tudakozódtam, s legnagyobb meglepetésemre azt az értesülést vettem, hogy az teljesen egészséges s szolgálatot teljesít. Pár nappal ezelőtt ő vele magával is találkoztam ; a kiállott súlyos betegségnek még csak nyoma sem vehető észre rajta, kitünő színben van. Önkényt elmondotta, hogy a rendelt orvosság »hatalmas volt, mert beszedésére rengeteg sokat vizelt és egész betegségét kihugyozta.«

E sorozattal természetesen nem merítettem ki azon esetek számát, melyekben a betula alba leveleit eredménynyel alkalmaztam ; a helyszüke sem engedi s nem is lehet czélom az összes e szerrel kezelt betegek kórtörténetét, hacsak dióhéjban is, leírnom. Jelen czikkemmel csupán a kartársak figyelmét óhajtottam, ezen valóban megbecsülhetetlen hatású szerre felhivni. A teljesség okáért most néhány esetet írok még le, hol a fentiekhez teljesen hasonló korú állapotok mellett e szer teljesen cserben hagyott.

1. eset. G. Erzsébet, 32 éves, hajadon varróleány Halászi községből. 1904. évi junius 29-én insuffic. valv. bicusp.-sal kapcsolatos sulyos nephritise (7—9‰) miatt, mely 2 év óta áll fenn, kérte ki tanácsomat. Óriási hydrops, oedema universale, anasarka, súlyos bronchitis kinozták a beteget. Bár a nyirfaleveleket hónapokon át szedte, úgy ezek, mint más diureticumok teljesen hatástalanok maradtak. Néhány hónappal ezelőtt ismételt hascsapolás után a balassagyarmati Mária Valéria-közkórházban meghalt.

2. eset. B. Irén 9 éves, szolgabirósági hajdu leánya Nagy-Szécsényből, f. é. május 26-án vétetett kezelés alá. Anyja görvélykóros ; atyja egészséges ugyan, de ennek egyik fivére florid tuberculosisban halt meg. A gyermek már hetek óta beteg, lázas, június elején hasa is dagadni kezdett, étvágytalan lett. A tüdő vizsgálatánál kisfoku bronchitist találtam, a mellkasi szervek egyébként épek, óriási folyadékfelhalmozódás a hasürben. Diagnoisis : Peritonitis tuberculosa. Minthogy a folia betulae adagolása 2 héten át teljesen eredménytelen marad s a kis leányka már mozdulni sem tudott, június 18-án punctiót végeztem nála, a midőn is $5^1/_2$ l. zöldes folyadék ürült ki. Július elején a beteget dr. Ruszinkó Miklós barátomnak is bemutattam. Néhány heti relativ jólét után — a gyermek még a záróvizsgára is elment az iskolába — folia betulae további szedése ellenére az izzadmány újból jelentkezett s rohamosan nőtt, csakhamar a tüdő is megtámadtatott és a kis beteg szeptember hó elején tuberculosis következtében meghalt.

3. eset. Z. Jánosné, 41 éves, uradalmi kerülő neje Alsó-Esztergályból, 4 év óta fennálló súlyos hydropsia s nephritis tüneteivel kérte ki f. é. augusztus 25-én orvosi tanácsomat. Folia betulae albae és fürdők huzamosabb időn keresztül teljesen eredménytelenek voltak. Néhány heti kezelés után elmaradt ; további sorsáról nincs tudomásom.

Természetesen ezen esetekkel nem merítettem ki az összes általam folia betulaeval eredménytelenül kezelt betegek számát, mert én e szert, mint már jeleztem, a hydrops minden esetében, ménynyel.

A szerrel elért eredményeim s tapasztalataim ala kezőket állíthatom : A folia betulae *kitünő húgyhajtó* minden diureticum, úgy ez is gyakran cserben hagyj tehát ez sem tekinthető a hydropsia specificus sze ismert húgyhajtó-szerekkel (theobromin, theocin, ag stb.) szemben ama megbecsülhetetlen jó tulajdonság rendkívül olcsó és így a szegénypraxisban is heteken át alkalmazható, továbbá, hogy a szervezetre káros általában nem bír. Tapasztalataim szerint a drog beválik nephritis, marantkuikus, cirrhotikus hydrop culotikus hasvízkórnál, de alkalmazása eredmény szivbaj incompensatiós stadiumában és rosszindulat eredményezte hasvizkórnál (gyomor- méhrák stb.), calomel, utóbbinál a troisquart marad a souverain, ill szer. »Örömmel kell tehát«, mint Winternitz idéze mondja, »oly szert üdvözölnünk, mely ártalmatlan oly kiváló húgyhajtó hatással bir, mint a folia betula mivel pharmakopoeánk ily szerekben szükölködik !« laet a következőképen rendelem : Rp. Fol. betul. *grta centum* (100.0). Ds. Thea. E theából $^1/_4$ liter fo evőkanálnyit tétetek, ebben 10—15 perczig állni ha felforraltatom s mihelyt forrni kezd, félrehuzom s kih vagy hogy kihülését siettessem, egy fazék hideg víz A theát azután leszüretem s mivel a szürlet igen k nagy mennyiségével megédesíttetem és reggel, délbe frissen készített csészét itatok meg betegeimmel ; a kornak megfelelően kisebb adagot alkalmazok.

Közlemény a székesfővárosi új Szt.-János kö

Az öröklődő bőrbetegségekről.

Irta : *Poór Ferencz dr.*, közkórházi rendelő-o

Tudományágunk fejlődésével és megfigyelései mindinkább betekintést nyerünk az öröklődő beteg szetébe. Nem akarok ezúttal kiterjeszkedni a patho miként jének nagy kérdésére, csak egyszerűen azon n talatomat és megfigyelésemet óhajtom rögzíten *Jendrássik Ernő* tanárnak e lapok hasábjain »Adatol bántalmak ismeretéhez« czímű, 1903-ban megjele adott impulzust.

Jendrássik tanár az idegkórtan köréből vet désekből vonva le következtetéseit az öröklési dege vényeire nézve, a következő tételeket állította fel

1. Az ugyanazon családban előforduló s kéts alább általános körvonalában ugyanazon kórképne egyes családtagokon nem teljesen egyenlő fokban is teljesen azonos kiterjedésben fejlődnek ki. A k hűen megmarad az esetek többségében, a részletek mértékben variálnak.

2. Téves csupán azon kóreseteket venni csa öröklődő bántalomnak, a melyekben több családt elő ugyanazon kóralak, mert egyedül maradó ese hetők és mert a legterheltebb családban is előforduln a kik lehetnek többségben, de a kik esetleg tovább a bajt.

3. Az öröklés mint kór-ok sajátlagos, oly kór létre, a melyek más okból nem fejlődhetnek ki.

4. Az öröklési kórformák nem typusos, körülírt jelennek meg, hanem a tünetek variálása végtele a legheterogenebb körben fordul elő.

5. Az öröklési bántalmak a szervezet minden hetik, az idegrendszert épp ugy, mint az izomzatot, a (obesitas, soványság), a csontokat (achondroplasi trophia), az egyes szerveket stb. Néha csak hajlandó exogen bajokra, máskor aplasiák, hyperplasiak, d

E tételek — melyeket igazol a dermatologia másika volt kutatásom tárgya. Sajnos, nem terjeszk

talatokkal birok.

*

Az öröklődésre vonatkozólag alig van jellegzetesebb bőrmegbetegedés, mint az *epidermolysis bullosa hereditaria*, melynek lényege az, hogy bizonyos egyének bőrén kora ifjuságuktól, esetleg születésüktől fogva már igen kisfoku erőművi külső behatásra különböző mekkoraságú hólyagok támadnak. A hólyagok morphologiailag nem különböznek azoktól, melyeket pl. sporttal (evezés, vívás, tornázás stb.) vagy szokatlan, nehéz munkával foglalkozók kezükön kapnak s csakis a betegek bőrének fokozott érzékenysége már igen kisfokú külső erőművi behatás irányában képezi a rendellenességet. Igy oly, alig számbavehető nyomás, mint a derékon a ruhakötés, vagy a nadrágtartó nyomása, vagy különben elég kényelmes czipő viselése, vagy valamely testrésznek keményebb tárgyhoz való ütése már exsudatiót és igy hólyagot eredményez. Esetemben pl. — melyet 1902-ben az »Orvosi Hetilap«-ban rajzok kiséretében közöltem — képes voltam epidermolysises betegem bőrén egy tompa szike-nyéllel való erélyesebb nyomással hólyagot előidézni.

A hereditást e betegségnél az irodalomban eddig közölt mintegy 25 esetnél majd mindig konstatálni lehetett, néha excessiv mértékben. Igy *Valentin* egy család 11, *Michaelson* 12, *Goldscheider* 7, *Török Lajos* negyediziglen 10 családtagnál konstatálhatta, míg *Bonaiuti* egy családban hatodiziglen mutatta ki s e család 63 tagja közül 31-nél (16 férfi, 15 nő) volt jelen az epidermolysis bullosa hereditaria. Sőt midőn Bonaiuti ugyanazon városban az epidermolysis egy újabb esetére akadt, sikerült kikutatnia, hogy az illető törvénytelen gyermek atyja a fennebbi családból származott.

Magát a betegséget a vizsgálók egyértelműen öröklődőnek tartják, de míg *Goldscheider*, *Valentin*, *Köbner*, *Caspary*, *Joseph*, *Behrend*, *Lesser* stb. öröklött hajlam alapján a Malpighi-féle réteg sejtjeinek lazult összefüggésében keresik a megbetegedés anatomiai lényegét, addig *Török Lajos* és közölt *saját vizsgálataim* is odakonkludálnak, hogy az erőművi inger befolyása alatt az öröklés által praedisponált edényfal változik meg.

Ugy a magunk, mint az irodalomban közölt eseteket a Jendrássik-féle tételek szempontjából áttekintve, feltünik, hogy az epidermolysis bullosa hereditaria *»ugyanazon család egyes tagjainál sem fejlődik ki teljesen, sem azonos kiterjedésben, sem ugyanazon életkorban s a részletek nem jellegző variálása mellett, a kórkép jellege hűen megmarad (Jendrássik 1. tétele). Minden esetnél az öröklés, mint kórok, sajátlagos oly kóralakokat hoz létre, melyek más okból nem fejlődhetnek ki.« (Jendrássik 3. tétele.)*

*

Egy másik öröklődő bőrmegbetegedés, mely nem oly ritka mint az előbbi, hanem a melylyel lépten-nyomon találkozunk, a *Seborrhoea*, mely a faggyúmirigyek abnormálisan nagyfokú elválasztásán alapul. S ha *Hebra F.* a mirigyekben fennálló functionalis zavarnak, *Schütz* a vérkeringés pangása resultatumának, vagy újabban sokan a kórosan megváltozott anyagcserén — autointoxicatión — alapuló, esetleg bacterialis, fertőző bántalomnak is tartják, nem tagadható, hogy a hereditarismusnak is nagy befolyása van a seborrhoeás csoportba tartozó *fluxus sebaceus*, *seborrhoea sicca*, *acne vulgaris* stb. bőrbántalmaknál.

Unna, habár bacterialis tényezőt hoz fel a megbetegedés okául, az öröklött hajlamot sem hagyja számon kivül, midőn igy ir: »Sind die Patienten Kinder, welche von ihren Eltern vorgestellt werden und bedrängen diese — wie gewöhnlich — den Arzt mit der Frage, woher denn gerade ihr Sprössling mit dem Hautausschlag begabt sei, so genügt in 90 Fällen von 100 ein Blick auf den Kahlen Scheitel des Vaters, eine eben beginnende Rosacea der Mutter, um die Familienanamnese zu vervollständigen.«

A seborrhoeás betegségek lényegét ma úgy foghatjuk fel, hogy bizonyos egyének bőre *öröklött hajlammal* bír a faggyúelválasztás fokozott voltára. Az ilyeneknél gyakran már a csecsemőkorban lép fel a seborrhoea (»fejkosz«), mely elmulva, a pubertas korában újrà mutatkozik. A bőr egészében vagy egyes részleteiben fénylő, zsirostapintatú lesz, bizonyos jellemző sárga szineződést (status seborrhoeicus, seborrhoea oleosa, »état dit sebo
A bőrnek ez az állapota kedvező talajt nyújt külön
organismusoknak, melyek esetleg az ép bőrön is mint s
állandóan jelen lehetnek. Ezek a mikroorganismusok a
talajon akár direkte, akár toxinjaik útján pathogenn
s igy másodlagosan előidézői lesznek a különböző
seborrhoeás megbetegedéseknek (seborr. sicca, eczema
cum Unna, acne egy része).

Hogy maga a seborrhoeás állapot vagy legalább
hajlam öröklődő, az minden kétségen felül áll. His
családokat, melyek minden egyes leszármazottjánál, g
keresztül jelen van a korábban vagy később elő
fej«. Ugyanazon családok egyik-másik, a pubertás k
tagját acne vulgaris faciei ékteleníti el, avagy »erős
panaszkodik (seborrhoea sicca).

A seborrhoeánál tehát elmondhatjuk, hogy *»az
formák nem typusos körülírt kórképekben jelennek me
tünetek variálása végtelen sorozatban a legheteroge
fordul elő.«* (Jendrássik 4. tétele.)

*

Exquisit öröklődő bőrmegbetegedést képez az
toma hereditarium palmare et plantare, melynek örökl
Unna, *Heuss*, *Neumann* dolgozatai teljesen igazolják
mácziai Meleda szigetén a bennszülött lakosság között
kívül öröklődés alapján — oly nagy számban fordul
»mal de Meleda«-t azelőtt lepraendemiának tartották
Az affectiót *Unna* három generatióban, Thost
generatióban 17 esetben konstatálhatta. Maga a bet
epitheljének hatalmas hyperplasiájában áll, mely kizár
reken és talpakon jön létre. A hatalmas, sárgás szinez
keratosisos réteg, mely az említett testrészeket borít
külsőt kölcsönöz a bajnak, melyet az újabb szerzők
Besnier és *Hallopeau* nyomán a naevusok közé soroz
A megbetegedés igen korán kifejlődik s az egész él
olyan áll fenn, tehát *»az öröklés mint kórok sajátlagos
kokat hoz létre, a melyek más okból nem fejlődhetnek«.*
féle 3. tétel.)

E három, specziálisan öröklődő természetű bőrm
sen kívül, még a syphilistől eltekintve is, természetes
mos bőrbántalmat ismerünk, melyeknek öröklődő vo
ötlő, melyek azonban nem mind adják az öröklődő be
azon typusos képét, melyet épen a föntebb említett
megbetegedés ad meg s mely typusos voltuk vélemény
alkalmassá teszi azokat még oly fontos deductiók le
mint a milyenek a Jendrássik-féle tételek.

Midőn Jendrássik tanár tételeit felállította, bár
betegségekből vonta le, de magukat a tételeket k
általános érvényüeknek kivánta tekintetni. Mi részünk
túlnyomó részének érvényét a dermatologia által is
teknek foghatjuk fel.

Közlemény az I. belgyógyászati klinikáról. Ig
Dr. Korányi Frigyes.

A térdreflex hiányának jelentősége a cereprospin
dék nyomásainak emelkedésével járó megbeteg

Irta: *Bálint Rezső dr.* tanársegéd.

A mióta a térdreflexek létrejöttének feltételeive
velői localisatiójával tisztában vagyunk, azóta azok
úgy általános, mint localdiagnostikai szempontból k
rendkívül nagy. Megállapítottnak látszott az a tér
térdreflex jelenléte az ágyéki gerinczvelő és gyök
hiánya e gerinczvelői segmentumoknak a bántalomba v
ságát jelenti, fokozott, esetleg spasticus volta ped
valamely bántalom az ágyéki velőhöz haladó pyra
magasabban bántalmazza. Az újabb vizsgálatok a

szabályt megdönteni, illetőleg megváltoztatni, esetleg módosítani látszottak, s a mely tényeknek nemcsak diagnosticus, hanem prognosticus, sőt therapeuticus szempontokból is jelentőség tulajdonítandó. Ez okból óhajtok nehány szóval e kérdés megfejtéséhez hozzájárulni és pedig egy klinikai betegen észlelt jelenségek kapcsán.

Az említettem tények azokon az észleleteken alapulnak, a melyeket egyrészt az ú. n. Bastian-féle magas gerinczvelői laesiók esetein, másrészt oly agytumoreseteken tettek, melyeknél a térdreflexek nem voltak kiválthatók.

A Bastian-féle magas gerinczvelői laesiók észleléséből leszürt elv, mint tudjuk, abban áll, hogy ha a gerinczvelői pályák a háti v. nyaki segmentumok valamelyikén teljes megszakítást szenvednek valamely folyamat által, úgy a térdreflexek kimaradnak még akkor is, ha az ágyéki velő, tehát a térdreflex létrejöttének helye egészséges. Hogy ez a tétel nem nyugszik realis basison, azt részint mások, részint magam is két előző dolgozatomban kimutatni igyekeztem. Kiderült egyrészt az, hogy vannak esetek, a melyeknél a pályák teljes megszakítása daczára is kiválthatók voltak a térdreflexek, másrészt oly esetek is vannak, a hol a pályák nem teljes megszakítása mellett is térdreflexhiány volt jelen, a miből az volt következtethető, hogy a térdreflex hiányának oka nem a pályák teljes megszakításában keresendő, ha a kisagyi befolyás megszakítása az izomtonus csökkentése által kedvezőtlenül is befolyásolja a reflexibilitást. Keresendő ellenben magának a reflexutaknak elváltozásában, a mely elváltozás nem direct a laesio folytán, de mégis ettől függően secundär úton jön létre. Ily elváltozásokat a reflexutak tüzetes vizsgálata után találtak is számos esetben. Ez elváltozások közvetlen okait keresve azt találtam, hogy a cerebrospinalis folyadék nyomásának mesterséges fokozódása már maga elég, hogy állatoknál a gerinczvelőben, és pedig főleg annak alsó segmentumaiban, elváltozások jöjjenek létre, a melyek egyrészt az idegsejtek, de még inkább a gyökök, és főleg a hátsó gyökök megbetegedésében nyilvánulnak, és így a reflexek kimaradását létrehozhatják.

A mi már most azokat az agytumoreseteket illeti, a melyeket térdreflexhiány kísér, ezeknél e reflexhiányt többféleképen magyarázták. Voltak, a kik — miután e reflexhiány főleg hátsó koponyagödri daganatoknál fordul elő — tisztán a kisagyi befolyás kimaradásának tulajdonították, voltak, kik complicatiónak tartották (Oppenheim egy esetében tényleg tabes complicálta a kisagytumor kórképét), s voltak, a kik összefüggésbe hozták azokkal a hátsó gyökdegeneratiókkal, a melyek agytumoroknál elég gyakran (Baden és Collier szerint az agytumorok 65%-ában) találhatók. E hátsógyök-degeneratiók okát főleg 2 momentumban keresték: az egyik az agynyomás, a másik a toxicus befolyások. Mindkét felvételnek erős támogatói voltak, így az agynyomásnak: Mayer, Hoche, Pich, Ursin, stb., a toxicus befolyásnak főleg Dinkler és újabban Becker. Voltak, a kik e két álláspont között középutat kerestek. A különböző álláspontok védőinek érveit részletesen tárgyalni túlhaladná e munkálat kereteit, de különben sem bir különös fontossággal a mondandók szempontjából s ezért most áttérek azon észleletekre, melyeket egy a klinikán fekvő agytumoros betegen tenni alkalmam volt, s a melyek a kérdést némileg megvilágítani vannak hivatva.

A beteg sulyos agynyomási tünetek közt vétetett fel a kórodára. Nagyfoku pangásos papilla a látás igen jelentékeny lefokozottságával, nagy főfájás, álmatagság, hányás, kisfokú tarkómerevség, 58 pulsus. E tüneteken kívül kétoldali oculomotorius paresis, nagyfoku cerebellaris asynergia s a térd valamint Achilles-reflexek teljes hiánya volt jelen. A kórkép részletezésébe — bár az agy-casuistika rendkívül érdekes adatait szolgáltatja — most nem mehetek bele, és csak annyit jegyzek meg már itt, hogy, mint a bonczolás mutatta, a betegnél a jobb halántéklebenyben ökölnyi glioma volt jelen. A betegnek a kórodán való három napi észlelése után, mely idő alatt az agynyomási tünetek fennállottak, lumbalpunctiót végeztünk nála, melynek segítségével kb. 40 cm^3 cerebrospinális folyadék ömlött nagy nyomás alatt. A lumbalpunctio után az agynyomási tünetek kissé alábbhagytak. A pulsus felment 78—85-re, a főfájás csökkent, hasonlóképen az álmatagság, a hányás megszünt, s a mi meglepő volt: a punctio kivalthatók, de kisse fokozottak is voltak. A reflexeke természetesen naponkint többször is vizsgáltuk s cons azt, hogy három nap után a reflexek, az agynyomási hirtelen nagyfokú súlyosodása közben, újból gyöngülni kez punctio után 16 nap mulva az agynyomás kórképe még sú mint felvételkor, reflexek ismét nem válthatók ki. Ekk punctio útján 32 cm folyadékot bocsátunk ki, a me azonban a beteg 3 óra mulva meghalt. A bonczolás a fent gliomán kívül egyéb makroskopikus elváltozást az idegren nem mutatott ki. A szövettani vizsgálatnál azonban a ge ágyéki részében az idegsejtek kezdődő degeneratióját s gyökök egészen kezdetleges elfajulását találtuk. A belépő rostjai puffadtak, varicosusak, s Marchi-képeken feke tett myelin-szemcsékkel megrakodtak.

Nem szenved kétséget, hogy a reflexhiány ez esetb függésben állott a gerinczvelő ágyéki részében talált e sokkal. (Felesleges talán kiemelnem, hogy a szövettan mutatható elváltozások nem adják hű képét az illető rost sejtek működésképességének, a mennyiben működésképp teljesen megfosztott rost vagy sejt is adhatja ily acut a kezdődő elfajulás képét.) Másrészt az is kétségtelen, esetben a reflexhiányt a fokozott agynyomás okozta, a me annak megszüntetése által a refieqhiány is megszünt, é újból való fokozódásakor a reflexhiány is újból előállt. momentum összevetése után pedig igen nagy valószi állíthatjuk azt, hogy a gerinczvelő ágyéki részében s főle hátsó gyökeiben mutatkozó elváltozásoknak oka a spinalis folyadék nyomásának emelkedésében keresend mint már fennebb említettem, állatkisérleteimből színüvé vált.

A mi már most az e tényekből levonható következt illeti, ezeket a következőkben akarom összefoglalni.

1. Agytumoroknál előforduló reflexhiány tisztán a spinális folyadék nyomásának fokozódása által okoz

2. A reflexhiánynak oka ez esetekben az ágyéki ge elváltozásaiban, s főleg az ágyéki hátsó gyökök elfaj keresendő, a mely gyökelfajulások létrejöttéhez tehát az agynyomás emelkedése. Ez természetesen nem zárja hogy toxikus befolyások is hozhassanak létre gyökdegene

3. Hasonlóképen áll a dolog azon magas gerinczvelői nézve is, a melyek a gerinczcsatornában uralkodó nyon nyok megváltozását idézik elő. Ezeknél is ugyanezen alapján létrejöhetnek a reflexhiányt előidéző elváltoz ágyéki gerinczvelőben, a nélkül, hogy maga a kóros alap arra átterjedne, s a nélkül, hogy reflexhiány esetén a pály megszakítását kellene felvennünk. S ebből világosan kö a dolognak prognostikus és therapeutikus jelentősége. hiány nem jelenti a pályák teljesen megszakított voltát, t jelenti a prognosis feltétlenül rossz voltát, s ennélfo jelenti azt, hogy a reflexhiány contraindicatiót képezne az beavatkozásra ott, a hol azt más körülmény nem contrai Másrészt operativ beavatkozás lehetősége esetén a ref nem jelenti azt, hogy a műtét tárgyát képező folyamat a gerinczvelőre is ráterjed. Nagy fontossággal bir e tény gerinczvelői tumoroknál, a hol a gerinczvelői localisatio nyire csak a tumor felső határának meghatározását eng s így a reflexhiány azt hitethetné el, hogy a tumor az ágy leterjed, miért is esetleg nagy kiterjedése folytán ino Az ilyen esetekben tehát szem előtt tartandó az, hogy a ref a direct tumorhatástól függetlenül, secundär úton is lé

A betegségek felismerése a hugyszervek baja

Irta: *Novotny Lajos dr.* kir. tanácsos.

A toxinok s egyéb bomlástermékek kiküszöbölés adatával a természet első sorban a hugyszerveket ruh

Természetes tehát, hogy e szervek működésének hi károsan fog visszahatni az egész test egészségi állapotára. *túltengésben* — hogy 1—2 példát említsek — az emés vekre irányuló panaszokkal évekig küzd a beteg, mig a

a jobb szív is megnagyobbodik. S okozza bár a szívmegnagyobbodást a tönkrement vesevérerek miatt fokozott vérnyomás, vagy a toxinoknak a vérerek tonusát kiváltó hatása vagy lobgerjesztése (myocarditis), avagy azoknak heves szívműködést keltő állandó ingere: a szívhypertrophiával járó következményes bajok az egész test egészségi állapotára kihatnak. Könnyen belátható tehát már e két példából is, hogy a gyakorló orvosra mily megbecsülhetetlen a helyes kórisme, hogy valamelyes más betegség tüneteinek álarcza alatt lappangó hugyszervi baj figyelmét el ne kerülje s hogy az emésztési zavarokat s a szívműködés rendellenességéből származó következményes bajokat a helyes okra visszavezethesse.

A betegség felismerése és gyógyítása eszerint csakis *általános* orvosi ismeretek alapján lehetséges. Korlátolt ismeretkörrel lépten-nyomon tévedhetünk. Tudnunk kell pl., hogy nem csak a következményes bántalmak, mint az imént említett emésztési zavarok s a kialakult szívhypertrophia nehezíthetik meg a helyes kórismét, hanem hogy a test másnemű megbetegedései is megzavarhatják oly módon a hugyszervek rendes munkálkodását, hogy hugyszervi bajra gondolhatunk ott is, hol tulajdonképen valamelyes belső baj lappang. A *tabes* cardinalis tüneteit pl. jóval megelőzhetik a hugy- és ivarszervekre irányuló panaszok: nehéz vizelés, hugycsőbeli fonák érzések, bizsergés, égetés, a nemi inger hanyatlása, görcsös vizelési inger, a mely tünetek, mint ismeretes, kezdő tabesben antilueses beavatkozásra igen sok esetben feltűnően javulnak. Épen ezért a hugyszervek betegségeinek felismerésében majd a belső orvoslás, majd a sebészet szabályai szerint kell eljárnunk. Hogy mily mértékben legyünk belorvosok s mily mértékben sebészek, az az esetektől függ.

A belorvostan a tüneti, a sebészet pedig a direkt, vagyis az instrumentumos vizsgálattal szerepel. Hogy bizonyos esetekben a műszerrel egy csapással felismerjük a bajt, pl. a követ, az ne kapasson el bennünket, mert ismét vannak más bajok, hol a műszerekkel csak ártunk, így pl. a hugycső vagy a prostata gyuladását a vizsgálattal csak fokozzuk.

A hugyszervek bajainak felismerésében és gyógyításában a szabályokat azonban a belgyógyászattól és a sebészettől mégis külön tárgyaljuk, mert sok esetben különös eljárást szentesített a tapasztalat s a diagnosis megállapítására különös vizsgálóeszközöket kellett szerkeszteni.

A diagnostika ilyetén kiválása természetesen nem teszi nélkülözhetővé az általános szabályokat, mert pl. a hólyag gümőkórságában a belgyógyászat, fistula, daganat és kő eseteiben pedig a sebészet irányelvei vezetnek. Általános orvosi ismeretekkel kell tehát birnunk, hogy az ok és okozat sokszoros útvesztőjében el ne tévedjünk, mert pl. a keletkező szembaj mögött vesebántalom lappanghat, a czukorbajban pedig a hugy bomlásából urethritis támadhat és így tovább.

A hugyszervek bajainak felismerése, mint ezekből láthatjuk, nagy körültekintést, sok tudást s igazi rátermettséget követel.

* * *

A diagnosis felállítása körül két pont ragadja meg figyelmünket: a vizsgálat menete s a vizsgálatnál nélkülözhetetlen asepsis.

Hogy a hugyszervek bajait felismerhessük, nyugodtan meghallgatjuk mindenekelőtt a beteg panaszát. Gyakran már e panaszokból és az észlelt tünetekből és jelekből a legnagyobb *valószinüséggel* képesek vagyunk a betegséget felismerni. Igy tapasztaljuk, hogy a kisebb-nagyobb időközben bizonyos szabályossággal jelentkező vérvizelés *daganat*, az erősebb mozgással, kocsirázással járó véres hugy *kőbaj*, a vizelés végén mutatkozó, ú. n. terminális vérzés *hólyagnyak-gyuladás*, a hugycsőből állandóan szivárgó geny *kankós-fertőzés*, a vizelés alatt és a székelés után mutatkozó pár csepp genyes váladék *prostatabaj*, a véres pollutio *andóhólyaglob* mellett szól és így tovább. A panaszok meghallgatása s a betegséggel járó jelek megfigyelése tehát — mint már e kevés példából is látható — lehetővé teszi a betegségnek valószinüséggel való felismerését.

Ezen *valószinü* diagnosist azonban a beteg és a magunk vizeletrekedés esetén, a baj biztos felismerésére az módszerhez nyulunk, a mely a vizsgálóeszközök: katheter s a tükör alkalmazásából áll.

A mind tökéletesebbé váló technikai vívmányo vizsgálóeszközök azonban a látszólagosan kevésbé je kihallgatás mellőzésére csábítanak. Gyors és bizto sürgetve, a sok esetben biztosságot nyujtó műszerekl hogy a szondával keltett kőhangból *hólyagkőre* s a akadásából a vizelés nehézségét okozó *szükületre* st tethessünk.

A baj lefolyását azonban ez elhamarkodott lépé végzetes irányba terelhetjük. A hugyszervek bajai vizsgálóeszközök alkalmazása *sajátos* jellegű s elüt má ú. n. instrumentalis megvizsgálásától.

A test másnemű, egyéb bajaiban a vizsgá úgyszólván büntetlenül, minden utókövetkezmény nálhatjuk. A szem-, gége- és fülbetegségekben a v zökkel nem okozunk bajt, azoknak alkalmazása nen nemű veszedelemmel. Másként áll azonban a dolog a bajaiban, hol a vizsgálóműszerek alkalmazása után görcsök és shock lephetik meg a beteget, sőt hal azok alkalmazását. De e szomorú következményeke az is hátráltatja a vizsgálóeszközök alkalmazását, h utak bajai jobbára gyulladásos jellegüek, s hogy gyull mat társul a hugyutak másnemű bajaihoz is: a d s a gümőkórság okozta elváltozásokhoz is, mely esetek meg nem indokolt instrumentumos vizsgálat a gyull szetesen csak fokozná s azért heveny lob fennállt kivitele ellen tiltakoznunk kell.

A hugyszervek bajainak felismerése körül has sunkban, minthogy a műszerek alkalmazása adot hátrányos, sőt veszedelmes is, a biztos diagnosis legnagyobb óvatosságot követeli meg. E tartózkodás ragaszkodnunk kell, hogy még szükség esetén is az palpatio előzze meg a vizsgálóeszköz alkalmazását. a nehéz vizelés, a lüktető fájdalom a végbélben, a láz talanság a prostatára s hólyagra terjedt lobra irányít A végbélbe vezetett ujj tapintásával a gyanut s a v biztos diagnosissá emeljük, mely alkalommal tehá zöknek semmi hasznát sem veszszük, sőt a vizsgála koznunk is kell, nehogy a lob fokozásával tály adjunk alkalmat.

De sok esetben, bármily aprólékossággal is v a beteget, betegségét nem tudjuk biztosan felismerni pontos mérlegelése, a vizeletvizsgálat, az inspectio sorban cserben hagy. Ily esetekben természetesen a veink használatát elősegítő eszközökhöz nyulunk: a hogy azzal, mint meghosszabbított ujjal kiérezhes a hugycsőben a stricturát s kitapinthassuk a hólyagb az endoskophoz, hogy a kő, a daganat, a hólyagba j test, a gümőkórságból támadó fekély elhelyezésér méről, minőségéről szemünkkel is meggyőződhessünk

A betegvizsgálat e módjában természetesen teszi a mestert.

A mint azonban a beteg panaszainak meghall előzi a műszerek alkalmazását, úgy ezek használatá hogy előzze a kellő asepsis. Asepsis mindenek előtt! csak akkor lesz eljárásunk, ha a beavatkozás alkalm legnagyobb *tisztaságra* törekszünk. Igaz ugyan, hog ép felhámjával hatalmasan védekezik a fertőző mik de a betegségek legtöbbjében a hólyagműködés *elégtele* a *visszamaradó*, pangó vizeletben könnyen felszap lobgerjesztő csirok s a beteg szemrehányólag jelzi, már egy reája nézve sokkal súlyosabb, sokkal fájdalma heveny hólyaggyuladásba esett. . . . A műszerek d a beteg testének megfürösztése, megmosogatása s előzetes kimosása gyenge antisepticummal, bórsavdattal a vizsgálóeszközök alkalmazása előtt, az egye mely a kellemetlen következményes bajoktól ment

A hugyszervek bajainak felismerése körül el

se mulaszszuk el a vizsgálóeszközök alkalmazását, mert különben megeshetik, hogy a beteg bajának (kő, daganat) áldozatul esik.

A betegség felismerése körül ama elvet, hogy a beteget lehetőleg kímélnünk kell, Röntgen epochalis felfedezése kiszélesítette. Manapság az *aktinographia* sok esetben nélkülözhetlen lesz s a műszer használatától irtózó beteg szívesen áll a — photographus elé.

Az x-sugarak felfedezésének tizedik évében tartott Röntgen-congressuson kilenczven előadást és bemutatást jelentettek be. A röntgenezés bevonult a diagnostika mezejére s egyszersmind alapja egy új gyógymódnak, a radiotherapiának. A betegvizsgálat e módja, természetesen a *kövekre* és különösen a *fémalkotású* idegen testekre megbízható. A legélesebb árnyékot adja az *oxalsavas* kő. Sajnosan tapasztaljuk, hogy a gyakran előforduló *phosphat-* és *urat*-kövek könnyen átbocsátják a sugarakat s így a kapott árnyék sok esetben megbízhatatlan, elmosódott. Ilyenkor természetesen az árnyék csak a betegség összes tüneteinek egybevetésével birhat bizonyító erővel. Sok esetben még fokozza a bizonytalanságot az is, hogy kövér egyének nem igen alkalmasak a röntgenezésre. Természetesen a subtilisebb feladatok megoldása elé még más akadályok is gördülnek, melyeket pontosan ismernünk kell, hogy az árnyék félre ne vezessen. Igy első sorban szabálynak kell tekintenünk, hogy a röntgenezést ki kell egészíteniök a betegséget jelző cardinális tüneteknek. Ureter- és vesekő *hamis* árnyékát adhatja a tömör *bélsárrög*, a bordaporczokban gyakran beálló *csontosodás*, a medenczében pedig a szalagokban szintén igen gyakran képződő *elmeszesedett* gócz. A *bélsárkő* árnyéka is az ureter- és vesekő hamis árnyékát adhatja. A tévedés elkerülése végett czélszerű előzőleg hashajtót adni, bár a tévedéstől ez sem mentesít, mert az árnyék mobil vagy stabil viselkedése nem minden esetben megbízható, hiszen pl. az ureterkő egy kis kiöblösödésben fenn is akadhat. A tévedés elkerülése végett pontosan ismernünk kell még az anatomiai viszonyokat. Az árnyék anatomiai helyzete sokszor döntő lesz. Biztonság kedvéért mindig jó, ha rövidebb-hosszabb időközben a röntgenezést ismételjük s a felvett képeket összehasonlítjuk.

Betört *fémműszerek*, *szögek*, *hajtűk* erős árnyékot adnak. Incrustált gummibougiek is elég jól észrevehetők.

A Röntgenezés tehát egymagában a legtöbb esetben nem bír bizonyító erővel; az általa adott eredmény értékesítésekor többnyire a betegség stigmáit kell irányadóknak tekinteni.

*

A hugyszervek bajainak felismerésére irányuló eljárások tehát míg egyrészt árthatnak a betegnek — pl. ureterkatheterezésre pyelonephritissel reagálva —, addig másrészt, ha még hozzávesszük a vizsgálatot esetleg követő sok kellemetlenséget, a lázat, az erős hányást, a shockot, vagy az esetlegesen beálló halált: nem tartom túlzottnak, ha még a jó orvos hírnevének is ártható, eléggé meg nem okolt instrumentalis vizsgálattól óva intem a fiatal s az élet nehézségével küzködő, elég tapasztalattal még nem rendelkező gyakorló orvost.

A subacut és idült fertőzéses izületi lobok gyógyszeres kezelése.

Irta: *Schulhof Vilmos dr.*

A határt, melyet merev elvek vontak a gyógyszeres és physikalis orvoslás között, az utóbbi időkben a gyakorlat emberei mindinkább átlépik, és bármely iskola tanait kövessék is, a józan meggondolás arra vezette őket, hogy első és legnagyobb érdeknek a beteg jólétét tekintsék és ennek megfelelően a physikalis gyógymódokkal foglalkozó orvosok, az ú. n. physiaterek is bizonyos körülmények közt szívesen nyúlnak gyógyszerekhez, valamint a par excellence gyógyszeres kezelés hívei is ma már kiterjedten rendelik a vizgyógyászati és balneotherapiai gyógyeljárásokat. Az utóbbi tény általánosan ismert, az előbbire nézve pedig csak arra kell utalnom, hogy pl. *Winternitz*, a vizgyógykezelés tudományos alapjának megteremtője és sok évtized óta lelkes híve, bizonyos tekintélyes fürdőorvosok számos czikkben hangoztatták kóralakoknál belső vagy külső gyógyszerek alkalmazásá ségességét és ajánlottak egyes szereket, így éppen soraim czímében jelzett bántalmak ellen is nem régen a gaultheria-olajat.

Gyakorlatomban aránylag elég gyakori a subacut fertőzéses izületi lob diagnosisa. A bántalom a legr betegségek közé tartozik, aetiologiájának megállapítása nehézségekbe ütközik, akárhányszor pedig lehetetlen. A nem ritkán köszvényben szenvedőknek tartják, köszv diátát és ivókúrákat rendelnek nekik, pedig sem a jell vényes rohamok, sem a húgysavas diathesis jelei nincse A kezelés tekintetében czélszerű a subacut és idült mód kező izületi lobokat következőleg osztályozni: 1. A beteg egyéb szervekben gümőkóros elváltozások vannak jel izületi lob is gümős fertőzésre gyanus. 2. A fertőzés vagy garatbántalmakkal, esetleg nagy lázakkal járó a hozható kapcsolatba. 3. Az izületi baj gonorrhoeás vagy alapon fejlődött. 4. A fertőzés minősége és a fertőz nem deríthető ki.

Nem czélom e rövid czikk keretén belül részletes jeszkedni az egyes osztályok balneotherapiájára, ez hiva emberek közleményeiből eléggé ismeretes. Csak néhány zést kívánnék tenni arra nézve, hogy a physikalis mellett mily más beavatkozások és gyógyszerek mu esetenkint szükségeseknek és hasznosaknak.

Ha kideríthettük a fertőzés helyét és ott objective ható elváltozásokat is találunk, a helyi kezelést mi foganatosítjuk. Orrbeli és orrmelléküreg-genyedések kezelése, hypertrophiás, gyakori angina-recidivákra hajla silláknál ezek kiirtása, luesnél az esethez mért specifiku szükséges stb. Kimutatható gonorrhoeánál, idült kankós tisnél elengedhetetlen ezek helybeli kezelése. Gümős eg előforduló, idülten fejlődő izületi lob a baj conservati kezelését és a szervezet ellenállóképességének fokozását kus eljárásokkal, klimatikus kúrákkal, gyógykészítmény igényli.

Azon nem köszvényes izületi loboknál, melyeknél logikus momentum nem deríthető ki, a balneotherapiás azelőtt kizárólag fájdalomcsillapító eljárásokkal és gyógy (aspirin, phenacetin, gaultheria, colchicin stb.) támogattál év előtt angol orvosok (*Banatyn* és mások) a szób betegségeket behatóan tanulmányozva, azon meggyőződé tak, hogy azok mikrobás fertőzés képében folynak l okozót közelebbről meghatározni nem tudták, de feltétel az biologice a gümőbacillushoz hasonló. Ezért ily kreosotot kezdtek alkalmazni, sőt *Poncet*, lyoni orvos alakot gümőkóros fertőzésnek tekinti, melynél azonban a s esés illetőleg elgenyedés szaka nem áll be. *Poncet* szint collal kezelte ilynemű betegeit. E közlemények alapjá Bosányi Béla dr., a Szt.-Lukácsfürdő főorvosa, kezdetbe guajacolt adott. Körülbelül hét éve, mikor a guajacolnyek közül gümőkóros bántalmak ellen számos oldalró tak a thiocolt (készítője F. Hoffmann-La Roche et C ő is használni kezdte a thiocolt. Ez vegyileg sulfogua kali, és czéljainkra legalkalmasabban a 0·5 gr.-os paszti jában adagolható. Hatásmódja valószínüleg az, hogy kell ségben a véráramba kerülve, úgy a vérben kering bakteriumokra, mint a szövetnedvekbe jutva a fertőzéses antiseptikus hatást fejt ki. Hasonló magyarázatot ad *So* a kreosot hatásáról gümőkórban, és ő azt kívánja, hogy legalább is 4000-szeres higitásban legyen a kreosot, me csőben végzett kisérletek eredménye szerint ily tö kreosot-oldat öli meg a gümőbacillust. Ily mennyisége a nak illetőleg guajacolnak legjobban thiocol alakjában a szervezetbe, mint a mely nagy adagokban is ártalma szernek tehát nem csak tüneti értéke volna, mint a csillapító szereknek, hanem az indicatio morbinak is n Thiocollal kezelt eseteim közül néhányat, térhiány m nagyon vázlatosan, az alábbiakban közlök.

$1^1/_2$ év óta beteg.

Ez időtájt egyes izületekben, főleg a térdekben és a vállakban észrevehető hőemelkedések nélkül fájdalmak kiséretében duzzadás, majd merevség keletkezett. A baj a szokásos kezeléssel daczolt: aspirin, hideg és felmelegedő borogatások, felszívószerek alkalmazása nem használt, a baj mind gyakrabban kiujult és a fájdalmak annyira fokozódtak, hogy morphium állandó adagolása vált szükségessé, úgy hogy midőn a beteg észlelésünk alá került, az izületi bajon kivül még a morphinismussal is meg kellett küzdenünk. A vizelet rendes. A szokásos iszapkezelés mellett kezdetben fájdalomcsillapító szereket, főleg gaultheria-capsulákat használtunk. A kezelés két első hetében lényeges változás nem állott be; a gaultheriával szemben a beteg nagy ellenszenvvel viseltetett. A harmadik héttől kezdve 3 gr. thiocolt kapott a beteg, mire már rövid idő alatt észrevehető javulás állott be, igy a fájdalmasság jelentékenyen csökkent, a duzzadt izületek apadtak, működésképességük lassanként visszatért. További 4 hét után a combinált balneotherapiai és thiocolkezelés hatása folytán a beteg gyógyultan távozott. Az eredmény ez esetben nagyon szembeszökő volt; a beteg később is folytatta a thiocol használatát s utólagos értesülés szerint nem esett vissza bajába.

2. P. úrnő, 55 éves, 1904 deczemberében jelentkezett. Fél év óta szenved az előző esetben leirthoz hasonló bajban. Köszvény ellen kezelték, noha a vizeletben hugysavas diathesisre utaló elváltozások nem voltak, épúgy hiányzottak a jellegző köszvény-rohamok, bár az izületi bántalomban főleg a kisebb izületek vettek részt. A thiocol a fürdözéssel kapcsolatban itt is kitünő befolyást gyakorolt a kórfolyamatra és 5 heti használat után az izületek betegsége visszafejlődött.

3. Özv. K.-né, 48 éves, 1904 szeptember közepén került gyógykezelésünk alá. Két év előtt állott be a klimakterium. Körülbelül 1 év óta két térdében és jobb bokaizületében idült lobosodása van, mely gondos gyógykezelés daczára sem akart javulásnak indulni. Aspirin és egyéb csúzellenes szerek egész sora, borogatások, ichthyol és egyéb helybelileg alkalmazott külső szerek, Bier-féle visszeres pangás (Martinpólyával) nem vezettek kellő eredményre. A magas termetü nő nagy súlya (kb. 110 kgr.) is hozzájárult ahhoz, hogy járása igen nehezített; minduntalan recidivák jöttek létre. Hosszabb fürdőkezelés, belsőleg adott thiocollal (napi 4 gr.) egybekötve, annyira javitotta a helyzetet, hogy az izületekben az idült lobtünetek majdnem teljesen visszafejlődtek és a beteg nagyobb sétákat is tehetett minden káros következmény nélkül.

4. K. úr, 29 éves hivatalnok. Nemi fertözés nem derithető ki; családjában tbc. nem volt. A tüdők épek. Körülbelül két év óta hol némileg javuló, hol ismét súlyosbodó subacut, néha akut jellegü lobosodások az alsó végtagok majdnem minden izületében és főleg a jobb vállban. Több helyütt az izület ankylotikus. Beteg 1905 szeptember havában másodizben jut kezelés alá, midőn azonnal thiocolt rendeltünk neki. Fürdőkre a láz emelkedése állott be és az erőbeli állapot sem engedte meg az erélyesebb thermalis beavatkozást. Kizárólag thiocollal legalább azt értük el, hogy a láz nem emelkedett 37·8—37·9 fok fölé és hogy az étvágy, közérzet és erőbeli állapot javulásával a beteg ügygyel-bajjal lábra állhatott. A beteget némileg javult állapotban és azon utasitással, hogy a thiocolt továbbra is használja, hazabocsátottuk, a fürdőkúrát a várható erősbödés idejére halasztva.

Nem akarom az olvasót több, a fentiekhez hasonló lefolyású esetem kórvázlatával fárasztani; elég megjegyeznem, hogy e *makacs bajban egyéb gyógyszerekhez képest oly kielégitő volt* a legtöbb esetben *az eredmény*, hogy ezen alapon *a jövőben is ily esetekben a thiocolhoz fogok folyamodni.*

Összegezve a tanulságokat, azt kell mondanom, hogy a betegek a thiocol 2—4 gr.-os napi adagait (4—8 drb 0·5 gr.-os tabletta az egész napra felosztva) heteken, sőt hónapokon át szivesen, minden ellenszenv nélkül vették. Kellemetlen mellékhatásokra vonatkozó panaszokat nem hallottam, az étvágyra a szernek mindig kitünő befolyása volt, a közérzetet minden esetben szemmelláthatólag megjavitotta. Objective kimutatható volt, hogy

tized tokkal alászállítja, hogy a lobtünetek közül főleg fájdalmas pontjainak érzékenységét és a megfelelő hely hatólag melegebb börrészlet hőfokát csökkentette. Pár ezen tünetekkel a megfelelő működésképesség is javult ben jelzett bántalmakban tehát, főleg a beosztásunk csoportjához tartozó megbetegedésekben, a helyesen a balneotherapiás eljárások mellett *a thiocol segélyével a k a beteg munkaképességét hamarabb érhetjük el, a javulás gyorsabb, mint egyéb szerek használatakor vagy gyógyszer nélkül, ezért ily esetekben a kórlefolyás gyorsitására ajánlhatjuk a thiocolt.* Nyilt kérdés marad, vajjon a gésbe kerülő thiocolnak illetve alkotórészeinek csakugya tikus hatása hozza-e létre az eredményt, vagy pedig a beteg közérzetének és szervezete ellentálló képességének hat másodlagosan az izületi folyamatra; a gyakorlat jából azonban e kérdés másodrendü.

Végül még jelezni óhajtom, hogy e gyógysike buzdulva, legújabban azon izületi bántalmakban, főle térd- és bokaizületi lobokban, melyek idült hugycsöka kankós prostatalobosodás folyamán támadnak, és melye gyulási tartama a legszakszerübb fürdő- és helyi kezel is igen hosszú, thiocolt rendelek belsőleg. A kisérletek 1 hónap óta vannak folyamatban, végleges vélemény távolról sem koczkáztatható meg, de egyes esetekben thiocol-kezelésre (naponként 8 drb 0·5 gr.-os tablett gyulás menete gyorsulni látszott és igy némi kilát arra, hogy ezen irányban is eredményt fogunk elérni.

Az otitis media acuta kórtanának mai áll

Irta: *Szenes Zsigmond dr.*, kórházi rendelő-orvos

Az otologia egyes fejezetei a modern orvostan fej keretében külön-külön lényeges átváltozáson mentek át. gyüjtött régi tapasztalatokból merített hamis tételek mindinkább olyanok kerültek, melyek a legszigorubb tu kritikának is helytálló, közelismerést nyert biztosságra csakhamar romba döntötték a régi rosszat, úgy hogy enn csupán a történelmi jelentőség értékével birhat az utókor

Az otologia fejezetei között talán az *otitis me* fejezete az, mely manapság annyira megváltozott, hogy seinkhez még legjobb akarat mellett sem használhat forrásul a régi »classicus« hírnévnek örvendett munkákb takat. A középső fül ezen megbetegedésével foglalk csak azért is háladatos, mert ezen betegségnek kellő i ismerése és helyes gyógykezelése, az esetek legtöbbjéb eredményre vezet; ellenben úgy a fel nem ismerése mi lasztott, mint pedig a helytelenül foganatosított kez a beteg életét is veszélyezteti, vagy legalább is az ill a hallás teljes elpusztulására vezethet.

Az otitis media az *életkor bármely* szakában jelentk vagy mint *otitis neonatorum*, vagy mint *otitis adultor* végül mint *otitis senium* egyaránt okozhat bajt. A k csak első látszatra elkülönült dobüreg a tuba Eustac az orrgarat közvetítésével állandóan hozzáférhető világból bejutó ártalmak részére. *Régente* mindig csak a szerepelt megbetegedésének okozója gyanánt, mi me statisztikai adatokkal is iparkodtak érvelni, hogy ugy megbetegedések számának gyarapodása az esztendő az illetné, midőn a meghüléses betegségek a levegő hőmérs alábbszállása vagy gyakori ingadozása folytán egyáltal rabban fordulnak elő. Ezen elmélet keretébe még az oti azon eshetőségei kerültek, midőn e bántalom *másodl* már régente is »fertőző megbetegedések« czímén ismert b — kanyaró, vörheny, typhus stb. — valamelyikének ményeként jelentkezett.

1880-ban *Loewenberg* párisi fülolvos *Pasteur* in az otitis media létrejöttét *bakteriologiás* úton kezdte és csakhamar mások is ezen irányban folytatták kuta és habár csak hat évvel később kezdték közölni az ményeket, mégis már rövid idő alatt az *otitis media k*

majd legutóbb *Leutert* és *Nadoleczny* kutatásai az otitis media kórtanának lényegét abban összpontosították, hogy az *otitis media bakteriumos fertőzés útján létrejött bántalomnak* tekintendő.

A bántalmat előidéző *mikrobák*, az *esetek különfélesége* szerint, különbözők ugyan, azonban typusos, úgynevezett tiszta esetekben mindig csak egyféle bakterium található és ez úgy a megbetegedett nyálkahártya részéről elválasztott *váladékból*, valamint az esetleg már mélyebben beékelődött *szövetek* részleteiből ki is tenyészthető.

A tiszta esetek mellett természetesen olyanok is vannak, a melyekben többféle mikroba található (vegyes fertőzés); ez azonban nem változtat a kérdés lényegén, és ez idő szerint mégis csak positiv eredménynek tekintendő az, hogy *a tiszta esetek mindegyikében a kórokozó bakterium milyensége szerint jellemző lefolyású kórkép támad.*

Igy tudjuk azt, hogy a pneumococcus okozta megbetegedés *(otitis media pneumococcica)* a dobüregnek aránylag legjobb indulatú bántalma. Ezzel ellentétben a streptococcus pyogenes okozta középfüllob *(otitis media streptococcica)* rosszindulatuságát főleg az jellemzi, hogy agybeli szövődményekhez vezet. A legtöbb szerző szerint a staphylococcus pyogenes albus — a mely különben többnyire mint másodlagos fertőzés létesítője szerepel — okozza azt, hogy a fülbaj idült jelleget ölt.

Lássuk már most, hogy miként történik a dobüreg fertőzése, vagyis hogy miképpen juthatnak a mikrobák a dobüregbe, hogy azután itt az otitis media néven ismeretes kórképet okozzák.

Az ép dobüreget a külső hangvezető felől a dobhártya, az orrgarat felől pedig a tuba Eustachii zárja el, a mennyiben ez utóbbinak hártyás falzata rendes viszonyok között szorosan érintkezik egymással. A dobüregnek megvédéséhez hozzájárul továbbá a tubát kibélelő csillóhám, a mennyiben a csillószőrök mozgása a dobüregből az orrgarat felé irányul s így a mikrobáknak az orrgarat felől való behatolását megakadályozza. Mihelyt azonban az imént említett védekező tényezők valamelyikében változás áll be, a fertőzésnek szabad útja nyílik.

A fertőzés az esetek túlnyomó többségében az orrgarat felől történik, a mi különben már régóta, még a bakteriologiai aera előtti időben is ismeretes volt. Ma azonban azt is tudjuk, hogy a tuba normális helyzetbeli viszonyait megváltoztató mily tényezők nyitják meg a tubát, a melyen át a mikrobák kényelmesen behatolhatnak a dobüregbe és ha itt a nyálkahártyán talán már előkészített kedvező talajra is találnak, jellegük szerint változó kóros folyamatot indítanak meg.

A tuba megnyílhat *erőltetett orrfuvás* folytán; megnyílhat az orvos részéről végzett *légbefuvás* következtében; megnyílhat *orrzuhany* alkalmazásakor. Néha elkerülhetetlen *orrgaratbeli gyógybeavatkozások* is okozhatják a tuba izomzatának fokozott működése folytán a tuba átjárhatóvá válását. Ezen eshetőségek mellett természetesen annál könnyebben fognak mikrobák a dobüregbe behatolni, mennél nagyobb számmal vannak jelen, így például akkor, ha az orrban vagy a garatban lefolyó fertőzéses eredetű bajjal állunk szemben. Ilyen esetekben természetesen a lehetőség szerint kerülnünk kell mindent, a mi a tuba izomzatának fokozott működését, illetve a tuba megnyílását eredményezhetné.

A *gyermekkor* első idejében a tuba nyitottabb s azért ezen korban könnyebben is hatolhatnak mikrobák az orrgaratból a dobüregbe; a legtöbb esetben ez az oka annak, hogy a gyermekkorban gyakran találkozunk a középső fül lobjával.

Jóval ritkább dolog az, hogy a mikrobák a nyirok- és vérerek útján jutnak a dobüregbe és itt lobos folyamatot okoznak.

Az otitis media fertőzéses eredetét azon súlyos esetek is bizonyítják, a melyekben a folyamat a kellő időben megindított észszerű kezelés ellenére is egészen *typusos*, illetve *cyklusos* lefolyást mutat, ép úgy, mint a hogy azt a fertőző betegségek legtöbbjében látjuk, például pneumoniában. Ezen bajnak bizonyos időkben nagyobb számmal jelentkezésével párhuzamosan az otitis media-esetek is megszaporodnak, a mint azt magam is tapasztaltam.

Az otitis media tehát fertőző betegség lévén: a gyógyításnak is első sorban a fertőzés ellen kell irányulnia. Meg kell tennünk mindent a megtörtént fertőzés leküzdésére, de meg kell akadá-

nagyobb gonddal kell kezelni, mert — úgy, mint minc
bajban — váratlan fordulat súlyos következményekkel
tekben is beállhat.

A bakteriologiai kutatásoktól mindenesetre még
hatunk az otitis media kórtanát illető, még homályos p
derítésében, valamint ezen bántalom észszerű kezelé
lesztésében.

Közlemény a budapesti Jenner-Pasteur int laboratoriumából.

A lépfene seruma, tekintettel annak jelentő hazánkban.

Irta: *Detre László dr.*, egyetemi magántanár, az intézet

Jelen munkámban egyrészt azokat a lépfeneellenes
vonatkozó theoriás és gyakorlati munkálataimat fogla
a melyeket a vezetésem alatt álló intézetben már ötödil
tatok, másrészt statisztikai alapon igyekszem megoldani
dést, vajjon mily fontossága van és lehet a jövőben az
fenének gyógyítása tekintetéből a lépfeneserumnak.
híven tehát munkám két részből áll: az elsőben a lépfe
szóló mostani ismereteinket általában és az általam elő
rumnak tulajdonságait, erősségét s az azzal eddig főleg
végzett kisérleteim eredményeit foglalom egybe, a m
általálában járványtani és általános hygienikus szempon
a hazai lépfeneviszonyokkal foglalkozni.

I. rész. A lépfene seruma.

A lépfeneserum története. A lépfeneserum elsc
Sclavo volt, olasz tudós, a ki kb. 10 év óta szakadatlan
e kérdéssel és kinek köszönhető, hogy a szakkörök fi
világszerte reáfordult a lépfene serumának kérdésére.
22-én az olasz belgyógyászati kongresszus Rómában
ülésén számolt be első ez irányú kisérleteiről, melyeket
végzett volt. E lépfene iránt igen érzékeny állatokat in
virulens lépfenecsirák nagy mennyisége ellen s azután
kat vevén vizsgálat alá, annak 5—10 cc.-ével 12 órával
injectio előtt virulens culturával fertőzött nyulakat
menteni a biztos haláltól. Sclavo már akkor kifejezte
nyét, hogy a serum az emberek és állatok lépfenéje elle
lesz felhasználható.

Marchoux (Annales Pasteur 1895) Sclavotól függe
gozott hasonló irányban és hasonló eredményre jutott
zált nyulai 20 cc.-t birtak el a virulens tenyészetből
rumának 9 cc.-e megóvott más nyulakat a különben 2—
halálos lépfeneadag ellen. Immunizált juhokból nyert
e hatást már 1 cc. mennyiségben mutatta. A gyógyít
M. nem bízott annyira, mint Sclavo, a ki azonban II. k
ben (Rivista d'igiene 1896) szintén látta, hogy erős virus
még gyenge serumával bizton védeni nem volt képes, a
nyulainak legnagyobb része az ellenőrző állatot csak 4
élte túl. Igy járt eleinte *Sobernheim* is (Zeitschr. f.
XXV.), a ki szintén igen erős virussal kisérletezett; k
ban (Berl. Kl. Woch. 1897.), nyilván már Sclavo ha
Sobernheim újra felvette az elejtett fonalat, és a lépfer
juhokra való hatását vizsgálva, azt tapasztalta, hogy
a serumból a juhokat a különben két nap alatt halálos
biztosan tudja mentesíteni.

Időközben (Rivista d'igiene 1898. No. 6.) Sclavo
kolvarban szenvedő, egészen kedvező eredménynyel v
gyító kisérletéről számolt be Turinban és egyben kimu
a serum nyulakra összehasonlíthatlanul erősebben hat
mint a bőr alá való fecskendés útján, továbbá, hogy
állatul kitünően felhasználhatók a szamarak, majd p
a melyeknek serumából 1—2 cc. a nyúl fülvenájába fe
megóvja ezt a virulens tenyészet ellen. Ez erőteljes seru
d'igiene 1899. 22—23.) már 10—50 cc. intravenásan
subcutan adagolva, megmenté a kisérleti juhokat.

(1 egész agarcultura per os!) meg tudta menteni.

Ez időtájt lépett fel negyediknek *Mendez* Buenos-Ayresben (C f. Bakt. 1899. 26. k.), a ki lovakból, öszvérekből és szarvasmarhákból nyert lépfeneellenes vérsavónak ½ cc.-ével a tengeri malaczot is meg tudta védeni a sokszor halálos méregmennyiség ellen. E serummal már 1898-ban *Lemos* dr.-ral együtt 6 pokolvaras egyént gyógyított sikeresen és 1899-ben 25-re emelkedett kezelt eseteinek száma, a melyekben 20—40 cc. vérsavóra (subcutan) a láz csökkent, az oedemás daganat elmult és teljes gyógyulás állott be. Seruma a 4 nap alatt halálos virus ellen a nyulat 1 cc. adagban meg tudta védeni; valamint ojtási lépfenében megbetegedett szarvasmarhák szervezetére is kedvezően hatott be.

Sclavo (Berl. Kl. Woch. 1901. 18. és 19.) újabb kisérleteiben megerősítette eddigi ereményeit. Gyógyító kisérleteket végzett juhokon, a melyeket seruma 5—10 cc. adagban a különben 1½ nap alatt halálos virus ellen meg tudott védeni, sőt 12 órával a fertőzés után 10 cc. még két állat közül egyet, 24 órával a fertőzés után 40 cc. egy állatot megmentett, melynek vérében már ki tudta mutatni a lépfene bacillusait. Ez alapon kiterjedt kisérleteket kezdett embereken és nemsokára (Grocco flórenczi tanár klinikáján) olyan kétségbeejtő esetekben is sikerült gyógyulást elérnie, a hol a vérben a bacillusok már ki voltak mutathatók. Ez eredményeiről alább bőven lesz szó, a mint hogy azóta (tehát kb. 4—5 éve) Olaszországban a Sclavo-féle serumot kiterjedten alkalmazzák.

Sobernheim egy-két év óta Halleben, a Merck-féle gyár kezelésében, külön telepen állítja elő serumát, még pedig lépfene ellen immunizált lovak, marhák és juhok serumát keveri, mert így állítólag a serum hatása biztosabb. E serumot főkép marhák immunizálására alkalmazza részben Európában, jórészt azonban Argentiniában, az ú. n. serovaccinatio alakjában, a mely 1902-ben publikált módszer (Berl. kl. Woch. 1902. 22.) abban áll, hogy az állat egyik oldalába 5—10 10 cc. serumot, másik oldalába 0·5 cc. kissé szelidített (Pasteur II. vaccinjének virulentiájával bíró) lépfenekulturát fecskendez be. E kísérletek nehány balesettől eltekintve, úgy látszik, elég jól váltak be.

Saját vizsgálataim. Magam 1901 tavaszán kezdtem meg a lépfeneserum tanulmányozását. Az immunizálás czéljára az általam vezetett intézet lótelepén 2 lovat és 4 szamarat állítottam be és azokat rendszeres kezelés alá vettem. Kiderült, hogy ez állatok egyaránt jól reagálnak, talán még a szamarak hamarabb adnak jó serumot, de technikai okokból csak a lovakat tartottam meg és ma ezekből nyerem a serumot. Az *immunizálást* akként hajtottam végre, hogy a szelidített bacillusokat (I. majd II. vaccin), majd virulens kulturának fokozódó adagait injiciáltam az állatok bőre alá, fölmenve végezetül ½ liter virulens leveskultura egyszerre való injectiójáig. Egy lovunk (»Szellő«) immunizálási menetét a köv. táblázatban foglalom össze:

I. 1901.	V. 30.	0·20 cc. I. vaccin. Reactio nincs.
II.	VI. 11.	0·20 cc. II. vaccin. » »
III.	VI. 21.	1·2 cc. II. vaccin. Másnap kis oedema, mely harmadnapra eltünt.
IV.	VI. 26.	5 cc. II. vaccin. Másnap csekély oedema.
V.	VII. 3.	½ platinkacs 20 órás virulens agar kultura. Másnap lúdtojásnyi oedema, mely 2 napig állt fenn.
VI.	VII. 8.	2 kacs virulens kultura Másnap gyermekfejnyi oedema; tartama 3 nap.
VII.	VII. 15.	1 egész agar kultura; 2 napon át láz, 3 napon át oedema.
VIII.	VII. 22.	1 egész agar kultura; 2 napon át láz, 2 naponig át oedema.
IX.	VII. 30.	1 egész agar kultura; csekély láz, 3 napon át oedema.
X.	VII. 8.	40 cc. 2 napos leves kultura. Erős láz; 2 napig oedema.
XI.	VIII. 27.	60 cc. 2 napos leves kultura. Két napig láz és oedema.
XII.	IX. 20.	120 cc. 2 napos leves kultura. Két napig láz és oedema.
XIII.	X. 10.	200 cc. 5 napos leves kultura. Egy napig láz, három napon át oedema.
XIV.	XI. 24.	300 cc. 2 napos leves kultura. Másnap a ló egész oldala oedemás, erős láz. XI. 27. normális.
XV.	XII. 19.	**500 cc.** 2 napos leves kultura. Másnap 39·6, rengteg oedema, igen beteg. XII. 21. változatlan XII. 22. javul. XII. 26. normális.

lázban és oedemában, meg néha muló betegségben. Érdekes, hogy a már immunizált állatban az injectiók kező oedemás daganatban a bacillusok górcsövi v valamint kulturával napokig (3—5 nap) mutathatók lassan mennek tönkre, a nélkül azonban, hogy vi gyöngülne. Egy esetben 5 nap mulva egy platinkacsn nedvből még kb. 200, teljesen virulensnek bizonyult lé tenyésztettem ki agaron. A górcsövi készítményből ki a phagocytosis csak közepes, a legtöbbje a befecskende nak extracellularis úton pusztul el, metachromasiás rálódva. A bacillusok nyálkásan elfajulva teljesen f miközben részben myelincseppekhez hasonló képletek nak át.

Tárgyaljuk ezek után azokat a módszereket, *a lépfeneserum erősségének kisérleti megállapítására*

A bakteriumellenes serumok hatása függ 1. 2. a fertőzés helyétől, 3. a kísérleti állat fajától és eg donságaitól, 4. a serum alkalmazása módjától (hely, serum mennyiségétől. E tényezőket mind tanulmány kellett tennem.

Sok kísérletezés után oly fertőző virusban állapo mely nem túlerős, a mennyiben az 1½ kilós nyulat adagolva, 2—2½ nap alatt öli meg. A használt kulturán nak köszönhetem) eleinte $^1/_{10}$ kacsnyi mennyisége e követelménynek, később a virulentia leszállt, úgy hogy adagban alkalmaztam. E virusnak nagy (½ kilós) m alá, vagy hasürébe ojtása után a halál 1—1½ nap mu *A fertőzés helye a nyúlra nézve a bőralatti kötőszövet nézve* a viszonyok mások. Ez állatoknál, mint tap a serum a bőr alól szabálytalanul szívódik fel, s ezért *a hasürbe fecskendezem; de ekkor aztán a virust is a h bevinni*, mert *az érzékeny malacz a lépfenebacillust csak tákban gazdag helyen tudja legyőzni, a minő a hasür. nyulaknál a fülvenába fecskendezem*, mert a bőr alá nem ad kellő képet a serum erejéről. Még ha a serumot helyére viszszük be, akkor is kedvezőtlen az eredmény localisan a fertőzésnek nyomát (pl. oedema) nem találju belső szerveinek lépfenéjében elpusztul. Magam Sclavo az intravenás befecskendésnek föltétlen híve vagyok, mer tengeri malaczok kísérletes fertőzésekor a szervezet és a c küzdelem már pár óra mulva áttevődik a belső szervekbe mal át kell itatni úgy szólván a belső szerveket, a n véráram útján lehetséges; e szervek pedig: a mirigy és főleg a lép, a melyekben (pl. a kiirtott mirigyekben i a bacillusok golyós és nyákos elfajulásának remek k olyankor találni, a mikor a serumnak *épen elegendő* m fecskendezzük be a venába, a mikor az állat napokig be hogy végre kiheverje baját.

A serum alkalmazásának idejére nézve legajánla tartom a serumnak 18—24 órával *a fertőzés előtt való b zését*; a keverés módszere, továbbá az egyidejüleg, de kül való injiciálás kevésbé alkalmatos. Legkevésbé ajánlha módszert, mely a serum gyógyító erejének mértékél keztet annak hatásosságára, mert a gyógyításban n serum, hanem a kezelendő állat egyéni tulajdonságai is sz

Módszerem tehát ez: *Először is megállapítom a vi a mennyiségét, mely a 1½ kilós nyulat 2—2½ nap* rövidebb idő alatt) megöli. Ez adat birtokában *ren* 6 órakor *egy sorozat nyul fülvenájába befecskendezem a s zatos mennyiségét* (pl. 1. 2, 5 cc-t), *és másnap délben bő tőzöm* a levesben elosztott *titráló virus megállapított adag* feledkezve meg a többinél lehetőleg nagyobb kontro mely serumot nem, csak virust kap. A serumos állatok rövidebb ideig túlélik a kontrollt, esetleg életben n *a legkisebb serumadag, a mely a nyulat bizton megóvja adja meg a serum titerét.* Egy jól sikerült sorozat jegy példaképen közlöm:

»Szellő« seruma 1901. nov. 14. Állat: nyúl. Serum a fertőzés előtt a venába. Virus=½ kacs. 24 órás kul levesben. Datum: 1901. decz. 1.

szám.				
57.	2000 g.	kontroll	I. nap **40·5°** II. » 38·3°	+ 2½ nap. Rendes bonczlelet.
58.	1700 g.	0·5 cc.	I. nap 39·0° II. » 39·0° III. » **39·8°**	+ 3⅞ nap. Lokalis bubo; oedema nincs, nagy lép.
59.	1700 g.	1 cc.	I. 39·2° IV. **39·5°** II. 38·7° V. 38·8° III. 38·9° VI. 39·0°	Életben maradt.
60.	1500 g.	2 cc.	I. 38·9° IV. **39·8°** II. 39.0° V. 39.4° III. **40·0°** VI. 39·4°	Életben maradt.

A III. és IV. nap beálló hőemelkedések tanusítják, hogy a nyulak a belső szervek infektiójából csak nagy lázas reaktió árán menekülnek meg, mert e láz folyamata alatt az injektió helyén semmi oedemás daganat nem észlelhető, úgy hogy a belső szervek fertőzését kell okvetlen felvennünk.

Legjobb serumszámaim erőssége (szamárból) 0·5 cc volt; különben a lovak serumának titere ma is 4½ évi folytonos kezelés és vérvétel után 1 és 2 cc közt ingadozik és e tekintetben teljesen egyenrangú Sclavo legjobb serumszámaival. *Malaczra nézve erőssége olyan, hogy* 3—5 *cc.* 3—500 *gm súlyu malacz hasürébe beoltva képes azt a* 24 *órával később a peritoneumba bevitt és a kontroll-malaczra kb.* 1½ *nap alatt halálos virus ellenében megóvni.*

A serum gyógyitó képességét is kipróbáltam *nyulakon*; láttam, hogy még 1¾ nap mulva is meg tudja az 1 cc titerü serum 10 cc.-e menteni az állatot. A láz leesik és az oedemában levő tokos bacillusok a serum hatására szétfolynak, nyálkásan degenerálódnak. E nyálkás degeneratio kis fokban már a normális lépfenoedemában is észlelhető, de nagyobb mértékben csakis a serum ható anyagainak a szervezet normális védőanyagaival való együttműködése következtében jő létre. Marhákon és embereken végzett gyógyító kisérleteimről alább lesz szó.

A serum leirt titrálási módját már 4 év óta folyton alkalmazom, és állithatom, hogy megbizható eredményeket ad, mi annál is inkább figyelemre méltó, mert pl. *Schubert*nek (Inaugur. Dissert. 1903. Giessen), valamint *Sobernheimnak* biztos titrálási módszermegállapítása nem sikerült (D. m. Woch. 1904.) Sobernheim pl. 6 nyulat vesz egyszerre; 1 kontroll, a többi fokozatos adagait kapja a serumnak pl. (2—6 cc) a venába és 1½ órával rá a kulturát ($^1/_{10000}$ oldat) a bőr alá. Szerinte a sorozatban mindig van bizonyos fokú szabálytalanság és ezért ő azt a serumot vallja jónak, a melylyel kezelt állatok közül 2—3, *a dosistól függetlenül*, életben marad. Az én eljárásom jobb eredményei talán a virusnak csekélyebb, de állandó erősségével vannak kapcsolatban, mert oly szabálytalanságok, minőkről Sobernheim panaszkodik, nálam igen ritkák. Ha a nagyobb serumadaggal kezelt nyúl elpusztul, a kisebbel kezelt még életben marad, úgy a sectiónál rendesen megtaláljuk a kérdéses állat csekélyebb ellenállásának magyarázatát egyéb (tbc., coccidiosis, férgek) betegségekben. A mely állat a 7. napot megéri, aztgyógyultnak számítom, mert e napon túl a halál rendesen bénulásos tünetek közt áll be, a melyeket a bacillusok kiszabadult és nem közömbösített plasmás mérgei (toxonok, vagy endotoxinok) hatásának tudok be. Egy kis gyakorlat megadja ilyen kétes esetekben a kérdés elbirálását.

F. év február havában Ehrlich tanár frankfurti intézetének, mint a mely a lépfeneserum titrálásának kérdésében Sobernheim álláspontján állott, Ehrlich tanár ez irányú kérésére átengedtem kulturámat és 2 cc titerü serumom egy próbáját, megadva a szükséges útbaigazítást. Az eredmény (Ehrlich tr. magánlevele 1905. V. 2.) ott is ugyanaz volt, mint nálam: 2 kontroll +2½ nap alatt, 2 állat ā 1cc serum 2½ és 4 nap alatt pusztult el. a 2cc-es 2 állat közül az egyik megmaradt, a másik 8 nap alatt pusztult el, a mi már méreghalálnak tekintendő. Különben a módszer jóságát jellemzi az a tény is, hogy alkalmazásával lépésről-lépésre lehet követni a serumadó állat savójának tulajdonságait az immunizálási időszakban is, de azután is, a mikor az állat már jó savót szolképességét állandó erősségben megtartjuk, mert hisze hogy a rendszeres vérvétellel az ellenanyagok jó részét sen eltávolítjuk, és bizonyos időszakokban új ingerre va hogy az állat testét új védőanyag-termelésre i Igy láttuk, hogy már 2—3 hónapi kezelés után a serum után 3 cc, fél év után 2 cc az állat vérsavójának titere is már felhasználható. Figyelembe veendő, hogy később *egyes utóinjectio kb. egy hétre teljesen lenyomja a se erejét*, sőt olyankor, a mikor az injectio okozta oedema áll, a serum toxikus is lehet, t. i. az ellenanyagokat a felhasználják, ellenben mérgeikkel telítik a vért. Ezen ú *tiv phasis*« ismerete nagyon fontos, mert világos, hogy czélra csakis ennek elmultával (kb. 14 nap) vehető a serum, akkor t. i., a mikor az ellenanyagok reparáló méreghatás is elmult.

A *lépfene mérgeinek jelenlétét*, bár azok előállítása sikerült, okvetlen fel kell vennünk. Ezek, mint említ toxinok, azaz a bakteriumok plasmájának belső mérgei, kifelé nem választatnak ki. Azonban egyfajtájú mérg sikerült a lépfenebacillusnak még életében kimutatnor *haemolyin, a véroldó méreg*. Már régen ismeretes, ho fenében elhullott állat vérének vérsejtjei igen rongál az állat vérplasmája vörhenyes, és a górcsövi vérképber a szabad törmelék és metachromasiásan festődő szer *Fadyean)*, ehhez hozzávéve azt, hogy bizonyos eset epehólyag rendkívül telve van sötét barnapiros epével és lép endothel phagocytái zsufolásig megteltek vérrö laedált erythrocytákkal; mindebből azt a következtetés le, hogy a lépfenebacillus mérgei közt haemolysinnek pedig erősen szerepelnie. Tényleg véragar-lemezeken embervér) a bacillusoknak, még pedig úgy az I. és II. mint a virulens anthraxnak tenyészete körül már 24 fellép egy világos öv, mely 3—4 napig nagyobbodva, eg szélességig nő és körülveszi a kulturát. Ez az átlátszó öv lysin által feloldott vérsejtek öve. Ha a bakteriumo hétig tartjuk leves-tenyészetükben 37°-on, akkor a ba nagy része feloldódik, és a *másik fajta méreg*, a pares érfaldegeneratiót és vérzéseket okozó *endotoxinok*, me az Ehrlich-féle toxinokkal azonosítok, szabadulnak ki tokban, *Kentzler* dr. urnak eddig kiadatlan histológiai tan szerint, a gerinczvelő egyes kötegeinek typusos deg észlelhető. E mérgeknek neutralizálására körülbelül k serumadó állataim testébe bizonyos időközökben (1—2 csak friss, de ilyen autolysált, régi toxicus kulturákat i dezek be: és nem tartom lehetetlennek, hogy azok a ményeim, a melyeket ez idő óta az állatok gyógyításába a serumnak valamelyes antitoxicus képességére vezetend Alapítom e véleményemet arra: 1. hogy míg az 19 kezelt állatok közül némelyek még hetek mulva ka (toxinhatás) elpusztultak, addig két év óta a serum te gyulást eredményez minden utókövetkezmény nélkül. a serum bevitele után, mint látni fogjuk, a kezelt ál mérséklete pár óra alatt tetemesen leszáll. Nem ta azonban, hogy azon ma általános elfogadottnak látszó tét (l. *Wolff* C. f. Bakt. 1904.), miszerint az endotoxinok ell vezet ellenanyagokat nem termel, vagy, hogy saját lógiámmal éljek, *az endotoxinok nem antigének*, az a m is megállja a helyét, hogy az antitoxicus hatás nem a eredménye, hanem egyszerüen a serum által kivált phagocytosisé, a melynek hatása alatt a sejtekbe bek tériumok mérgeiket nem projiciálhatják be a nedvk hanem azok a sejteken belül maradnak. Ez eszmemenet arra a kérdésre vezet bennünket, hogy *a lépfeneserum sokkal rendelkezik a bacillusokkal szemben?* Mely tul képesítik erős hatására?

E kérdés eldöntésére az 1901. és 1902. évben kiter leteket végeztem, a melyek eredményeit a »Jenner-Paste 1903. évi beszámolójában« tettem közzé. E kisérletek a következő eredményre vezettek. (L. Orvosi Hetilap 1 előzetes közl.)

2. A serum a kultura szüretében csapadékot hoz létre, tehát *praecipitint* tartalmaz.

3. A serum *nem bactericid* természetű, azonban benne egy *anthraxbacillus-ellenes anyag* mutatható ki, a mely affinitással bir a bacillus iránt, és azt a szervezet alexinjével szemben (complement) érzékenynyé teszi. Ez ellenanyag kimutatása in vitro a Bordet-Gengou-féle sensibizálás módszerével sikerül, mely azon alapul, hogy a hevített lépfene-serummal kezelt lépfene-bacillusok más friss vérsavó haemolytikus complementjét magukhoz ragadják. In vivo (nyulban és malaczban) az ily módon sensibilizált, ellenállásukban gyöngült bacillusok részben a máj, a lép, a csontvelő, a vérerek endothel-phagocytáinak áldozataivá lesznek, részben az injekczió helyén és a táji nyirokmirigyekben extracellularis módon pusztulnak el, miközben a nyálkás megduzzadásnak és golyós elfajulásnak jellemző képét nyujtják. A belső szervek endothel-phagocytáiban tönkremenő bacillusok polychrom methylenkékre jellemzően élénk ibolyavörösre festődnek, és ily módon feloldódásuk termékei még később is kimutathatók, a mennyiben később a sejtet magát metachromasiás festődésüvé alakítják át.

Több, itt nem részletezhető kisérlet szól a mellett, hogy ez anyagokon kívül *leukotoxin* (= a *Bail*-f. aggressin) theoriámnak megfelelőleg, mely a virulentiát a bacillusok által valódi toxinként az állattestben kiválasztott fehérvérsejtmérgekre, leukotoxinokra vezeti vissza, a serum *antileukotoxint* is tartalmaz, mely e mérgek neutralizálásával közvetett uton járul a phagocytosis élénkítéséhez hozzá. Vajjon a serum egyébként is *anti(endo ?)toxicus*-e, azt, mint fentebb említém, ma még bizton nem dönthettem el. Nem tartom lehetetlennek, mert éppen az ujabb időben *Pirquetnek*, a seruminjekczió káros következményeire, az ú. n. a serumbetegségre vonatkozó észleletei a mellett szólnak, hogy igenis endotoxinok ellen is termelhet a szervezet bizonyos különös tulajdonságokkal biró, de valódi ellenanyagokat.

A lépfeneserum hatása lépfenés háziállatokra. Természetes dolog, hogy a serum csak lassan-lassan tudott bizonyos elterjedésre szert tenni. Oly sulyos betegségről lévén szó, mint a lépfene, melynek természetes gyógyulási aránya a Hutyra-féle Évkönyvek idevágó adatai szerint az 1898—1902-ig terjedő öt év alatt lovaknál 1·6, marháknál 3·0 és juhoknál 1·8%-ot teszen ki, nagy bizalmatlansággal fogadták a gazdák és állatorvosok az uj szert.

Azonban már *1902 őszén* sikerült egy addig 100% mortalitást mutató és 10—14 óra alatt halálhoz vezető járványban egy aránylag gyenge (5cc titerű) serumnak napi 30 cc-es és kb. 120 cc. összadagjával *9 állat közül 6-ot megmentenem* és a többi állat életét is 3—4 nappal meghosszabbítanom. Egy más izben a megbetegedés első 12 órájában eszközölt 20 cc-es serumadag két, már 41°-os lázat mutató állat életét mentette meg.

Az 1903-tól az 1904. év végéig végzett gyógyítási és immunizálási kisérletek száma már elég tetemes volt arra, hogy a beérkezett jelentések alapján a serum adagolásának, alkalmazásának, az injectio alkalmas időpontjának megválasztására vonatkozó következtetéseimet egy terjedelmesebb czikkben bocsássam közzé, mely munka a Hutyra főiskolai rektor és Rátz professor szerkesztésében megjelenő »Állatorvosi Lapok« 1905. évi márcziusi számában jelent meg. E munkában 46 észlelőnek tapasztalatai vannak feldolgozva. A lépfene-serummal gyógykezelt *95, természetesen lépfenében megbetegett állatról* (88 szarvasmarha + 7 ló) érkezett jelentések szerint ezek közül *gyógyult 62 = 65%, elhullott 33 = 35%*.

Következtetéseimet a következő pontokban foglalom össze:

1. A lépfene-serum a természetes és ojtási lépfenének hatásos gyógyszere.

2. A betegség első 12 óráján belül kellő mennyiségben (20 cc) subcutan vagy venába fecskendezett lépfene-serum a beteg marháknak és lovaknak kb. kétharmadát meggyógyítja. A gyógyulást két tünet vezeti be: az egyik a hőcsökkenés (1·5—2°), a másik az étvágynak és közérzetnek pár óra alatt beálló javulása. Ha e három tünet 10—12 órán belül nem következik be, még 1—2 20 cc-es adag adandó az állatnak, lehetőleg vénába. A 12 óránál régibb idő óta beteg állatoknak még mindig több mint

3. A serum erős védőhatás kifejtésére is képes, i
akkor is érvényesül, a mikor az állomány már erősen
A 464 serumos védőojtásban részesült állatról beérkez
tések szerint 10 cc. serumnak bőr alá fecskendése után a
nak több mint 99%-je ment marad kb. két héten át a
és az egy-két állatnak serum daczára fellépő megbetegedé
enyhe, gyógyulásra vezető tünetek alakjában jelentkezik
vező eredmények, melyek minden várakozásomat feli
felhivták az ország figyelmét a lépfene serumára, ugy ho
használata egyre jobban terjedt. Már a m. évi szeptember
megtartott *állatorvosi congressus kórtani szakosztályába*
fene serumról megtartott előadásomban *162 serummal*
esetről számolhattam be, a melyek közül *meggyógyult 125*
elhullott 37 állat = 23%. Összes eredmény 1902 okt. — 190
257 lépfenében megbetegedett állat közül lépfene-serumos
(20 cc. 1—2—3-szor subcutan) *meggyógyult* 187 *állat*
elpusztult 70 állat = 27%. E számadatok alapján *a szarv*
és lovak lépfenéjét ma a gyógyitható betegségek közé soroz

A lépfene-serumnak a leirtakban egybefoglalt kimer
mányozása után elérkezettnek láttam az időt, hogy az en
fenének tanulmányozásába fogva, vizsgáljam, milyen je
lehet az uj serumnak *hazánkban az emberi lépfene szem*
Ez irányú, részben statisztikai vizsgálataimról január
számoltam be a Kir. Orvosegyesületben tartott előadás
melynek nyomán áttérek a hazai emberi lépfene-haláloz
nyok tárgyalására.

II. rész. A lépfene elterjedése hazánkban.

Az emberi lépfenének morbiditási és mortalitási sta
Magyarországra nézve eddig feldolgozva nincsen. Feltünő
mily kevésre becsülték nálunk e betegség jelentőségét
kevéssé ment át az orvosi köztudatba az emberi lépfe
lyességének ismerete; még a nép hygienéje iránt igazá
lődők között is azt a véleményt fogjuk adandó alkalommal
ről hallani, hogy jelentősége a többi fertőző betegségekh
nyitva csekély. A mikor évek előtt a lépfene-serum
lalkozni kezdtem, magamnak is főképen az a czél lebeget
előtt, hogy a serum tanulmányozásával és gyógyító-se
állításával elsősorban Magyarország nemzeti vagyonán
óvásában akarok közreműködni és a minimumra csö
kivántam azt a nagy értékpusztulást, a melyet a háziálla
a védőojtások elterjedése daczára pusztító lépfene ok
mellesleg gondoltam arra, hogy a magyarországi »néhány
lépfene-halálesetek számát csökkenthetném. Mert ha
tényleg rendkívül nagy értékek pusztulnak el évente
folytán; ebben több tényező működik közre: részben
kosok nemtörődömsége, a kik állományukat a zár elől
megmenteni, eltitkolják a lépfeneeseteket és a hatósá
lépést, hatásos desinfectiót, a hullák ártalmatlanná tét
akadályozva vagy meghiusítva, indolentiájukkal a tal
legelőknek lépfenés fertőzését előmozdítják. Részben meg
az a körülmény is, hogy bár a lépfene-ellenes védőoj
hatásossága Pasteur halhatatlan felfedezése óta ma már úg
átment a köztudatba, mégis igen csekély része a hazai állo
kerül beojtásra. Az 1897. évi általános mezőgazdasági s
adatai szerint hazánkban a mondott évben volt 6,738.25
8,122.681 juh, 2,282.028 ló, ezek közül pedig évi
3—400.000 marha, ugyanannyi juh és 20—30.000 ló ke
tásra, azaz az egész állománynak csak kb. $^1/_{20}$ része. I
érthető, hogy aztán a Hutyra-féle évkönyvek illető adat
hazánkban a következő számú állat pusztult el 1898
lépfenében.

1898-ban	216	ló	1888	szarvasmarha	11
1899-ben	245	»	2053	»	6
1900-ban	195	»	2215	»	7
1901-ben	410	»	4348	»	18
1902-ben	374	»	3895	»	4
Összesen	1440	ló	14399	szarvasmarha	47
Évi átlag	288	»	2880	»	9

káros állatzár elkerülésére sok esetet be sem jelentenek, tehát a valóságos elhullás még sokkal nagyobb. Átlagban legalább is két millió koronára tehető az a kár, a mit a lépfene-betegség nemzeti vagyonban évente ejt hazánkban! Távol vagyunk még attól az ideális állapottól, a milyent pl. Németország teremtett, a mikor szigorú rendszabályokkal intézkedik a lépfenében elhullott állatok hullájának, mint a betegség főforrásának, eltakarításáról; nálunk még mindig elenyésző kis száma a lépfenés dögöknek kerül a tetemhamvasztó máglyára. Legtöbbjét a kárvallott gazda maga ásatja el, nagy titokban, kertjébe, esetleg a dögtéren vermeli el, miközben az állati test természetes nyilásain kiserkedő vér kicsepeg, a dög szállítása közben elhurczoltatik, reátapad a véle foglalatoskodók csizmájára, fertőzi a füvet, az avart, a talajt. A hol a lépfene-bacillusokat tartalmazó vér napfénytől kissé védett, nyirkos helyre (fűgyökerek, sáros levelek közé) kerül, ott a bacillusok elszaporodnak, fertőzik a talajt, majd az oxygén hatása alatt szépen sporulálnak és a sporák beszáradva, évekig nyugodhatnak, míg ismét a füvel, szénával, porral belejutnak az állatok bélcsatornájába és fertőzik azt. Hihetetlen nembánomságot tapasztalhatni éppen a prophylaxis szempontjából egyes, elmaradottabb vidékeken, mely hanyagság aztán kifejezésre jut, mint látni fogjuk, az emberi lépfenés esetek geografiai mortalitás-statisztikájában is. (Megjegyzem mindjárt, hogy az állati lépfenének pathogeniájat és járványtani viszonyait azért tárgyalom e helyen részletesebben, mint az emberorvosi munkákban dívik, mert a statisztika tanulmányozása rávezetett annak ismeretére, hogy hazánkban az emberi lépfene ragályozása szoros összefüggésben van az állati lépfenével. Látni fogjuk, hogy míg egyéb országokban (pl. Olaszország) az emberi lépfene főleg az ipari munkások között lép fel, olyan vidékeken, a melyeknek virágzó bőr-, szőr-, sörte- stb. iparuk van, a nagy gyárak agglomeratiójának táján, pl. Lombardiában, addig minálunk az ipari czentrumok meglehetősen mentek a lépfenétől, mely inkább a hegyvidéki állattenyésztéssel foglalkozó nép között szedi áldozatait. Ha szabad ezt a megkülönböztetést használnom, nálunk az emberi lépfene »mezőgazdasági,« más országokban inkább »ipari« eredetésű.)

A gazdák közömbössége, és sok helyütt vétkes hanyagságának illusztrálására, hadd említsem fel azt az abusust, a mely nem ritka, és mely abban áll, hogy sok vidéken az állattulajdonos, ha a kórkép fulmináns voltából és az állat elesettségéből a lépfene kórismèjét maga megteszi, nem hivat állatorvost, hanem titokban tartva az állat betegségét, azt levágatja és kiméri husát saját cselédeinek. A jól megfőtt lépfenés hus ugyan nem fertőző, mivel a bacillus már 60°-nál is elpusztul egy óra alatt, 100° meleget pedig csak 1—2 perczig tart ki, de hogy micsoda beszennyeződése megyen végbe a leölés, huskimérés ideje alatt a talajnak, a hus körül foglalatoskodók mily veszélyben forognak, azt csak az tudja megbecsülni, a ki látta már, mint magam is, ily hust kimérő cselédek karján hetekig nem gyógyuló multiplex anthrax-pustuláknak, az ú. n. bőrpokolvarnak fejlődését. Hiszen mikroskopos sérülések akadhatnak minden bőrön, de meg némely szerző szerint az anthrax bacillus az ép bőr szőrtüszőin is be tud hatolni, és ily módon megtörténhetik, és meg is történik a lépfenés fertőzés.

Más eset. Egyes vidékeken az a szokás dívik, hogy a »vérben« vagy »rögben« (= anthrax) elhullott birka bőre a juhászé; a juhász lenyuzza az állatot és bőrét esetleg ugyanannak a padlásnak gerendáira akasztja fel száradás czéljából, a melyen ott szárad halomban a gazda árpája, tengerije. (Saját észlelésem.) A bőr vérerei telve vannak lépfene-bacillusokkal, a melyek a száradásnak első pár napján, a mikor a szövetek még elég nyirkosak, lassan tovább élnek, el is szaporodnak és spóráznak. Most már a fertőzmény állandósult; nemcsak a bőr, hanem a gyapju, a szőrök, a hulladékok mind fertőzőképesek, sőt fertőző lett a lecsepegő spórás vértől a padláson száradó gabonanemű is, hogy más, addig immunis, illetve indemnis vidéken hirtelen lépfenejárványt okozzon, egy más állományban, a mely véletlenül éppen azt a hanyagság folytán fertőzött takarmányneműt kapja eleségül. A bőrben kifejlődött spórák pedig évtizedekig maradhatbelekerülnek az ipari munkások bélcsatornájába, anthraxot okozzanak, a tüdőbe, hogy az Eppinger által betegséget« vagy másképpen tüdő-anthraxot hozzák végezetül, rendesen a zsákoló, teherhordó munkások jussanak be és a lépfene legközönségesebb formája tarkón, nyakon, arczon, szóval a födetlen bőrrészek bőrpokolvart idézzék elő.

Követve a fertőzés utjait, végeredménykép — a gazdasági, akár az ipari lépfenéről legyen szó — mi a lépfenés állatokhoz jutunk, mint a fertőzmény csirá mily kitünő tehát hazánk állategészségügyi szervezet nyire kiválók is — Európában általánosan elismerten magasabbaktól a legalacsonyabbakig, ama szervezet addig, míg a gazdaközönség maga nem látja be, hogy előtt az egyes egyén érdeke háttérbe kell hogy szoru Magyarország mindig az az európai állam marad, a fene elterjedését tekintve, azonnal Oroszország után Karöltve halad nálunk az állati lépfene frequentiájával lépfene gyakorisága is.

Az ember lépfenés fertőzését 1. a bacillusok 2. a spórák. Bacilláris fertőzés áll be, a mikor lépfenés fertőző terméke egyenest belekerül az emberbe, ak inokulálás utján (mészáros, timár, sintér, juhász, cseléd, elföldelő munkás, dögöt kiásó czigányok), aká képp, hogy a fertőzést szuró légy közvetíti, a mely e fenés állat vagy dög véréből lakmározott volt. Mind a pustula maligna, azaz a bőrlépfene vagy pokolv nép által is jól ismert alakja lép fel a bőr anthraxos m sének. A friss, spóramentes bacillus a bél utján nem a gyomornedvben elpusztul; vajjon a tüdők utján szintén nem valószínű, minthogy a gyors száradás alatt a bacillus elpusztul, és a tüdőben pedig csak beszáradt — alakjában juthatna be a bacillus. A sági lépfene majdnem kizárólag bacillusos fertőzésbő

A fertőzés második módját a spórák közvetítik már kifejtett okokból a spórás fertőzés rendszerint ip hoz létre.

Az emberről emberre történő fertőzés ritka; ily nak az orvosok kitéve. Tanulságos esetei vannak nek leirva a Korányi-féle kitünő Milzbrand kötetbe Nothnagel-féle gyüjteményes munkában, jelent me egyébiránt is egész tárházát tartalmazza az embe vonatkozó adatoknak.

Spórás fertőzés az a bélanthrax is, a melyet kevés sütött régi lépfenés hus »élvezete« vált ki; ilyen b többen észleltek már, pl. kóbor czigányoknál, a kik dögöket ki szokták ásni, hogy a hushoz jussanak.

A fertőzés lehetősége mindezek szerint elég nagy és tényleg a statisztika kimutatása szerint *hazánkban (pokolvarban) elhaltaknak száma évenkint több százra rug*

A »Magyar Statisztikai Évkönyv« adataiból öss az idevágó statisztikát; külön rovatok alá foglalva a és 7 éven felüli lépfene-haláleseteket, továbbá megkü azt, vajjon a halálokot orvos vagy nem orvos állapított utóbbi adatokra a statisztika megbízhatóságának e lesz majd szükségünk. Végül külön rovatok alatt össze hasonlítás kedveért másik két betegség, ugymint a g láz és az orbáncz-okozta halálozás számadatait.

Mielőtt e statisztika tanulságait levonnók, önké az a kérdés merül fel először előttünk, vajjon megbí abban foglalt adatok? Hogy az orvos-halottkémek ismerni a statisztikai lap »pokolvar«-ját, az kétséget n minthogy éppen a vidéki kartársak közül nem hiszem, h csak egy is, a kinek szeme elé ne kerülne minden évben pokolvaras beteg. Kérdés azonban: mindaz pokolvar-e, orvos halottkémek annak jelentenek be? Megpróbálhat eldöntését direkt statisztikai alapon. Csak azt kell megfelel-e — persze ha csak nagy átlagban is — az or orvosi lépfene-diagnosisok aránya egyrészt az összh másrészt más, a nép által is jól ismert betegségek megt

most ez évek alatti egyéb, könnyen felismerhető fertőző betegségek halálozási arányszámát orvosi és nem orvosi halottkémek szerint csoportosítva.

A magyar birodalom lépfene-halálozási statisztikája 1897—1904., összehasonlítva a gyermekágyi láz- és az orbáncz-okozta halálesetekkel.

Év	7 éven aluliak	7 éven felüliek	Összesen	Végösszeg	Gyermekágyi láz	Orbáncz
1897	orv. 41	149	190	768	544	1.001
	nem orv. 200	378	578			
1898	orv. 61	187	248	886	515	1.055
	nem orv. 243	395	638			
1899	orv. 14	86	100	793	620	1.146
	nem orv. 242	451	693			
1900	orv. 39	165	204	653	636	1.029
	nem orv. 169	280	449			
1901	orv. 24	159	183	618	687	964
	nem orv. 157	278	435			
1902	orv. 27	117	144	509	622	869
	nem orv. 121	244	365			
1903	orv. 11	94	105	472	571	922
	nem orv. 131	236	367			
1904.*)	orv. 16	126	142	471	654	1.049
	nem orv. 98	231	329			

*) Az 1904. évről szóló eddig nem publikált adatoknak szives átengedéséért legyen szabad e helyen Vargha Gyula ő méltósága, minist. tanácsos, a Magy. Kir. Központi Statiszt. Hivatal igazgatójának őszinte köszönetemet kifejeznem, a ki a tudományos czél érdekében kegyes volt a még sajtó alatt lévő 1904. évi Évkönyvnek engem érdeklő adatait kefelevonatban rendelkezésemre bocsájtani.

	1901			1902		
	orvos	nem orvos	arány	orvos	nem orvos	arány
Kanyaró, Vörheny	8.310	9.159	1 : 1·1	14.590	9.648	1 : 0·7
Szamárhurut	1.456	5.572	1 : 3·8	2.763	10.054	1 : 3·6
Roncsoló toroklob	4.790	4.437	1 : 0·9	4.345	4.693	1 : 1·1
Gyermekek hasmenése	794	4.042	1 : 5·0	865	4.601	1 : 5·3
Gümőkór	40.518	30.513	1 : 0·75	42.416	33.259	1 : 0·8
Gyermekágyi láz	518	169	1 : 0·3	493	129	1 : 0·3
Összes elhaltak	261.214	230.590	1 : 0·9	285.060	242.998	1 : 0·86

	1903			1904		
	orvos	nem orvos	arány	orvos	nem orvos	arány
Kanyaró, Vörheny	13.928	9.355	1 : 0·7	11.952	8.484	1 : 0·7
Szamárhurut	2.022	7.478	1 : 3·7	873	4.487	1 : 5·1
Roncsoló toroklob	4.707	6.033	1 : 1·3	4.948	4.065	1 : 0·8
Gyermekek hasmenése	622	4.606	1 : 7·4	462	3.375	1 : 7·2
Gümőkór	44.109	32.528	1 : 0·7	45.262	32.661	1 : 0·7
Gyermekágyi láz	452	119	1 : 0·25	505	149	1 : 1·3
Összes elhaltak	286..06	229.120	1 : 0·80	277.125	205.648	1 : 0·7

E kis összeállítás több irányban tanulságos; bizonyítja ugyanis, hogy a keresett arányszám (jelöljük röviden A-val) az egyes betegségekre nézve elég állandó ugyan, de a különböző betegségekre nézve nagyon eltérő. A magyarországi összes elhaltakra nézve az átlag Q = 1 : 0·9 és 1 : 0·7 közt ingadozik (azaz az az orvos-halottkémek valamivel több halálokot állapítanak meg, mint a nem-orvosok). Nagyjában egyezik ez arányszámmal a

Tetemesen kedvezőbb az orvosok quotiense a gyer
lázra nézve (3—4 orvosra jut 1 nem-orvos), ellenben a
hurutmortalitást közel négyannyi, a gyermekhasmenés
annyi nem-orvos állapította meg haláloknak, mint
Látnivaló, hogy nem egységes okok működnek az egye
ségeknél közre; általában mondhatjuk, hogy oly bet
a melyeknek gyógyítására mai gyógyító tudományunk n
gendő (tbc., exanthemás betegségek), a quotiens megfelel
átlagnak; az arányszám a nem orvos halottkémek jav
betegségekre nézve tolódik el, a melyek orvosi tudá
hozzáférhetők (hasmenés, szamárhurut), a melyek tehát,
általán orvosi kezelés alá vétetnek, aránytalanul kedve
folyásúak, mint ha orvosi kezelésben nem részesülnek. A
quotiense — mint fentebb említők — 1 : 2·7 (1901—
a mi tehát annyit jelent, hogy oly vidékeken, a hol or
működik halottkémi minőségben, *a hol, más szóval, orvo
séghez a pokolvaras beteg nem egy könnyen jut, a pokolva
litása körülbelül háromakkora, mint ott, hol a beteg id
kerül orvos kezelése alá.*

Azt hiszem kielégítő magyarázatát nyujtottam
körülménynek, hogy orvoshalottkémek részéről az összes
haláleseteknek csak kb. $^1/_4$ része kerül bejelentésre; mind
vallom azonban, hogy e körülményt a statistika megbí
gának kérdésében érvül használni nem lehet.

Ha a két statistikai csoportnak (orvos és nem-orvos)
tak korára vonatkozó adatait figyelemmel kísérjük, okve
tünik, hogy a nem-orvos halottkémek jelentéseikben
lanul több pokolvarban meghalt gyermekről számolnak
az orvosok. Az első csoportban 1897-től 1904-ig a gy
233 : 1316 = 18%-ban, a másodikban 1361 : 3854 =
szerepelnek. Igen valószínű azonban, hogy e feltünő kör
ből sem szabad a laikus halottkémek diagnosisának va
ellen érvelni, mert magyarázatát adja ez aránytalans
gyermekeknek a lépfene-bacillussal szemben való cseké
állási képessége, a melynek eredménye, hogy az orvosi ke
nem részesülő gyermekek lépfenéje aránytalanul kedvez
lefolyású a felnőttekénél. Végezetül még egy érvet e
statisztika megbízhatósága érdekében. Már említém, hogy
kollegák kitünően ismerik a pokolvart; e kijelentésen
azzal toldom meg, hogy e betegséget nemcsak az orvos
nép maga is tökéletesen ismeri. Meggyőződtem sok hel
tamban, hogy nem csak a kórképpel van a nép tisztá
annak aetiologiáját, összefüggését az állati lépfenével, t
nek és a fertőzésnek utjait érti és tudja: és ezért nem hab
a következtetést levonni, hogy *hazánk lépfene-statisztikáját
tani tekintetből megbizhatónak vallom.*

Ujra visszatérünk tehát az első statisztikához.
*hogy a magyar birodalom évi lépfene-haláleseteinek száma 5
között váltakozik;* e számadatok jelentősége azonnal ki
ha kiemeljük, hogy *a lépfene-halálesetek száma megk
egyezik a gyermekágyi lázban elhaltak számával, és kb.
teszi ki az orbáncz-haláleseteknek.* Oly jelentőséget nyer e kö
felismerésével az emberi lépfene kérdése, a mely megérte
foglalkozom jelen tanulmányomban kissé tüzetesebb
eddig minden ok nélkül lebecsült és elhanyagolt bet
(Mellesleg megjegyzem, hogy véleményem szerint azért
golták el eddig e kórt, mert az orvosi tudományt főkép a vár
lakó orvosok művelhetik irodalmilag, már pedig a lépfen
éppen a falusi, mezei betegségek közé tartozik és mint
vidéki kollegák észlelése alá kerül, a kiknek gyakorlat
laltsága vajmi ritkán engedi meg az irodalmi működést.

A lépfene földrajzi statisztikája. A magyarországi sta
évkönyv 1902-től kezdve törvényhatóságonkint külön is ki
az egyes haláleseteket, úgy hogy a geográfiai statisztik
állítása nem ütközik nehézségekbe. Ily összeállítást t
a következő oldalon levő táblázat.

*Legerősebben fertőzött része hazánknak Erdély, azt
Tisza jobbpartja és Horvátország, végül a Tisza balpartja kö
mig az ország többi részei az országos átlagon (2·5 halálese
lélekre) alul maradnak.*

	Lépfene halál-esetek	Minden 100.000 lakosra esik	Lépfene halál-esetek	Minden 100.000 lakosra esik	Lépfene halál-esetek	Minden 100.000 lakosra esik
Duna bal partja ..	40	1·9	35	1·7	41	1·9
Duna jobb partja .	66	2·2	43	1·4	66	2·0
Duna-Tisza köze ..	35	1·0	43	1·2	36	1·0
Tisza jobb partja ...	56	*) **3·3**	42	**2·5**	43	**2·5**
Tisza bal partja ...	70	**2·9**	70	**2·9**	78	**3·6**
Tisza-Maros szöge ..	52	2·5	45	2·1	51	2·4
Erdély	111	**4·0**	101	**4·0**	78	**3·0**
Horvátország	79	**3·2**	93	**4·0**	78	**3·0**
Összesen	509	2·6	472	2·4	471	2·35

*) A vastagon nyomtatott számok az országos arányszámot meghaladják.

A mi most az egyes vármegyéket illeti, az 1902., 1903. és 1904. évek meglehetősen jól egybevágó adatai alapján, a fertőzöttség sorrendje a következő (a zárójelben levő számok a 100.000 lélekre kiszámított lépfene mortalitásnak felel meg a mondott három esztendőben): Szolnok-Doboka (14·5, 10·3, 9·8), Kolozs (6·7, 9·5, 4·7), Háromszék (7·2), Alsó-Fehér (6·5, —), Maros-Torda 7.2 —), Ung (9·0, 7.7, 7·6), Bereg (—, 5·1), Szilágy (5·7, 6·1, 8·3), aztán jönnek a sorban Bihar, Arad, Krassó-Szörény, Zemplén, Szatmár megyék, melyek az országos átlagot még meghaladják (3·0—4·0 átlaggal). A nyugati megyék közül az egy Baranya szerepel (3·7; 3·7 és 4·7) átlaggal, a mely a horvátországi megyéknek még elég magas (4·0—5·0) átlagától már nem igen különbözik.

E kis geográfiai statisztika tanusága szerint hazánkban két erős lépfenés gócz van: az egyik a Felső-Tisza folyásától Szatmáron és Szilágyon át függőlegesen szeli át Erdélyt, a másik a horvát gócz. A lépfene elterjedése bizonyítja már fentebb kifejtett tételünket: hogy t. i. *ott válik a pokolvar kiválóan veszedelmes betegséggé, ahol a lakosság legszegényebb, hol a közegészségügyi körök betöltve nincsenek, a hol nagy az orvoshiány, a hol szóval a betegek rendszeres orvosi kezelésben nem részesülnek.* Kétségtelennek tartom, hogy a közegészségügy államosítása, az orvosi körök betöltése a mai lépfene-halálesetek számát egy csapásra felére csökkentené és ily módon kb. 2—300 ember életét tartaná meg hazánk javára.

Biztonsággal eldönthetnők e kérdést, ha ismernők a *pokolvar relativ mortalitását* az ország különböző vidékein. Nálunk nem lévén a pokolvar kötelezően bejelentendő betegség, nem tudjuk, hány betegedésnek felel meg az átlagos évi 500 lépfene-halott? E tekintetben idegen statisztikák segítségére szorulunk.

Sclavo (Sullo stato presente della sieroterapia anticarbonchiosa. Atti d. R. Accademia d. Fis. Ser. IV. Vol. XV.) 1890—1900. évekre összeállította az olaszországi lépfene-esetek mortalitását. Ez idő alatt 24.052 eset került bejelentésre, melyek közül 5712 halt meg = 24%. A halálozás aránya szerinte a betegség helye szerint váltakozik: legveszedelmesebbek a fej és arcz pustulái (26·3% mort.), valamint a törzs (22·8%) és nyak (18·5%) pokolvarja, a felsővégtag anthraxja már csak 13·9%, az alsóé 5·2% mortalitást okoz.

Németországból a Reichsgesundheitsamt hivatalos kimutatásai 1896—1902. az emberi lépfenére vonatkozólag a következő adatokat nyujtják:

	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	Összeg
Eset	82	96	79	62	72	112	103	606
Halál	15	18	18	10	9	10	12	92

A lépfene mortalitása 15·2% volt Németországban 7 évi átlagban; feltünő az emberi lépfene-esetek kis száma. Háromszor kisebb lakosságú hazánkban évente 5—6-szor annyi életet pusztít el a lépfene, mint ott 7 év alatt: az arány vagy százszorta kedvezőtlenebb!

ritkább (olasz viszonyok), már minden negyedik lép
hal el, és ott, hol szakszerű kezelésben a beteg egy
részesül (szegény, román és rutén lakta megyéink),
eléri a mortalitás a 40—50%-ot. Ez adatok tanusága
vonatkoztatva nálunk évenkint kb. 1500-ra tehető a
megbetegedettek száma; az évi 500 elhaltnak ped
volna rendszeres orvosi segítséggel megmenthető. *A
mindig maradna 2—300 haláleset olyan, a melyet az e
ismereteink segítségével, a szokásos helyi sebészi kez
menteni nem sikerült. Ezeknek nagy részét, legtöbbjét
szerint a ma rendelkezésünkre álló lépfene-serummal
meg kell mentenünk.*

Hogy a belső lépfenének serumtherapiáját — állatokra nézve — ma már megoldottam, azt fent adataim, úgy hiszem, eléggé igazolták; és hogy egy se a marháknak alig 2—3% természetes gyógyulást mut közel absolute halálos, belső lépfenéjében 60—70% eredményez, az embernek aránytalanul csekélyebb bőrpokolvarjában is eredménynyel lesz fölhasználh két bacillus identitásának alapján teljes biztonsággal

Corini, Tavel berni tanár asszistense, a mult évb európai lépfene-serumot: Sclavoét (Siena), Sobernhei és az enyémet összehasonlítva, azoknak erősségében különbséget nem talált: a három serumot egyenlő irja le. Ennek alapján azt hiszem, nem jogosulatlan hasonlításul Sclavo olasz statisztikáját említem fö mint a mely legjobban illusztrálja a serumnak az embe való gyógyító hatását. (Sobernheim serumát főképen natiós immunizálásra alkalmazza, nagyobbrészt Arg míg az én általam készített lépfene-serum eddig főként végzett gyógyítási kisérletekben tanulmányoztatott. végzett csekély számú gyógyító kisérleteimről alább Azonnal első állatkisérletei után megkezdte Sclavo a s mazását emberi lépfenében; 1897-ben *Ferruglio* a lépfene-serum injectiót egy pokolvaros udinei paras pedig sikerrel. Azóta csak 1903-ig Sclavon kívül iratokban 28 autor 32 közleményben számolt be elért sikerekről, a mely szám azóta csak fokozódott. Ic foglaló munkájában Sclavo 1903-ban serumával kezelt számolt be, kik közül 10 halt meg: az olaszországi mortalitással szemben a serummal kezelteké csak 6% Az egyes esetek áttanulmányozása minden kétséget ki meggyőz a serum hatásosságáról: súlyos arcz-, szer az egész fejre kiterjedő oedemákkal, somnolentiával tünetekkel járó anthrax-fertőzések a serum bősége után gyorsan gyógyultak. Legjobb bizonyítéka a jó lé hatékonyságának, hogy egyes orvosok az eseteknek zatáról számoltak be, a melyek nagyobbrészt kedv ződtek. Igy Del Lungo négy esetben alkalmazott halálozás), Lazzarelli 23 (0), Battignani 5 (1), Guli Federici 6 (2), Lupi 7 (1), Cicognani 26 (1), Alpago-N esetről számol be. Ezek közül pl. *Cicognani* nagy van a serum iránt. Egy munkájában (Quattordici cas maligna curati e guariti col siero anticarbonchioro Sclavo; Gazz. d. Osped., 1901. No. 114.) beszámolva eredményeiről, a melyeket a nagy bőrgyári iparral b sull' Arno városkában az ott igen gyakori lépfenés bete gyógykezelésében 14 esetben elért, a következőkben fo

1. A lépfene-serum még nagy mennyiségben is Csak két esetben állt be csalánkiütés.

2. A befecskendés euforiát vált ki már olyank a láz és a többi tünet még változatlan.

3. A nagy (40 cc.) injektiók többet érnek a (10—20) befecskendezéseknél. Az első adag hatásos leg a venába adassék.

4. Minél korábban kerül kezelés alá, annál k pokolvar lefolyása; az első 2 napon kezelés alá vett be a legjobb eredményt.

5. Súlyos ideges tünetekkel járó, különben bizt vezető esetek is gyógyulhatnak serumra.

A mi a *serum alkalmazásmódját illeti*, Sclavo használati utasításában (Istituzioni per l'uso del siero anticarbonchioso preparato dal prof. Sclavo) azt tanácsolja, hogy azonnal a kórisme megejtése után 30—40 cc. fecskendeztessék be a beteg hasbőre alá, 3—4 részletben. Ha az általános állapot, valamint a helybeli tünetek 22 óra alatt nem mutatnának jelentékeny javulást, úgy újra 20—30 cc. adandó a serumból. Súlyos esetekben intravenás befecskendezés javalt, pl. a kéz háti visszereinek egyikébe, 10 cc. adagban, mely 1—2 óra után megismételhető. A serum befecskendezését rendesen a hömérsék jelentékeny emelkedése követi, a mely azonban kedvező kórjóslati jelnek tekintendő.

[5] Sclavon kívül még Mendez, buenosayresi bakteriologus is tetemes számú tapasztalattal rendelkezik az emberi lépfene serumtherapiája terén. Már 1898-ban Lemossal együtt 6 anthraxos embert gyógyított, azóta esetei (Mendez: Centr. f. Bakt. 1898. és 1899.) sok százra szaporodtak fel. Az elért eredmények állítólag még a Sclavoéinál is kedvezőbbek, mint ő írja, serumának sokkal nagyobb erőssége miatt.

E két autor adatai mindenesetre meggyőzhetnek arról, hogy a jó serumtól ma megkövetelhetjük, miszerint emberen is teljes hatás kifejtésére legyen képes. Minthogy pedig serumommal, ismételten hangsúlyozom, állatokon elért eredményeim minden várakozásomat felülmulták, örömmel ragadtam meg az alkalmat, a mely megengedte, hogy serumomat emberi lépfene eseteiben is megpróbáljam. Az egyetlen magyar orvos, a ki ajánlásomra készneк nyilatkozott arra, hogy a lépfeneserumot kipróbálja, Konrád Béla dr. nagyváradi orvos volt, a ki kórházi helyettes sebészi minőségében Fráter dr. kórházi főorvos szives engedelmével több esetben alkalmazta a serumot a nagyváradi közkórházban. E czélra 2 cc. titerü serumnak kellő mennyiségével láttam el a kórházat, úgy hogy szükség esetén az azonnali beavatkozás lett lehetségessé.

1. *eset.* Nyisztor Mojsza, 22 é., g.-kel., napszámos. 1905. jún. 15.-én lépfenés marhát nyúzott le. Jún. 17.-én a jobb könyökhajlatban pustula maligna; a beteg az infectio terjedését meggátlandó, kéztövén és fenn a hónaljnál zsineggel lekötötte karját. Jún. 20.-án felvétel a kórházba. Erősen kifejlődett pustula maligna; a biceps mellett félmogyorónyi nyirokmirigy. Ez nap incisiók a pustula és a mirigy felett és 30 cc. lépfeneserum. Jún. 21.-én az állapot még súlyos, újra 20 cc. lépfeneserum, ugyancsak a bőr alá. Gyors javulás. Júl. 3.-án gyógyultan távozik. (E beteggel együtt két más, ugyanazon lépfenés állat körül foglalatoskodó ember is fertőzte magát anthrax-szal; mindkettő meghalt. Az egyik közülök a nagyváradi kórházban halt el röviddel felvétele után, a homlokon alig ½ fillérnyi pustulával, de oedemával a nyak bal oldalán s a torokban.)

2. *eset.* 1905. szept. 8. Asszony. Jobb felső szemhéjon typikus anthrax. Azonnal kapott subcutan 25 cc. serumot s incisiókat, másnap újra 25 cc.-t. „A különben tapasztalásból itélve nagyon rosszindulatúnak látszó eset ma is él" irja Konrád dr. szept. 10.-én kelt levélbeli jelentésében, „a daganat nem terjedt; 38—39° lázai vannak". Későbbi keletü részletes jelentésében Konrád dr. kiemeli, hogy „a befecskendések után magas lázai voltak, pedig anthraxnál rendesen nincs erős láz. Itt a láz fellépése lobos demarkálódást jelentett és a folyamat megállását". Az eset gyógyult.

3. *eset.* 1905. szept. 12. Súlyos arczanthrax. Mellig leterjedő oedema. 25 cc. serum a bőr alá; este exitus.

Távol áll tőlem, hogy e három első magyar serumesetből messzemenő következtetéseket vonjak le: bizonyos azonban, hogy 1. a serum aránylag nagy (30+20 cc.) adagai ártalmatlanok, hogy 2. két esetben látszólag kedvezően befolyásolták a betegséget, 3. hogy jellemzően épen a súlyos esetben a serum injectióját a Sclavo által is jól ismert és kedvező előjelnek vett erősebb lázroham követte, a melynek eredését hajlandó vagyok a serumos bakteriolysis közben a bacillusokból kiszabaduló lázgerjesztő endotoxinok (plasmatikus mérgek) hatásának betudni.

Konrád dr. kisérleteivel az első lépés megtörtént: a többi Magyarország orvosainak a dolga. Az általam előállított lépfeneserum ártalmatlan, csakis tüzetes állatkisérletek és próbák után kiterjedten használtassék. Ezért újra meg újra azzal fordulok Magyarország orvosaihoz, próbálják ki ezt a s mányozzák hatását az emberi lépfenének minél számo ben. Minden egyes észleletnek megvan a fontossága, m hol, úgy a serumtherapiában csakis a gyakorlati ta lehetnek irányadók a még függő kérdésekre (pl. adag

Remélem, hogy jelen tanulmányom talán azért Orvosi Hetilap fennállása és ezzel a magyar ön buvárlat 50 esztendős jubileumának megünneplése ünnepi köntösben lát napvilágot, fel fogja hívni a h szakkörök figyelmét az emberi lépfene-betegségre, és fog nyujtani nékem, hogy megalapítsam azt, a mine igyekszem: *a magyarországi pokolvarkórnak eredmé therapiáját.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Franz Hutyra und Joseph Marek: Specielle Path Therapie der Haustiere. I. Band. Jena, Verlag v Fischer, 1905.

Az előttünk fekvő vaskos kötet (874 l.) fényes sága annak az előkelő állásnak, melyre a budapesti főiskola emelkedett. Valóban igaz elismerésre méltó az és gondosan ápolt fejlesztés, a melylyel már vagy hú év óta ezt az iskolát pártolják a ministeriumban, és érdemes munkát végeztek: annak közelismert kifejezé kar kitünő volta. Pedig elég nehézség gördült a fejlesz a míg csak akadémia volt, addig hiányzott a tanuló felelő előtanultsága, azután a tanári karban támadtak Regéczy Imre és Azary Ákos, ez a két kitünő szakem meghalt, majd az egyetem vonzotta el tanárainak legk Thanhoffer, Liebermann, Tangl hivattak meg egyetemi és mégis sikerült az előrelátó gondoskodásnak új, na séges és eleven tevékenységü férfiakat gyüjteni zászló

Az érdemekben gazdag főiskola az előttünk fe egyikét aratja legnagyobb sikereinek; a szerzőknek vetett bizodalma nem bizonyult túlzottnak: a magy immár két kiadást ért állatbelorvostan német kiadását megállja helyét s a német birálatok is igen kedvező m ják az értékes müvet. Az előttünk fekvő I. kötetbe bajok, továbbá a vér és vérszármazás, a lép, az an a vérkeringés zavarai vannak tárgyalva.

A fertőző bántalmak tárgyalása ennek a kötetnek kétharmadát teszi ki. *Hutyra* tanár valóban mesterile ezeket a fejezeteket, a melyek az emberi kórtan sz is nagyon tanulságosak, a mit jelentékenyen előmo körülmény is, hogy a szerző csaknem minden fejez megfelelő emberi kóralakot is ismerteti. Az átolvas ember azt a benyomást nyeri, hogy egyik-másik emberen nem ismeretes annyira, mint az állatokon; orvos fogalomköre is tágul az összehasonlító kórta Nagyon tanulságos a serumoltásoknak igen beható tár állatokon a védőserumoknak jelentősége valóban impon

A *Marek* tanár tollából eredő fejezetek méltóan az előbbiekhez, itt is számos érdekes vonatkozás t emberi pathologiához.

Az egész munka szigorúan tudományos fokon dalmi adatokat gondosan és józan kritikával ismerteti, leirása mesteri. E mellett azonban a gyakorlat feladat előtt tartja és az elkülönítő kórjelzésre, a gyógyitási is kellő figyelemmel van.

A munkát számos nagyon sikerült ábra és néh tábla díszíti, a fordítás kitünő s kétség nem férhet megjelenik második kötete, sikere nem fog elmaradn megérdemelt elismerést fog eredményezni mindenfelé tudományos kutatásnak és a szerzőknek egyaránt.

Boncztan.

A cardia elzárásáról értekezik *Strecker* a boroszlói anatomiai intézetben végzett vizsgálatai alapján. Míg a bárzsing mellkasi része — mint ezt Mikulicz az oesophagoskoppal kimutatta — nyitott lumennel bir, addig azon helye, a hol a bárzsing átmegy a gyomorba, már üres gyomor mellett is aránylag zárt, s különösen elzáródik, ha a gyomor megtelik. De ez a záródás minden esetben csak relativ, a mennyiben csak abban áll, hogy a cardia falzatai egymáshoz fekszenek s a gyomorsondát rendes viszonyok közt — ha nincs cardiospasmus jelen — minden nehézség nélkül lehet a gyomorba bevezetni, akár üres, akár telt ez. De relativ a záródás annyiban is, hogy csak a gyomor tartalmának a felfelé való kiürülését akadályozza vagy nehezíti meg, míg a folyadéknak vagy szilárd táplálóanyagnak a bárzsingból a gyomorba jutását mindig megengedi. Felvették, hogy a cardián külön gyürüizom van, mely a bárzsing körkörös izomrétegének erősebb kifejlődése által jönne létre. Szerző azt tévedésnek minősíti; ily sphincter nincs jelen. Hasonlóképen téves az a nézet, hogy a rekesznek van összefüző hatása a cardiára. Ez már azért sem lehetséges, mert a rekesz bárzsingnyilása nincs teljesen egy izmos részben, mint azt némely könyv állítja, hanem elülső oldalát az inas központ alkotja; a rekesz tehát összehúzódásával a bázsingra egyenletes, gyürüalakú nyomást nem fejthet ki. A cardia elzárásában jelentékeny tényező a bázsing legalsó, átmeneti részének szükebb volta (angustia inferior oesophagi), de ennél fontosabb szereplése van még ez irányban a gyomor cardiarészén levő fibrae obliquae-nek: ezek alkotják a tulajdonképeni záró mechanismust. Ezek hurokalakú sima izomnyalábok a gyomor falában (cravatte de Suisse); convexitásuk a bárzsing alsó végének bal széle s a gyomor közti szögletben (az incisura cardiacán) fekszik, két divergáló szárúk pedig a gyomor elülső és hátulsó felszinén vész el. Legerősebb a hurok convex része; a szárak közül erősebb a hátulsó. E rostok összehúzódásukkal tetemesen szükítik a cardiát, de nem minden oldalról egyaránt, hanem leginkább csak balfelől és hátulról; legerősebben balfelől, hol az izomhurok convexitásának lelapulása folytán ajakszerü redő (plica cardiaca) nyomul be a bárzsing üregébe. A telt gyomor megcsavarodik a tengelye körül olyan irányban, hogy a gyomorfenék inkább előre, a szivgörbület inkább hátra tekint; természetesen ezzel megváltoznak a plica cardiaca topographiai viszonyai is. Szerző még kiemeli, hogy pars abdominalis oesophagiról nem szólhatunk; a mit egyes szerzők ennek neveznek, már a gyomorhoz tartozik (antrum cardiacum). (Fr. Strecker, Über den Verschluss d. Magens. Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abth. 1905, pg. 273).

Gyógyszertan.

Proponal elnevezéssel megint egy új hypnoticum jött forgalomba. A proponal, melyet *Fischer* és *Mering* ismertetnek a „Medizinische Klinik“ ez évi 52. számában, a veronal homologja. Színtelen, kristályos anyag, a mely hideg vízben nagyon rosszul oldódik; vizes oldata mérsékelten keserü izü. A proponalt insomnia 20 esetében használták 0·15—0·5 grammos adagban. Az eredmény mindig nagyon kedvező volt: a betegek 15—40 percz mulva elaludtak, az alvás 6—9 óráig tartott, kellemetlen mellék-tünetek nem mutatkoztak. 50 esetben összehasonlították a proponal és a veronal hatását; az eredmény az volt, hogy a proponal már félakkora adagban legalább olyan erősen hat, mint a veronal. Feltünő volt továbbá, hogy noha a proponal vízben nagyon nehezen oldódik, a hatás mégis gyorsabban beállott, mint a veronalé. Ez valószinüleg úgy magyarázható, hogy a bélnedv alkalikus hatása következtében jól oldódik s azért könnyen felszivódik. Kiemelendő végül az is, hogy a proponal fájdalomcsillapító hatással is bir s azért olyan esetekben is kifejtheti altató hatását, a melyekben az álmatlanságot fájdalom okozza. Legjobb a szert por alakban adni; minthogy sokkal kisebb adagokban hatásos, mint a veronal, legfeljebb 0·5 grammos adagot kell használni.

A thyminsav (solurol) alkalmazásáról köszvény esetében ir *Bluth*. *Minkowski* kimutatta, hogy bizonyos körülmények között nálatos reagensek nem képesek többé kicsapni, sőt hogy reactio mellett is oldva marad. Ezen az alapon *Minko* gondolja, hogy a nucleinsavnak hasadási termékei, külö szervezetben képződő nucleotinphosphorsav (thyminsav) alk arthritis urica eseteiben sikerrel járna. Ha *Minkowski*-n feltevését a gyakorlat igazolja, világos, hogy akkor a gyógytana lényeges átalakuláson menne át. Míg ugya arra törekedtünk, hogy a húgysav kiválasztása elősej illetőleg hogy felhalmozódása a vérben és a szövetn megakadályoztassék, addig a thyminsavas kezeléssel a állandóan oldott állapotban tartva, megakadályozhatnán lerakodását a szövetekben. E gondolattól vezetve a drez *Elb*-féle gyár nagyobb mennyiségben állította elő a s hogy a kereskedésbe kerülő thyminsavat nevezik. Ez bar amorph, vízben könnyen oldható, gyengén savanyú k por, mely 37 fok Celsiusnál háromszor annyi húgysav oldva tartani. Therapeutikus hatásáról először *Fenner* i cet egyik juliusi füzetében igen elismerőleg.

Ezen előzmények után kisértette meg *Bluth* a solu mazását heveny köszvény egy rendkivül súlyos esetéb többi szokásos kezelésmód mind cserben hagyta s hol állapota folyton rosszabbodott. Hét napi sikertelen keze nyult csak *Bluth* a solurolhoz. Az első napon a beteg egy (összesen 10) darab 25 centigrammos tablettát, má óránként 2 (összesen 16) ugyanolyan tablettát kapott. dik napon a szer nyujtását a kellemetlen melléktüne be kellett szüntetni. A beteg fájdalmai azonban már az estéjén igen jelentékenyen alábbhagytak, a kéz duzzanat sokkal kisebb volt, harmadnap pedig már ránczok is beteg kezén. Az epidermis korpádzása az ötödik na kezdetét. A közérzet, az általános erőbeli állapot és a javult, a vizelet napi mennyisége 1000 grammról 2500-ra s tiszta lett, a pulsus szabályos, az esti hőmérsék 37· a solurol nyujtását már nyolcz napja beszüntették, a izületben újabb, kisebb roham jelentkezett, solurol r adagolására (naponta 8 tabletta) azonban csakhamar beállo restitutio.

A fentebb említett kellemetlen melléktünetek abban hogy mikor a beteg igen nagy mennyiségü solurolt központi idegrendszer részéről izgalmi tünetek jelentkezte séges azonban, hogy ezeket a tüneteket (látási hallucina szomj, aggódás, szivdobogás, stb.) legalább részben a idegességére lehet visszavezetni. E kellemetlen jelensége ben néhány óra alatt megszüntek s csak újabb nag alkalmazásakor mutatkoztak újból.

Bluth a szert két másik esetben is megkisértette, javulást volt képes vele elérni. Mindenesetre oly szernek solurolt, melylyel érdemes tovább kisérletezni, főleg ha lesz olyan nagyon drága, mint most. (Medizinische Klin 54. szám.) *Marik*

Általános kór- és gyógytan.

Typhusbetegek könyeinek agglutináló képességéről ban *Werner Schultz*. Ismeretes, hogy ezideig aránylag ke letet végeztek arra nézve, hogy a typhusbetegektől nye böző folyadékoknak van-e agglutináló képessége? Azzal sel, vajjon a typusbeteg anya gyermekének vére illetőle képes-e agglutinálni (a kisérletek, mint tudjuk, positiv er vezettek), még elég nagyszámú kisérletező foglalkozó szemben a typhusosak tejével, oedemás folyadékával, izzadmányaival stb. aránylag kevesen foglalkoztak, s ez változó sikerrel. A könynek viselkedéséről ezideig mind közlemény jelent meg. Az egyiket *Dieulafoy*, *Vidal* és másikat *Vidal* és *Sicard* irták. Az első munka 14 bete mol be. Valamennyinél positiv volt a serummal me reactio, a könyekkel végzett ezzel szemben csak 10 sikerrel.

Werner Schultz a maga kisérleteit a *Ficker*-féle cummal, vagyis megölt typhusbacillusoknak gyári úton emulsiojával végezte. A könyeket úgy vette a betegtől, ágyában felültetett betegnek felfelé kellett néznie, s ő

azonnal keverte a *Ficker*-féle typhusdiagnosticummal, vagy pedig előzőleg higította 7%-os konyhasóoldattal.

Hogy meggyőződjék róla, hogy a typhusos betegek könyeivel esetleg beálló reactio csakugyan a typhus rovására irandó-e, ellenőrzésképen először 20 oly egyén könyét próbálta ki, kik sem typusban, sem „gastrikus lázban" sem szenvedtek. A kisérlet mind a 20 esetben negativ volt. Csak ez ellenőrző kisérletsorozat után végezte a kisérleteit typhusbetegek könyeivel. A 12 beteg könyeit több izben megvizsgálva, az eredmény az volt, hogy az agglutinatio 11 esetben a 12 közül beállt. A 12. esetben a serummal megkisérlett agglutinatio sem sikerült. Végeredményképen szerző mégis azt mondja, hogy s az a reménysége, hogy a betegek serumával elérhető reactiót pótolni lehet a sokkal egyszerübben nyerhető könycseppel végzett reactioval, nem teljesült. Nem teljesült pedig azért, mert volt olyan esete, a mikor a serummal végzett valamennyi kisérlet positiv eredménynyel járt, a könyekkel párhuzamosan végezett kilencz kisérlet közül pedig csak egyben állt be az agglutinatio. A könycseppel végzett kisérleteknél tehát megeshetik, hogy a reactio valamely betegnél nyolczszor negativ, de azért mégsem mondhatjuk azt, hogy az illető nem szenved typhusban. (Medizinische Klinik, 1905. 54. szám.) *Marikovszky.*

Belgyógyászat.

Az ebéd utáni leukocytosis diagnostikai értéke. Ismeretes, hogy ebéd után a fehérvérsejtek száma a vérben megszaporodik. *Vansteenberghe* és *Brehm* vizsgálat tárgyává tették, vajjon a fehérvérsejtek számának ezen viselkedése nem változik-e meg betegségekben? Gyomorrák 13 esete közül 12-ben hiányzott a leukocyták megszaporodása ebéd után; májrák három esetében szintén nem volt kimutatható. Szerzők szerint ezt a viselkedést különben már mások is észlelték; az irodalomból 163 gyomorrákesetet tudtak összegyüjteni, a melyek közül csak 29-ben volt ebéd utáni leukocytosis. Minthogy a további vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyomortól távolabb eső szervek rákos megbetegedésében, nem rákos gyomorbajokban, gümőkórban, csúzban, diabetesben, Bright-kórban stb. mindig kimutatható a leukocyták megszaporodása ebéd után: szerzők azt hiszik, hogy ezen úgynevezett digestiós leukocytosis hiánya értékesíthető a gyomor és a hozzá közel eső emésztőmirigyek (máj, pankreas) rákos megbetegedésének felismerésében. (Echo méd. du Nord, 1905. szept. 17.)

A habituális obstipatio oka gyanánt *Schilling* szerint elég gyakran szerepel a coecum dilatatioja és sülyedése. A mi az ezen okból keletkezett székrekedés kezelését illeti: egyidejüleg jelenlevő hurutos állapot ellen mindenekelőtt néhány hétig kissingeni Rákóczy-vizet kell használtatni. Ha nincsen már hurut, minden este 50—200 gramm olajat fecskendezünk a végbélbe és a diaetát szabályozzuk. 2—3 hét mulva megkezdjük a massaget (eleinte gyenge vibratiók hát- vagy oldalfekvésben, később effleurage, köralakban kenés stb.); ehhez csatlakozik azután a czomb- és hasizomzat gymnastikája az orvos ellenőrzése mellett. Ezen kezelés mellett 6—8 hét alatt már tetemesen javul az állapot, a coecum peristaltikájának fokozott volta már kimutatható s nemsokára már a spontan székürülés is beáll, a coecum jól húzódik össze, haránttátmérője megkisebbedettnek mutatkozik. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 47. szám.)

Sebészet.

244 csigolyatörésről számol be *Burrel*, melyek a bostoni városi kórházban 1864-től 1905-ig észleltettek. Ezekből a sérülés helye a gerinczoszlop nyaki részében volt 86 esetben (meghalt 77), a felső háti részletben 43 (meghalt 37), az alsó háti részletben 75 (meghalt 41), az ágyéki részletben 40 esetben (meghalt 20). A halálozás átlagban 64·5%-ra rúgott; a 73 gyógyult beteg közül az ágyat elhagyhatta 47 (62·2%), míg 26 nyomorék maradt (37·8%). Az utolsó 5 évben a gyógyulási arány jelentékenyen javult; az ez időre eső 48 betegből 30 gyógyult és 23 munkaképes is volt; ennek oka azonban az, hogy ezen utolsó évek statistikájába olyan esetek is belevétettek, hol bénulási jelenben, hol a gerinczvelő teljes összemorzsoltatása nem meg biztosan (a mi csak ritka esetekben lesz lehető), miát ajánl, nagy deformitásnál pedig bénulásos tünet mellett a gerinczoszlop kiegyenesitését nyújtás és g segélyével. (Annals of surgery. 154. szám.)

A vese functioképességét nephrotomia után *Ekehorn* 3 esetben. 2 esetben a mütét renális eredetü miatt, 1 esetben heveny fertőző nephritis miatt történt; a ure rezés útján nyert vizelet vizsgálata, mely a mütét után hóval történt, *Ekehorn*-ot a következő conclusiokhoz v vese kettészelése nem vonja maga után a vesefunctio c legalább is nem befolyásolja a vese müködését a n közvetlen hetekben; 2. a vese kettészelése bizonyos k között a vese functiojának csökkenését okozhatja; functioját évekkel a mütét után kell meghatározni, h ges itéletet mondhassunk arról, hogy minő befolyást g vesének kórboncznoki eljárás szerinti kettészelése a v désére. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905. 78 k. 1 f.) *Steiner*

A beteg féregnyújtvány kiirtásakor *Th. Köllike* kező módon jár el. 8 cm. hosszú, ferde bőrmetszés a M féle ponttól a symphysis közepe felé. A rectushüvely u után magát az izmot medialfelé tolja, ezután 3—4 c metszéssel megnyitja a hasüreget. Az izomzat ezen nem sérül. Most szabaddá teszi a coecumot és a mel lefutásából tájékozódik a vakbél helyzete felől; az appe növéseinél fogva ugyanis a maga irányában húzza el minek folytán például egy kifelé domború mellső t befelé helyezett appendixet jelez. Ha megtalálta ily vakbelet, azt eredésénél kétszeresen leköti, átvágja proximális végétől a distális vége felé izolálja, a n könnyebb művelet, mint a szokásos ellentétes irány A seb elzárását úgy végzi, hogy külön varrja a per hasfal többi rétegét pedig egyszerű átöltéssel egyesíti. szerző igen kiméletesnek tartja, a hasfalak ilyetén pedig hasi sérvek keletkezését ép oly bizton megak akár csak a réteges hasfalvarrat. (Zentralblatt f. Chirur 41. szám.)

Idegkórtan.

Hysteriás járvány 1861—65-ben. Ezt a járvány azért irta le, mert egy rajz birtokába jutott, melyet készített és a mely a járvány mivoltát szépen illustr járvány mutatja, hogy ott, a hol középkori viszonyok u még ma is kiújulhatnak a középkor betegségei.

1852-ben Essert-Roman franczia faluban egy ki leány hysteriás görcsökbe esett. A szülők a gyermeket E vitték, a hol a papság kijelentette, hogy a gyermeket szállotta meg és a leányt a sudarium megérintésével n tották. Ez az eset a közel fekvő Morzineban az ottan prédikációi folytán nagy feltünést keltett, úgy ann ezen a helyen az ördög sok megszállani való lelket t exorcismus alkalmazására bő tér nyilt.

1857. márczius 14.-én, nagycsütörtökön, Morzin 10 éves leányka ijedtség után görcsökbe esett és egy első áldozás előtt álló pásztorleánynyal azt sütötték extasisban a szűz Mária beszél velük. Ezt a balga hitet kibeszélte belőlük, mert ő inkább az ördög cselvetésé és így végre odamódositották meséjüket, hogy val öreg asszony érintéssel megbabonázta őket. Ezt a két Essert-Romanban évek előtt kigyógyult beteg anyja is és megállapította, hogy ugyanazok a tünetek vannak mint a milyenek az ő leányán voltak. Ezzel kétségtel állapította a kórjelzést, hogy itt is az ördög bújt a kis

Egynehány nap mulva 27-re, három év mulva 11 kedett az ördögtől megszállottak száma a helységbe betegek görcseikben az orvost, a boszorkányokat és szidták leirhatatlan kifejezésekkel. A járvány nőttön kapucinus kolostor jámbor barátai és a plébános most a

küldte az ördögöt a faluba. A polgármestert távollétében egy derék csizmadia helyettesítette, a ki a közvéleménynek ellent mert mondani és ezért azzal vádolták, hogy az ördöggel pactumot kötött. A szegény ember hiába tiltakozott, a plébános kiadta a figyelmeztetést, hogy házát, valamint a többi hitetlen házát mindenki kerülje. A két orvos közül az egyik hitetlen volt és nem tudta a betegeket meggyógyítani, a másik mindjárt kijelentette, hogy természetfeletti bajjal van dolga és hozzá sem fogott. Csak egynehány paraszt ért el sikert, az egyik azzal fenyegette meg a leányát, hogy elvágja a nyakát, a másik azzal, hogy a pinczében le fogja lánczolni. Ezek meggyógyultak.

Most egynehány magnetiseur jött a faluba szerencsét próbálni, de ezeket hamarosan kidobták. *Magnin*, Annency püspöke, ezalatt megbetegedett és nem ellenőrizte az általa kiadott exorcismus-tilalmat, így ezt a therapiai eljárást naponként alkalmazták, de a betegek nem fogytak, söt szaporodtak.

1861-ben a ministerium Constans dr. elmeorvost küldte a helységbe a dolog megvizsgálására, a kinek rendelkezésére a plébánost elhelyezték, csendörök és katonaság jött a faluba és a

des Alpes czímü lap hadjáratot indított a „non-posses nem hívők ellen és így nem is igen mert valaki nem ördögben.

Constans dr. másodszor is megjelent a helységben, lapot beszüntette, a szerkesztőt megbirságolta, a plébá áthelyeztette. Azokat a hivatalnokokat, a kik a boszo mellett kardoskodtak, szintén áthelyezték, azokat, a ki helyreállításában segédkeztek, kitüntették, a gyógyult pénzbeli segítséget kaptak. Az eredmény nem soká ké beteg részben kórházba került, részben *Constans* dr. fe megijedve, elment a helységből. A többi a katonaság é ijedt meg. Egynehány egyedül álló visszaesés után beteg maradt, a ki sehogy sem akart meggyógyulni; ez Genfbe költözött és ott folytatta rohamait, melyek se pénzt szerzett.

Igy szünt meg végre teljesen a járvány, de a sultság csak évekig tartó nehéz küzdelemmel tudta legyő felét. (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière 1905. 4.

Kollarit

betegeket a faluból kitették. Erre a járvány megszünt és három évig nem volt semmi baj.

1864-ben azonban az új plébános minden ok nélkül kijelentette, hogy a megtörtént gyógyulásokban nem bizik addig, míg tömeges exorcismus nem történik. Ettől fogva a kapucinus-templomban naponként 7—8 misét mondtak és az egész helység naponként 7—8 órát töltött a templomban. A szentképü medaillonokat annyira vették, hogy az ezeket árusító kereskedők 3000 frank adót fizettek. Ennek következtében a már teljesen kimerült járvány újból teljes erővel tört ki.

A bérmálás napján a betegek a téren gyülekeztek, ott görcsökbe estek, ordítottak, káromkodtak, szitkozódtak, az érkező püspököt a templomba kisérték és a szertartás alatt rá akartak rohanni, arczába akartak köpni és palástját lerántani. A püspök áldása alatt az egész templom népe ordított és szitkozódott, és mert a püspök exorcismusra nem volt hajlandó, a csendörségnek kellett a templomban a rendet helyreállítani. Az egyik jól rajzoló csendör lerajzolta a jelenetet és képe egészen egyezik a középkorból maradt hasonló képekkel, bár ő ilyeneket nem látott (1. ábra).

Gyermekgyógyászat.

Pertussis 15 esetében vizsgálták *G. Grube* és *B.* a fehérvérsejtek számának és alakjának viselkedését. nyeik a következők: 1. Pertussis összes stadiumaiban vérsejtek száma megnövekedett (12,500-ról 48,500-ra, 23,340). 2. Szabályszerüleg a fehérvérsejtek száma a p sok számával arányosan növekszik, s ezek enyhülésév fokozatosan csökken. 3. A betegség valamennyi stadiumáb nonucleáris leukocyták mutatják relative a legnagyobb sz (átlagban 4·5%). A mononucleáris leukocyták egyenenes szaporodnak a betegség fokozatos fejlődésével s annak já párhuzamosan csökkennek. 4. A paroxysmális stadiumban cytosis a nagy lymphocyták szaporulatának eredménye. of Pediatrics 1905 8. sz.) *Faludi G*

Szemtünetek infantilis scorbutban *Irwing Sno* aránylag ritkán észleltettek. Az amerikai statistikában közül 49-szer, *Heubner* statistikájában 60 eset közül 4- lunk ily értelmü feljegyzést. Szerző észlelete egészséges származó gyermekre vonatkozik, kit, miután a friss

alszár fájdalmas duzzanata lépett fel, melyet nehány hét után mérsékelt baloldali, majd pedig újabb 10 nap után súlyos jobboldali protrusio bulbi követett. Gingivák kékes-vörös duzzanata, láz és elesettség egészítették ki a kórképet. Az alkalmazásba vett nyers tej, czitromlé és stimulantiák daczára az exitus nehány napi kezelés után beállott. Bonczolatnál kiderült, hogy a nagyfokú protrusiót a szemüreg csont és csonthártya közti kiterjedt vérömlenye idézte elő, mely a szemüreget kitöltve, a szemgolyót erősen mell felé tolta. (Archives of Pediatrics 1905. 8. sz.)

Faludi Géza dr.

Venereás bántalmak.

A venereás bubók pathogenesiséhez nyujt érdekes adatokat *Lipschütz* (Bécs) egy igen terjedelmes, gondos közleményében. A *Ducrey*-féle fekély (ulcus molle) kapcsán keletkező nyirokmirigygyuladások kórtani ismeretében még ma sincsen teljes világosság. Még néhány újabb szerző is azon véleményen van, hogy a venereás bubók aetiologiája nem egységes, mert ezeket nemcsak a *Ducrey*-féle bacillus, de egyéb bakteriumok (staphylococcus pyogen. aur., alb. stb.) is okozhatják. Szerző beható klinikai, szövettani és bakterioiogiai vizsgálatait összesen 34 esetben végezte. Minden esetének bő kórtörténetét és vizsgálati jegyzőkönyvét is közli. Ezeket — a könnyebb áttekintés czéljából — két csoportba sorolja. Az egyik csoport 11 olyan esetet ölel fel, a hol az összes vizsgálati eljárások, tehát a górcsövi, kulturális és szövettani kisérletek teljesen negativ eredménynyel jártak. A második csoport 23 esetre vonatkozik, a melyeknek valamennyijében sikerült a streptobacillusokat kimutatni. A *Ducrey*-bacillusnak tisztán tenyésztése azonban csakis 12 esetben sikerült.

Érdekesek a bubók kezelésére vonatkozó részletek is. *Finger* klinikáján, a honnan *Lipschütz* jelen közleménye kikerült, a venereás bubók úgynevezett abortiv kezelését sohasem végzik. A míg a spontan visszafejlődés lehetősége fennáll, a duzzadt mirigyeket langyos-nedves borogatásokkal kezelik, és a beteget ágyban tartják. Mihelyt genyedés mutatkozik, azonnal incindálják a bubót, éles kanállal kitakarítják és az antisepsis szabályai szerint ellátják. Az így kezelt bubók átlagos kezelési tartama 30 nap, tehát nem csekély idő. Természetes azonban, hogy e számításba minden virulens bubó bele van véve, a mi az eredményt mindig rontja. Szerző végkövetkeztetései következőképen hangzanak.

1. A venereás bubók egységes aetiologiája csaknem határozottan állítható; ennek absolut biztos kimutatása azonban akadályra talál az esetek azon nagy számában, talán többségében is, a hol a *Ducrey*-féle bacillus ki nem mutatható, mert nem eléggé ismert okok miatt már korán tönkremegy.

2. Az aetiologia szempontjából ajánlatos a venereás bubokat „bacilláris“ és „steril“ bubokra osztani, viszont a virulens, avirulens, sympathiás stb. elnevezéseket teljesen elejteni.

A bubo „elsankeresedése“ csak klinikai kifejezés, mely a bacilláris bubo *Ducrey*-bacillusainak különös virulentiáját jelenti.

3. A venereás bubo mindkét alakját ugyanazon kórbonczтani elváltozások jellemzik. Ezen elváltozások azonban még az egyes alakok keretén belül is jelentékeny differentiákat tüntetnek fel, a mi részben a megtámadott mirigyek számában, részben a destructio kiterjedésében nyilvánul. (Archiv. f. Dermat. u. Syph. 77. köt. 2—3. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Peniscarcinoma esetét két éves gyermeknél közli *Creite*. A gyermeknél nyolcz nappal a klinikára való felvétele előtt is meretlen okból heves priapismus támadt, mely ezen idő óta változatlanul fennáll. A máskülönben egészséges gyermeknél feltünő volt a 2—3-szorosára megnagyobbodott penis; a duzzanat ráterjedt a borékra és a gáttájra is, a hol egy széles alapú beszürődés volt jelen, melyben nagy diónyi csomó volt kitapintható. A vizelet kiürítése akadálytalanul ment végbe; a vizelet rendellenes alkatrészeket nem tartalmazott. A gáttájon levő daganat eltávolításakor kitünt, hogy az a húgycsövet teljesen körülnőtte és beterjedt a corpora cavernosa penisbe is, miért is amputatio penist végeztek; A börsebet a gátig egyesitették és ott csupán a húgycső kivarjól állotta ki, a vizelet a katheter eltávolítása után a gáts resztül ürült. A gyermek néhány héttel később bron meghalt. A mikroskopi vizsgálat kideritette, hogy a carcinoma volt. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 7 1—3. füzet.)

Pick

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A galandféregellenes szerek, a mint ismeretes, sokszor hányást váltanak ki. Ennek elkerülésére kedvező talatai alapján *Apolant* a mentholt ajánlja, a melyből 0·3 ad egyenlő mennyiségű tejczukorral keverve ostyában órával a galandféregellenes szer bevevése előtt. (Deutsc Wochenschrift, 1905. 44. szám.)

Diabetes insipidus eseteiben *Posner* szerint — a ki orvosok és természetvizsgálók legutóbbi vándorgyülésén t tárgyról előadást — kisérletet lehet tenni a Begmann-fé tabletták“-kal. Ezek használata következtében ugyanis elválasztás tetemesen fokozódik, a száj nem szárad ki, a ság csökken s így a betegek kevesebb folyadékot vesznek hoz, a mi betegségük javulását eredményezi.

Tüdővészesek éjjeli izzadása ellen *Wederhake* tö ben jó eredménynyel használta a *dormiolt* 1·5—2·0 adagban. (Therapeutische Monatshefte, 1905. 7. füzet.)

Szemölcsök ellen kisérletet lehet tenni a következ tételü szerrel: Rp. Chloral. hydr. 1·0; Acidi salicylici 1· acetici 1·0; Aether sulf. 4·0; Collodii elast. 15. M. D. S. ként 1—2-szer ecsetelendő. (Heilkunde, 1905. 11. füzet.

Hintőpor lábizzadás ellen: Rp. kalii permangani Aluminis 1·0; Talci 50·0; Zinci oxydati, Calcar. aa 18· kunde, 1905. 11. füzet.)

Köszvény eseteiben *Mayet* nagyon jó eredménynyel a citarint. Heveny roham első tüneteinek jelentkezésekor napon 6, a másodikon 4 és a harmadik naptól kezdve e át naponként 3 gm.-ot vétet be. Idült esetekben az el 10, a másodikon 8, a következő napokon pedig 6—4 veendő be, még pedig ez utóbbi adag huzamosabb időn á médical, 1905. 32. szám.)

Vakbélgyuladás ellen *Moosbrugger* a collargolt h még pedig egyrészt bedörzsölés, másrészt a szájon át orvosság alakjában (½—1%-os argentum colloidale oldat ként evőkanálnyi felnőtteknek, kávéskanálnyi gyermekek a gyomor nem türné a szert, a végbélen át adandó az oldatból 50—100 gm. naponként egyszerre vagy két rés a kenőcs felnőtteknek 2, gyermekeknek 1 gm. menn dörzsölendő be naponként 2-szer a felső és alsó végtago oldalán, alapos megtisztítás után, 25—30 perczen át. szerint ezen gyógyitásmód mellett még a legsúlyosabb kedvezően folynak le; csak azokban az esetekben nin mény, a melyekben már diffus peritonitis tünetei vanna Visszaesések elkerülésére czélszerü még heteken át has a szert belsőleg: ½%-os oldatból 3-szor naponként 5—10 (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 37. sz.)

A mesenteriális mirigyek gümőkórja a gyermek *Hecht* tapasztalatai szerint korántsem oly komoly jele mint azt általában hiszik, feltéve, hogy jókor indítunk r szerü és tartós kezelést. Meleg borogatások és kaliszappa zsölések mellett a creosotal is jó eredménynyel használha esetekben. (Therapie der Gegenwart, 1905. 4. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

∠ **Kitüntetés.** *Plichta Soma* dr. losonczi járásorvosnak iskolaorvosi és egészségtan-tanári minőségben szerzett érde királyi tanácsosi czimet adományozta.

× **Kinevezés.** A m. kir. államvasutak igazgatósága *Halás* dr.-t a miskolczi üzletvezetőség területére szakorvossá nevezte

⁄ **Megerősítés.** A vallás- és közoktatásügyi minister *Zakariás* dr.-nak a budapesti egyetem orvostudományi karán a f utak betegségeinek tanából egyetemi magántanárrá történt ké jóváhagyólag tudomásul vette és őt e a minőségben megerősit

— **A budapesti orvosok szövetsége** január 3.-án rendkivüli közgyülést tartott Babarczi-Schwartzer Ottó elnök vezetésével. A közgyülésen az elnök bejelentette, hogy mivel a deczember 12.-i közgyülésen a fodrászok betegsegélyző pénztárával keletkezett konfliktusban a választmány egyhangú határozatát leszavazták, a vezetőség elhatározta lemondását. A közgyülés a lemondást elfogadta. Schuschny Henrik dr. pénztáros jelentésének tudomásul vétele után Rózsaffy Alajos dr. korelnök vezetésével megejtették az új tisztikar választását. Ennek eredménye a következő: Elnök: Rákosi Béla, alelnökök: Kertész Aba és Lichtenberg Kornél, főtitkár: Váli Ernő, titkár: Béla Pál, jegyző: Schiller Károly, pénztáros: Pauer Károly és gazda: Gerber Béla. Választottak azonkivül 42 tagú új választmányt is. A közgyülés végül köszönetet szavazott a régi tisztikarnak eddigi működéséért.

— **Hibaigazítás.** Lapunk 1905. évi 53. számában pályázati hirdetmény jelent meg a nagykállói állami elmegyógyintézetnél betöltendő főorvosi állásra. Az intézet igazgatósága lapunk említett számának kinyomatása után arról értesitett, hogy a pályázat kéziratába hiba csúszott bele, a mennyiben 1400 korona személyi pótlék helyett a kinevezendő főorvos 400 korona személyi pótlékot fog kapni. Minthogy az eredeti szöveg az igazgatóság levelének vételekor már ki volt nyomva, csak ez úton közölhetjük a helyreigazitást.

† **Elhunyt.** Lovag *Emanuel Kusý* dr., osztályfőnök a bécsi belügyministeriumban, 1886 óta a közegészségügy vezetője Ausztriában, 65 éves korában. Kusý a régi Josefinum növendéke volt s katona-orvosból lett hivatalnokká. Bécsbe Morvaországból került, hol teljesen újjászervezte a közegészségügyi szolgálatot. Alatta létesült Ausztriában a Pasteur-intézet s a serotherapiai és oltó-nyiroktermelő intézet. — *Th. A. Carter* dr. Shottery-ban (Anglia) 72 éves korában; az elhunyt a 60-as években több jeles anatomiai, szövettani és életvegytani dolgozatot közölt s többek közt ő fedezte fel az erek karmin-gelatine-val való befecskendését. — *Scholz G.* dr., ismert nőorvos, Görlitzben 86 éves korában. — *André Thouvenot* dr., az élettan tanára Limoges-ban. — *A. L. Ranney* dr., ismert idegorvos New-Yorkban, 57 éves korában. — *C. Rosanelli* dr., az általános kórtan rendkivüli tanára Páduában. — *Szini Gyula* dr., a Rudolf-kórház igazgató-főorvosa, vármegyei tiszteletbeli főorvos Kézdivásárhelyen, január 3.-án. — *Süssmann Herman* dr. Nagy-szebenben, deczember 2.-án 53 éves korában. — *Kovács Mihály* dr. deczember 30.-án, Kecskeméten.

∨ **Kisebb hirek külföldről.** *Schlossmann* tanárt (Drezda) az újonnan felállitott düsseldorfi orvosi akadémia gyermekgyógyászati tanszékére hivták meg s egyidejüleg megbizták az ottani gyermekkórház igazgatásával is. — A freiburgi kórboncztani tanszékre, mely csak pár hét előtt üresedett meg Ziegler tanár halálával, meghivták prof. *Schmorl*-t, a drezdai városi kórház prosectorát. — *Mikulicz* tanárnak emlékszobrot szándékoznak állitani Boroszlóban; a bizottság élén Bernát meiningeni herczeg áll. — Berlinben a gyakorló orvosok egyesületet alkottak, melynek czélja az azon visszaélés ellen való küzdelem, hogy jómódú betegek is igénybe veszik a poliklinikák ingyenes segélyét. — *K. Suslow* dr.-t a sebészet rendk. tanárává nevezték ki a szt. pétervári női orvosi akadémián.

△ **Az egészségügyi ministerium kérdése a bécsi urakházában.** Az osztrák orvosszövetkezet beadványt intézett az urakházához, melyben külön egészségügyi ministerium szervezését kérelmezi. A beadvány a deczember 19.-i ülésen került tárgyalásra. Merveldt gróf előadó a beadványnak a ministeriumhoz való áttételét javasolja. Toldt tanár (az anatomia tanára Bécsben s néhány hónapja az urakházának tagja) hozzászólásában kijelenti, hogy a beadványnyal majdnem mindenben egyetért, s csak a végkövetkeztetéseit tartja egy kissé túlhajtottaknak. A közegészségügy Ausztriában az utóbbi évtizedekben kétségtelenül nagy haladásokat tett s jelenleg elég magas fokon áll, mindazáltal még sok tekintetben, úgy a törvénykezés, mint a rendeletek keresztülvitele dolgában pótlásokra és javitásokra szorul. A beadványnak igaza van abban, hogy a közegészségügyet központositani kell, mert csak ezzel biztositható az, hogy ezen fontos, a nép jólétére oly nagy jelentőségü ügy vezetésében egységes és a tudomány mai állásának megfelelő elvek érvényesüljenek. Nagy hiba, hogy a közegészségügyi intézkedések elrendelése és keresztülvitele ez idő szerint jórészt még laikusokra van bizva, a kik kellő szakismeretek hiján nem mindig intézkednek helyesen s az ügynek nem tulajdonitanak elegendő fontosságot. Hogy hova vezet az, ha laikusokra van bizva közegészségügyi kérdések eldöntése, ezt csak nemrég láttuk egy bécsi hatósági testület gyülésén. Egy aránylag csekély összeg megszavazásáról volt szó oltási praemiumok czéljaira. A gyülésen többen felszólaltak olyan értelemben, hogy a himlőoltások csak arra jók, hogy velük megmérgezzék a népet. Ennek az volt a következménye, hogy a praemiumokat épen csak egy szavazattöbbséggel szavazták meg s igy kevésben mult, hogy a himlőoltásokat egy évre le nem szavazták Alsó-Ausztriában. Szóló azt véli, hogy az urakháza hagyományai szerint cselekszik, ha ez alkalommal figyelmezteti a kormányt a közegészségügy korszerű szervezésének a fontosságára, a mely figyelmeztetés annál időszerübb, mivel épen most töltendő be e fontos ügy vezetőségében a legelső állás. Szóló az javasolja tehát, hogy ajánlja az urakháza a kormány figyelmébe azokat az előterjesztéseket, a melyek az orvosszövetkezet beadványában foglaltatnak s a melyek a közegészségügy korszerű javitására és hathatós kiépitésére vonatkoznak. Külön ministerium szervezését szóló nem tartja szükségesnek.

teren külön ministerium felállitása nélkül.

A ház Toldt tanár javaslatát egyhangúlag elfogadta.

△ **Bécsben nagyszabású hygieniai kiállítás** kész védői tisztét Leopold Salvator főherczeg vállalta el. A di beválasztották Leydent, Esmarchot, Rubnert stb.

⊕ **Tiszta húsevők közt.** Senn dr. érdekes adatokat land északi részén lakó, még teljesen érintetlen ősállapot kimókról, a kik tisztán csak állati táplálékkal élnek, s k expeditio alkalmával tanulmányozott. Skorbut, nyaki miri golyva, tonsillitis ismeretlen közöttük, fogaik szépek és A physiologiának az az állitása, hogy a növényi táplálék azért is szükségünk van, mert ennek az emésztheten segitik elő és tartják fenn súlyukkal a peristaltikát, nálu lódik be, mert, bár semmi növényi táplálékkal nem élnek, rendesek, a mire talán az olajnak van elősegitő hatása. Em hogy tisztátlanságuk ellenére is bőrbajok nem fordulnak tuberculosis is ismeretlen betegség közöttük, addig, a míg vannak, de hamar áldozatává lesznek, ha délibb vidékekre ki. A syphilis előfordul közöttük, de igen enyhe alakban. szerző nem észlelt közöttük, de hysteriás tünetek kifejlőd a hosszú s nélkülözésekkel és anaemiákkal járó téli id Daganatok nem fordulnak elő, állati élősdiek ritkák; ismé ségek még a degenerativ bajok, a köhögés és meghül könnyen és simán szokott náluk lefolyni; gyermekeiket k tatják. Mit szólnak mindehhez a vegetariánusok?

✳ **Tátrafüredet** a téli idényben deczember 26.-áig ték fel.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistika mutatása szerint az 1905-dik év 51. hetében (1905. decz deczember 23.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom** év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, összesen 836,267. Elveszületett 445 gyermek, elhalt 290 e tések tehát 179-el multák felül a halálozásokat. — Szülé száma: 1000 lakosra: 27·7. — Halálozások arányszáma: 18·0. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis tuberculosa 7, apoplexia cerebri 7, convulsiones 6, paralysi tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. cordis 13, morbi myocardii 11, vit. valvularum 4, arterioscl m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 8, 5 éven felüli 2, pneum. catarrh. 5, pneumonia 22, pne posa 0, tuberc. pulmonum 44, emphysema pulm. 4, ple m. org. resp. 3, morbi stomachi 1, enteritis 2 éven alu felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occ peritonitis 2, cirrhosis hepatis 1, alii morbi hepatis 0, alii 2, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, gen. 0, m. cut. et t. cell. 1, m. oss. et artic. 0, debil. paedatrophia 0, marasmus senilis 13, carcinoma ventric. uteri 3, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 0, morbi diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 1, typhus abdomina varicella 0, morbilli 9, morbilli pneumonia 1, scarlatina 0, croup-diphth. 8, diphth. faucium 0, influenza 1, febris lues congenita 2, erysipelas 3, pyaemia, sepsis 1, alii m morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 11, suicidium 3, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3719 rodás 735, csökkenés 771, maradt e hét végén 3611 beteg ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti fő közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti fel): kanyaró 194 (185), vörheny 35 (32), álh. gége- és ro lob 29 (31), hökhurut 22 (27), gyermekágyi láz 1 (1), hasi (17), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 44 (52), vérha agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 4 (2), trac lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Lapunk mai számához a C. F. Boehringer & Söhn Waldhof körlevele van csatolva.

A Bayer dr. és Társa czégnek ismeretes „**Purgo**"-k sikerült egy oly magyar kiviteli czikket teremtenie, mel világ összes államaiba szállittatik. Ezen szer jó tulajdonsá Magyarország, Németország és Ausztria valamennyi egyet és jelentékenyebb kórházaiban be van vezetve és miutá és külföld leghirnevesebb orvosi kapacitásai, mint Ko Lapponi, Maggiorani, Mendelssohn, Tunicliffe, Wernicke stb. arról rendkivüli kedvezőleg nyilatkoztak, ezen nélkülözhe szer a legutóbbi időben a braziliai katonai kórházak ottani hadügyministerium által a rendes gyógyszerek köz Az ide csatolt „Purgo"-prospectust olvasóink szives figyeln

E jubiláris szám mellékletéül veszik az előfizetők orvosi műszerésznek, **Keleti J.** úrnak füzetét, a melyben orvosi speciális szakmák rohamos fejlődésével lépést tart műszereket és készülékeket, a melyeket úgy külföldi, szakorvosok construáltak. Mindezek a műszerek Keleti résznek 28 év óta fennálló nagyszabású budapesti m kerülnek ki, különös figyelmébe ajánljuk az orvos urakn

Tartalom: Közhórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1905. november 27-én.) 207. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi sz
(IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.) 208. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1905. november 22.-én.)

Elnök: **Schwartz Artur.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Goldzieher Vilmos* és *Fejér Gyula* tagtársakat.

Radiummal kezelt szemhéjrák.

Goldzieher Vilmos: A bemutatás tárgya egy asszony, a ki már a mult ülésen be lett mutatva. A beteg a bal alsó szemhéjon székelő rákkal jutott a kórházba. Az újképlet a szemhéj belső harmadát foglalta el; klinikai megjelenése szerint mirigyrák volt, mivel a szemhéj erősen infiltrálva, a bőr pedig fekélyes volt, a conjunctiva érdes papilláris kinövésekkel teli, a papillák között exulceratiókkal. A radiumkezelés után a tumor szemmel láthatólag kisebbedett; a fekélyes bőr tisztult, begyógyult, a conjunctiva sima és rendes lett, úgy a kinövések mint a fekélyek eltüntek; egyszóval a beteget meggyógyultnak tekintettük. Egy jelenség azonban feltünt és pedig az, hogy az új bőr határán egy kis kiemelkedő lécz volt, melynek azonban kezdetben nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottunk, mivel azt csak ránczosodásnak tartottuk. A kivágott bőrlécz górcsövi megvizsgálása azonban meglepő leletet szolgáltatott. Kitünt ugyanis, hogy ez a lécz fiatal bőrrák, mely élesen kezdődik az egészséges bőr határán és a mélybe nő. A praeparatum a górcső alatt látható és a képlet természetét illetőleg semmi kétséget sem hagy hátra.

Minthogy a radiummal való kezelési módszer még új s a tárgy eléggé fontos, szükségesnek tartottam a már bemutatott beteget még egyszer megbeszélés tárgyává tenni. Az tünik ki ugyanis, hogy daczára annak, hogy a gyógyulásnak külső képe megvan, gyógyulásról még nem szabad beszélnünk, a beteget tovább kell észlelés alatt tartani és esetleg pontos górcsövi vizsgálat után a kezelést folytatni. Mindenesetre hangsúlyozandó, hogy a radiumkezelés az alkalmas esetekben — és azokhoz tartoznak a szemhéjrákok — előnyösebb, mint az operativ eljárás; az operatio sem óvja meg a beteget a recidivától és a mellett olyan eltorzulásokat hozhat létre, melyek következtében a szemteke functioja is veszélyben forog. Véleményem szerint érdemes a szemhéjrák minden esetében a radium-kezelést alkalmazni, főleg akkor, ha a beteg további észlelés alatt maradhat.

Említésre méltónak találom azt a tényt, hogy betegünknél a radiumkezelés alatt a pillaszőrök egy része kihullott, nemcsak a kezelt szemen, hanem a másikon is, úgyszintén azt, hogy elég makacs szemhéjburut fejlődött.

Uj glaukomaellenes operatio. Cyclodialysis

Goldzieher Vilmos. Fuchs bécsi tanár azt az észlelést tette, hogy hályogoperatiók után némely esetben érhártya-leválások jöhetnek létre. Neki ugyanis feltünt, hogy vannak operáltak, kiknél az operatio és a gyógyulás rendes lefolyása daczára a mellső csarnok sokáig nem áll helyre és a szemteke puha marad. Tükörrel megvizsgálván ezeket a betegeket, azt találta, hogy a metszés tájékának megfelelőleg az érhártya le volt válva, a mely jelenség később, a teljes restitutio beálltával eltünt. Ő e meglepő és eddig teljesen ismeretlen jelenséget úgy magyarázta, hogy az operatio alkalmával a ligamentum pectinatum véletlenül megsérült, a corpus ciliare meglazult és igy communicatio jött létre a mellső csarnok és az érhártya feletti űr között, minek következtében a csarnokvíz a művileg létrejött résen keresztül átszivárgott és az érhártyát leválasztotta, miáltal egyszersmind az intraoculáris nyomás is csökkent. Ezt a véletlen leletet Heine, Breslauban, új operatiora használta fel, melyet ő cyclodialysisnek (a sugártest leválasztásának) nevezett. Az operatio menete a következő: a szarúhártya-limbustól 5—6 mm.-nyi távolságban lándzsával kis metszést végez a sclerán a conjunctiva előleges lepraeparálása után s a lándzsát egy darabig előretolja, míg körülbelül a sugártest tájáig jut. Azután kihúzza a lándzsát és a seben át bevezet egy spatulát, előretolja, mig a spatula vége a mellső csarnokban megjelenik. Most a spatulát jobbra és balra mozgatja és ez által a corpus ciliare insertioját kisebb-nagyobb terjedelemben leválasztja a sklerától.

Természetes, hogy az érhártyát nem szabad megsebesiteni és hogy szorosan a sclera és érhártya között kell maradni. Az operationak czélja communicatio létrehozása a mellső csarnok és a suprachorioideális űr között, a mi által Heine szerint lehetséges volna az intraoculáris nyomást kisebb vagy nagyobb mértékben, hosszabb vagy rövidebb időre csökkenteni, a szerint, hogy több vagy kevesebb csarnokvizet üritünk ki. Az operatio hatása főleg azokban az esetekben érvényesül, mikor az iridektomia még nincsen, vagy már nincsen indicálva, tehát előkészitésül a rendes iridektomiára vagy iridektomiák után, mint pótló műtét; valamint akkor is, midőn az iridektomia végzése veszedelmes, de a szembeli nyomás csökkenése mé natos volna. Az operatiót 26-szor végezte és a legtöbb e kivánt sikert érte el.

A bemutatandó eset egy nőbeteget illet, ki november hó a kórházba jött, kétoldali szürke hályoga miatt. A vizsgálat k hogy csak a baloldali cataracta operabilis; a jobb szem volt, teljes amaurosissal és a glaucoma absolutum minden je baloldali cataracta sikeres operatioja után előadó november Heine-féle cyclodialysist végezte a jobb szemen. Az operati a következő volt: körülbelül ½ cm.-rel a felső limbus felett a co ollóval bemetszette és kellő kiterjedésben lepraeparálta. Azut a Czermák-féle mód értelmében próbálkozott a sclerát tra domború skalpell-lel bemetszeni, de minthogy ez a mód kevé tikusnak látszott, a lándzsához nyúlt és Heine szerint a s jutott. A spatula bevezetése, a mellső csarnokba való előnyo a sugártest hosszabb terjedelemben való leválasztása semmifé séggel nem járt. Az operatio közvetlen eredménye kitünő tekintve attól, hogy lobos reactio, vérzés stb. nem állott be, oculáris nyomás lényegesen csökkent és igy is maradt lega héten keresztül. Később a nyomás megint emelkedett és mo elég magas, ámbár nem olyan nagy, mint az operatio előtt.

Az eset bizonyítja: először, hogy a Heine-féle cyc könnyen kivihető és veszélylyel nem jár; másodszor, hogy tény egy időre az intraoculáris nyomást lényegesen csökkenteni. H nem állítja, hogy ez a hatás állandó, a mint a bemutatott ese nyomás megint emelkedett. Az operatio tehát az iridektomiát fogja pótolni, hanem igenis hasznos lehet sok másféle, az előa felsorolt esetben. Hogy miben rejlik a beavatkozás nyomás hatása, az még nem teljesen bizonyos. Előadó azon nézeth kozik (Sattler), miszerint nem a mellső csarnok és a supracho űr közötti communicatio a lényeges, hanem az, hogy a sclerát a szemteke külső falazatában nyilás ejtetik, minek következte physikális okokból is beáll a nyomás csökkenése. A művi fi gyógyulása után a nyomás megint emelkedett. Az új opera ugyanazt teszi, a mit a sklerotomia posterior, melyet m hasonló indicatio alapján végeznek és melynek hatása szintő Míg azonban a sklerotomia prosterior mindenesetre veszed hiszen megnyitja az üvegtesti űrt, mi által infectio könnyebben tik, másrészt az érhártya átmetszése által vérzésekre adhat a cyclodialysis sokkal kisebb veszedelemmel jár, remélhe hogy kellően körülhatárolt indicatiós terrenumon polgárj szerezni a szemészeti műtétek sorában.

Grósz Emil: Előadó úr annyi kritikával és mérséklett tárgyról, hogy nagyon kevés az, a mit hozzátehetek. Felszóla tehát csak egynéhány detailról akarok megemlékezni. Ugy hisze meg van okolva Heine által, hogy ezen operatiot alkalma megpróbáljuk. Természetesen sok eset szükséges ahhoz, hogy véleményt alkothassunk.

A mi az indicatiót illeti, ma még arra kell szorítkoznu csak absolut glaucománál végezzük. Tehát mikor a látásnak nem lehet. Különösen olyan absolut glaucománál, melynél ma tág pupilla és atrophiás iris van, tehát mikor az iridectomia tec kivihetetlen, s a szemre az enucleatio vár.

Hogy előkészitő operatioként fulminans glaucománál nem tartom helyesnek, mert nem tudjuk, nem lesz-e káros hatás olyan esetet, melyben a műtét után a tensio leszállt, de n újabb roham mutatkozott. Ennek a szemet kitenni nem czél

Másik megjegyzésem a technikára vonatkozik. Láttam Czermáktól. Szikével vágja át a sclera rostjait. De ennek el hogy a conjunctivából a szándékolt sclerametszés felett, 8—1 a limbustól messük át a kötőhártyát és hajtsuk vissza a leb a subconjunctivális szövettől alaposan meg kell takarítani különben a fűrészelő mozgások alatt akadályozza a sima b Én ezt helyesebbnek találom, mert a sclera átmetszése után me hogy áthatoltunk rajta és nem sértjük az érhártyát. A lándzs ben nem szabad előretolni, hanem csak a spatulát.

A műtét magyarázatába nem akarok belebocsátkozni, d juk, milyen viszonyok vannak előrehaladott glaucománál és kétséges, megtörténhetik-e a helyes leválasztás. Theoretice n nincs, inkább nyugszik azon leleten, melyet Fuchs leirt.

Goldzieher Vilmos: Köszönöm Grósz kartárs úr hozzász több eset kinálkozik, meg fogom kisérteni a Czermák el Csak azt kívánom megjegyezni, hogy Heine a lándsát előreto

Érhártyasarcoma és lencsesubluxatio esete.

Fejér Gyula: E. N., 58 éves munkásembert diagnostil pontokból akarom bemutatni, bizonyságául annak, hogy milye situatiók fordulhatnak elő egy egyén mindkét szemében időben. Sajnos, gyógyitási szempontból sokat tenni nem lehet ember dilemmában van, hogy melyik indicationak feleljen me

Beteg előadja, hogy bal szemét 8 év előtt ló megrugta. A k

képes volt, de két hét óta látása mindkét szemén annyira rosszabbodott, hogy vezetni kell. Fájdalma utóbbi időben nem volt.

Ha sérült bal oldalát megtekintjük, akkor azonnal feltünik, hogy az os zymogaticum margo supraorbitalisa kiemelkedik, utóbbi hyperostotikus. A szemhéjak, szemteke besüppedtek, tehát nagyobbfokú enophthalmus van jelen, nemcsak előbb említett körülmények miatt, hanem az orbitális zsirszövet sorvadása miatt is. A szemteke normális nagysággal bir, minden irányban jól mozog. A cornea normális, a keskeny iris szövete sorvadt, a pupilla ad maximum tágult, a pupilla területét a le- és hátrafelé subluxált lencse foglalja el, mely közepén zavaros, széli részein átlátszó. A pupillának felső egyharmada aphakiás, a lencse alul kivül rögzítve van, a zonula Zinnii rostjai seholsem láthatók. A szemfenéken a pupillától felfelé egy fél pupillányi nagyságú fekete pigmentrög látható. Fényérzés minden oldalon jó, sőt a kézmozgás irányát is meg tudja különböztetni; tensio kissé emelkedett, de a szemteke teljesen izgalommentes, érintésre nem fájdalmas.

A jobb szemen külsőleg semmi elváltozás, de ha oldalagos világításnál az orr felől betekintünk a szem mélyébe, akkor középen kivül a lencse háta mögött egy lencsenagyságú és alakú barnás tömeget veszünk észre, mely a pupilla területét teljesen elfedi, a szemből vörös fényt egyáltalában kapni nem lehet, ha a beteg a halánték felé néz; mig ha lefelé néz, akkor a pupilla teljesen piros lesz, a szemfeneket jól lehet látni, sőt a lencse mellső rétegeiben zavarodást is lehet észrevenni. Az Purkinje-Sanson-féle képek segélyével ki lehet mutatni, hogy a lencse helyén van; a barnás tömeg a lencse háta mögött tolódik a pupilla területére. A szem különben $^{2}/_{70}$ visussal bir, ha egyenesen vagy befelé néz, mig kézmozgást sem lát, ha a halánték felé tekint. Fenyérzése minden oldalon jó. Tensio normális. A jobb szem látóterének belső felső része teljesen hiányzik, belső alsó negyede rendkivül szükült megfelelőleg azon körülménynek, hogy a daganat a reczehártya külső felét foglalja el.

A bal szemen tehát egy subluxált lencsével van dolgunk, a zonula valószinüleg a tápláló hártya megbetegedése következtében lazult meg. A jobb szemen pedig a differentiális diagnosist kell megejteni luxált lencse és a chorioideának a corpus ciliarehez közel eső része melanosarcomája között; minden jel arra mutat, hogy utóbbival van dolgunk. Érdekes, hogy sem a subluxált lencse, sem a chorioideális daganat nem okoz vérkeringési zavart vagy izgalmat; ebből is látható, hogy bizonyos körülmények között a szemteke mennyire képes a nedvek be- és kifolyását önmaga szabályozni.

A therapia elvei szerint a jobb, még látó szemet enucleálni kellene, a bal, csak fényérzéssel biró szemből a subluxált lencsét kellene eltávolitani. Igazán nem tudom, mit ajánljak a betegnek a jelen körülmények között.

(Vége következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**. Jegyző: **Konrádi Dániel.**

Makara Lajos bemutat egy Kocher szerint módositott **Kader-féle gastrostomia-esetet**, hogy e műtétmód kifogástalan eredményét bizonyitsa. A beteg T. I., 50 éves férfi, kinél 3 hónappal a belklinikára jövetele előtt, juniusban nehéz nyelés lépett fel. Étkezés után a hig tápanyagokat is rövid idő mulva kihányta, érezte, hogy az étel a gyomor felett megakad. Szeptember 6.-tól, a mikor a belklinikára jött, szeptember 25.-ig 45 kgm.-ról 41 kgm.-ra soványodott, legyengült úgy, hogy járni sem volt képes. Állandóan éhes, szomjas. A gyomorsonda a fogsortól 43 cm.-nyire megakad. Bárzsingrák diagnosissal hozzánk tették át a beteget.

Szeptember 25.-én tekintettel a beteg nagyfokú gyengeségére helyi érzéketlenités mellett végeztem a gyomorszájképzést, és azonnal megkezdtük a nyiláson át táplálni.

A műtét napján délután nagyfokú gyengesége miatt camphort és hypodermoclysist (400 cm^3) kellett adni. Azontúl a lefolyás zavartalan, fokozatosan több és több folyékony tápszert fogyaszt (tej, tojás, czukor, só, hygiama, húslé). A vizelet mennyiség 200-ról 600-ra emelkedik. A testsúly október 12.-ig változatlan.

Azóta a táplálkozás és erőállapot szemmelláthatólag javul. A testsúly 2 gm.-mal szaporodott, a vizelet 1100 cm^3-re emelkedett, jól jár s állapotával meg van elégedve.

A bárzsingrákkal szemben sebészi tudásunk ma teljességgel elégtelen arra, hogy a radikális eredmények megkisértésére vállalkozzunk. Ellenben igenis módunkban van a betegség lefolyását gyorsitó és a betegekre legkinzóbb éhezést megszüntetni.

A gyomorszájképzés technikája odafejlődött, hogy a műtétet csekély veszélyünek mondhatjuk és az ujabb módszerek megszüntették nagy részben a gastrostomiával ezelőtt járt kellemetlenségeket.

Ezen kellemetlenségek közé tartozott a rosszul záró nyilásoknál tapasztalt gyomornedv- és tápanyag-kifolyás a következményes bőrlobosodásokkal.

Ezen újabb módszerek közül részemről egészen megbizhatónak tapasztaltam a Kader-féle sipolyképzés módszerét Hacker és Kocher módosításával.

érhetjük az előhúzásnál. A Hacker-féle módositás a re elzáró felhasználására vonatkozik. Kocher pedig a k varrás helyett dohányzacskós varrattal szoritja a nyilásb zott gummicsövet, miáltal az elzárás pontosabb és megb

Három esetben volt alkalmam e módszert kipróbál nál azonnal a műtét után megkezdtük a gyomorba fecsk naget egyiknél sem alkalmaztam a hassebbe. Mindhárom catio nélkül gyógyult, a sipoly mindegyiknél jól zárt.

A grastrostomia nemcsak azáltal hosszabbitja meg hogy az éhenhalástól megmenti, de magára a carcinom jó hatással van. Megszünik a folytonos nyelési kisérletek tus, megszünik a szükület feletti tágulatban pangó étel származó kártékony inger, úgy hogy a carcinoma tovább sabban történik. Idején foganatositott műtétel mellett a napokig munkaképes is lehet.

Makara Lajos bemutatja **egy baloldali lapoczkad**

A beteg 22 éves, erőteljes, bányamunkával foglal Z. J.-né. Daganata egy év óta fejlődik. A porczkemény lapoczka külső széléből a hónaljárokba, hátra a tövis ala jed. A gyermekfejnyi daganat ezen elhelyezkedése folytá abdukált. A kar mozgásai a vállizületben korlátoltak. megfogyott.

A daganat emlékeztet a bemutató által 1894-ben sületben Budapesten bemutatott, 7 kgm. súlyú osteochon esetre, melyet fényképben ezúttal is bemutat. Azon eset scapula resectiojával történt a daganat eltávolitása, két operabilis recidivával látta, a mi csak bizonyitja más klin talalatait a lapoczkadaganatok rosszindulatúsága felől. Mi csakis a radikális műtéteknek, az egész lapoczka, esetleg a végtag együttes eltávolitásának van kilátása végleges

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

3053/1905. szám.

Heves községben — elhalálozás folytán megüresedett — **állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják felszerelt pályázati kérvényeket hozzám f. **évi január 24.-ig** adják be, mert a későbben beérkező kérvényeket figyelembe ne

Javadalmazás a következő:

1000 kor. fizetés, 200 kor. lakbér, 100 kor. halottkémlési rendelettel megállapitott látogatási dijak.

A választást f. évi január 25.-én délelőtt 10 órakor fogo

Heves, 1906. évi január 2.-án.

3—1 *Korponay István,*

7696/1905. szám.

Lemondás folytán megüresedett **ivánkai körorvosi á** hirdetek. A körlethez Ivánka, Lükigergelyfalu, Nagyfalu, Ber Salghó községek tartoznak.

A körorvos 1200 kor. évi törzsfizetést és 240 kor. melyek előzetes havi, illetve negyedévi részletekben a kir. a tatnak ki.

A körorvos székhelye: Ivánka; látogatási dijai szabályre szabályozva. A pályázók felhivatnak, hogy szabályszerűen felsz **1906. január hó 31.-ig** alulirotthoz annál is inkább terjeszszék beérkezett kérvények tekintetbe vételét nem igérhetem.

Nyitra, 1905. december hó 28.-án.

2—1 *Szabó,* főszolgab

1572/1905. szám.

A kolozsvári m. kir. állami gyermekmenhelynél vé távozás folytán a **másodorvosi állás** betöltendő.

Javadalmazás: évi 1200 kor., természetbeni lakás és éle orvos egyúttal felügyelő orvos, mely minőségben külön napidíj

Az ezen állásra pályázni szándékozókat felhivom, hogy 9. §-ában előirt minősitésüket és eddigi működésüket feltünt felszerelt folyamodványukat a nagyméltóságú belügyminister hozzám **1906. évi január hó 15.-éig** adják be.

Kolozsvár, 1905. deczember hó 29.-én.

Genersich Gusztáv dr., igaz

A kassai alap. közkórháznál lemondás folyt án megüres **állás**, mely 1200 kor. évi fizetéssel, az intézetben e gy bútoro fütéssel és világitással, továbbá reggeli és déli I. oszt. élelm dalmazva, 1906. évi február 1-én betöltendő.

Ezen állás elnyerése iránt az egyet. orvostudori ok levéllel az eddig betöltött foglalkozást tanúsító okmányokkal felszerelt **évi január hó 20.-ig** alulirott igazgatósághoz te rjesztendők be. jelzett napon okvetlenül elfoglalandó.

Nyelvismeret közlése kivánatos.

Tájékozásul a betöltendő ügykört részletező szolgálati s sen beszerezhető.

Kassa, 1905. évi deczember hó 26.-án.

2—2 *Az alap. közkórház*

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁNTA

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerk 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tu mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dollinger Gyula: A csont- és izületi betegségek gyógykezelése. 209. lap.

Herzog Ferencz: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem idegklinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.) A látópálya, a ganglion opticum basale és a harmadik agygyomor fenekének rostozata a szemgolyók atrophiájának egy esetében. 213. lap.

Székely Ágoston: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. Adatok a fertőző betegségek kisérletes kór- és gyógytanához. 215. lap.

Tárcza. Elischer Gyula: A laparotomia visszatekintőleges megvilágitásban. 218. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Simon Scherbel*: Jüdische Ärzte und ihr Einfluss auf das Judentum. (Győry.) 219. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Blumenthal*: A Gruber-Vidal-féle reactio jelentősége a máj és az epeutak megbetegedéseiben. (Marikovszky.) — *Belgyógyászat. Jürgensen*: A hashajtó szerekkel való visszaélés habituális obstipatio eseteiben. *Hirschfeld*: Pankreas-diabetes. — *Weiss*: Az emotiós icterus kérdése. — *Sebészet. Kümmell*: A prostata-hypertrophia operativ kezelése. (Steiner Pál.) — *Renner*: Nucleinsav. (Pólya.) — *Kümmell*: A genyes meningitis operativ kezelése. (Steiner Pál.) — *Gyermekgyógyászat. F. Förster*: Myocardium- és vérmegl a gyermekkorban, különös tekintettel a fertőző betegségekre. Géza.) — *Uffenheimer*: A hashártya valódi gyöngykórjának esete. Géza.) — *Húgyszervi betegségek. J. H. Pringle*: A húgycső he állati húgycsőnyálkahártya átültetésével. (Picker.) — *Kisebb az orvosgyakorlatra. Baroch*: Dormiol. — *Magyar orvosi irodalom*. 21

Hetiszemle és vegyesek. Megbizás. — Választás. — Sándorfi Mi Budapest VII. ker. Orvostársaság. — A budapesti Orvosi Kör or egylete. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. — A lissaboni X közi orvosi congressus. — A könyvek szerepéről a fertőzés terjeszt A hármas ikrek sorsáról. — A születések számának csökkenése Fran ban. — Megjelent. — A budapesti egyetemi I. sz. női klinika. — A egyetemi II. sz. női klinika. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testü osztálya. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Szemelvé földi tudományos társulatok üléseiből.

Mellékletek. Közlemények a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (R tanár udvari tanácsos) sebészeti klinikumából. — Farbwerke vor Lucius & Brüning „Novocain" czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gümős csont- és izületi betegségek gyógykezelése.

Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilvános rendes tanártól.

Balassa János 1852-ben tette közzé a „Zeitschrift der kais. königl. Gesellschaft der Ärzte zu Wien" czimü folyóiratban „Az izületi bántalmak gyógykezelése" czimü czikkében azon tapasztalatát, hogy a gümös izület, ha kemény kötéssel teljes nyugalomba helyezik, az esetek legnagyobb részében meggyógyul. Magyar nyelven 1864-ben ismertette az Orvosi Hetilap hasábjain e felfedezését. Ekkor már bövebb tapasztalattal rendelkezett, a melynek alapján a gümös izületek gyógykezelésére a rögzitést ajánlotta. Erre az akkor általános elterjedt túrómészkötést alkalmazta. Balassa nagy tudományos munkálkodásából ez az eszméje emelkedik ki a legmagasabban és mégis elszigeteltségünknél fogva ezen dolgozata a külföldön sohasem keltett figyelmet, itthon pedig halála után feledésbe ment. A mikor a nyolczvanas években behatóbban kezdtem a gümös csontok és izületek gyógykezelésével foglalkozni, Korányi figyelmeztetett Balassának e munkájára, a melyet azután egy orvosegyesületi előadásomban[1] behatóan ismertettem. Ma a külföld számos nagynevü klinikáján állandó rögzitéssel gyógykezelik a gümös csontokat és izületeket, az utakat azonban, a melyeken Balassa eszméje odakerült, kimutatni nem lehetett. Még a nevét is alig ismerik már. Egy okkal több, hogy mi ne feledjük el, hogy Balassa éles szeme és biztos itélete mutatta meg a tudományos világnak therapiánk e nehéz fejezetében a helyes utat.

Azonban a rögzitési gyógykezelés egymagában nem meríti ki a gümös izületek egész therapiáját. Sebészeti technikánk és kórtani felfogásunk azóta nagyot haladt s ennek befolyá mös csontok és izületek gyógykezelésére, a mely csaknem nap minden sebészt foglalkoztat, nem maradhatott el. A közi Sebésztársaság" Brüsszelben tartott ez idei első con a kérdés fontosságát méltatva, felvette azt az ott tárgyalt 5 kérdés közé. A kiküldött öt referens beható kimutatta azon hiányokat, a melyek még pótlandók ellentéteket, a melyeket kiegyenliteni a jövő munkája következőkben ismertetni fogom e kérdés mai állását s az pontot, a melyre saját tapasztalataim alapján juttottam és a congressuson képviseltem.

* * *

I. *A korai operativ gyógykezelés.* Czélja az első gümö a mely az izelütet alkotó csontok valamelyikében tán metszeni, ez által a további roncsolásokat megelözni, működését minél tökéletesebben megtartani és igy a betegy gyorsabban teljesen meggyógyitani. E czélt régebben a resectiokkal igyekeztek elérni, a melyeket újabban a kim nem typusos resectiók váltottak fel. Ezek annyiban je haladást, hogy az összes anatomiai képletek kiméléséve nak be a gümös góczhoz és az izületnek csupán betegy távolitják el. A nem typusos resectiók elterjedésének mé zett a Röntgen-fényképezés, a melynek segélyével az els góczot sokszor már a betegségnek korai szakában felism és helyét megállapithatjuk. Azonban a gyakorlati ere nem felelnek meg a korai mütéthez kötött vérmes várakoz

1. A functionális eredmény. A korai mütéti kezeléssel m előtt jobb functionális eredményt véltek elérhetni. Már kiemelnem azon tényt, a melyet később még bövebben fejteni, hogy a gümös izületi gyuladások egy nagy része san keresztülvitt conservativ kezelés mellett az elsődleg gócz sebészeti eltávolitása nélkül meggyógyul és az izület

[1] A gümös csigolyagyuladás gyógykezelése és kórtani tapasztalatok 700 eset alapján. Orvosi Hetilap 1896. XL évfolyam. 40—43. szám.

Az eredmény ezen esetekben sokkal jobb, mint a milyet a legkiméletesebb atypusos resectioval el lehetett volna érni. Minthogy pedig még a Röntgen-fényképezés segélyével sem vagyunk képesek előre megmondani, hogy melyek azon esetek, a melyekben a spontán gyógyulás lehetséges, azzal, hogy a betegség kitörésekor azonnal, ha mindjárt csak atypusos resectiót is végzünk, feladjuk azt a nagy előnyt, a mely a betegre háramlik, ha izülete operatio nélkül jó működési eredménynyel gyógyul meg.

Az izületi tuberculosisok egy másik, jelentékeny nagy csoportja conservativ gyógykezelés mellett meggyógyul ugyan, de merevvé válik. Azonban bármely izületnek, a mely a resectio után mozgékony marad, a beteg hasznát csak úgy veheti, ha az izületet mozgató izmok olyan jó erőben maradnak, hogy az izület iránt támasztott igényeknek megfelelhetnek és ha az izület többi anatomiai képlete is épségében annyira megtartott, hogy az izület rendesen tovább működhet. Ha az alsó végtagok izületeit e szempontból vizsgáljuk, úgy azt látjuk, hogy a resectio eredményei a functio szempontjából nem jók. A csípőizületi resectionál, még ha atypusos is, rendesen elvész a czombfej s a czomb izületi vége az ízvápa mögött és felett helyezkedik el; a medencze és az egész törzs a járásnál nem talál támaszt a czombcsonton, hanem a mellett mindenkor lesülyed és a testsúlyt nem közvetlenül a czombcsont, hanem egynehány izom és szalag viseli, a mely a medenczét a czombbal összeköti. E képletek ezen feladat számára többnyire nem elég erősek, s ezért a beteg a járásnál gyorsan elfárad. Az a beteg, a kinek gümős csípőizülete conservativ gyógykezelés mellett jó positioban megmeredt, sokkal jobban jár, mint a resekált beteg, járása is kitartóbb és a biczegése sem olyan feltünő.

A térdizület, a mely a resectio után mozgékony marad, rendesen lityegő izület, a beteg nem képes azt izmaival annyira megfeszíteni, hogy bátran reá nehezkedhetne. Olyan, akár egy álizület. Azért a térdizületi resectio után czéltudatosan törekszünk arra, hogy az izület a mütét után megmeredjen. Hasonló viszonyok szerepelnek a bokaizületnél is.

A felső végtag 3 főizületénél a resectio után a működési eredmény jobb. Ezeknek nem kell a testsúlyt viselniök, hanem csupán kisebb-nagyobb erővel egybekötött mozgást végezniök. A kéztő-resectionál az eredmény sokszor igen jó, csakhogy itt az egyszerü rögzítési kezeléssel, a pangásos vérbőséggel[2] és a jodoformbefecskendezésekkel[3] is igen jó eredményeket lehet elérni. A könyökizületi resectiók után, a melyek functionális eredményeit egyesek feltétlenül dicsérik, König 45 esete közül csak 27 = 60% kapott mozgékony izületet, 15 esetben az izület a mütét után merevvé, 3-ban pedig lityegővé vált, vagyis a functio szempontjából az eredmény jó az esetek 60%-ában, míg az esetek 40%-ában az izület részint merev, részint pedig lityegő, vagyis teljesen használhatatlan. Ezzel szemben conservativ kezeléssel még a könyökizületi gyuladás némely esetében is jó functiót érhetünk el,[4] azon esetekben pedig, a melyekben a könyökizület megmered, még mindig ráérünk resekálni. S így van ez a vállizülettel is, a hol az operativ gyógykezeléssel az esetek nagy számában mozgó izületet eredményezhetünk, de ez az eredmény conservativ gyógykezeléssel sincsen kizárva. Ebből tehát azt látjuk, hogy az izületi tuberculosis az első gümös gócz operativ eltávolítása nélkül is, conservativ gyógykezelés mellett jó functioval meggyógyulhat, és hogy az elvárandó jobb functio egymaga nem elég ok arra, hogy a conservativ gyógykezelés mellőzésével az elsődleges gócz eltávolítása végett a betegen mütétet végezzünk.

2. A második érv, a melyet a korai mütét mellett hangoztatnak, az, hogy a korai operatioval a beteget sokkal hamarább lehet meggyógyítani, mint a conservativ gyógykezeléssel, a mely soká is tart és még hozzá hosszú időn keresztül kötéseket vagy rögzítő tokokat tesz szükségessé, míg minderre a korai operatio után szükség nincsen. Ezért különösen szegény betegeknek ajánlják a korai operatiót.

A resectiók végeredményeire vonatkozó kutatások kimutat-

[2] és [4] *Bier:* Rapports du I. Congrès de la Société internationale de chirurgie. Bruxelles 1905.

[3] *Willauer:* Ugyanott.

betegek jelentékeny számánál is, a kiknél a mütét el
nem volt jelen, daczára annak, hogy maga a mi
szabályszerüen folyt le, mégis sipolyok képződtek, a
soká genyedtek. Ezeket a sipolyokat állandóan be
a mi különös gondozást igényel. Kitünt továbbá, h
végtagokon végzett izületi resectiók után, ha a beteg
hagyattak, vagyis sem contentiv kötéseket, sem rög
nem viseltek, izületi zsugorodások keletkeztek, a me
újabb gyógykezelést igényeltek, a mikor ismét csak
a végtagot a használatra kivánatos helyzetben megt
beteggel hosszú időn keresztül kötést vagy gépet v
tények eléggé bizonyítják, hogy azon remény, hogy a
tioval a gümös izületek gyógykezelését megrövidíteni
síteni lehet, hiú reménynek bizonyult. Ha pedig a
gyógykezelés sem jobb eredményt, sem gyorsabb gyógyu
tosít a betegnek, akkor a szegény beteg conservativ gy
már csak a rögzítő kötés vagy a rögzítő tok beszerzése gát
mesebb, mert könnyebben tisztán tartható és nem ol
levehető bőrtok, de ha a beteg többször megjelenhet
akkor a gypskötéssel is végig keresztül lehet vi
kezelést. Különben azon rögzítő és tehermentesítő tokok
az alsó végtagok gyógykezelésénél szükségünk van,
szerü kiállításban is készíthetők és ekkor olcsón is á
A hol a szegények ilyen gyógyító eszközeit a magá
nem állíthatja elő, ott ez a költség kötelességszerüen
háramlik. Orvosságok ezek a rögzítő készülékek is, a
nak az elég magas betegápolási adóból ki kell ke
melyekre e betegek annyival inkább tarthatnak igény
kivül más orvosságra, mint jó levegőre és napsugá
szükségük.

Mindezeket összefoglalva, az következik belő
gümös izületek korai resectiojával sem jobb functiót,
vagy egyszerübb módon való gyógyulást elérni nem
a milyet a conservativ gyógykezeléssel érhetünk el. E
a Mosetig-féle jodoformplomb sem változtat, mert a
resectio korai szakaszában, az atypusos resectio után
plomb olyan beteg góczot helyettesít, a melyet az
nagyobb részében a szervezet önmagában jodoformk
nélkül is ártalmatlanná tett volna.

König és *Mikulicz* kiemelik, hogy a gümös cso
tuberculosisok 80%-a sebészeti beavatkozás nélkül g
azonkivül *Eiselsberg*, *Hoffa* és a brüsszeli congressu
közül *Broca*[5] és *Willems* a conservativ kezelés híve
magukat, mind olyan sebészek, a kik a kést egyé
technikával kezelik, de a gümös izületi gyuladás he
ban csak a legkivételesebb esetekben nyúlnak hoz
resectio tehát fennmarad azon ritka esetek számára,
a gümösödés azonnal a betegség kezdetén nagy cso
ért, nagy fungustömegek vannak jelen és a lobo
izület rögzítése mellett nem szállanak alá. A többi ese
kezdetén conservativ gyógykezelésre utalandó.

II. *A conservativ gyógykezelés. 1. Az izület rögz*
fentidézett alapvető dolgozatának lényege a követk
foglaltatik;[6] „Lássuk erre nézve mindenekelőtt mi
loboknál a természet részéről? Mindannyian, a kik
működését lobos izbántalmaknál észleltük, első jelen
hogy az izületi mozgás köre csökkentetik és hogy
másirányú helyzetben rögzittetik. A nyugalmat és
helyzetet tehát a természet maga hozza létre mint
szükségképeni következményét és végigleni kisérőj
mazott izületnek ezen ösztönszerü nyugalomba helye
a természetnek tényleges gyógyhatányát azon gyógy
győzése körül, melynél úgy a vérkeringés, mint a
és tápláltatás fokozott tevékenységbe helyezvék. E
tesz a természet, a mely fentemlített készülékei

[5] *Broca:* Rapport du I. Congrès de la Société int
Chirurgie. Bruxelles, 1905.

[6] *Balassa János.* Az absolut nyugalom — mint gy
ügyéhez, a lobos izbántalmak gyógykezelése körül. Orvos
1., 6., 8. szám és Balassa összegyüjtött kisebb művei. 32
pest, 1875. Magy. orv. könyvkiadó társulat.

szet is, azaz nyugalmat és egyarányos helyzetet szerez az izületnek, midőn annak lobos bántalmainál az eltávolíthatatlan kötést alkalmazza.“ A gümős izületek gyógykezelésének ma is ez a gondolatmenet képezi az alapját. Én már 1882-ben foglaltam el gyakorlatomban ezt az álláspontot, azt az 1887. évi moszkvai nemzetközi orvoscongressuson[7] bővebben kifejtettem és azóta a vezetésem alatt álló klinika évkönyveinek I-ső kötetében[8] közzétettem mindazon támasztó és rögzítő készülékek leirását, a melyeket e gyógykezelési elv gyakorlati keresztülvitelére a különböző izületek számára magam szerkesztettem. E készülékek börtokokból állanak, a melyek a beteg testrészről vett gypsmodelleken készülnek és a melyeket aczélsinek erősítenek meg. Codivilla[9] szükségesnek tartja, hogy a rögzítő tokok a beteg izülettel szomszéd izületeket is rögzítsék. Ez szükségtelen. Elég, ha a jól simuló tok csupán a beteg izületet rögzíti. Ha például tehermentesítés czéljából a szomszéd izületeken is keresztülvonul, akkor a sinek ezeknek megfelelőleg izületekkel vannak ellátva. A rögzítő tok éjjel nappal állandóan az izületen marad, azt naponként a végtag megtisztogatása czéljából távolítjuk el, de az izületet akkor sem mozgatjuk meg. Az alsó végtagok izületi tuberculosisánál Broca[10] és mások betegeiket egy ideig fekve tartják, Broca például a gümös csípőizületi tuberculosisnál 6 hónapig, Codivilla addig, a míg a fájdalmak el nem multak. De ez szükségtelen, sőt a gyógyulásra nézve nem egészen közömbös. Abban igaza van Brocának, hogy a gyermekek kitünően türik a fekvést és ez alatt sokszor meg is híznak, de másrészt tagadhatatlan, hogy ez alatt az egész test izomzata elgyengül és az egész szervezet a szükséges mozgás híján szenved. Tuberculosus felnőttek rosszul türik a hosszas fekvést és vérszegényekké lesznek, a mi a tuberculosis terjedését elősegíti. Ahhoz, hogy a szervezet a tuberculosis elleni küzdelemből győzedelmesen kerüljön ki, első sorban szabad levegőre, teljes világosságra és egy bizonyos mennyiségü mozgásra van szüksége. Ezt a fekvő beteg számára nehezen lehet megszerezni és azért nagyon fontosnak tartom, hogy a csont- és izületi tuberculosisban szenvedő betegek fennjárjanak. Ezért az alsó végtag izületeinek tuberculosisa számára szerkesztett gépek rögzítésre és tehermentesítésre egyaránt szolgálnak és betegeinket csupán azon pár nap alatt engedem feküdni, a míg gépeik készülnek.

Bier azon dolgozatában, a melylyel később bővebben fogok foglalkozni, attól tart, hogy a gümös izületek a hosszú ideig tartó állandó rögzítés folytán megmerevednek és azért újabban azalatt, míg az izületeket pangásos vérbőséggel gyógykezeli, mindennap meg is mozgatja. A mint majd látni fogjuk, ennek a mozgatásnak a káros következményei nem is maradnak el. Én már 1889-ben kimutattam[11] és a moszkvai congressuson külön kiemeltem, hogy az olyan izület, a melyben a gümös folyamat mélyebbre menő változásokat elő nem idézett, az alatt, hogy rögzítjük, a mint a gyuladás elmult önmagától, minden más beavatkozás nélkül mozgékonynyá válik és hogy merev csakis az az izület marad, a melyben a gümös folyamat mélyebbre menő változásokat idézett elő.

Ha az ilyen izületet, a mely a rögzítés alatt önként nem vált mozgékonynyá, passive megmozgatjuk, akkor az újra meggyulad és ha a megmozgatást többször megismételjük, akkor többnyire tályog képződik.

Ezek a megmozgatások úgy hatnak, mint egy-egy kisebb distorsio. Gümös ember egészséges izületében is keletkezhet distorsio folytán gümös gyuladás. A gümös izület annál bizonyosabban fog a megmozgatásra újabb gyuladással reagálni.

A moszkvai nemzetközi orvosi congressuson, a mely e tárgyra vonatkozó referatummal bizott meg, az egyszerü rögzítési

[7] Comptes Rendus du XII. Congrès internat. de médecine. 1897. Moscou. Pag. 547.

[8] *Dollinger.* Sebészeti módszerek és klinikai évkönyv. 1901. Magy. orv. könyvk. társulat.

[9] *Codivilla.* Rapport du Congrès de la Soc. int. de chir. Bruxelles 1905.

[10] *Broca.* Rapports. Lásd 1 és 7.

[11] *Dollinger:* A budapesti kir. orvosegyesület üléséről szóló jelentés. Orvosi Hetilap. 1889. 10. szám és „A gümös csont- és izületi betegségek gyógykezelése.“ Orvosi Hetilap 1893.

a mely akkor még ugyszólván az uralkodó volt. Abban tumban kimutattam, hogy a súlynyújtás, a mely alakját tiós kezelésnek akkor leginkább használták, tulajdon tényezőből van összetéve. Az egyik a nyújtás, a mely ban olyan erős, hogy az izületi felületeket széjjelhúzza, által, hogy az izület szalagjait megnyújtja, tulajdonk használ, hanem inkább árt. A gümös térdizület pl. a s alkalmazása mellett lityegővé válik. A másik tényez súlynyújtásnál érvényesül, a rögzítés, mert azáltal, hogy megfeszíti, azt rögzíti is. E rögzítést azonban a bet kényelmesebben és hatásosabban érjük el rögzítő tokok e felfogásom diadalmaskodott. A súlynyújtást a gümő gyógykezelésére ma már csak kevesen, mi pedig csak esetekben használjuk. Lassanként kimult azon tan is, distractiót mozgással combinálva használta. A „Motio friction“ amúgy elméletileg szépen mutatott, de csakha róla, hogy nem tapasztalásból fakadt, hanem hogy csak virág volt, a melynek azért meddőnek is kellett marad

A rögzítő kötés vagy készülék addig marad az izül a gyuladás minden jele el nem mult. Ez többnyire sok igénybe. Néha 1—3 esztendőt. Hogy a gyuladás elmult a legbiztosabb jele, hogy az izület a rögzítés folyan hajlékony kezd lenni. Ha ez bekövetkezett, akkor a rö az izület helyén kivágjuk, az ugyanott már előkészít pedig anyira kinyitjuk, a mennyire az izület mozgéko Abban a mértékben, a melyben az izület a használat inkább mozgékonyabbá válik, mindinkább tovább nyit gép izületét, mignem végre teljesen szabad mozgást de a gépet akkor is még jó ideig viseltetjük, hogy az melynek izmai még gyengék, a distorsióktól megóvjuk. hangsúlyozom, hogy a rögzítő gép izületét csak annyi ki, a mennyire az izület önmagától lett mozgékonyn izületének mozgási foka kövesse a gümös izület mozgás sohase előzze meg.

Ha az izület ekként a rögzítés alatt mozgékony akkor elérkezett annak az ideje, hogy az izületet mozga tot is erősítsük, a mire a massage, a villamozás és a végzett ellentállási gyakorlatok, továbbá az izület haszn gálnak.

A súlyos esetekben az izület merev marad. A rög esetekben még akkor is hosszabb ideig folytatni kel már a gyuladás minden jele elmult, mert ha korán szü izületi contracturák keletkeznek.

2. *A pangó vérbőség.* Bier a csont- és izületi t conservativ gyógykezelésére a pangó vérbőséget alkalm szere, a mint azt a nemzetközi sebésztársaság congressu irt referatumában közli,[2] jelenleg abból áll, hogy a bete a betegség helyétől mediális irányban gummipólyáv körülfüzi, hogy benne gyüjtőeres pangás támad, a verő ben össze nem nyomatnak. A kötelék naponként 1 marad a végtagon és a gyógykezelés legalább háromne tart. A rögzítésről ugyan beismeri, hogy az a szerve szetes védekezésének utánzása, de nézete szerint hozzáj hogy az izület merevvé váljék. Ezért a rögzítésről gümös kéz-, könyök- és vállizületeket egyáltalában ne sőt velük óvatos activ és passziv mozgásokat tétet, bokaizületi tuberculosisnál pedig a contracturák megel alatt, hogy a beteg fennjár, viseltet ugyan kötést vagy mihelyt a beteg lefekszik, azt eltávolítja és a bete methodikus activ és passiv gyakorlatokat végeztet. Refe Bier az ekként gyógykezelt és pontosan végigészlelt egy kis sorozatáról tesz jelentést. Ebben a laboratoriu pontosságával és objectivitásával számol be tapasztalata a következők: 13 gümös térdizületet vett kezelésbe, közül rövid ideig tartó kezelési kisérlet után 8-at rese lett. A tovább gyógykezelt 5 eset közül 2 csak javult megmeredt. A javulás alatt azt kell értenem, hogy a tek nem multak el egészen. 3 beteg meggyógyult, és merev izülettel, 2 pedig mozgó izülettel. 13 lábtő-t közül nem gyógyult meg 5. Ezek közül 3 esetben telj konyságot ért el, a többiben kielégítőt. 1 vállizületi t

gyógyult 6. Valamennyi esetben részleges mozgékonyságot ért el, teljeset egy esetben sem. 17 kéztőizületi tuberculosis közül javult 2, meggyógyult 15. Ezek közül a mozgékonyság 3 esetben tért vissza teljesen. A gyógykezelés folyamán igen gyakran keletkeznek tályogok, a melyeket erős gyuladás és fájdalom előz meg. Referatuma végén maga is kiemeli, hogy a térdizületnél elért eredményei rosszak, mert többet az esetek felénél kénytelen volt resekálni, a gyógyult esetekben pedig a térd többnyire megmeredt és pedig gyakran contracturában.

Ha ezt a gyógykezelési módot megvizsgáljuk, úgy azt látjuk, hogy az 2 tényezőből áll. Az egyik a pangó vérbőség, a másik az izületek megmozgatása.

A mikor gümős izületek gyógykezelésével kezdtem foglalkozni, szintén tettem nagyobb számú kisérletet arra nézve, vajjon nem lehetne-e az izületek megmerevedését mozgatással meggátolni, de ezen kisérleteknek rendesen az vetett véget, hogy az izületi gyuladás csak még jobban fellobbant és nemsokára genyedés jelentkezett. Egymagában tehát a mozgatás nem tudja a merevséget meggátolni, sőt Bier referatumából azt látjuk, hogy a pangó vérbőséggel párosulva is tályogképződéshez vezet.

Az izület megmozgatásában tehát Bier nem talált hasznos társat a pangó vérbőség mellé Legfeljebb az lehetséges, hogy némely olyan gümös izület, a melyben a kóros elváltozás igen csekély, a nagyon kiméletesen végzett csekély passiv mozgatást nagyobb reactio nélkül elviseli. Ezen esetekben a mozgékonyság az állandó rögzítés mellett is visszatér.

A mi a vérbőséget illeti, azt a gümös izületek gyógykezelésénél a szervezet ellentállóképességének fokozására melegvíz vagy iszap által előidézve már ősi idők óta használják. Bier érdeme a pangó vérbőség felhasználása ugyane czélra, a mivel a conservativ gyógykezelés segédeszközeit megszaporította és indicatioit kiszélesitette. A mozgatás teljes mellőzésével, a rögzítő kezelés támogatására a pangó vérbőség valószinüleg be fog válni. Használatát korlátozza, hogy a csípőizület és a csigolyagyuladás gyógykezelésére anatomiai okokból, a térdizület gyógykezelésére pedig az eddigi rosz eredmények miatt nem használható.

3. *Vegyi szerek befecskendezése az izületbe.* Mindazon vegyi szerek, a melyeket azzal a czélzattal fecskendeztek a nem genyedő gümős izületekbe vagy azok környékébe, hogy velük a tuberculosus folyamatot meggyógyitsák, értékteleneknek és feleslegeseknek bizonyultak. Használták e czélra a jodoformot glycerinnel összekeverve vagy aetherben felolvasztva, a carbol[1], a chlorzinket, a naphtolkámfort stb. Csupán a gümös izületi vizenyőnél láttam a jodoformglycerintől és csekély carbolmennyiségektől némi hasznot. Az izület felületét némelyek jóhiszeműen, mások pedig azért kenik be jodtincturával és annak különböző keverékeivel, hogy a beteget vagy szüleit az iránt megnyugtassák, hogy azon hosszú idő alatt, a mig az izület kigyógyul, valami történik. Ez a valami azonban csakis kellemetlenséget okoz a betegnek, és ezért jobb azt mellőzni. Elég sok dolgot ad azoknak a hygienikus szabályoknak a pontos betartása, a melyeket a betegnek elő kell irnunk, hogy szervezetét megerősítsük.

4. *A gümös izület redresszálása.* Ha a gümös izület akkor kerül gyógykezelésbe, a mikor már a használatra alkalmatlan helyzetbe jutott, akkor az a kérdés, vajjon egyelőre ebben a tartásban rögzítsük e és csak a lobos tünetek elmultával javítsuk-e meg a kóros tartást, vagy pedig azonnal redresszáljunk-e ? A csont izületi vége a gümös gócz körül rendesen erősen felpuhul. Ha a redresszálást arra az időre halasztjuk, a mikor a lobos tünetek már teljesen elmultak, akkor ez a felpuhult csontvég könnyen olyan alakelváltozásokon megy keresztül, a melyek a későbbi redresszálást megnehezitik, és ugyanezt fogják a lobos összenövések cselekedni, a melyek azalatt megerősödnek. Másrészt pedig nem kell attól tartani, hogy a kiméletesen végzett redresszálás traumája folytán, feltéve, hogy azt nyomban az izület rögzítése követi, a gyuladás nagyobb mérvüvé válik. Ezen okokból tehát a gümös izületet, ha az a gyógykezelés kezdetekor a használatra alkalmatlan helyzetben van rögzítve, azonnal redresszáljuk. Erre számos mód van. Egyik a súlynyújtás, a melyet sokan, különösen a csípőizület redresszálására használnak. Hátránya, hogy a beteget a redresszálás egész idejére az ágyhoz köti és hogy vele csak

hirtelen nyujtásnak az a hátránya, hogy erősebb összeszo
a szalagok, sőt a csontok is megsérülhetnek. A fokozat
géppel complikált és drága gépeket igényel, a melyek
dig nem szolgálják czélunkat olyan jól, mint a gypsköt

Én az ilyen izületeket fokozatosan redressálom
gypskötést narcosis nélkül a következőképen használo
tagot vékony vattaréteggel befedem és azután a nélkü
végtag helyzetén a legkevesebbet is változtatnék, reá
gypskötést. A mikor ez készen van, de még puha, akk
tagot a redresszálás irányában kézerővel annyira feszítem
nyire az erőszak alkalmazása nélkül lehetséges. Csupán
óta lobos izületeket lehet ilyen módon egyszerre kin
kötés 8 napig marad a végtagon. Ekkor eltávolítom
kötést alkalmazok, benne ismét tovább nyújtom a v
az elért helyzetben kézzel addig tartom, a míg a kötés
keményedett. A megfeszített képletek, a melyek a végt
trahált helyzetben rögzitették, a feszítőkötés alatt
és az izületet rendesen könnyen sikerül 20—30 fok
nyújtani. 2—3 kötéssel a nyújtás be van fejezve a né
a szalagok megsérülnének és a nélkül, hogy ismetszése
volna végezni (Lorenz, Codivilla).

Az olyan izület, a melyben a gümös elváltozás
fokú, többnyire mozgékonynyá válik ugyan az álland
mellett, de mivel ezt előre mégsem lehet bizonyosan t
részt azért, hogy a beteg izületét a gyógyulás hosszú
rögzített állapotban is használhassa, másrészt meg,
esetre, ha az izület megmeredne, az hasznavehető legyen,
olyan helyzetbe kell hozni, a mely ennek a czélnek
Különösen fontos ez az olyan izületnél, a melyben már
kezelés kezdetekor olyan nagyfokúak a gümös elváltozá
előrelátható, miszerint a legjobb eredmény, a melyet el
az, ha a beteg izület hasznavehető helyzetben megmered

A mikor a redresszálás be van fejezve, csak akkor
a végtagról gypsmintát a gép számára, a melynek most
az a czélja, hogy az izületet nyugalomban tartsa, eset
mentesítse és a contractura recidiváját meggátolja.

5. A gümös csontok visszamaradása a növésben.
csont izületi végében a tuberculosus folyamat bevégződ
sen zsugorodó szövetek összenyomják azon vérereket,
a növési porczkorongokat táplálják s ennek az a köve
hogy a csont hosszában nem nő abban a mértékb
másik oldali, egészséges csont, vagyis rövidebb mar
ritka esetekben a tuberculosis vagy egészen, vagy
pusztítja magát a növési porczkorongot is. Azonfelül m
végtag kimélése is hozzájárul, hogy csontjai a hosszas
ben nem tartanak lépést az egészséges végtag cson
egyik felső végtag rövidebb volta alig zavarja annak
de az alsó végtagok hosszasága közötti különbség, ha
a medencze ferde állását vonja maga után, ha pedig a
a két végtag között jentékenyebb, biczegést okoz Az
hosszú csontjainak hosszirányú növése leginkább a térd
növési porczkorongokban történik és azért leginkább a
gyuladás után marad vissza a beteg végtag a hossznövé
tanulmány, a melyet erre vonatkozólag tettem[12—13], kimu
a rövidülés egynehány esztendővel a gyuladás leza
1—3—5—8 cm., sőt ennél nagyobb is lehet.

Ha a rövidülés csupán 1—2 centimetert tesz
végtag teljesen megmeredt, a járást megkönnyíti és ezé
térdizületet részint azért, hogy a gyógyulási idő alat
térd fixálva van és később pedig, ha a térd esetle
marad, a beteg könnyebben járjon, a térdet sohasem
egészen nyújtott helyzetben, hanem mindig egy kissé
és ezáltal készakarva egy kissé behajlitjuk. Ha a
nagyobb, akkor a két végtag közötti különbséget maga
kal egyenlítjük ki, a melyet vagy egészen, vagy részb
belsejében rejtünk el. Codivilla az ilyen esetekben a b

[12] *Dollinger.* Az első 130 térdizületi zsugorodás és
tett kórtani és gyógykezelési tapasztalataim. Orvosi Hetilap
[13] *Dollinger.* A gümös csípőizületi lob, zsugor és mere
kezelése. Orvosi Hetilap. 1891.

csúsztatva 3—5 centimeternyire distrahálja és e helyzetükben engedi összeforrni és ezáltal a végtagot ugyanennyi centimeterrel meghosszabbítja. Én ezt sohasem mertem megtenni, mert az amúgy is gyenge végtag ezen osteotomia folytán mindenesetre jó hosszú időre még gyengébbé válik, mert továbbá az idegek és izmok stb. képletek a végtag hosszával arányosan fejlődtek és ez a megnyújtás reájok közömbös nem lehet és végre, mert azt hiszem, hogy a tuberculosus betegen csak épen annyit operáljunk, a mennyi elkerülhetetlenül szükséges. És miután a végtagot 3—5 centimeterrel operatio nélkül, belső sarokkal könnyen meghosszabbíthatjuk, inkább ezt az egyszerűbb utat választom.

6. *A gümős tályogok.* Ha a gümős izületeket állandó rögzítéssel kezeljük, a tályogképződés feltünően ritka. Ha tályog képződik, ezt nem tekintjük indicationak a resectiora, mert a tályog 1—3 jodoformglycerin-emulsio befecskendezésére többnyire meggyógyul. A jodoformemulsiót előre kifőzzük, a fecskendőt és a tüt sterillé teszszük, a bőrt a beszúrás helyén megtisztítjuk és a beszúrásra olyan helyet választunk, a hol a tályog valamivel mélyebben fekszik. Nem terjeszkedhetem ki ez alkalommal ezen eljárás technikájának részleteire, a melyeket különben klinikai évkönyveinkben leirtunk, csak annyit óhajtok még megjegyezni, hogy a jodoformemulsio használatát gümős tályogoknál mérgezési tünetek nem követik. A beteg hőmérséklete a befecskendezés napján este, még inkább pedig a második estén felemelkedik, némely beteg 1—3 napig étvágytalan, azután mind e tünetek elmulnak. A második befecskendezést már alig követik hasonló symptomák. 1—3 befecskendezésre a legtöbb gümös tályog meggyógyul.

Willemsnek teljesen igaza van abban, hogy nehéz azt elképzelni, hogyan jusson a befecskendezett jodoformemulsio ama tekervényes szük csatornákon keresztül a gümös csonthoz, a mely sokszor még hozzá jó távol is fekszik a süllyedt tályogtól. Én is azt hiszem, hogy ez elég sokszor nem is történik meg, de azért a tályog mégis csak meggyógyul. Mert a gümös tályog nem olyan zsák, a melybe a gümös csontgócz által elválasztott geny belefolyik, hanem ahhoz, hogy gümös tályog képződjék, elegendő, hogy a gümös csontgócz befertőzze a szomszéd lágyrészeket. Ez a befertőzés azután a szövetrésekben terjed, a tuberculumok egy része széjjelesik és képezi a tályog tartalmát, a megmaradó külső réteg pedig a pyogen hártyát. A benneket a befecskendezés előtt legnagyobbrészt kibocsátjuk, a pyogen hártyát pedig a jodoform elpusztítja, míg az eredeti csontgóczot épen úgy megemészti vagy betokolja a szervezet, mint a hogy tette volna tályogképződés nélkül.

Bier csupán akkor használja a jodoform-befecskendezéseket, ha a tályog magában az izület üregében fekszik, míg az izületkörüli gümös tályogokon apró bemetszéseket ejt és azokon keresztül kinyomja, vagy üvegharangjaival kiszívja azok tartalmát. Még kérdés, hogy ezen eljárása feleslegessé teszi-e majd a jodoformot, a mely a hideg tályogok gyógykezelésében eddig jól bevált.

7. *A sipolyok.* Vannak sipolyok, a melyek körül lobos reactio nincsen, és a melyek alig genyednek. Az egyedüli alkalmatlanság, a mit okoznak, az, hogy folyton kötözni kell őket. Azon különböző elváltozásokra, a melyek e sipolyokat fenntartják és azon eljárásokra, a melyekkel gyógykezeljük, nem terjeszkedem ki. Resekálni ezek miatt csak kivételesen kell.

A sipolyok másik fajtája lobos szöveteken keresztül tályogüregekbe és az izületbe vezet, a mely maga is a felülettel közlekedő tályogüreggé alakult át. Az izületben gümös sarjak, sajtos czafatok, levált csont- és porczrészek találtatnak, a melyek az idejutott nagyon változatos bakteriumflorának igen jó tápláló talajul szolgálnak. A genyedést okozó bakteriumok azonkivül a tuberculosis nyomán behatoltak a porcztól lemeztelenített izületi vég szivacsos állományának hézagaiba. A szervezet ezen invasio ellen ekkor már sikeresen védekezni nem tud, a beteg lázas, rohamosan fogy, és ha nem segítünk rajta, tönkremegy.

Bier még az ilyeneknél is megkisérti a szervezet ellentálló képességét a pangó vérbőséggel emelni, és ez neki egyik-másik esetben sikerült is. Ezt Biernek érdemül kell betudnunk, mert ezáltal talán sikerül neki a conservativ gyógykezelés határait kiterjeszteni. Csakhogy igen sok esetben e kisérletek meddők maizületi tuberculosis miatt végezni kénytelen volt.

Az ilyen betegnél a műtéttel többnyire nem lehet várakozni, mert különben elveszíti azt az erőt, a melyt után gyógyulását várjuk. Ilyenkor az izületet ki kell belőle a befertőzött szöveteket el kell távolítanunk, és ez tozik a befertőzött izületi vég is, egészen vagy részben, a szükség szerint teljes vagy részletes resectiót végezü

8. *A conservativ gyógykezelés határai.* A mint az ből láttuk, vannak ritka, kivételes esetek, a melyek betegség kezdeti szakában sem tudunk a conservativ elj czélt érni. Ezek többnyire olyan esetek, a melyekben na vagy porczsequesterek képződtek, néha pedig az ilyen az izület kitárásakor nagymennyiségű gümös, elsajtosod kat találunk. Az ilyen esetek operativ gyógykezelésre

Operativ gyógykezelésre valók továbbá azon sipol izületek, a melyek sipolyai be vannak fertőzve, a m előző pont alatt leirtam.

Mindezekből kitünik, hogy tuberculosus csontok legtöbb esetében a conservativ eljárásokkal boldogulu izületi resectiohoz az eseteknek csak kicsiny, többnyire golt részében kell folyamodnunk. A conservativ gyógy szabály, a resectio a kivétel.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyete klinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő d tanár.)

A látópálya, a ganglion opticum basale és a agygyomor fenekének rostozata a szemgolyók jának egy esetében.

Irta: *Herzog Ferencz* dr.

Mindkét szemgolyó atrophiájának egy esete, látóidegek is teljesen atrophiásak voltak, alkalmat hogy ezen tárgygyal foglalkozzam, melyről legutóbb *P. Léri*, és *Probst* irtak; előbbiek vaksággal szövődött tab binált sclerosis kilencz esetében megvizsgálták az tractus opticusokat és a ganglion opticum basale-t, utób atrophia egy esetében leirta a látópályán kivül a agygyomrocs fenekén levő commissurákat is. Noha csal áll rendelkezésemre, mégis azt hiszem érdemes a nye nyeket közölni, mivel egyrészt régebbi adatok és leirás igazitására, másrészt pedig újabb vizsgálatok eredmény erősítésére szolgálnak.

Esetünkben egy 49 éves vak asszonyról van sz tizenhárom éves korában mindkét szemén nagyon sc gyuladása volt, melyről azonban pontosabb felvilágos nem tud. Ezen betegsége után egyre romlott a látása egészen megvakult. Azt nem tudja biztosan megmond mióta teljesen vak, csak annyit mond, hogy már nag semmit sem lát.

Mindkét szem szarúhártyája zavaros, helyenként át a pupillák nem láthatók. A kórtörténet többi adata nem fontos. A beteget súlyos, albuminuriával járó incc ban levő insufficientia bicuspidalis miatt vettük fel a

Állapota a klinikán rosszabbodott és felvétele ut tel meghalt. A bonczolás beigazolta a klinikai kórjelz szervre vonatkozólag pedig a következő adatokat szol jobb szarúhártya lapos, egész kiterjedésében zavaros, fél lencsenagyságú fehér folt van. Az elülső kamra nag A bal szem nagy fokban zsugorodott, a szarúhártya ságú, átlátszatlan. Mindkét nervus és tractus opticus tékben atrophiás.

Az agyvelőt formololdatba, majd pedig, miután festésre a nyakszirti karély kérgéből egyes darabkákat Müller-féle folyadékba tettem. Ezen folyadékokhoz *Jendr* úr eljárása szerint annyi konyhasót tettem, hogy fa agyvelőjével egyenlő legyen. Ez által azt érjük el, ho a folyadékban úszik és nem szenved el deformatiót. A és a tractus opticusok egész lefutásának megfelelően m zatot készítettem az agyvelőből. Olyan metszési síkot vá

tekéket nem távolítottam el, úgy hogy a metszetek az egész agy átmetszeteit, tehát a nyakszirti karélyok felső részét is tartalmazták. A két nyakszirti karély alsó részeit hasonló irányban metszettem fel. A metszeteket *Weigert-Pal* eljárása szerint festettem meg. Azonkivül harántmetszeteket készítettem a látóidegek distalis, középső és proximalis részéből, melyeket ugyanolyan módon festettem meg. Összehasonlításra egy ép agyvelő megfelelő részéből készült sorozat szolgált, melynek metszési síkja is ugyanolyan volt.

Olyan esetek, melyekben mindkét látóideg sorvadt, a látópálya lefutásának tanulmányozásán kivül arra is alkalmasak, hogy megvizsgáljunk olyan agyrészeket, melyek a látási rostok közvetlen közelében vagy pedig azok között vannak elhelyezve, a melyek tehát ezen rostok elpusztulása után tisztán előtünnek. Ilyen képződmények a harmadik agygyomrocs alsó falának commissurái, a melyekre vonatkozólag a látópályák sorvadásakor egyúttal arról is meggyőződhetünk, hogy vajjon valamely összefüggésben vannak-e ezen pályák rostjaival. Ebből a szempontból érdemes megvizsgálni a tuber cinereumban fekvő idegmagvakat is, melyeket ganglion opticum basale néven foglaltak össze. Ezekről feltették, hogy a látópályával összeköttetésben vannak és valóban az egyik mag össze is függ bizonyos, a tractus opticusban haladó rostokkal. *Weigert-Pal* szerint festett készítményeken természetesen nem lehet ezen idegmagvakat pontosan megvizsgálni, és eltekintve a bennük lefutó velős idegrostok esetleges elváltozásaitól, csak nagyobb elváltozások lesznek észrevehetők. Esetünkben azonban a régóta fennálló látóideg-sorvadás következtében a corpus geniculatum externum igen erősen atrophiássá lett, úgy hogy fel kell tennünk, hogy a tuber cinereum magvaiban is lehetett volna elváltozásokat találni, ha a látópályával összefüggésben állanának. Mindenekelőtt a látópályával, azután az agygyomrocs fenekén levő commissurákkal s végre ezen magvakkal akarok foglalkozni.

A látópályát egész lefutásában követtem. A két látóideg különböző részleteiből készült harántmetszetek a következő elváltozásokat mutatták. Az idegek distalis és középső darabjainak metszetein *Weigert-Pal*-féle festéssel velőshüvelyü idegrostokat egyáltalában nem lehetett kimutatni; a bal látóidegnek közvetlenül a chiasma előtt levő részéből készült metszetein nehány velős hüvely látható, mely a harántmetszet alsó részében vékony köteget alkotott; a jobb látóidegben azonban e helyen is minden rost degenerált. Az agyvelővel összefüggésben hagyott chiasmának metszetei körülbelül párhuzamosak annak felületével. Benne kevés gyengén festődő idegrost van. Ezen rostok helyenként kötegecskékké egyesülnek és a kereszteződő látóideg-rostok lefutásával birnak. Mint említettem, ezen rostoknak egy része a bal látóidegbe is követhető; nehány mm.-nyire a látóideg-kereszteződés előtt azonban már itt sem találni rostokat. A tractus opticusok felé ezen rostkötegecskék a chiasmán túl nem haladnak és különösen a faisceau résiduaire antérieurrel nem mutatható ki összefüggés. A látóideg-kereszteződés elülső felszinén vékony sagittalis irányú rostnyalábok haladnak, melyek *Hannover* commissura ansata-jának felelhetnek meg.

Mindkét tractus opticus oldalsó szélében meglehetősen éles határú, jól festődő rostnyalábokat látni, melyek kis távolságra a chiasmába is folytatódnak és a melyek a *P. Marie* és *Léri*-től[1] leirt „faisceau résiduaire de la bandelette"-nek és a „faisceau résiduaire antérieur"-nek felelnek meg (1. ábra. F R B és F R C); előbbi nyalábot már régebben *Moeli*[2] is leirta és elnevezte „*Winkelbündel*"-nek. Ezen nyalábokkal most nem akarok foglalkozni, mert később a nucleus supraopticusszal kapcsolatosan részletesen fogom azokat leirni. Egyébként atrophiásak a tractus opticusok és csak szórványosan látni bennük egyes, halványan festődő velős idegrostokat.

A primaer látási központokra vonatkozólag a következőket figyelhettem meg. A pulvinarban, a Wernicke-féle mezőben és az elülső ikertestekben semmiféle elváltozás nem volt észrevehető. Utóbbiak velős rétegei rendes szélességüek és az elülső ikertestek karjaiban sem vehető észre rostkiesés. Mások a viszonyok a corpus geniculatum externum-ban. Ez minden metszeten kisebbnek látszik a rendesnél, velőtokja vékonyabb, főképen belül és alul fogyták.

A központi látópályában semmi eltérést sem Gratiolet-féle kisugárzás, a sagittalis velő megfelelő nyakszirti karély tekervényeinek velőállománya nem az éptől. A nyakszirti karély kéregállományában a tang a radialis rostok nincsenek megfogyva; a Vicq d'Az is jól van kifejlődve. Ezen karély kérgének különböz és különösen a fissura calcarina nak kérgéből paraffin készítettem, melyeket *Lenhossék* szerint toluidin-kékkel meg. Azonban sem a sejtekben, sem azok számában ne biztosan kimutatható elváltozást. A sejtek nyúlványai i képet mutatták.

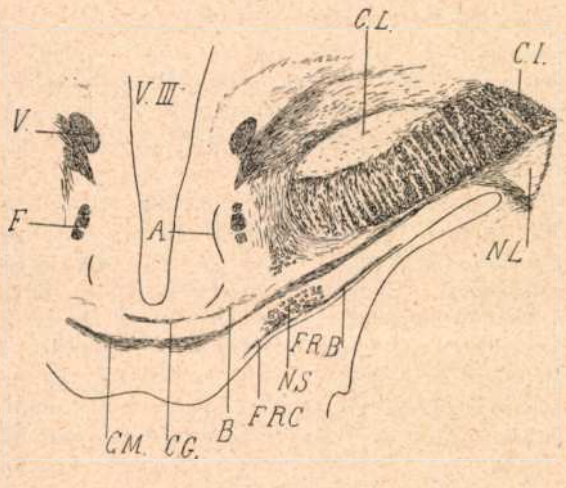
A látóidegekben és a két tractus opticusban h rostok tehát majdnem kivétel nélkül degeneráltak. A épen maradt nyalábok bizonyára nem tartalmaznak l mert rostjaik egyrészt sem a retinával, sem a prima pontokkal nincsenek összeköttetésben, másrészt pedig supraopticusszal függnek össze. A látórostok elfajulá mindenesetre az atrophia bulbi. Más kérdés azonba miképen hozta létre ezen degeneratiót. A látórostok része kétségtelenül a retinából ered, a mint ezt isn mutatták; sőt némely szerző szerint (pl. *Probst*) a csak a reczehártyából eredő rostok foglaltatnak. A a másodlagos degeneratio törvénye értelmében szinté zetet támogatná, ha az ellenkező nézeten levők nem h nának az úgynevezett retrograd degeneratiora — mel képen szintén az idegsejt felöl, annak megbetegedése meg, tehát másodlagos elfajulás —, a melynek követk látóidegrostok is degenerálhatnának peripheriás végt után, a melyeknek trophiás központja nem a retinába primaer látóközpontokban van. *Leonowa*[3] vesz fel il fugalis látóidegrostokat, melyek az elülső ikertestel szürke rétegében erednének.

A primaer látóközpontokban talált elváltozások h arra engednek következtetni, hogy a látóidegek rost nagy része a corpus geniculatum externum mal var tetésben. A negativ lelet a pulvinarban és az elülső ik azonban nem szól az ellen, hogy ezen részek összefügg nak látóidegrostokkal, mivel egyrészt kevesebb rost látóidegekből és másrészt a centralis látópályához t számos rost ered innen, a mi a rostritkulásnak mindenesetre nagy fokban megnehezíti. Ezen két pr központban elváltozásokat irtak le *Cramer*[4] a felnőtt *nowa*[3] újszülött anophthalmiás és bulbusatrophiás gye Utóbbi ezen esetekben azonkivül ki tudta mutatni a G nyalábnak jól észrevehető megkeskenyedését és a fissur kérge negyedik rétegének hiányát.

Tomaschewski[5] a nyakszirti karélyoknak és lántéki tekervényeknek atrophiáját irja le egy kilencz a kinek két éves korában panophthalmitis-szel szövődött volt, a mely után megvakult és megsiketült. *Cram* nél az egyik szemnek tizenhárom évig fennálló phthi után elváltozásokat talált mindkét fissura calcarina Ezen, a centralis látópályára vonatkozó elváltozásoka kevéssé tudtam kimutatni mint *Probst*[6], a ki megjegyzi, h gálati eredmények ezen különbözőségének oka talán a hogy az esetek egyik részében a bulbusatrophia már n korban következett be és a látókéreg csak rövid ideig a miért is a fissura calcarina kérgének negyedik réte tozások jöttek létre, míg azon esetekben, melyekben a k ban következett be és csak rövid ideig tartott a bulbusa változás nem található". *Dejerine*[7] a peripheriás látópályának egymáshoz való viszonyáról azt irja, pheriás sérülések után a primaer látóközpontoknál meg neratio és csak hosszú idő mulva terjed át a ce pályára.

Leonowa vizsgálatainak eredményeire vonatkozól akarom megjegyezni, hogy nézetem szerint azok elté az oka főleg abban keresendő, hogy az ő eseteibe atrophia és az anophthalmia veleszületett hiba vo atrophia tartama itt csekélyebb jelentőségü, hiszen eze

hónapos és 17 napos volt) és másrészt sokkal hosszabb fennállású bulbusatrophiákat vizsgáltak meg felnötteken (pl. a mi esetünk), a melyekben teljesen negativ volt a lelet a centralis látópályában. Az anophthalmia és veleszületett bulbusatrophia a szem fejlődési rendellenességei közé tartozik; azonban lehetetlen ezen esetekben kizárni azt, hogy a centralis látási neuronban levő elváltozások nem hasonló eredetüek. Valószinünek tartom, hogy a centralis látópályának hiányos fejlettsége ezen esetekben épen olyan fejlődési rendellenesség, mint a bulbusatrophia vagy az anophthalmia és hogy ezen esetek és a felnötteken külső okból támadt és a látópályák másodlagos elváltozásaival járó bulbusatrophiák közt tulajdonképen nincsen teljes analogia, mert előbbiekben a látópályákban talált elváltozások nem következményei a bulbusatrophiának, hanem ezzel együtt egy közös endogen okból származnak, utóbbiakban pedig a látópályában levő degeneratiókat olyan elváltozásnak kell tartanunk, melynek közvetlen oka a bulbusatrophia. Nézetemet az is támogatja, hogy *Leonowa* eseteiben a Ganser-féle commissura is hiányzott, a mely felnőttnél bulbusatrophia után nem degenerál. Ezen commissura hiánya érthetővé lesz, ha figyelembe veszszük azt, hogy ezen esetekben fejlődési rendellenességekkel van dolgunk, a melyek az agyvelőnek más, a látópályával össze nem függő részeire is kiterjedhettek.



1. ábra. A chiasma és tractus opticusok legfelső része. *CG* Ganser-féle commissura, *A* és *B* a belöle eredő nyalábok; *CM* Meynert-féle commissura; *CI* capsula interna; *CL* Luys-féle test; *F* fornix; *FRB* faisceau résiduaire de la bandelette; *FRC* faisceau résiduaire du chiasma; *NL* lencsemag; *NS* nucleus supraopticus; *V* Vicq d'Azyr-féle nyaláb; *V. III.* harmadik agygyomor.

Áttérek most a harmadik agygyomor fenekén levő commissurák tárgyalására. A legvékonyabb ezek között a *Ganser*-féle commissura (1. ábra CG), mely a harmadik agygyomor fenekén a chiasma felett halad; felette az agygyomor felé csak egy vékony réteg szürke állomány van, alatta a Meynert-féle commissurát látni; ettől szürke állomány választja el, melynek szélessége körülbelül olyan, mint a Meynert-féle commissuráé. A Ganser-féle commissura rostnyalábjai vékonyabbak és gyengébben festődnek, mint a Meynert-féle commissura nyalábjai. A metszeteken ezen commissura nyalábjai egyrészt a harmadik agygyomor oldalsó falában a fornix és Vicq d'Azyr féle nyaláb közötti rostokig követhetők, a hova ívalakú lefutással jutnak el (1. ábra A), másrészt nyalábokat látni, melyek a Meynert-féle commissura felett egyenesen a capsula interna alsó felületéhez haladnak (1. ábra B). Ezen rostrendszernek előbbi része jól határolt és sürü köteget alkot, melyben a rostok szorosabban fekszenek, mint magában a commissurában, utóbbi részének nincsenek olyan éles határai, a rostok benne nem fekszenek oly szorosan és ezért ezen rész nehezebben követhető. Látszólag tehát egy commissurával van dolgunk, melynek rostjai mindkét oldalon a fornix feletti és a capsula interna alatti tájakkal függenek össze. Hogy ezen rostok valóban commissuralis rostok-e, vagy hogy csak látszólagos e a commissura, és a benne haladó rostok az agyféltekéknek különböző részeit kötik-e össze és így tulajdonképen egy

teni. Olyan rostokat, melyek a Ganser-féle commiss
nének és belépnének a Meynert-féle commissurába,
látni. Ilyen rostokat irt le a macska agyvelejében
ezeket az elülső és hátulsó ikergumók közötti tájék
átmetszése után degenerálva találta. Ugyanezen sz
lefutású rostokat ir le az embernél a már említett,
surákat és a bulbusatrophia következményeit tárgya
ban: a rostok a Meynert-féle commissurához csatl
corpus geniculatum externum felé haladtak.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magyar tudomán általános kór- és gyógytani intézeté

Adatok a fertőző betegségek kisérletes kórtanához.

Székely Ágoston dr., egyetemi magántanárt

I.

A mikor a bakteriumok kórokozó hatását me látták, hogy azok a szervezeten kivül egyes vegyi az úgynevezett antisepticumokkal könnyen elpusztít volt a reménység, hogy a fertőző betegségek gyógyí dése már közel áll megfejtéséhez. A reménységet a hamar csüggedés váltotta fel, mert kiderült, hogy az antisepticumok nem vihetők az állati szervezetbe mérvü veszélyeztetése nélkül oly mennyiségben, a mel szükséges ahhoz, hogy a szervezetben eloszolva, a megkárosítására megkivánt töménységben legyenek *Behring*[1] házinyulakon és egereken lépfene-bacilluso kisérleteiben azt találta, hogy már $^1/_6$ része azon mennyiségnek, a mely mennyiség szükséges ahhoz, h leti állat testsúlyával azonos súlyú vérsavóban a lép sok fejlődése megszünjék, megöli az állatot.

Az ilyen és ehhez hasonló kisérleti eredményt szabad — mint a hogyan tették — általánositani. M a szervezet maga is rendelkezik bakteriumellenes véd a melyek hatása a szervezetbe vitt kis mennyiségü, vezetet még nem károsító antisepticum hatásával némelyik esetben elegendő lehet a bakteriumok meg Másrészt nincs kizárva annak a lehetősége, hogy t oly antisepticumokat, a melyek egyik-másik kórokoz hatásosak már olyan töménységben, a mely töménysé vezetet jelentősebb mértékben még nem károsítják. még más okok is — ezekkel más alkalommal kiv kozni —, a melyek miatt nem mondható reménytelen eljárás után való kutatás, a mely eljárásban a bak megkárosítása antisepticummal játszsza a főszerepet.

Az ilyesfajta vizsgálatoknak szélesebb mederbe azonban megakadt az úgynevezett vérsavótherapia fe Az azóta eltelt másfél évtized munkásságát a fertőz gyógyítása mezején úgyszólván kizárólagosan a specifi előállításának kérdése foglalta le. Még *Virchow* i „Durch alleinige Beschäftigung mit dem Serum läuft sich zu verirren und den wahren wissenschaftlich verlieren“ sem volt képes ezen egyoldalú munkáss szabni. Pedig hasznára lehetünk a szervezetnek más is. Igy a többi között azzal, hogy a bakteriumok el a szervezetben mérsékeljük; a legtöbb esetben ug összefüggés van a fertőző anyag mennyisége és fertőzés lefolyásának súlyossága között. Az ezen rendelkezésünkre álló módok közül ez alkalommal kivánok foglalkozni, egyrészt, mert eddig nem nag méltatták és csak újabban a Bail-féle aggressin-elm terelödött rá jobban a figyelem; másrészt, mert szer nyem szerint a gyakorlati életben is értékesíthető le

Mielött azonban ezen mód lényegének ismertetésé egy a fertőző betegségek gyógyítása szempontjából ségü tényről óhajtanék röviden megemlékezni. És ez

[1] *Behring*, Gesammelte Abhandlungen, I. köt., 153.

vezetben sok esetben végzetesen káros hatású lehet a szervezetre. A fertőző betegségek egy részét ugyanis olyan bakteriumok okozzák, a melyek nem választanak ki mintegy magukból a szervezetre ártalmasan ható anyagokat, hanem a méreg testükben marad felhalmozódva és csak a bakterium elhalása után lesz belőle szabaddá. Ilyen úgynevezett intracelluláris méreg útján ható bakterium például a typhusbacillus.

A typhus rendes lefolyásában a szervezetbe jutott typhusbacillusok egy része szaporodásnak indul, más része azonban a szervezet normális bakteriumellenes védőeszközeivel vívott küzdelmében elpusztul. Az elpusztult bacillusokból szabaddá válik a méreg s ez a maga részéről oly folyamatot indít meg a szervezetben, a mely folyamat eredményeképen a méreg ellen ható anyag, az úgynevezett antitoxin termelődik. Egyidejüleg azonban az élő bakteriumok ellen ható anyagot is készít a szervezet. Ha a szervezet reactióképessége elég erős, úgy kellő gyorsasággal ele gendő mennyiségű ilyen anyag: tehát egyrészt a bacillus termelte méreg, másrészt az élő bacillus ellen ható anyag képződik, s azért a harczban a szervezet lesz a győztes.

Ezek előrebocsátása után már most könnyen megérthetjük, hogy typhus esetében a typhus-bacillusok gyors elölése nagy veszélylyel járhat. Tegyük fel, hogy rendelkezésünkre állana egy olyan antisepticum, a mely a szervezetet végzetesen megkárosító hatás nélkül volna a typhusos betegbe vihető olyan mennyiségben, a mely mennyiség bőven elegendő a typhusbacillusoknak rövid időn belül elpusztítására. Ilyen szernek használása esetén tehát az esetleg már erősebben elszaporodott typhusbacillusok rövid idő alatt elpusztulván, rövidesen nagymennyiségü intracellularis méreg válnék szabaddá s ez a nagy mennyiség végzetesen megkárosíthatná a szervezetet, mert addig még nem képződhetett benne elegendő mennyiségü olyan anyag (antitoxin), a mely anyag képes a mérget valamelyes módon ártalmatlanná tenni.

A mint tehát láttuk, a bakteriumok elpusztítása egymagában még nem elegendő, sőt gyors elpusztításuk az úgynevezett intracelluláris méreggel biró bakteriumok okozta fertőzésekben súlyos veszedelmet is rejthet magában, ha nem gondoskodunk egyúttal arról, hogy a gyorsan és nagyobb mennyiségben szabaddá lett intracelluláris méreg valami úton-módon ártalmatlanná váljék.

Ezek előrebocsátása után áttérek a bakteriumok elszaporodását mérséklő azon mód · ismertetésére, a mely módra fentebb már felhivtam a figyelmet.

Ezen mód lényege röviden a következő. A bakteriumok egyebek mellett olyan anyagokat is termelnek, a melyeknek az a feladata, hogy a bakteriumok elszaporodhatását elősegitsék (*Bouchard* szerint praedisponáló anyagok, *Kruse* szerint lysinek, *Bail* szerint aggressinek). Hogy milyen módon érik ezt el, arra nézve még eltérők a vélemények. Az azonban bizonyosnak látszik, hogy egyrészt elpusztításuk a szervezetben lehetséges lesz; másrészt pedig eltávolításuk a szervezetből szintén a siker reményével lesz megkisérelhető. Elpusztítván tehát ezeket az anyagokat, illetve eltávolitván őket a szervezetből: a bakteriumok elszaporodásának egy jelentékeny elősegítő tényezőjét küszöböljük ki s ezzel nagy hasznára leszünk a szervezetnek a bakteriumok elleni küzdésben.

Az alábbiakban mindenekelőtt azokat az adatokat fogom ismertetni, a melyek a bakteriumok elszaporodását elősegítő bakteriumtermékek létezésére vonatkozólag az irodalomban találhatók és velük kapcsolatban idetartozó saját vizsgálataimat is leirom. Azután tárgyalás alá veszem az ezen termékek hatásmódjára vonatkozólag felmerült nézeteket. Végül az ezen vizsgálatokból a gyógyitásra nézve levonható következtetésekről szólok.

* * *

Charrin és *Ruffer*[1] voltak az elsők, a kik vizsgálataik alkalmával olyasféle eredményre jutottak, hogy bizonyos bakteriumtermékek a bakteriumok szaporodását elősegitik. Azt tapasztalták ugyanis, hogy az olyan kisérleti állatok, a melyekbe élő pyocyaneus-bacillusokon kivül élő bacillusokat már nem tartalmazó pyocyaneus-tenyészetet is fecskendeztek, sokkal előbb pusztultak el,

[1] Compt. rend. de la société de biologie, 1888.

eredményre jutott nemsokára *Courmont*[1] a pseudotub bacillusok egy fajtájával végzett kisérleteiben. *Roger*[2] az hogy serczegő üszökben szenvedő állat olyan izzadn melyet a benne levő bacillusoktól szürés útján megsz kisérleti állatokban a serczegő üszök kifejlődését előseg *Bouchard*[3] foglalkozott behatóbban ezen kérdéssel, és tyúkcholera-, valamint staphylococcus pyogenes aureu eseteiben tudta kimutatni a bakteriumtermékeknek a súlyosító befolyását. Azt az anyagot, a mely alább ism magyarázata szerint megakadályozza a szervezet védel bakteriumokkal szemben és ezzel a bakteriumok működésé elősegiti, praedisponáló anyagnak nevezte el. Többé-kevésb tapasztalatokat tettek később *Rodet* és *Courmont*[4] staph sokkal, *Roger*[5] streptococcusokkal, *Maltzew*,[6] valamint lépfenével, *Klemperer*[8] pedig pneumococcusokkal végzett ki ben. *Kruse* hasonló kisérleteiről a hatás módjának fejte fogok megemlékezni. *Carnot*[9] a tuberculinról mutatta k gümőbacillusok elszaporodását elősegíti. *Deutsch László* kevés typhusbacillussal is képes volt halálos fertőzést ha ezt a kevés élő bacillust elölt typhus-tenyészettel eg a szervezetbe. Ide tartozik továbbá *Hesse*[11] észlelete, me sok gümőbacillust — tehát valószinüleg sok gümőbacillus is — tartalmazó köpet kitünő tenyésztőtalaj a gümőbac mára. Végül *Bail* és munkatársai idetartozó vizsgálatai er a melyekre az alábbiakban még visszatérek.

Én magam már évek hosszú sora óta végzek vizsgálatokat. Eredetileg egészen más czélból megkezd leteim folyamán ugyanis olyan eredményekre jutottam, ilyen „praedisponáló“ anyagok létezésére utaltak és e figyelmemet felhivták.

Ilyen kisérletek voltak a többi között azok, a még az 1890-es évek elsőiben végeztem streptococcus szel. Négy fehér egér közül kettőnek a böre alá stre pyogenes kétnapos *agar agar*-tenyészetének sürü dörz 0·2—0·2 cm³ mennyiséget fecskendeztem; a másik pedig ugyancsak a böre alá streptococcus pyogenes *húsleves* tenyészetéből kapott 0·1—0·1 cm³-t. Ugy az a mint a húsleves-tenyészetet egyazon tenyészetből olto Még megjegyezni kivánom, hogy az agar-agar-tenyészetb dörzsölék sürübb volt, mint a húsleves-tenyészet. Az er volt, hogy a húsleves-tenyészettel fertözött állatok már 36 elpusztultak, míg az agar-agar-tenyészet dörzsölékével f jóval később: az egyik 60 óra mulva, a másik pedig cs belül 100 óra mulva, noha ez utóbbi állatok fertőzése számú coccussal történt (0·2 cm³ sürübb anyag, szer cm³ kevésbé sürü anyaggal). A kisérletet nagyjából has ménynyel több izben megismételtem, a többi között lépf lusokkal is. Ez utóbbiakkal nyert eredményeim különben *Sobernheim*[12] eredményeivel, a melyek szerint a lépfer sokkal rohamosabb lefolyású, ha húsleves tenyészetet hs mint ha agar-agaron nött bacillusokkal végezzük a fert

Ezen eredmény magyarázására azt vettem fel, hog teriumok a tulajdonképeni mérgező hatású anyagokon k anyagokat is termelnek, a melyek elszaporodásukat v módon elősegitik. Folyékony tenyésztőanyagban, például húslevesben sokkal több táplálóanyag áll a bakteriumo kezésére, mint agar-agaron, mert utóbbinak csak a felüle a bakteriumok; e miatt húslevesben sokkal több lesz a

[1] Compt. rend. de l'Académie des sciences, 1889.
[2] Ibidem.
[3] Revue de médecine, 1890. — Verhandl. d. X. inte Congresses.
[4] Compt. rend. de la société de biologie, 1891.
[5] Ibidem.
[6] Russkaia medicina, 1891. Ref. Baumgarten's Jahres Jahrgang.
[7] Ziegler's Beiträge, 12. kötet.
[8] Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie, 31.
[9] Compt. rend. de la société de biologie, 1898.
[10] Wiener medizinische Presse, 1899.
[11] Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, 1
[12] Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten,

a bakteriumok elszaporodását elősegíteni képes. E miatt húslevesben nött bakteriumok kisebb mennyiségével is erősebb fertőzés létesíthető, mint agar-agaron nött bakteriumokkal.

A bakteriumok elszaporodását valami módon elősegítő bakterium-termék létezésére még erősebben ráirányították figyelmemet azok a tapasztalatok, a melyeket a vér úgynevezett bakteriumölő képességére vonatkozó vizsgálataim folyamán tettem.

Igy mindenekelőtt azt találtam, hogy kémlőcsőben levő vérsavóhoz vagy defibrinált vérhez valamely bakterium termékeit (70°-ra hevítéssel elölt idősebb húslevestenyészet) téve és csak azután adva bele a megfelelő élő bakteriumokat, ez utóbbiak számának csökkenése nem következett be; a bakteriumok száma néhány órán át nagyjából egyforma maradt s ezen idő elteltével erősebb szaporodásnak indultak. (Helyesebben mondva, a vérsavóba vagy a defibrinált vérbe jutott bakteriumok egy része ilyenkor is elpusztult; az a rész azonban, a mely életképes maradt, a vérsavóhoz vagy defibrinált vérhez előzetesen adott elölt húslevestenyészetben volt bakteriumtermékek némelyikének hatása folytán erősebb szaporodásnak indult; ennek következtében már az első órákban is lépést tudott tartani a bakteriumok szaporodása az elpusztulással s így a bakteriumok számának egyébként észlelhető csökkenése nem juthatott kifejezésre. A vér úgynevezett bakteriumölő képességének feltüntetésére rendesen használt kísérletező mód mellett — hacsak nem tettünk nagyon kevés bakteriumot a vérbe — eleinte csökken a bakteriumok száma, de néhány óra mulva fokozódik. Ennek a magatartásnak nem az a magyarázata — a mint azt más helyen már régebben kimutattam —, hogy a vérben a bakteriumokat károsító anyag egy idő mulva elfogy; hanem az, hogy a vérbe jutó gyengébb ellenállású bakteriumok rövid idő alatt elpusztulnak, még pedig oly nagy számmal, hogy ezt a számot az életképesen maradt bakteriumok normális elszaporodása nem tudja ellensúlyozni. Egy idő mulva azonban változik a viszony: a gyengébb ellentállású bakteriumok ugyanis már elpusztultak nagyobbrészt, az erősebb ellentálló képességgel birók pedig elszaporodásuk miatt most már sokkal nagyobb számmal vannak jelen, további elszaporodásuk tehát most már gyorsabb menetben történhetik, annyival is inkább, mert az elszaporodásukat elősegítő termékek mennyisége is most már nagyobb.)

Idetartozó kisérleteim leirása megtalálható a „Magyar orvosi archivum“ VII. évfolyamának 6. füzetében. Az elmondottak könnyebb megértheteése czéljából egyet idejktatok.

Egészséges házinyúl véréből savót készítve, ennek három köbcentimeternyi részletébe friss agar-agar tenyészetből vett cholera-vibriókat teszek. Ugyanezen vérsavó egy másik, szintén három köbcentimeternyi részletébe 1/4 órán át 70° C.-ra hevített cholera-húsleves-tenyészetből teszek 6 cseppet és csak azután ugyanazokból a cholera vibriókból, a melyekből az előbbi részletbe is tettem. Az időről időre öntött gelatina-lemezeken fejlődött cholera-telepek számát a következő táblázat tünteti fel:

	0 percz	1 óra	2 óra	3 óra	4 óra	24 óra
Vérsavó + cholera-vibrio	1069	785	477	94	17	0
Vérsavó + elölt cholera-tenyészet + cholera-vibrio	1216	1180	1354	2076	2740	∞

A továbbiakban állatkisérletekkel is igyekeztem beigazolni, hogy a bakterium-termékek elősegíthetik a bakteriumok elszaporodását.

Első sorban házinyulakon vizsgáltam, vajjon kimutatható-e valamelyes befolyás a lépfene fertőzés lefolyására, ha a fertőzés után időről időre lépfene-bacillus-termékeket is viszek az állat szervezetébe. Ugy jártam el, hogy házinyulakat lépfene-bacillusokkal a bör alul fertőztem és azután ismételve fecskendeztem bőrük alá olyan régi lépfene-húslevestenyészetet, melyet ismételten 70°-ra hevítettem s a mely ezért élő lépfene-bacillusokat vagy spórákat már nem tartalmazott. Az eredmény az volt, hogy ezen állatok vérében sokkal korábban jelentek meg a lépfene-

hatók ki.

Megkisérlettem ezután, nem lehetne-e lépfene szettől immun állatokat lépfenében megbetegíteni o hogy lépfene-bacillusokon kivül elölt lépfenebacillus-t juttatok időről időre szervezetükbe. Galambokon, ellen többé-kevésbé immun állatokon végzett ilyen ir lataim határozottan positiv eredménynyel végződte kisérletek más lépfene-immun állatoknál folyamatban

Most pedig áttérek újabb vizsgálataim rövid i a melyek szintén a bakterium-termékeknek a bakteri rodását elősegítő hatása mellett szólnak. Ezen kis gondolata a következő: ha a bakterium-termékek csak sek a bakteriumok szaporodását elősegíteni, akkor ilye termékeket téve olyan húslevesbe, a melyben ki antisepticum jelenléte miatt a bakteriumok nem tud rodni, a bakteriumoknak el kell szaporodniok.

A kisérletek menete a következő volt: Egyenk 10 – 10 cm³ tenyésztő-húslevest tartalmazó kémlőcs egyikébe bizonyos mennyiségü antisepticumot tettem, úgy, hogy két-két kémlőcső mindig egyenlő mennyis ticumot tartalmazott. Ilyen módon antisepticumot külö ban tartalmazó két teljesen egyforma sorozatot kapt sorozat kémlőcsöveibe ezután valamely bakterium fri agar-agar-tenyészetének finoman eloszlott dörzsölékéb mennyiséget tettem, az egyik sorozatéiba pedig már illető bakteriumfaj termékeit is (felhevítéssel elölt ö levestenyészet). A tenyésztőszekrényben 37° C. m kémlőcsöveket azután időről időre megvizsgáltam, v kozik-e bennük fejlődés.

Ime egy idetartozó kisérlet sublimattal és lépfen kal; bakterium-termékek gyanánt három hónapos lépf tenyészet szolgált, a melyet három egymás után köv 1/4—1/4 órán át 70° C.-ra hevítettem s a mely ezen után élő bacillust vagy spórát nem tartalmazott.

Sublimat	Eredmény		
	24 óra után		48 óra
	Húsleves + lépfene-bacillusok	Húsleves + bakterium-termék + lépfene-bacillusok	Húsleves + lépfene-bacillusok
1 : 100,000	—*	—	—
1 : 120,000	—	—	—
1 : 140,000	—	+	—
1 : 160,000	—	+	—
1 : 180,000	—	+	—
1 : 200,000	—	+	—

* A + jel fejlődést, a — jel nem fejlődést jelent.

A mint látjuk, az 1 : 100,000—1 : 200,000 ar matot tartalmazó tenyésztő húslevesben, legalább 48 a lépfene-bacillusok nem tudtak szaporodásnak indul az olyan húslevesben, a mely ugyanazon sublimat-tar még bakteriumtermékeket is tartalmazott, 48 óra utá elszaporodtak volt a lépfenebacillusok. Különbség a között egyébként már 24 óra után is mutatkozott, a bakterium-termékeket is tartalmazó kémlőcsövek k a melyek sublimatot 1 : 140,000 — 1 : 200,000 arán maztak, már ilyenkor is elszaporodtak volt a lépfe

A következő kisérlethez carbolsavat és staphyl genes aureust használtam, bakterium-termék gyanán phylococcus pyogenes aureus egy hetes húsleves-tenyés a melyet 1/2 órán át 70° C.-ra hevítéssel öltem el.

[1] L. Magyar orvosi archivum, VII. évfolyam, 6. füz

Carbolsav	24 óra után		48 óra után	
	Húsleves + staph. pyog. aureus	Húsleves + bakteriumtermék + staph. pyog. aureus	Húsleves + staph. pyog. aureus	Húsleves + bakteriumtermék + staph. pyog. aureus
1: 500	—	—	—	+
1: 750	—	+	—	+
1:1000	—	+	—	+
1:2000	+	+	+	+

Ezen kisérlet eredménye tehát az, hogy a carbolsav oly mennyisége, mely megakadályozza a staphylococcus pyogenes aureus fejlődését, ezen mikroorganismus termékének előzetes hozzáadása esetén fejlődést megszüntető hatást többé nem nyilvánít.

Hasonló kisérleteket mindig azonos eredménynyel nemcsak magam végeztem nagy számmal, hanem ellenőrzésképen másokkal is végeztettem. Helyszüke miatt mellőzöm ezen kisérletek leirását, valamint az eredmények magyarázatára sem térek itt ki. Csak azt kivánom még megemlíteni, hogy ezen kisérleteimnek mások részéről végzendő esetleges ismétlése esetén nem lesz szabad ragaszkodni azon antisepticum-számarányokhoz, a melyeket részletesebben leirt két kisérletemben feltüntettem, a mennyiben a tenyésztő-húsleves értékessége nagyon változó. Még ugyanabban a laboratoriumban, megszokott, egyforma módon készitett húslevesek között is sokszor nagyok az eltérések, úgy hogy az egyik alkalommal készített húslevesben esetleg sokkal jobban nőnek a bakteriumok, mint a más alkalommal készítettben, a minek természetesen befolyása lesz a fejlődést gátló antisepticum-mennyiség nagyságára. A fejlődést gátló antisepticum-mennyiség tehát minden kisérletben előre külön megállapitandó.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban.[1]

Tisztelt társulat! A természettudomány újabb, közkincscsé vált találmányai, a mikroanatomia útján felderített csodák, a speculatióból és álszenteskedő szellemből kivetkeződött élettan, a skepticismusból és nihilismusból kibontakozott kór- és gyógytan, bizonyos betegségek okozóinak pontos megismerése és igy a bajok elhárításának lehetősége, szóval az orvosi tudomány haladásának bizonyságai, midőn a fiatalabb generatio tulajdonába közvetlenül átmennek, olyan érzést kell hogy keltsenek benne, mint *hutteni Ulrik*-ban, ki azt személyére és korára nézve oly jellegzetesen fejezte ki: „*öröm manapság élni!*“ vagy reánk való vonatkozással: *gyönyör orvosnak lenni.*

De mi is, kiknek hajfürtjei megőszültek, bizonyos megelégedéssel pillantunk vissza a tudományunk fejlődésével elért új vívmányokra, melyeket rövid idő előtt egy nálamnál sokkal hivatottabb erő, karunk Nestora, nagy tudása és ékesszólása elragadó erejével tárt elénk; különösen pedig azért, mert ezen időket, mint tudományunk egyik leghatalmasabb evolutio-szakát, mi erőnkhöz mért törekvéssel átéltük. S ha a mai ünnepélyes alkalomból egy „Emlékezzünk régiekről“ fejtegetéssel lépek a T. Társulat szine elé, legyen szabad előrebocsátanom, hogy e *visszatekintőleges tárgyalása a laparotomiának*, bár a nőgyógyászat és sebészet egyik legfontosabb, tanulságos és kiható fejezetét karolja fel, nem lesz tudományos tanulmány a szó jobb értelmében, hanem inkább csak vázlatos visszapillantás a félszázados, sok változáson átment munkára, szellemi haladásra, melynek eredményei a fiatal orvosi nemzedék korlátlan birtokába jutnak s melyeket ez ifjú erővel érvényesithet. Engedjék meg, hogy még azon kérelmemet intézhessem önökhöz, hogy elődjeik igyekezetét, sőt tévedéseit mindig abból a szempontból birálják meg, hogy „a *jónak ellensége a jobb*“.

[1] Előadatott a budapesti közkórházi orvostársulat 1905. december 27.-én tartott közgyülésén.

Ez még akkor sincs így, ha nem vagyunk ha
fogadni a történetirók véleményét, kik a Ganges és
jain talált őskori leletek nyomán a nőgyógyászatot
nemmel egykorúnak mondják.

A gynaekologia azonban tündérleány volt, ki
nagy varázspalotájában évszázadokon át aludta csendes
csak egy fél század előtt keltettek új életre, hogy az
mélyen és messze kiható, nagy horderejü orvosi tényez
a melyet eleinte csak azért látunk a *tulajdonképi sebész*
mert hivatott közegei, a *szülészek*, ekkoron — hogy
szakférfiú sarkastikus szavaival éljek — nadrágba b
báknál nem voltak egyebek!

Az új szakma kimüvelődésére pedig misem vo
befolyással, mint az a mütét, melyet a classikai tudomány
tas kartársaink többször új névvel látnak el, s mely
tomia név alatt ismert.

A hasmetszés operatioja a petefészkek kiirtásán
ből fejlődött.

Ha eltekintünk regebeli *Admettos* király ily módo
tett amazon-hadseregétől, vagy — a mit *Wierus*-ban
— a magyar kanász által foganatositott eljárástól, ki
alisban szenvedő leányát „per analogiam suorum“
kek eltávolitása által gyógyitotta meg: az első *czélir*
fészekkiirtást Neboux és *Lassius* hajtották végre.

Ovariális daganatot helyes indicatio alapján,
útján azonban csak 1811-ben Amerikában egy gyak
McDowel irtott ki, a ki esetéről az „*Eclectic reportery*
cal review“-ban 1816-ban számolt be.

Első betege kórtörténete elég furcsán hangzik.
lóháton jelent meg nála; az eltávolított daganat igen
mütét után 5. napon a beteg maga vetette meg az á
napon gyógyultan haza nyargalt. A mütétet 29 évig
79 éves korában halt meg.

Az akkori viszonyokhoz mérten *Mc Dowel* ered
is mondhatók rosszaknak (*Mc Dowell* 13 esete közül
gyult) és mégis egy fél századnál több idő telt el, mig
mia jogos voltát elismerték, a mi a tengeren túl mük
és *Peaslee* mütők érdeme.

A ki pedig a régi világ, a continens szakembe
nyét a hasmetszés operatioról megismerni óhajtja, élve
képet talál *Hyrtl*, a bécsi hires anatomus topographiáj
maga — a classikus irály felülmulhatlan mestere —
nagyobb sebésznek, mint anatomusnak tartotta mag
maró lúgjával árasztja el a petefészek daganatainak
Ő, ki említett müvének nehány oldalán előbb
adatokat mesél el, *McDowell* és követői eljárásában ne
mint újabb adatokat a „*jus impune occidendi chirur*
Végeredmény tekintetében *Hyrtl* kifakadásainak
voltát eltagadni nem lehetett; az Angliában 1842-ig vé
laparotomiák közül meggyógyult *10*, a nem gyógyult
kifejezve) száma pedig *ismeretlen* maradt.

Ezen balsikereknek esett áldozatul Anglia e
sebész-nőorvosa, *Baker-Brown*, ki sociálisan és anya
jutott, midőn kitudódott többek között, hogy 9 operá
meghalt.

Ugyanez időtájt (1860 körül) próbálkozott me
tomiával *Mathews Duncan*, edinburghi szülész, *Lis*
barátja, komoly, nagytudású szakember; de mert első
balul végződött, a mütétet soha többé meg sem kisérlet
nak köszönhettem a meleg ajánló levelet, melylyel *K*
az akkor leghiresebb laparotomistához utasitott, s
havában láttam a Krisztusfejü, ritka férfiszépségü
mestert egy igen complikált ovariális tumort operá
nyugalom, ügyesség és biztonság a mütét végrehajtá
közelállókban perczről perczre növesztette az önbizal
hogy hogyan kell a mütétet helyesen végbevinni s
szivében csak egy kivánság ébredt: minél előbb h
hez jutni.

Csak egyben nem, *M. Duncan*-ban. Szülészeti gyak
szabbra terjedő útjaiban, remekül és minden kieszel

detében. Edinburgh második hírneves szülésze, *Simpson Alfréd*, a chloroform bódítás feltalálójának fia, mint műtő *Keith*-el nem versenyezhetett.

A műtéti technika akkori fogyatékos voltáról egyrészt, a ki nem domborított diagnostikáról másrészt mi sem tanúskodik jobban és világosabban, mint az úgynevezett *bevégezetlen laparotomiák*, helyesebben: *diagnostikai tévedések* sorozata, mely jóval magasabb számot mutatott mint a gyógyultaké.

Mindez arra vezetett, hogy a párisi akadémia magas foruma 1857-ben a hasmetszési műtétet — *Cazeaux* egy szavazata kivételével — mint létjogosulatlant elitélte.

De mintha a *Semmelweis* által lángra gyújtott szövétnek fénye előre besugarazta volna a tudományos világot, Németországban a laparotomiák körül jobb eredményeket értek el.

Nagy hírnévnek örvendett: *Siebold* Göttingenben, ki — mint segédje mesélte — szép sikereit annak tulajdonítá, hogy műtét előtt órákig térden állva ájtatoskodott; *Langenbeck* Berlinben, a sebészeti és személyes elegantia mintaképe, kiről még kartársai sem tudták megmondani, hogy mi volt nagyobb: tudása vagy ügyessége; végre *Nussbaum* Münchenben, a mult század egyik legvakmerőbb operateurje, mindaddig, míg a morphinománia szellemileg és testileg tönkre nem tette. Kedélyes beszéd közben csoszogva vezetett körül osztályán, örömmel mutatva be több gyógyuló laparotomizált fibromyomást; de üde, élénk csak akkor lett, ha segédje óránként egy-egy fecskendő morphin-oldatot oltott a karjába vagy a hátbőrébe. Álmatlansága ellen csak egy szert talált hatásosnak: egy Wagner opera harsonás zenéjét; ekkor földszinti zsöllyéjében édesen szundikált, a mit a körülötte lévők kimélettel honoráltak.

Az utóvérzés elkerülése, a csonknak a hassebbe való rögzítése, különféle kapcsok és szorító készülékek igénybevételével, ezek voltak a napirend főkérdései. A kapcsok újszerüségében Anglia követelte a németekkel szemben a prioritást, mivel a kapocskezelést *Hutchinson* 1858-ban tette közzé; most már tudjuk, hogy ez inkább hanyatlást jelent a laparotomia fejlődésében.

S ezen időszakban irta volt meg *Semmelweis* halhatatlan művét a gyermekágyi láz ellen való védekezésről; ekkor már tömegesen érte őt külföldi kartársainak lenézése s gúnyolódása, s 1863-ban végezte ő, az akkori Pesten, az első laparotomiát, chlorvíz használata mellett, fájdalom, siker nélkül.

És ugyanekkor lép előtérbe egy férfi, kinek neve úttörőként szerepel a laparotomia történetében. E férfi, kinek általános orvosi müveltsége, különleges sebészeti tudása és ereje, felülmulhatatlan technikája mindenkit elragadott és kinek bájos szeretetreméltósága — melynél csak a mester szerénysége volt nagyobb —, finom modora, nyájassága és tanítása örök hálára kötelezett s ki páratlan vendégszeretettel különösen a magyarokat tüntette ki, e férfi: *Spencer Wells* volt.

Mondhatni, hogy mintegy varázsütésre megváltoztak a nézetek a műtétről, a midőn *Spencer Wells* a londoni orvossebészi egyesületben a laparotomiáról 5 gyógyult eset kapcsán értekezett.

A mit három év előtt az angol orvosok zöme és java elitélt, azt *Spencer Wells* fejtegetései alapján a tudományos világ egyhangúlag elfogadott; a laparotomia elleni küzdelem nemcsak elért eredményei miatt, de tudományos alapon is megszünt. S ezek után következett a búcsújárás *Spencer Wells* grosvenorsquarei otthona felé. Különösen sok külföldi orvos jelentkezett, engedélyt kérve, hogy a mestert munka közben láthassa, megfigyelhesse fogásait, elsajátíthassa módszereit, tanuljon tőle, mindig azzal a gondolattal, hogy egy laparotomiához is hivassék meg. De ez csak ritkán esett meg; a Samaritan-Hospital műtőszobájának kis terjedelme volt az elutasítás oka, kis, keskeny, három utczai ablakkal biró magánházban lévén.

A ki azonban nem mindjárt személyesen, hanem előbb levélben — nyomatékos ajánlat hozzácsatolásával — kereste meg a mestert, bizton számíthatott arra, hogy másnap reggel megkapja a meghivót, nemcsak a műtéthez, de még az utána következő egyszerű lunch-hez is.

(Folytatása következik.)

id. *Elischer Gyula* dr. tanár-főorvos.

Könyvismertetés.

Simon Scherbel, Arzt in Lissa (Posen): „**Jüdische ihr Einfluss auf das Judentum.** J. Singer &. Comp Berlin-Leipzig, 1905. 8-adrét, 75 lap.

Nem hiszem, hogy tévednék, ha azt állítom, hogy könyvnek a tartalma ellen első sorban az izraelita orv nak állást foglalni. Mindössze 430 évig éltek a zsi nemzeti életet. Ezután szétszéledtek a világ minden á különösen a mióta egyenrangú *felekezetté* lettek, beléje az illető államokba s hű fiaivá váltak az illető nemzetel hiszem, hogy ezzel a nemzetek keretén belül elfoglalt p igazságosan itélem meg, s hogy egyetértenek velem a orvosok is. Scherbel azonban egészen más álláspontot Ő a zsidókat még mint *fajt* állítja oda, s munkáját irta meg, hogy a gyógyászat zsidó müvelőinek „nemze emlékezését ébren tartsa“ (75. lap). Kissé szokatlan, zsidó orvostörténelmi revuet ad a babyloniai Mar (160—257) egészen a lefényképezett Senator berlini p de a faji elfogultság legnagyobb foka, ha a zsidó orv méül többek közt azt is betudja, hogy „a kereszténysé ségeit a zsidóság megdönthetlenül szilárd vallási tanaiva feltárták és megvilágították“ (72. lap), hogy kortárs „mint az emberi erények és előnyös tulajdonságok pél ők tüntek ki“ (71. lap), s hogy „épen a zsidók közü orvosok voltak hivatva a történelem fordulópontjain Hippokrates, Galenus, Paracelsus, Vesal, Paré, Harve Müller, Virchow — ezek a nevek „a fordulópontok“ münk terén, de bár eddig nem törődtem a vallásuk mint Scherbel akarja: a fajukkal — most azt látom, hogy orvos sincs köztük.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A Gruber-Vidal-féle reactio jelentőségéről a epeutak megbetegedéseiben ir *Blumenthal*. Ez a rea tudjuk, nagyon hamar elterjedt, minthogy megkönnyítette diagnosisának felállítását. A mikor azután már igen alkalmazták a reactiót, rájöttek, hogy néha olyankor is a mikor kétségtelenül typhussal van dolgunk. *Vidal* 0· tiv eredményről számol be, *W. Hoffmann* 2482 vizsgálat 6·7% negativ eredményről tud. *Bryon* és *Kayser* azt tap hogy a typhus fennállásának harmadik hetében csak 9 positiv eredményt. Sokkal jobban aláásná azonban a *Gru* reactio tekintélyét az, ha olyankor is beállana, a mik nincs jelen. *Gruber*, *Durham* és *Grünbaum* azt tapasztal erős concentratioban a normális emberi vérsavó is némileg. *Paltauf* és *Lüdke* nagyobb számú ilyen esete össze, s azt tapasztalta, hogy főleg icterussal járó me sekben a vér oly higitásban is adta a reactiót, a milye mális emberi serum sohasem adja. E kérdést eldöntendő *thal* egész sereg icterusban szenvedő beteg vérét vizsg találta, hogy az icterus és az agglutinatio között semmi gés nincs, sőt ha a reactio icterusos betegeknél erős higí beáll, akkor joggal tehetjük fel, hogy typhusbacillus fertőzés is van jelen. Nem szabad ugyanis arról a kö megfeledkeznünk, hogy a typhus-bacillus akárhányszor ol dést, sőt sepsist, a nélkül hogy a bélhúzamban valami elvál létre. Hogy icterus mellett aránylag gyakori a positi *Vidal*-féle reactio, azt arra kell visszavezetnünk, hog utak sokkal gyakrabban vannak typhusbacillusokkal fert azt gondolnánk. (Medizinische Klinik, 1905. 48. szám

Mari

Belgyógyászat.

A hashajtó szerekkel való visszaélésről habitu patio eseteiben ir *Jürgensen*. Közönséges dolog a székrekedésnél a hashajtó szerek naponkénti adagolása meg nem engedhető, sőt káros eljárás. Káros, mivel ig

meg mire képes. Másrészt káros azért is, mert hamis reflexusok alapszik az a tétel, hogy minden embernek naponta kell székének lenni; sokkal fontosabb az a kérdés, hogy elegendő-e és könnyü-e a székelés. A beteget meg kell győzni, hogy nem elkerülhetetlenül szükséges az ő jóléte szempontjából a naponta való székelés.

Az általánosan megengedett és a megtiltott hashajtó szerek között közönségesen vont határvonalat is el kell törülni, mivel az általában megengedett szereknek is vannak mellékhatásai; ilyen a hasban érzett nyugtalanság, fájdalom, esetleg fokozott gázképződéssel kapcsolatban; továbbá az a contrast hatás, hogy a sok hajtószer alkalmazása után dugulás következik, romlik az étvágy, általános gyengeség és rosszullét áll be. Különösen fontos az a mellékhatása sok hashajtó szernek, hogy a faeces természetes consistentiáját megváltoztatja. Jürgensen szerint az a jó és ártalmatlannak tekinthető hashajtó szer, mely kellemetlen mellékhatások nélkül, tehát a faeces természetes consistentiájának megváltoztatása nélkül fejti ki hatását s elég sok olyan hashajtó szerünk van, mely helyes dosisban ily módon hat. Épen ezért nem szabad semmiféle rendesen használt hashajtó szer egyes esetben alkalmazott adagját véglegesen meghatározni. Minden esetben ki kell kutatni, hogy melyik az a legkisebb dosis, mely könnyü, normális consistentiájú széket idéz elö.

Hygienikus kezelése a habit. obstipationak diaetával, víz kúrával, mechano- és elektrotherapiával történjék. Mint jó, állandóan használható szert ajánlja a következőt: 30·0 gm. cort. frangulae conc. 250·0 gm. vízzel felfőzve és 125·0 gm.-ra bepárolva (kb. 15 p. alatt). Ebből este 1—2 evőkanállal vegyen be a beteg kezdetben, míg el nem találja a kellően hatásos dosist. Jó eredménynyel használta a senna-folliculusokból készített kivonatot is (6—10 senna-folliculus ½ pohár hideg vízben álljon 12 óra hosszat; a leszürt folyadék egyszerre ivandó meg este.) Igen ajánlja az úgynevezett specieseket is, melyek közül a következő hármat közli: I. flor. tiliae, flor. sambuci, flor. chamom., herb. menthae pip., rhiz. valerianae āā.; II flor. arnicae, fl. verbasci, fl. chamom., herb. menthae pip., rhiz. valerianae āā.; III. flor. arnicae, flor. verbasci, herb. rosmarini; rad. bardanae, rad. liquiritiae āā. Mindezekből két evőkanálnyit le kell forrázni két csészényi vízzel, ¼ óráig állani hagyni és ¼ óra alatt éhgyomorra meginni. ½ órára rá lehet enni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 44. a. szám.)

A pankreas-diabetes ismeretéhez szolgáltat *Hirschfeld* adatokat, a melyek a következőkben foglalhatók össze röviden. Pankreas-diabetest olyan esetekben vehetünk fel, a melyekben a táplálék, főleg a fehérjék és a zsírok felszívódásában mutatkozó zavar alapján a pankreas-váladék hiányára következtethetünk; továbbá a melyekben a pankreas megbetegedésére utaló rohamok jelentkeznek. Ezen rohamokat első sorban a fájdalom jellemzi; ez a fájdalom sokszor hasonlít az epekökólika, az angina pectoris vagy a gyomorbaj okozta fájdalomhoz. Ezek a fájdalomrohamok néha nagyon kevéssé kifejezettek, úgy hogy az illetők maguktól nem is említik őket. Pankreas-megbetegedésre utal továbbá a diabeteses functio-zavarok heveny rosszabbodása. Pankreas-megbetegedés esetén végül bizonyos circulatiós zavarok mutatkoznak, a mennyiben fokozott folyadékbevitel esetén nem szaporodik meg a vizelet mennyisége, azután meg némely esetben a lábszárakon vizenyő is mutatkozik. Az eddigi tapasztalatok szerint a pankreas megbetegedésére utaló rohamok 1—4 hónapig tartanak és jobbára kedvezően végződnek; hajlamuk van azonban arra, hogy rövidebb-hosszabb idő mulva ismétlődnek. Azután meg néha a czukorkiválasztás némi fokozódása marad vissza a rohamok után. Végül középsúlyos vagy súlyos diabetes-esetekben attól is kell tartani, hogy egy ilyen roham comába megy át. A gyomorbélzavarok alapján mintegy magától keletkező coma a klinikai tünetek, a recidivára való hajlandóság és az anyagcserezavar heveny rosszabbodása tekintetében nagyon hasonlíthat ahhoz a képhez, a melyet a heveny pankreas-megbetegedés ad. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 52. szám.)

Az emotiós icterus kérdéséhez szól *Weiss* egy esete kap-

Legtöbb eset a francziа irodalomban van közölve, faját látjuk megkülönböztetve, t. i. az „ictère émoti és „ictère émotif tardif (retardé)“ faját. Az elsőnél legalább ¼—½ órának kell eltelnie az icterus beáll másodiknál csak 2—3 nap mulva jelentkezik. Az ut mint a gyomor-bélmüködés pillanatnyi megállása f kezett nyálkahártya-duzzadáson alapuló pangásos ict fel s így nem is tekintik igazi emotiós icterusnak. formához számítják a diabetessel, illetőleg a morbus kapcsolatban előforduló icterust is. Minden valószinüs májsejtekkel összefüggő secretiós idegek abnormis i jön létre. Az is lehet, hogy mivel a májsejtek állan kálnak epét, epetartalmukat az izgalom folytán hirte s így is magyarázható a hirtelen beállott felindu létrejövetele. Míg azonban sectioval bizonyítani az em nem lehet, addig mindig fennáll annak a lehetősége felindulás csak mint egy lappangó bajnak kiváltó szerepel. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 4

Sebészet.

A prostata-hypertrophia operativ kezeléséről *Kümmell*, a hamburg-eppendorfi kórház sebésze. A túltengés sebészi kezeléséről csak az esetben besz elvetjük a *Launois-Guyon*-féle elméletet, mely szerint hypertrophia az egész uropoetikus rendszer megb részjelensége s elfogadjuk, hogy a túltengés a dülm leges helyi megbetegedése.

1. A *Bottini* féle *galvanocaustikus módszert* alkalmazta három operativ halállal. E mütétet csak t rekedés eseteiben használta akkor, ha a hólyag ereje kielégítő volt a vizelet kiürítésére a bevezetet keresztül, mert ellenkező esetben e mütét nem fe kitüzött feladatnak.

2. A *Bier*-féle *art. iliaca interna lekötést* há végezte, két esetben mindkét oldalt, egy esetben cs kötötte le a verőeret. Egyik esetben peritonitis folyt vetkezett be, két esetben jó eredményt ért el.

3. A *Ramm*-féle *kétoldali castratiót* 26 esetb mütét után két esetben állott be a halál (egy cirrh és szivelzsírosodás, egy genyes pyelonephritis folytán ben nem állott be javulás (egy esetben utólag hólya tak), 22 esetben a prostata visszafejlödött s a bet letüket spontan ürítették. Természetesen ez esetek a functionális eredmény javulására, hogy a hólyagi még megtartott legyen.

4. *Radikális mütétet* először 1889-ben végzett a prostata *suprapubicus excisioját* összesen kilencz közül nyolcz meggyógyult, vizeletüket residuum nélk egy meghalt pneumoniában.

Teljes prostatektomiát 19 esetben végzett, mé esetben perineális, kilencz esetben suprapubikus út mortalitás négy esetben volt; a többinél a teljes h újból visszaállott, katheterismus nem volt többé szük

Felmerül még a *mütéti indicatio* kérdése. *Küm* esetben előbb állandóan alkalmaz néhány napon kathetert; ha a katheter eltávolítása után a spontan nem áll helyre s a még néhány napon folytatott katheterezés nem válik be, mütétet ajánl. Minden e előtt a vese functioját megállapítja a vér kryoskop tával; ha a vér fagyáspontja 0·60°-on alul van, úgy járó mütétet nem végez. Itt hangsúlyoznunk kell, hog nek ezen álláspontja túlzott, mert ilyen stricte ne fel a veseinsufficientiát ezen egy jel alapján.

A mütéti módszert illetőleg *Kümmell* álláspon a beteg erőbeli állapota megengedi, prostatektomiát pedig ha per rectum tapintjuk a megnagyobbodott old úgy a perineális, ha a residuum a dülmirigy középl van feltételezve, a suprapubikus utat választja. A müt megállapítására fontos segédeszköz a cystoskop.

engedi meg, úgy főleg a *Bottini*-mütétet ajánlja, melylyel, eseteinket kellőleg megválasztva, szintén jó eredményt érhetünk el. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905. 77 k. 4 f.) *Steiner Pál* dr.

A nucleinsav hyperleukocytosist előidéző hatásáról ir *Renner*, kinek tapasztalatai szerint 1 gm. nucleinsav 2% oldatban subcutan adagolva ép oly biztos leukocytosist idéz elő, mintha intraperitoneálisan alkalmaznók. *Mikulicz* klinikáján szerzett tapasztalatai szerint ezen injectiók az emberi szervezet resistentiáját bakterium colival és valószinüleg másféle pathogen mikroorganismusokkal szemben is tetemesen emelik; a bakteriumtartalmú üregek megnyitásával járó hasüri mütéteknél a postoperativ peritonitisek százalékaránya s az egyéb operativ fertőzéssel kapcsolatos megbetegedések (postoperativ pyaemia, pneumonia) százalékaránya is tetemesen csökkent. (Összevéve az összes kórformákat 25·5% ról 9·3%-ra.). A nucleinsav-befecskendezés azonban nem nyujt specifikus immunitást, csak épen a szervezet ellenálló képességét — és ezt is csak múlólag — fokozza. (Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., XV. kötet, 1. és 2. füzet.)

Pólya.

A genyes meningitis operativ kezeléséről értekezik *Kümmell*, a hamburg-eppendorfi kórház főorvosa. Az irodalomban közölt és operativ beavatkozással gyógyult meningitisek legnagyobbrészt otogen eredetü, vagy complikált koponyaalapi töréshez társult körülirt agyhártyagyuladások voltak. Ez esetekben a primaer genygócz feltárásával, a dura mater megnyitásával és drainage-zsal mindenesetre többet érhetünk el, mint az exspectativ kezeléssel. Másként áll a dolog a diffus leptomeningitisek kezelésével. *Poirier* esetében, mely gyógyulással végződött, kérdés, vajjon diffus meningitis volt-e jelen, mert spinalis punctio nem történt. *Kümmell* egy esetben, midőn koponyaalapi törés folytán keletkezett súlyos genyes meningitis állott fenn s a lumbalis punctiokor geny ürült, kétoldali trepanatioval gyógyulást ért el. Ez eset alapján ajánlja *Kümmell*, hogy diffus genyes leptomeningitis esetén, ha a lobos jelenségeknek még eléggé kezdeti szakában kapjuk a beteget, operative avatkozzunk be s hagyjuk el az eddigi álláspontot, mely szerint ilyen esetekben sebészeti gyógykezeléssel eredményt nem érhetünk el és kiséreljük meg a különben biztosan halálos kimenetelü betegséggel szemben a sebészeti beavatkozást. (Archiv für klin. Chirurgie, 1905. 77. k., 4. f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekgyógyászat.

Myocardium- és vérérmegbetegedések a gyermekkorban, különös tekintettel a fertőző betegségekre. *F. Förster* gondos tanulmányának első részében a heveny elsődleges myocarditissel, valamint az égések, börbántalmak és diphtheria kapcsán keletkező szivizommegbetegedésekkel foglalkozik. A *Fiedler* által leirt *acut interstitiális myocarditis* a gyermekkorban igen ritka; teljes egészség közepette acute kezdődik, rázóhideg, majd magas láz jelentkezik; szapora pulsus s mihamarabb szivgyengeség jelenségei mutatkoznak ép sensorium mellett; léptumor nincs. A lefolyás fulminans, rendesen halálos; a halál a harmadik napon áll be. Szerző esete, melyet a bonczolás is beigazolt, hasonló lefolyást mutatott. Súlyos *égéseknél* a myocarditis gyakori jelenség, bár a gyermekorvosok kevés figyelmet fordítottak eddig e megbetegedésre. Szerző két olyan esetet közöl, melyekben a myocarditis az égési sebek gyógyulásra hajlandósága ellenére, *későn*, az égést követő 28. napon halálhoz vezetett. Ezen esetei klinikailag a diphtheriánál észlelhető szivgyengeséghez hasonló képet adtak.

Hasonlóképen ritka s figyelemre alig méltatott jelenség myocarditis keletkezése eczema folyamán; szerző egy idevonatkozó esetében fél év óta eczemában szenvedő gyermeknél észlelt halálos végü myocarditist.

Egy fél évben észlelt 100 *diphtheriás* betege közül 40 esetben kórismézte a szivizom megbetegedését; ezen 40 beteg közül 10 halt el. Ezen eseteiből statistice levont következtetései a következők: 1. A diphtheriás myocarditis gyakorisága a korral együtt emelkedik. 2. Leánygyermekeknél gyakoribb, mint fiuknál, főleg azért, mert a leányok közül az 5. év után nagyobb százalék betegszik meg, mint a fiuk közül. 3. Súlyos, halálos myocarditis súlyos toxikus diphtheriáknál gyakoribb, mint croupnál. 4. Halá- a szivizom megbetegedése, halálos croup-esetekben A mi az *exitus beálltának idejét* illeti, háromszor a kétszer-kétszer a második, harmadik és negyedik h pedig az ötödik héten állt be a halál. A myocarditis jelenségei az első héten 13-szor (7 halál), a második h (3 halál), a harmadik héten 4-szer, a negyedik hét végre az ötödik héten egy izben mutatkoztak.

Mint *első* klinikai jelenséget a pulsus megváltoz dilatatiót 10-szer, szivzörejeket 9-szer, rhythmus-vált jegyzett fel. *Dilatatiót* összesen 29 esetben észlelt; 8 esetben a bal, 6 esetben a jobb és 15 esetben m tágulatát. A 16 esetben konstatált *szivzörej* közül volt praesystolikus, a többi határozott systolikus jelleg *uriáról* 16 esetben tesz említést; kiemeli, hogy 1- myocarditis jelentkezése előtt észlelhető s prognostik symptomának tekintendő. *Szájpadhüdést* összesen észlelt.

A szívizommegbetegedések ideje, súlyossága s l ségei alapján megkülönböztet 1. *korai myocarditist* *b)* nehéz alak]; 2. *myocarditist* [*a)* az általános intox ségek uralkodók, *b)* egyéb complicativ megbetegedé leálnak, *c)* decompensatio alakjában jelentkezik]; 3 *carditist* [*a)* könnyü, *b)* nehéz alak, *c)* dilatatiós szí reconvalescentiában].

Therapeutikus szempontból a legcsekélyebb négy heti feltétlen ágynyugalmat ir elő; a digital nem volt megelégedve, ellenben gyors s megbizhat látott a strophantustól és coffeintől.

A serum prophylaktikus jó hatását látszik i körülmény, hogy myocarditisben megbetegedett es betegség 6. napján, attól ment maradt esetei pedig oltattak be.

A diphtheriás myocarditis további lefolyását követhette; feltünő, hogy összes ellenőrzött eset hónap után is talált eltéréseket a szivizomzat müködés ges javulást csak a késői myocarditist kiállott beteg Említésre méltó, hogy négy régebbi esetében a dipl lása után 2—4 év mulva is észlelhetők voltak a (Deutsches Archiv f. klin. Med., 1905.)

Faludi

A hashártya valódi gyöngykórjának esetét kö *heimer*. Észlelése egy éves fiúgyermekre vonatkozik, makacs székrekedésben szenved. A gyermek atyja ré kórosan terhelt; a táplálás sterilizált tehéntejjel történt rendszer mérsékelt angolkóros elváltozásokat mutat. A módon puffadt, meteoristikus; a lép és máj mérsékelten bodott. A makacs constipatio az alkalmazásba vett kezel majd pedig gümös agyhártyalob jelenségei mutatkoztak kezelés után a beteg elhunyt. Bonczolatnál az erősen leken számos gombostűfejnyi-borsónyi, ellapult, szürkés pén pigmentált göb; ezen képződmények velőconsis submucosán fekszenek s arról a serosával együtt kön parálhatók; körülöttük helyenként miliáris gümők. Bél Tüdőkben, májban, lépben és agyhártyákon miliáris bronchiális és nyaki mirigyek épek. Mikroskopice az e a gyöngykórnál észlelt képet adták. Szerző esetét keresztül történt primaer infectiót fogja fel, melyből haematogen úton fertőztettek a többi szervek. Teki hogy betege a tehéntejet sterilizált állapotban kapta eredetét a beteg apában keresi. A gyöngykór szerz szerint a gümökórnak gyengitett, chronikus lefol melyet nem okvetlen kell, hogy állati eredetü gü idézzenek elő. Támogatják szerző nézetét *Troje* és letei; nevezett szerzőknek sikerült gyengitett gümőba sával házinyulaknál typikus gyöngykórt előidézni. (M Wochenschrift 1905. 29. sz.) *Faludi*

Húgyszervi betegségek.

A húgycső helyreállítása állati húgycsőnyál ültetésével. Ily czimen közli *J. H. Pringle* köve

esetet. 1 Az 51 éves beteget húgycsőrúlés tüneteivel vették fel. Katheterezés lehetetlen. Az urethrotomia végzésekor kiderült, hogy az urethra nagy része elhalt. Ez okból 6 héttel később frissen leölt fiatal bikának húgycsőnyálkahártyájából 13 cm. hosszú darabot ültetett át a hiányra. Az implantatio a pars pendula táján megmaradt kis sipoly kivételével jól sikerült. Ezen fistula gyógyítására irányult minden kisérlet meghiúsult, még egy második implantatio sem járt eredménynyel. 2. 28 éves betegnél sérülés folytán létrejött húgycsőrepedés miatt urethrotomiát végeztek. Minthogy az urethra szétvált végei még egy hó nap mulva is még 5 cm.-nyire tátongtak, *Pringle* frissen leölt fiatal bika urethrájából implantált egy darabot, mely egy sipoly hiján begyógyult. A beteg néhány héttel később nephrektomia folytán, melyet pyonephrosisa miatt végeztek rajta, meghalt. 3. Hypospadia penisben szenvedő 14 éves betegnél fiatal bika húgycsövének 7 cm. hosszú darabját implantálták. Az átültetés nem sikerült teljesen. Fél évvel később újból egy 9 cm. hosszú darabot implantáltak, ezúttal teljes sikerrel. (Annals of surgery, 1905. október.) *Picker* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A dormiolt álmatlanság ellen jó eredménynyel használja *Baroch*, még pedig 1—3 grammos adagban. Nem elmebetegek álmatlansága ellen többnyire 0·5—1·0 gm. már elegendő. Legczélszerűbb a szert tisztán, az eredeti capsulákban rendelni, nem pedig oldatban. (Allgem. med. Central-Zeitung, 1905. 40. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1905. 6. füzet. *Korányi Sándor* és *Bencz Gyula:* Physikai-chemiai vizsgálatok a szénsav hatása alatt a vérben létesülő elváltozásokról. *Goitein Salamon:* A táplálék Ca- és Mg-tartalmának befolyásáról ezen elemek forgalmára és a szervek Ca- és Mg-tartalmára. *Rhorer László* és *Hári Pál:* Az oldatok elméletének alkalmazása az ásványvizek élettani és gyógyító hatásának értelmezésére.

Klinikai füzetek, 1905. 12. füzet. *Deutsch Ernő:* Gyermekhalandóság és ingyentej-intézmény.

Gyógyászat, 1905. 51. szám. *Bauer Kálmán:* A diabetes gyógyítására alkalmazott szerek. *Genersich Antal:* A gyomor- és bélműtétek egy újabb aseptikus módja. 52. szám. *Tauffer Vilmos:* A méhrák gyógyításáról. *Kanitz Henrik:* A bőrrák kezelése Röntgen-sugarakkal. *Felletár Emil:* Ólomtartalmú szilvapálinka ivása által okozott halálos mérgezés esete. 53. szám. *Kanitz Henrik:* A bőrrák kezelése Röntgen-sugarakkal. *Lévai József:* Szokatlan formájú heg- és rákképződés esete.

Orvosok lapja, 1905. 51. szám. *Tauszk Ferencz:* A sanatoriumi kezelésre nem alkalmas tüdőbetegek. *Rottenbiller Ödön:* Izületi neuralgiák és neurosisok. 52. szám. *Gescheit József:* A tüdővérzések pathologiája és therapiája. *Rottenbiller Ödön:* Izületi neuralgiák és neurosisok.

Budapesti orvosi újság, 1905. 51. szám. *Kopits Jenő:* Visszapillantás az orthopaedia mult századbeli fejlődésére. „Gyermekorvos“ melléklet 4. szám. *Beck Soma:* Vizsgálatok a spirochaete pallida előfordulásáról öröklött syphilisnél. *Königsberger Lea:* Encephalitis acuta gyógyult esete. *Wittmann Béla:* A Theinhardt-féle táplisztről és alkalmazásáról. 52. szám. *Onodi Adolf:* A merev hideg paraffin-injectiók alkalmazásáról. *Torday Ferencz:* A congenitalis stridorról. *Tüdős Kálmán:* A tüdővész korai felismerése. „Sebészet“ melléklet 4. szám. *Herczel Manó:* Adatok a Meckel-gurdély okozta belső bélelzáródások ismeretéhez. *Pólya Jenő Sándor:* Sérvkizáródással szövődött appendicitis. *Milkó Vilmos:* Gyomor- és duodenalis fekélyek átfúródása a szabad hasűrbe. *Jakab László:* Röntgenezés a sebészetben. *Sellei József:* A spermatokeleről. *Róna Dezső:* A stovain mint helybeli érzéstelenítő szer. „Szemészeti Lapok“, 4. szám. *Goldzieher Vilmos:* 1. Iritis glaucomatosa. 2. A Jaesche-Arlt-féle műtét módosítása. *Vidéky Rikárd:* Uj glaucomaellenes műtét. Cyclodialysis.

Hetiszemle és vegyesek.

⚔ **Megbizás:** Az igazságügyminister *Cs. Szabó Károly* dr.-t az erzsébetvárosi törvényszéknél felmerülő törvényszéki orvosi teendők végzésével bizta meg.

— **Választás:** *Noszlopy Gyula* dr.-t pásztói körorvossá választották.

⏀ **Sándorfi Miksa** dr. veszprémi m. á. v. pályaorvos újévkor töltötte be pályaorvosi működésének 25. évét, a mely alkalomból a vasúti tisztikar fényes ovatióban részesitette.

⊕ **A Budapest VII. ker. Orvostársaság** folyó hó 18.-án- csütörtökön esti 6 órakor tartja évi rendes tisztújító közgyülését az Erzsébetvárosi Körben lévő helyiségében (Royal szálló, A. kapú, I. em.). A közgyülést ugyanott társasvacsora követi.

zettek: Alapitványt Glück Albert dr. K.-Majsa 80 kor., K vállalat Gölsdorf Károly útján 25 kor.; tagdíjat Stuller Magyari Károly dr. 12—12 kor., Laurovits Sándor, Szentgyö Sélei Imre, Vész Ignácz, Kulpin Dániel, Kozma Sándor, Mé Szalay Jenő, Konrád Jenő, Lauschmann Gyula, Üveges János és Szilágyi Gyula 8—8 kor.; Göbel József, Payer K József, Lévay Dezső, Steiner Mór, Pamer Albert, Nagy stein Vilmos, Moskovitz Ignácz, Leszlauer Lipót, Klein István, Koreck József, Turcsányi Imre, Mikó Géza, Sz Kovács György, Wertner Mór, pőstyéni fürdőigazgatóság, Miklós, Mórer József, Vida Lajos, Neumann János, Marg Misner Antal, Keith Károly, Kregery Ottó, Magyar József rencz, Mezey Sándor, Kovács Bálint, Komáromi Gyula, Lehoczky Imre, Krämer Béla, Reisz Mór, Kmetykó János, Komárik Jakab, Papp Gábor, Láng Jakab, Neumann J István, Kóczián Géza, Szántó Jakab, Steinfeld József, Kain Márk, Rózsa Zsigmond, Vogel József, Valovits Gyula, Nagy Ottó, László Álmán, Milch Márk, Káldi Dezső, Sch Schéda Gergely, Mészáros Gábor, Rajner Géza, Sági S Károly, Lautner Ferencz, Skultéty Tivadar, Novák Károly Lukács Imre, Venczel József, Kronberger A., Schwarcz Mladen P., Tänczer E., Hermann Manó, Spét Henrik, Szir Petraskó Illés, Struchlitz Tivadar, Viola Ignácz, Rüll Ödön, Szita Elemér, Kovács Géza, Kórodi Kálmán, Löwin Schmidt Hugó, Ochs János, Szekeres József, Widder A Gyula, Szörényi Zsigmond, Mayer János, Herveth Vilmos, Varga István, Markovits Rezső, Perlesz Ede, Rudy Béla, Baán Sándor, Hazslinszky Károly, Bród Miksa, Velits Hugó, Jakab László, Szikla D. Mizovics, Purjesz Ignác Koltai Árpád, Sági Lajos, Salgó Jakab. Budapest, 1905. dec *Katona József* dr., pénztáros.

† **Elhunyt.** *E v. Wolfring*, a varsói egyetemen a sz tanára, 73 éves korában, Meránban. — *A. Sachsalber* dr. rendk. tanára Gráczban, 41 éves korában. — *Augenfeld F* orvos e hó 6.-án Nagykanizsán.

△ **Kisebb hirek külföldről.** A müncheni egyetem tanárrá és az orr- és gégeorvostani poliklinika vezetőjév *Neumayer H.* magántanárt, ki ezzel a nemrég elhunyt utódjává lett. — *F. Karewski* ismert berlini sebész a kapta. Hasonló kitüntetésben részesültek *K. Brandenburg*, *R. du Bois-Reymond* és *W. Drigalski* berlini magántanárok würzburgi magántanárt a szemészet rendkivüli tanárává — *Jesionek* müncheni docenst Giessenbe a dermatolog tanárának hivták meg.

△ **A lissaboni XV. nemzetközi orvosi congres** melyet f. évi április 15.-étől 26.-áig tartanak meg, táj magyar bizottság a következőket közli.

Az utazás Lissabonba vagy a Rivierán vagy Pári történhetik. Első esetben az utazás Lissabonba vagy Barce ridon át, vagy pedig Irun és Madridon, esetleg Irun Medi Pampilhosa és Villar-Formoson (legrövidebb útirány) á Párison keresztül való utazásnál az útirány Irun-Medina bon vagy Irun-Medina-Salamanca-Pampilhosa-Villar Formos

A franczia, spanyol és portugal vasutak a congres megfelelő igazolványra 50%-os kedvezményt engedélyez abban az esetben, ha az oda- és visszautazás ugyanazon téniik. Ezek a jegyek csak Páris — esetleg még nehány czia város — és Lissabon közötti érvényességgel állitattn

Az egyes útirányok szerint az útiköltségek a alakulnak.

I. Körutazási jegy (Spanyolországban és Portugáliá kívül 90 napi érvénynyel) Budapest-Fiume-Velencze (h Genua-Marseille-Cette-Toulouse-Biarritz- Irun és vissza. korona, II. oszt. 256 korona, Irun-Madrid-Lissabon oda és kedvezmény mellett I. osztály 130 korona, II. osztály összesen tehát 480, illetőleg 356 korona. Ha az utazá Velenczéig és vissza a déli vasúton történik, az útiköltsé 74; II. osztályon pedig 54 koronával drágább. Ha az nem Madridon át, hanem közvetlenül Salamanca-Pampilh Formosón keresztül történik Lissabonba, az 50%-os kedv ára csak 125, illetőleg 95 korona, tehát 5 koronával olc

II. Körutazási jegy Budapest-Fiume-Velencz (hajón) Marseille-Cette-Cerbera-Port-Bou és vissza I. osztály 285 Bou-Barcelona-Madrid-Lissabon és vissza 50%-os kedvez korona: összesen tehát 450 korona.

III. Körutazási jegy Budapest-Bécs-Salzburg-Strassb deaux-Irun és vissza. I. osztály 435 korona 60 fillér. korona 30 fillér. Irun-Madrid-Lissabon és vissza 50% ke (mint fennebb) 130, illetőleg 100 korona, összesen teh 60 fillér; II. osztályon pedig 385 korona 30 fillér.

IV. Körutazási jegy a Rivierán Irunig mint I. Párison át, mint III. alatt. I. osztályon 405 korona, Irun bon és vissza 50%-os kedvezménynyel 130 korona, össz korona.

V. Körutazási jegy minden egyéb kedvezmény pest-Páris-Irun-Madrid-Lissabon-Madrid-Saragossa-Barce

A mi az utazás időtartamát illeti, úgy az oda- mint a vissza utazás vasúton akár Párison, akár a Rivierián át legalább 5—6 napig tart. Legrövidebb, azaz 3½ napos az utazás Párison át az Orient-Express és a Süd-Express használata mellett; midőn azonban úgy az oda- mint a visszautazásnál külön-külön 149 K. (51+98) pótdij fizetendő.

A bizottság igyekezni fog Lissabonban lakásokról is gondoskodni a menetjegyiroda útján vagy más módon.

Felvilágositással a bizottság elnöke, *Tóth Lajos* dr. ministeri tanácsos (lakik: VIII, József-körút 53.), vagy a bizottság jegyzője, *Szegedy-Maszák Elemér* dr. (lakik: VIII., Rökk Szilárd-utca 41) szivesen szolgál.

◁ **A könyvek szerepéről a fertőzés terjesztésében** beható vizsgálatokat végzett *Josias*, a melyeket a párisi Académie de Médecine 1905. deczember 19.-i ülésén adott elő. Régóta ismert és kétségbevonhatlan tény, hogy egyes fertőző betegségek, mint a gümőkór, skarlát és gyermekágyi láz a könyvek útján terjedhetnek tova. A tuberculosis tekintetében egyes helyeken tömeges infectiokat észleltek, a melyek ilyen módon jöttek létre, igy Charkowban a levéltár személyzetén és Lassingban az egészégügyi hivatal alkalmazottain.

Kisérletileg ki lehet mutatni, hogy a könyveken megtelepedett bakteriumok hosszabb ideig életben maradnak. Josias viz sgálatai szerint ez az élettartam következő. Cholera vibrio: 48 óra; diphther ia-bacillus: 28 nap; staphylococcus: 31 nap; Eberth-féle bacillus: 40—50 nap; Koch-féle bacillus 103 nap.

A könyvek fertőtlenitésére legjobb a formalin, melynek gőzei, Miquel eljárása szerint alkalmazva, egy negyedóra alatt megölnek minden bakteriumot, a nélkül, hogy elrontanák a könyvet. (Le progrès médical, 1905. deczember 23. 927 lap.)

∧ **A hármas ikrek sorsáról.** *Kaiser* dr. Drezdában utána járt hogy milyen sorsuk van az életben a hármas ikreknek. Tapasztalatait ilyen különös czimen közli: „Über Drillingsschicksal“ (Der Frauena rzt, 1905. október, 458. lap). A hármas ikrek rendesen már zsenge korban elpusztulnak. Néha azonban életben maradnak; négy ilyen esetben, tehát 12 ikerszülöttnél volt szerzőnek alkalma az illetők életsorsáról tudomást szerezni. Vizsgálatainak az az eredménye, hogy a hármas ikrek, ha szerencsésen túlestek az első gyermekkor kritikus idején, rendes, erőteljes egyénekké fejlődnek, kik megállják helyüket az életben.

< **A születések számának csökkenése Francziaországban.** Húsz év óta állandóan apad a születések száma Francziaországban; a mult évben is 8000-rel kevesebb gyermek született, mint az előző esztendőben. 1884-ben a születések száma még 937,000 volt, 1894-ben már csak 855,000 és 1904-ben 818,000. 1890 óta már öt izben fordult elő, hogy a halálozások száma felülmulta a születésekét.

/ **Megjelent:** *J. Donath*: Detection of choline in the cerebro-spinalis fluid by means of the polarisation-microscope. Különlenyomat a „Journal of physiology“ 33. kötetéből.

× **Az egyetemi I. sz. női klinikán** a szülések száma az elmult év utolsó negyedében 328 volt; először szülő volt 150, többször szülő 178; a szülések 334 magzatot eredményeztek; ezek közül volt élő 314, halott 14, macerált 6, érett 293, kora 32, éretlen 9, fiú 175, leány 154, kérdéses nemü 5, törvényes 119, törvénytelen 215; meghalt a gyermekek közül 8. A gyermekágyasok között 3 haláleset fordult elő. Ugyanezen időben a klinikán 170 nőbeteg is ápoltatott, a kik közül 3 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum deczember hóban összesen 46 esetben nyújtott segélyt; a műtétek száma 29 volt.

┬ **A budapesti egyetemi II. számú női klinikával** kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét deczember hó folyamán 113 esetben vették igénybe; a műtétek száma 74 volt.

— **A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya** 1905. deczember havában összesen 82 esetben működött.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Novocain“ czimü prospectusa van mellékelve.

A Zoltán-féle csukamájolaj azért örvend oly módfelett nagy elterjedésnek, mert sem rossz ize, sem kellemetlen szaga nincsen, és úgy a gyermekek, mint a felnőttek szivesen veszik be. Ott, hol a csukamájolaj hatására van szükségük az orvos uraknak, ott a Zoltán-féle csukamájolaj minden várakozásnak megfelel.

Nőorvos-specialista 1302

jelenleg kórházi főorvos

hivatalos fürdőorvosi állást

keres. Megfelelő esetben egyúttal tőkéjének jövedelmező befektetésére is hajlandó. Ajánlatokat „Gynaecologus“ alatt a kiadóhivatal továbbit.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.“** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. kezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fé szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsé Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jak**

Orvos urak szives figyelmébe. „Thermal-cabinet szoba-, gőz-, és hőlégfürdő-készülék. Ismertetést bérm **Förster Aladár, Budapest, VII., Alsó-erdősor 30.**

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék v vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, sziverősitő, lobellen **Külsőleg:** az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurg kologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél nitő szer. **Belsőleg:** mint cardiacum és haemostaticum. **Nagy ü Kis üveg** = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógy ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas“-gyógytára, Budapes

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Vi összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti szati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely taná

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az erede concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bőv

Városmajor-sanatorium és vizgyógyintézet (bejáró betege **Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcsere- ségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. Álland ügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi M**

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgál ben VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szopt** minden időben kaphatók.

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesí Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat K

Elektromágneses intézet (**Müller Konrád J** dr. Grünwald-féle s lön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Fő **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, sz ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csüz stb.** O Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Ré**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvos riuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab VI., Teréz-körút 2.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igaz nos: **Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-kö physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallat után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeri bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések**

Tátrafü

(1020 m.) téli klimatikus deczember 1-jétől má Vizgyógyintézet, massage tás asztal, felséges enyh sportok. Központi fütés, állandó gyógyszertár. Ind **kór**, idegbajok, vér

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmad

A KRONDORFI A L NYÁLKAOLDÓ GY

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató ülés 1905. november 27-én.) 224. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi (IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.) 224. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 225. l.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató ülés 1905. november 22.-én.)

Elnök: **Schwartz Artur.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Nagykiterjedésű infectiosus lateral sinus- és jugularis thrombosis operált esete.

Török Béla: Chronikus középtülgenyedésben szenvedett beteg hóveny gyomorbélhurut tünetei között betegedett meg, a második hét folyamán a bántalom septikus jelleget öltött s a fülfolyamatnak egyidejű súlyos bodása az ezzel való összefüggésre engedett következtetni. A műtétnél perisinuosus abscessus mellett a sinus sigmoideusban, felfelé a térdhajlatig, lefelé a bulbus venae jugularisra átterjedő, innen a vena jug. int.-ban egészen le a subclaviáig terjedő, részben genyesen szétesett, részben ellágyult thrombosis volt található. A műtétet követő héten magas lázas mozgalmak, több izben rázóhideg és tüdőmetastasis tünetei; második héten a hőemelkedés fokozatosan csökken, majd láztalan állapot és sima lefolyas mellett gyógyulás következik be.

Gyógyult szívsérülés boncztani készítménye.

Feldmann Ignácz: Egy 17 éves ifjú, a ki 1903. január havában mellbe lőtte magát, nehány heti kezelés után a szt. Rókus-kórházból gyógyultan távozott. Fél évvel később a tarlón megsértve lábát, halálos tetanust kapott. A bonczolásnál a mellkason egy a bimbót magába foglaló tallérnyi, szabálytalan sugaras heg volt látható, mely az 5. bordaporczhoz odarögzitett. Utóbbiban főtt borsónyi, palaszürke hegszövettel kitöltött, szabálytalan alakú áthatoló hiány volt. A szív a pericardiummal egész kiterjedésében összenőtt, az összenövesztő hártya foltonként palaszürke. A bal szívkamara mellső falán, a csúcs felett 1 1/2 cm. nyire, a septumhoz közel egy rajzszegfejnyi és a hátsó falon két ujjnyira a csúcs felett hasonló nagyságú süppedék látszik, hol a szivburok legerősebben oda volt nőve és a hol a szív fala csak 1—2 mm. vastag és csupán fehéres hegszövet által van képviselve. A szív bal szélének egész kiterjedésében az izomzat rendes vastagságú. Az izomgerendák a bal kamarában elég vastagok, de a szivhegek körül fehérek. A bal tüdő egész kiterjedésében összenőtt a környezettel; a pleura costalis és diaphragmatica nagyobbrészt palaszürkén elszínesedett (előrement vérzés nyomai) A bal tüdő mediális felületén az alsó szél felett két-ujjnyira és a hátsó széltől egy ujjnyira, közvetlenül a pleura alatt eltokolt, meglehetősen ép 7 mm.-es revolvergolyó található. A szívlövés gyógyulása abból magyarázható, hogy a golyó a bordaporczon való áthatolása közben vesztett romboló erejéből és igy a szíven nem ütött tátongó rést. Ugyanazon okból a trabeculák sem roncsolódtak nagyobb mértékben, s igy a szív falán ejtett sebet eltakarhatták, minek következtében halálos vérkiömlés kifejlődése meg volt gátolva.

(XIII. bemutató ülés 1905. deczember 6.)

Elnök: **Axmann Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Lengyel Lajos és Körmöczi Emil tagtársakat.

Arczplastica a belső szemzug, a felső és alsó szemhéj részleges képzésével.

Balás Dezső: Sz. J.-né, 72 éves, napszámosnő f. é. szeptember 20.-án vétetett fel Janny tanár sebészeti osztályára. Beteg előadja, hogy bal arczfelén ezelőtt 3 évvel ismeretlen okból szemölcs képződött, mely fokozatosan növekedve, jelenleg már bal szemén való látásában is gátolja.

A beteg vizsgálatánál a bal suborbitális tájon az arcz 1/3-ára, az orrhátra, a felső és alsó szemhéj 2/3-ára kiterjedő, az egész belső szemzugot kitöltő, gyermeköklönél nagyobb, alapján rögzített daganatot találtam, melynek felülete egyenetlen, dudorzatos, szennyes lepedékkel borított alappal kifekélyesedett. Miután a carcinomatosus daganat a bal szem látóvonalába esett, ez őt látásában is gátolta, a mi annál súlyosabban érte a beteget, miután jobb szemén jelenleg is cataracta nondum maturája van.

A műtétet Janny tanár megbizásából október 13.-án végeztem, midőn a daganatnak az ép szövetben helyenként csontig terjedő kimetszése után támadó óriási defectust a hajzatos fejbőrbe is terjedő homlokról vett nyeles lebenynyel pótoltam oly módon, hogy a szemrésnek megfelelően a lebeny ékalakú kimetszésével és a felpraeparált conjunctiva kivarrásával megképeztem a belső szemzugot és pótoltam a felső és alsó szemhéj kimetszett belső 2/3 részét is. A homlok defectusát is a czombról vett Thiersch-féle lebenynyel azonnal fedtem. Miután a nyeles lebeny hajzatos része az arcz defectusára jutott, ez a látás tekintetében kellemetlenséget nem okozhat.

A lebenyek per primam megtapadtak, a nyeles lebeny alapján a correctiót a műtét után egy héttel végeztem.

Jelenleg a beteg újonnan képzett felső és alsó sz képes zárni, ectropiuma nincs, a belső szemzug jól formá csurgás, tekintettel a könycsatornácskák és könytömlő hiá mérsékelt. A beteg szemén akadálytalanul jól lát. A cosm mény is jó, a mennyiben a szemzugnak megfelelő niveaudi kifejezett s a lebeny hajzatos részét a beteg borotválhatja.

Orbitális jodoform-plomb alkalmazása exenteratio és a teljes eltávolítása után.

K. D. 41 éves, napszámos f. é. októker 10.-én vétet tanár osztályára. Beteg előadja, hogy 2 év előtt jobb s leálták, de ennek helyén csakhamar daganat képződött, m nek fájdalmakat okoz.

A beteget megvizsgálva azt találtam, hogy a tömött tapintatú immobilis daganat tölti ki, mely az or almányi nagyságban elő is boltosul, részben ép bőrrel héjak által fedett s a szaba don álló ré z szennyes alap lyesedett.

Janny tanár megbizásából a műtétet október 23.- Sudeck-féle bóditásban, midőn a szemhéjak ép bőrének sával az orbitát exenteráltam s a részben usurált, részben szorosan összekapaszkodott egész orbitatetőt is átvésése u tottam. A vérzést jodoformgaze tamponade dal csillapitotta után két nappal, midőn a vérzés már teljesen megszünt, an hogy az egész orbitatetőnek megfelelően a dura mater szab alkalmaztam a Mosetig-féle jodoformplombot oly módon, h falainak tömény formalin-oldattal való alapos desinfect jodoform, cetaceum és ol. olivarumból készített és pontos melegített emulsiót az orbitális üregbe öntöttem s az e merevedése után a meghagyott felső és alsó szemh széleit egyesítve az orbitát egészen zártam. A gyógyu lanul folyt le.

A betegről a Stein dr. által felvett Röntgen-képen bemutatok, jól látható, hogy az orbita és a szabadon a jodoformplombot jól tűri, sőt a képen a plombnak a du részén megindult resorptioja is jól látható.

Esetemben külön óhajtom kiemelni, miután ezt az közölve nem találtam, hogy a Mosetig-féle plombot szabadon fekvő dura mellett alkalmaztam s a tömény forn való desinfectio és a 70 C.°-ra melegitett emulsio a dura a gyógyulásban zavart, sem pedig agyi tünetet elő nem id

Milko Vilmos. A Mosetig-Moorhof által ajánlott kétségtelenül nagy haladást jelent és ez kötelességünkké megkisértsük. Különös előnye, hogy oly esetekben, mely góczok eltávolitása után nagy holt üregek maradnak nek gyógyulása igen gyorsan megy végbe, per primam. 10 év óta fennálló nekrosisgóczot távolitott el, almány hagyásával, ezt csontplombbal kitöltötte és az eset 2 hét gyógyult.

Pólya Jenő: Jodoform-plombot orbitaüregbe szóló először és mintegy öt esetben szép sikerrel használta. mellett is már többen alkalmazták, különösen orrbeli foly sinus frontalis felső falának eltávolitása után kitünő módszer az orrból való infectio meggátlása czéljából.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettu szakosztálya.

(IV. szakülés 1905. évi október hó 27.-én.

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dár**

(Vége.)

3. **Gámán Béla dr. pharingomykosis-esetet** mutat b

A nyelvtonsilla és torokmandulák lacunáiban szá fehéres dugasz, melyek górcső alatt főleg leptothrix-f detritusból állanak. A betegnek semmi subjectiv panasza n öt hét előtt fedezte fel véletlenül; erős dohányos. Bemut hogy mig a baj sokáig tisztán mykosisnak tartatott, a többen, különösen Siebenmann és legújabban Onodi és E jelenlétét csak esetlegesnek, a bajjal aetiologiai összefü állónak tekintik, hanem a betegség lényegét az epithel n sában és elszarúsodásában látják, miért is inkább a ke hyperkeratosis faucium elnevezést ajánlják. Bemutató a ba voltára való tekintettel minden drastikus therapiának ellen

Csiki Mihály dr. „Spirochaeta pallida-leletek lue értekezik.

Alig fél éve, hogy Berlinben Schaudinn és Hoffman a dermatologussal karöltve a syphilis *(Σ)* kórokozójának

kinyomott szövetnedvben, valamint Σ-es lágyékmirigyekből aspirált nyirokban állandóan egy finom, halványan festődő spirochaetát találtak, melyet ők spirochaeta pallidának neveztek el. Felfedezésükről a berlini orvosegyesületben számoltak be, a hol tartózkodó álláspontot foglalva el, csak annyit jelentettek ki, hogy ők ezen protozoont minden általuk vizsgált Σ esetben megtalálták, míg hasonló módon vizsgált egyéb kóros váladékokban, például carcinomák, sarcomák nedvében, balanitis, ulcus molle genyében kimutatniok nem sikerült. Leírásuk szerint a spirochaeta pallida igen finom, nehezen festődő, csak erősebb nagyítással látható, 4—14 μ hosszú képlet, mely meredek lefutású csavarulataival, a mely csavarulatok száma 6—14 között váltakozik, leginkább a dugóhúzó alakjához hasonlít. Két vége finoman kihegyezett s függő cseppben vizsgálva fúró, hajlongó mozgásokat végez. Egyéb spirillumoktól és spirochaeta-fajoktól, valamint az ugyancsak általuk leírt spirochaeta refringenstől, a melylyel legtöbbször együtt találták, vékonyabb, finomabb volta, meredek hullámvonalai s halvány festődése által különíthető el. Schaudinn és Hoffmann leleteit azóta különösen német és franczia részről számos buvár megerősitette. Metschnikoff és Roux megtalálták Σ-sel oltott majmoknál a lueses nyilvánulások nedvében hat eset közül négy esetben s ennek alapján határozottan állítják kórokozó voltát. Sőt Metschnikoff a Σ semmit sem jelentő neve helyett a „spirillose chronique" nevet ajánlja, mely a spirochaeta pallida által idéztetik elő. Más kutatók újszülött Σ-es csecsemők vérében, nyirokmirigyeiben, ismét mások a lépben, májban, mellékvesében találták meg a spirochaetákat. A vérben eddig még csak Schaudinn, Reckzeh és Raubitschek mutatták ki.

Ily módon a spirochaetáknak rövid idő alatt egész irodalma keletkezett, melyben a szerzők egy része lelkesedéssel foglal állást a spirochaeta pallida kórokozó volta mellett.

Schaudinn és Hoffmann leleteit három szerzőn kívül eddig mindenki megerősitette. E három közül legerősebb ellenfél Thesing zoologus, a ki már többszörösen nyilatkozott e kérdésben. Ő első sorban nem protozonoknak, hanem egyszerű bakteriumoknak tartja a spirochaetákat, a pallidát pedig közönséges saprophytonnak, a mely például egészséges ember smegmájában is könnyű szerrel kimutatható.

Kiolemenoglu és Cube balanitis, kankós bartholonitis, scrophulodermás tályog genyjében, eves rák, papilloma nedvében állitólag a pallidához mindenben hasonló spirochaetákat találtak. Mintegy ezen ellenvetésekre felelnek újabban Sobernheim és Tomascewszki, a kik nagy anyagon végzett vizsgálataikkal Schaudinn és Hoffmann tapasztalatait erősitik meg. 50 primaer és secundaer Σ esetet vizsgáltak át és ezek mindenikében megtalálták a spirochaeta pallidát. Míg 28 egyéb megbetegedés, melyek között ulcus molle, papilloma, balanitis, carcinoma, fibroma, sarcoma, tonsillitis, bubo, psoriasis szerepeltek, daczára az ép oly szorgos keresésnek, egy esetben sem sikerült kimutatniok. Nem találták meg nyolcz tertiaer Σ esetben sem. Késői Σ-nél különben eddig még egy kutató sem tudta kimutatni a spirochaetákat és ennek magyarázatát abban látják, hogy a legtöbb szerző szerint nem vagy csak alig fertőző késői Σ a fertőzés agenseit nem igen tartalmazhatja. Ők is találtak sok esetben a pallidához hasonló spirochaeta-fajokat, azonban a spirochaeta pallida alakját, festődését, mozgásait annyira jellegzetesnek tartják, hogy ezeknek alapján minden egyéb spirochaetától biztosan meg tudják különböztetni.

Ismételten nyilatkozik a kérdésről a „Deutsche med. Wochenschrift" egyik utóbbi (42.) számában Schaudinn maga is, s újabb tapasztalatait közölve reámutat a pallida és a hozzá hasonló többi spirochaeta közötti különbségre. A spirochaeta pallidát finomsága — alig fél olyan vastag mint a többi spirochaeta —, hossza, s különösen meredek, sűrű, egyenlő hullámvonalai, a melyeknek száma 10—26, jóval tehát több, mint spirochaetáknál, a Giemsa-festés által adott jellemző halvány pirosas szine, kinyújtott és kihegyesedő, csillókkal ellátott végei minden egyéb eddig ismert spirochaetától megkülönböztetik. Legjellemzőbb különbségnek azonban azt tartja, hogy függő cseppben vizsgálva, a többi spirochaeta-fajok, ha nem mozognak, mindig kinyúlva, többé-kevésbé hajlott vonal alakjában találhatók, míg a spirochaeta pallida csavaralakját nyugalmi állapotában is mindig megtartja. Épen e feltünő különbségek alapján a pallidát nem is tartja valódi, szigorúan vett spirochaetának, hanem csak a spirochaeták családfája egyik szélső tagjának s elnevezésére is új nevet, a Vuillemin által ajánlott „spironema" nevet ajánlja.

Ilyen körülmények között természetesnek látszik, hogy előadó is sietett azok sorába lépni, a kik e nagyfontosságú kérdésben Schaudinn és Hoffmann leleteinek helyességéről ellenőrző vizsgálatok által meggyőződni törekedtek. És ha tudatában is van annak, hogy vizsgálatai már csak az esetek és ellenőrző vizsgálatok kis száma miatt is egyelőre csak a kezdeti stadiumban vannak, mégsem tartja feleslegesnek, azokkal már most a nyilvánosság elé lépni, annál is inkább, mert eddigi eredményei Schaudinn és Hoffmann adatainak helyességét látszanak bizonyitani.

A vizsgálatokat a bőrgyógyászati klinikán e hó elején kezdte meg. Eddig hét biztos Σ esetet vizsgált át és mindenikben sikerült kimutatnia a spirochaeta pallidát; az esetek közül egy sclerosis, három hámfosztott genitális papula és három korai papulás exanthema volt, ez utóbbi esetekben a karról és nyakról vett száraz, azaz hámmal fedett papulák. Ezek mellett még két esetet vizsgált, egy phimosis véres genyét és egy ulcus mollét, a melyekben nem találta meg a sp pallidát.

A phimosist kivéve, mindenik esetben az elváltozások egy darabját excindálta s az abból kisajtolt nedvet minél vékonyabb rétegben fedőlemezen kente el. Festésre többféle eljárást ajánlanak, majdnem festéssel könnyen szemléletövé tegye a különben rosszul rochaeta pallidát. Schaudinn és Hoffmann a Giemsa-féle nálják, mások a carbolfuchsin, gentiana-viola, carbolgentian tait a legkülönbözőbb variatioban és tartammal. Vizsgál eljárások jó részét végig próbálta, s eddig legegyszerűbbnek nak a Giemsa féle azureosin-festést találta.

A levegőn megszárított készítményt kb. 1/4 óráig ban fixálja, s azután 1—2 órára higított Giemsa oldatba te mindig frissen készitve úgy állit elő, hogy destillált vízhez Grübler-féle Giemsa-oldatot ad, a hány cm³ festéket akar festés tartama alatt az oldatot 2—3 izben megújítja. Des való leöblités és leszárítás után a készítmény vizsgálható.

Ezen festéssel a spirochaeta pallida a pirosvértestek jellemző halványrózsaszinű árnyalattal festődik. Már nagyitással meglátható s élénken megkülönböztethető a s egyéb képletek sötétebb, ibolyavörös vagy kék színétől. A kat készítményei egy részében elég nagy számmal találta még ha ugyanazon vizsgálati anyagból készültek is, g órákig tartó keresés után sikerült egyet-kettőt felfedezni. ez, a mint mások is hiszik, a spirochaetáknak a kóros szöv egyenlőtlen elosztódásától függ. Nativ készítmények vizs eredményre még nem vezetett. Függő cseppben ugyanis m esetben sikerült megtalálnia a spirochaeta pallidát. Sobern tása szerint ily módon könnyebb volna megtalálni őket; h eddig nehezebben sikerült, az talán a kellő gyakorlat hiá ható be. Vizsgálatairól csak előzetesen akart ennyiben bes szakülésnek. Azokból conclusiókat még nem vonhatunk l kat azonban mindenesetre érdemesnek tartja.

A spirochaeta pallida, vagy új nevével élve, a „spi látszik több reményre jogosit, mint az utolsó negyed száza tetett kb. 25-féle Σ bakterium, kezdve a Lustgarten Σ b cytorryctes luis Siegelig.

Szemelvények külföldi tudományos társ üléseiből.

Chlormentes diaeta és bromismus. A párisi „Soci des hopitaux" november 17.-i ülésén *Voisin* bromismus t — többek között egy halálosan végződöttről is — számol ben az esetekben bromismus olyan epilepsiásokon jelentkez chlormentes diaeta mellett is folytatták az addig használt r bromkalium-adag bevevését. *Toulouse* megjegyzi, hogy ő ten figyelmeztetett a bromadagok csökkentésére chlorm megkezdésekor; szerinte ilyenkor legfeljebb 2 gm. bromk bad adni naponként.

PÁLYÁZATOK.

4922/905. szám.

Az újonnan alakitott **nováki körorvosi állásra** pályázatot

A körhöz 9 község és egy önálló puszta tartozik. Javadalm 1200 kor. fizetés, 400 kor. fuvarátalány, 1000 kor. trachomakezelési a szabályrendeletileg megállapitott díjak szedése.

A körorvos a neki beosztandó községekben a trachoma-k tartozik, miért is pályázók a trachoma-tanfolyam sikeres elvég tartoznak.

A kör székhelyén a körorvos a halottkémlést is végezni kö

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1876. évi XIV. szerint felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **folyó évi január hó** nül beadják.

A választás határnapjáról jelentkezők külön fognak értesitte

Privigye, 1906. január hó 7.-én.

A fő

3053/1905. szám.

Heves községben — elhalálozás folytán megüresedett — **kö állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, h felszerelt pályázati kérvényeket hozzám **f. évi január 24.-ig** an adják be, mert a későbben beérkező kérvényeket figyelembe nem v

Javadalmazás a következő:

1000 kor. fizetés, 200 kor. lakbér, 100 kor. halottkémlési dí rendelettel megállapított látogatási díjak.

A választást f. évi január 25.-én délelőtt 10 órakor fogom

Heves, 1906. évi január 2.-án.

3—2 *Korponay István*, fő

7696/1905. szám.

Lemondás folytán megüresedett **ivánkai körorvosi állás** hirdetek. A körlethez Ivánka, Lükigergelyfalu, Nagyfalu, Berencs Salghó községek tartoznak.

A körorvos 1200 kor. évi törzsfizetést és 240 kor. évi melyek előzetes havi, illetve negyedévi részletekben a kir. adóh tatnak ki.

A körorvos székhelye: Ivánka; látogatási díjai szabályrende szabályozva. A pályázók felhivatnak, hogy szabályszerűen felszerelt **1906. január hó 31.-ig** alulirotthoz annál is inkább terjeszszék be, beérkezett kérvények tekintetbe vételét nem igérhetem.

Nyitra, 1905. deczember hó 28.-án.

2—2 *Szabó*, főszolgabiró

Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekben fizetendő 1700 kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vényért 1 kor. díj szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül két kilometeren túl kilometerenként 30 fill. fuvardíj vagy természetbeni fuvar követelhető és azon felül nappal két kor., éjjel négy kor. rendelési díj számítható fel.

Mütétekért az érvényes díjszabályzat legkisebb tétele igényelhető. Az orvosi képesitést és az eddigi alkalmazást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám f. évi januar hó 31.-ig benyujtandók.

A választás folyó év február 1.-én délelőtt 10 órakor Vingárdon a körjegyzői irodán fog megtartatni.

Koncza, 1906. év január 2.-án.

3—1 *Szabó Lajos*, főszolgabiró.

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.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágositással szivesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGE

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis.

Kapható minden gyógyszertárban.

Név védve. **Extractum** Név

Chinae „Nannin

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megenge

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb latánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisnál.

Eredet à 2 csakis tár

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Graven

Minták és irodalom ingyen.

„GUAJATIN JENCS"

Sulfo-Guajacol-készitmény, a mely 100 súlyrészben 7% Guajacol, 0·50% Extr. Thymi és ugyanannyi Extr. Tiliae-syrupban oldva.

Tuberculosisnál, valamint a tüdőbetegségeknél rendkivül jó

Ára 2 korona 50 filler.

Készitője: JENCS VILMOS gyógys

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

Schmidthauer-féle radioactiv **Igmándi**

kitünő eredménynyel pótolja a karlsbadi és marienbadi ivókurát otthon bár

Rendszeres adag, reggel fél pohárral.

Vidéken való tartózkodás kizárólagosan **ALKOHOLBETI** részére e czélra külön berendezett intézetben:

Rittergut Nimbsch a/Rober Sagan mellett (azelőtt Nirndorf a. Sch.).

Napi díj **6** márka.— Prospektus ingyen.

Dr. Lerche egészségügyi tanácsos. Alf

HAZSLINSZKY féle különlegesség

Készitő: „Szt. László-gyógytár" (Hazslinszky

Budapest, Rökk-Szilárd-utcz

Kapható mindenütt.

„Pastilli ferri phosphor. Hazslinszky." Darabonként ½ milligramm Phosphor és 7½ cgm. Ferr. lactic. tartalommmal. **Gyönge, angolkóros gyermek csont és fogzás erősitésére.** Tejben oldva gyermekek szeretik. Dobozonként 1.80 kor.

„Pastilli cocaini Hazslinszky." Szemenként ½ cgm. cocaintartalommal. **Görcsös köhögés, gégehurut csillapitására.** Egy doboz 1.50 kor.

„Syrup ferri alb. Hazslinszky." 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Syrup ferri alb. phosphor. Hazslinszky." 100 gm.-ban 1 cgm. phosphor és 3 gm. Ferr. albumin. van.

„Syrup ferri alb. arsen. mite Hazslinszky."
„Syrup ferri alb. arsen. forte Hazslinszky." } 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

Ezen syrupokkal mindazon betegségeknél, hol vas és fehérnye (phosphor vagy arsennel) adagolása javalva van mények érhetők el. Üvegenként ára 2 korona. **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.)** a leg és 1

„Elixir ferri alb. c. china Hazslinszky." 3% Ferr. albumin. tartalommal.

„Elixir ferri alb. arsen. mite Hazslinszky."
„Elixir ferri alb. arsen. forte Hazslinszky." } 100 gm.-ban 3 gm. Ferr. albumin. és 1 illetve 2 gm. Sol. arsen. Fowleri van.

A fenti syrupokkal egyenlő hatásúak **(vérszegénység, idegesség, gyengeség, álmatlanság stb.),** de cognac-tartalmuknál fogva inkább felnötteknek fenti syrupokat gyermekek igen kedvelik. Üvegenké

„Jod-phosphoros csukamájolaj sec. Hazslinszky." 100 gm. 5 cgm. jodot és 1 cgm. phosphort tartalmaz. Szagtalan és iztelen! Kitünő hatású: **rhachitikus, sc lotikus és táplálkozásban visszamaradt gyermekeknek.** Üvegje 2 kor.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.

Hatása biztos. **Beszerzése olcsó.**

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész

Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

BROMOPAN

BROMOPAN sec HOFFMANN
törv. vedve

Ajánlatos és leghatékonyabb a **hysteria, epilepsia** és minden oly bajoknál, hol a bróm huzamosabb használata kivánatos. Ezen brómsót tartalmazó kenyérke (adagonkint 1 gramm) kellemes izü, tápláló s az emésztési szerveket meg nem támadja. Ára darabonkint 30 fillér.

„Bromofarina sec. Hoffmann."
Vidékieknek ajánlatos a kenyérkék otthoni sütésére. Egy csomag (3 kenyérkére) ára 60 fillér. — Elkészítési utasítás mellékeltetik.

Gyermekeknek
a **„Hoffmann-féle brómpiskóta"** a legkellemesebb brómadagolás (szeletenkint 0·25 gramm brómsó tartalommal) kitünö ize miatt szívesen veszik. Egy doboz (10 piskóta) ára k 1.20.

Mintákat a t. orvos urak részére ingyen és bérmentve. Beszerezhetök bármely gyógytárban. Kivánatra prospektus és irodalom **HOFFMANN BÉLA** gyógyszertára a „Szt. Erzsébethez" **Budapest, VII., Erzsébet-körút 21. szám.** 1.)

Keramin

javalt vesico-papulosus eczemák, intertrigos és seborrhoeás eczemák, impetigo, akne, scabies stb. ellen; értékes segédszer lupusnál, urticariánál stb. **Viszketéscsillapító hatása feltünö, a kellemetlen szagot rögtön megszünteti.**

Orvosi vélemények róla a legfényesebbek.

Irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen és bérmentve küld a főraktár:

Camillo Raupenstrauch
Wien, II., Castellezgasse 25.

„Tritin"

Vegytiszta, homogen **növényfehérnye,** legczélszerűbb és legolcsóbb **tápszer.** Irodalommal és díjmentes mintákkal szolgál az ausztria-magyarországi főraktár: **Mr. Camillo Raupenstrauch, Wien, II., Castellezgasse 25.**

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

sine et c. arseno

készítményt a **szegényvérüség, sápadtság, étvágytalanság** és **általános gyengeség eseteiben.** A készítmény **szerencsés összeállítása,** kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztosítják sikeres alkalmazását. Ára **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.

„Jó Pásztor" gyógyszertár, BUDAPEST, IX. ker.

ARCO (Delfinul). mentes őszi, téli gyógyhely. Évad szepte

Grand Hotel Nelb

(ezelőtt Hotel Curhaus). Elsőrangú

teljesen átalakítva, legmodernebb berendezés, a sétatér mellett. Saját nagy park, fedett utal mennyi szoba délnek fekvő. Modernül beren salgó-helyiségek. Lift. Villamos világítás. Köz Nehéz betegek nem vétetnek fel.

Prospektusokat ingyen küld a tulajdonos: **Julius Nelb**

ALSOL

Aluminium acetico-tartaricum

Tekintélyek által ajánlott **nem** **tisepticum, desinficiens,** A chlorsavas kali, carbolsav, ly aluminium és sublimat pótszere. a **nőgyógyászati gyakorla ficumnak** jelzi. Csak az 50%-os **Alsoli 50%** — rendelendő. Er üvegek, mérő-scalával = 1 kor

Sziveskedjék irodalmat és ingyen

Athenstaedt & F

Hemelingen, Breme

Kapható a legtöbb gyógy

Főraktár Magyarország részére: D gyógyszertára a „Csillag"-hoz

---

AZ OCULARIUME

szak-intézet szemüvegek rés

Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utcza 15,

Telefon 86—28

biztosság nyujtatik kliensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatik ki.

Pápaszemek és orrcsiptetők **3 koronától** f

Téli kúra tüdőbetegek r

Sanatorium Wienerwald

Posta: **Ortmann (Nied.-Oest.),** vasúti állomás Per 2½ órányi távolságban.

Egész éven át nyitva. — Prospek

Dr. Arthur Baer. **Dr. Hugo**

Szabadalmazva. **Extern Salicyltherapia.** Sz

Gyorsan ható, puha Salicylszappan

Rheumasan
Tubus K 2.50. Edény K 1.50.

Ester - Dermasan
tubus K 3.—; edény K 1.80.

Ester-Dermasan
Vaginal-Kapsulák
Doboz 10 darabbal K 2.50.

Rheuma, ischias, csúz influenza, tylos

Úgyszintén makacs esetekb

psoriasis-, pityria

Para-, perimetritis, oophoritis.

Irodalom ing

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berli

Ausztr.-Magyarorsz. képviselője: Alex. Herkner, Wien, X

C. REICHERT

WIEN, VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség:

Első minőségű Mikroskopok.

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroskopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hämometerek, Ferrometerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőczukor quantitativ megállapitására. Vetődési készülékek. Mikrofotografikus készülékek.

Új fényerős fotografiai készülékek: „Combinar" és „Solar".

Raktárak: Garai Samu és társa, Budapest, IV., Kossuth Lajos-uteza 1. **Keleti J.** Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17.

Katalogusokat a t. cz. érdeklődők kivánatra ingyen és bérmentve kapnak.

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyitják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere, kombinálva igen hatásos erősitőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s igy tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készitményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készitője: **EIBACH ÖDÖN** gyógyszerész.

Főraktár: **Budapest, VI., Andrássy-út 55.**

Kapható az összes gyógyszertárakban.

EGGER EMULSI

A t. cz. orvos urak, kik a

dr. Egger-féle Emulsióv

kisérleteztek, meg vannak győződve, hogy az bármely készitménynyel versenyezhet jóság tekintetében és azon olcsóbb.

Dr. Egger Emulsiója tökéletes, állandó, a gyengébb gyomor által könnyen emészthető. Az orvos u csukamájolaj jótékony hatását fokozott mérvben fogják lelni, ha a dr. Egger Emulsióját alkalmazzák.

Orvosi minták ingyen és bérmentve.

Védjegy.

Több orvostanár figyelmeztetésére az Emulsiót phorral is készitjük Prof. Kassowitz elve alapján. A a **Dr. Egger** név aláhúzásával igy kérjük irni: **Rp. Em dr. Egger c. Phosphoro.**

Fő- és készitési raktár:

NÁDORGYÓGYTÁ

Budapest, VI., Váczi-körút 17.

Mütő- és vizsgáló-asztal Sims tanár szerint.

Keleti J.

Orvosi műszergyáros

BUDAPEST

Főraktár: **IV., Koronaherczeg-utcza 17.** — Gyár: **IV., Központi városháza.**

A czég különlegességei: **Teljes kórházi berendezések, orvossebészeti műszerek,** cs. és kir. szab. **sérvkötők, orthopaediai gépek, villamos orvosi készülékek, műszerszekrények, mütő- és vizsgáló-asztalok, mosdók, irrigator-állványok, göz-sterilizátorok** köt- és műszerek részére, stb. gyártása.

Műszer-szekr szerint

Kezdő orvos uraknak **teljes műszer-berendezéseket** szállít részletfizetés ellenében.

Eszközök javitásai, nikkelezései, működzörülései jutányos áron elvállaltatnak. — Legújabb árjegyzék ingyen és bérmen

Pártoljuk a magyar ipart! Ár és minőség fölülmúl minden külföldi gyártmányt.

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménynyel használják a

Syrupus Colae comp. „Hell

Új Kola-készitmény functionális idegbajok kezelésére. Kiváló hatása következtében ezen neurasthenia és kimerülés ellen kipróbált Kola-készitmény gyorsan megbonosodott és 100,000-nel több betegnél legjobban bevált.

A 80 nyomtatott összefoglaló értesités tartalmazza a „Syrupus Colae comp. Hell"-ről megjelent fontosabb értekezéseket és 200 orvosi vél Ezen értesités valamint Dr. Berze József az alsó-ausztriai áll. elmegyógyintézet főorvosának legújabb dolgozata kivánatra bérmentve k

Diabeteses betegek számára a szörp helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydrattól menten készittetnek.

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkatrészeit tartalmazza.

Az eladás a gyógyszertárakban orvosi rendeletre történik. Árak: nagy üveg **4 kor.,** kis üveg **2 kor. 40 fillér.** A pilulából eg 50 drbbal **2 kor. 50 fillér.**

Irodalom és minták kivánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte **G. Hell & Comp.** in T und

Közlemények

a Budapesti k. m. tud.-egyetem 2. számú (Réczey udvari tanácsos) sebészeti klinikumáról.[1]

I.

A sípcsont compressiós törése, az arteria poplitea beszakadása a végtag következményes elüszkösödésével.

Közli: *Fáykiss Ferencz* dr., műtőorvos.

A sípcsont térdizületi végének isolált törései csak kivételesen fordulnak elő. E törések mint a csont egy darabkájának lerepedése vagy mint teljes haránttörés, epiphyseolysis és végül mint compressiós törések jelenhetnek meg.

A compressiós törésekkel behatóan először *Wagner* foglalkozott, a ki a sipcsont e sérüléseit a csigolyák testének analog töréseivel összehasonlitva, először beszél a tibia compressiós töréseiről. Szerinte a törésnek ez az alakja nem tartozik épen a ritkaságok közé, a mennyiben a sérülés mechanismusa minden egyes esetben typikusan ugyanaz: a czombcsont nagy tömegű bütykei összeütköznek a sípcsont kisebb tömegű és kisebb ellentállású bütykeivel; ennek természetes következménye azután az, hogy a tibia egyik vagy másik condylusa, néha akár mind a kettő leszakad, darabokra törik. A femur és a tibia condylusainak összeütközését a talp felől beható erő idézi elő, minő például a magasból történő leesés.

Wagner kilencz esetet emlit, mint személyes észleleteit, egyszersmind *Volkmann*-nak bonczolatnál talált két hasonló törését szintén felemliti. A kilencz eset közül háromnál ugyanazon baleset alkalmával, mint bányaszerencsétlenség, a személyszállító kosár leszakadása következtében a tibia belső bütykének törését észlelte; két másik esetben a condylus internus compressiós törésének az oka szintén ugyanaz volt. A többi négy esetben magasból történő talpraesés szerepelt.

Érdekes, hogy rendesen a belső bütyök törik össze; Wagner ezt úgy magyarázza, hogy a test súlya inkább a belső bütyökre nehezedik rá, míg a külső bütyök törésénél előzetesen genu valgum állásnak kellett lennie. Mindkét bütyök törésénél az erőnek huzamosabb ideig kell behatnia.

Hogy kisebb trauma is képes hasonló sérülést előidézni, ezt később *Oenike* és *Guran* is észlelte. Az előbbi kerékpárról történt leugrás, az utóbbi lépcsőfok elnézése következtében létrejött compressiós törést észlelt. *Guran* épen ezért a trauma nagyságára nem sok súlyt helyez, hanem mint alapfeltételét e töréseknek az alszárnak nyitott helyzetét és rögzítettségét tünteti fel. Élénken demonstrálja ezt *Albers* észlelete, a ki a bányászokat szállító kosárnak leszakadása alkalmával hét egyénnél látott térdizületi sérülést, mind a hét sérült álló helyzetben volt, a mikor a kosár a talajhoz ért, azok ellenben, a kik ültek, egészen más természetű és csekélyebb sérüléseket szenvedtek. A hét sérült közül háromnál compressiós törés a felső tibiavégen, egynél ugyanez térdizületi hátsó subluxatioval, egynél mellső térdizületi ficzam a és a sípcsont belső bütykének törésével, kettőnél enemiusokban izomszakadások fordultak elő. A sér sége és foka ez esetben igen jól értelmezhető a mily mértékben támaszkodtak a térdizületben töb nyújtott alsó végtagra a sérültek.

A sípcsont compressiós töréseit *Wagner* után megbeszélték: így az előbb emlitetteken kivül főleg érdemel említést. Később *Schütte*, majd *Fassbender* legutóbb *Bergmann* (Essen) közölt ilyen eseteket.

Az eset, a melyet a 2. számú sebészeti volt alkalmunk észlelni, a következő:

W. J., 32 éves, mészáros, 1904. márczius 22.-én koc a villamos vasúttal összeütközött. Úgy a kocsi, mint a vil menetben volt s midőn a mészáros az immár elkerülhetetlen észrevette, jobb lábát erősen nekifeszitette a sárvédő lapnak kodott erős szájú lovát visszatartani. Az összeütközés olya hegy a ló farával összetörte a sárvédő lapot, egyszersmind esett össze. A mészáros eszméletét veszitette s a később nem emlékezik vissza. A sérülés után rögtön a klinikumra

Felvételkor a jobb alszárat és térdizületet teriméj megnövekedettnek találjuk; a bőr főleg a térdizület táján árokban igen feszes, egyébként teljesen ép, még hámhor mutat. Az alszár óvatos mozgatásakor a sérült a térdizü lentkező rendkivül heves fájdalmakról panaszkodik, ugyan kitünik az is, hogy e helyen oldal felé rendellenes mozgék jelen s minden mozgatáskor crepitatio is észlelhető. Az als nak nem képezi egyenes folytatását, hanem kissé kifelé su zetben van. Tapintáskor a különben is rendkivül zsirdús eg sen duzzadt térdizületében pontos adatokat találni nem tud élén végighaladva három harántujnyira a térdizületi vég nosságmegszakitást észlelünk. Méréskor a kóros oldali cm. rövidülést találunk. A czombcsont és térdkalács épek, é

Azonnal Röntgen-képet készitünk.

A felvétel a sipcsont két bütykének, továbbá a tuber nek letörését mutatja a diaphysisnek hátra, a térdárok dislocatiojával. Az alszár kissé kifelé subluxált; fibula, fe tella épek.

Az óriási vérömlenyt számbavéve, a végtagot Volk helyezzük el.

Márczius 23. A végtag duzzanata fokozódott, a térd az alszár egész háti felszine vöröses-szederjesen elszinesede

Márczius 25. Az ujjak és a láb feltünő halványak é ütérlökés sem a tibialis posticán, sem a lábháton nem é sérült a tűszurásokat e helyen nem érzi.

Márczius 26. A lábon a felhám nagy sárgás hólya emelődött.

Márczius 27. A lábon az ujjaknál kifejezett üszkös Hőmérséklet 36·7°–39·4° C.

Márczius 28. Minthogy az üszkösödés az alszáron to remélt collaterális keringés nem jő letre, somnoformna czomb középső és alsó harmadának találkozási helyén amp zünk. A szövetek még az amputatio helyén is véresen be az arteria e magasságban már teljesen szabad.

Márczius 29. A végtagcsonk distális részén savós felemelkedik a felhám. Hőmérséklet 38°–39·6° C.

Márczius 30. A varratok egy részét eltávolitjuk.

Április 2.-tól kezdve a beteg állandóan láztalan: kezdve a sebet már steril gazezal kötjük.

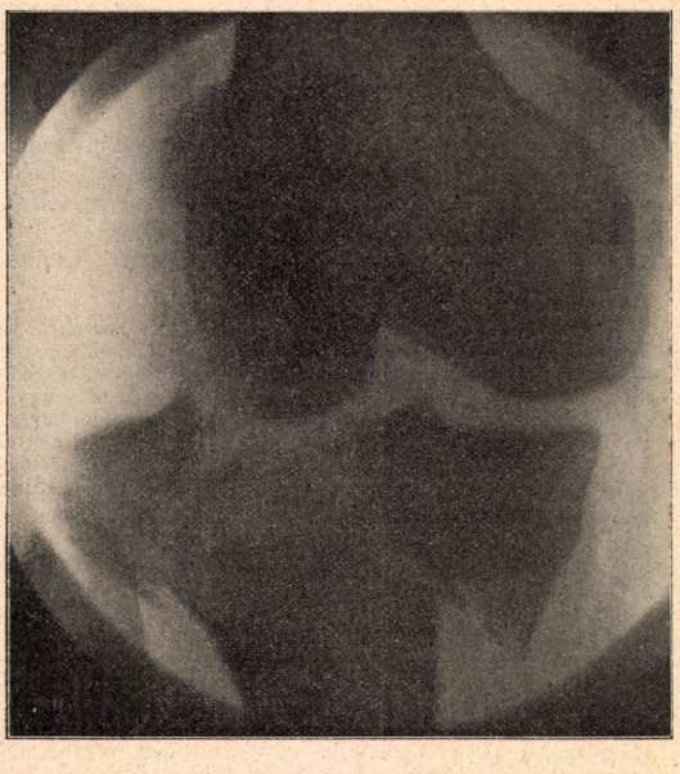
[1] Ezen közlemények az *O. H. L. jubiláris száma* részére készültek, de műszaki nehézségek miatt abból elmaradtak.

csonkkal gyógyultan távozik.

Az eltávolított végtagon a következőket találjuk. (L. ábra.)

A sipcsontnak mindkét bütyke letörött, még pedig úgy, hogy a belső bütyök törési darabja a spina intercondyloideát magával vitte; ily módon két különböző nagyságú, nagyjából gúlaalakú törési darab jött létre, melyeknek csúcsa lefelé, a végtag distális vége felé néz s kissé mell felé tér el. A gúlák csúcsából folytatódik a sipcsonton a mellső felszinen a törés, miáltal egy harmadik törési darab is jött létre, mely a tuberositas tibiaet foglalja magában s leszakadása minden valószinűség szerint a ligamentum patellaenek a sérüléskor történt megfeszülésével hozható oki összefüggésbe. A sipcsont diaphysisének törési vége egyenetlenül csipkézett és hátra, a térdalji árokba csúszott, az arteria popliteát kifeszíti s ez utóbbiu harántul futó zegzúgos repedés látható, mely az ütérfal összes rétegein keresztülhatol ugyan, azonban az edényt csak a csont felé néző felszinen éri. A vena ép, úgyszintén az idegek is. A térdizületet és a térdalji árkot hatalmas vérömleny tölti ki, mely részben alvadt, részben folyékony, szétesésben lévő vérből áll. Az alszár izmai és a kötőszövet véresen beszűrődöttek. A térdkalács és a czombcsont épek, ez utóbbi izületi porczán némi zúzódás nyomai láthatók.

Észlelt esetünkben tehát a sipcsont compressiós törését találtuk, mely oly módon jött létre, hogy a teljes erővel kifeszített és rögzített alszárat az összeütközés ereje a czombcsontnak neki lökte. A mechanismus itt is ugyanaz, mint az



irodalomban ismertetett többi esetnél, csak az erő behatásának a formája más.

A mi az arteria poplitea repedését és a következményes végtag-üszkösödést illeti, erre nézve az irodalom számos példát szolgáltat. Az edényeknek subcutan sérülései nemcsak töréseknél, hanem ficzamodásnál, sőt egyszerű túlnyújtásnál is előfordulhatnak: megrepedhetnek, de egészen el is szakadhatnak, minek gangraena lehet következménye, ha a collaterális vérkeringés nem érvényesülhet. Épen az arteria poplitea repedései azok, a melyek rendkivül veszélyeztetik a végtag elhalását, habár épen a térdizület környéke igen bőségesen rendelkezik collaterális ágakkal. Ennek magyarázata abban rejlik, hogy a térdalji árok a vérömlenynek nagy méretű kifejlődésére igen alkalmas s e nagy vérömleny azután nyomást gyakorol a collaterális ágakra s a szó szoros értelmében agyonnyomja ezeket. Néha elegendő az ütőér belhártyájának a sérülése következményes thrombosissal az üszkösödés létrejöttéhez, mint például *Jüngst* esetében; máskor az arteria és vena sérülése általán semmi keringési zavart sem okoz, mint azt *Klemm* lövési sérülés után észlelte. E kérdéssel legújabban *Bergmann* (Essen) foglalkozott, a ki egy és ugyanazon szerencsétlenségnél hét poplitea-sérülést észlelt, mind a hét sérültnél a végtag üszkösödése jött létre.

hatalmunkban, az újabban ajánlott érvarrat sem adj eredményt.

Irodalom: Albers, Beitrag zur Kenntniss der Compressio des oberen Endes der Tibia. Berliner Wochenschrift 1894. *Bergmann*, Über Gefässverletzungen in der Kniekehle, Essen 1904. — *Bergmann-Bruns*, Handbuch der praktischen — *Briese*, Ein seltener Fall von Compressionsfractur der Tib blatt für Chir. 1897. 22. sz. — *Brunner*, Zur subcutanen der Arteria poplitea. Deutsche Zeitschrift für Chir. 25. köt *bender*, Ein Fall von Compressionsfractur des oberen Tibi Subluxation der Tibia nach aussen. Inaug.-Diss. Kiel 1900. Ein Fall von Compresssionsfractur des Condylus ext. tibiae Zeitschr. für Chir. 41. kötet. — *Helferich*, Compressionsfr genbeck's Archiv f. klin. Chir. 41. sz. — *Hoffa*, Fracturen tionen. — *Mehnert*, Ein seltener Fall von Splitterfractur Tibiaepiphyse mit Zerreissung der Arteria poplitea und gender Gangrän des Unterschenkels bei einem Tabiker. Kiel 1902. — *Oenike*, Ein Fall von Compressionsfractur des o endes. Inaug.-Diss. Greifswald 1888. — *Schulz*, Die totale der Arteria poplitea. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 46. kötet. Über Compressionsfracturen am oberen Ende der Tibia. Greifswald 1898. — *Wagner*, Über Compressionsfracturen Tibiaendes, Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir. 34. kötet.

II.

Öncsonkítás ritka esete.

Közli: *Bradách Emil* dr., műtőorvos.

Köztudomású dolog, hogy bizonyos elmebajo vedők nem ritkán súlyos csonkító sérüléseket ok nemzőrészeiken a betegségükből folyó kóros alapján.

Ilyen öncsonkítást szándékozunk az alábbiak tetni, a mely a közlésre úgy keletkezésének különös mint e sérülés csonkító természeténél fogva egyarán

Mielőtt azonban az eset leirásához fognánk, leg néhány szóban — férfibeteggel van dolgunk — k férfinemzőszervek sérüléseinek előfordulási viszonyair keletkezésének módjára.

A 2. számu sebészeti klinikumon 1892-től 1904 19,285 fekvő és 93,871 bejáró beteg fordult meg; 27 férfibetegen észleltünk ivarszervi sérülést. A szervek sérülései tehát klinikumunkon az összes me seknek (113,156) körülbelül 0·25%-át, az összes sé pedig mintegy 1·5‰-ét teszik.

Ezek közül is csak három érdemes az em minthogy a nemzőszervek sérüléseinek jelentősége vagy az ondózsinór s a herék sérülésétől, vagy a kö nagyobb terjedelemben való elvesztésétől függ.

Egyik esetünkben (l. 1894.-i betegforgalom a beteg ruháját lendítőkerék kapta el s egyúttal a és a herezacskó bőrét is leszakitotta. Sarjadzó s került a klinikumra, hol Thiersch-féle transplant gyult; másik esetünkben (l. 1902.-i év kimutat szarva okozta a sérülést, a gyógyulás pedig a hegedésére s ezzel kapcsolatosan súlyos zsábára ve a heg kiirtására megszünt. Harmadik esetünkben és 1904. évi kimutatás) a hímvessző a két he együtt hiányzott ugyancsak gépsérülés következtébe szervek helyét a középvonalban a symphysistől a az anusig futó zegzugos rózsaszinű heg foglalta e az anus előtt mintegy két haránt ujjnyira levő hely tűfejnyi nyilás volt; ezen ürült cseppenként a hur vizelet. E nyilás tágítása s a húgycső nyákhártyáj húzása és kiszegése után incontinentiája is gyógyul

De e három esetünk nem világítja még meg azon változatosságot, mely e sérülések keletkezési tapasztalható. Igy létrejöhetnek ezek, mint:

1. Ipari, vagyis gépsérülések, midőn valamely rész a munkás ruháját s vele együtt nemzőrészei kítja vagy róluk a bőrt lehántja (ú. n. Schindung),

[1] A legtöbb ugyanis horzsolás, zúzódás volt.

9 esete.

2. Idegen kéz által ejtett sebzések; ide tartozik Pilz esete, melyben egy asszony elvált urát visszacsalogatván, boszúból coitus közben jobb heréjét lemetszette, vagy ilyen még az ú. n. „emasculatio“ is, mely bizonyos népfajoknál divik (Abessyniában pl. a hadi foglyokon szokták végezni) s a penis és scrotum „en masse“ lemetszéséből áll.

3. Lövési sérülések ritkák, lásd a legutóbbi háboruk (búr-angol, japán-orosz) jelentéseit.

4. Különféle direkt traumák, pl. a magasból való ráesés alkalmával, lórúgásnál, harapástól, szarvasmarhák döfésétől stb. szerzett sérülések; ilyen pl. a fenti második esetünk, valamint a Kocher által idézett egy eset (Pitha-Billroth, Handb. d. Chir.), melyben a bika egy ember heréjét akként sebezte meg, hogy a here mintegy 12 cm. hosszú ondózsinórral együtt kiszakadt. Érdekes sérülés a Léjars művében olvasható fedett hereficzam is, a melyet egy tüzérkatona szenvedett ágyúról való leestében, miközben a kardja czombjai közé ékelődött. A here a czombhajlati redő alatt 2 cm.-re a bőrtől fedett érzékeny diónyi daganat alakjában volt felfedezhető.

5. Coitus közben szenvedett sérülések, melyek többnyire a frenulum sebzései vagy az ú. n. fractura penis, a midőn a nagyfokban erigált corpus cavernosum beszakad.

6. Rosszul sikerült műtét utáni elváltozások, mint pl. a helytelenül végzett körülmetélés után a luxatio penis.

7. Végül oly esetek, melyekben az elborult elméjű beteg önmagában tett kárt akár eszköz segítségével, akár puszta kézzel. E sérülések is legtöbbször a penist érik s két főtypusa az „önamputatio“, valamint a hímvessző bőrének lehántása, nyúzása, a mit a német közlések „Selbstschindung“-nak neveznek; ez rendesen úgy történik, hogy a beteg penisét erősen megmarkolván, hirtelen rántással az egész fedő bőrt letépi.

Rendkivül ritka azonban az olyan sérülés, melynél, miként az alább közlendő esetünkben is, a beteg puszta kézzel tépi ki scrotumát, illetve heréjét ondózsinórostul, egyúttal peniséről is lehántva a bőrt. Ilyet ir le egy esetben Billroth elmebajos egyénnél s hasonló, de más keletkezésű azon sérülés is, melyet bika okozott szarvával és melyet Kocher nyomán fentebb idéztünk.

Ezenfelül magánértesülésből ismerek még egy esetet, mely közölve nincs. Tudniillik egy helybeli elmebeteg-intézet paralytikus lakója pár év előtt rohamában egyik heréjét körmével kitépte; hogy a fájdalom e művelet végrehajtásában meg nem gátolta, azt a betegsége folytán beállott mély analgesiával magyarázhatjuk meg.

A 2. számú sebészeti klinikumon észlelt öncsonkítás esete a következő:

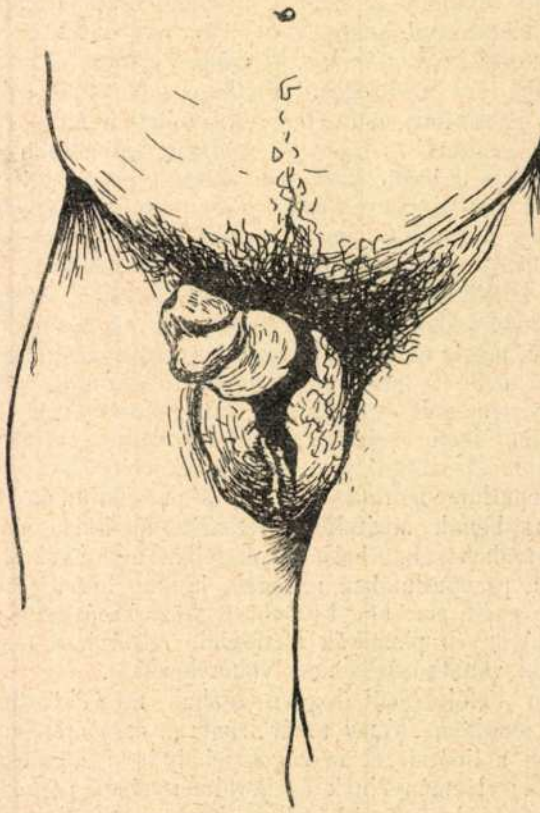
J. Antal, 47 éves, munkás alkoholikus elmezavarából kigyógyulva hagyta el a lipótmezei országos tébolydát, de újabb alkoholexcessusok folytán visszaesvén, ismét roham tört ki rajta, s e miatt visszaszállitották az intézetbe. Ugyanazon éjjel, 1905. szeptember 20.-án deliriumában — miután már látszólag megnyugodott — jobb kezével megmarkolva bal heréjét hirtelen rántással az ondózsinórral együtt kiszakitotta, miáltal a herezacskón mély szakitott sebet okozott, s egyúttal a penist tövétől egészen a makkig lecsupaszitotta.

A tébolydai észlelés szerint: a hímvessző bőre töve körül leszakadt, a makk mögött azonban ennek bőrével az összefüggést megtartva a makkról lecsüngő, kifordult bőrtölcsért alkot, úgy hogy a szeméremdombtól a sulcus coronariusig a hímvesszőt a csupasz tunica albuginea fedi; a húgycső maga sértetlen. A penis tövén levő körkörös sebzés felső részétől balra és lefelé a herezacskó elülső felszinére terjedő, 7—8 cm. hosszú, szélesen tátongó, zegzugos lefutású, egyenetlen czafatos szélű, a herezacskó űrének rostos kötszövettel bélelt fenekéig vezető folytonosságmegszakitás látható. A bal here úgyszintén az ondózsinór sem lelhető rendes helyén, megfelelő lágyékcsatorna tátong, belőle kevés vér szivárog. A herét a vele egybefüggő ondózsinórral együtt a beteg jobb markában szorongatja.

A penis bőrének visszahelyezése után, minthogy az ondózsinór csonkját fellelni nem sikerült, a sebszélek megfelelő helyzetben varrattal egyesítve lettek. A beteg kötést kapott, a mely azonban másnapra rendkivül szennyezett állapotban volt. Harmadnapra a seb phlegmonosussá vált, mire a varratok egy részét, majd a kezelés folyamán a hátralevő varratokat is el kellett távolitani. Antiseptikus kezelés mellett sarjadzásnak indult, s mire az elhalt szövetroncsoktól kellőképen feltisztult, a tébolyda igazgatóságának óhajára a beteget a klinikumra október 13.-án felvettük.

Felvételi állapot. A magas termetű, erőteljesen fejlett férfibeteg nyugodt magatartást tanúsit, fájdalomról nem panaszkodik.

körül, a hímvessző bőre a makk felé visszahúzódott, kissé heges befordulásokat mutató széle választja el a himvé látható körkörös, körülbelül 1 cm. széles gyűrűalakú sarjfelü felület felső szélétől rézsutosan le- és kifelé, mint a me látható, a herezacskó elülső felszinén levő 6 cm. hossz



tátongó, 1·5 cm. mély, tiszta sarjakkal bélelt üregbe jutunk és ondózsinór hiányzik, a külső lágyéknyilás elzáródott scroti sértetlen, szintúgy az urethra is. A jobb here jól fe ép, ondózsinór hasonlóan. Beteg láztalan.

1905. október 14.-én. Műtét cocain-anaesthesiában: sarjak és a már képződött heges szövet eltávolitása, a s

frissitése, s némi alápraeparálása után a penis bőrét a bőrének megfelelő helyéhez varrtuk, mig a scrotum seb sarjadzásra biztuk. Október 21.-én. Varratok kiszedése. egyesülés. Október 25.-én. Beteget a bal herezacskóján levő sebével ismét áthelyezzük a lipótmezei országos tébolydáb

A mellékelt fénykép a kitépett heréről készült, országos tébolyda igazgatósága szivességből rendelkezésünk

roncsolásokat szenvedett; összefügg vele az ondózsinor több mint 10 cm. hosszúságban, mely a lágyékcsatorna kezdeti részén szakadhatott le.

Nevezetes volt e sérülésnél azon körülmény, hogy a beteg puszta kézzel oly szörnyű erőt fejtett ki, hogy az annyira rugalmas, nyúlékony és a mellett rendkivül ellenálló herezacskó bőrét, valamint a szintén hasonló tulajdonsággal biró ondózsinórt elszakitani képes volt. (Az ondóvezeték = vas deferens elszakitására *Curling* kisérletei szerint egymagában is 15 fontnyi erő szükséges.) Feltünő volt azonkivül az is — noha az elszakitott ondózsinór edényeiből a halálos vérzés nem nagyon gyakori — hogy ez esetben különösebb vérzést nem észleltek, s a hasür felől sem sikerült megállapitani.

A mi a műtéti beavatkozást illeti, nagyobb plastikának nem volt meg a javalata, mert a penis bőrét igy is könnyen sikerült lineáris sebvonalban egyesitenünk. Czélunk ezzel a hímvesszőt körkörösen leszoritó tömött hegedés meggátlása volt, mert ámbár az urethra nem sérült meg, a későbbi zsugorodás folytán mégis várható strangulálás veszélyét csökkenteni, s a húgycső űrterét lehetőleg megóvni óhajtottuk. Bőr volt bőven, s igy nem volt szükség sem transplantatiora, sem pedig azon egyébként igen czélszerű plastikára, melyet Dittel végzett egy nagy bőrveszteséggel járó sérülésnél, melynél úgyszólván csak a praeputium maradt meg. Ő a praeputiumot alsó felszinén a raphenak megfelelőn felhasitotta, külső és belső lemezeit szétválasztván, a belső lemez felhasználásával elegendő bőrt nyert a praeputiumban az egész hímtag befedésére.

A penis és scrotum különböző köztakaróveszteségeinél alkalmazható egyéb plastikák tértfoglaló felsorolása tárgyunkkal közelebbi vonatkozásba nem volna hozható.

Soraim befejezéseül legyen szabad még köszönetemet kifejeznem főnökömnek *Réczey* tanár iránt az eset átengedéséért, nemkülönben a lipótmezei országos tébolyda igazgatóságának úgy a sérülés előzményeinek és körülményeinek pontos ismertetése, valamint a boncztani készitmény szives átküldése fejében.

Irodalom: 1. *Abutkow*. Ein Fall von Zerreissung des Samenstranges Wratsch. 1901. (Jahresbericht für Chirurgie 1902. nyomán.) — 2. *Ajdor*. Ügyetlen circumcisio folytán kifejlődött úgynevezett monyficzam esete. Gyógyászat 1895. 22. sz. — 3. *Baumgarten S.* Tizenegy év óta fennálló luxatio penis eddig az irodalomban le nem irt okból. Repositio véres úton. Phalloplastica. Orvosi Hetilap 1895. 12. sz. — 4. *Bergmann-Bruns-Mikulicz*. Handbuch d. praktischen Chirurgie. Bd. III. 2. — 5 *Billroth*. Selbstschindung eines Geisteskranken. (Chir. Klinik 71—76. 344. l.) — 6. *Colmers*. Über plastische Operationen am Penis nach Zerstörungen seiner Hautbedeckungen. Archiv f. klinische Chirurgie. 1901. Bd. 65. — 7. *Demarquay*. Maladies chirurgical du Penis. Publié par Voelker et J. Cyr. Paris. 1876. — 8. *Elbogen*. Plastischer Ersatz der ganzen Penishaut. Wiener med. Wochenschrift 1903. — 9. *Engel G.* Még egy hímvesszőficzam esete. Gyógyászat 1895. 26. sz. — 10. *Englisch*. Penis. Realencyclopädie. Bd. 15. — 11. *Fuller*. Diseases of the Genitourinary System. — 12. *Hagen*. Über plastische Operationen bei vollkommenem Verlust der Hautbedeckungen am Penis und Scrotum. Archiv f. klin. Chirurgie 1901. Bd. 65. — 13. *Kapeller*. Die Schindung d männlichen Genitalien. Zeitschrift f. Chirurgie. 1885. 23. — 14. *Kaufmann*. Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre und des Penis. Deutsche Chir. Lief. 50a. 1886. — 15. *Körte*. Über einen Fall von veralteter Luxatio penis mit nachfolgender Plastik. Archiv f. klin. Chir. Bd. 46. — 16. *König*. Lehrbuch d. Chirurgie. 1904. Bd. II. — 17. *Léjars*. Traité de chirurgie d'urgence. 1904. — 18. *Mendel*. Handbuch d. prakt. Medizin. — 19. *Martens*. Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre. Berlin. 1902. A. Hirschwald. — 20. *Pilz*. Schindung der äusseren Genitalien. Deckung durch Entfaltung des Präputiums. Heilung. Wiener klin. Wochenschrift. 1890. — 21. *Pitha-Billroth*. Handbuch der Chirurgie. III. 2. B. — 22. *Raisz Gedeon*. A borék és mony bőrének lenyuzatása. Gyógyászat. 1893. 30. sz. — 23. *Réczey*. Dolgozatok a 2. sz. sebészeti klinikumról. 1892—1895. — 24. *Réczey*. Dolgozatok. 1896—1898. — 25. *Réczey*. Dolgozatok. 1899—1902. 26. *Réczey*. Dolgozatok. 1903. — 27. *Réczey*. Dolgozatok. 1903—1905. — 28. *Reich*. Ein Beitrag vom plastischen Ersatz der Penishaut vom Scrotum. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1901. Bd. 58. — 29. *Tillmanns*. Lehrbuch der spec. Chirurgie. 1904. Bd. II. — 30. *Wagner*. Ein Fall von veralteter Luxatio penis mit Abreissung des Präputialblattes. Münchener med. Wochenschrift. 1888.

III.

Aneurysma traumaticum.

Közli: *Demeczky Ödön* dr., műtőorvos.

A vérerek sérülései mindig nagy szerepet játszottak a sebészetben; ezek között természetesen első helyet foglalnak el az ütőérdaganatok.

tanár vezetése alatt álló 2. számú sebészeti k
észlelés és kezelés alá kerül, évente több aneurysma tra
fordul elő.

A vérereknek különféle erőművi behatások ált
zett sérülései következtében vagy aneurysma spuri
verum keletkezhetik.

Az aneurysma spuriumot a szúrási és lövési
idézik elő, vagyis azok, a melyeknél „a seb mélysé
talanul hosszabb a keresztmetszetéhez képest". A s
lövési csatorna oly szük, hogy a sebszélek egymásr
nek és a vér útját elzárják. A környező szövetben
egy haematoma keletkezik, mely vagy megalvad és
megáll, vagy pedig nem alvad meg és a vérér seb
befolydogál a vér.

A csatorna külső nyilása hamar begyógyul é
ömleny körül egy kötőszövetes burok keletkezik, me
matoma külső rétegének szervülése által jön létre.

Bergmann, Küttner, Haga, Hildebrand szerint
a modern köpönyeges lövedékek által okozott sérül
gyakran okoznak *aneurysma spuriumot*. Igy főleg
távolságból, körülbelül 300—1000 lépésről jövő lö
kis terjedelmű roncsolással járnak, hogy a lágyré
vesztik el rugalmasságukat, s megmarad azon ké
hogy hamar összehúzódhatnak. Igy a kis terjedeln
sel és a szük lőcsatornával minden feltétel meg van
aneurysma traumaticum kifejlődésére.

Az aneurysma verumot a bőralatti zúzódások i
mikor a sértett edényfal elveszti rugalmasságát, nen
vérnyomásnak ellentállani és kitágul. A klinikai meg
azt mutatják, hogy az aneurysmák képződésében
traumának nagy szerepe van. Azonban pusztán a be
szerzett tapasztalatok nem világositanak fel minket a
mennyiben járul egy aneurysma verum képződéséhez
hogy a trauma mellett még más dolgok is jönnek-e

Manchot eseteiben lokális arteriosclerosist talál
elastikus rostok elszakadása által keletkezett. És
arteriosclerosis csakugyan jó talaja lehet egy aneu
fejlődésének, mert *Polotebnow*, *Israel*, *Thoma* szerint
rugalmassága és a vérnyomással szemben való elle
pessége csökkent; mégis vele ellentétben *Thoma* az
hogy az arteriosclerosis csak következménye, csak
érsérülésnek, hogy az aneurysmát az érfal gyengesé
melyet a trauma idéz elő.

A kérdés megvilágositására *Malkoff* kisérleti
zett elő aneurysma traumaticumokat és lépésről lépés
meg a trauma hatását és az aneurysma fejlődését;
azt tapasztalta, hogy a traumák, melyeket a legk
módon eszközölt, olyan elváltozásokat idéznek elő,
érfal engedékenyebb lesz és ennek következtében
a tágulás. Bizonyos idő mulva azonban
megint szükülhet az érfalazat contractioja követke
rétegeinek, különösen az intimának megvastagodás
mikor nemcsak kötőszövet, hanem elastikus rostok i
nek. Tehát az arteriosclerosis csak a vérér kitágu
jön létre s csak compensatorikus folyamat.

Malkoff kisérleteiben tehát az érfal gyengeség
kély ellentálló képessége közvetkezménye a trau
oka az aneurysmának.

Bizonyitják ezt a klinikai tapasztalatok. *Billro*
azon nézetének ad kifejezést, hogy aneurysma,
aneurysma popliteum nemcsak nagyobb erőművi
után képződhetik, hanem kis, de gyakran ismétlő
a térdizületben elegendő, hogy az érfal csekélyebb
képessége mellett aneuryma fejlődjék.

E feltevés után ugyan most azt lehetne köv
hogy az aneurysma a nőknél gyakoribb. Jólehet, h
gyengébb érfalazattal birnak, mint a férfiak, de so
sebb és kisebb traumáknak is vannak kitéve. *(Bill*

Helyén valónak látjuk *Spuner-März* statist
zölni, melyben azt látjuk bebizonyitva, hogy a fér
különösen 21—40 év között gyakori az aneurysma

leginkább van az ember kitéve a trauma veszélyeinek.

Így az 1—10. évben 1·2 %
11—20. „ 12·8 %
21—30. „ 29·8 %
31—40. „ 27 7 %
41—50. „ 15·7 %
51—60. „ 7·8 %
61—70. „ 4·2 %
71—80. „ 0 8 %-kal szerepel az aneurysma-esetek között.

Tekintetbe veendő még az is, hogy különösen azok szenvednek benne, a kik nagy izommunkával járó életpályán vannak. Így a hajósok, szénhordók, hegymászók stb.

Ha meggondoljuk, hogy nagyon sok aneurysma van felsorolva az irodalomban, hol az anamnesisben nem lehetett valami nagyobb traumát kimutatni és mégis a haematoma arteriale *(Billroth)* charakterét viseli, úgy mindezekből azt a következtetést vonhatjuk, hogy a nyakon és a végtagokon fellépő aneurysma a legtöbb esetben úgy viselkedik, mint a haematoma arteriale, s nem kell attól félnünk, hogy az arteria a lekötés helyén, tehát az aneurysma felett atheromatosisban szenved. *(Billroth.)*

A tünetek közül az a legnevezetesebb, melyet a zsákba befolyó vér idéz elő: a lüktetés és a dörzszörej. A dörzszörej, mint azt *Wahl* kifejti elsősorban úgy származik, hogy a vér a tágasabb csőrészletbe folyva örvénylik; másrészt a zsák belfelületén való surlódás következtében. Az odavezető ér elnyomásával eltünik mind a két tünet, míg az elvezető ér leszorításával élénkebben nyilatkozik. Némelykor azonban hiányozhatik mind a két tünet, ha a zsák erős véralvadékkal van kitöltve, vagy mikor csak kis nyiláson közlekedik az érrel és maga az aneurysma olyan nagy, hogy az eret leszoritja. *(Schultze-Velmede.)*

Diagnosis megállapitása néha nehéz. Ha a typikus tünetek hiányoznak, vagy eltakartak, daganatokkal összetéveszthető az aneurysma. Egyik esetünkben az aneurysma art. axillaris nagyon hasonlított edénydús sarcomához, mely a subclavián fekszik és annak lüktetését közvetíti.

Nagyon ritka dolog, hogy az aneurysma önként meggyógyuljon. Az irodalomban, mely rendelkezésemre állott, három ilyen esetet találtam, *Ebswort*, *Küttner* és *Bornhaupt* esetét. Ritka azon eset is, hogy változatlan állapotban maradjon sokáig; igy *Billroth* egy betegénél 10, *Hunter* egy betegénél 35 éven át maradt az aneurysma változatlan állapotban. Inkább szabály az, hogy növekedik és ez által nemcsak hogy kisebb kártékony hatásai fokozódnak, hanem a legnagyobb veszedelembe döntheti a beteget. Perforálhat, mikor erős vérzés keletkezhetik, vagy nagyobb ér leszoritásával gangraenát idézhet elő, vagy cachexiát okozhat, mert egyszerre sok vért vonhat el a szervezettől, ha gyorsan növekedik az aneurysma.

Így tehát nagyon fontos az aneurysma helyes sebészeti kezelése.

A compressiós kezelést *Langenbeck* mint normal methodust hozta javaslatba. Ez abban áll, hogy állandó nyomás alatt tartva az odavezető ütőeret az aneurysma-zsák felett, abban vérmegalvadást és igy gyógyulást idézünk elő. A nyomást érnyomaszokkal vagy ujjal eszközöljük.

Ezen eljárás veszélytelen ugyan, de nagy fájdalommal jár; úgy hogy a beteg részéről nagy intelligentiát és energiát igényel. Jól és kellő türelemmel keresztülvive elérjük vele azt, hogy a vér az aneurysmában megalvad, de a circulatio továbbra is fennmarad. A véralvadék szervülése és zsugorodása folytán az aneurysma nem növekedik és igy a végtag annyira a mennyire ismét működésképes lesz. A kezelés beszüntetése után a lüktetés újra előjön és egy újabb systematikus compressiós kezelésre lehet szükség.

Az aneurysma-zsákban véralvadékot előidézhetünk gelatina-injectiokkal. Mi egy aneurysma popliteumban szenvedő betegünknél három naponként alkalmazott 10—10 cm^3 Merck-féle gelatina-injectiokkal 3 hónap alatt elértük azt, hogy ményebbé vált és alig lüktetett.

A galvano-punctura valamint azon eljárások, m vagy szilárd anyagok bevitele által iparkodtak előidézni, manap csak történeti becsűek, mert azt eredményt, melyet egyesek elértek velük, messze a sok kártékony hatás (gyuladások, embolia), m rások elterjedését megakadályozta.

Az operativ eljárások között a legidősebb és lisabb az *Anthyllus*-féle eljárás. A beteg arteriát aneurysma alatt és felett megnyitjuk illetve kiirtju

Hunter, *Brasdor*, *Wardrop*, *Desseault* az egy tést ajánlották abból a czélból, hogy a thrombu előmozditsák.

Azonban manap inkább az *Anthyllus* eljá mazzák és pedig a compressiós eljárással kapcs ér leszorításával ugyanis elősegitjük a collateráli gést, mert a vasa comitantes, vasa musculorum, rum kitágulnak. Épen ezért úgy kell alkalmaznu pressiót, hogy ezen ereket megkiméljük a nyomást *Delbet*, *Hintze*, *Juvara*, *Köhler*, *Kübker*, *Sonnenb* mind a radikális operatiót ajánlják, de csak a prac compressioval combinálva.

Hoffmann új operatiós módot ajánl, melyet esetben sikeresen alkalmazott és melylyel mi egy brachialénál a legszebb eredményt értük el. Az szakaszos. Először lekötjük az arteriát az aneury ott a hol legczélszerübbnek gondoljuk. A seb gyógy ha az aneurysma a megkisebbedésre hajlamot elég nagy bemetszéssel a zsákot megnyitjuk és a kinyomjuk. A sebet rögtön összevarrva, compressi fedjük, melyet még a műtét teljes sikere érdekéb hónapig alkalmazunk.

Természetesen, mondja *Hoffmann*, csak ott műtét, hol az aneurysma-zsák infectioját lehetőleg

Ez operationak nagy előnye van az Anthyl járás felett.

Az *Anthyllus*-féle eljárás kétségkivül sokkal A zsák kifejtése közben a környezetben annyi kise eret sérthetünk, s a keringési viszonyokat annyira hatjuk, hogy kétségkivül nagyobb veszélylyel is já egyszerű bemetszés.

De legnagyobb előnye a Mikulicz-féle eljárás narcosis nélkül végezhető. Mikulicz esete Schleich-a ban, a miénk cocain-anaesthesiában lett végezve.

Az esetek részletes leirása a következő:

I. Aneurysma traumat. carotidis. P. M., 16 éves, nap vétetett 1902. augusztus 19.-én. Tiz hét előtt seréttel nyakának bal oldalába s mindkét karjába fúródtak a seré utóbb egy lüktető daganat keletkezett. A nyak bal olda porcz magasságában a musc. sternocleidomastoideus me kis diónyi, sima, tojásdad terimenagyobbodás, mely rugalma kisebbedik, lüktet. Tapintásra surranást érzünk. A térfogat a carotis felső részének összenyomására megnagyobbodik. két hétig naponként 1—1½ óráig tourniquettel összenyom rysmát. Agytünetet nem okoz az összenyomás.

Műtét chloroform-narcosisban 1902. szeptember 3. centimeter hosszú metszés a bal sternocleidomastoideus a nyelvcsonttól lefelé. Rétegesen előhaladva, elérjük az mely alatt a carotis com. és a vena jug. isoláltatik. Kid carotis aneurysmája direkt közlekedik a vena jugularissal tágulat alatt és felett kettősen leköttetnek s a közti rés Bőrvarrat. Beteg narcosisból nem ébred fel. Jobb testf

Szeptember 4.-én. Eszméletlen. Hm. 36·6. P. 110.

Szeptember 5.-én. P. d. e. 120, d. u. 140—160 d. e. 36·7 °, d. u. 39·3 °. Eszméletét nem nyerte vissza. Ötként ismétlődő ½—1 perczig tartó tonikus görcsök j Légzés Cheine-Stokes-jellegű. Hőmérsék 40 °-ra emelkedik, érezhető, számlálhatatlan. Este 7 órakor beáll a halál. „emollitio rubra nuclei lentiformis capsulae int. et nuclei sin." találtatik.

II. Aneurysma traumat. carotidis. Sch. B., 29 éves, vétetett 1904. október 6.-án. Három hét előtt nyakába lő betegen fekszik. Felvételét előző napon nyaka rohamos kezdett, eszméletét vesztette, légszomj lépett fel. Felvétel teljes férfi szemei kidülledtek, arcza cyanotikus, nagyfok A nyak egész teriméjében, de főleg jobboldalt erősen meg

lüktetés érezhető.

Október 7.-én a betegnél intubatio végeztetik, mire a légszomj csökken.

Október 8.-án szívgyengeség tünetei között meghal.

Bonczolatnál kitünik, hogy a nyak jobb oldalán a felületes izmok alatt tojásdad idomú, 12 cm. hosszú, 5·5 cm. vastag és széles, 435 gm. véralvadékot tartalmazó, heges, kötőszövetes falú üreg van, mely hátraterjed a gerinczoszlopig, a gégét, légcsövet és bárzsingot bal felé tolva, összenyomja. E mellett nagy vérszegénység és mind a két tüdőben nyelési tüdőgyuladás.

III. Aneurysma spurium traumaticum art. subclaviae. K. J., 42 éves, fuvaros. Felvétetett 1903. szeptember 26.-án. Két év előtt a bal hónaljában meglőtték. Öt hónap előtt a ló az istálló falához szoritotta. Akkor eszméletét vesztette s mikor magához tért, mellében rendkivül heves fájdalmakat érzett, egyszersmind a bal kulcscsontja alatt daganatot is észlelt, mely azóta lassan, de fokozatosan nő.

A bal kulcscsont alatt gyermekfejnyi, rugalmas tapintatú terimenagyobbodás van, mely felett a bőr erősen vizenyős, lobosan beszűrődött. A daganat felett systolés surranás. A bal oldalon radiális pulsus alig tapintható. A bal felső végtagban kisugárzó fájdalmak s vizenyős börduzzanat. A daganat rohamosan nő, az egész szervezet erősen legyengült, a betegnek időnként magas lázai (39—40 °) vannak. A másfél emberfejnyire megnőtt daganat másnapon a felkar felé eső peripheriáján megreped és az erre beállott erős vérzés alatt pár másodperez alatt a beteg meghal.

A bonczolatnál kitünik, hogy a bal vállnak megfelelőleg emberfejnyi, nagyjában kerek, hullámzó daganat van, mely a bal mellkas felén körülbelül a pectoralis major eredéséig, hátrafelé a lapoczka felső széléig, a felkaron annak alsó harmadáig ér; egészében rugalmas; felette a bőr nagyon feszült, elvékonyodott, kiterjedten szennyes, kékeszöldesen elszinesedett. Ezen terület közepén szabálytalan genyes, zöldes, czafatos szélű, hosszúkás anyaghiány van, mely alvadt vérrel van kitöltve. A véralvadéknak a bordákhoz közel eső részébe beágyazva fekszik egy 1 cm. hosszú, 7 mm. széles, tompa kúpalakú fémgolyó. Az erek kipraeparálásánál kitünik, hogy az art. axillaris és az art. subclavia között az összeköttetés megszünt.

IV. Aneurysma traumat. art. brachialis. B. S., pásztor, 17 éves. Felvétetett 1905. szeptember 23.-án. Hat hét előtt karját megszúrta. Három hétre rá felkarja dagadni kezdett, mely daganat lassan ráterjedt alkarjára is. A felkar alsó két harmadában, az alkar felső harmadában duzzadt. Itt gyermekfejnyi, puha tapintatú terimenagyobbodás látható, mely felett lüktetés érezhető és surranás mutatható ki. Hallgatódzásnál a surranással egyidejűleg erős zörej hallható. Radiális pulsus nincsen.

Október 7.-én műtét. Az art. brachialis lekötése a sulcus bicipit. internusban. Szűcs-varrat.

Délután a duzzanat már kisebb, úgy hogy a bőr az aneurysma felett ránczokba szedhető. Az ujjak hidegek, halványak, érzéstelenek. Flanellpólyába pólyáztatik a végtag és meleg borogatásokat kap.

Október 8.-án a vérkeringés javul, ujjak melegek és érzékenyek.

Október 9.-én a vérkeringés teljesen helyreáll.

Október 14.-én varratkiszedés. A seb per primam gyógyult.

Október 21.-én műtét. Az aneurysma legnagyobb domborulatán bemetszés és a véralvadék teljes kiszoritása után bőrvarrat. Nyomókötés.

Október 29.-én. A seb per primam intentionem gyógyult. Terimenagyobbodás alig van. Enyhe massage.

Október 30.-án ambulans kezelésbe megy, hol végtagja rendszeresen masszáltatik.

V. Aneurysma art. popliteae. H. J., 44 éves, hordár. Felvétetett 1899. október 27.-én. Két hó előtt bal térdhajlatában egy daganatot vett észre, mely azóta nagyobbodik. A bal térdhajlatban ökölnyi, dudoros, ép bőrrel fedett, puha, összenyomható, élesen határolt, alapja felett el nem mozditható, alig fájdalmas terimenagyobbodás, mely felett lüktetés érezhető, mely az art. cruralis összenyomására megszünik s ilyenkor a terimenagyobbodás is lohad.

Naponta félórányi tartamra csavar-tourniquevel lesz leszoritva az art. cruralis a czomb alsó harmadában.

November 18.-án a trigonum Scarpae alsó csúcsánál leköttetett az art. femoralis kettős ligaturával. Bőrvarrat.

November 19.-én az alszár és lábfej cyanotikus, érzéketlen. Suspensio. Meleg borogatások farina seminis lini péppel.

November 25.-én. A műtét helye per primam gyógyult. Alszár livid kékes szinű a spina tibiaeig, illetve innen lefelé és hátrafelé oválisan haladó vonalig, hol az ép bőr kissé zegzugos széllel végződik.

November 29.-én amputatio a felső harmad magasságában.

A seb per secundam intent. gyógyul.

VI. Aneurysma art. popliteae. B. A., 23 éves, joghallgató. Öt év előtt lábát a térdalji árokban ollóval megszúrta. A seb begyógyulása után lüktető daganat keletkezett, mely azóta növekedik. Jobb térdhajlatában az art. popliteának megfelelően diffuse elterülő, gyermekökölnyi terimenagyobbodás van, mely felett a bőr ránczokba szedhető. Felette lüktetés érezhető, mely az art. femoralis összenyomására megszünik, mig viszont a poplitea alsó részletére gyakorolt nyomásra élénkebben kivehető. Therapia az art. cruralis compressioja naponta egy órára.

Junius 20.-án az aneurysma állapotában változás nem igen észlelhető. A compressiót elhagyjuk és mindkét alszárba 10—10 cm³ Merck-féle steril gelatinát fecskendezünk és ezt minden három napban megismételjük.

részletben szilvamagnagyságú resistentia érezhető.

Augusztus 1.-én az aneurysma egészen tömött, kenyérképletté vált, mely felett lüktetés alig érezhető. Távozik.

A beteg további sorsa után érdeklődve, megtudjuk, november 23.-ára állapota annyira javult még 10 gelatin-befecskendezésre (6—6 napi időközökben), hogy többé semmi érverés nem észlelhető és a láb teljes munkaképessége helyreállt.

Irodalom.

Bergmann, Arch. f. klin. Chir. Bd. 69. — *Billroth*, Wochenschr. 1893. — *Billroth*, Chir. Klinik, Zürich, 1860—6 — *Billroth*, Chir. Klinik, Wien, 1868, pag. 158. — *Billroth*, Wien, 1869—1870. — *Billroth*, Chir. Klinik, Wien, 1871—18 *ham*, Annals of surgery 1904 Nr. 5. Ref. Centralbl. f. Ch Beitr. z. klin. Ch. Bd. 39. — *Braman*, Langenbeck's Arch. Bd. 33. — *Brandt*, Wiener medic. Blätter, 1891. — *Dörf* klin. Ch. Bd. 25. — *Dreist*, Deutsche Zeitschr. f. Ch. Bd. 71 Berl. klin. Wochenschr. 1883. — *Eiselsberg*, Wiener klin. 1891. — *Franz*, Arch. f. klin. Ch. Bd. 75. — *Gersuny*, A Ch. Bd. 21 és 24. — *Gessner*, Annals of surgery 1905 Centralbl. f. Ch. — *Glauner*, Deutsche med. Wochensch *Grunert*, Deutsche Zeitschr. f. Ch. Bd. 71. — *Hebert*, Presse, 1899. — *Haga*, Arch. f. klin. Ch. Bd. 74. — *Herz* klin. Ch. Bd. 23. — *Hildebrandt*, Arch. f. klin. Ch. Bd. 6 *brandt*, Die Verwundungen durch die modernen Kriegsfeuerw — *Hintze*, Berl. klin. Wochenschr. 29. — *Hofmann*, Beitr. Bd. 24. — *Israel*, Virchow's Arch. 1886. — *Jacobstha* Zeitschr. f. Ch. Bd. 68. — *Juvara*, Centralbl. f. Ch. 1897 *Kappis*, Beitr. z. klin. Ch. Bd. 40. — *Kolb*, Beitr. z. klin. — *Körte*, Centralbl. f. Ch. 1900. — *Körte*, Arch. f. klin. és 63. — *Kopfstein*, Wiener klin. Rundschau, 1896. — *K* z. klin. Ch. Bd. 9. — *Kümmel*, Beitr. z. klin. Ch. Bd. 26. Beitr. z. klin. Ch. Bd. 28. — *Mac Cormac*, Deutsche med. 1900. — *Madelung*, Deutsche Zeitschr. f. Ch. Bd. 71. Ziegler's Beitr. Bd. 25. — *Manchot*, Virchow's Arch. *Oberst*, Beitr. z. klin. Ch. Bd. 41. — *Payr*, Arch. f. klin 72. — *Poppe*, Diagnose der seitlichen Gefässverletzung. Ina *Plattner*, Beitr. z. klin. Ch. Bd. 26. — *Plückner*, Centralbl. — *Polotebnow*, Berl. klin. Wochenschr 1868. — *Schjerni* klin. Ch. Bd. 64. — *Schmidt*, Arch. f. klin. Ch. Bd. Deutsche Zeitschr. f. Ch. Bd. 55. — *Sonnenburg*, Berl. klin. 1904. — *Spuner-Mäs*, Über traumat. Aneurysmen. Inaug.-Dis Wiener klin. Wochenschr. 1904. — *Thiel*, Centralbl. f. *Thoma*, Virchow's Arch. Bd. 116 és 111—113. — *Treves*, De Wochenschr. 1900. — *Wahl*, Deutsche Zeitschr. f. Ch. *Werner*, Deutsche Zeitschr. Bd. 67. — *Velmede-Schultze*, traumat. Inaug.-Diss. — *Volkmann*, Samml. klin. Vortr. *Zahn*, Münch. med. Wochenschr. 1898. — *Bornhaupt*, A Ch. Bd. 77.

IV.

Idegen test a méhben.

Közli: *Ofner Oszkár* dr., műtőorvos.

Az ősember aligha gondolt a terhesség művi tására. Mihelyt azonban a kultura rendezettebb állap tett és az ember társadalmi öntudatra ébredt, már seket találunk a magzatelhajtasról. Igaz, hogy ezek a melyeket a kronikások felemlitenek, sohasem történ nemesebb czélból: az anya életének megmentése hanem mindig bűnös czélzattal.

A görögöknél már Aëtius leirta azokat a mű melyeket egy kéjhölgy a magzat elhajtására haszn pedig az látszik, hogy a magzatelhajtás nem tarto ritkább büntettek közé. A terjedését elősegitette a erős érzékisége és a fejlett aesthetikai érzékük. tette a kevésbé szigorú erkölcsi felfogásuk is. A nagyobb gondolkozói közül Sokrates a magzatelha talált semmi kivetni valót. Aristoteles bizonyos eset megengedhetőnek is tartotta. Az egyetlen Hippokrat a ki veszedelmesnek és gyalázatosnak mondotta. M vele is megtörtént, hogy kénytelen volt egy táncos abortust végezni.

A tisztább erkölcsü Rómában kezdetben csa gyakorolták. A köztársaság utolsó évszázadában azo nősen a felsőbb társadalmi rétegekben egészen által annyira, hogy a rómaiak leghiresebb irói: Plautus tus I. fv. II. j.) Juvenalis, Cicero egész nyiltan bes

A törvény ugyan szigorúan, számüzetéssel magzatelhajtást, mert a római jog megvédte a

római állampolgárnak tekintette.

Azonban a törvény szigoránál is erősebb volt Rómában a társadalmi kényszer, meg az asszonyi hiúság. A rómaiaknál túltengő atyai hatalom folytán az asszony mindig ki lehetett téve annak, hogy a férj nem fogja elismerni a gyermeket törvényesnek. Másrészt pedig a sociális viszonyok fejlettségével, a fejlődő gazdagodással együtt járt az asszonyok az az örök törekvése, hogy minél jobban tessenek. „A szülés pedig legalább ideiglenesen tönkreteszi a szépséget.“ *Ovidius* is rámutat erre az egyik elegiájában „ut careat rugarum crimine venter.“ *Aulus Gellius* is szemrehányólag fordul az asszonyhoz: „azt hiszed, hogy a természet az asszonyoknak az emlőket csak graciosus kiemelkedéseknek adta, hogy a keblet díszitsék és nem arra, hogy velük gyermekeket tápláljanak?“

Ha az ókor két klassikus népének feljegyzéseit összehasonlítjuk a jelenlegi viszonyokkal, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy az emberi és társadalmi viszonyok változhatnak, az ember azonban minden éghajlat és minden társadalmi viszonyok között egy és ugyanaz marad. Ugyanazok az okok, ugyanazon okozatokat szülik.

Az ókor embereinél a szégyenérzet, a nyomor és a hiúság okozta a bűnözési hajlamot. Ma ugyanezek az okok működnek közre, csakhogy a fejlettebb állami és társadalmi élet folytán fokozottabb arányban.

A megélhetési viszonyok ma sokkal nehezebbek, mint a klassikus Athenben vagy a klassikus Rómában. A túlproductio folytán a munkabérek, a kereshetőségi viszonyok annyira csökkentek, hogy a család fentartására nem elég a férfinak a munkaereje. Az asszony gondja nemcsak a család ápolása, hanem a család fentartása is. A mindennapi kenyérért küzdő asszonynak nyüg a gyermek, a mely elvonja őt a kereseti forrástól. Érthető tehát, hogy szabadulni igyekszik a „felesleges“ tehertől. Még akkor is, ha cselekménye büntethető.

A kisebb existentia nem szivesen tördeli szét vagyonát olyan apró szilánkokra, a melyek az utódok egyikének sem biztositanak megélhetést. Ezek is tehát szabadulni igyekeznek a „felesleges“ gyermektehertől.

A társadalmi felfogás, a mely megbélyegzettnek tartja a nőt a házasságon kivüli terhességért, lesz okozója a magzatelhajtások további nagy hányadanak.

És, hogy a társadalom vezető hivei, a felsőbb tizezrek sem idegenkednek az ilyen bűnös manipulatioktól, annak oka a laza erkölcsi felfogás, hogy az asszony a maga erkölcsi czélját nem az anyaságban, hanem a férfiak meghódításában látja. A hódításnál az asszony egyetlen fegyvere a szépség. Igyekszik tehát elkerülni minden oly zavaró momentumot, a mely hódító szépségét bár csak ideiglenesen megzavarná.

Az egyes országok, a társadalmi viszonyok különbözősége és a müveltség foka szerint változtak a magzat elhajtására szolgáló eszközök. Egyes vidékeken nemzedékről nemzedékre hagyományosan öröklödtek át azon eljárási módok, a melyekkel a mesterséges elvetélést elő lehet idézni. Vannak olyan szerek, a melyeket még a régi rómaiak is használtak.

Kétféle módon igyekeznek müvi abortust okozni. Vagy belső szerekkel, vagy erőmüvi beavatkozással. (Az araboknál himlőnek beoltásával is okoztak elvetélést.)

Egészen megmagyarázhatatlan sok szernél, hogy miért is használják tulajdonképen. Valószinüleg rossz kellemetlen szaga vagy íze miatt. Vagy pedig azért, mert hasgörcsöket okoz. Az ilyen ártalmatlan szer a vöröshagyma, sarsaparilla, guajacol, chamomilla stb. A hashajtószereket, különösen az aloët előszeretettel használják erre a czélra. Gyakori az alkalmazása a kávénak, a sáfránynak és számos adstringens szernek, a milyen pl. a bórax és a timsó.

A javasasszonyoktól ajánlott szerek azonban nem mindig ilyen ártalmatlanok. Akárhány szer mérgező hatású. A méh összehúzódását rendesen csak olyan adagolásban okozzák, a mikor a mérgező hatásuk már erősen nyilvánul, úgy hogy sokszor halált is okoznak. Ezek közé tartozik a thuja, taxus sabina, meg a büdös bürök. Vannak olyan vidékek, a hol arsen- és higanyvegyületeket adnak be.

nálják. Pedig az a leghatásosabb és a földmív könnyen hozzájuthat.

Nem sorolhatom fel mindazokat a titkos sz melyek a népnél használatban vannak.

Bennünket sebészeket inkább a méhre vagy a nyékére alkalmazott erőmüvi beavatkozások érdekel

Ezen erőmüvi beavatkozásoknak vagy az a cz a méhet összehúzódásra birják, vagy pedig, hogy megöljék, elpusztítsák.

Már az ókorban divott a köpülyözés és magzat elhajtása czéljából. Úgyszintén a megerőtet a nagy fárasztó menetelések, a tornázás, ugrás, fo és ezekkel kapcsolatosan a testnek erős kenegetés utóbbi különben még most is divó eljárás. Szerencs hogy nagy kárt úgy sem tesz.

Törvényszéki orvosi szempontból csak az elhajtási mód fontos, a mikor magát a méhet tám valamely eszközzel, vagy eszköz nélkül, mert igen halált okozó sérülést is okozhat. Vannak olyan a melyekkel csak a méh összehúzódását akarják Ilyenek a méh testének erős nyomogatása. Ezt a sunknak némely fürdőjében állitólag végzik is. Ilye a méhszáj környékének szurkálása tűvel vagy erős a körmökkel. A forcirozott coitus ugyancsak azon közé tartozik, a melylyel a magzatelhajtást elősegi

A bábák és a gyakoroltabb javasasszonyok u nak be a méhszájba ott, a hol a nyakcsatorna t lgy igyekeznek a petét a méhfalról leválasztani. Ez is sok bajt, hüvelyboltozat- vagy méhnyakrepedés

A legtöbb bajt azonban az idegen eszközökn ürbe való bevitele idézi elő. Különösen azért, mert figyelembe a köteles gondosságot és a tisztasági sz

A méhürbe bevezetett eszközzel vagy valami visznek be, hogy ezzel megöljék a petét, vagy p milyen hegyes műszerrel igyekeznek megszürni a vagy szétroncsolni magát a petét. A czél esetleg a lepényt leválaszszák a méhfalról. Már Hippokrate használtak ólomsondát (μίλη), a melylyel a fogan akadályozása és a magzat elhajtása czéljából gyó vittek be a méhbe.

Bábáink rendesen hegyes elefántcsonttűt, vagy csövet, angol kathetert szoktak használni. De a k orsónyél, a kötő- és hajtű, lúdtoll, az erős matrácztű számos másféle vékony szúró eszköz mind olyan a melylyel az üzletszerűen foglalkozó javasasszon maguk a terhesek meg szokták inditani az abortust. asszonyoknak rendesen megvan a kellő kézi ü mindamellett elég gyakoriak a súlyosabb sérülések. és a hólyag megsértése mindennapi. A méh nyakána és a behatolás a szabad hasüregbe nem egyszer for

Emlékszem egy igen érdekes esetre. Egy assz kivül fájdalmas adnextumor miatt operáltak a kl daganatban vékonyra lefaragott, kihegyezett orsó Hosszas faggatás után az ass ony bevallotta, hog bajának megindítása végett“, a mikor az már k elmaradt, önmaga vitte be ezt az orsónyelet. Az ors szerre eltünt, mintha „az ördög kapta volna el“. Néh reá az asszony elvetélt; lázas beteg lett és a hasfájd az időtől fogva keletkeztek.

Kevésbé súlyos következményekkel járt a mi

1904. október 14.-én éjjel 11 órakor a vidékről egy fi hajadont hoznak be a klinikumra. Állitólag beleesett egy dr behatolt a hüvelyébe. A leány hüvelyéből körülbelül 10 cm nem 2 mm. vastag rozsdás drót lógott ki. Ez a drót a méh nába hatolt be és ott meg volt rögzitve. A leány nemszósze a portio csak kis fokban puhult fel, a méh valamivel megna Az emlőkből bőséges savót lehetett kisajtolni. Mindezek sz terhes volt. Ő azonban tagadta, hogy a havi baja elmaradt voln hogy a drót már négy napja benn van a méhben, a leán amellett láza nem volt, vérzése sem; nem végeztük rögtön Másnap Röntgen-felvétel (lásd mellékelt ábra) és ekkor kitü drótot azért nem lehetett eltávolitani, mert a vége vissza szerűen hajlitva.

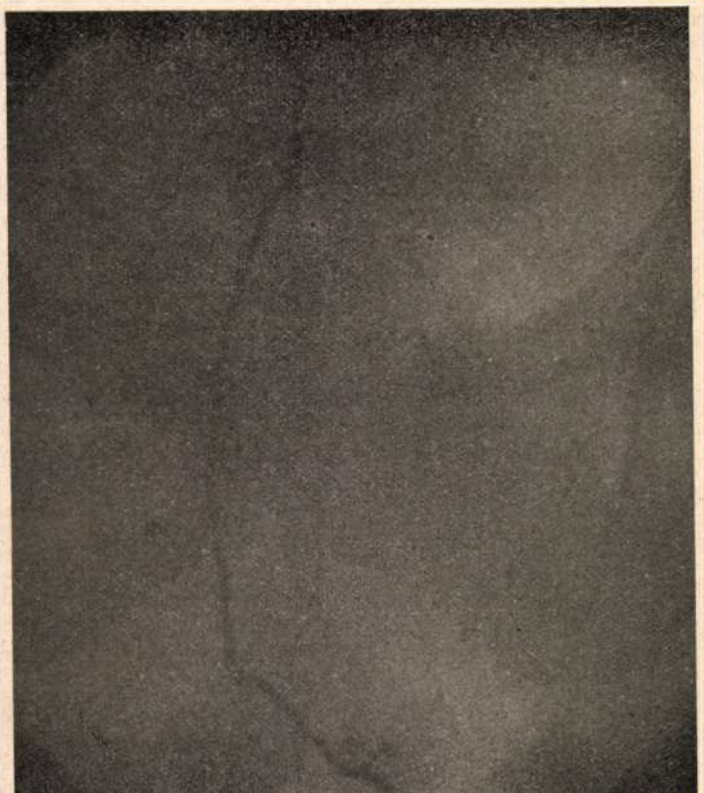
sérülés nincsen.

A nyakcsatornát csak annyira tágítjuk ki, hogy erős fogóval behatolhassunk és kissé visszagörbítve a méh falába fúródott drótot, azt kihúzzuk. Tamponálás.

Október 16. án 39·9° láz mutatkozott, úgyszintén bűzös folyás a hüvelyből. Hegarral jó ujjnyira kitágítjuk a nyakcsatornát és ekkor kitünik, hogy a méhben peterészletek vannak. Curettel eltávolítjuk a körülbelül 1½ hónapos petét. A láz másnapra engedett és a beteg október 25.-én gyógyultan hagyta el a klinikát.

Hosszas faggatásra és a bizonyítékok súlya alatt a leány bevallja, hogy a mosónéjuk végezte rajta ezt a dolgot, a ki már sok leányt segitett ki a bajából. Fájdalmat az eljárásnál nem észlelt, csak a drót kihúzásának kisérlete alkalmával.

Ezen közleményünk bevezető részében rámutattunk arra, hogy a magzatelhajtás a leggyakoribb sociális bűntettek közé tartozik. Alig van tehát olyan nőorvos, a kihez a krisis előérzetében ilyen esettel nem fordultak volna. A közölt esetet a sablonosság köréből két momentum emeli ki. Még pedig először az, hogy igazán szokatlan dolog, hogy kampósra görbitett és igy a nyakcsatornába nehezen bevezethető dróttal igyekezzenek elvetélést előidézni. Másodszor pedig, hogy a szer-



szám veszedelmes, mert kampós is, meg rozsdás is és mindennek ellenére sérülés a nemi szerveken nem történt és a drót rozsdás és piszkos volta daczára fertőzés nem fejlődött ki. Igaz ugyan, hogy ez nem a javasasszonynak az érdeme.

Az előbb is emlitettük és most is kell hangsúlyoznunk, hogy a magzatelhajtás, bármilyen szigorú büntetést is mérjen reá a törvény (a magyar b. t. k. 285. §-a 5 évig terjedhető börtönnel sujtja, a porosz b. t. k. 181. §-a még ennél is sokkal szigorubb, mert a halállal nem végződő magzatelhajtást 5—20 évig terjedhető fegyházzal bünteti), úgyszólván a hatóságok szemeláttára végzik. A társadalmi viszonyok okozzák azt, hogy maguk a hatóságok is szemet hunynak az egyes esetek előtt. Az ügyészség és a többi büntető hatóságok, a melyek talán valamivel szigorubban fognák fel kötelességüket, alig szereznek róla tudomást. A beteg, a mikor érzi tettének súlyos következményeit, rendesen ugyan orvoshoz fordul, de az orvost egyfelől köti orvosi eskűje és a köteles orvosi titoktartás, másfelől az orvos hivatását a betegnek gyógyitásában kell, hogy feltalálja és nem pedig büntető feljelentésekben.

tető törvényszék előtt alig fordul meg évenként 4-
elhajtási eset. Sőt a szigorú Franczia országban, a ho
larisatio folytán az ilyen eseteknek a legszigorub
nemcsak az állami, hanem egyenesen a nemzetfennta
követeli, 1897. évben össze-vissza csak 18 magzatel
pört tárgyaltak 49 vádlottal.

Az elég ritka, de gyakorlati szempontból i
eset átengedéséért hálás köszönetet mondok Ré
tanár úrnak.

Irodalom: *A. Müller:* De abortu medicale. — *Lewin*
ning M.: Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mit
Fritz: Über die Berechtigung der Vernichtung des kindl
und Rettung der Mutter. — *Fritsch H.:* Gerichtsärztliche
Brouardel P.: L' Avortement. — *Haeser H.:* Geschichte
Zemann: Sepsis nach Abortus. Centralblatt f. Gyn. 189
Petrasko: Abort nach Guajacol. Pest. med.-chir. Presse.
Corin: Krimineller Abort. Vierteljahresschrift f. ger. Med.
Spl. füzet, 177 oldal. — *Maschka:* Wiener med. Wochens
42. oldal.

V.

A Klapp-féle hydrokeleműtét értéke.

Közli: *Zilahy Jenő* dr., műtőnövendék.

Különböző értékűek azok az eljárások, mel
sebészeti kezelésben részesitjük a hydrokelét. Az eg
polás, a folyadék kibocsátása: kétes értékű bea
recidiva utána igen gyakori.

Nem biztositanak tartós eredményt a különbö
kendezések sem: alkohol, carbolsav, jodtinctura rége
nálatos szerek.

A hydrokele gyógyitása gyökeres műtét útjá
A módszerek különbözők és általánosan ismertek.
téti eljárások statistikájában a recidiva különböző s
szerepel.

A legradikálisabb a Bergmann-féle műtéti mó
a 2. számú sebészeti klinikán 1893. óta használnak
eredmények, a melyeket e műtéti eljárással klinik
értünk: a legfényesebben igazolják az eljárás értéke
tek legtöbbjében egyszerű, könnyű és gyors a b
A vérzést tökéletesen csillapítjuk és megfelelő köté
zása biztositja a zavartalan gyógyulást.

Ráskai[1] közleményében 50 esetről számol be
mindegyike a Bergmann-műtét után recidivamente
a lefolyása zavartalan volt. Eredményeink e
ideálisaknak mondhatók.

Az eddig használatos eljárások bármelyik
ritkán, de mégis támad utóvérzés, a mely igen
szövődmény.

Ennek meggátlására és a műtét egysz
gondolt *Klapp*[2] egy új eljárással, mely röviden a

Hosszanti metszéssel megnyitjuk a hydrokele
miután kibocsátottuk a folyadékot, a bőrsebbe
zsákot. Ezután történik a hydrokele boritékána
vékony varratokkal. Erre a czélra 2—3 cm.-nyi
egymástól csomós varratokat alkalmazunk úgy, ho
lemezen, azt kis részletekben felemelve, végig
fonalat, azután a fonál szabadon áthalad a here
tán. A here másik oldalán ismét beszúrunk és felfe
a fonalat az előbbihez hasonló módon. Czélszerű
előtt megcsinálni a varratokat. Ha ezeket a varrat
összehúzzuk, akkor a hydrokele zsákja dohányzac
húzódik össze és a tunica vaginalis savós felszinei
szorulnak.

A mint elvégeztük a varratok összehúzását:
jük a herét a dohányzacskószerűen összehúzott zsá
és a bőrt egyesitjük. A szerző ajánlja, hogy leh
metszéseket ejtsünk.

A műtét szerinte könnyen végezhető, bár több
kiván, mint az eddigi módszerek és hozzáteszi
ambulanter is végezhető.

tenez, de szerző szerint lényeges irányban különbözik tőle. Míg ugyanis Storp a tunica vaginalis propriát a többi lemeztől különválasztja, addig *Klapp* együtt hagyja azokat. Ezzel szerinte feltétlenül elejét vette a műtét után való haematomaképződésnek.

Klinikánkon *Klapp* szerint és némi módosítással 19 esetben végeztünk műtétet: az eredményről a kórtörténetek számolnak be.

1. D. György, 68 éves. Jobboldali férfiökölnyi hydrokele. Műtét Klapp szerint. A lefolyás zavartalan, a seb per primam egyesült.

2. Sz. Gábor, 15 éves. Baloldali tyúktojásnyi hydrokele. Zavartalan lefolyás után 9 nap mulva elhagyja a klinikát.

3. E. Mihály, 19 éves. Jobboldali tyuktojásnyi hydrokele. 10 nap alatt gyógyult.

4. J. Benedek, 24 éves. Jobboldali hydrokele, tyúktojásnyi. Műtét után a here kissé duzzadt, kemény. 10 nap alatt gyógyul.

5. N. István, 52 éves. Jobboldali gyermekfejnyi hydrokele. A zsák felhasításánál kitünik, hogy az szinte talpbőr vastagságú és üregéből czafatokkal kevert barnavörös folyadékot bocsátunk ki. A belső lemezen szürkésbarna lepedék, a melyet éles kanállal kaparunk le. A hydrokele zsákja nagy lévén, belőle tenyérnyi részt resekálunk és a műtétet Klapp szerint fejezzük be. A lefolyás alatt a beteg láztalan, de a varratok eltávolításánál az alsó sebzug kb. 2 cm.-nyi darabon szétválik és e nyilásból nyúlós barnavörös folyadék ürül. Gazecsikot vezetünk be és a lege artis kezelés után a sebüreg összehúzódik és a beteg három hét mulva gyógyultan távozik.

6. M. János, 36 éves. Baloldali gyermekfejnyi hydrokele. Zavartalan gyógyulás.

7. L. Gusztáv, 26 éves. Diónyi hydrokele funiculi. Zavartalan gyógyulás.

8. T. Lajos, 50 éves. Baloldali gyermekfejnyi hydrokele. A tunica vaginalisból kétujjnyi csikot resekálunk. Elzárás Klapp szerint. Zavartalan gyógyulás 10 nap alatt.

9. G. Lajos, 20 éves. Hydrokele bilateralis. A jobboldali férfiökölnyi, a baloldali tyúktojásnyi. Műtét Klapp szerint. 11 nap alatt gyógyult.

10. Sz. László, 54 éves. Jobboldali gyermekfejnyi hydrokele. Tartalma zavaros, fibrinczafatokkal kevert savó. Műtét Klapp szerint. Másnap a beteg lázas, ökölnyi haematoma, a műtéti sebet kinyitjuk és az üregből eltávolitjuk a véralvadékot. Lassú gyógyulás, sarjadzó sebbel távozik a beteg.

11. M. Dániel, 23 éves. Jobboldali ökölnyi hydrokele. Műtét Klapp szerint. 12 nap alatt zavartalan lefolyás után gyógyul.

12. T. Mihály, 22 éves. Jobboldali gyermeköklönyi hydrokele, erősen megvastagadott tunica. Műtét Klapp szerint. Zavartalan lefolyás. A here kissé duzzadt, kérges tapintatú.

13. G. Vilmos, 18 éves. Jobboldali diónyi hydrokele. Műtét Klapp szerint. 9 nap alatt gyógyult.

14. K. József, 15 éves. Jobboldali gyermeköklönyi hydrokele. Műtét Klapp szerint. 9 nap alatt per primam gyógyult.

15. H. József, 55 éves. Gyermekfejnyi jobboldali hydrokele. Féltenyérnyi darabot resekálva, Klapp szerint zárjuk. 10 nap alatt gyógyulás.

16. K. Ferencz, 54 éves. Előzőleg kétszer csapolták. Jelenleg jobboldali férfiökölnyi hydrokeleje van. A tunica vaginalist kimetszszük és Klapp szerint zárjuk. 10 nap alatt zavartalan lefolyás után gyógyult.

17. Sz. Gyula, 32 éves. Férfiökölnyi baloldali hydrokele. A tunicából gyermektenyérnyi darabot resekálunk és Klapp szerint zárjuk. 9 nap alatt gyógyult.

18. D. János, 56 éves. Férfiökölnyi jobboldali hydrokele. A tunicából gyermektenyérnyi darabot resekálva, Klapp szerint zárjuk. 8 nap alatt gyógyul.

19. Cs. Jenő. Jobboldali férfiökölnyi hydrokele. A tunica vaginalisból két ujjnyit resekálva, Klapp szerint zárjuk. 9 nap alatt gyógyult.

Tapasztalataink e műtéti eljárásról a következőkben foglalhatók egybe. Az új módszerre kiváltképen alkalmasak a kis hydrokelék. Eseteinkben, a hol diónyi egész ökölnyi hydrokelével volt dolgunk: e módszerrel teljes eredményt értünk el. Már nagyobb, férfiökölnyi, gyermekfejnagyságot elérő hydrokele esetében alkalmazva az eljárást: az eredményt nem mondhatjuk kecsegtetőnek; két esetünkben (4. és 12.) a műtéti seb bár primára gyógyult, a here tapintata kérges, kemény maradt a műtét után. Sőt oly alkalommal, a mikor egy nyolcz éve fennálló gyermekfejnagyságú hydrokelét operáltunk (10. eset), ökölnyi haematoma fejlődött. A műtéti eljárás legfőbb előnyének mondott hasznát nem észleltük. A haematoma fellépett akkor is, a mikor a műtéti eljárás alkalmazásának első idejében némi módosítással operáltunk. A gyermekfejnagyságú hydrokelénél (5. eset) a tunica vaginalisból egy csikot resekáltunk, hogy az összehuzandó lebe-

volt. Ökölnyi haematomát kaptunk.

Így nyert tanulságainkat felhasználva, az ezut kező eseteinkben a módositást erélyesen viszszük Nagyobb darabot resekálunk a hydrokele zsákjából zárást végezzük Klapp szerint.

Az eredmény ezután már teljes volt. Operált a legrövidebb idő (8—10 nap) alatt gyógyultak. H egy esetben sem lépett fel. A Bergmann-féle radikál kele-műtét ilyen módon az új elzárás módszeréve nálódott.

Klinikánkon a Bergmann-féle eljárással végzett minden tekintetben teljes eredménynyel jártak. A m nikája igen egyszerű, Klapp eljárása bonyolultabb é vaginalis belső lemezén átvezetett 5—6 csomós varra gesen meghosszabbitja a műtét idejét s az eredm jobb, mint a Bergmann-féle műtétnél.

Klinikánk vezetőjének, Réczey tanárnak á szerint a Bergmann-féle eljárás biztos eredményt régebbi eredményeink a továbbiakkal együtt igaz hogy nincs okunk attól eltérni.

Irodalom: 1. *Ráskai:* A hydrokele gyökeres műtéte Dolgozatok a 2. számú sebészeti klinikumról. III. rész, 2. *Klapp:* Die Behandlung der Hydrokele nach einem neuen Deutsche Zeitsch. f. Chir. 74. köt. 354. lap.

VI.

Ritkább emlődaganatok.

Közli: *Parassin József* dr., műtönövendék.

Tuberculosis mammae.

Még csak két évtizeddel ezelőtt *Virchow*-val eg más szerzők is kétségbe vonták a tuberculosis ma mint önálló kóralaknak a megjelenését. Azóta ismerj valamint *Ohnacker* kimerítő vizsgálatait, nem kev szerző tollából mintegy 75 eset ismertetését, a minden kétséget kizárólag el kell ismernünk az e tuberculosus jellegű megbetegedésének a létezését.

Természetesen az emlő tuberculosisáról szólva n lünk egyszersmind a megbetegedés primaer voltáró emlő elsődleges gümősödése a legritkább kóralako *Salomoni*, a ki 7 esetét ismertette az emlő tubercu kivételesen ritka megbetegedésnek tartja a primár szerinte az emlőtuberculosis majdnem mindig thrombu eredetű. Primaernek biztosan csak a bonczolat tudja tani, vagy megközelítő biztonsággal élőben is felveh a többi szerveket s az egész egyént ilyen irányb pontosabb vizsgálatnak vetjük alá. Az irodalom őri nagy részében vagy egyáltalán nem történt me szervek ilyen irányú pontos vizsgálata, vagy a megejt latok más szervekben is felfedtek gümős változásokat irodalom mindössze körülbelül 7 biztos primaer mam culosist említ, a melyek mellett még egy nem köz van tudomásom, melyet *Verebély* bonczolt; a hol tünetek alapján egy abscedáló mastitisből kiindult s tételeztek. A bonczolat miliáris tuberculosist talált, emlőben székelő és histologiailag gümősnek bizony tályog volt csak képes megmagyarázni.

Esetünkben sem állunk szemben primaer megb az emlőnek, de tekintve, hogy annak tuberculosisa secundaer alak is, localisatiojánál fogva a ritkább közül való, megérdemli, hogy foglalkozunk vele.

K. Gáborné, 24 éves, férjes munkásnő. 1903. február 14 fel a klinikumot. Előadja, hogy betegsége egy év előtt k mely időben szoptatott. Jobb emlője fájdalmas és duzza annyira, hogy gyermekét el kellett választania. Nem sok emlője kifakadt és belőle tetemes mennyiségű geny ürült, bár kisebb arányban, de állandóan van genyes kifolyása. Ba már orvosi kezelés alatt állott a felvétel napjáig, de kedvez az orvosi kezelés sem volt képes betegségét befolyásolni. tüdőbajos, köhögős senki sem volt, ő maga is egész egy

A középtermetű, elég jól táplált nőbeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Bőre, valamint a látható kötő- és nyálkahártyák halványak. Láták középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Nyak középhosszú, részarányos; mellkas mérsékelten dombordad, légzésben a jobb mellkasfél kissé elmarad. A bal kulcsfeletti árok kissé besüppedtebb, a hol is a kopogtatási hang tompult, nem kevésbé ilyen a kopogtatás hangja hátul a bal spina felett is, a mely területek érdes be-, s megnyúlt kilégzést és néhány ronchust hallatnak. Egyebütt és a jobb oldalon teljes éles, nem dobos a kopogtatási hang sejtes légzéssel. Absolut és relativ szívtompulat rendes, szív és nagy erek hangjai gyengék, de tiszták.

A jobb emlő térfogata az egészségesnek mintegy másfélszeresére nagyobbodott. Az emlő felső-külső, valamint alsó-belső negyedében szabálytalanul elhelyeződött szürkés, fungosus sarjaktól fedett és a mélybe vezető sipolyjáratok láthatók, a melyekből úgy önként, mint nyomásra törmelékes geny ürül. A mamma egészében keményebb, alapja felett eltolható, a fedő bőr azonban a sipolynyilások körül rögzített; bimbó kissé behúzódott.

Műtét 1903. február 21.-én, a mamma amputatioja. A sebszélek per primam intentionem egyesültek, s a beteg márczius 12.-én gyógyultan távozik a klinikumról.

A kiirtott emlőmirigy egy meglehetős nagy, szabálytalanná képződött üreget rejt magában, a mely számos kisebb, kifelé a bőr felé törekvő sipolymenetnek, s a már leirt négy nagyobb kifelé nyiló fistulának volt a központja. Mindeme járat, s az üreg maga is 1—2 mm. vastag bozontos sárgásszürke hártyával volt kibélelve. A mirigyszövet a daganat körül meglehetős terjedelemben fehéres, fibrosusan keményedett. Az üregben sárgás, sajtos, törmelékes geny.

A mi a bántalom előfordulási alakjait illeti, a szerzők nagyobb része kétféle alakját veszi fel az emlő tuberculosisának, ú. m. a disseminált és confluáló, tályogot képző alakot. *Camìniti* a solitaer alakot is ajánlja felvenni a pontosabb osztályozás czéljából. Behatóbban vizsgálva azonban a tuberculosis emlőbeli eseteit, *Ohnacker* nek adok igazat, a ki ilyen megkülönböztetésekre nem talál alapot. Önálló pathologiai alakról itt nem lehet beszélni. A mamma tuberculosisának előfordulási alakjai között csak fokozati, időbeli különbségeket helyes felvenni. Mert ma még talán a folyamat solitaer ott az emlőben, később ugyanabban disseminált vagy még később confluáló, tályogot alkotó lehet. *De Vecchi* esete is ennek a felvételére jogosit, a hol a jobb emlőben a disseminált alak partialis elhalással és széteséssel (hideg tályog) együtt fordult elő, a hol tehát a fejlődésnek két stadiumát leshetjük el. Az egyes alakok gyakorisága is az előbb mondottakat erősíti. *Salomoni* és más szerzők szerint a confluáló alak a leggyakoribb. Ez természetes, mert maga a folyamat lassú, lappangó fejlődésű, és solitaer vagy disseminált változataiban nem is igen okoz olyan tüneteket, melyek miatt a beteg magát már előbb mutatná az orvosnak, hogy segitségét kérje. Esetünkben is valószinűnek tartom, hogy a disseminált alak már régebben fészkelt tünetek nélkül a mirigy állományában s a tályog rohamosabb fejlődését a tünetek intensiv megjelenésével együtt a terhesség, illetve a lactatio váltotta ki. Ennek a lehetőségét, hogy t. i. az emlőben rejlő lappangó elváltozások megélénkülnek a terhesség, illetve a lactatio alatt, a mely állapot az emlőmirigyet természetszerűleg izgatja és működésre készteti, jóllehet *Dubar* tagadja, még sem lehet elvitatni. Elismeri ezt vele szemben *Mandry* is, nemkülönben igazolja *Le Dentu* esete is, a kinek egy betegénél a hónaljmirigyeknek már tizenkét éves baja állott fenn, mikor a beteg terhes lett. A terhesség után emlőjében egy göböt vett észre, a mely göb a nemsokára beállott második terhesség alatt rohamosan megnövekedve, tályoggá esett szét.

A folyamat rendesen mint *galactophoritis* vagy mint *perigalactophoritis* veszi kezdetét. A chronikus gyuladás a középpontban megindúló széteséshez, tályogképződéshez vezet. A terjedésre és hegesedésre egyaránt hajlamos. Keresztül-kasul húzódó hegek szövik át az emlőt és sokszor zsugoritják is azt. Ép oly szabálytalanul, mint a hegek, sipolyok is képződnek, melyek a taplósan bélelt tályogból indulnak ki, illetve oda futnak össze. A folyamat terjedése retrograd s a nyirokpályákon történik a környező mirigyekre s általános fertőzéshez vezethet primaer alaknál. Az anatomiai substratum, a gümő

környi elhelyezésü magvakkal biró óriássejtekből

Az emlőtuberculosis oktanát *Reerink* igyek világitani. Szerinte vagy kivülről közvetlenül jutna okozó csirok, melyek behatolási kapuja a mirig csöveiben lehet; vagy a szomszédságról terjed át és végül a vérpályák útján is történhetik fertőzé trauma itt is lehet alkalmi ok, úgy hogy vagy ka kivülről történhető közvetlen fertőzésnek, ú. n. „bec *(Jones)* vagy megtelepedési talajává válik a sérül esetleg már beteg szervezet tuberculosis-bacillusok leukocytáinak.

A környező mirigyeket, nevezetesen a hónalj gyakran találjuk bevonva a bántalom körébe. Gy folyamat előrehaladottabb szakaiban, mint kezdetb ismert beszűrődéses vagy már sajtosan átváltozott találjuk.

Az emlő tuberculosisa úgyszólván kizárólag nő elő. Tudomásom szerint régebben *Horteloup* irt l férfinál, melynek tuberculosus voltát azonban kétsé s újabban még egyet *Poirier* és *Morestin* ismertet is valószinűleg befolyással van a megbetegedésr fanosodás előtt nem észleltek, de az esetek legnag lékában a klimakterium előtt jelentkezett.

A kórisme a legtöbb esetben nem könnyű folyamat csak kezdeti és a mirigyállományban n göb vehető észre, addig az újképződések jönnek diagnostikai szempontból komolyabb számitásba. tályogképződés alatt már összetéveszthető a masti nak induratiós vagy tályogos kórképével. Diagno előrement scrophulosis alapján, útmutató lehet a f ismerésére a gümős terheltség. Teljesen biztositja a szövettani vizsgálat, nemkülönben a bacillaris állatoltások positiv volta.

A prognosis primaer esetekben és a mikor nyezet nem vesz részt a folyamatban, tehát a m vezet gyökeres sebészeti beavatkozással teljesen ható a kóros részektől, kedvező. Ellenben, a kört képest jóindulatú anatomiai jelleg mellett is, n klinikai lefolyásban nyer kifejezést, nem sok r Súlyositja nem egyszer a prognosist az a körülmé a kóralakot csak későn ismertük fel.

Helyes gyógyitása csak az emlő teljes eltávol az esetlegesen kóros hónalji mirigyek kiirtásával göbök kimetszése, vagy egyszerű kikaparás nem nünket a recidiva ellen.

Echinococcus mammae.

Ha a legújabb idők parasitologiai, illetve l kutatásainak bámulatot keltő eredményeit szemléljkel a kórokozó élődiek morphologiai és biologiai felfedte előttünk, csodálkozva látjuk, hogy az sajátos localisatiojának kérdése még mindig men lyos. A gordiusi csomót itt is a dispositio és a l resistantiae hangzatos kifejezések emlegetésével vá tül, a nélkül, hogy megoldhatnók.

Igy vagyunk az echinococcus hominissal is. hypothesisünk a bevándorlási és tovahaladási ut ott vannak *Siebold*, *Leuckart*, *Küchenmeister*, *Nau Finsen* stb. állatkisérletei, melyek megközelitőle hogy az élődi petéje a gyomorbélhuzam útján ju Azt azonban, hogy az élődi embryoja, miután a tokját vesztette, milyen úton lép ki a tápcsat szervezet egyéb részeibe, még nem vagyunk k mondani. Nem még arra a szervre vonatkozólag se az echinococcust leggyakrabban látjuk megtele májban, melynél szintén nagyon kérdéses, vajjon a nyirokutakon kapja-e az élődi petéjét.

Előfordul minden szervben, de az emlő dag annak echinococcusa a legritkább localisatioi k *Billroth* szerint az újdonképződés nélküli tömlők

heterogen eredetre vall.

V. Jánosné, 50 éves. Felvétetett 1904. február 1.-én. Előadja, hogy emlőjében hét hónap óta veszi észre, hogy egy daganata van, a mely ezen idő alatt mogyorónyiból mai nagyságára növekedett. Kellemetlenségeket azonban neki nem okozott.

A jobb emlő felső külső negyedében egy galambtojásnyi terimenagyobbodás tapintható, mely az alaphoz nem rögzített, felette a bőr ép, ránczokba szedhető. A terimenagyobbodás sem önként, sem nyomásra nem fájdalmas. A kórismét fibroma mammaera teszszük. Műtét 1904. február 13.-án somnoform-narcosisban. Bőrmetszés a daganat legnagyobb domborulatán, 8 cm. hosszan, sugárirányban. A daganatba bemetszve kiderül, hogy az elgenyedt ecchinococcus; benne mintegy 40 gm. geny és egy galambtojásnyi kis tömlő viztiszta tartalommal, a melyekben a jellegzetes horgokat felleljük. A kissé elmeszesedett tömlőfalat sikerül onnan kés és olló segítségével teljesen kiirtani. Szűcsvarrat. Kötés. Per primam gyógyulás.

A megbetegedés oktanát a kutya galandféregpetéinek, mint tudjuk, a gyomorba, bélhuzamba jutása, s az egyén ily úton való fertőzése adja. Ott, és annál gyakoribb tehát a kóralak előfordulása, a hol és minél több kutya tartózkodik az ember közelében. Ezért leggyakoribb e megbetegedés Izlandban, hol úgyszólván minden 6. ember szenved ez élődi okozta betegségben. Igen érdekes aetiologiai momentumot találunk *Psaltoff* esetének anamnesisében, a hol a nő 15 évvel az első szülése után igen erős fájdalmas feszülést érzett emlőjében. E fájdalmak enyhítésére ő két kicsiny kutyakölyket helyezett mellére, és emlőjét azokkal több napon át szopatta. Néhány hónappal később, ott a hol *Psaltoff* az echinococcus-cystára akadt, az emlőben egy babnyi nagyságú, lassan növekvő keménykedés keletkezett, a mely azonban a nőnek kellemetlenséget nem okozott.

A mi az echinococcus mammae alakját illeti, az eddig közölt esetek majdnem kizárólag unilocularis cysták voltak. Egyetlen esetet őriz a világirodalom, mely *Goinard* és *Sergent* közlése, melyben a szerzők exogen fejlődésű leányhólyagokat is találtak. A lefolyás legtöbb esetben subjectiv és objectiv tünetek nélkül való.

A kórisme megállapitása a megbetegedés emlőben való localizálódásának rendkivüli ritkasága miatt, meg sem kiséreltetik. Az irodalom eseteiben mindig a műtét alatt ismertetett fel annak jelenléte. Tünetei a cysta tünetei. Rendesen a cystikus adenoma, vagy egy gümős tályog felvétele zárja ki az echinococcus kórképét. Traumatikus behatások után gyuladásba és genyedésbe mehet át s ekkor ugyancsak tályoggal téveszthető össze.

Therapia biztos kórisme esetében a csapolás és jodoform-glycerin-emulsio befecskendése; de legbiztosabb gyógyeredmény mindenesetre a tömlő, nagyobb daganatoknál pedig, hol azok az emlőmirigy sorvadását vonták maguk után, magának az emlőnek is a kiirtásától várható.

Míg a máj echinococcustömlői absolute nem ritkák, addig, mint már emlitettük a bőr, illetve a bőr függelékei, igy a mamma burkonytömlői is, a csontokéival együtt a ritka alakok közé számitandók. A csontok echinococcusait emlitve legyen szabad két idevágó esetünket megemlitenem, melyek mindegyike ritkán látott variatioja a burkonytömlők megjelenésének. A két eset érdekességét növeli az, hogy mindkettőnél a tetemes nagyságú medenczecsontbeli echinococcustumor a tüdőkben is hozott létre hasonló elváltozásokat, oda plántáltatván a parasita kórokozó csirái. Az ilyen tüdőbeli echinococcusok *Frey* és *Madelung* statisztikái szerint az összes echinococcusok 12%-át, *Neisser* szerint csak 7%-át teszik. Az egyik esetet, melyet már *Réczey* tanár 1876-ban közölt e lap hasábjain, csak a bonczjegyzőkönyv idevágó részletében emlitem fel újra:

„A jobboldali névtelen csontnak lemezei mogyoró, egész gyermekökölnyi tömlők által szétnyomattak, sok helyen borsó-, krajczár-, egész tallérnyi likaktól áthatottak, úgy hogy finom, a medenczecsontok rendes, kissé nagyított alakjával biró hálózatot képeznek, melyben az emlitett tömlőkön kivül a medenczecsontoknak fekete, szétmálló maradékai fekszenek diónagyságú darabokban. Az izvápa alapja hiányzik, a czombcsont fejecse a medenczecsontok lemezei közé fúródott s az 1. és 2. keresztcsontluk táján a keresztcsont jobb feléhez támaszkodik. A keresztcsontnak jobb fele mellső felületén többszörösen átlukasztott

evet ürít. A czombfejecs, valamint a czombnyak szintén ap
tartalmazó hézagok által lukacsossá, törékenynyé van téve.
nyak érintkezési helyén a czombcsont testével haránt
A czombcsont testének felső harmada lukacsos, töréken
érdes, kimaródott; kéregállománya alig 1 mm. vastagságú
csont alsó törvége a felsőnek külloldalán felcsúszott."

„*A jobb tüdő felső lebenyének alsó részében* egy kis al
ságú sima, vékony kötszöveti hártyával bélelt űr, mely ge
málló kocsonyaszerű hártyát tartalmaz."

Másik esetünk újabb időből való (Klinikai
V. kötet 210. lapján közölve); bonczleletéből ide igt
vetkezőket:

„A sacrum jobb fele, az ileo-sacralis izület, az egész
os pubis, os ischii, valamint a jobb femur felső felét, egy k
sok helyütt csontosfalú üreg foglalja el, a mely két nyilás
nyilik s a mely az emlitett csontok hatalmas felszivódásából
széteséséből származott. Az üreg falai a medenczecsontok
helyt még tisztán csontlemezből alkotottak, mig a czombcs
felelően tisztán kötőszövetesek. Az üreg felső részlete c
likaktól áthatott, mintegy szűette, mogyorónyi, egész kisalm
szürke csontdarabokkal megtöltött, a melyek sűrű bűz
áznak, és az üreg falainak nyomásánál egymással szemben
tatioval mozgathatók. Az üreg alsó felébe belenyúlik a
apró canalisoktól áthatott czombcsont, a mely a czombc
femur közepén, épen az üreg alsó határának megfelelően
a fejecs porczától megfosztott, és a lig. teresnél fogva az
maradványához rögzített; a czombcsont diaphysisét pedig
rainak megfelelően laza granulatio zárja el. Az os pubis me
egy a főüregtől izolált gyermekökölnyi üreg fekszik a
kötőszövetben, mely a hólyagot hátra- és lefelé szorítva,
nagyobb fiatal echinococcushólyagokkal. Sehol egyebütt fr
át nem ázott csontállomány nem található. A sacralis csa
üreg felé pyogen, részben csontos fal zárja el, úgy hogy a
tebralis megnyitva sehol sincsen.

A csontrendszer egyéb helyén echinococcus-burj
található.

A bal tüdő egész kiterjedésében lószőrpárnatapintatú,
nyében néhány mogyorónyi tömöttebb göbbel. Metszlapján
felső lebenyei halvány rózsaszínűek, bőven üritenek halvány,
az alsó lebeny voltaképen egy cm. vastag kötőszövetes falú
a mely sűrű, bűzös gyenynyel és ebben nagyszámú kise
részben ép, részben összeesett echinococcus-hólyagot tarta
petyhüdten sarjadzó pyogen membranától bélelt, sehol felism
állományt nem tartalmaz. Maga a tályogűr pedig tág össz
áll az alsó lebeny főbronchusának maradványaival. A bal
lebenye halvány rózsaszínű és bőséges savóval telt. Az
élénkpiros, légtartalmában megfogyatkozott, állományába
metszlapon kiemelkedő, szürkés-rózsaszínű, finoman szem
broncho-pneumonikus gócz. A légutakban mindenütt na
vörhenyes savó.

Diagnosis: Echinococcus abscedens ossis sacri,
ischii et femoris lat. dextri. Fract. femoris duplex
Incisiones factae. Echinococcus abscedens lobi inf
dextri. Pleuritis adhaesiva consecutiva lat. eiusdem.
et atrophia parenchym. univ. Bronchopneumonia d
in stadio hepatisationis gris. rubrae lobi inf. sin. I
adiposa myocardii. Oedema pulmonum.

Lipoma mammae két esete.

Az emlő lipomáit is joggal a ritkább dagan
számithatjuk. Sokkal gyakrabban van alkalmunk
megfigyelni ilynemű daganatokat az emlőkörüli tája
magában a mirigyben. A mirigyhez való viszonya
dig ugyanaz, s ez a körülmény arra késztet, hogy
osztályozást állapitsunk meg e tekintetben. *Estrade*
világirodalomból összegyüjtött 21 eseten tanulm
lipoma mammae alakjait: subcutan, retromammaris
glandularis lipomákat különböztet meg a regio mar
a hol ugyancsak *Ribéraud* ezeken kivül még az
diffus vagy circumscript daganatokat is osztályozz
azonban az emlő lipomáit csak a bőralatti zsirszöv
mazóknak mondja, oly módon, hogy úgy az intrag
mint a retromammaris lipoma a bőralatti zsirszövetb
mintegy a mirigy szövetébe vagy a mirigy mög
Mindkét esetünkben valóságos intraglandularis li
láltunk.

1. *Özv. H. Nándorné* Felvétetett 1903. szeptember hó
előtt vette észre, hogy bal emlőjében egy kis diónyi nagys
van, mely azóta lassan, fokozatosan, de mindinkább nagyob

voltak. Gyógykezelés alatt nem állott.

A bal emlő teriméjében megnagyobbodott, lecbb lóg a jobbnál. A bimbó behúzódva nincsen, a bőr felette mindenütt ép és ránczokba szedhető. Az emlőben almanagyságú, rugalmas tapintatú, göbös, egyenetlen felületű, mozgatható térfogatnagyobbodás tapintható, mely nyomásra nem fájdalmas.

Műtét 1903. szeptember 18.-án Schleich-féle anaesthesiában. A bal emlő külső-felső részében, a bimbótól felfelé egy körülbelül 6 cm. hosszú bőrmetszés. Rétegről rétegre haladva befelé, a daganat tokjáig jutunk, melyet megfeszitünk s ezután a kis férfiökölnyi daganatot kibuktatjuk. Vérzéscsillapitás, bőrvarrat. Per primam egyesülés.

A daganat lipomának bizonyul, közepén egy mogyorónyi ellágyult törmeléket tartalmazó üreget találunk.

2. *G. Gyuláné.* Felvétetett 1905. szeptember 18.-án. Egy év óta figyeli meg, hogy bal emlőjében kemény göböcskék keletkeznek. Ezek neki fájdalmakat soha nem okoztak. A bal emlő nagyságban nem különbözik a jobbtól. Az emlőt fedő bőr mindenütt ép. Az emlőbimbó és udvara semmiféle rendellenességet nem mutat. Az emlő belső-alsó negyedében két mogyoró- egész diónagyságú göb tapintható, melyek alapjukhoz nem rögzítettek s az emlővel és az emlőben is mozgathatók.

Műtét 1905. szeptember 27.-én chloroform-narcosisban. A daganat felett 8 cm. hosszú sugárirányú bőrmetszést ejtünk, és a bőralatti kötő- és zsirszöveten át ujjal tompán haladunk a daganatig. Előbb kiemeljük a nagyobb, majd a kisebb göböt, melyekről kideriil, hogy lipomák. Bőrvarrat. Per primam egyesülés. A szövettani vizsgálat a lipoma typicitásával igazolta a klinikai kórismének helyességét.

A mi az emlő lipomáit illeti, azok inkább fordulnak elő nőknél, mint férfiaknál. A kort illetőleg pedig, inkább azt látjuk, hogy a 30—50 évek között, nőknél a menostasis után szokott fellépni.

Kóroktanára vonatkozólag hangoztatják, hogy a helybeli, állandóan tartó izgalom elősegitőleg hathat a lipomák fejlődésére. Ilyen hatást vél *Ribéraud* is a chronikus mastitisben találni, midőn az emlőlipomák és a chronikus emlőgyuladások között oki kapcsolatot lát. Az emlő lipomái is, épen úgy, mint egyéb másutt székelők, hatalmas nagyságot is érhetnek el, mint milyent például *Hegetschweiler* irt le tüzetesen. Nagyobbára azonban csak dió- egész almanagyságúak vannak leirva.

Kórismét legtöbbször csak a műtét alatt adunk, már a daganat kifejtése után. A kórisme felállitásánál a már emlitett mastitis chronica jön tekintetbe. Könnyű azonban a kettőt elkülöniteni a fájdalmasság tünetével; mig a mastitis chronica mindig fájdalmas, addig a lipomák ilyen tünetet nem okoznak, sőt nem ritkán a beteg tudtán kivül fejlődnek. Összeállása néha az adenofibromát juttatja eszünkbe, mig a fibrosus szövet teljes hiányával szinte hullámzást éreztet velünk, a mi cystákat sejtetne. Valódi hullámzást is adhatnak a lipomák, ha nagyobb kiterjedésben esnek szét a középben, a mint annak kisebb fokát egyik esetünkben mi is találtuk. Az ilyen, a daganatban végbemenő degenerativ elváltozásokat *Targett* zsirnekrosisnak tartja.

Az esetek közlésre való átengedéséért Réczey tanár úrnak köszönetet mondani kedves kötelességemnek tartom.

Irodalom: *Bergmann-Bruns-Mikulicz*, Handbuch der praktischen Chirurgie. 1900. — *Ziegler*, Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1902. — *Kocher*, Encyklopädie der gesamten Chirurgie. — *Pitha-Billroth*, Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. 1869. — *Schmidt*, Geschwülste der Brustdrüsen. Bruns' Beitr. IV. Bd. XLII. — *Bartsch*, Über Tuberculose der Brustdrüse. Inaug.-1901. — *Bérard*, Thèse pour le professorat. Diagnostic des tumeurs du sein. 1842. — *Pluyette*, Tuberculose mam hebd. de méd. et de Chir. 1900. No. 104. — *Levings*, Tub the mammary gland. Journ. of the americ. med. assoc. 190 — *de Vecchi*, Su di un caso di tubercolosi mammaria. 1902. No. 8. — *Orthmann*, Über Tuberculose der weiblich Virchow's Archiv Bd. 100. p. 365. — *Warthin*, The coexist noma and tuberculose of the mammaria gland. Americ. jo med. sciences 1899. Juni. — *Carle*, Tuberculose mammaire dom. de méd. et de Chir. 1899. sept. — *Caminiti*, Sulla primitiva della mammella. Rif. med. 1903. No. 32., 33. Tuberculose de sein. Bulletin société anatom. de Paris 190 *Virchow*, Archiv Bd. II. pag. 679. — *le Dentu*, Revue de Chi 1881. — *Astley Cooper*, Darstellung der Krankheiten der — *Velpeau*, Maladies du sein. 1854. — *Johannet*, Tumeur du. sein, avec tubercules pulmonaires. Revue médico-chirur p. 301. — *Horteloup*, Thèse d'agrégation. 1872. Tume chee l'homme. — *Ohnacker*, Tuberculose der Brustdrüse. A Chir. Bd. 28. — *Poirier*, Le tubercule du sein chez la fem l'homme. Arch. gen. de med. 1882. Vol. I. — *Villar*, Un c culose mammaire avec examen histologique et inoculation Gaz. des Hôp. 1894. LXVII. 65. — *Rémy et Noel*, Mamm leuse récente adénome ancien. Bull. de la soc. anat. J *Reerink*, Beitr. zur Lehre von der Tuberculose der weibl drüse. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 13. 1895. — *Lotheiss* berculose der Mamma. Wiener klin. Wochschrft. 1897. — cular tumour from male mamma. Pathol. soc. Transact. Bd 123. — *Walther et Pilliet*, Tuberculose mammaire double. soc. anat. Avril 1895. — *Pisano Ugo*, Contributo allo studi e della tubercolosi della mammella. Policlinico III. 1896. *Müller Ludwig*, Tuberculose der Brustdrüse. Inaug.-Diss. 1892. — *Sabrazès et Binaud*, Sur l'anatomie pathol. et la p la tuberculose mammaire de la femme. Arch. de med. ex VI. 6. — *Dubar*, Des tubercules de la mammelle. Thèse. P *Salomoni*, Sulla tubercolosi della mammella. La clinica chir No. 4. — *Jones*, Case of primary miliary tuberculosis of Medical Press. 1901. March 27. — *Schifone*, Tubercolosi pr mammella. Gli incurabili 1901. — *Ernst Heinrich*, Beitrag der Tuberculose der Mamma. Inaug.-Diss. München Hof. 18 De la tuberculose mammaire. Genève. 1891. — *Mandry*, der Brustdrüse. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 1891. — *Spedia* berculose der Brustdrüse. Moleschott's Untersuchungen. 18 4. pag. 405. — *Demme*, Ungewöhnliche Localisation der Tu Kindesalter. 26. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'sc spitales. Bern. 1889. — *Gandier* et *Péraire*, Contribution à la tuberculose mammaire. Revue de chir. 1895. No. 9. — Die Tuberculose der Brustdrüse. Inaug.-Diss. Marburg. 1892 Einige Fälle von Tuberculose der Brustdruse. Bruns' Beitr. Bd. VIII. — *Park Rosswell*, Tuberculosis of breast and Med. News. Nov. 1896. — *Fiorentini*, Giorn. italian. d *Sasse*, Über Cysten u-cystische Tumoren der Mamma. Archiv Bd. 54. — *Longo*, Un caso di cisti da ecchinococco mella. Rif. med. 1895. Vol. I. p. 503. — *Le Conte*, Hydatid the breast. Amer. journ. of the med. scienc. 1901. — *La Vitrac*, Kyste hydatique du sein. Société d'obstétérique etc. med. de Bordeaux. 1897. No. 21. — *Goinard* et *Sergent*, tique de la mammelle. Archiv. provinc. 1897. No. 11. Kystes hydatiques de la glande mammaire. Thèse de Pa *Psaltoff*, Kyste hydatique du sein. Gaz. des hôp. 1898. *Hegetschweiler*, Inaug.-Dissert. Zürich 1865. — *Begouin*, L glandulaire du sein. Journal. de med. de Bordeaux. 1892. Lipome de la region mammaire. La Province medic. 1896. *Targett*, Concretion in a lipoma of the breast. Pathological London. The Lancet 1896. March 7. — *Riberaud*, Des lip région mammaire. Thèse de Paris. 1898. — *Estradère*, Quel lipomes du sein et de la region mammaire. Thèse de Bor

Budapest, 1906. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szán

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁN
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szer 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb t mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kétly László: Közlemény a kir. m. tud.-egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A chylusszerű trans- és exsudatumokról két eset kapcsán. 226. lap.

Herzog Ferencz: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem idegklinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.) A látópálya, a ganglion opticum basale és a harmadik agygyomor fenekének rostozata a szemgolyók atrophiájának egy esetében. 228. lap.

Székely Ágoston: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. Adatok a fertőző betegségek kisérletes kór- és gyógytanához. 232. lap.

Tárcza. Bókay János: Mozart halálának oka. 233. lap. — **Elischer Gyula**: A laparotomia visszatekintőleges megvilágitásban. 234. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Herczel Manó:* A féregnyúlványlob kór- és gyógytana. 235. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Biberfeld*: A novocainról. (Marikovszky.) — *Általános kór- és gyógytan. Dungern*: Az emberi és a marhagümőkór fertőző képességére vonatkozó összehasonlító vizsgálatok. (Picker Rezső.) — *Bevan*: Az actinomycosis gyógyitása. — *Belgyógyászat. Brieger*: A gyomorbetegségeknél alkalmazandó vizgyógykezelés. — *W. Bain*: Az epekőbetegség gyógyitása. — *Idegkórtan. Schüssler*: A véres idegnyújtás tabesban. (Kollarits Jenő.) — *Marinesco*: A baraesthesia viszonya más érzésfajokhoz. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Blake*: A hiányos fejlődése. (Pólya.) — *Fischer*: Fibrolipoma a gyomron. *Schwarz*: Az emlőrák sebészeti gyógykezelésével elért eredménye (Pál.) — *Gyermekgyógyászat. Stoos*: Iróval táplált gyomorbélbaj (Flesch Ármin.) — *Marfan*: A gyermekeknek gümős meg való hajlandósága és ennek prophylaxisa. (Singer Gusztáv *közlemények az orvosgyakorlatra. Lieven*: Jodismus. — *Spitzmüller* neuralgia. — *Magyar orvosi irodalom.* 236—239. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Kinevezés. — Megerősités. — Sc — Egyetemi alkalmazások. — Küzdelem a venerea betegség Belügyministeri körrendelet. — Vizgyógyintézeti jelleg adomány budapesti VII. kerületi orvostársaság. — A budapesti orvosi segélyegylete. — Tisztiorvosi vizsgák. — Tisztiorvosi vizsgára el sus. — „Székesfehérvár és Fejérmegye tüdővész ellen védekező eg Tátrafüred kimutatása. — Elhunyt. — Kisebb hirek külföldről. tanár tanszéke. — Magyar orvos Ausztráliában. — Nemzetközi tá — A budapesti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentő-egy főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. Orvos Közkórházi Orvostársulat — Budapesti kir. orvosegyesület se osztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szak

Mellékletek. Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning „Pyran prospectusa. — G. Hell & Comp. czég „Rheumasol" czimü prospe

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. m. tud.-egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.)

A chylusszerű trans- és exsudatumokról két eset kapcsán.

Irta: *Kétly László* dr., egyetemi magántanár, belklinikai adjunktus.

A pleura ürében kóros viszonyok közt keletkező folyadékfelhalmozódások chylosus természete különböző okokból származhatik, igy a ductus thoracicusból nyirokpangás folytán vegyülhet chylus a mellüri folyadékhoz diapedesis útján, a nélkül, hogy a nyirokutak folytonossághiányt szenvednének. Tuberculosisnál vagy a mellhártya rosszindulatú daganatainál azonban a d. thoracicust érő nekrotizáló folyamatok is megnyithatják a nyirokút falait és okai lehetnek a chylus kiömlésének. Mindez esetekben e hozzákeveredés mint igazi chylus ismerhető fel a folyadék górcsői vizsgálatánál az által, hogy durvább zsírcseppek nem láthatók benne, hanem csak igen finomak, a melyek csak igen nagy nagyitással vehetők ki, nagyságukban mikrococcusokra emlékeztetők és rendesen az úgynevezett *Brown* féle molekuláris mozgást mutatják. A mikroorganismusokkal szemben száraz praeparatumokban kevésbé festhetőségük és feltünő nagy tömegük jellemzi őket, a mely mennyiségük, ha mikroorganismusokról volna szó, alig volna összeegyeztethető a folyadék nem genyes jellegével, továbbá az is, hogy a folyadék ülepítésénél annak felületén mintegy tejfelszerü réteg képzésére mutatnak hajlamot. Különben annak kimutatása, hogy zsírral van dolgunk, vegyileg aetherrel való kirázás útján eszközölhető. A chylosus folyadékokat vegyileg még az is jellemzi, hogy bennük a vér czukortartalmát meghaladó czukormennyiség nem található, mert a czukor a belekből nem kerül direct a chylus-erekbe, hanem csupán a bélvénákból jut oda vérserumczukor alakjában, mint azt *Pascheles* és *Reichel* állítják. Megjegyzendő, hogy a mellürben chylosus tu mutató folyadékok eddig meg nem magyarázott okokb előfordulnak, a midőn sem chyluspangás, sem valamel repedése nem vehető fel. Ily esetekben valószinüleg a rendellenes átjárhatóságát kell felvennünk a zsírrészecsk a melyek a vérben, mint tudjuk, étkezés után nagy me foglaltatnak. Ezen igazi chylosus exsudatumokkal és t mokkal nem szabad összetévesztenünk e folyadékok z zavarodását, a mely durvább zsírcseppek hozzákeverődésé Ez utóbbi esetben elzsírosodott sejtek kimutathatóság a folyadékban bebizonyítható, hogy itt a zsír hozzá vagy a pleura endothelsejtjeinek zsíros széteséséből, vag sejtekből származik.

A chylosus folyadékokról már a legrégibb időben ta lítést. Igy a monda szerint szt. Pál apostol és alexan lin lefejezésekor belőlük csodálatosképen víz helyett te folyt (*Bartholin* után) és az orvosi irodalomban 1638 oly esetet irtak le, a melyeknél a mell- és hasürbe folyadék volt. De az utóbbi években e tárgyról kevés jelent meg. Oka ennek az, hogy a chylosus folyadék a ductus thoracicus megsértésével járó esetek kivételével nehéz. Az ilyen természetü folyadékoknál ugyanis a jelek ugyanazok, mint más folyadékgyülemeknél és a csapolás vagy a kórbonczolás mutathatja meg, hogy mészetü folyadékokkal van dolgunk. Gyakran megesik a csapolás alkalmával nyert chylust genynek vagy ge ex vagy transsudatumnak nézik és azt részletesen vizsgálva, megelégesznek a genyszerü folyadék diagnos

Tekintetbe veendő továbbá az is, hogy a chyl dékok maguktól is felszivódhatnak. A chylosus erekb a nyomás kisebb, mint a környezetben, és e n sérülései könnyen begyógyulnak, a mikor is a chylus megszünik. A mondottakból érthető, hogy a chylosus

sem az eddig közölt esetek számából következtethetnők.

A tisztán chylosus folyadék a ductus thoracicus közelében végzett nyaki műtéteknél (*Boegehold, Busch*) a főnyirokvezető sérülése után szokott keletkezni, ilyenkor a chylus látható kifolyása a diagnosis felől nem hagyhat kétségben. A más okból támadó esetek felismerése nehezebb. A chylosus ex- és transsudatumok ugyanis önálló betegségként nem fordulnak elő, hanem csak más betegség melléktüneményeként találjuk olyankor, ha a betegséget előidéző ok miatt a ductus thoracicus vagy ennek mellékága megsérült vagy megrepedt s így tartalma a has- vagy mellürbe, vagy a szívburokba ömlött. Ily okok lehetnek: 1. Külső erőszak, a pleura rákja, a vena subclavia sin. vagy a ductus összenyomatása daganat által, rosszindulatú lymphoma, nyirokérmegbetegedés, a ductus thoracicus eltömülése parasiták által (filariák), megerőltetés. 2. A mell- vagy hasürbe anastomizáló nyirokhézagokon át is ürülhet a chylus. Olyan eset is előadhatja magát, hogy a chylusér nem szakad meg, azonban fala nagy fokban elvékonyodik és táplálásában is szenvedvén, tartalmát a környező savós üregekbe átbocsátja.

A mellkasban a sebészi esetek kivételével a ductus thoracicus sérülése ritka, mert nem mutat nagyobb számú elágazódást és a nagy erek mellett feküdvén, nehezen sérül meg. (Talán 8—9 ily eset ismeretes *Hahn* összeállítása szerint. Ilyen *E. Hahn* esete, midőn egy elgázolt kocsisnál halállal végződő 6 heti betegeskedés alatt 29,650 cm^3 chylust ürítettek ki a mellürből és a sectionál kiderült, hogy a IX. és X. hátcsigolya volt megsérülve és a d. thoracicus rupturája is ott következett be.) Oly esetekben azonban, a hol rendetlen és sokszoros elágazódást mutat, könynyebben sérülhet meg és ilyenkor egyes ágai egyszersmind könynyebben nyomatnak össze s a szomszéd szervek bántalma is hamarabb átterjedhet reájok. A d. thorac. a hasürben nagyobbszámú elágazódást mutatván, jobban ki van téve a kórhatányoknak és ezért a chylosus ascites gyakoribb, mint a mellüri chylosus folyadékgyülem. Ez utóbbi önálló megbetegedésként szintén ritkán fordul elő, hanem oly bántalmaknál, melyek a nyirokérhálózat eldugulását, megrepedését vagy sérülését okozzák, így a pleura rosszindulatú daganatainál, a nyirokerek és a mirigyek újképleteinél, a v. subclavia thrombosisánál, ha a d. thorac. lefolyása meg van akadályozva, továbbá a nyirokerek általános megbetegedésénél gondolhatunk arra, hogy a mell- vagy hasürben lobos tünetek nélkül felgyülemlő folyadék chylosus természetű. A hasürben a nyirokutak kisebbfokú elzáródása talán nem jár mindig chylus kilépésével az ott levő folyedékba, mert a chylus részben a bélen át is felszívódhatik *Hamburger* vizsgálatai szerint. Ő ugyanis egy kutya vékonybélrészletén az összes odavezető chylusedényeket alákötötte és a bélrészletet lipanin emulsioba mártotta. A béltartalmat 5 óra mulva kivette és analyzálta. Ekkor kitünt, hogy az illető bélrészletben is felszívódott a zsír egy része, ha nem is oly mértékben, mint a bél többi részében, a hol a chyluserek nem voltak alákötve.

Chylosus folyadékokat a test savós üreiben a 2—62. élet években találtak, de átlag leggyakrabban a 35 év körül fordulnak elő.

Chylus alatt tejszerű, olykor genyszerű, fehéres-sárgás, zsírt és fehérjét tartalmazó folyadékot értünk, a melynek zavarosságát a zsír okozza. Szürés után nem tisztul fel, hosszabb állás után sem alvad meg és nem rothad. Felszinén faggyúszerű, zsírnak tetsző hártyácskák és pontszerű fehér szemecskék úsznak. Vegyhatása alkalikus vagy közömbös. Fajsúlya 1017—1022 között ingadozik. Ize *Bargebuhr* szerint igen erősen édes. Górcső alatt benne számos, egészen finoman eloszlott, olykor egymással összefolyó zsírcseppet találunk. Sejtes elem aránylag kevés van benne. *Senator* fontos diagnostikai jelnek tartja a chylusra nézve a czukor kimutatását, továbbá, hogy ha az illetőnek olajat vagy vajat adunk, azt a chylosus folyadékban ki lehet mutatni, míg *Quincke* a folyadék górcsövezésére fekteti a fősúlyt.

F. Erben chyluria esetében a chylust pontosan megvizsgálva benne glycerint, cholestearint, capron- vagy caprylsavat, eczet-, hangya-, araclyn-, olaj-, palmitin-, stearin- és myristinsavat talált, úgyszintén monoxystearinsav keverékét, a mely a testben talán mint olajsav állott elő. *Strauss* egy nőnél, kinél a d. thoracicus fistula támadt, a chylus chemiai és physikai viselkedését Physikailag kiderült, hogy a chylus osmosis-nyomásá táris befolyásokkal szemben nagy erővel megtartani t így ½ liter víz vagy 10 gramm konyhasó (500 gram oldva) elfogyasztása a kiömlő chylus osmosisos nyom változtatta meg. Hasonlóképen viselkedik a chylus konyhas is, a mely függetlenül a szervezetbe vitt konyhasó men 0·527—0·630% marad, tehát a vérsavó Na Cl-tartalmá felelő. A chylus zsírtartalma ételfelvétel után növekedik nem emelkedik a határtalanságig, tehát a vér nem le mozva a zsír által. Még 6% zsírtartalmú chylust is jól vér, mert a zsír igen finoman van emulgeálva és mert a pirosvérsejtekhez kötött nagy lipolytikus ereje van. zsírnak alig 10%-a hasad. Minthogy pedig a szájon át bevitt zsír széthasítva kerül resorptiora, ezen okból venni azt, hogy a belek nyálkahártyája nagy synthetik fejt ki.

A valódi chylustól elkülönítendő a chyliformis itt a chylus nem a nyirok kiömléséből származik, hane jön létre, hogy az elzsírosodott endothelsejtek, genysejtek az ex- és transsudatumokkal tejszerű folyadékot képezne eseteket hydrops adiposum, ex- és transsudatum adiposu chyliformis vagy chyloid folyadék névvel illetik. Minthogy a sejtes elemek szétéséséből származik, a zsírsejtek n és kisebb tömegekben és más elosztódásban láthatók chylusnál. Az üledékben nagyszámmal találunk sejt szemcséket tartalmazó magvakkal, gömbölyű, részben p sejteket nagy magvakkal, a melyek ép úgy, mint a pr zsírcseppekkel vannak tele. A felületen úszó hártyácská szorosan egymás[1] mellett ülő zsírtük által képezett cs ból, részben kisebb és nagyobb zsírcseppek conglome állanak. Ezeknél tehát a folyadék zsírtartalmát a degen tek adják. *Senator* a czukor kimutatását fontos elkülön tartja, mert a chylosus folyadék szerinte mindig czuk maz. Az újabb vizsgálatok szerint nagyobb mennyisé chylosus eredet mellett szól. Azonban kevés czukor jele akár a czukor teljes hiánya sem szól okvetlenül a eredet ellen. Mert míg egyrészt kétségkivül chylosus ere dékokban hiányozhatik a czukor, addig másrészt nem eredetü folyadékgyülemekben, így közönséges ex- és tr mokban is gyakran kimutatható. A chylosus folyadékok szerzők szerint akkor hiányzik a czukor, ha a chylu felhigul, hogy ezáltal a czukor mennyisége benne a ki ság határa alá csökken. Másrészt *Pascheles* és *Reichel* szerint minden trans- és exsudatumban kimutathatjuk ha a fehérjét előbb szorgosan eltávolítottuk. Cirrhosis he fejlődött ascitesben czukrot gyakran találunk. Az anasa dékok 0·055—0·112% czukrot állandóan tartalmaznak.

A savós üregbeli folyadék czukortartalma tehát fog annak chylosus eredése mellett bizonyítani, h (0·2% felett) mennyiségben van jelen. A czukor kim nem szabad a reductiós próbákkal megelégednünk, n folyadékokban a czukron kivül számos más redukál elő szokott fordulni, hanem az erjesztési és phenylhydr is ejtsük meg.

Bernert tejszerüen zavaros transsudatumokról em zavarosságot néha nem az emulgeált zsir, hanem a fehé a mit a folyadéknak aetherrel szemben való viselked fehérjekicsapásról lehet felismerni. A zavarodást ilyen bulincsoporthoz tartozó fehérjetest okozza. A folyadék z csekély és viselkedésében a degeneratio alkalmával kel hoz hasonlít. Az anorganikus vegyületek mennyisége a s sudatumoknál megfigyelt mennyiséghez hasonló.

Pascheles és *Reichel* azt találták, hogy minde giás folyadék a vérserum czukortartalmát megközeli mennyiséget tartalmaz. Az exsudatum pleuriticumok átl az ascitesek 0·093% czukrot tartalmaznak. Ugy látszi vena portae pangásánál valamivel nagyobb a czu (0·118%).

Az eddig elmondottakból láthatjuk, hogy a h vagy exsudatumoknál gyakrabban, a mellürieknél pedi

Valóságos chyluskiömlésből vagy átszivárgásból. 2. Endothel- vagy daganatsejtek zsíros elfajulásából. 3. Ugyancsak e sejtekből származó fehérjetestekből. 4. Az előbbi három ok együttes hatásából. De az elmondottakból az is kiviláglik, hogy klinice a betegágynál sem vegyi, sem górcsövi vizsgálattal nem vagyunk képesek biztosan eldönteni, hogy a trans- vagy exsudatum chylusszerű voltát a fentemlített okok melyike hozta létre. Igy a *Senator* és mások által ajánlott osztályozást és elnevezést — chylosus (valódi chylusömlés vagy transsudatio), chyliformis (endothel- és daganatsejtek zsíros elfajulása következtében keveredő zsír a trans- vagy exsudatumokhoz) és kevert alakok — sem fogadhatjuk el. Chylosus alakról csak azon ritka esetekben beszélhetünk, a hol a d. thoracicus látható megsértésénél ömlik a chylus, de a hol ezt nem láthatjuk, vagy sectiora került eseteknél a nyirokerek sérülését, álképleteknél és tbc.-nál erosioját nem találjuk, ott zsirtartalmú folyadék daczára sincs jogunk felvenni a chylusnak pangás okozta transsudatioját a nyirokutakból, mert hisz, mint láttuk, semmi biztos támasztékunk nincs ennek felismerésére az ily okból szintén előforduló endothel- vagy daganatsejtek zsíros elfajulásából eredő úgynevezett chyliformis folyadékkal szemben. Ép igy főkép álképletek mellett keletkező chylusszerű trans- vagy exsudatumoknál semmi jogunk nincs az úgynevezett vegyes alakok felvételére.

Az irodalomban közölt esetek nagy részét nem is értékesíthetjük, mert, mint láttuk, újabban kimutatták, hogy főkép álképleteknél a chylosusnak látszó folyadékgyülemek sokszor fehérjéktől származnak minimális zsírtartalom mellett. *Micheli* és *Mattirolo* szerint a pseudochylosus folyadék zavarodását nem a casein, seromucoid vagy a glycoproteid anyagok okozzák, sem a globulinok sajátszerű összetétele, hanem a lecithin, a melyből 0·15 gm. elég ahhoz, hogy 1000 cm³ folyadék opaleskáljon.

Az eddig elmondottak, azt hiszem, feljogosíthatnak arra, hogy a fent említett *Senator*-féle felosztást és elnevezést helytelennek tartsuk, mert mai ismereteink alapján, eltekintve a már említett ritka kivételektől, az ő értelmében vett chylosus és chyliformis alakokat egymástól megkülönböztetni nemcsak a betegágynál, de még a bonczasztalon is képtelenek vagyunk. Leghelyesebb tehát, ha a határozottan zsírtartalmú trans- vagy exsudatumokat chyliformis névvel illetjük, míg a chylosus elnevezést csak azon esetekre alkalmazzuk, a hol a chylus ömlése határozottan kimutatható. Az oly eseteket pedig, a melyeknél a chylosus külsejü folyadék minimális zsírtartalom mellett (0·8%-on alul) főkép fehérjeanyagok jelenlétét mutatja, pseudochylosus trans- vagy exsudatumoknak nevezhetjük el.

Miután az eddig elmondottak is eléggé mutatják, hogy a chyliformis és pseudochylosus trans- és exsudatumok terén ismereteink még igen homályosak, kivánatos, hogy e kérdés tisztázása czéljából minél több pontosan észlelt eset, főkép a folyadék pontos analysisével, közöltessék. Ez okból jogosultnak tartom a következő eset részletes ismertetését is.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem idegklinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr., ny. r. tanár.)

A látópálya, a ganglion opticum basale és a harmadik agygyomor fenekének rostozata a szemgolyók atrophiájának egy esetében.

Irta: *Herzog Ferencz* dr.

(Vége.)

Annak eldöntésére, hogy commissurával vagy kereszteződéssel van-e dolgunk, különböző szerzők állatkisérleteket végeztek. *Darkschewitsch* és *Pribytkow*[9] az újszülött macskában közvetlenül a pedunculus belső széle mellett átvágták ezen commissurának (melyet Forel féle kereszteződésnek neveznek) a capsula interna alá menő, egyenes lefutású nyalábját. Ennek az lett a következménye, hogy az átvágás oldalán a commissurától a capsula internához haladó nyaláb és a tulsó oldalon az ívben az agygyomrocs mellett felhajló nyaláb teljesen degenerált; az operált oldalon az ívalakú nyaláb és a másik oldalon a commissurától a capsula a lencsemagig tudták követni. Vizsgálataikból azt kövi hogy a Ganser-féle commissura tulajdonképen keresztez sonló eredményre jut *Probst*, a ki a Ganser féle comm sisaknak a látóteleppel való keresztezett összeköttetésén Ezen vizsgálatok tehát a mellett szólanak, hogy a G commissura kereszteződés.

Oly készítményeken, melyeken ezen kereszteződésn része megvan, nem győződhetünk meg közvetlenül arró valóban kereszteződés, de mégis valószinűnek kell ezt a következő megfontolás alapján. Ha a Ganser-féle co ban valóban commissurarostok haladnának, úgy tula kettős lenne ez a commissura, mely egyrészt a két agyf a fornix és Vicq d'Azyr-féle nyaláb közti részeit és n két lencsemagvat vagy a corpus geniculatum externumol kötné össze egymással. A commissurában tehát szor más mellett feküdnének olyan rostok, a melyek további ban messze távolodnak egymástól, a mi nem valószinű.

A *Meynert*-féle *commissura* (1. ábra C M) vastagabb lefutású nyalábokból áll, rostjai erösebben festődnek. E missurát a Ganser-félétől, mely felette fekszik, szürke választja el, melyben csak elszórtan látni velőshüvelyü kat; rostnyalábjai nem fekszenek egyforma szorosan mellett, a középvonalban vékonyabb ezen commissura, mi Metszeteimen a látórostok atrophiája miatt jól szembe egész lefutásában követhető. A chiasma felett és oldalt opticusok felett halad és könnyen követhető utóbbiak pedunculik közt egészen a lencsemagvakig, melyekbe egy része behatol, míg más részük a lencsemag alatt le között tünik el. Azonkivül a pes pedunculiba is térnek ezen commissurából, azon a helyen, a mely a Luys-féle ralis szélének felel meg; egyes nyalábokat egészen ez lehet követni. Ezen nyalábokat már *Stilling*[10] leirta és *Kölliker*[11] ismertette részletesen, a ki elnevezte azokat perforantesnek. Eredetük, *Kölliker* szerint, a tractus o van és vagy valódi látórostok, vagy a Meynert vagy a Gu commissurákhoz tartoznak. Készítményeim azt bizonyít ezen rostok a Meynert-féle commissurából erednek, n vannak daczára annak, hogy a tractus opticusok atrop a Gudden-féle commissura nincsen jelen; mivel pedig ne meg, úgy valószinű, hogy kizárólag a Meynert-féle comm erednek. *Probst* ezen rostokról azt irja, hogy a lencse tartoznak. *Kölliker* vizsgálatai szerint, melyeket emberi e és felnőtten végzett, ezen oldalsó fasciculi perforantes magtól caudalisan is megvannak, a mi a mellett szól Meynert-féle commissurából vagy a tractus opticusból míg a pes pedunculi belső septumai itt nem tartalmaz rostokat.

A Luys-féle test felső, inkább cerebralisan fekvő megfelelően *Kölliker* a lencsemaghurokhoz tartozó ily kat ir le, melyek áttörnek a pes pedunculi-n és a medialis, mint lateralis részében előfordulnak. Ezen ilyen viselkedését én is megfigyelhettem.

A Meynert-féle commissura rostjainak eredetét is tárgyává tették. E tekintetben készítményeim természet adnak felvilágositást és ezért röviden megemlítem itt eze latokat. *Darkschewitsch* és *Pribytkow*[9] macskában át Meynert-féle commissurát az egyik pes pedunculi belső az találtak, hogy az egész lefutásában atrophiássá lett. oldali tractus opticust is átmetszették, azon a helyen, corpus geniculatum externumba betér, a minek az lett kezménye, hogy a tractus opticus atrophiás lett, a Me commissurán azonban nem volt észlelhető elváltozás. U szerzők egy anophthalmiás újszülött agyvelejének met Meynert-féle commissurából erődő rostokat láttak a capsu nán áthaladni és ezen rostokat a thalamus opticusba, s dialis hurokpályáig tudták követni. Nézetük szerint a féle commissura olyan rostokat tartalmaz, melyek a hurokpályából a tuloldali nucleus lentiformis-hoz és testhez mennek, és olyanokat, melyek a lencsemagvak oldali Luys-féle testekkel kötik össze. *Probst*[8] egy bu phia-eset tárgyalásával kapcsolatban összefoglalja régebb

féloldali átmetszése után degeneratiót látott ezen commissurában, azért a Meynert-féle commissurát a középagyvelő sisakjából a lencsemagvakhoz haladó, kereszteződő sisaknyalábnak tartja. Ezen vizsgálatok szerint a Meynert-féle commissura tehát nem is commissura, hanem tulajdonképen kereszteződés, épen úgy mint a Ganser-féle commissura. *Dejerine*[12] ellenkező nézeten van, midőn azt irja, kogy a Meynert-féle commissurát interlenticularis commissurának kell tartani.

Mindkét commissura közel fekszik a chiasmához és a tractus opticus-okhoz. Ez arra a gondolatra vezethetne, hogy ezen rostrendszerek a látópályákkal valamely összeköttetésben vannak. Ennek eldöntésére azon esetek alkalmasak, melyekben a látópályák atrophiásak. Ilyen esetek azt bizonyítják, hogy ezen commissurák a látóidegeknek teljes atrophiája után is változatlanul épségben maradnak. A mi esetünkben is megvoltak és egy ép agyvelő analog metszetsorozatával való összehasonlítás azt mutatta, hogy a bulbusatrophiás agyban is épen úgy viselkedtek, mint az ép agyvelőben.

Ezzel ellenkező észleleteket találok *Leonowa*-nál[3] a Ganser-féle commissurát illetőleg. *Leonowa* veleszületett anophthalmiában és bulbusatrophiában szenvedő újszülött gyermekek agyvelejét vizsgálta és azt találta, hogy ezekben az esetekben a Ganser-féle commissura (melyet épen úgy mint *Darkschewitsch* és *Pribytkow* Forel félének nevez) teljesen hiányzott. A Ganser-féle commissuráról nem tesz említést, a Forel-félének nevezett commissurát pedig következőképen irja le: „vékony rostok, melyek közvetlenül a harmadik agygyomrocs alatt, attól ventralisan, futnak le", a mi nyilvánvalóan a Ganser-féle commissurára vonatkozik. Ezen commissura hiányából azt következteti, hogy annak a látásnál bizonyos szerepe van. Azt hiszem, hogy az ő megfigyeléseiből nem szabad mindjárt erre következtetni, mert ugyanazon zavar az agyvelő fejlődésében, melynek eredménye a veleszületett anophthalmia és bulbusatrophia, a Ganser-féle commissura agenesiájára is vezethetett és e szerint ezen commissura hiánya nem következménye a látópályák atrophiájának.

A *Gudden*-féle *commissurára* vonatkozólag *Darkschewitsch* és *Pribytkow*-val, továbbá *Leonowa*-val és *Kölliker*-rel szemben meg kell jegyeznem, hogy készítményeimen nem találtam olyan rostokat, melyek ezen commissurának megfeleltek volna Ezen rostoknak a tractus opticus-ok belső szélében és a chiasmának hátsó részében kellene haladniok. Ezen lelet különben megegyezik *Dejerine*[13] nézetével, a ki szerint a Gudden-féle commissura jelenléte az emberben még nincsen kimutatva, továbbá *P. Marie* és *Léri*[1] megfigyeléseivel, a kik teljes látóidegsorvadás kilencz esetében egyszer sem találták meg ezen commissurát. *Probst*[6] és *Cramer*[4] eseteiben sem volt jelen ezen commissura.

A harmadik agygyomor alsó falának hátulsó részében van a *Forel*-féle *commissura* (2 ábra, CF), a mely nem tévesztendő

2. ábra. A chiasma és tractus opticusok legalsó része. *C* chiasma; *CF* Forel-féle commissura; *CL* Luys-féle test; *CM* corpora mammillaria; *NR* nucleus ruber; *NT* nuclei tuberis; *P* pes pedunculi; *TO* tractus opticus; *V* harmadik agygyomor.

Forel-félének nevez. *Kölliker*-nek[14] és *Dejerine*-nek[15] találni ezen commissuráról ábrákat, mely előbbi sze *Forel*-nek H[1] és H[2] nyalábjaiból és a Luys féle tes utóbbi szerint pedig ezen rostokon kivül még olyanoka maz, melyek a fasciculus longitudinalis posterior-ból, és a corpora mammillaria-ból jönnek. Ezen commissu biektől eltérően nem fekszik a látópályák közelébe corpora mammillaria mögött és felett a harmadik ag fenekén. Metszeteimen nagyon jól látható ezen commis a metszetek párhuzamosak az agygyomrocs fenekével. legnagyobb része a két Luys-féle testet köti össze, kis oldalt felhajlik a nucleus ruber-hez és a corpora m külső felszinére is követhető kisebb számú rost. Ép metszeteivel összehasonlitva esetünket, rostritkulás észrevehető ezen commissurában sem.

A tuber cinereum-ban a tractus opticus-ok közelé nok fekszenek, melyeket *ganglion opticum basale* néve össze. Készítményeimen ezen magvak jól áttekinthető metszésirány a tuber cinereum felszinével körülbelül p a minek következtében majdnem az összes ganglionok egy metszeten láthatók. *Lenhossék*[16] 1887-ben irta le vakat és hármat különböztet meg: a nucleus postero a nucleus anterior-t és a nucleus supraopticus-t és egy jegyzi, hogy tulajdonképen csak az előbbi kettő tartoz cinereum keretébe, míg a nucleus supraopticus a tract nak elülső széle felett van elhelyezve.

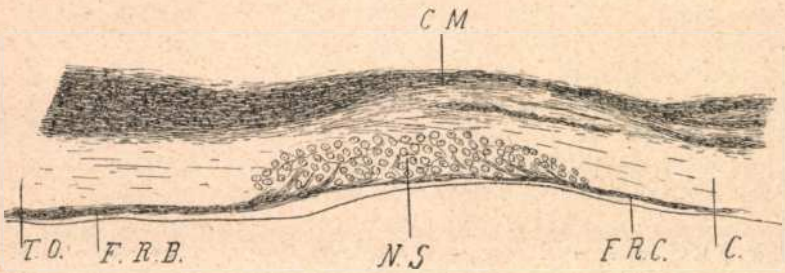
Készítményeimen ezen magvak elhelyezése has Az atrophiás tractus opticusnak medialis része felet előtte, a tractusnak külső széle felett egy hosszúká látható, melynek hossztengelye párhuzamos a tractus (1. és 3. ábra, NS). Ezen magnak legnagyobb hoss harántátmérője pedig majdnem 1 mm.; ovalis alakja a kissé kihegyezett; rövid, de eléggé tömött rostnyal tartalmaz, melyek a faisceau résiduaire antérieurből és résiduaire de la bandelletteből jutnak beléje (1. és 3. á és FRB). Azonkivül elszórt idegrostokat látni ezen magr részében. A ganglionnak belső oldalán a Meynert-féle látható (1. és 3. ábra, MC), a melynek túlsó oldalán, nak megfelelően, tehát a ganglion mögött, már a co millare oldalsó magvának átmetszete látszik (1. ábra), jelenik meg a metszeteken, mint a medialis mag, mert kifelé és felfelé fekszik. Ezen, a tractus opticus felett megfelel a *nucleus supraopticus*-nak.

A többi magvakat illetőleg a következőket és A chiasmának és a tractus opticusoknak legalsó rés mazó metszeteken, melyeken majdnem egész kiterjedé van a tuber cinereum fala, sorban egymás mögött magvakat látni (2. ábra, NT). Ezen magsor elülről h egyszersmind felfelé és kifelé irányul. A magvak c elszórt, velős hüvelyű idegrostot tartalmaznak; erősebb bokat, melyek ezen magvakkal összefüggésben lennén bulbusatrophia esetében, sem az ép agyvelőben ne megfigyelni. A leghátulsó mag a legnagyobb és a co millare oldalsó magva előtt fekszik. Ezen mag előt oldalon még két ganglion látható, melyek közül a hátuls a másik oldalon azonban csak egy ganglion van jele oldalon is a hátulsó ganglion nagyobb és egy lateralis van rajta. A leirt magvak mindenesetre megfelelnek *anterior*-nak és a *nucleus postero-lateralis*-nak.

Kölliker[17] hasonlóan irja le ezen magvakat é hogy *Lenhossék*-nek nucleus supraopticusa a tulajdonképe opticum basale. Vizsgálatai értelmében különbséget k nuclei tuberis és nuclei supraoptici közt, mely utóbb szerint szintén több magból állanak, melyek azonban összefüggenek. Előbbiek frontalis metszeteken mint hár mellett fekvő mag láthatók, melyek többé-kevésbé corpus mammillareig követhetők. A két laterális n hosszabb, mint a medialis. Ezen magvaknak ilyen készítményeimen nem tudtam megfigyelni. Sagittalis r három nucleus tuberist ir le *Kölliker*, melyek között a a legnagyobb.

a nucleus supraopticus, melyet ganglion opticum basalenak neveznek, nagy sejtekből álló oszlopot alkot a tractus opticus külső széle felett, mely 5—6 mm. hosszú és 2 mm. széles és magas. A tuber cinereum magvai a tractus opticusok alatt és azoktól befelé fekszenek; előfelé egészen a Meynert-féle commissuráig érnek, hátrafelé pedig a corpora mammillaria külső részéig folytatódnak. Ezen magvaknak frontalis irányban való három részre oszlását, melyet *Kölliker* ir le, nem tudták megfigyelni. Hogy minden tévedés ki legyen zárva, azt ajánlják, hogy a nomenclaturában az igazi „ganglion optique basal"-t (nucleus supraopticus, *Lenhossék*) élesen meg kell különböztetni a „ganglions ou noyaux du tuber"-től. Ezen megkülönböztetés mindenesetre jogosult, csakhogy azt hiszem, hogy helyesebb *Lenhossék*-nek elnevezését, a „nucleus supraopticus" nevet használni, mivel ez a magnak elhelyezéséről is tájékoztat és mivel másrészt a ganglion opticum basale elnevezés könnyen a régebben így nevezett nuclei tuberis-szel való összetévesztésre vezethetne.

Áttekintve mindezen magvaknak leirását, azt veszszük észre, hogy a nucleus supraopticust a különböző szerzők sokkal egyformábban irják le, mint a tuber cinereum magvait. Ebből bizonyára arra lehet következtetni, hogy az előbbinek állandóbb alakja van, mint az utóbbiaknak. Úgy látszik, hogy a nuclei tuberis száma és alakja nem állandó, a mi mellett még az is szól, hogy a mi esetünkben az egyik oldalon három, a másikon pedig csak két ilyen mag volt.



3. ábra. A chiasma és tractus opticus legfelső része. *C* chiasma; *CM* Meynert-féle commissura; *FRB* faisceau résiduaire de la bandelette; *FRC* faisceau résiduaire du chiasma; *NS* nucleus supraopticus; *TO* tractus opticus.

Áttérek most a nucleus supraopticus-szal összefüggésben levő rostnyaláboknak tárgyalására. *Kölliker*[18] ezen magban 4—6 kicsiny, ventrodorsalis lefutású nyalábot ir le, melyek egy erősebb rostköteghez tartoztak, mely a commissura anterior előtt a thalamus opticus elülső vége felé haladt. *P. Marie* és *Léri*[1] ezen rostokon kivül olyanokat is láttak, melyek a Meynert-féle commissurába és a harmadik agygyomrocs fenekébe hatoltak be és azonkivül számos transversalis irányban haladó rostot is irtak le, melyek a „*faisceau résiduaire de la bandelette*"-tel függöttek össze. Ezen nyaláb, melyet részletesen ismertetnek, vizsgálataik szerint többnyire 2—3 kisebb nyalábra osztva, a tractus opticus külső szélében fut le; a tractus opticus medialis részében annak külső szélének felső részében halad, míg a tractus opticus lateralis részében annak alsó felszine alatt fekszik; a lencsemag alatt végződik a Meynert-féle commissura mögött. Előre egészen a nucleus supraopticusig tudták követni, a melyet egy könyökszerü elhajlás után ér el. Eseteiknek egy részében a chiasmának dorsalis részében a nucleus supraopticus előtt egy kis nyalábot találtak, a mely ezen magtól előre vagy előre és kifelé haladt, és a melynek hossza többnyire csak nehány mm. volt. Egy esetben ezen nyaláb a chiasma elülső részében kereszteződött a túloldalival. Ezen rostokat elnevezték „*faisceau résiduaire antérieur*"-nek vagy „*faisceau résiduaire du chiasma*"-nak. Az idegsejtek nagy számából és a rostkötegek szétoszlásából a nucleus supraopticusban azt következtetik, hogy itt nem idegrostoknak egy magon való keresztülhaladásáról van szó, hanem hogy ezen mag fontosabb viszonyban van az említett rostnyalábokkal.

Esetünkben mindkét nyaláb jelen volt. A faisceau résiduaire de la bandelette (1. és 3. ábra, FRB) azon metszeteken

fekszenek az egyébként atrophiás tractus opticusnak k
ben, a melynek belső szélén a Meynert-féle commissu
3. ábra, CM) látszik. A nucleus supraopticust annak k
éri el ezen nyaláb és rostjainak kis része ezen ma
annak külső felszinén folytatódik előre, a nélkül, hogy
betérne. A rostoknak legnagyobb része meglehetősen
hajlik a nucleus supraopticusba (3. ábra, NS), a mely
nyalábokra oszlik. Azonban olyan ivalakú nyalábok
ezen magban, a melyek előfelé egy nyalábba folytatód
a nucleus supraopticus előtt fekszik. Ezen nyaláb, mel
a faisceau résiduaire du chiasma-nak (1. és 3. ábra, F
rostokat is felveszi, melyek a faisceau résiduaire de la
ből erednek és a nucleus supraopticus külső oldalán
előre. Ezen a faisceau résiduaire de la bandelette-nél j
gébb nyaláb a chiasma felső és külső részében halad
nucleus supraopticus előtt 2 mm.-nyire végződik. U
tehát, hogy a faisceau résiduaire antérieur rostjainak
része egyenesen a faisceau résiduaire de la bandelett
nagyobb részük a nucleus supraopticusból ered. A f
siduaire de la bandelette-et oldalfelé a következő, má
opticusok mélyebb részeit tartalmazó metszeteken tudta
Tehát ezen nyaláb a tractus opticus oldalsó részeiben
fekszik a tractus külső szélének felső részében, hanem
ban. Mielőtt a lencsemagot eléri, majdnem harántul van
épen úgy, mint a tractus opticus. Azután rostjai szét
a lencsemag alatti rostok közé folytatódnak.

Eltekintve ezen lateralis résztől, mely a tractus
együtt hátrafelé hajlik, ezen két nyaláb együttvéve
egyenes lefutással bir; csak a nucleus supraopticusná
el könyökszerüen, miközben rostjaik legnagyobb része
betér, kis részük azonban megszakitás nélkül folytatódi
nyalábból az elülsőbe.

P. Marie és *Léri*[1] észleleteit tehát a mi esetünk
erősiti, a mely azonban ellentétben van *Dejerine*[19] azo
hogy a két látóidegnek teljes atrophiája a tractus opti
atrophiáját vonná maga után. Az irodalomban csak
van, mely a *P. Marie* és *Léri* től leirt nyalábokra
Moeli[2] leirt egy a közti agyból a tractus opticushoz h
lábot, melyet „Winkelbündel" nek nevezett el és a
Marie és *Léri* a faisceau résiduaire de la bandelette-te
tartanak. Hogy ezen nyaláb a nucleus supraopticuson csak
vagy hogy abból ered-e, azt *Moeli* nem dönti el. *Probs*
phiás tractus opticusban leir egy nem degenerált nyalá
annak dorsális részében futott le és egészen a corpus
externumig volt követhető; ezen nyaláb azonban a trac
medialis részében feküdt és ezért nem felelhet meg
résiduaire de la bandelette-nek, a mely annak lateral
fekszik.

Irodalom. 1. *P. Marie* et *A. Léri*, Persistance d'un fai
dans les bandelettes optiques aprés atrophie complète de
faisceau résiduaire de la bandelette. Le ganglion optique b
connexions. Revue neurologique XIII. 10. 1905. — 2. *Moeli*
centrale Höhlengrau bei vollständiger Atrophie der Sehnerv
für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 39. 1905.
Leonowa, Beiträge zur Kenntniss der secundären Veränd
primären optischen Centren und Bahnen in Fällen von
Anophthalmie und Bulbusatrophie bei neugeborenen Kind
f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. XXVIII. — 4.
Beitrag zur Kenntniss der Opticuskreuzung. Anatomische H
H. XXXIII. — 5. *Tomaschewski*, Über die Localisation de
Sinnescentren. III. Congress russisch. Ärzte in St.-Petersbur
Med. Wochenschr. XIV. 37. l. — 6. *M. Probst*, Über die K
von Gudden, Meynert und Ganser und über die Folgen
atrophie auf die zentrale Sehbahn. Monatschr. für Psychiat
rologie XVII. k. 1. f. 1905. — 7. *J. Dejerine*, Anatomie
nerveux. II. k. 1. r. 422. l. — 8. *M. Probst*, Über die anato
physiologischen Folgen der Halbseitendurchschneidung des
Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. XXIV. k., 190
Darkschewitsch und *G. Pribytkow*, Über die Fasersysteme am
dritten Hirnventrikels. Neurologisches Centralblatt. X. k., 14
10. Medic. Corr. Bl. 1878. — 11. *Kölliker*, Handbuch der G
des Menschen. 1896 II. k., 461. l. — 12. *J. Dejerine*, An
centres nerveux. II. k. 1901. 410 l. — 13. U. o. II. k. 433. l.

1887. 14. sz. — 17. U. o. II. k. 599. l. — 18. U. o. II. k. 602. l. — 19. U. o. II. k. 433. l.

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

Adatok a fertőző betegségek kisérletes kór- és gyógytanához.

Székely Ágoston dr., egyetemi magántanártól.

(Vége.)

Most pedig áttérek a bakteriumok elszaporodását elősegítő bakterium termékek hatásmódjának, illetőleg azon ténynek magyarázatára, hogy bakterium-termékek a fertőzés lefolyását siettetik vagy a fertőzés kifejlődését lehetővé teszik.

Nagyon különböző nézetek merültek fel már e tekintetben, a melyek a következő csoportokba oszthatók:

1. A bakterium-termékek a szervezet normális bakteriumellenes védelmi eszközeit gyengítik.

2. A bakterium-termékek a bakteriumok fertőző képességét (virulentiáját) fokozzák.

3. Bizonyos bakterium-termékek kedvező táptalajként szerepelnek.

Tárgyaljuk már most ezen különböző nézeteket kissé behatóbban.

1. A mi azt a nézetet illeti, hogy a bakterium-termékek a szervezet normális bakteriumellenes védelmi eszközeit gyengítik: többen vannak ezen álláspontun. Minthogy általában két módját szokás felvenni a normális bakteriumellenes védekezésnek, t. i. egyrészt a phagocytosist, másrészt a vérben, valamint általában a szövetnedvekben oldva levő bizonyos anyagok, az úgynevezett alexinek útján történő védekezést: ennek megfelelően némelyik szerző a bakterium-termékeknek a phagocytosisra gyakorolt kedvezőtlen befolyásáról szól, míg mások az alexinek megkárosítását veszik fel.

A phagocytosisra gyakorolt károsító hatás felvétele mellett nyilatkozik mindenekelőtt *Bouchard*.[1] Szerinte a kórokozó bakteriumok oly anyagot is termelnek, a mely egyrészt a vasodilatatorius középpontot hüdíti, ennek folytán nincs diapedesis, vagyis fehérvérsejtek nem vándorolnak ki a vérerekből, s így phagocytosis nincs; másrészt ez az anyag közvetlenül is károsíthatja a phagocytákat, minek következtében nem tudnak a bakteriumokra káros hatást gyakorolni. *Deutsch László* szintén a phagocytákra gyakorolt gyengítő hatást vesz fel. *Bail*[2] is legújabb közleményében szinte kizárólag a phagocytákat távoltartó hatásról szól.

Az alexinekre gyakorolt károsító hatást *Bastin*-nél[3] találjuk először említve; azt találta ugyanis, hogy állatok vérébe vegyi szerekkel vagy magas hőmérsékkel elölt bakteriumokat fecskendezve nagyobb mennyiségben, a vér bakteriumölő képessége rohamosan csökken. Hasonló eredményre jutottak *Denys* és *Kaisin*[4] is. Magam is[5] végeztem hasonló kisérleteket cholerabacillusokkal, még pedig részint élő állatban, részint kémlőcsőben; eredményeim egyeztek Bastin eredményeivel. Kisérleteket kémlőcsőben *Schneider*[6] is végzett positiv eredménynyel. Majd *Wright* és *Windsor*[7] iparkodtak kimutatni, hogy sterilizált typhus- és cholera-tenyészetek megkötik az úgynevezett alexineket s ezért szaporodhatnak el jobban használatuk esetén a bakteriumok. Végül még *Kruse*,[8] valamint *Bail*[9] is foglalkoztak a kérdéssel és új elnevezéseket is vezettek be.

Kruse szerint a kórokozó bakteriumok a szövetnedvek és

[1] Revue de médicine, 1890. — Verhandl. d. X. internat. Congr. f. Medizin.
[2] Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 39. és 40. szám.
[3] La cellule, 8. kötet, 1892.
[4] La cellule, 9. kötet, 1893.
[5] Magyar orvosi archivum, V. évfolyam.
[6] Archiv für Hygiene, 28. kötet.
[7] The journal of hygiene, 1902. 2. kötet, 4. szám.
[8] Ziegler's Beiträge, 12. kötet.
[9] Archiv für Hygiene, 35. kötet.

donképeni bakterium-mérgek mellett olyan anyagokat is a melyek a szövetnedvek és a vér bakteriumölő an úgynevezett alexineket tönkreteszik. Ezen anyagokat nek nevezi és ezek szerinte azonosak a Bouchard-féle náló anyagokkal. Immunizáláskor a szervezetben olya termelődnek, a melyek képesek a lysineket megkötni va tenni (antilysinek). Kruse szerint akkor, a mikor állatok vérsavóját fecskendezzük be, tulajdonképen lysineket viszszük a szervezetbe, a melyek megkötve va téve a lysineket, az alexinek most már kifejthetik h bakteriumokra.

Bail idetartozó vizsgálatainak egy részét már ezelőtt közzétette. Akkori közlésében kifejteni töreke megölt bakterium-tenyészeteknek vérhez adásakor azé meg a vér bakteriumölő hatása, mert a megölt ba plasmája az alexineket megköti. Hogy csakugyan az teriumok plasmája köti meg az alexineket, azt abból kö hogy a megölt bakteriumokat centrifugálással eltávolítv teriumölő hatás nem mutatható ki. Nem tagadja azon esetleg oldható bakterium-termékek is képesek befol alexinek hatását, még pedig vagy csökkenteni, vagy meg Ujabb közléseiben, a melyek közül a legbehatóbb für Hygiene" 52. kötetében látott napvilágot, már azon ponton van, hogy a bakteriumok csakugyan termelnek anyagokat, az úgynevezett aggressineket, a melyek normális bakteriumellenes védelmi eszközeit hüdítik.

Bail szerint az aggressinekről eddig a következő tesek: 1. nem halálos bakterium-mennyiséget aggressin a szervezetbe víve, halálos fertőzés keletkezik; 2. ha bakterium aggressinnel együtt befecskendezve a legsúly tőzést okozza; 3. az aggressinek a bakteriolytikus imm hatását megszüntetik; 4. aggressinel kezelve állatol immunitás keletkezik, a mely nem alapszik bakteriolys

Aggressin-elméletét különben az immunitás és zálás kérdéseinek magyarázatára is felhasználja *Bail*. bakteriumok hatásuk tekintetében 3 csoportba sorolható siták, 2. fél parasiták és 3. saprophyták. A para aggressint termelnek, a fél parasiták keveset, a sa pedig semmit. Az immunizálás kétféle módon történheti hetik először olyan módon, hogy a parasitát megrabolj sivitásának egy részétől és ezzel fél parasitává tes például a lépfene-bacillus 42° C.-on tenyésztve félparas a mely a juh szervezetében még aggressive hat ugyan aggressivitás nem elég nagyfokú ahhoz, hogy a lépfene korlátlanul elszaporodhassanak és így az állat halálát a szervezetben képződő kevés aggressin antiaggressin indítja meg, ennek következtében egy idő mulva van nyos mennyiségű antiaggressin a szervezetben; a n egy ilyen szervezetbe később nagyobb aggressivitással teriumok jutnak, az ilyenkor már nagyobb mennyiségben aggressineket a jelenlevő antiaggressinek hatástalanná legalább részben — tenni. Ha a lépfene-bacillust nag tenyésztjük 42° C. mellett, aggressivitását teljesen elve phytává válik, tehát aggressint nem termel, ennek kö antiaggressin sem termelődik s így immunitás sem hetik. Az immunizálás második módja az, hogy az ag elkülönítjük a bakteriumoktól és csupán csak ag viszünk a szervezetbe; ezek aztán antiaggressin-ter tanak meg.

Bail-nak és munkatársainak közléseiről az ellenő latok hiányossága miatt végleges itéletet még nem m Az bizonyos, hogy a bennük foglaltak sok tekintetb perspectivát nyitnak meg s véleményem szerint, a mel hasonló saját vizsgálataim alapján alkottam, *Bail* f lényege helyes. A részletekben azonban valószinüleg tet sításokon fog még átesni.

Igy *Bail* azon állítását — a melyet különben maga is visszavont —, hogy az aggressinek csak az zetben termeltetnek, a bakteriumoknak az élő szervez

kellék, és hogy az aggressinek tulajdonképen oldott bakteriumok. Szerintük az úgynevezett aggressineknek fertőzést elősegítő hatása nem egyéb, mint a szervezet normális védelmi eszközeinek megkötése az illető kórokozóknak egyidejüleg befecskendezett, oldásba átment anyagai (Leibessubstanzen) által.

Kisérleteim alapján a magam részéről szintén azt gondolnám, hogy az aggressin-képződéshez az élő szervezet nem szükséges. Hiszen látjuk, hogy elölt vagy megszürt bakteriumtenyészetek úgy kémlőcsőben, mint az állati szervezetben elősegíthetik a bakteriumok szaporodását. Egyáltalában nem látható be, hogy miért ne termelhetnének a bakteriumok a szervezeten kivül is ilyen anyagokat, hiszen a szervezeten kivül is különböző káros behatásoknak vannak kitéve, a melyek ellen küzdeniök kell, a melyeket le kell győzniök, hogy szaporodhassanak. Végeztem is már ezen irányban néhány kisérletet olyasmódon, hogy tenyésztőhúsleveshez kevés antisepticumot adtam, csak annyit, hogy a bakteriumok még szaporodhassanak benne, habár kissé rosszabbul; azt tapasztaltam, hogy az ilyen tenyésztőtalajban nőtt bakteriumokból, előzetes elölésük után, kevesebb kell szaporodást elősegítő hatás elérésére; nyilván azért, mert az antisepticum fejlődést gátló hatását a bakteriumok iparkodtak valami módon ellensúlyozni, és ezt úgy érték el, hogy nagyobb mennyiségben termeltek oly anyagot, a mely szaporodásukat elősegíti. Igy magyarázható, legalább részben, az az érdekes tény, hogy antisepticum kis mennyisége a helyett, hogy gátolná, még inkább elősegíti a bakteriumok elszaporodását. Erre a tényre különben egy legközelebbi alkalommal még visszatérek.

Most pedig még egy kérdéssel kell foglalkoznunk, azzal tudniillik, hogy vajjon valamely bakteriummal való fertőzést csak az ugyanazon fajta bakterium termelte anyagok képesek-e elősegíteni, vagy pedig másfajta bakterium termelte anyagok is. Az ezen kérdésre vonatkozó irodalmi adatok rövid foglalata a következő.

Grawitz és *de Bary*[2] szerint a genyesztő bakteriumok hatása fokozódik, ha egyidejüleg bakterium-termékeket (Prodigiosussaft) is fecskendezünk be. *Flügge* és *Vissokovitch*[3] képesek voltak a szervezet ellentálló képességét egyik-másik bakteriummal szemben legyőzni valamely másfajta bakterium termékének befecskendezésével. *Roger*[4] szerint a házinyulak természetes immunitása a serczegő üszökkel szemben különböző bakteriumok (bakterium prodigiosum, staphylococcus pyogenes aureus stb.) termékeinek egyidejü befecskendezésével megszüntethető. *Monti*[5] különböző rothasztó bakteriumok (proteus-fajok) termékeinek fertőzést elősegítő hatását mutatta ki Fraenkel-féle diplococcussal, streptococcus pyogenessel és staphylococcus pyogenes aureussal végzett kisérletekben. *Chantemesse* és *Vidal* fertőző képességüket elvesztett typhus-bacillusokkal halálos fertőzést tudtak létesiteni, ha egyidejüleg sterilizált coli-tenyészetet is fecskendeztek be. *Brieger* és *Cohn*[7] szerint régi typhus-tenyészetekkel vagy rothadt hús kivonatával kevert tenyésztő-húslevesben nagyon jól nő a tetanus-bacillus. *Cantani* junior[8] 3 órán át 60° C.-on tartott bakterium-tenyészeteket kevert pepton-agar-agarhoz és azt találta, hogy az ilyen módon készitett tenyésztő-talajon az influenza-bacillus nagyon jól nő, noha ez tiszta pepton-agar-agaron nem igen fejlődik. *Wilde*[9] szerint elölt lépfene- és typhusbacillusok, valamint cholera-vibriók képesek a kutya vagy a házinyúl vérsavóját minden bakteriumölő hatástól megfosztani. *Korczynski*[10] úgy tapasztalta, hogy gümöbacillusmérgek a staphylococcusok és steptococcusok, valamint a coli-bakteriumok szaporodását mesterséges tenyésztő-talajokon nagyon elősegitik. Végül *Bail*-t[11] említem, a ki nagyon behatóan

[1] Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 28. szám.
[2] Virchow's Archiv, 108. kötet, 1887.
[3] Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten, 4. kötet.
[4] Compt. rend. de l'Académie des sciences, 1889.
[5] Atti della R. Accademia dei Lincei, 5. kötet, 1889.
[6] Annales de l'Institut Pasteur, 1892.
[7] Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, 15. kötet.
[8] Centralblatt für Bakteriologie, 28. kötet.
[9] Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 34. szám.
[10] Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 2. szám.
[11] Archiv für Hygiene, 35. kötet.

bakterium termékei is elősegíthetik valamely bakteriu
dását; a látszólagos specificitás csak quantitativ kü
alapul.

Hogy a bakterium-termékeknek a bakteriumok e
sát elősegítő hatása nem specifikus, vagyis nem szoritko
az azonos fajta bakteriumokra, azt magam is kimutat
„Magyar orvosi archivum" V. évfolyamában megjelent
ban. Ujabb vizsgálataim pedig, a melyeket kevés ant
tartalmazó tenyésztő-húslevesekkel végeztem, szintén ez
mellett szólnak. Ime néhány idetartozó kisérletem ere

Sublimatot 1 : 80,000 arányban tartalmazó ké
egyikébe csak staphylococcus pyogenes aureus-t, másik
előzőleg lépfenebacillus-terméket is (13 hónapos lépfe
tenyészet ismételten 70° C.-ra hevitve) teszek. Ez utóbb
ben a 3. napon már bőven elszaporodott a staphyloc
az előbbiben még az 5. napon sem mutatkozott fejlőd

Sublimatot 1 : 120,000 arányban tartalmazó ké
egyikébe csak lépfene-bacillust, másikába pedig előzőleg
coccus pyogenes aureus-termékeket is (13 hónapos stap
húslevestenyészet, mely élő bakteriumokat már nem t
teszek. Ez utóbbiban a 4. napon már látható volt a f
az előbbiben a 6. napon sem mutatkozott még szapor

Carbolsavat 1 : 750 arányban tartalmazó két hú
kébe csak staphylococcus pyogenes aureus-t, másik
előzőleg lépfenebacillus-terméket is teszek. Ez utóbbi
mulva már erősen elszaporodtak volt a staphylococcus
utóbbi ugyanekkor még teljesen tisztának mutatkozott.

2. Most pedig áttérhetünk azon vizsgálatok rövid
sére, a melyek arra utalnak, hogy a bakterium-termé
teriumok fertőző képességét, úgynevezett virulentiáj
képesek.

Monti[1] azt találta, hogy csökkent virulentiájú b
(Fraenkel-féle pneumococcus, streptococcus pyogenes, sta
pyogenes aureus) eredeti virulentiájukat visszakapják, ha v
rothasztó bakteriumokat (proteus-fajokat) fecskendezünk
leti állatokba. Hasonló eredményre jutottak *Chantemesse*
a mint már említettük, a virulenssé vált typhus-bacillus
zált coli-tenyészettel együtt feeskendezve be, az állato
tak; az elpusztult állatokból kitenyésztett typhus-bac
virulensebbeknek bizonyultak, úgy hogy már kevesebb
coli-tenyészetre volt szükség, hogy az állatokat elpus
ezen állatokból kitenyésztett typhus-bacillusok még vi
voltak; ily módon tovább oltogatva a mind virule
typhus-bacillusokat mind kevesebb sterilizált coli-tenyész
végül teljesen virulenssé váltak a typhus-bacillusok
egymagukban is megölték a kisérleti állatot. *Korczyns*
hogy tuberculint tartalmazó agar-agaron tenyésztve a c
mot, virulentiája fokozódik.

3. A bakterium-termékek fejlődést elősegítő hatás
rázatára egy további lehetőséget hangoztat *Baumga*
czikkének referatumához füzött megjegyzésében. Azt álli
hogy a megölt bakteriumok azért segitik elő a bakt
szaporodását, mert jó tápanyagot képeznek, épen
hogy a vérsavóhoz adott kevés pepton, czukor stb. is
bakteriumok szaporodását, daczára a jelenlevő alexinekn
hasonló *Gamaleia*[5] felfogása is. Szerinte a bakteriumo
termelnek mérgeket, hogy ezekkel más szervezeteket
sanak, hanem önfenntartásuk czéljából. Az a vélemén
bakterium-termékek a bakteriumok táplálkozásához, saj
fehérjeanyagaik synthesiséhez, a fehérjeanyagok assi
szükségesek. Ezen feltevésnek megfelelően tehát a
termékek fertőzést elősegítő hatása úgy volna magyará
a bakterium-termékek elősegítvén a bakteriumok kellő
sát, ezzel egyrészt ellentálló képességüket rájuk ható

[1] Atti della R. Accademia dei Lincei, 5. kötet, 1889
[2] Annales de l' Institut Pasteur, 1892.
[3] Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 2. szám.
[4] Baumgarten's Jahresbericht, 15. Jahrgang.
[5] Elemente der allgemeinen Bakteriologie. Berlin
Hirschwald.

is lehetővé teszik.

Az én véleményem, a mely nemcsak a fentebbiekben jelzett, de egyéb vizsgálataim alapján is alakult ki, az, hogy a bakteriumok bizonyos termékei, vagy talán maguk az elpusztult bakteriumok is az előzőkben említett módok mindegyikével képesek elősegíteni a bakteriumok elszaporodását, illetve általában a fertőzést: tehát vagy a szervezet normális bakteriumellenes védelmi eszközeinek megkárosítása illetve távoltartása útján; vagy a bakteriumok fertőző képességének (virulentiájának) fokozása révén; vagy a bakteriumok táplálkozásának elősegítésével. Eltérés a különböző esetek között csak annyiban van, hogy a míg az egyik esetben az egyik hatásmód lép előtérbe, addig a másik esetben a másik; másrészt pedig a háromféle hatásmódnak nem is kell mindig okvetlenül egyszerre jelen lennie.

De bármi módon álljon is elő a hatás, az bizonyos, hogy a fertőzést elősegítő bakterium-termékek léteznek. Ha tehát képesek volnánk ezen anyagokra, a melyek jelölésére talán legczélszerűbb lesz az aggressin elnevezés mellett megmaradni, valami módon befolyást gyakorolni, akkor nagy hasznára lennénk a fertőzött szervezetnek a bakteriumok ellen való küzdelmében.

A módok, melyekkel az aggressinekre befolyást gyakorolhatnánk, a következő csoportokba oszthatók:

a) Az aggressinek megkötése vagy tönkretevése.

b) Az aggressinek eltávolítása.

c) Az aggressinek képződésének megakadályozása.

A mi az első módot illeti, tudniillik az aggressinek megkötését vagy tönkretevését: ez idő szerint kétféle eljárás jöhetne tekintetbe. Az egyik eljárás az, hogy az aggressinek ellen specifikusan ható úgynevezett antiaggressineket viszünk a szervezetbe; idevonatkozólag már meglehetősen sok kisérleti adat áll rendelkezésre főleg *Bail* és munkatársai részéről. De másrészt nincsen kizárva annak a lehetősége sem, hogy találni fogunk olyan vegyi anyagokat, a melyekkel az aggressineket megkárosíthatjuk, a nélkül, hogy a szervezetben jelentősebb zavart okozunk.

A második mód az aggressinek eltávolítása. Ezt — legalább részben — a különböző kiválasztó működések fokozásával létesíthetnénk. A fokozott diuresis, az izzasztás kedvező hatása egyes fertőző betegségekben már régóta ismeretes és részben legalább az aggressineknek fokozott mennyiségben távozásával magyarázható. A kedvező hatás keletkezésében természetesen közbejátszhatik ilyenkor a tulajdonképeni mérgező bakterium-termékeknek nagyobb mennyiségben távozása is, noha ez utóbbiak a hatásuk iránt érzékeny sejtek által többnyire erősebben megkötve lévén: a kedvező hatás javarésze inkább a valószínüleg meg nem kötött aggressinek nagyobb mennyiségben távozásának tudandó be.

Végül egy harmadik mód lehetne az aggressinek képződésének megakadályozása. E tekintetben kiindulaspontul szolgálhatnának azon kisérleti eredményeim, a melyek szerint kismennyiségü antisepticum elősegíti a bakteriumok elszaporodását. Ez a sajátságos körülmény tudniillik talán úgy magyarázható, hogy az antisepticum károsító hatását leküzdendő, a bakteriumok ilyenkor nagyobb mennyiségü aggressint termelnek, a mely azután a maga részéről elősegíti a bakteriumok szaporodását. Ha tehát fordítva a bakteriumok megélhetési viszonyait kedvezőkké teszszük, ezzel elejét veszszük annak, hogy nagyobb mennyiségü aggressin képződjék, minek következtében mintegy saprophytákká, a szervezetre nézve nagyjából ártalmatlanokká válnak a bakteriumok.

Ez azonban eddigelé csak felvétel, habár némi kisérleti alappal biró felvétel. Remélem, hogy már a legközelebbi jövőben nagyobbszámú idetartozó kisérlet alapján térhetek vissza ezen kérdésre.

TÁRCZA.

Mozart halálának oka.

Január 27.-én lesz százötven éve, hogy *Mozart*, a nagy zeneköltő Salzburgban meglátta a napvilágot. Születésének százötvenéves évfordulóját megünnepelni készül az egész müvelt világ.

Bennünket orvosokat kell, hogy érdekeljen *Mozart* élettörténete, mert csodálattal kell, hogy nézzük a gyermek korai

lehetővé tette, hogy mint execitv művesz már hat é
ban megcsodálja Schönbrunn-ban a hatalmas uralkodó
Terézia s Párisban megtapsolja XV. *Lajos* és udvara, h
nyolcz éves gyermek-ifjú első symphoniájával Londonb
sággal csodálatra ragadja III. *György* angol királyt s n
tökéletes orgona-játékával, melyet rövid gyakorlás után
el, kivívja a nagy *Bach Sebestyén* fiának, a hires *Joha
tian Bach*-nak legnagyobb elismerését.

Még ma sem eldöntött kérdés, hogy mi okozta *Mo*
halálát — hisz tudjuk, hogy e zenei lángész férfikora
éves korában halt el —, hogy mely romboló kór volt
alig több mint két heti betegség után életét kimerítette

Ha a *Mozart*-ról szóló biographiákat ezen szempo
tanulmányozzuk, azt találjuk, hogy a halálok megjelö
kezelőorvosok[1] nézete homlokegyenest eltérő volt s n
„*hietziges Frieselfieber*“-t említ causa mortisnak, addig
„*rheumatisches Entzündungsfieber*“-t vesz fel, a harma
„*hydrothorax*“-ot (!?).

A betegség minőségének felderítésére talán legalkal
Nicolaus v. Nissen dán kormánytanácsosnak, *Mozart*
második férjének *Mozart*-ról irott biographikus feljegyz
a betegségre vonatkozó adatokat e munka számára ma
vegy szolgáltatta.[2]

Érdekes, hogy *Nissen* az orvosok egymástól eltér
nyével szemben „*phthisis nervosa*“-nak véli *Mozart*
betegségét, mely felfogás azonban az élettörténeti
támaszt egyáltalában nem nyerhet, mert bár kétségte
Mozart általában gyenge alkatú volt s első gyermekkor
végig izgalmas s bohème-szerű életmódja (különösen utols
s óriási munkássága testi erejét kiaknázta s egészségén
volt, *Mozart* a haláltokozó kórig alig betegeskedett
életében különben csak egyszer volt komolyan beteg, m
11 éves fiú Olmützben hólyagos himlőbe esett, mely a
szemevilágát majdnem elvesztette s testén a himlő erős
hagyott.

Phthisis florida, miliar tuberculosis, valamint
mint halálok teljes biztonsággal kizárható, mert hisz hi
jegyzésekből tudjuk, hogy meghatóan szép requiem-jé
hattyú-dala volt) partituráját halála napján (1791. dec
is ágyához hozatta s hozzá ellátogatott zenészbarátait a
hogy vele együtt énekeljék el a Requiem Lacrymosa já

Tudjuk, hogy a nagybeteg zeneköltő, kinek életé
már lemondtak orvosai, az alt-ot gyenge elhaló false
jelezte s tudjuk azt is, hogy a Lacrymosa 8. taktusáig
s csak itt akadt meg az ének, de nem köhögés, hane
kimerülése és zokogása folytán. Ezen megbizható adat,
azon körülmény, hogy özvegyének kimondása szerint
haláláig eszméletnél volt s még életének utolsó napjaiba
a szomszéd szobában elhelyezett kedvencz kanári-m
csicsergésére, az agyhártyalobnak, mint haláloknak fel
jesen megdönti.

Minthogy a feljegyzések között oly adat, mely vala
tőző kiütés fejlődésére volna vonatkoztatható, egyáltalába
érthetetlen azon felvétel, hogy *Mozart* „*hietziges Fries*
ezt complikáló agyhártyalob folytán halt volna meg.
delem, hogy *Mozart*-ot a bécsi udvar által annyira keg
szerző, *Salieri*, lassan ható méreggel titkon megmérge
kétségtelenül csak *Mozart* lázas agyának phantasiájá
tett meg, s bár ezen iszonyú vád a bécsi zenészkörökb
tartotta magát, elfogadható alappal sohasem birt. *Sal*
borzalmas vád később az őrületbe s öngyilkosságba
nemtelen fondorkodásaival megmérgezte ugyan *Mozart*
de a testi mérgezés vádja alól az utókor őt teljesen fe

Mozart özvegyének adatai szerint a betegség, a
nagy költőt úgyszólván mindjárt ágyba döntötte, a
lábak megdagadásával vette kezdetét, mi miatt alig v
kezét és lábát mozgatni. Hogy vajjon voltak-e fájdalma
Nissen-féle emlékiratban nem tétetik direct említés, de

[1] *Closset*, *Sallaba* és *Guldner* dr.-ok.

[2] Biographie *W. A. Mozart's*. Leipzig. 1828.

légzés is kezdte gyötörni, nem valószinütlen, hogy, mint azt *Guldner* doctor adott véleményében is sejteti, csúzos sokizületi lob s ezt complikáló savós-hártyalob (endocarditis?) volt a halált hozó betegség. Nem lehetetlen továbbá, hogy a halál előtti napon alkalmazott érvágás a különben is már kimerült és meggyengült *Mozart* gyászos elhalálozását sietteté.

A „Münchener neueste Nachrichten" egyik legutóbbi számának (1905. deczember 25) tárczarovatában olvasom, hogy csak legújabban egy franczia orvos, *J. Barraud* (Bordeaux) a „Revue médicale"-ban hasonlókép foglalkozik *Mozart* utolsó betegségével, s azon következtetésre jut, hogy Bright-kór lett volna a halált hozó megbetegedés. Tekintetbe véve, hogy *Mozart*, mint említettük, alig két hétig volt komoly beteg s halála előtt három héttel, 1791. november hó 15.-én egy cantateját, melyet a baráti szeretet dicsőítésére irt, személyesen dirigálta, nem hiszszük, hogy *Barraud* dr. felvétele helyes volna. *Bókay János.*

A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban.

(Folytatás.)

Spencer Wells hírneves házának vendégszeretét közülünk sokan élvezték.

Nagy és őszinte volt örömünk, midőn azt a világhirü tudósnak és orvosnak, nálunk tett látogatása alkalmával, viszonozhattuk; de büszkék is lehettünk, midőn tanintézeteinket, kórházainkat bemutathattuk s ajkáról a megelégedés, sőt csodálkozás szavait hallottuk. Nekem különösen emlékemben van az elragadtatás, az öröm nyilatkozata, midőn a kitüntetett vendéget kedves leányaival a Gellérthegyre kalauzolva, a lábainál elterülő szép tájat, a folyamot, a várost s a síkot dicsőíté. De ez csak kisebb része édes reminiscentiáimnak; boldogabb s büszkébb voltam akkor, midőn ő, a nagy mester, engem, serdülő kartársát, maga mellé pompás fogata bakjára ültetve, hajtás közben jó tanácsokkal, a műtétek részletes ismertetésével látott el, vagy szerény segédkezésemet privát betegeinél igénybe vette volt.

Világra szóló eredményeinek kulcsa pedig egy szóban rejtőzött: „*cleanliness*" „*tisztaság*"! A tisztaság netovábbja uralkodott a kis Samaritan-Hospitalban, Spencer Wells kedvencz alkotásában.

Oda belépve, a társalgóban rendesen egyik segéde, *Knowsley Thornton*, fogadta a vendégeket s a felső ruhák letevésére kérte (a czipőt úgy is előbb rendbe hozta volt az utczasarki vörös libériás gyerek) s most bizonyos ünnepiességgel felhivta őket, hogy nevüket a vendégkönyvbe iktassák, mosolyogva figyelmeztetve az első oldalon fogalmazott intelemre: „*az aláirással bizonyság tétetik, hogy a látogató 24 óra óta sem fertőző beteggel, sem hullával nem érintkezett*".

Ezután felvezettek az első emeleti műtőszobába, hol a beteg vászon lepedőkbe s egy átlikasztott gummilepedőbe burkolva, egyszerü asztalon már bódítva feküdt. A müszereket, melyeket előtte való nap újonnan csiszoltak és fényesítettek, a mester maga finom meleg kendővel törölte meg, s maga magát szolgálta is ki. A műtőszoba desinfectioját az ablakon beömlő levegőre és a napsugarakra bizta; permetezőről szó sem esett, *Lister* és *Volkmannal* ellentétben.

Törlésre carbololdatba mártott tiszta, fehérített, úgynevezett párisi szivacsok szolgáltak.

A látogató egész közel léphetett, de a beteghez vagy valamely tárgyhoz hozzányúlni nem volt szabad. Mesés biztonsággal és gyorsan hatolt a mester a hasüríg, nagy óvatossággal üríté ki szúrcsapján át a tömlőt, végezte az alákötéseket fonott selyemmel, s eltávolítá a daganatot. Most a csonkot kapocsba fogva, a hasseb alsó zugába rögzítette, a hassebet mély öltésekkel, melyekbe a hashártya széleit befogta, elzárta, a kapcsok körül pólyázta és a sebet borlinttel, majd egyszerü flanell-kötéssel védte.

A mütét néhány percz alatt be volt végezve, bár *Spencer Wells*, a németekkel ellentétben, a hasseb egyesítését is a műtéthez számította.

A beteget kimelegített ágyába vitték, s most következett az ott tartózkodás legélvezetesebb része. A mester kedves szemhunyorítással 2—3 vendéget maga mellé intve, tárgyalásba ereszmig végül halkan megsúgta, hogy mikor és hol várja új találkára.

A nála töltött 1876. év tavaszán *Spencer Wells* laparotomián jóval túl volt; eredményeit csak *Keith* kö mindketten szorosan véve antiseptikus eljárás nélkül Nem merem állitani, hogy *Spencer Wells*-t akkoron má elve vezérelte, ellenben bizonyos, hogy angol kartársa lött conservativismus úgy az antiseptikus, mint az asepti követésétől visszatartotta.

Lister-nek ekkor terjedő tanai épen Londonban követőre találtak.

Termékenyebb talajra esett Lister tana Néme A német nőgyógyászok, kiket szakmájuk kiképzése Dublin felé, a Rotunda-lying-in-Hospitalba irányított — *berg* akkor még Königsbergből, *Schröder* Erlangenből, és legjobb barátja, *Volkmann*, a híres sebész Ha mindnyájan operativ képességük öregbítésére angol k tettek szert, és azt az azután kitört franczia-német a gyakorlatban érvényesithették.

Ezek mind felkarolták *Lister* tanait; *Simon*, a h mütevő, már halálos betegen élénken érdeklődött irá strassburgi egyetem sebészeti klinikáján *Lücke* taná alatt akkori segédje *Sonnenburg*, ma Berlinben, Liste alkalmazott, úgy a mint azt a könyvekből tanulták.

Koeberle, a sváb családból eredt franczia mester, sist semmibe sem vette. Nála tett tisztelgésem alkalmá datta magának Lister eljárását és elveit, de arczk kivehettem, hogy nem hajlandó „*hinni az igében*". fejezte ki, hogy már régen nem végezhetett lapar anyag folyton gyérül — mondá — és Freiburgba von nem megyek honfitársamhoz, *Billroth*-hoz, ha e müté megismerkedni, hiszen Bécs olyan közel van Prágáh ő ép úgy, mint nehány hónappal azelőtt *Péan* Magyarorsz ausztriai keleti tartománynak vélte; jellegzetes utóbbina Budapest, n'est pas, c'est prés de Prague. *Billroth*-ot zálni, sajnos nem láttam.

Strassburg egyetemén ekkor *Puky Ákos* barátor dolgozgatott *Lücke* és *Waldeyer*-nél. Sok rábeszélésen hogy őt arra birjam, miszerint tervezett londoni tan terjeszsze ki *Lister*-hez is. Mindnyájunk emlékezetében *Puky* volt az, ki hazánkban a correct Lister-eljárást sitá, miben nagy támasza volt egyetemünk s a Ró egyik díszes oszlopa, *Lumnitzer Sándor* tanár, ki sebészet transformatioját teljes asepsissé már nem érte

S hogy a laparotomiához visszatérjek, jellegzetes volt hogy statistikája csak *gyógyulási aránynyal* foglalkozot 56% gyógyulás igen fényes eredményszámba ment.

Régi tapasztalat, hogy nagy eredmények néha csek akadnak meg; ép úgy, hogy az egy czélra való törekvés azon hibák ismétlődnek.

Igy volt *Semmelweis* tanának legnagyobb akadál nyes tévhit, hogy a puerperális láz csak hullamérg idéztetnék elő, a mi kiinduló pontja volt, de nem lény

És épen úgy volt *Lister*-rel is; a külső csir a carbol-spraytól várta, mig a seb tisztább k váladékok levezetése, a megoperált részek teljes való helyezése nála másodlagos jelentőséggel birt. juk, hogy tulajdonképen a spray-kre kiadott sok fo ép úgy kárba veszett, mint a kezeinket a felrepedé tevő carbololdat, mely azonfelül egész testünket e édeskés illattal árasztotta el.

A laparotomia, technikájának magasabb foka ell nyert volna nagyobb lendületet, ha egyidejüleg nem ta vele lépést a betegségek tüzetesebb felismerése, *diagnosis*.

A nagy érdekeltségen, az akkoron megalapított *Gynäkologie*-ban s még inkább a *Fritsch* tanár által kiad *blatt für Gynäkologie*-ben megjelenő közleményeken ki mozditotta elő hathatósabban a hasüri daganatok kór tanát, mint egy szerény kis könyv, melynek szerzőj jenai tanár volt: „*A méh normális helyzetének ismerte*

körül a bécsi iskola által kezdeményezve, helyesbítek *Claudius* felfogását, ki a méhet a Douglas-űrben fekvőnek vélte. Ennél jobb volt a *Kohlrausch*-féle rajz, de ez sem felelt meg a valóságnak, mit *Hasse* derített ki 1874-ben, midőn a felfüggesztett helyzetben megfagyasztott hullán a méh elhelyezését tanulmányozta. Ennek nyomán indultak *Aran* és *Goupil*, *Winckel* és *Schröder*, de mindannyian ki nem elégítő eredménynyel. A boncznok leletei nem feleltek meg a klinikai kórképnek, viszont a klinikai észlelések magyarázatával az anatomus maradt adós.

Schultze könyvének nagy jelentőségét az élőn tett megfigyelés adta meg és hogy érvényesítette a *Hegar* által bevezetett *bimanuális vizsgálati módszert*. Ezt pedig a szúró tekintetű, szikár, szükszavú freiburgi mester oly tökélyre vitte volt, hogy a körülötte levőkben az a benyomás keletkezett, mintha a vizsgáló előtt az egész medencze tartalma feltárva feküdnék.

Hegar klinikája akkor még igen szerény terjedelmű vala; sajnáltuk, hogy nem rendelkezik annyi anyaggal, mint a mennyi a londoni kórházakban kárba vész; mily szakavatottsággal használta volna ő ezt fel, kinek diagnostikája mindig feltétlen biztosnak bizonyult és operativ qualitása *Langenbeck*-éhez hasonló praecis és elegáns volt, tanítói képességét pedig a kis anyag felhasználásában legjobban lehetett méltányolni. Rövid néhány hét alatt többet látott és tanult a jövevény, mint a berlini, lipcsei és franczia egyetemeken együttvéve.

Hegar maga pedig már *Semmelweis* befolyása alatt állott; a laparotomia körüli elbánás terén már sok módosítást tett az újabb irány felé, úgy hogy a laparotomiáról való beszámolások, közlések egy újabb fordulóponthoz értek. Alig van már szó az úgynevezett *be nem végezhető* műtétről, nem is beszélnek gyógyulási arányról; egy új jelszó lép előtérbe, a *sorozatos* gyógyulás, a „*series*“.

(Folytatása következik.)

id. *Elischer Gyula* dr. tanár-főorvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Herczel Manó: A féregnyúlványlob kór- és gyógytana és e betegség sebészi kezelése körül szerzett tapasztalatok. Második, teljesen átdolgozott és bővített kiadás. 18 ábrával; 353 lap. Budapest, 1906.

Herczel művének második kiadása jelentékenyen bővítve s teljesen átdolgozva kerül elénk és örömmel üdvözöljük e művet a hazai orvosi irodalom eredeti munkálatai között. Másfélezer észlelt és 394 műtett eseten épül fel e monographia, melyet a pontos megfigyelés, az észlelésekből helyesen levont következtetések, az ezekből merített bőséges tapasztalat az eredetiség bélyegével ruháznak fel.

A mű két nagy részből áll: az első rész a féregnyúlványlob kór- és gyógytanával foglalkozik, a második a mű alapját képező casuistikát tárja elénk.

I. *A féregnyúlványlob kóroktanát Herczel* a következőkben foglalja össze: A bántalom bakteriumos infectio következménye, a bakteriumos fertőzés képezi az epityphlitis — ezen elnevezést tartja legmegfelelőbbnek — *kiváltó okát;* az infectio szoritkozhatik magára az appendixre s részjelensége lehet egy az egész béltraktusra vagy épen az egész organismusra kiterjedő általános infectionak. A bakteriumos infectiora az appendix anatomikus alkatánál fogva igen kedvező teret nyujt, ez anatomiai alkat képezi az epityphlitisre *praedisponáló okot*. Az infectiora különösen kedvezőek a feltételek, ha a féregnyúlvány idegen testeket, bél sárköveket tartalmaz s előzetes lobok folytán már elváltozott, ezen körülmény képezi az epityphlitist *előkészítő okot*. Az infectio okozta gyuladás lefolyását az appendixnek nyirokszövetben való gazdagsága s vérkeringésének labilitása, úgyszintén a lobtermények kiürülésének nehézsége lokálisan is igen súlyossá s a szabad hasür közelléte az egész szervezetre nézve igen veszedelmessé teszi.

A *traumának* mint kóroktani tényezőnek szerepét Herczel a régi betegséget felujító momentum szerepel, de concedi hogy ama régi lobfolyamat trauma nélkül évekig is maradhatott volna. A betegségnek a traumával való ilyet függése is csak akkor vehető fel valószinüséggel, ha a és az első kórtünetek jelentkezése közt rövid idő telt el; esetre igen fontos ezen esetek elbirálásánál a féregnyúlv tomiai állapotának pontos konstatálása, ha az eset müté sectiora kerül.

II. *A féregnyúlványlob kórboncztanának* részletezé terjeszkedik az appendixben, a hashártyaürben, s a vére a többi szervekben létrejövő elváltozásokra.

Az *appendixben* levő elváltozásokat *Aschoff* nyo gyalja; nem fogadja el *Sonnenburg* appendicitis simplex, tiva, gangraenosa felosztását, mert lényegükben a jelzett közt elvi különbség nem áll fenn s mert klinice egymás el nem határolhatók.

A *hashártya* megbetegedésének tárgyalásában nag ságot tulajdonít *Kelly* nyomán a féregnyúlvány különböz tének s fekvésének a hasüreben, mert ez magyarázza meg kező adhaesiók s tályogok helyének nagy változatosság

A *vérpályán való metastasisokra*, az e müben teljes e gel tárgyalt szövödményre, a klinikus részben terjeszked

Itt említjük fel, hogy az észlelt esetekben a lob k a féregnyúlvány volt, 3 esetben volt a perforatio a vak ezen esetekben is evidensen abnormális volt a féregn lobos adhaesiókkal rögzített, illetve szokatlan helyzetben tálisan fixált volt, s mint *Pólya* dr. kimutatta, a vakb perforatio helye mindig megfelelt ama helynek, mely féregnyúlvány részéről a legerősebb vongáltatásnak vol

III. *A féregnyúlványlob tünettanának, lefolyásának ményeinek* tárgyalásában 3 formát vesz fel: 1. féregn kólika és könnyü roham, 2. súlyos roham, 3. általános h gyuladással társult roham. Legrészletesebben tárgyalja az hashártyagyuladással társult rohamot, a mely szövödn acut rohamban operáltak 29·8%-ánál észlelte. A pri secundaer perforatiós peritonitisek közti kórjelzés fon hívja fel a figyelmet s nagyon helyesen hangsúlyozza, eltokolódásra hajlamos peritonitis eseteiben a peritoneális alatt végzett műtéttel halálos collapsust idézhetünk elő, n kozó kezeléssel, a szívműködés erősítésével sikerül oly teremteni, midőn beavatkozásunkat kellő siker kiséri. hangsúlyozza *Nordmann, Körte* tanár assistense legutó jelent tanulmányában, midőn az esetek helyes megité beavatkozás idejének helyes megválasztásától várja a p műtéti eredményeinek a javulását.

E fejezet legeredetibb része az, a mely az ep *szövödményeit:* a vérérrendszerben támadó complikatiokat, moniát és pleuritist, az ileust tárgyalja. Különösen a v keletkező complikatiokat méltatja nagy figyelemre s itt tö momentumot találunk, a melyet a külföldi monograph érintenek. Kellően kiemeli a *Pólya* dr. által először is a vékonybél vivőereinek retrograd thrombosisa folyt vékonybélelhalást, melynek megbizható diagnostikai jel epityphlitis mellett a bal mesogastriumban fekvő fájdaln tentia keletkezése.

IV. *A féregnyúlványlob kórjelzését* tárgyaló fejezet oszlik: az elsőben az acut, a másodikban az idülten, m latensen lefolyó megbetegedésektől, a harmadikban az ál től különíti el. Rövid és azért jellegző vonásokban tárja differentiális diagnostika nehézségeit s azokat a fon melyek a bonyodalmas kórképből kivezetnek s érdeke ténetekkel illustrálja a kórjelzési szempontból fontos mo kat. Igy jellegzetesnek tartja gyomor- és duodenális feké dásánál a köldök feletti hasrészlet puffadását s a má hiányát, míg vakbélkörüli tályogoknál, ha diffus perito van társulva, a puffadtság csak a legritkább esetben o hogy a *hónaljvonalban* a májtompulatot ki ne lehessen k

Az álképletektől való elkülönítésben 3 esete alap dásba veszi a *Sonnenburg* részéről a carcinomára jelle tartott stenosisos tünetek kórjelző értékét.

V. *A féregnyúlványlob gyógykezeléséről* szóló

sebészi beavatkozás jogosultságát csak azon esetekben látja, a melyekben az *appendiculáris roham csakugyan beállott*; a prophylaktikus appendicektomiák jogosultságát elveti. Annál inkább hangsúlyozandó ez az álláspont, mert már is felhangzanak egyes hangok, melyek az ileocoekális táj fájdalmassága esetén lobos tünetek nélkül is a beavatkozást helyeslik, s *Hochenegg* is legutóbb számolt be a bécsi orvosegyesületben „appendix dolorosa" miatt végzett radikális műtéteiről.

Herczel részletes indokolás után álláspontját a következőkben összegezi:

1. Az első két napon legjobb minden epityphlitist válogatás nélkül megoperálni, ha a diagnosis feltétlenül biztos, ha a műtét kedvező körülmények között végrehajtható s a beteg öreg kora, egyéb betegsége a műtétet különben nem contraindikálja.

2. Ha a betegség kezdettől fogva súlyos képet ölt, már ezen az első két napon okvetlenül mentől hamarább kell operálni.

3. A 3—5. napon csak azon betegeket szabad megoperálni, kiknek súlyos állapota terjedő peritonitisre enged következtetni, egyéb esetekben belgyógyászi kezelés, nyugalom, jéglömlő, diaeta ajánlatos.

4. Az 5. napon túl csak akkor kell operálni, ha tályog jelei mutatkoznak és ekkor mentül hamarabb. Ha késői diffus peritonitis lép fel, szintén azonnal lássunk a műtéthez.

5. Az epityphlitis tüneteinek megnyugvása után mindig ki kell irtani a féregnyúlványt.

6. Tályogos epityphlitis-esetekben a tályog megnyitása után csak akkor indikált a féregnyúlvány secundaer eltávolítása, ha a műtét alkalmával gangraena vagy nagyobb perforatiós lyuk mutatkozik az appendix végén, melyet lege artis ellátni nem lehet, vagy ha az első műtét után még nehézségek maradnak vissza.

Ezen 6. pontban eltér a német sebészektől követelt obligatorius secundaer appendicektomiáktól és az angol sebészek álláspontját fogadja el.

Ezen elvek szerint műtett eseteinek statistikája a következő: 394 betegen 406 műtétet végzett, még pedig:

A *korai szakban*: 3 eset, mind gyógyult.

A tályogos szakban 110 eset 17 halálozással, a mi 15·4% halálozásnak felel meg. Ez arányszám a külföld statistikájával összehasonlítva kissé magas, de magyarázatát leli azon tényben, hogy az esetek már multiplex tályoggal, előrehaladó diffus peritonitissel kerültek műtétre.

Diffus peritonitis-szel 48 beteget operált 33 halálozással, a mi 68·7%-nak felel meg. A diffus peritonitis 36 esetben az első roham alatt jelentkezett. A műtét sikere első sorban attól függ, hogy minő gyorsasággal avatkozunk be, így az első napon megmenthető volt az esetek 80%-a, a második napon már csak 50%-a, az ötödik napon pedig már 100% volt a halálozás.

A sec. műtétet 242 esetben végezte 2 halálozással, a mi 0·8%-nak felel meg; a halál mindkét esetben tüdőembolia folytán állott be.

Kiterjeszkedik még részletesen a műtéti módszerekre, a műtét utáni szövődményekre, a műtétre való előkészítésre, az altatásra, az utókezelésre. Ezek mind értékes részei a münek, mely mindvégig természettudományi alapon áll és gazdag klinikai megfigyelésekből szűrődik le.

A mai időben, midőn a prophylaktikus appendicektomiák jogosultságának kérdése merül fel, úgy véljük, hogy a prophylaktikus műtétek terjedését leginkább az tartja fel, ha kimutatjuk, hogy appendicektomiák után is gyakran fennállnak még a műtét előtti panaszok és nehézségek. Nemcsak a belgyógyászatilag kezelt és „gyógyult"-an elbocsátott betegeknél állhat be recidiva, hanem az appendix kiirtása után is megismétlődhetnek a műtét előtti zavarok.

Treves utalt erre, legutóbb pedig *Eiselsberg*, ki 96 à froid szakban operált betegének utólagos vizsgálatakor azt találta, hogy 40 esetben fennállottak a műtét előtti panaszok, székrekedés, fájdalmasság, sőt kólika is oly esetekben, melyek zavartalanul, per primam intentionem gyógyultak.

Ép ezért örömmel fogadnók, ha *Herczel* művének legközelebbi kiadásában a műtét távolabbi eredményeiről is képet nyujtana, a

nek nehézségekbe.

Herczel művét a gyakorló orvosok részére irta, nem csatolja az epityphlitis óriási irodalmának jegyzékét a de nemcsak a gyakorló orvosok, hanem a sebészettel sp foglalkozó orvosok is haszonnal fogják e munkát olvas méltán sorakozik az epityphlitis-monographiák legjobbja

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A novocainról mint új localanaestheticumról ir a Med. Klinik. 1905. évi 48. számában. Régóta fennáll mint tudjuk, a törekvés, hogy a cocaint valamely oly pótoljuk, melynek ugyanakkora az érzéstelenítő képe nélkül, hogy olyan mérgező volna. Az oldhatatlan ana megfelelt volna nagyjából a kivánalmaknak, hibája azonb az volt, hogy oldani csak valamely sav hozzáadásával ilyenkor pedig már erősen izgatott. A mintegy két év ó lomban levő stovain szintén nem volt mentes minden izgs donságtól. Ezért *Biberfeld* az aminobenzoësavas alkamineste zatát vette vizsgálat alá s azt tapasztalta, hogy az *Ein Uhlfelder* által előállított, ide tartozó novocain megfelel kivánalmaknak, a melyeket egy jó localanaestheticummal felállíthatunk. Hatása a peripherikus idegekre ugyanoly a cocainé. Negyed százalékos oldata 10 percz alatt érzéketlenné teszi a nyúl ischiadicusát faradikus áramokk ben. A cornea érzéstelenítésére, akár a cocainnál, itt is százalékos oldatra van szükségünk. Egyik legnagyobb novocainnak azonban az, hogy még 20%-os oldata sem a friss sebet, de sőt a corneát sem. A mi általános hatás hacsak nem alkalmazunk excessiv nagy dosisokat, a a keringés, sem a lélegzést nem befolyásolja. 15—2 novocain nyúl bőre alá fecskendezve, sem a légzésben vérnyomásban nem idéz elő változást. Ha a szert intrav alkalmazzuk, akkor a vérnyomás rövid időre csökken a légzés is ritkább és felületesebb lesz, a szivműködés egyáltalában nem gyengül. A mi a novocain mérgező gét illeti, *Biberfeld* többféle állaton kisérletezett a bör alá, venába és a gerinczcsatornába való fecskendésé tapasztalta, hogy a novocain 5—6-szor kevésbé mérgező nál és 2—3-szor kevésbé mérgező a stovainnál. Mint is lenyeges, hogy valamely localanaestheticum mennyire solja a suprarenin hatását, *Biberfeld* ez irányban is te letet s azt tapasztalta, hogy a novocain az egyetlen lo theticum, mely nemcsak hogy nem csökkenti a suprarer sát, de sőt fokozza. Ha tehát a novocaint suprareninne adjuk, a lokális érzéstelenség hosszabb ideig fog tarta különben, minthogy a novocain egyáltalában nem befo a szövetek vitalitását, suprarenin nélkül csakhamar elvit alkalmazás helyétől. Mindezek alapján *Biberfeld* azt hi a novocain a praxisban is oly jó szernek fog bizonyulni pharmakodynamikus vizsgálatok alkalmával. *Marik*

Általános kór- és gyógytan.

Az emberi és a marhagümőkór fertőző képességér kozó összehasonlító vizsgálatokat végzett *Dungern* ar (gibbon) majmokon Sumatra szigetén. Az összehasonlító vi vizsgálatok bör alá fecskendés útján történtek. 0·01 gr tenyészet felhasználása mellett marhatuberculosissal oltott 35—65 nap alatt pusztult el, embertuberculosissal oltott pedig 37—63 nap alatt. A betegség a nyirok- és vérpá jedt, minden esetben a lép és a máj volt legerősebb támadva; a szövetvizsgálat is egyforma degenerativ jel mutatott óriássejt és gümőképzés nélkül. Az emberi és gümőbacillusok tehát ezen kisérleti sorozatban különbséget tattak. Az etetési kisérletekhez 6 majmot használt oly mód néhányszor egy pár decigrammnyi tiszta tenyészetet (3-n ből, 3-nál pedig marhából származót) gyümölcsbe zárv meg velük. Minden csoportban 2 majom súlyos tub kapott. Marhagümőbacillussal inficiált egyik kis majom 5 az első etetés után elpusztult, a többi hármat szerző

fertőződött volt, és ennek eredményeként a lép és máj miliáris gümőkórja találtatott typikus és egyenlő szövettani képpel, úgy hogy ezen alapon az emberi és a marhagümőbacillus között különbség szintén nem tehető. A marhagümőbacillussal megbetegített két majom vékonybelében typikus gümőkóros fekélyek fejlődtek és a mesenteriális mirigyek erősen megnagyobbodtak. A nyak és garat mirigyei szabadok voltak. A tüdőkben az egyiknél borsónyi, a másiknál babnyi sajtos pneumoniás gócz. A hörgmirigyek szabadok. A tüdő a vér- vagy nyirokpályán fertőződhetett később. Az emberi bacillussal megbetegített 2 majomnak sem beleiben, sem fodormirigyeiben gümőkóros elváltozásnak még a nyoma sem volt. Ellenben mindegyiknél egy-egy nagyobb solitaer gócz volt az egyik tüdő alsó lebenyében, ugyanazon oldalon sajtos bronchiális mirigyekkel. A többi gümős elváltozás fiatal keletü és ezen régebbi elváltozásokból magyarázható. Ezek pedig egyedül a nyirok vagy vér útján nem igen jöhettek létre, és így keletkezésük az étkezés alkalmával a szájban és garatban suspendált bacillusok belégzése által magyarázandó. Végeredményben mindkét bacillus egyforma fertőző képességünek mutatkozott a gibbon-fajhoz tartozó majmokkal szemben. Semmi esetre sem szólnak tehát e kisérletek a marhaeredetü bacillus enyhébb virulentiája mellett, mely tudvalevőleg a többi kisérleti állatnál az emberinél erősebbnek bizonyult. Minthogy pedig az anthropoid majmok az emberhez jóval közelebb állanak, az emberre nézve sem szabad a marhagümőkórbacillust gyengébb fertőzőképességünek tekinteni. (Münchener medicin. Wochenschrift. 1906. 1. szám.)

Picker Rezső dr.

Az actinomycosis gyógyítása. Kiindulva abból a tapasztalatból, hogy rézsóknak már nagyon kicsiny mennyisége elegendő ahhoz, hogy a vízben élő algák s más növények elpusztuljanak, *Bevan*, a chicagoi „Rush Medical College“ sebésztanára kisérleteket tett actinomycosis eseteiben cuprum sulfuricum kis adagainak (5—20 centigramm pro die 3-szorra bevéve) használatával. Ezenkivül nyilt góczoknál irrigatio alakjában is használta a cuprum sulfuricum 1%-os oldatát Szerző eredményei nagyon kedvezők voltak; különösen kiemeli abdominális actinomycosis egy súlyos esetét, melyben a sebészi beavatkozás, jodkalium használata és a radiotherapia csak nagyon mérsékelt eredményre vezetett, míg cuprum sulfuricum belső használata után rohamos javulás következett be, úgy hogy a beteg 6 hét alatt 20 fontot gyarapodott. Megjegyzendő, hogy szerző blastomycosis két esetében is használta ezt a kúrát, szintén jó eredménynyel. (Ref. La semaine médicale, 1905. 47. szám.)

Belorvostan.

A gyomorbetegségeknél alkalmazandó vízgyógykezelésről irva, *Brieger* általános és helyi procedurákat különböztet meg. Általános vízgyógykezelést alkalmaz akkor, ha a gyomorbaj ideges alapon fejlődött, vagy ha az az elsődleges ok és az ideges tünetek csak következményesek. Ajánlatosak a bedörzsölések, kádfürdők, doucheok és rövid ideig tartó félfürdők, mely utóbbiak különösen tonizálólag hatnak. Penzoldt szerint hideg fürdő behatása alatt (pl. uszodában) az eledelek tovább maradnak a gyomorban, a sósavreactio később jelenik meg s tovább is tart, meleg fürdőknél fordítva.

A helyi kezelés felmelegedő meg pépes borogatások és thermophor alkalmazásából áll. Ezek helyett azonban nagy hasznát látjuk a Winternitz-féle eljárásnak, mely nem más, mint nedves, hideg borogatás beléje helyezett meleg kígyózó csőkészülékkel. Ezt főleg ulcus ventriculinál fájdalom esetén alkalmazhatjuk; ha vérzés is szerepel, hideg vizet is folyathatunk rajta keresztül. Applicálhatjuk továbbá graviditásnál, ideges hányásnál, tüdővészesek anorexiájánál, gastralgiáknál; Winternitz ezenkivül jó hasznát látta friss gyomorvérzések eseteiben jégzacskó helyett a per rectum alkalmazott kis jégdaraboknak. Jó helyi fájdalomcsillapító a Priessnitz-féle hideg borogatás szárazzal befedve.

Ezek mellett atoniánál, idült gyomorhurutnál a motilitást lényegesen javítja a gyomorra irányított legyeződouche, míg bélbajoknál különböző hőfokú és más-más ideig tartó ülőfürdők vannak jó hatással.

epe elválasztását, ha azonban hypersecretioval van dol és langyos italokkal jobb eredményt tudunk elérni.

Mindeme eljárások tapasztalatiak, hatásmódjukat san eddig még nem sikerült megoldani. Még leginkáb a melegnek fájdalomcsillapító hatása azáltal, hogy a nyugtató érzést vált ki, vagy mint Goldscheider ma melegvezető idegvégek izgatása által a fájdalomvezető gátlás áll be. A gyomor motilitását a meleg applicatio lag befolyásolja. Matthes szerint azonban a gyomortar ürül ki meleg alkalmazására gyorsabban, mert a mel alatt gyorsabban lesz belőle chymus, tehát a mele torius idegekre hat s nem a mozgatókra. (Berliner kli schrift, 1905. 44. a. sz.)

Az epekőbetegség gyógyításához szolgáltat kisé kat *W. Bain*. Kutyák egészséges epehólyagjába emb epeköveket tett s azt tapasztalta, hogy ezek az epe 8—9 hét alatt feloldódtak. Ha azonban egyidejüleg co mokat is vitt az epehólyagba, az epekövek az említe nem oldódtak fel. További kisérleteiben szerző olyan melyeknek epehólyagjába epeköveket tett és egyidejü is az epehólyagjukat, a melyeknél tehát a kövek ne maguktól, a különböző úgynevezett epekő ellenes sze vizsgálta. Azt találta, hogy az ichthoform, a cholelysin olivarum és a calomel nem oldják az epeköveket; a kénes víz, nemkülönben urotropin és iridin keveréke k folyást gyakorolt Idézi Rutherford-ot, a ki az iridi hatásos cholagogumnak tekintette, továbbá Moynihan-t operált esetében azt tapasztalta, hogy a typhus-bacillus tartalmazott epehólyagból urotropin használata után bacillusok 11 nap alatt eltüntek. Az urotropin kedv epekőbetegség eseteiben tehát valószinüleg azon alapsz epehólyag fertőzöttségét megszünteti, ennek következté hólyag lobosodása is megszünik s az így normálissá tett ban azután a kövek maguktól feloldódnak. Tehát nincs az epekövet közvetlenül oldó szerekre; elegendő, ha rendelkezünk, a mely képes az epehólyagot bakteri tenni. Idült esetekben természetesen nem ily egyszerű nyok, mert a huzamosan fennállott inger következté hólyag nyálkahártyája súlyos elváltozásokat szenvedett kérgesedett stb. s ezért nem képes többé rendesen minek folytán az aseptikussá tevés még nem fog vezetni. Az epekőbetegség jókor való felismerése tel fontossággal bir. (British medical journal, 1905. augu

Idegkórtan.

A véres idegnyújtás tabesban *Schüssler* szerint eljárás és lehetőleg korán kell azt alkalmazni, mert peripherián kezdődik és a véres idegnyújtás *Schüss* a tabeses perineuritis és neuritis egyedüli észszerű Hogy *Schüssler* hypothesisének nincs sok értelme, azt kell bizonyitani. *Schüssler* 44 beteget kinzott meg f a kik közül egyet meg is ölt az eljárással. Ez a be pulmonalis emboliájában halt meg. *Schüssler* czikkelyév bonni tanár azt a nyilatkozatát támadja meg sikertele szerint „véres idegnyújtást ma már nem szokás a (München. med. Wochenschr. 1905. 51. szám.)

Kollar

A baraesthesia viszonyáról más érzésfajokho *Marinesco*. Baraesthesia néven a nyomásérzést értik szerint a bőr maga alig közvetíti a nyomásérzést, aponeurosisok és a csonthártya idegvégkészülékei valók szerint az izmok és csontok is érzékenyek nyomásra érzésfajok egymáshoz való viszonyáról *Marinesco* a k tapasztalta. Néha minden érzésfaj zavart. Máskor a vibráló érzés együtt vagy egyenként hibásak és a zavartalan. Sokszor a hő- és fájdalomérzés hiányzi ellenben jó. Gyakran hibás a hő-, tapintás- és fáj míg a vibráló és nyomásérzés rendben van.

Igy tehát az egymás felett álló szövetek mindeg más érzésfajok nyilvánulnak. Mindegyik szövetnek va

hatás fájdalmas. A középpont külön rostozata szolgál egy-egy érzést, de a külön érzésfajok mezeje a gerinczvelőben nem körülirt pályán halad, hanem az egyes rostok vegyesen haladnak és így magyarázható, hogy már kis terület sérülése is megbéníthatja az összes érzésfajtákat. (Semaine méd. 1905. 48. szám.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A mesoappendix hiányos fejlődése a bélműködés zavarait okozhatja *Blake* szerint, a nélkül, hogy valódi appendicitis volna jelen. A zavarok, melyek szélkólikákban, ileocoecális fájdalmasságban állanak, a féregnyújtvány eltávolítása után megszüntek. Okukat szerző a coecumnak a rövid mesoappendix által való vongáltatásában avagy az ileum végének a mesoappendix felett való megtöretésében látja. (Annals of surgery. 153. füzet.) *Pólya.*

Fibrolipomát talált a gyomron *Fischer*. Az olaszmogyorónyi daganat nagy fájdalmakat okozott, melyeket epigastriális herniára vezettek vissza. A daganatot a gyomor egy ékalakú részletével együtt irtották ki. A gyógyulást tetania jelentkezése zavarta, később azonban a beteg egészsége mégis teljesen helyreállt, fájdalmai végleg elmultak. (Annals of surgery. 154. füzet.)

Pólya.

Az emlőrák sebészeti gyógykezelésével elért eredményekről számol be *Schwarz*, Hacker tanár gráczi klinikájáról. Az utolsó 8 évben 286 emlőrák-esetet operáltak, további sorsa ismeretes 186-nak. A betegek átlagos kora az 50. év volt, szülés az esetek 48·38%-ában ment előre. 53 esetben a rák az emlő külső felső quadransában ült; a jobb emlőben 89, a bal emlőben 96 esetben. A betegek a klinikát átlag 14·25 hó után keresték fel.

A mütéti eljárás kezdetben csak amputatioban állott, később az amputatiót egybekötötték a hónalji mirigyek kiirtásával, majd a *Volkman*, *Heidenhain*, *Rotter*, *Halsted*, *Kocher*-féle módszereket alkalmazták. 286 mütét után 20 esetben volt operativ halálozásuk, a mi 6·9%-nak felel meg. Lokális recidiva nélkül él és 3 éven túl recidivamentes 10·22%, lokális recidiva nélkül 3 éven túl intercurrens betegségben meghalt 2·22%, lokális recidiva nélkül 3 éven belül intercurrens betegségben meghalt 4·3%, lokális recidiva nélkül metastasisban meghalt 28·92%, tehát összesen lokális recidiva az esetek 45·65%-ában nem állott be. Lokális recidiva az esetek 43·54%-ában állott be, még pedig főleg az első 6 hóban; késői, t. i. 3 éven túli recidiva 17 esetben jelentkezett. A recidivák átlagos jelentkezési ideje 9·5 hó volt.

Végleges gyógyulás — a gyógyulás mértékéül a trienniumot véve — az esetek 14·51%-ában állott be; ezen százalék-számításba belevették a 3 éven túl intercurrens betegségben elhaltakat. Nagyon érdekes összeállítást találunk ezen dolgozatban arra nézve, hogy milyen kilátásokat nyújt az emlőrák-mütét, ha a mütétkor már a supraclaviculáris mirigyek is beszürödtek rákosan. Már *Küttner* is figyelmeztetett arra, hogy ilyen esetekben kár beavatkozni, s ezen észlelést megerősíti a *Hacker*-klinika is, mert 36 ilyen szakban operált emlőrák-esetből 34 meghalt recidivában, 1 él recidivával, 1 pedig 1½ éve recidivamentes. Ha ezen 36 esetet a definitiv gyógyulás megitélésénél levonjuk, úgy az értékesíthető 150 eset alapján 16·66% a végleges gyógyulás. Érdekes továbbá, hogy a radikális módszerek szerint (*Rotter* szerint 13, *Kocher* szerint 26, *Halsted* szerint 6 eset) operált emlőrákok még rosszabb végleges gyógyulási arányt adnak, a mennyiben az eseteknek csak 8·8%-a recidivamentes 3 éven túl. De ez adatok alapján nem szabad pálczát törni a radikális irányzat jogosultsága felett, mert a legtöbb radikális mütétet a *Hacker*-klinika az utolsó 3 évben végezte, az ezen cyclusban operáltak tehát a végleges gyógyulás megitélésénél még nem jöhetnek számba. Hosszabb ideig tartó megfigyelés itt is megerősíti majd az általánossá váló tapasztalatot, hogy a radicalismus a mütétben az egyetlen eszközünk, mely a rák gyógykezelésében rendelkezésünkre áll és a mely a rák elleni küzdelemben sikerre vezethet! (Beiträge z. klin. Chirurgie, 1905. 46. kötet, 3. füzet.)

Steiner Pál dr.

Gyomorbélbajos csecsemőket íróval táplált *Stoos*. *Jenner*-gyermekkórházban. Az írót a *Teizeira de Mattos* szerint készittette el, csak *Heubner* ajánlatának megfelelő sebb czukrot tett hozzá. Alkalmazta mindenekelőtt különbö nagy fokban atrophiás gyermekeknél, kik idült emésztési következtében súlyosan lesorvadtak, kiknél az író alkalm a bél részéről izgalmi tünetek nem forogtak fenn, s a szokásos táplálási módszerek egyikével sem sikerült előbb Ilyen esetekben nagyon szépen bevált az író. Határozotta zőtlenek azonban tapasztalatai a heveny bélcatarrhusokn az idült bélbajok heveny kiújulásainál, s nem vált be azon lesorvadt csecsemőknél sem, kiknél szövődménye genyedések, hurutos tüdőlobok, bőrtályogok voltak jelen. mindamellett némely nagyon lesorvadt, idült bélhurutban csecsemőnél, kiknél büzös székletek mellett hurutos t is állottak fenn, az íróval az átmenetet más táplálásh hozni. Megkisérlette, vajjon nem lehetne e az író alkal a bélsár vizsgálata alapján határozott javalatokat felálli azonban nem sikerült. Épen úgy lehetetlen az írónak tulajdonságai (zsírszegénység, nagy aciditás) alapján m megjelölni, hogy a gyomorbélzavarok milyen alakjai all az író használatára. Egészséges csecsemőkre vonatkozó ta tokkal szerző nem rendelkezik. (Correspondenz-Blatt f. Ärzte, 1905. 21. sz.) *Flesch Árm*

A gyermekeknek gümős megbetegedésekre való h ságáról és ennek prophylaxisáról értekezik *Marfan*. szerint az élet első éveiben gümőkórra hajlamosaknak teki 1. gümőkóros, vagy alkoholista szülők gyermekei; 2. a sóványak, fakó halvány bőrüek és szördúsak; 3. Azok, túltengett mondoláik, vagy adenoid vegetatioik vannak, k ha ezen állapotok nyaki mirigyduzzanatokkal, vagy trach chiális mirigytúltengéssel szövődöttek; 4. a gyakori hurutban szenvedők; végül 5. azok, kik röviddel me kanyarót vagy szamárköhögést állottak ki.

A praedispositio elkerülése végett ajánlja a gümők alkoholisták házasodásának lehető korlátozását. A hajlamos kek egészséges szoptatónő által tápláltassanak; lakhelyöl világos, tiszta legyen. Igen czélszerű a vidéken való fe ha torpid szervezetü a gyermek, tengerparton, ha eretik sékelt magaslaton. A mandola-túltengéseket és vegetatiok szetileg kell kezelni. Korán kezdhető az edzés, hideg hosszas séták által. Belsőleg ajánlja a csukamájolajat, ha türik, a jod- és arsen-készitmények rendelését. Ezen elj szegény néposztályban többnyire nem valósithatók meg; itt prophylaxishoz a társadalmit kell csatolni. Egészséges szül disponált gyermekei számára szolgálnak a szünidei gyermel tengerparti és magaslati sanatoriumok. Legnehezebb a laxis ott, hol gümős szülők gyermekeit akarjuk megv majdnem elkerülhetetlen fertőzéstől, különösen a városok a lakás, világítás és szellőzésbeli viszonyok teljesen elé Ezen gyermekek megmentésére szolgál a Franciaországban *Grancher* által alapított „*Oeure de la Préservation de l contre la Tuberculose*“, mely egyesület gümőkóros szü gorú vizsgálat alapján egészségesnek talált gyermekeit helyezi el egészséges családok körében, gondoskodván hogy a családi kötelékek végleg meg ne szakadjanak. S eddigi eredményeket kitünőeknek mondja. (Revue mens maladies de l'enfance, tome XXIII. octobre 1905.)

Singer G

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jodismus *Lieven* szerint megelőzhető, ha a jod a következő módon rendeljük: Rp. Kalii jodati 30·0; F ammoniati 4·0; Strychnini nitrici 0·02; Elaeosacchar. pip. 5·0; Aqu. flor. aurant. ad 120·0. M. D. S. Kávés vízben bevenni. (Ref. Medizinische Klinik, 1905. 43. sz

Trigeminus-neuralgia rendkivül súlyos esetében ményt ért el *Spitzmüller* cocain-suprarenin befecskendés Cocaini 0·30; Aquae destil. 20·0; Suprarenini guttas szerre ½ cm³ fecskendezendő be, még pedig a beteg ideg

zinische Wochenschrift, 1905. 40. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 1. szám. *Szegő Kálmán:* Gyermekcharakterek orvosi megitélése. *Medgyes Béla*: Hogyan vegyünk lélegzetet? 2. szám. *Szigeti Henrik:* Az emberi test természetes arsentartalmáról. *Szegő Kálmán*: Gyermekcharakterek orvosi megitélése. *Ifj. Genersich Antal:* A gyomor- és bélműtétek egy újabb aseptikus módja.

Orvosok lapja, 1906. 1. szám. *Gescheit József:* A tüdővérzések pathologiája és therapiája. *Rottenbiller Ödön:* Izületi neuralgiák és neurosisok. 2. szám. *Adler Oszkár:* Néhány szó a gyermekágyi lázról. *Rottenbiller Ödön*: Izületi neuralgiák és neurosisok. 3. szám. *Doctor Károly*: A köszvényről. *Rottenbiller Ödön:* Izületi neuralgiák és neurosisok.

Budapesti orvosi újság, 1906. 1. szám. *Ángyán Béla:* A cholera gyógyitása. 2. szám. *Tauszk Ferencz:* Az alypin a belgyógyászatban. *Illyés Géza:* Essentiális vesevérzés esetéről. 3. szám. *Lukács Hugó*: 1. Spasmus progrediens. 2. Amaurosis idiopathica. *Komlósi Béla*: A salimentholról. „Sebészet" melléklet 1. szám. *Herczel Manó:* Adatok a Meckel-gurdély okozta belső bélelzáródások ismeretéhez. *Fischer Aladár:* Az idegen testek casuistikája köréből. *Finály György*: A pankreas lött sebének esete.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Apáticzky Sándor* dr. budapesti rendőrorvosnak és törvényes utódainak, nyugdijazása alkalmából, a közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréseül a magyar nemességet adományozta „törökőri" előnévvel.

Kinevezés. *F. Keczely Béla* dr.-t a belügyminister a nagyszebeni állami elmegyógyitó intézethez másodorvossá nevezte ki. — Kolozsmegye alispánja *Jusztián Aurél* dr.-t örményesi járásorvossá nevezte ki. — *Riha János* dr.-t és *Szmederevácz István* dr.-t a győri kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Megerősités: A vallás- és közoktatásügyi minister *Preisich Kornél* dr.-nak a budapesti egyetem orvostudományi karán a gyermekkori betegségek pathologiájából egyetemi magántanárrá képesitését jóváhagyólag tudomásul vette és nevezettet ezen minőségében megerősitette.

A budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztálya e hó 18.-án ünnepelte meg fennállásának tizedik évfordulóját, melyen *Moravcsik Ernő Emil* dr. egyetemi tanár emlékbeszédet mondott a szakosztály megalapitójáról és első elnökéről, néhai Laufenauer Károly egyetemi tanárról.

Scholtz Kornél dr. szemklinikai tanársegéd január 1. óta Józsefkörút 71. sz. alatt lakik.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők nyertek egyetemi alkalmazást. A I. sz. belklinikához: ifj. Elischer Gyula dr. III. tanársegédnek és Engel Károly dr. díjas gyakornoknak. Az I. sz. női klinikához: Balika Ferencz dr. II. tanársegédnek (meghosszabbitás).

Ugyanezen ülésben 200 koronás Csausz-féle ösztöndijban a következő orvostanhallgatók részesültek: Keppich József, Braun Arnold, Bródy Sámuel, Blau Henrik, Barcsai Ábrahám, Szabó Gábor, Fritz Sándor, Reimann Géza, Uram József, Weltmann Mór. 324 koronás Schordann-féle szigorlati kölcsönt a következők nyertek: Vadas Vilmos, Bródy Sámuel, 100 koronás betegsegélyt Büchler Samu.

Küzdelem a venereás betegségek ellen az egyetem körében. A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete még a mult tanévben elhatározta Bókay Árpád és Liebermann Leó tanárok javaslatára, hogy a nemi betegségek ellen való társadalmi küzdelemben részt vesz az által, hogy népszerű nyelven irt felvilágositó füzetet dolgoztat ki az egyetemi hallgatók számára az e betegségek ellen való védekezésről s ezt az egyetemi tanács jóváhagyása esetén szétosztatja az egyetemi polgárok közt. Az egyetemi tanács az orvosi kar e javaslatához nemcsak örömmel hozzájárult, hanem készséggel magára vállalta a füzet megirásával és nyomtatásával járó költségek egy részének a megfizetését is. Az orvoskari tanártestület oly módon remélt a czélnak teljesen megfelelő dolgozat birtokába jutni, hogy pályázatot hirdetett ilyen népszerű felvilágositó czikk megirására, három pályadijjal. A pályázati hirdetés szétküldetett a budapesti és kolozsvári egyetem orvoskari tanárai, magántanárai és tanársegédei közt. A pályázatnak meg is volt annyiban az eredménye, hogy igen nagyszámú pályamunka érkezett be, de annyiban viszont meddő maradt, hogy a négy tagból álló biráló bizottság jelentése szerint a dolgozatok közül — bár egyikük-másikuk a maga nemében kiváló munkálatnak nevezhető — a kitüzött czélnak egyik sem felelt meg teljesen, főkép azért nem, mert a legtöbb dolgozat a kérdést nagyon is bőven és szakszerűen, az egyes nemi betegségek keletkezésének, tüneteinek, szövődményeinek és gyógyitásának felesleges részletezésével tárgyalta. A dolgozatok közül kettő még leginkább megnyerte a biráló bizottság tetszését; ezeket a tanártestület a bizottság javaslatára a 2. és 3. díjjal való jutalmazásra és külön dicséretre méltatta. Az 1. díjat azonban a tanártestület egyik munkálatnak sem itélte oda, hanem e helyett megbizta Liebermann tanárt a czélnak lehetőleg teljesen megfelelő, röviden és egyszerű nyelvezettel megirt dolgozat szerkesztésével. Liebermann tanár e megbizásnak meg is felelt, még pedig a tanárfogadott, már nyomtatásban van s nemsokára szét lesz osztva temi polgárok közt. Reméljük, hogy meg lesz a haszna!

Valóban ideje, hogy a társadalom nálunk is megindi a syphilis és a blennorrhoea, e két egyenlően súlyos család ellen, a melyek káros hatásukban méltán sorakoznak az tuberculosis mellé.

Az orvoskari dékán felszólítja e sorok útján a pályamunkák tisztelt szerzőit, szíveskedjenek dolgozataik dékáni hivatalban.

Elhagyottnak mutatkozó gyermeknek árvaszéki előtt a menhelybe való ideiglenes felvétele. 57,588 B. M. számú körrendelet. A Gyv. Sz. 11. §-a rendelkez halaszthatatlanul sürgős esetben, ha a gyermek létérdeke és ha az árvaszéki intézkedés bevárásából előállható k veszély van, az igazgató-főorvos az intézetbe hozott gyerme intézkedés előtt is felveheti. Sokszor megtörtént azonban, ségekből a gyermeket hozzátartozói közvetlenül az álla menhelybe hozták azzal a kijelentéssel, hogy a nagy távo járás főszolgabirájához a gyermekkel elutazni képesek n sürgős felvétel szükségességét azonban semmiféle okira nem képesek és egyedül azzal a kijelentéssel élnek, hogy sürgősségénél fogva a községi elöljáróság irányitotta Ismételten s ismételten előfordult, hogy ily jelentkezőket főorvosok a menhely kötelékébe nem vettek fel, mert a érdekének veszélyeztetését az egyszerű bemondással igazolva De a gyermek visszautasitása felelősséggel jár annak lét pontjából és másrészt rendszerint olyan az eset, hogy kiséröi pénz és élelem nélkül jelennek meg és legtöbb es utazni nem tudnak. Ezen a helyzeten segitendő, rendelem községi elöljáróság a járási hatóság elkerülésével halaszth gős esetben a menhelybe gyermeket küld, a felvételre jogos családi viszonyaira és a hozzátartozók vagyoni s kereseti vonatkozó adatokról bizonyitványt állitson ki, s ezt a gyer töleg kiséröjével együtt a menhely igazgató-főorvosának. Ennek alapján azután az igazgató-főorvos intézkedik a m lékébe való ideiglenes felvétel kérdésében és az elhagyotts járást az illetékes árvaszék előtt megindittatja. Budapest január hó 6.-án. A minister helyett: *Széll Ignácz* s. k.

Vizgyógyintézeti jelleg adományozása. A belüg *nagyszebeni általános takarékpénztár által Nagyszebenben* gyógyintézetnek a vizgyógyintézeti jelleget adományozta. (B. M. sz.)

A budapesti VII. kerületi orvostársaság e hó 18.-á közgyülését, a melyen az elnök megnyitója után a titká elő a társaság mult évi működését ismertető jelentését, pedig a pénztári mérleget. Az ezután megejtett választás következő: elnök: Herczel Manó; alelnökök: Dumitreanu Papp Samu; titkár: Zboray Béla; pénztáros: Patai Sa Unterberg Jenő; választmányi tagok: Farkas Dániel, L Flesch Nándor, Fuchs Dávid, László Mór, Perényi Istv József, Scheiber Sámuel, Sümegi József, Uhrik Gyula és We

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete e h 1/2 7 órakor tartja a Bristol-szálloda földszinti termében évi

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten márczius hó 5.-é Az előkészitő tanfolyam február hó 5.-én indul meg. Bőv ad *Kaiser Károly* dr., Budapest, Belügyministerium.

A tisztiorvosi vizsgára előkészitő cursus Kolozs 1.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bő gositást ad *Filep Gyula* dr. egyetemi magántanár, Kolozsvár, (Közegészségtani intézet.)

„Székesfehérvár és Fejérmegye tüdővész ellen vé sülete" czimmel új emberbaráti intézmény létesült a napok nek czélja tüdővészes betegek számára sanatoriumot létesi kuló közgyülésen, melyen *Cziráky Antal* gróf elnökölt, dr. fejtegette a tüdővész pusztitását, *Keczán Livius* dr. pe sület alapszabályait ismertette. A védőségre József királyi védőnői tisztségre pedig Auguszta királyi herczegasszonyt

Tátrafüreden a téli idényben január 13.-áig 201 tózkodott.

Elhunyt: *Demetrovics Hadzsi Mihály* dr. 75 éves ko czen. — *Klein Sándor* dr. Budapesten. — *D. Chiara* dr., nyug. tanára a firenzei egyetemen. — *K. Abramitscheff*, a kórtan magántanára a szentpétervári katona-orvosi akaden

△ **Kisebb hirek külföldről.** *Ebstein W.*, a belorvos tanára a göttingai egyetemen, korára való tekintettel beadt tanári állásáról s a klinika és poliklinika vezetéséről. Ebs Kineveztettek: *Schokaert* dr. a nőorvostan rendes tanárává (Belgiumban), *Boussavit* dr. az élettan tanárává Amiens-b a klinikai therapia tanárává Párisban, *Valois* dr. a nőorvos Montpellier-ben és *Mazza* dr. a bőrorvostan tanárává M közegészségügyi osztály vezetőjévé a bécsi belügyminis nemrég elhunyt Kusy dr. helyébe Daimer I. dr. osztálytan ték ki. — A tübingeni egyetemen újonnan rendszeresitett tani tanszékre *Wolf* dr.-t, a hygiene és bakteriologia rend a drezdai technikai főiskolán hivták meg. — *W. Silbersch*

⋀ **Nothnagel tanár tanszékéről.** A bécsiek ugyancsak meg vannak akadva a megüresedett belorvostani tanszék betöltésével: nem tudnak Nothnagel utódjául hozzá méltó elsőrangú erőt találni. Mind az öt németországi tanár, a kit egymásután meghíttak a tanszékre, visszautasította a meghivást. Az ügy persze szélesebb körben is port vert fel s a Neue Freie Presse kérdést intézett Gruber tanárhoz, a müncheni hygienikushoz, hogy vajjon mi annak az oka, hogy a németországi tanárok nem igen fogadják el újabban a meghivást a bécsi egyetemre. Gruber tanár, a ki osztrák születésű ember, tudvalevően három év előttig Bécsben volt a közegészségtan tanára s állását csak azért cserélte fel a müncheni-vel, hol Buchner utódja lett, mert Bécsben nem voltak hajlandók neki új intézetet épiteni. Gruber tanár bőven felel a kérdésre a nevezett lap január 14.-i számában. Véleménye szerint a bécsi orvosi fakultás hanyatlásának egyik legfőbb oka az, hogy az osztrák közoktatásügyi kormányzat évtizedeken át rosszul alkalmazott takarékosságból elhanyagolta a fakultást; míg a külföldi, kivált németországi egyetemek orvosi karai intézetek, épitkezések, tudományos felszerelés stb. dolgában nagyszerű fejlődésen estek át, Bécsben megmaradt minden a régiben. De nem kell elcsüggedni. A haladás megindult, az utóbbi időben fényes, gazdag felszerelésű intézetekkel gazdagodott az orvosi fakultás Bécsben is s biztosra vehető, hogy a még fennmaradó hiányokat is ki fogják pótolni a legközelebbi jövőben s igy remélhető, hogy a bécsi orvosi fakultás, mely különben most is egyes kiváló erőkkel rendelkezik, előbb-utóbb ismét visszanyeri régi fényét. Nézetünk szerint Gruber egyet elfelejtett emliteni, a mi a szóbanforgó kérdésben még talán a modern intézetek hiányánál is fontosabb: ez az a körülmény, hogy a bécsi tanári állások jövedelmezősége a tandijak eltörlésével igen megcsappant s nem igen vetekedhetik a németországi tanári állásokéval.

Pótlólag megjegyezzük, hogy a bécsi orvoskari tanártestület e hó 13.-án kelt üléséből primo et aequo loco *Noorden* (Frankfurt) és *Minkowski* (Köln), secundo loco pedig *Romberg* (Tübingen) terjesztetett fel kinevezés végett.

Magyar orvos Ausztráliában. A Melbourne-ban megjelenő „Intercolonial Medical Journal of Australasia“ czimű orvosi lap 1905. októberi számában egy *magyar nevü* orvos, *Nyulasy F. A.* közöl czikket a Gärtner-féle vezeték cystájáról.

Nemzetközi tápszer-kiállitást rendeznek ez évi április és május hónapban *Anvers*-ben. A kiállitáson az orvos-gyógyszerészi hygiene külön csoportban lesz képviselve. A kiállitás védője a flandriai grófnő. Mindennemű felvilágositással szivesen szolgál a titkárság (Anvers 26, Rue d'Arenberg).

A budapesti poliklinikán mult év deczember havában 3102 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 9651 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület ez évi deczember hóban összesen 695 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 485 szállitást végzett, 64-szer mint mozgóőrség működött és 25-ször vaklárma esetén vonult ki. A deczember havi működési főösszeg tehát 1269.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 1. hetében (1905. decz. 31.-től 1906 január 6. ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 359 gyermek, elhalt 343 egyén, a születések tehát 40-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 21·7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 5, meningitis tuberculosa 7, apoplexia cerebri 15, convulsiones 5, paralysis progress. 6, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordis 9, morbi myocardii 7, vit. valvularum 3, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 0, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 7, 5 éven felüli 5, pneum. catarrh. 9, pneumonia 32, pneumonia crouposa 5, tuberc. pulmonum 81, emphysema pulm. 8, pleuritis 2, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 9, 2 éven felüli 1, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 0, alii m. org. dig. 2, nephritis 6, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 3, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 16, paedatrophia 0, marasmus senilis 18, carcinoma ventric. 2, carcinoma uteri 1, alia carcinomata 3, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 0, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 4, typhus abdominalis 0, variola varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 4, scarlatina 4, pertussis 1, croup-diphth. 4, diphth. faucium 0, influenza 3, febris puerperalis 1, lues congenita 4, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 4, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 5, suicidium 5, homicidium 3, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3770 beteg, szaporodás 836, csökkenés 700, maradt e hét végén 3838 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 163 (150), vörheny 27 (33), álh. gége- és roncsoló toroklob 18 (21), hökhurut 13 (7), gyermekágyi láz 1 (0), hasi hagymáz 7 (6), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 40 (39), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (1), trachoma 4 (1), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Hoechst a/M. „Pyramidon“ czimű prospectusa van mellékelve.

A sok elismerő szó mellett, mely a **Past. pyro-duotal** nem egyszer hangzott fel panasz, hogy az ára nagy. Daczá Pastillae pyro-duotalin drága szerekből van összeállitva, **az a mindennapos orvosi praxisban könnyebben legyen** arra határozta el magát a készitő, hogy árát tetemesen leszál pedig egy nagy adag ára, mely egy heti használatra elégs túl 9 korona, 20 darab pastillát tartalmazó kis adag ár korona lesz.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.“** Ujonnan ép gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Bud** Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra p

Vízgyógyintézet a **„Fasor“** (Dr. Herczel-féle) **sanator** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egé nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. V Kezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fény szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérséke Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab**

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejá részére is). **Ujonnan épült magángyógyintézet belső-, anya idegbetegségek** számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospek pest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi**

LECITHIN RICHTER Phosphortartalmú testsúlynövelő és Antiscrophuloticum. Antirhachiticum Aph Adagolási formái: **Tablettae Lecithini Richter** 0·05 és 0·025 g tartalommal. **Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino s. Richter** (Lecithines olaj). **Lactolecithin Richter** (Lecithines tejczukor-por) **Lécithi Richter** (izletes lecithingranulák). **Lecithinol Richter** (steril injektiókra). **Richter Gedeon** „Sas“-gyógytára, Budapest, Ü

Orvos urak szives figyelmébe. **„Thermal-cabinet szoba-, gőz- és hőlégfürdő-készülék.** Ismertetést küld: **Förster Aladár, Budapest, VII., Alsó-erdősor 30.**

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villa összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fas Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és szati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesítő Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazi

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi riuma IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Dr. Widder Bertalan operateur **testegyenesítő** intézete **csont- és izületi** (tuberculotikus, angolkóros, görbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza utcza sarok. Rendel d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek

Tátrafüre

(1020 m.) téli klimatikus gyó deczember 1-jétől márczi Vízgyógyintézet, massage, vil tás asztal, felséges enyhe té sportok. Központi fütés, villa állandó gyógyszertár. Indikált **kór**, idegbajok, vérszegé

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébe **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák utóbántalmak ellen. **Vezető orv Dr. VÁNDOR (Wildmann) DE**

A KRONDORFI A LEG NYÁLKAOLDÓ GYÓ

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (I. rendes tud. ülés 1906. január 13.-án) 241. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 19
6.-án.) 242. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. ülés 1905. deczember 7.-én.) 243. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-term
szakosztálya (V. szakülés 1905. november 4.-én.) 244. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tud. ülés 1906. évi január hó 13.-án.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Manninger Vilmos.**

Elnök az ülést megnyitja. Üdvözli a megjelent tagokat, különösen pedig az új tagokat, kik ma jelennek meg először az orvosegyesületben. „Készséggel és örömmel választottuk meg őket — úgymond — azon reményben, hogy nemcsak számban gyarapítják az orvosegyesületet, hanem tudományos munkálkodásukkal is hozzá fognak járulni egyesületünk emeléséhez.“ (Tetszés.)

Elnök ezután a mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Lovrich József*, *Schwitzer Hugó* és *Török Lajos* tagtársakat.

Császármetszés két esete.

Lovrich József: Mindkét császármetszést relativ indicatioból végezték az I. sz. női klinikán.

Az első eset egy 29 éves primiparánál fordult elő, kinek másodfokban harántul is szűk scoliotikus medenczéje volt. A terhes nő jobb lába 9 cm.-rel rövidebb mint a bal. Medenczeméretek: Sp. i. 25 cm. Cr. i. 26. C. ext. 17·5 cm. C. diag. 9·2 cm., így a conjugata vera: 7·4 cm. Tehát II. fokú szűkület alsó határán a szűkülettel szemben a beavatkozás a relativ császármetszés területére jutott, annál is inkább, mert két napi vajudás után a fej még a bemenet felett mozgott. A császármetszést a magzatvíz elfolyása után egy ujjnyi méhszájnál végezte Bársony tanár. Az érett magzat atoniás vérzés után asphyxiában született, de 40 Schultze-ra magához tért. Gyermekágy első három napján lochia-retentio miatt 38·5-ig terjedő hőemelkedések, melyek alkoholos méhüregmosásra elmaradnak. Hasseb per primam egyesült.

A második császármetszést egy harmadszor szülő nőnél végezték, hol az első szülés perforatioval lett befejezve, a második két év előtt vidéken császármetszéssel, s most a harmadik terhességénél az I. sz. női klinikán a második császármetszést végezték. Az asszony bal lába 3 cm.-rel rövidebb, mint a jobb. Sp. i. 25 cm., Cr. i. 26 cm., C. ext. 18 cm., C. diag. 8 cm., C. vera 6·5 cm. Az általánosan szűk lapos medencze a III. fokú szűkület terére esik. Az ismételt császármetszést 3 ujjnyi méhszájnál végezte Bársony tanár. A rendes lefolyású műtétnél eltérés csak az volt, hogy a cseplesz a méhhez és hasfalhoz, a méh bal sarka pedig a hasi peritoneumhoz tapadt. Az első izben végzett császármetszésnél hosszan futó függélyes metszéssel lett a méh megnyitva, a másodiknál pedig haránt futó fundális metszéssel. Ezen esetben a mindkétoldali ovarium is el lett távolítva annál is inkább, mert a jobboldali cystosusan degenerált. Ennél is élő érett magzat született és sima gyermekágy után mind a két asszony egészségesen távozott, egészséges gyermekével.

Az ismételt császármetszések jó statistikát adnak úgy az anyára, mint a magzatra. Az ismételt császármetszés valamivel nehezebb, de veszedelmet ez sem rejt magában.

Rákos méh abdominális kiirtása.

Lovrich József: *Wertheim* szerint operált két betegről van szó, kiknél a vaginális méhkiirtás a rákos folyamat elterjedése miatt már elkésett.

Az I. sz. női klinikán eddig hat rákos beteget operáltak Wertheim szerint. A műtét lényege az, hogy a rákos méhet a parametriummal és hüvelylyel együtt távolítjuk el. A műtétet excochleatio és kiégetés előzi meg. A mirigyek eltávolítását, mint czélhoz nem vezetőt, másutt is elhagyták, s az I. sz. női klinikán sem végezik.

Az első esetben egy 55 éves cachexiás asszonynál végezték a műtétet portio- és cervixrák miatt, a hol a jobb parametrium is rákos volt.

A második esetben egy 35 éves asszonynál a portio-carcinoma mellett a fornix és parametrium is infiltrált volt. A vaginális műtét ennél is elkésett és ezért abdominális úton végezte ezen esetben is Bársony tanár a műtétet.

Mindkét beteg meggyógyult, azonban a második esetben a műtét után két hónappal a ki nem irtott hüvely alsó részletén egy rákos góczot lehetett tapintani, melyet ovalaer metszéssel távolítottak el. Az I. sz. női klinikán azon álláspontou vannak, hogy kezdődő portio- vagy corpusráknál a vaginális exstirpatio a jogosult, cervikális carcinománál vagy a hol a vaginális úton való műtét már elkésett, meg lehet kísérleni a Wertheim-féle műtétet. Ha a folyamat akár a hólyagra, akár az ureterekre áterjedt, ez a műtét már nem jogosult.

Rotter Henrik: A Rókus-kórház nőgyógyászati osztályán 12 abdominális totalexstirpatiót végeztünk és ez ad alkalmat a hozzászólásra. Még pedig a műtét indicatioinak a felállításához és a technikájához volna megjegyzésem.

Huszonhét év anyaga áll rendelkezésünkre a vaginális műtéti eljárás elbirálására és a statistikai adatok közül legyen szabad kiemelnem, hogy öt évi megfigyelés után a német irodalomban Sc tartós gyógyulásról tud beszámolni, míg a legjobb statis chardt-nak van, a ki 24%-ban ért el gyógyulást. Ha ezekből még levonjuk a corpuscarcinomákat, a melyek aránylag indulatúak, úgy a collumcarcinomák gyógyulási aránya rosszabb színben tünik fel. Ezért egészen természetes a gyi azon törekvése, hogy a vaginális methodus szerint elért e javítani igyekeznek az abdominális eljárással.

Az indicatiók felállítása szempontjából tekintetbe carcinoma helyét és kiterjedését. Míg corpuscarcinomáknál vaginális út, collumcarcinomáknál és különösen a cervik toknál indikált az abdominális methodus, mert épen az műtéteknél szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a cer nál harapódzik a carcinoma leggyakrabban a mirigyek metriumokra.

Mi a középutat foglaljuk el. Kezdődő portio- és co máknál vaginálisan, cervikális carcinománál · abdominális rálunk.

A műtét technikájára vonatkozólag azt jegyezném primaer eredmény sikerének egyik főtényezője a beteg tisztántartása. Ha a bemutató kiemelte a formalinos desi voltát, a formalin maró hatása folytán, úgy én reámutatok és König gynaekologiai műtéttanában található ajánlatra, a rozottan károsnak tartok. Ők ugyanis abból kiindulva, hog más tumorban lévő pathogen és virulens bakteriumok e excochleatioval és thermocauterrel teljesen eltávolitani úg mert a bakteriumok a nyirokedények útján a mélyebb szö is bevándorolnak, az előbb említett kitakarítást feleslegesn a vaginális desinfectiót csupán öblítésekre szoritják. Ez e asepsisre és antisepsisre vonatkozó tudásunkkal; sem a k a beteg bőrét nem tudjuk csiramentessé tenni, hanem csak nyé, és mégis a legnagyobb gonddal végezzük az objectiv desinfectiot; épen úgy nincs semmi okunk arra, hogy a v infectionál kisebb gondosságot fejtsünk ki. Mi excochleál cauterizálunk és cervikális carcinomáknál a külső méhszája tuk varrni, hogy így a carcinomás detritusnak a sebre és a való jutását lehetőleg megakadályozzuk. Különös gonddal azután a hüvelyt absolut alkohollal.

Még egy megjegyzésem volna a technikát illetőleg az abdominális úton végzett uterus-exstirpationál az ureter sét principiálisan végezzük, ennek megkönnyítésére ajánl terkatheterismust. Két esetben végeztem így a műtétet, h ureter-kathetert vezettünk be (Unterberg Hugó dr. volt s gezni) és meggyőződtem róla, hogy a műtét így lényeges könnyítve. Viszont az ureterkatheterismus semmi hátrányát Ezért arra újból felhivom a figyelmet.

Még csak a postoperatiós cystitis elkerülésére vonatkoz bátor megjegyezni, hogy műtét után rendszeres hólyagöbli zünk Baisch ajánlata szerint bórvízzel.

Unterberg Hugó: Az ureterkatheterismusnak előnyeit társ felemlitette. Nézzük, felérnek-e előnyei a hátrányaiva hátránya van: fájdalmasság és az infectio veszélye a vese és a vesében. Nőről lévén szó, az első hátrány elesik, a r rány pedig csak bizonyos esetekben mutatkozik. Szóló mé pyelonephritist keletkezni, bár már 100-nál több esetben vé katheterezést.

Az infectio elkerülése végett még két dologra ügyel lyagot hydrargyrum oxycyanatum 1:4000-es oldatával töl ne piszkáljuk a hólyag falát az ureterkatheterrel.

Dirner Gusztáv: A kérdés olyan nagy mezőre ter annak kimerítő tárgyalására egy este rövid. Szóló e kérdé akar tartani, mert eddigi eseteiről még nem tett jelentést. carcinoma-esete van, de a megfigyelési idő még rövid.

Azon abdominális methodustól, melyet Freund ajánl dunk, mert az eredményei rosszak. A vaginális method volt. De nem ezen fordul meg a dolog, hanem azon, hogy cinomát tudunk még megoperálni. A külföldi közlések azt muta carcinoma operabilitása 40—50%-ról 80—90%-ra szállt fe tartós gyógyulás eredményei az abdominális methodus m jobbak, mint más eljárásoknál. Ezért szóló a kieli congr a mióta Wertheimernél két ilyen operatiót látott, az abdom dus hive és 14 esetben végezte is ezt. Az eredménynyel m gedve, csak egy esete volt halálos venasértés következtébe is a primaer halálozás 30%-ról leszállt 20%-ra. A későbbi ről beszélni még korai. Az abdominális methodus többi den megbeszélni nem lehet. Megvan ezen eljárásnak a jog

Kubinyi Pál: Két szempontból szól hozzá: az egyi tio, a másik a technika szempontja. Midőn Ries ezelőtt 10 é furti orvosegyesületben állást foglalt az abdominális mód Ricard a XIII. franczia sebészcongressuson palliativ műtétté vaginális totalexstirpatiót, és Kelly Amerikában szintén hozzá

nyirokutakra, a vaginális totalexstirpatio eredményeire vonatkozólag. (Waldeyer, His, Bruns, Poirier, Winter stb.) Ezekből kiderült, hogy kivált a cervix-rák az, mely hamar eléri a parametriumot, s innen a mirigyeket, ellenben a portio kezdődő rákjánál valószinű, hogy a mirigyrendszer ép, a corpusrákról pedig tudjuk, hogy sokáig marad lokális. Az is kiderült, hogy ha a parametrium beteg, nagy valószinűséggel betegek a mirigyek is. Ezeknek az eseteknek megmentése mindenesetre kérdéses, mert a medenczebeli mirigyrendszer egy összefüggő hálózatot képez, s ugrásokkal is megbetegszik. Hogy ilyen esetekben is lehet néha gyógyulást elérni, tény, s ezt majd meg fogjuk itélhetni, ha az egész világról összegyülnek a végleges gyógyulásra vonatkozó adatok. Ma erről beszélni még korai dolog. Tény azonban, hogy ha ezeket az eseteket is meg akarjuk operálni, ki kell szélesitenünk az indicatiót. S ha ezt elismerjük, akkor az abdominális módszer az egyedüli helyes, ezzel operálhatunk legbiztosabban.

A másik csoportot, a kezdődő portiorákot és a corpus rákját azonban kár volna elvből annak a nagy veszélynek kitenni, a melylyel az abdominális műtét jár, miként az előadó is kiemelte, a mély shockhatást említve.

A másik részlet a technikai. A Rotter által felvetett ureterkatheterezést mások (Gattorno, Latzko stb.) is próbálták, de nem valósitható meg, különben pedig nem is közömbös, ha órákon át benn fekszik a katheter. Amúgy is nagy veszélye a műtétnek az ureternekrosis és a postoperatiós cystitis. Az uretert így is biztosan meg lehet találni. Erre vonatkozólag anatomiai tanulmányokat tett Berlinben. Az ureter legbiztosabban fellelhető ott, a hol az iliaca elágazása felett lehajlik a kis medenczébe. Ha itt az a. ovaricát átmetszve s a peritoneumot hátrafelé meghasítva rámetszünk, biztosan megkapjuk. Rendesen a peritoneum belső lapján marad. Ez csak előny, ha mirigyeket is akarunk kiszedni, mint azt Bumm is mondja. A parametriumon át jól követhető s fontos, hogy az arteria uterinán s az őt kisérő felső vena uterinán kivül utóbbinak alsó, erősebb ágát is ellássuk, mert e nélkül a plexus uterovaginalisból, melyet a jelzett vena felvesz, folytonos zavaró vérzés van. A vérzés exact csillapitása, a műtéti tér vértelenitése pedig az asepsis szempontjából is fontos. Az uretert persze újra lehetőleg be kell borítani kötőszövettel s peritoneummal. A szóban forgó eljárást élőn is pontosan végrehajtotta, s a tájékozódás kifogástalan volt, ép úgy a vérzéscsillapitás előnye is nyilvánvaló. A beteg gyógyult.

Tauffer Vilmos: Hivatkozás történt arra, hogy elég jó társaságban vagyok, mikor a minden esetben való abdominális operatiót principiell nem fogadom el. Azon methodus, melyet itt tárgyaltak, mind arra törekszik, hogy a peritoneum felhasitása, a méh szalagainak felszabadítása után a parametriumot szedjük ki (ausräumen) és ebben a mirigyeket is, mert ha ezt nem fűzzük hozzá, akkor semmi jogosultsága nincs az abdominális methodusnak. Az infiltrált mirigyeknek azonban csak egy része carcinomás, más része csak az izgató szövetnedvek következtében duzzadt, tehát oly mirigyeket is kiirtunk, melyek nem rákosak. Ha pedig a rák lokalizálva volt, átterjedés nem volt, akkor felesleges volt ilyen nagy műtétet csinálni, mert a kisebb mortalitással járó is czélhoz vezet. Tehát az abdominális operatio alól az eseteknek egy része mindenesetre kiveendő. Hogy azonban mely rész ez, előre nem tudjuk. Kérdem egyúttal Lenhossék tanár urat, mint anatomust, hogy az infiltrált mirigyek nem terjednek-e túl a medenczén sikján, mert a „kitakarítás“ csak addig terjed, és vajjon a feljebb megmaradt mirigyek közömbösek-e a szervezetre? Előreláthatólag olyan mirigyek is vannak, melyek nem irthatók ki. Ezért nem vagyok a principiális abdominális műtét mellett.

Lenhossék Mihály: A mirigyek nem közvetlenül a medenczében ömlenek be a mellvezetékbe, hanem lánczalakban húzódnak fel és a truncus lumbalisba ömlenek be. Elméletileg a mirigykiirtással nem nyerünk sokat, de a gyakorlatban úgy áll a dolog, hogy bizonyos irányban a mirigyekben terjed az infectio és valószinű, hogy a mirigyek korai kiirtásával gátat vethetünk a carcinoma terjedésének.

Lovrich József: Köszönettel fogadja a hozzászólásokat. A százalékokról nem beszélt. *Bumm* figyelmeztet, hogy a primaer gyógyulási esetek miatt ne bizakodjunk el, mert a kik sok esetet operáltak, pl. 100-at, már elfogadják a magas halálozási százalékot, 37%-ot vesztett *Bumm*. Ezt a számot a többiek is elérik, ha válogatás nélkül operálnak, bár nem akarják bevallani. *Dirner* elveti a vaginális műtétet, *Olshausen* az esetek 60% át így operálja és az utolsó 100 esete közül egyet sem vesztett el.

Irishólyag esete.

Schwitzer Hugó: B. S. 22 éves, könyvkötő-segéd 1905. október havában jelentkezett először a pesti izr. kórház szembeteg-rendelésén, a mikor bal szemén iritis serosát kórisméztek. Mivel beteg bevallotta, hogy $^1/_2$ évvel ezelőtt luest acquirált, az iritist is luetikus eredetűnek kellett tartani és azért kórházi kezelésre kellett utasitanunk. 1905. november havában ismét jelentkezik a rendelésünkön és ekkor a következőket találjuk: a nagymértékben izgatott bal szem mellső csarnokába egy képlet dudorodik elő, mely a csarnokot majdnem egészen kitölti és első pillanatra daganat benyomását teszi.

A binoculáris loupeval végzett pontos vizsgálat kideriti, hogy egy oly hólyagszerű képlettel van dolgunk, melynek mellső falát a nagymértékben elváltozott iris szövete alkotja. A hólyagnak közepe táján egy függőleges, keskeny hasadék látható; ez utóbbi széleinek megfelelőleg a hólyag fala gömbölydeden fordul befelé.

A szem fényérzése és projectioja minden irányban megtartott, belnyomása fokozódott.

teljes látazárt okozott. A hátsó letapadások által a hátsó c tokolódott és az útóbbiban meggyülemlett folyadék az irist elődomborította. Ez esetben tehát nem iriscystával van dolgu egy hólyaggal, melynek mellső falát az iris képezi, s mely lencse van. E feltevésünket igazolta a műtéti beavatkozás is. ugyanis *Fuchs*-féle iris-transfixiót végeztünk, mely után csakha csarnok képződött és a hólyag eltünt. Jelenleg a szem mé azonban mély mellső csarnok van. Az irisen a transfixio eredm úgy a külső mint a belső szélhez közel egy-egy hosszan látható, mely hasadékok állandó communicatiót tartanak fen és hátsó csarnok között.

A szem visusa $^3/_{70}$. Tervbe vettünk a betegnél iri mely beavatkozástól reméljük, hogy a szemet teljes nyugalo hozni és a látását is javitani fogja.

Cysta iridis traumatica.

Barlay János: Tanulságosnak véltem *Schwitzer* k mutatásának alkalmából egy beteget bemutatni, ki ma délel kezett az egyetemi szemklinika nyilvános rendelésén. Háro bal szeme sinkovácsolás közben vasszöggel sérült. E sérülés tólag még látott keveset e szemével, de kb. egy év óta lá inkább megromlott.

Jelenleg látása jobb szemén teljes. Bal szemével $^1/_{\infty}$ olvas újjakat. Fényérzése, localisatioja jó. A szem békés.

A limbusban kivül cystoid heget látunk, melynek ter sclera kissé csorbás. A csarnok egyenlőtlen mélységű. Az ir része normális elhelyezésű, keskeny. Külső $^2/_3$ része nagy, fesz szerű képletté alakult, melynek felét az iris képezi, mely kisebb és egy alsó nagyobb részletből áll, ezeket egymás barázda választja el. Domború szélei a pupilla külső szélén á A cysta alul-kivül szorosan hozzáfekszik a cornea hátsó f Fala vékony, áttetsző. Az irispigment a függélyes rést képe szélén jól látható. Az iris zilált structurája kivül legjobb egyebütt pigmentfelhalmozódások vehetők észre. Hátsó fala ú szorosan összefügg az elszűkült és egyúttal hátraszorított Alul-kivül úgy a cystán magán, mint a cornea szövetében r diális irányú ér látszik. Tensio normális.

Esetünkben a cysta minden kétséget kizárólag traum désű. A sértő behatás megnyitotta a bulbust, s igy jutott csarnokba, melyből a cysta keletkezhetett.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató ülés 1905. deczember 6.)

Elnök: **Axmann Béla**. Jegyző: **Feldmann Ignácz**.

(Vége.)

A spirochaeta pallida mint diagnostikai segédeszkö

Preis Károly: Cs. F.-né, 39 éves, kereskedő neje, felvét hó 22.-én. Beteg aisó ajkán 14 nap óta fennálló kis mogyoró fedett, mérsékelten tömött laesio van, melyről, tekintettel ar nyaki mirigyek nem voltak megnagyobbodva, nem tudta eldönteni, primaer sklerosis-e vagy sem. De tisztelt főnököm, l primaer sklerosisnak mondta s a belőle készült, Giemsa-oldat praeparatumban csakugyan számos spirochaeta pallida volt egyéb bakteriumok nélkül.

II. K. I., 7 napos csecsemő. Felvétetett mult hó 30.-án. köztakarón maculo-pustulosus syphilidek s a belőlük készült tumokban számos spirochaeta pallida. Az anya luest tagad, luetikus tünetek nem is láthatók rajta, nem abortált so mekét a 9. hónapban szülte, mindmegannyi körülmény, fogva kevésbé tapasztalt vagy felületesen vizsgáló, tekintettel kórkép sajátságos voltára, a bántalmat erythema multiformén hatta volna. A positiv spirochaeta pallida-lelet után az a egyszer tüzetesen megvizsgáltatott, a mikor is leukodermát a tarkón és kisfokú polyadenitist lehetett találni.

Bármennyire is távol vagyunk még attól, hogy a s pallidát a lues okozójának mondhassuk, az osztályunkon tapasztalatok, valamint a szerzők egybehangzó vélemé nye sze mondhatunk már is, hogy diagnostikai segédeszközként has fel abban az esetben, ha a praeparatumokban tisztán számo spirochaeta pallidát találtunk.

A festésre a következő eljárás bizonyult legalkalm egy eprouvettát harmadára destillált vízzel vagy akár k vízzel is megtöltünk s hozzáadunk 20 csepp Giemsa-oldatot valamivel többet, mint kevesebbet —, felrázzuk, nyomban rá előzetesen láng felett fixált praeparatumokra s az onnal h tartjuk, míg erősen gőzölög, azután leöntjük a festéket s újr az eprouvettában még levő festékből s újra melegítjük. A vagy 4-szer ismételt melegités után a spirochaeta pallida r már igen intensive meg van festve. De minda mellett ellen festést kis nagyitással. Ha a magok ilyenkor feketének láts vörösvérsejtek világos vagy sötét ibolyaszinűek, úgy a festés ellenkező esetben az egész eljárás ismétlendő. Ezen eljá festett spirochaeta pallida már nem pallida többé, hanem elég sötétre festett, úgy hogy az összes létező mikrobák közö

Az anyagvétel úgy történik, hogy a vizsgálandó laesiót késsel óvatosan kaparjuk, míg a legelső csepp vér megjelenik, a mit nyomban minél vékonyabban tárgylemezekre kenünk. Helyes eljárás mellett a spirochaeta pallida rendszerint igen nagy számban találtatik, de az eredmény oly annyira függ a helyes vételtől is, hogy szabály legyen, miszerint egy praeparatumban 5 percznél tovább spirochaeta pallidát ne keressünk, hanem inkább vegyünk mégegyszer a vizsgálandó laesióból.

Róna Sámuel: A spirochaeta diagnostikai jelentőségét illustrálja még egy bemutatott esettel. Egy fiatal férfi scabiessel feküdt szóló osztályán és épen el akarták bocsátani, mikor penisén két borsónyi laesiót vettek észre egy regionárius mirigy kis mogyorónyi duzzanatával. Ez scabiesnél is előfordul. A spirochaeta kimutatása kétségtelenné tette azt, hogy a scabieses penislaesión a lues virusa hatolt be és hogy az primaer sklerosissá alakult át.

Extragenitalis syphilis-infectio, kétoldali emlősklerosis.

Iványi Ernő: W. L., 28 éves, nőcseléd, f. évi julius 13.-án szült harmadnapra egy gyermekmenhelyre került, hol állítólag gyermeke mellé egy idegen gyermeket is kapott szoptatni, míg saját gyermekét rendesen a jobb emlőből, az idegen gyermeket a bal emlőjéből szoptatta. Saját gyermeke a legszorgosabb anyai gondoskodás daczára egy hónapos korában, előtte ismeretlen bajban elhalt, ez alkalommal állítólag újra egy második idegen gyermeket kapott szoptatni. Szeptember elején az ő bemondása szerint teljesen egészségesen hagyta el a menhelyet és szolgálatba állott. Október elején vette észre, hogy először bal emlőjén, majd később a jobbon is egy-egy pattanása támadt. Időközben arról értesült, hogy első ápoltja luetikus volt.

E hó elsején vették fel Róna tanár úr osztályára, következő jelenállapottal: mindkét emlőn egy-egy primaer sklerosis, hónaljmirigyek tyúktojásnyiak, porczkemények. Általános kis papulás syphilid. Elégnek tartottuk az esetnek bemutatását minden kommentár nélkül.

Róna Sámuel: Az eset társadalmi és forensis tekintetben fontos, Kitől kapta a beteg a syphilist? Typusos primaer laesio, a táji mirigyek duzzanata, az általános syphilid kétségtelenné teszi a recens syphilist, mely 3—4 hónapos. Az emlőbimbókra localizálódott sklerosis azt bizonyítja, hogy a lues itt tört be a szoptatás művelete alatt. A kérdés most már az, kitől kapta a luest? Felhozhatná valaki, hogy talán a saját elhalt magzata volt lueses és attól kaphatta. Ez ellen szól az, hogy az apától lueses magzatok legtöbbször in utero elhalnak és idő előtt kilöketnek; kivételes a kiviselés, különösen az első terhességek idejében. A nő pedig primipara volt és kiviselte magzatát és egészségesen hozta a világra; ellene szól a Colles Baumes-törvény is, mely szerint az olyan anya, a ki apától syphilises magzatot szül, de ő maga a szülésig egészséges maradt, azután immunis marad úgy a saját, mint a más csecsemőjének syphilise ellen.

Tehát minden valószínűség a mellett szól, hogy a nő a vendégápolttól kapta a luest.

Nagy nyaki zsigerívtömlő.

Herczel Manó: A 29 éves nőbeteg 6 évvel ezelőtt vette észre, hogy jobb állkapocsszöglete alatt egy diónyi, puha, fájdalmatlan csomó képződik, mely azóta lassan nő, neki soha alkalmatlanságot nem okozott.

8 hét óta ez a daganat rohamosan nő, erősen felpuhult és fájdalmas lett, miért is a beteg műtét czéljából osztályomra vétette fel magát.

Felvételkor a nyak egész jobb felét gyermekfejnyi, puha, fluctuáló, sima felületű daganat tölti ki, mely alapjával erősen összekapaszkodott, felületén itt-ott keményebb részek tapinthatók. Előfelé csaknem a nyak középvonaláig, hátrafelé a fejbicczentő izom hátsó széléig terjed, alsó határa a clavicula felett 2 ujjnyival van, felfelé az állkapocs alsó széléig ér, a fülczimpát feltolja és a parotistáját is erősen elődomboritja. Több helyen eszközölt próbapunctio mindenütt híg, sárga, genyszerű folyadékot adott, melynek górcsövi vizsgálatánál benne sok detrituson kivül nagyszámú polynucleáris, szemcsés degeneratiót mutató leukocyta, igen sok cholestearinjegecz és laphám volt látható.

A diagnosist ezen alapon *elgenyedt bronchiogen tömlőre* tettem s annak radikális kiirtására határoztam el magamat, melyet f. évi november 18.-án végeztem.

A daganat legnagyobb domborulatán ejtett 15 cm. hosszú metszésből a cystát megnyitva, annak kb. 2 liternyi híg tartalmát kibocsátottam s ezután a cystafalat, mely a szomszédsággal mindenütt erősen adhaerens volt, részint tompa, részint éles praeparálással környezetéből kifejtettem. Különösen erős volt az adhaesio a m. sternocleidomastoideus mellső szélével, az edényhüvelylyel és a parotissal.

A kissé sorvadt vena jugularis int. egész hosszában a cysta alsó falán fut és azzal bensőleg összenőtt, miért is annak kétszeres alákötése és kiirtása vált szükségessé. A carotis communist, mely a tömlőfallal lazább összefüggésben állott, sikerült tompán letolni. Legnagyobb nehézséget a cysta kocsányának kifejtése okozta, mely felfelé a koponyaalapra volt követhető és a processus styloideussal szorosan összefüggött.

A tömlő teljes kiirtása után az óriási sebüreget kevés steril gazezel tamponálva, legnagyobb részben bevarrtam. Teljesen zavartalan seblefolyás, a betegnek most kicsiny sarjadzó sebe van még.

részlete pedig lymphoid szövetből áll (Krompecher). Tekin hogy a cysta bennékében sok laphámsejt és cholestearin látható, teljes biztossággal felvehető, hogy a cysta több hámmal volt bélelve, mely atheromás szétesést szenvedett.

Úgy a daganat keletkezése, mint a cystafalnak és górcsői vizsgálata kétségtelenné teszi, hogy az bronchiogen cysta laterális elhelyezése pedig a második zsigeri baráz kiindulása mellett szól. A cysta tartalmának elgenyedése m színűség szerint utólagosan, infectio útján jött létre.

Pólya Jenő: A congenitális bronchiogen cysták soks adolescentia korában lesznek láthatók. Atheromaszerű bennél kitöltve és ritkán okoznak ilyen nehézségeket, csak nékükben genyedés támad. Nagyságuk ökölnyi vagy má szokott lenni.

Ilyen congenitális cysták néha más tartalommal is sz Két esetet észlelt, melyekről csak operatio után tünt ki, h Egyik egy 20 éves fiú, kinél hirtelen keletkezett a daganat Hideg tályognak tartotta, bele akart metszeni, de a beteg tette, hogy már pungálták és vért kaptak; úgy is volt. dosan kipraeparálták és azt gondolták, hogy venosus aneurys az egyik helyen vastagabb falzat vizsgálata kideritette, hog szerkezetű. Tehát congenitális bőralatti angioma volt, a átszakadtak a közfalak.

Másik esete lymphangiectatikus cysta volt, melyet közkórházban operált. A kulcscsont felett hirtelen támadt ökö volt, mely hideg tályog benyomását tette; punctiora szalmas ürült. Czigarettapapir vékonyságú congenitális tömlő volt, m alá is beterjedt.

A cysták therapiája csak a kiirtás lehet.

Tüdőszúrás és tüdővarrat gyógyult esete.

Fischer Ernő: Egy 32 éves napszámosnőt zsebkéssel A mentők Herczel tanár osztályára szállitották be. A bet aemiás, pulsus 140, üres; légzése dyspnoikus, perczenként köhög, a köpet véres. A mellkas bal oldalán a hátsó hó egy 4 cm.-nyi szúrt seb van, a melyből ujjnyi sugárban ön gővel kevert vér; a mellkas bal oldalán egy a VI. bordáig pulat van. A vérzés még nyomó kötésre sem csillapul, t műtéthez látunk, a bőrsebet tágitjuk és látjuk, hogy a 8. levő 5 cm. sebzés az intercostalisokat nem sértette; a 9. b 10 cm.-nyi darabot resekálva és a pleurasebet tágítva, a tü vonjuk és az első lebenyen levő 6 cm.-nyi mély, arterio tüdősebet 5 catgutvarrattal aláöltjük és egyesítjük; a vé eláll. A pleuraűrt, mivel néhány régi pleurális összenövés letes kitisztitását gátolja, drainezzük. A műtét után a be lassanként javul, 5 hét mulva teljesen gyógyult.

A mint ezen eset is mutatja, előfordul olykor olyan is, a melynél rögtöni műtéti beavatkozásra van szükség. A az erős arteriosus vagy a gyakran ismétlődő tüdővérzés adja tüdőseb bevarrásában vagy tamponadejában áll. És noha bizható, 700 betegről szóló statistikájában a conservative sérülések mortalitása 40%-ot tesz ki, ezen műtét eddig csa végeztetett, ezek közül 6 esetben eredménynyel, a most gyógyult eseten kivül.

A budapesti kir. orvosegyesület sebés szakosztálya.

(VII. ülés 1905. deczember 7.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Winternitz A.**

Elnök jelenti, hogy Forgács Aladár tagként lépett osztályba.

Izegérben fejlődött gümős gócz.

Illyés Géza: 37 éves férfi ezelőtt 19 évvel, tehát 18 állítása szerint jobb karjával hirtelen egy nehéz terhet ránto könyöke megdagadt s azt behajlitani nem birta. Csak mulva fordult orvoshoz, ki ficzamot állapitott meg s helyr letet tett, de eredmény nélkül. Eltartott egy évig, míg kö jobban és jobban tudta mozgatni s behajlitani, de ezután egész jól tudta használni, fájdalmai nem voltak.

Ez év junius havában jobb könyöke egyszerre fá megdagadt s a mozgatás mind korlátozottabb lett. A polikl 25.-én vettük fel. Ekkor a jobb könyök körülbelül 150°-ba tartatik s úgy active mint passive csak csekély mozgás l könyökizület egészben orsóalakúlag megvastagodott, a r előre és bal felé subluxatioban. Az izület külső felén egy domborodás van, mely élénk fluctuatiót mutat s a honnan a alkalmával zavaros savós folyadékot kapunk.

Műtét szeptember 26.-án chloroform-narcosisban, a re féle metszéssel, a külső condylus felett az izületet felt belőle mintegy kanálnyi zavaros savó ürült ki. A folyad után csaknem mogyorónyi, porczczal bevont csontr mely az izületben szabadon mozgott s a mely csak v részekkel volt az egyik oldalán rögzítve. Ez a csont a kü alatt s a radius fejecse mellett foglalt helyet.

normális, valamint a porcz is az egész izületben mindenütt ép és sehol csontgóczot találni nem lehetett, még az izület teljes kificzamitása után sem. A synoviális hártya ellenben mindenütt vizenyős s halvány taplós sarjakkal van boritva, melyek között helyenként szürkés-sárgás finom göböket is lehetett látni, a melyek kanállal könnyen eltávolithatók voltak. Az izületi egér eltávolitása után a könyök behajlitása jól sikerült.

A taplós sarjak eltávolitása után az izületet legnagyobb részben bevarrtuk, csak egy kis nyilást hagytunk nyitva, melyen át az izületet jodoformos mullal lazán draineztük. Az eltávolitott izületi egér olasz mogyorónyi, egyenetlen gömbölyded alakú, mindenütt porczczal borított, de egy helyen a porcz arrodálva van s e helyen sondával a felpuhult csontállományba könnyen be lehetett jutni. Középen kettéfürészelve benne a még megtartott egyenetlen és érdes, helyenként felpuhult csontgerendezet között sárga törmelékes sajtos góczokat találtunk.

A műtéti seb per primam gyógyult, s a további kezelés a rendes módon történt.

Ez esetben valószinűnek kell tartanom, hogy a 19 év előtt történt trauma következtében, mely a radius fejecsének subluxatioját is okozta, berepedt a condylus externus eminentia capitatajának megfelelő részlete, s helyenként porczczal borított izületi egérré átalakult, mely azonban a betegnek különösebb nehézségeket nem okozott. A környezetével vékony szálak által függött össze, mely szálak egyike, a mint azt jól lehet látni, finom véredény volt. Ezen izületi egérben keletkezett a primaer gümős gócz, lehet hogy még a berepedés előtt, a mi nem valószinű, lehet, hogy a leválás után, de mindenesetre régebb idő óta, hiszen az elváltozások sokkal előrehaladottabb stadiumban vannak, mint a synoviáéi; valószinűnek kell tartanom, hogy ezen izületi egérben fejlődött primaer gümős gócz áttörése az izületbe okozta a másodlagos synoviális tuberculosist, mely izületi gyuladás, a mint a beteg előadja, ez év junius havában egész hirtelen lépett fel a typikus symptomákkal. A készitményen jól lehet látni a helyet, hol a csontot borító porcz egy helyen arrodálva van, a mely helyen az izületbe az áttörés történt.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1905. évi november hó 4.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kanitz Henrik** bemutatásai:

a) **Pemphygus foliaceus.**

b) **Dermatitis herpetiformis** (Duhring).

2. **Fabinyi Rudolf** dr. **hemiplegia saturnina** esetet mutat be. A 19 éves kályhás-segéd 10 héttel ezelőtt az uteán hirtelen összeesett és a leirás szerint typusos apoplexiás rohamot kapott. Azóta jobb végtagjai hűdöttek. Az első napokban beszédzavar is volt nála. Azelőtt állitólag beteg sohasem volt. Mesterségénél fogva évek óta sokat dolgozott ólomtartalmú agyagmázzal. Nem iszákos, syphilise nem volt, apja, anyja, 6 testvére egészséges.

Jelenállapot: Jól fejlett, arányos testalkatú fiatal ember, pupillái jól reagálnak, szemmozgásai normálisak. Jobb oldalon facialis-paresis, mely, bár csekélyebb mérvben, ráterjed a homlokágra is. Jobb végtagok hűdöttek, némileg contrahálva, izomzat fokozott tonusban, kézujjak voláris flexioban. Karját active csak a vállizomzat segitségül vételével képes alig 45°-ra felemelni. Járás hűdéses, a jobb lábát maga után húzza. Passiv mozgatásnál fokozott ellenállás. Úgy a felületes, mint a mély reflexek fokozottak nemcsak a hűdött jobb oldalon, hanem az ép balon is, utóbbin azonban csekélyebb mérvben. A hűdött végtagok izomzatában olykor-olykor fibrilláris rángások is mutatkoznak. Az érzékenység intact, úgyszintén az izom-, izület- és helyérzés is. A vibrativ érzés sem mutat csökkenést, a jobb czombizomzat felett még kissé élesebbnek mutatkozik, mint a balon. A hűdött izomzat kifejezett elfajulási reactiót mutat, az elfajulási reactio distal felé mind erősbödik.

Romberg tünet jelen van. Beszédzavar már nem konstatálható. Fájdalmai sehol sincsenek. A beteg lelki állapota, kivéve deprimált hangulatát, egészen normálisnak mondható.

Legvalószinűbbnek látszik annak a felvétele, hogy ólommérgezés által arteriitis jött létre az agyedényekben, a mi azután per rhexin apoplexiára vezetett. Hogy csakugyan az ólom szerepel mint kórok, a mellett a fogháson jelenlevő ólomszegély és a látótér vizsgálata szólanak. A látótér ugyanis a temporális oldalon erős szűkületet mutat. De itt az ólommérgezésnek nem rendes kórképével (peripheriás neuritis) találkozunk, hanem egy ritkábban előforduló esettel, melyet az *encephalopathia saturnina* gyűjtőneve alá szoktak sorolni.

Therapia: Az ólommal való foglalkozástól elvonandó, belsőleg jodkali, külsőleg a végtagok galvanizálása. E therapiára 3 hét alatt szépen javult.

Hozzászól *Elfer Aladár* dr.

kalium- meg natriumlúg mérgezések fordulnak elő. Az öngy mérgezések nagy számát egyrészt e szereknek általános alkal másfelől az magyarázza, hogy ezeknek intensiven mérgező ha lánosan ismeretes.

Csodálatos, hogy a sósav, bár az iparban kiterjedten tatik, az öngyilkossági statistikákban alig szerepel. Böhm 1 egész orvosi irodalomban csak 16 esetet tudott felkutatni; L a gyüjtést folytatta 1885-ig, a Böhm eseteihez csak 12 eset hozzáiktatni. Franeziaországban 12 év alatt előfordult 617 között csak egy sósavmérgezés akadt, Londonban 16 év a három és Berlinben 114 savmégezés között csak 8 sósavmér dult elő.

Arra, hogy nálunk milyenek e tekintetben a viszonyo rövidsége folytán pontos adatokat összegyüjteni nem tudtam, a törvényszéki orvostani intézetben a bonczjegyzőkönyvek szerint bonczolásra eddig ily mérgezett nem került.

A sósavmérgezések ritkaságában kell annak okát kere a bonczleletre nézve oly eltérők az észleletek, és a kórbonczta mérgezésnek még ma sem egészen tisztázott, pedig e mérgez jeleinek a megállapitása már azért is szükséges volna, mivel szabad sósavának a jelenléte igen megnehezíti a vegyi vizsg való bizonyitást.

Ezen körülmény indított engem, hogy a tisztelt szakül kétségtelen *sósavmérgezést* röviden bemutassak.

A sósavmérgezés, úgy az élőn észlelhető klinikai tüne mint a holttestben található boncztani elváltozások tekintetéb savmérgezéshez lényegileg hasonló, sőt nem is vagyunk képe alapján e kettőt egymástól megkülönböztetni. Lesser elkül gnostikai jele, tudniillik hogy a sósav még erős tömörség m edzi a bőrt, az újabb észleletek szerint nem minden esetre ál

Esetünkben könnyű a kórisme megállapitása, mivel a b ból körülbelül 500 gm. kezeinkhez jutott, egy sárgaszinű, szú füstölgő folyadék, a mely a vegyi vizsgálatkor sósavnak nyomokban szénsav és vas is van benne, savtartalma 31·7%.

Esetünk egy 58 éves férfira vonatkozik, a ki folyó é 31.-én este 5—6 óra között vacsora közben itta meg a mérg lenyelése után pár pillanatra nagyfokú gyomorfájdalmakr kodva, földre esett, a kihivott mentők ily helyzetben találtá gyógyászati klinikára szállitották be, a hol este kilencz óra a méreg bevétele után körülbelül három óra mulva, meghalt.

A rendőri bonczolást november 4.-én délelőtt végezt főként a nyelőcsőn és a gyomron találtunk szembetünő elvá

A gégebemenet, a gégefedő vizenyősen duzzadt. A felső részén a nyálkahártya fellazult, czafatokban levonható, a való kereszteződésétől kezdve puha, szürke szinű a nyálkahár szanti redőkbe szedett, felülete érdes, cserzett. A gyomor fal tagodott, a nyálkahártya részben palaszürke, részben egész színű. Felülete egyenetlen, dudoros, helyenként főként a gy táján tömött, redőkbe szedett, cserzett. A gyűjtőerek teltek, sűrüsödött vért tartalmaznak. A nyombél kezdetén közép veltség.

A többi szerv, kivéve a vesét, melyben kisfokú za zadás volt, eltérést nem mutat.

Hozzászól *Udránszky* tanár. Megjegyzi, hogy a töm pörkje fehéres-szürke, ellenben a kénsavé barnás-fekete.

4. **Veress Elemér** m. tanár a **laterális és mediáli szemizmok érzékenységéről** tart előadást. A legkisebb szög, vizsgáló a látás irányvonalát a vizszintes síkban tovamozg *10' és 10''*. Ezen adatból és a szem fél haráltátmérőjének ból (12 mm.) háromszögtani úton kiszámithatjuk a szóbanfo nak legkisebb, szabályozható, tehát megérezhető megrövi rövidülés = 0·0355 mm., az izom hosszúságának 1/1126 része.

Ezen adat más izmok érzékenységével való összeh értékesithető.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

293/1906. szám.

Szent-Márton aradmegyei községben megüresedett **községi or** ezennel pályázatot nyitok.

A községi orvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, t lakás és a látogatási díjak nappal: 60 fillér, éjjel 1 korona. Ezenkiv orvos kézi gyógyszertári jogot kaphat.

A község jómódu német ajkú lakosokból áll, kik rendszeresen tetik betegeiket.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy az 1876: XIV. t.-c értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám f. **év január hó 30.-ig** te

A választást február hó 1.-én délelőtt 10 órakor fogom megej

Elek, 1906. január hó 11.-én.

Mladin Miklós, fősz

körjegyzőségek községeinek egyetemeből alló és lemondás folytán megüresedett **ráczkozári körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás az egészségügyi körhöz tartozó községek által fizetendő 600 kor. törzsfizetés, továbbá Ráczkozár községtől — tekintettel a székhelyre — még külön 400 kor. fizetés és 200 kor. lakbér, összesen tehát 1200 korona, ezenkivül a megállapitott látogatási díjak élvezetével van egybekötve, mely utóbbiakra vonatkozó orvosi díjszabás a ráczkozári és szászvári körjegyzői irodákban betekinthető.

Megjegyzem, hogy a megválasztandó körorvos az ellen kifogást nem emelhet, ha hogy a törvényhatóság a körök rendezése czéljából — a körorvosi fizetés épségben hagyása mellett — egyes községeknek a körhöz való kapcsolása vagy onnan leendő kiszakítása által a kör jelenlegi alakján és nagyságán változtatásokat tenni képytelen.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1876: XIV. t.-cz. 43, illetőleg 143. §.-ában előirt képesitésüket, esetleg eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. é. **február hó 17.-ig** adják be.

A választást f. é. február hó 28.-án délelőtt 9 órakor fogom Ráczkozár község tanácstermében megtartani.

S á s d, 1906. évi január hó 12.-én.

Máthé Ödön, főszolgabiró.

39/1906. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekben fizetendő 1700 kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vényért 1 kor. díj szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül két kilometeren túl kilometerenként 30 fill. fuvardij vagy természetbeni fuvar követelhető és azon felül nappal két kor., éjjel négy kor. rendelési díj számitható fel.

Műtétekért az érvényes díjszabályzat legkisebb tétele igényelhető. Az orvosi képesitést és az eddigi alkalmazást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám f. évi **január hó 31.-ig** benyujtandók.

A választás folyó év február 1.-én délelőtt 10 órakor Vingárdon a körjegyzői irodán fog megtartatni.

K o n c z a, 1906. év január 2.-án.

3—2 *Szabó Lajos*, főszolgabiró.

3053/1905. szám.

Heves községben — elhalálozás folytán megüresedett — **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a kellően felszerelt pályázati kérvényeket hozzám f. évi **január 24.-ig** annyival inkább adják be, mert a későbben beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Javadalmazás a következő:

1000 kor. fizetés, 200 kor. lakbér, 100 kor. halottkémlési díj és a szabályrendelettel megállapitott látogatási díjak.

A választást f. évi január 25.-én délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

H e v e s, 1906. évi január 2.-án.

3—3 *Korponay István*, főszolgabiró.

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.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet **idegbetegek, belbetegek és üdülők** részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, sovanyító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — **Prospektus.** Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA**

Név védve. **Extractum** Név

Chinae „Nannin

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megenge

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb latánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozókná.
6. Terhes nők hányásáná.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulozisná.

Egyedüli gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Graven

Minták és irodalom ingyen.

Téli fü

a Szt.-Luk

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszap mindennemü thermális fürdők, hydrotherapia, massage, szénsavas fürdők. dos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Bud**

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORI

Telefon-szám 26—96. **VI., Andrássy-út 50.** (0

Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomorv tej-, ex- és transsudatum** valamint **bacteriologikus vizsgál**

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tan

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTIS

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MÜSZEREK

EGGER EMULS

A t. cz. orvos urak, kik a

dr. Egger-féle Emulsió

kisérleteztek, meg vannak győződve, hogy az bárme készitménynyel versenyezhet jóság tekintetében és a olcsóbb.

Dr. Egger Emulsiója tökéletes, állandó, gyengébb gyomor által könnyen emészthető. Az orvos csukamájolaj jótékony hatását fokozott mérvben fogj lelni, ha a dr. Egger Emulsióját alkalmazzák.

Orvosi minták ingyen és bérmentve.

Védjegy.

Több orvostanár figyelmeztetésére az Emulsió phorral is készitjük Prof. Kassowitz elve alapján. A a **Dr. Egger** név aláhúzásával igy kérjük irni: **Rp.** dr. Egger c. Phosphoro.

Fő- és készitési raktár:

NÁDORGYÓGYTÁ

Budapest, VI., Váczi-körút 17.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. MAGÁ
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső sz
4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb
mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Liebermann Leó: Fermentumok (erjesztők)-e az amboceptorok (immun-anyagok) és a complementumok? 246. lap.

Zimmermann Károly: Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. ny. r. tanár.) A gátor légdaganatainak és a légmellnek keletkezéséről. (Kiterjedt nyaki műtét elsődleges nyaki rák miatt, mediastinális emphysema, kétoldali pneumothorax, halál.) 247. lap.

Kétly László: Közlemény a kir. m. tud.-egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A chylusszerű trans- és exsudatumokról két eset kapcsán. 251. lap.

Tárcza. Elischer Gyula: A laparotomia visszatekintőleges megvilágításban. 253. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Passow:* Die Verletzungen des Gehörorganes. (Ifj. Klug Nándor.) 255. lap. — *Lapszemle. Belorvostan. Rumpf:* A szív-neurosisok kezelése. (R. Zs.) — *Einis:* Angina follicularis után nephritis. (Drucker Viktor.) — *Hess:* A májgyüjtőerek (venae hepaticae) elzáródása endophlebitis következtében. — *Sebészet. Braun:* A cocain újabb pótszerei. (Pólya.) — *Bockenheimer:* A térdkalácstörés operativ kezelése. (Steiner Pál.) — *James Israëls:* A mellékvesedaganatok kórjelzése. (Steiner Pál.) — *Roux:* A transvesicalis prostatectomia. (Pólya.) — *Fowler:* Az essentiális haematuria. (Pólya.) — *Mauran:* A scopolamin-morphin-narcosis veszélyessége. (Pólya.) — *Orthopaedia. V.* alsó végtagok abnormális befelé rotatioja. (Kopits Jenő.) — A tölcséralakúan besüppedt mell. (Kopits Jenő.) — *Bőrkór.* Kénesőkezelés nyomán keletkezett bélvérzés két esete. (G *Hallopeau:* A bőrtuberculosisok különböző kezelése. (Guszm *gyógyászat. Heryng:* A chromsav-gyöngy előállítása. (Szene Mindkét tömkeleg megbetegedése syphilis hereditaria tarda mell — *Közegészségtan. Vincent:* A kereskedésbeli ferrisulfat. — *A* és *Duclaux:* A tej konzervválása. — *Kisebb közlemények az o Bergmann:* Gyomorfekély gyógyitása. — Anaemia. — *Mohr* dermia. — *Gosio:* Folyadékok steril voltának gyors kimutatá *Stephenson:* Rheumás eredésű szembetegségek. 256—259. lap.

Vegyes hirek. Kitüntetés. — Kinevezés — Választás. — A speci szabályozása. — A budapesti orvosok szövetsége. — Adakozás. víz gyógyjellege. — Az orvostanhalgatók száma a Németbiro temén. — Koch tanár a tuberculosis elleni küzdelem mai A csecsemőhalandóság leküzdésére mintaintézet alapitása. — Jár agyhártyalob. — Amerikából. — A veszettség Angliában. — M főváros egészsége. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományo Budapesti kir. Orvosegyesület. — Budapesti kir. orvosegyesület osztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi sz

Mellékletek. Szemészet. 1. szám. Szerkeszti: *Grósz Emil.* — Fa Meister Lucius & Brüning „Valyl" czimü prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fermentumok (erjesztők)-e az amboceptorok (immun-anyagok) és a complementumok?

Irta: id. *Liebermann Leó* dr., egyet. tanár.

Azon kisérleteim kapcsán, melyeket azon kérdés eldöntésére végeztem, vajjon a toxinok erjesztőknek tekinthetők, illetőleg a toxinhatások erjesztőhatások e,[1] kisérleteket végeztem az immuntestekkel (amboceptorok) és complementumokkal is *és azon eredményre jutottam, hogy ezekben az esetekben szintén nem erjesztőhatásokkal van dolgunk.* Meg kell jegyeznem, hogy eltekintve más szerzőknek ezen anyagok enzymtermészetére vonatkozó nyilatkozataitól, én magam voltam az, a ki ilyen lehetőségre concretebb alakban rámutattam,[2] bár természetesen csak úgy, hogy bizonyos enzymhatásoknál észlelhető vegyi folyamatok mechanismusában található hasonlóságokra hivtam fel a figyelmet, kijelölve az utat, melyen haladva ezen érdekes kérdés talán megoldható volna. Mindenesetre igen hajlandó voltam a szóban forgó anyagok enzymtermészete mellett állást foglalni, úgy hogy jelen közleményem olyannak tekinthető, mely saját érdekes és fontos következtetésekkel kecsegtető gyanitásomat tarthatatlanná teszi.

Házinyulakat immunizáltam physiologikus konyhasóoldattal mosott disznóvérsejtek ellen subcutan befecskendezéssel (5%-os emulsio physiolog. konyhasós oldatban). Három-négy egymást követő napon 1—1 cm³ emulsioból álló injectio után a fülvenából vettem vért, mely azonnal centrifugáltatott. A vérsavó ilyen esetben bő mennyiségü, disznóvérsejteket oldó immun-testeket tartalmaz. A nem immunizált házinyúl, főleg pedig a hosszúfülü „lapin" vérsavójában is találunk gyakran ilyeket. A serumot 56° C. hőmérsékre való félórai melegítéssel hatástalanná teszszük *testek hatásmódjának megvizsgálása czéljából* több egyenlő mennyiségü disznóvérsejt-fejetet és vele egyenlő mennyiségü hatástalanított vérsavót és fokoz kedő mennyiségü, complementet tartalmazó normális s Ez utóbbi lehet sertésvérsavó is, azon esetben, mális nyúlvérsavó már magában is vérsejtet oldó ké (lásd fent).

A folyadékokat ezután egyenlő térfogatra e physiologikus konyhasóoldattal és 37° C.-on tartott helyezzük el. Különböző idő elteltével kiveszszük ők fugálás után a folyadékokat elkülönítve, azoknak tartalmát meghatározzuk. A centrifugáláskor nyert mindenkor bő mennyiségü változatlan vérsejtet kell *Azon esetben, ha a vérsejtet oldó immun-test erjesz* haemolysisnek, tehát a lecentrifugált folyadékok tartalmának emelkednie kellene a normálsavó (complem ségével és a thermostatban való tartózkodás idejével, fermentum a reactionál nem használódik el, hanem felszabadul. *Ezzel ellentétben azonban nemsokára határ-reactiót,* azaz két kémcsőben a haemoglobintarta voltát, daczára annak, hogy egyikük sokkal több tartalmaz és hogy különböző ideig állottak a therm annak bizonyságául szolgál, hogy az immun-testnek öss sége elhasználódott, tehát nem fermentum.

Például a következő kisérletsorozat szolgálhat:

	I.	II.	III.
disznóvérsejt-fejetből:	40	40	40
inactivált immunsavóból:	4	4	4
normális disznóvérsavóból:	8	16	32
physiolog. konyhasó oldatból:	56	48	32
Összesen:	108	108	108

[1] Deutsche med. Wochenschr., 1905.
[2] Pflüger's Archiv, 104, 207.

Azon folyadékokon, melyeket a thermostatból való kivételük után azonnal centrifugáltam és az agglutinált maradékról leöntöttem, következő jelenség volt látható:

I. gyenge vörös színeződés
II. erősebb vörös színeződés
III. } még erősebb vörös színeződés, mely színeződés mind-
IV. } kettőnél egyforma volt.

A III. és IV. sz. oldatok haemoglobintartalmát *Fleischl*-féle haemometerrel (sárgás-barna világításban) meghatároztam.

III. 81·1 scala fok a haemometeren } 10 jól egyező leolva-
IV. 79·4 „ „ „ „ } sásnak középértéke.

A haemoglobin-tartalom e szerint változatlannak mondható.

A haemoglobin-oldóképesség a IV. sz. kémlőcsőben a *complement-tartalom kétszeres mennyiségének, valamint kétszer oly hosszú hatási időnek daczára nem fokozódott.*

Ezenfelül a maradékban bő mennyiségű nem oldott vérsejt volt. *Az immuntest e szerint nem erjesztő.*

Annak a kérdésnek az eldöntésére, *hogy a complementum fermentumképen hat-e*, hasonló módon végeztem kisérleteimet. Ebben az esetben a normál-savónak (a complementumot tartalmazó folyadéknak) egyenlő mennyiségét mértem le egy-egy meghatározáshoz, míg az 56° C.-nál inactivált immunsavó (az immun-testeket tartalmazó folyadék) mennyiségét fokozatosan növeltem.

Például szolgálhat a következő kisérlet:

	I.	II.	III.	IV.	
disznóvérsejtet tartalmazó fejetből:	40	40	40	40	csepp
normális sertéssavóból:	4	4	4	4	„
inactivált immunsavóból:	4	8	16	32	„
physiologikus konyhasó-oldatból:	28	24	16	0	„
Összesen:	76	76	76	76	csepp

Valamennyi kémcsövet egyidejüleg a thermostatba tettem s az I. sz.-t fél óra, II. sz.-t 1 óra, III. sz.-t 2 óra és a IV. sz.-t 4 óra mulva kivéve azonnal kicentrifugáltam. A bő mennyiségű haemolyzálatlan vérsejtről leöntött folyadékokon a következőket észleltem:

I. intensiv vörös színeződés
II. intensivebb vörös színeződés
III. } még intensivebb vörös színeződés, mely színeződés
IV. } azonban mindkettőnél egyforma volt.

A III. és IV. sz. folyadék haemoglobin-tartalmát ugyanoly módon határoztam meg, mint előbb. Haemoglobin-tartalmuk pontosan egyezett, t. i. tíz meghatározás átlaga a *Fleischl*-féle scala szerint mindkettőben 81·5 volt.

Minthogy tehát a IV. sz. kémlőcsőben nem volt erősebb vérsejtoldó-hatás megállapítható, mint a III. sz.-ban, *habár a IV. sz. kétszer annyi immun-testet tartalmazott és a behatás ideje mégegyszer oly hosszú volt*, s minthogy mindkettőben még sok fel nem oldott vérsejt volt, úgy hogy bőven volt a IV. sz. kémlőcsőben is: kétségtelen, hogy haemolysis közben *a complementum is felhasználtatik, azaz, hogy nem fermentum módjára hat.*

Befejezésül még egy lehetséges ellenvetést kell megczáfolnom. Felmerülhetne talán azon nézet, hogy a complementumok 4 óráig a thermostatban tartva (37° C. mellett), ezen idő alatt tönkremennek vagy annyira gyengül hatásuk, hogy a haemolysis fokozódásának kimaradása esetleg ebből volna megfejthető. Meggyőződtem arról, hogy ez nem így van. Ha egyenlő mennyiségű disznóvérsejt-emulsiohoz immunizált nyúlnak ugyanoly mennyiségű inactivált vérsavóját keverve, egyik kémlőcsőbe rendes disznóvérsavót teszünk, a másikba ugyanannyit, csakhogy olyant, mely már előzőleg 4 óráig thermostatban volt, akkor ugyanazon idő alatt mindkét keverék egyenlő mértékben haemolyzálódik.

* * *

Az előadottakból kitünik, hogy az erjesztőknek a tudomány által megállapított fogalmára alapítottam annak bebizonyítását, hogy a haemolysisben résztvevő anyagok (az immun-anyag s a complementum) nem erjesztőkként hatnak. Igy tettem azt fent idézett, a toxinokkal foglalkozó vizsgálataimnál is. Az erjesztők fogalmát önkényesen kiterjeszteni nem szabad, különben elvesztjük

Tehát bármily sok hasonlatosságot látunk vagy g
is a toxinok, antitoxinok stb. s a fermentumok között:
hiányzik a legfontosabb körülmény: más anyagok rea
befolyásolása (gyorsítása vagy lassítása) látszólag a nélk
benne a hatást kifejtő anyag részt venne (a miben az
definitiojának lényege rejlik), *nem vagyunk feljogosítva a*
valamely toxint, antitoxint, agglutinint, haemolysint stb
tumnak (erjesztőnek) nevezzünk.

Annak a kérdésnek a tisztázása, hogy az említett
erjesztők-e, nem gyakorlati alap híján levő theoretizálás
ellenkezőleg igen nagy gyakorlati jelentőségű feladat, m
függ az immunizálás tanának további rationális kiépítésé
séges tervnek a megválasztása.

Közlés a budapesti kir. magyar tudomány-e I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: D Gyula dr. ny. r. tanár.)

A gátor légdaganatainak és a légmellnek kele ről. (Kiterjedt nyaki műtét elsődleges nyaki rá mediastinális emphysema, kétoldali pneumothora

Irta: *Zimmermann Károly* dr., I. tanársegéd.

1904. évi május hó 11.-én egy D. J. nevű,
földműves jelentkezett a Dollinger tanár vezetése ala
számú szebészeti klinikán. A beteg előadta, hogy ké
őszszel nyakának jobb oldalán bőre alatt alig mogyoró
csomót vett észre, mely lassan, egyenletesen fejlődött;
hónap előtt csak diónagyságú volt; azóta azonban
nőtt, két hónap előtt kifekélyesedett, gyakran vérzett.

Felvételkor a nagy fokban vérszegény, különben ép
és hasi szervekkel biró, erős csont- és izomrendszerű b
kának egész jobb oldalát egy időszakonként szúró fá
okozó, gyermekfejnagyságú, dudoros, kifekélyesedett dagana
el, a mely határával hátul a középvonalig, elül a fe
izom elülfekvő széléig, alul a kulcscsontig terjedt, felül
harántujjal az alsó állkapocs széle alatt végződött. A
mélyen belekapaszkodott a nyak lágyrészeibe, a fe
izommal szorosan összenött, azt erősen előfelé tolta,
légcsőre azonban nem terjedt reá. Tapintata általában p
tapintatú volt, voltak azonban benne helyek, a melyek egész
nak tüntek fel; sőt helyenként hullámzást is lehetett f
mutatni. A szomszéd részek, különösen az állkapocs a
nyálmirigy, a fültőmirigy és pajzsmirigy felé a dagana
élesen voltak elkülöníthetők. Alapja a mély felé mind
nélkül ment át a nyak lágyrészeibe. A daganat felett a b
meg volt vékonyodva, vele szorosan össze volt növe, p
színesedett, erősen eres volt. Legnagyobb domborúságú
három borsó- és egy forintnagyságú, kiemelkedő szélü fek
tunk, melyeknek alapját élénkvörös, könnyen vérző,
szürkésen elszínesedett, czafatokban leváló daganatszövet
Ezen fekélyek tölcsérszerü mélyéből nyomásra híg, sárgá
genyes folyadékot lehetett a daganatból kipréselni. A
a jobboldali állkapocsszöglet mögött egy könnyen m
tömött, mogyorónagyságú nyirokcsomó feküdt. Elsődleg
mely a fent leirt daganat nyirokcsomó-áttételeként s
tett volna, tüzetes száj-, garat-, gége-, orr-, orrgarat-, fü
ellenére a szervezetben sehol sem leltünk. A hangsz
mozogtak. A hajzatos fejbőrön mogyorónagyságú kás
találtunk.

A valószinü diagnosist a daganat tömött, dudoro
mélybe való beszürődéses növekedése, a rajta keletkezett fe
emelkedő széle, tölcséres alapja miatt, más elsőleges g
elsőleges nyaki rákban állapitottuk meg. Eldönthetetle
tehát az a kérdés, vajjon a daganat nem branchiogen
nem származott-e a kopoltyúívek hámborítékának embr
való maradványából; nem tartottuk kizártnak azt s
az áll alatt fekvő nyálmirigy, fültő-, pajzsmirigy eltévedt
különvált részeiből, esetleg a fejverőéri csomóból (glandula
vagy az érhüvelyből indult ki. Tekintve, hogy mütét el

vizsgálat nem történt, az sem volt bebizonyítható, vajjon a daganat nem nyiroksejtsarkoma-e vagy egy nyaki nyirokcsomó sarkomája. Mindezekre a kérdésekre csak a daganatnak a műtét közben ki derülő tájbonczolástani fekvésének pontosabb ismerete és a kiirtott daganat szövettani vizsgálata útján várhattuk a biztos feleletet.

A daganat a betegnek a klinikán való tartózkodása első napjaiban szemmel láthatólag nőtt, a rajta levő fekélyek mind nagyobbak s nagyobbak lettek, belőlük minden kötésváltás alkalmával erős vérzés indult meg, melyet csak Paquelin-féle égetővel való megpörköléssel és szoros kötéssel lehetett elállítani. Mivel a naponként ismétlődő vérzés máris nagyfokú vérszegénységet és gyengülést idézett elő, hogy a beteget a lassú elvérzés veszélyétől megóvjuk, a daganat műtéti úton való sürgős eltávolítását határoztuk el. A műtétet annál is inkább ajánlhattuk, mert bizonyos valószinüséggel felvehettük, hogy a daganat legalább is a nagy nyaki verőérrel nincsen szorosan összekapaszkodva, hiszen az alatta fekvő bolygó ideg, a mint azt a gégevizsgálat, a hangszalagok rendes mozgása bizonyította, ép volt.

A műtétet *Dollinger* tanár megbizásából 1904. május 18.-án magam végeztem. A beteget egy centigramm morphinnak fél órával a műtét előtt bőr alá való befecskendezése után chloroformmal altattuk. A cseppenként adott altató szer rövid izgalmi szakasz utánmintegy 15 percz alatt már oly fokú érzéstelenséget idézett elő, hogy a műtétet megkezdhettük. Mivel valószinünek tartottuk, hogy a daganat a torkolati gyüjtőérrel szorosan összekapaszkodott, legelőször is a gyüjtőér központi darabját igyekeztünk szabaddá tenni, mert csak így biztosíthattuk magunkat az érnek műtét közben történő beszakadásából származó bonyodalmak, a vérzés, a légembolia ellen. Minthogy pedig a daganat a nyakon mélyen terjedt le, a torkolati gyüjtőeret a központ felé csak a kulcscsont felett kereshettük fel. E czélból a kulcscsonton hosszant fektetett körülbelül 10 cm. hosszú metszésen át a kulcscsontot lágyrészeitől lecsupaszítottuk és egy fonállal egy sonda végébe erősített, a csont alatt áthúzott Gigli-féle fürészszel azt középső és belső harmadának találkozási helyén harántul átfürészeltük. A kulcscsont két végét kampókkal széthúzva, a daganat megkerülésével egy a fejbicczentő izom elülfekvő szélén vitt metszésen át szabaddá tettük a daganat alsó és belső végét. Ekkor kitünt, hogy a daganat feltevésünknek megfelelőleg a torkolati gyüjtőérrel szorosan összenőtt, de a közös fejverőér, a bolygó és együttérző ideg, úgyszintén a nyelvalatti ideg leszálló ága róla könnyen levonható. A torkolati gyüjtőeret tehát közel a jobb kulcscsont alatt fekvő gyüjtőérbe való beömlése tájékán kétszeresen lekötöttük s a lekötések között átvágtuk. Szabadon feküdt ekkor szemünk előtt a mellhártya kúpja, abban be- és kilégzésnél a tüdő tágulását illetőleg visszahúzódását jól lehetett látni. A daganatot oldalt húzva, a vele összetapadt fejbicczentő izom hátsó felével együtt a bordatartó izmokról könnyen leválaszthattuk, miközben a vele összefüggő lapoczkanyelvcsonti izmot és a lapoczkaemelő izmot, valamint a beléje nőtt rekeszideget kellett átvágni. Az állkapocs alatt fekvő nyálmirigygyel és fültőmirigygyel a daganat nem függött össze, róluk könnyen le volt húzható. A felfelé kocsányosított daganat felső végében a torkolati gyüjtőeret a koponyaalaptól számítva mintegy 4 cm. távolságban ismét lekötöttük, a lekötés alatt átvágtuk, mire a daganatot felfelé húzva, a fejbicczentő izom felső inas tapadását leválasztottuk a csecsnyúlványról. Vele együtt átvágtuk a járulékos ideget, a melynek alsó vége amúgy is a daganatba volt ágyazva. A hátrafelé még ekkor át nem vágott bőrt a csuklyás izom elülfekvő szélén a fejbicczentő izom elülső szélén már jelenlévő metszésbe kanyarodólag vágtuk át. E közben került kés alá a nagy fülideg (nervus auricularis magnus), kis nyakszirtideg (occipitalis minor) és a bőr alatt való nyakideg (cutaneus colli). A daganatot a vele összekapaszkodott oválisan körülvágott kifekélyesedett bőrrel egy darabban sikerült eltávolítani. A műtét közben különösen a daganat alsó végének a kulcscsont felett fekvő árokból való kiemelésénél többször megtörtént, hogy belégzéskor szörtyögés kiséretében levegő surrant be a nyaki kötőszövet réseibe. Ezt a körülményt nagyobb nyaki műtéteknél már többször tapasztaltuk és úgy védekeztünk ellene, hogy a kötőszöveti réseket törlökkel dugtuk be. A műtétnek ezt a szakaszát e beteg jól türte el, csak az altatás okozott némi nehézséget. A beteg ugyanis az egész műtét alatt folyton erőlködött,

nyaki gyüjtőeret ahandoan leszések, teltek voltak
altatni azonban nem lehetett, mert csak egy cseppel
form a légzést felületessé változtatta, a beteg elkékül
Ez állott be akkor is, a midőn a daganatot a fejbi
felső végével együtt a csecsnyúlványról levágtuk. A
czig tartó erőltetett lélegzés és légszomjúság a garat
és a nyelvnek nyelvfogóval való előrehúzására megszü
további szakaszában a chloroform adagolását teljesen
s a nagy nyaki seb ellátásához fogtunk. Pontos vér
után a kulcscsont szétfürészelt két végét fúróval átfúrt
kakon át vezetett ezüstsodronynyal összeerősítettük
támadt mintegy férfitenyér nagyságú bőrhiányt egy
vett, a váll felé mintegy 12 cm. széles, nyéllel végződ
nyel pótoltuk. Ezen lebeny széleit varrtuk épen össze,
beteg, a ki eddig elég jól lélegzett, nem volt elkékü
segédlélegzőizmait is igénybe vette, nehezen kezdet
Ekkor a beteg száját erősen kitátottuk, nyelvét
előrehúztuk, mutató ujjunkkal benyúltunk a garatüreg
ott levő nyálkát kitöröltük, a gégefedőt mutatóujjal
s mivel egynehányszor kicsúszott ujjunkból, Museux-
megfogtuk és előrehúzva tartottuk. Igy végeztünk
lélegzést a *Silvester* által ajánlott módon. De miv
daczára a levegő ki- és besurranását nem lehetett ha
metszést csináltunk.

Dollinger tanár rövid néhány másodpercz
nyitotta a gyürüporcz alatt a légcsövet s kanült hely
Mivel a kanülön át sem áramlott ki és be a leve
feltevésből kiindulva, hogy az akadály valahol mé
fekszik, hosszú lúdtollakkal hatoltunk be a kanülön
felé. Véres nyálkánál egyebet belőlük nem tudtunk
betegnek bőre alá 3 cm³ camphoraether oldatot fecsken
oxygent lélegeztettünk be. A mesterséges lélegzést ö
folytattuk. Mind hiába, a beteg halotthalvány lett, s a
meghalt. Szivműködése már régebben szünetelt, érlök
tapintható. Az utolsó vérző verőeret a mellről vett b
szabásánál fogtuk be. A légcsömetszés alkalmával
nem vérzett.

Mi volt a halál oka? *Légembolia?* Nem. Hisze
gyüjtőeret jó eleve lekötöttük, s csak azután vágtuk
tehát a gyüjtőérbe nem hatolhatott. A többi véreret
előzetes befogás után vágtuk át. A mellhártya kú
fejverőér törzse sértetlen maradt. A bolygó- és eg
szintén sértetlen maradt, még ránczigálását is
kerültük. De hiszen mindezen életfontosságú idegek
közben való féloldali átvágása sem okoz súlyos,
tüneteket, a mint arról nagyobb nyaki műtétek alka
ször volt már alkalmunk meggyőződni. *A rekeszideg*
metszése? Nem. Hiszen az ideg féloldali átvágását
többek között *Schreiber* kisérleti adatai is bizonyítjá
jól türik, izgalmára vérnyomásemelkedéssel felelnek
idegnek legkülönbözőbb okokból embernél keletkez
pedig *Bernhardt* szerint, a mit már előtte *Duchenne*
tott, a lélegzésre vonatkozólag nem jár különös zs
rekeszideg féloldali átmetszése semmi esetre sem
lélegzés megszünését, hiszen a másik rekeszizomfél
és hasi lélegzés még működnek. Sőt még az ideg
oldalán sem teljesen béna a rekeszizom, mert mozgató
a rekeszidegen kivül még az utolsó öt vagy hat
idegből is kapja, állatokra vonatkozólag pedig bei
hogy a rekeszfonat és dúcz (plexus et ganglion diaph
a rekeszizom mozgásainak bizonyos függetlenséget bizto
Chloroformhalálnak sem felelt meg teljesen a beteg
halál nem volt szívhalál, először a lélegzés szünt
azután állott meg a szív. A beteg a halál beáll
hosszabb ideig nem kapott chloroformot; egészben
hosszat tartó műtét alatt 120 cm³ chloroform fogyott
mélyen sohasem aludt, minduntalan erőlködött.
különös volt az a körülmény, hogy a mesterséges léle
levegőnek a gégén át való ki- és besurranását nem ho
pedig ez a hullán is előáll, ha azon a mesterséges
megfelelő fogásokat elvégezzük.

Érthető érdeklődéssel néztünk tehát a bonczolás

A boncolás kideritette, hogy a beteg kétoldali légmellnek és következményes tüdőösszenyomatásnak lett áldozata. A gátor kötőszövete, a szívburkot takaró zsírszövet, valamint a szegycsont markolatát takaró kötőszövet is tajtékszerűen fel volt fújva. Bár a műtét folyamán a daganat alsó végének kifejtése és a torkolati gyűjtőérnek lekötése alkalmából a mellhártya kúpja közelében dolgoztunk, a mellhártyán sehol sérülésnek nyoma sem látszott, csak egy gyermektenyér nagyságú területen volt a mellhártya alatt fekvő kötőszövet kissé véresen beszürődve. Maga a daganat egy jobboldali állkapocs alatt való és kulcscsont felett fekvő nyirokcsomóáttétel kivételével teljesen ki volt irtva. Elsőleges góczot a szervezetben seholsem találtunk.

A *Genersich* tanár által 1904. május 19.-én felvett *boncolási jegyzőkönyvet* egész terjedelmében következőkben közöljük:

„A 158 cm. hosszú izmos férfihulla bőre mellül halvány, hátul elterjedten szederjes. Haj barna, igen rövidre vágott, a bal arczszeglethez közel a bőr hajas részén egy félmogyorónyi, laposan simán kidomboródó atheroma. Szemek csukva, kötőhártya halvány, szarúhártya átlátszó, láta alig tágult. Orr tiszta, száj csukott. Ajkak halványak, a jobb szájzug körül a bőrön száraz pörk. Áll beretvált. Nyak kissé rövid. Mellkas dombordad. Altest behúzódott. Nemzőrészek összehúzódottak. Alfel tiszta. Végtagok meredtek.

Műtét helye: A nyakon jobboldalt a csecsnyújtvány hegyétől az acromion felé irányított és hátrafelé félkörben lefutó, 19 cm. hosszú, futóvarrattal egyesített friss műtéti seb, melynek középső és alsó harmada közt plajbászvastagságú draincső áll ki, mely a sebszélekhez oda van varrva, ugyancsak a processus mastoideus csúcsától a jobb szegy-kulcs-izület tájáig egy előrefelé hajló, 13 cm. hosszú, szintén tovafutó varrattal egyesített műtéti seb van, melynek alsó vége a mellen levő nagy köralakú, 19 cm. átmérőjű bőrhiányba vezet. Az utóbbi éles széle kissé beszáradt, a bőr és böralatti zsírszövet által képeztetik, míg alapja a nagy mellizmokat takaró pólya által képeztetik. Ezen pólya is kiszáradt, úgy hogy az izom látszólag mezítlenül fekszik. A terjedelmes bőrhiány a kulcscsont tájától a bimbóvonalig, s a mellső hónaljvonaltól a közepetti vonalon túl 12 cm.-nyire terjed, szélei nagyobbára meredekek vagy letetőzöttek, felül azonban a szél 8 cm. kiterjedésben levált és itt a két helyen említett varrat táján és attól vagy 4 cm.-nyire kifelé egy másik plajbászvastag draincső áll ki, mely szintén a bőr széléhez van varrva. A felső szél alá vezetett ujj az előbb említett két széttérő varrat által körülirt bőrlebeny alá jut, mely nyilván ama mellkasi sebfelületről leválasztatott és a nyakra oda lett varrva és pötyögős takaróként borítja a nyakat, egyszersmind az ujj a középső és belső harmad között átfürészelt kulcscsont alá jut. A gégén a középvonalban egy 3 cm. hosszú friss bőrseb, mely a gyengén véresen beszürődött lágyrészeken át, a ligamentum conicum és gyürüporczon keresztül a gégébe vezet, hová is az ezüstcanule volt bevezetve. Az átültetett bőrt felszabadítva, a sebet megnyitva, kitünik, hogy a nyak jobb oldalán a bőr alatti kötőszövet, a sternocleidomastoideus hátsó felső része hiányzik, mellső része erősen befelé van húzódva s a nyitott sebben a boncztani viszonyok jól láthatók. A cucullaris s a levator anguli scapulae egy része hiányzik, a nervus phrenicus a scalenus felett látható, de legfelsőbb része le volt vágva. Befelé látszik a vagus sértetlenül, a hypoglossus lehágó ága, a carotis és részben a sympathicus is látszik, legalább annak a felső dúcz alatti, mintegy 3 cm.-nyi része, míg a többi a vérzéses szövet közt eltünik. A vena jugularis nem látszik, mert felső vége a trigonum caroticum táján le van kötve, alsó vége a kulcscsont szegyizülete táján alá van kötve. A szétfürészelt kulcscsont sternális végében egy ezüstsodrony van, melylyel a kulcscsont két vége egyesítve volt. A subscapuláris izom s a pectoralis felső vége kissé zúzva van, s kissé vérzésesen beszürődött.

A bőr alatti kötőszövet mérsékelt zsírtartalmú. Az izomzat tömött, merev. A böralatti visszerekben csak kevés folyékony vér, levegő nincs. A hasürben szabad folyadék nincs. Hashártya sima, fénylő. *Rekesz-domborulat jobb oldalt a VII. borda felső széléig ér. A máj a középvonalban 6, a bimbóvonalban pedig 4 cm.-rel túlterjed a mellkas szélén. A mellkas megnyitásánál a levegő ki-*

surran, jobb oldalt erősebben, de baloldalt is. A méd középvonaltól kissé balra van tolva, a mediastinális tajtékszerűen fel van fújva, a szívburkot takaró zsírszö habos, úgyszintén a szegycsont markolata felett is. A tü hátra vannak lohadva s a pleura visceralis felülete, valami feletti része kissé kiszáradt. A jobb pleurakúpban s nincsen, hanem a pleura kúptól fogva a mediastinum me egy gyermektenyérnyi területen gyenge véres beszürődés a jobb hörgig leterjed, s a jobb hörg felső szélén mintegy lányi területen a véresen beszürődött pleura babnyi vörö hiányt mutat. Jobb oldalt az első borda végétől 2 cm felé egy harántul futó kidudorodás mutatja valami rég maradványát. *A bal pleurakúpban semmi eltérés. Tüdők Mellürben szabad folyadék nincs.* Szívburokban kevés t *Szív összehúzódott. Pitvarok üresek, összelohadtak, úg valamint a szív üreiben s a nagy edényekben kevés foly* A szívizomzat középvastag, szívós, billentyüi épek, belfelülete sima. *Tüdők erősen összelohadtak,* de még légtartók, mérsékelt vértartalmúak, csak a jobb tüdő nyében van az alsó felületen egy krajczárnyi terül sötétvörös folt, a hol a tüdő szövete véresen beszü *tüdő szélein sehol vérzéses góczot vagy vérömlenyt dést nem találunk. A pleurakúpot gondosan megvizsgál féle repedést nem találunk, s a jobb bronchus hátsó levő pleuraszakadás akkor jött létre, midőn megtekin a III. bordát kitörték, melynek hegyes vége odafúró* függőér sima, úgy a carotis s az anonyma eredése *A vena jugularis üres. A jobb vena alsó végén jó kötve. Hörgökben,* tracheában kevés folyós vér, mely beivódott, de *sérülésnek semmi nyoma sem található.* Az jobb széle 18 mm. mélységre át van szakítva. A ny és az epiglottis közt egy babnyi felületes szakadás s pad tövén mellül egy harántul futó ½ cm. hosszú vé futott csík van. A csíknak középső részében az uvu babnyi szakadás van. A tonsillák laposak, halványak. *mirigyek halványak, puhák, a jobb állalatti mirigy biventer ina alatt egy kis mogyorónyi mirigy, mely nagyságú fehér gócz van, s ennek közepén egy fehéres kissé szemcsés. A jobboldali pleurakúpban és a pleura borsónagyságú fehéres mirigy, mely kissé szemcsés é* Azonkivül van egy főtt babnyi hónaljmirigy, mely halvá de daganatos szövetet nem mutat. *Pajzsmirigy ép, nagy,* A gégétől balra valamí 4 mirigy főtt borsó egész k nyira megnagyobbodott, fehéres, kemény, nagyobbrész szövetté átalakult. Mediastinális mirigyek nincsenek m bodva. Bronchiális mirigyek kicsinyek, fehérek. A re zata vékony. A kulcscsont-szegyizület jobbról és balró A lép szalagosan odanött, a csepleszhez is odatapadt, kétszer akkora; tokja tenyérnyi terjedelemben fehéresen godott, különben ránczos; állománya puha, vérbő. Bal tokba burkolt, középnagy, rostos tokja könnyen levonh lete sima visszércsíkolatot mutat, elég tömött, kissé zavar Vesemedenczében kevés fehéres nyák, nyálkahártyája ki Ureter középtág, halvány. Mellékvesék kicsinyek, hó elfajultak. Nyombélben sárgás nyálka, gyomorban fehé bennék. Gyomor összehúzódott, nyálkahártyája duzzadt é Epeút nyitott. Epehólyagban sok sárgás-barna epe. nagy, felülete sima, állománya középtömött, rajzolata kissé fakó, vöröses-barna, néhol világosabb sárgásbarna, tartalmú. Pankreas petyhüdt, vérbő. Vékonybelekben nyálka. Vastagbelekben kevés pépes barna bélsár. Vékonybe hártyája erősen duzzadt és belövelt, a vastagbeleké palas színesedett, középvértartalmú. Végbélben kevés pépes b sár, nyálkahártyája halvány. Hólyagban kevés zavaros vizel hártyája halvány Prostata elég tömött, halvány. Herék köz vérszegények. Hasi függőér belfelülete sima. Fejbőr kö középvértartalmú. Koponya középhosszú, széles, csontjai csontbéltartalmúak; belfelület sima. Keményburok elég könn ható; öbleiben kevés sötétvörös folyékony vér. Lágyburok nyen leválik, középvértartalmú. Oldalgyomrokban pár cs nyes folyadék. Érfonatok középvértartalmúak. Agy, közpo kisagy, híd és nyúltvelő elég tömöttek, tésztatapintatú

vért tartalmaznak. *A dobüregben kevés levegő, nyálkahártyája halvány.* A külső hallójáratban kevés fülzsír. A parotis középnagy, elég tömött, középvértartalmú. *A parotis körüli nyirokmirigyek borsónyiak, tömöttek, fehéres dagszövetté alakultak át, melynek metszlapjáról tejszerű nedv választható le. E mirigyek részben a parotis állományába is beterjedtek, de attól mindenütt élesen elkülöníthetők. Baloldalt a sternocleidomastoideus és a cucullaris tapadása helyén diónyi területen szintén tömöttes, fehéres, az izomszövetbe éles határ nélkül beterjedő daganatos csomóvá alakultak, melynek metszlapjáról szintén tejszerű nedv vonható le.* Egyébként az arcz izomzata elég tömött, sötét húsvörös, középvértartalmú. *Az orr és mellüregeinek nyálkahártyája halvány. A jobboldali ductus tubarius* körül a nyálkahártya kissé duzzadt.

Kórisme: Pneumothorax duplex pulmones comprimans et mors subita asphyctica sub operationem tumoris cancrosi colli. Infiltratio cancrosa glandularum lymphaticarum submaxillarium dextrarum et sinistrarum et supraclavicularis unius dextri. Sanguis fluidus. Tracheotomia. Ruptura epiglottidis. Atheroma magnitudinis fabae coctae cutis capitis ad regionem frontalem.

A kiirtott daganat leirása:[1] A kiirtott daganat jó másfél férfiököl nagyságú, dudoros ,felszine bőrrel fedett. A daganat bőrrel fedett területének közepén három mélyt zeg-zugos szélü, piszkos, czafatos, részben vérrel takart alapú, egész 20 fillér nagyságú fekély látszik. A daganatnak az a része, a melyet a környező szövetekből kihámoztunk, vékony kötőszövetes tokkal bir, csak az izomzattal, a fejbiczczentő izommal van szorosan összekapaszkodva. Metszéslapja egyenletesen szürkésfehér, kevés egész borsónagyságú vérzésekkel tarkázott. A metszéslapon már szabad szemmel sajátságos kuszált, áttünő, keskeny területek láthatók, melyek egymással mint valamely háló szálai összefüggenek. Mikroskop alatt: a daganat elég sejtdús kötőszövetes vázból áll, melyben beágyazva magasabb, hengerhámhoz közelálló, hámsejtekből alkotott, mikroskop alatt is hálószerű rajzolatban húzódó kötegek fekszenek. *Diagnosis*: Carcinoma basocellulare colli primarium.

Hogyan jött létre az előbb leirt kiterjedt nyaki mütét után a mellhártya minden sérülése nélkül a kétoldali légmell?

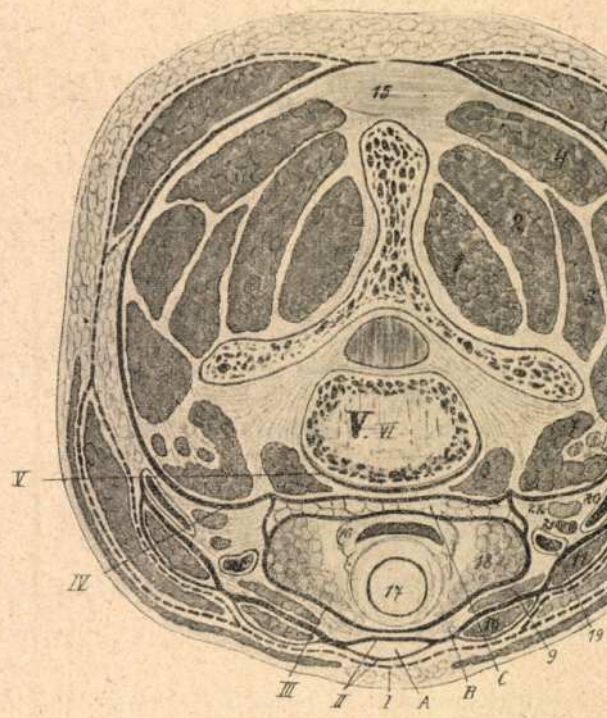
A választ erre a kérdésre megadja a *nyaki pólyák és kötőszövethasadékok bonczolástana* és néhány később leirandó *kisérlet.*

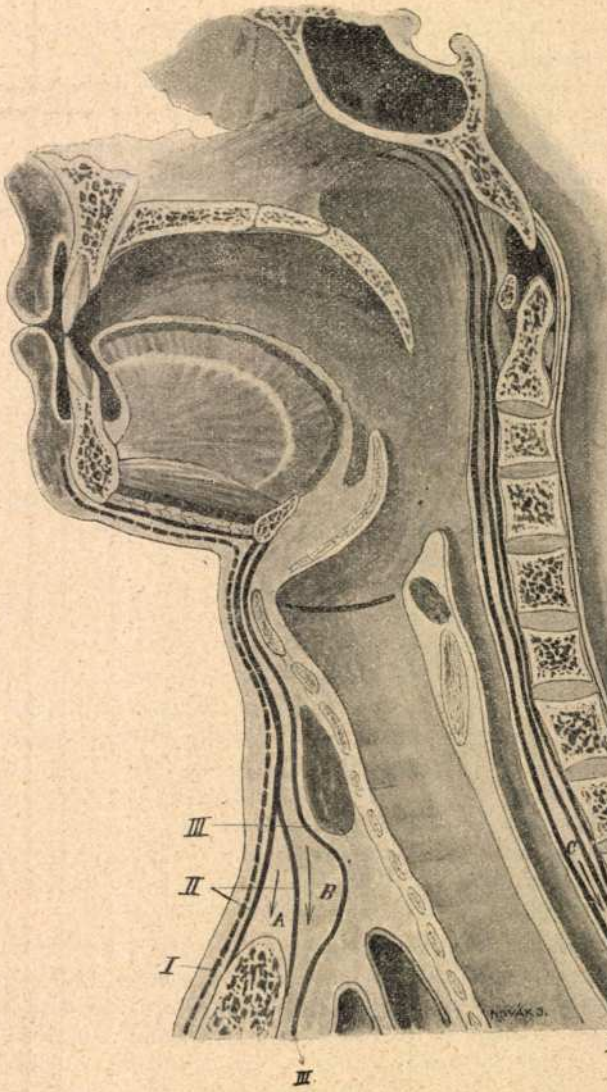
Merkel, a ki legújabban és legbehatóbban foglalkozott a nyaki pólyák és kötőszövethasadékok bonczolástanával, az esetünkkel vonatkozásban álló viszonyokat következőképen magyarázza. A nyakat nagyjában a nyaki gerinczoszlop és izmai, másrészt a nyaki zsigerek: a légutak és a nyelőcső alkotják. *A gerinczoszlop a hozzátartozó izmokkal együtt egy közös kötőszövetburokba* (IV) zárt egészet képez, a mely kifelé csak gyér összeköttetésekkel bir, befelé pedig az egyes izmok közé kötőszövetes válaszfalakat küld. Ezen izmok hátul a hosszú háti izmok (1. sokbahasadt és féltövises tarkóizom, 2. hosszú tarkóizom, 3 hosszú fejizom, 4. szíjizom), oldalt a bordatartó izmok (6. hátulsó bordatartó izom, 7. elülső bordatartó izom) és a lapoczka emelő izom (5.), a melyhez a nyakfonat idegszálai (23.) is csatlakoznak, elül a gerincz előtt fekvő izmok (8. hosszú nyakizom), melyek felett a hüvely igen erős és mint *mély nyaki pólya* van leirva. A fejbiczczentő izom (12) és a csuklyás izom (14) a közös hüvelyen kivül fekszik. Ugyancsak szorosan odasimuló *hüvelye van a nyaki zsigereknek, úgymint a légutaknak* (17.) *és a nyelőcsőnek.* (16.) A pajzsmirigyet (18.) ezekkel közös kötőszöveti hüvely borítja.

A gerinczoszlopot és annak izmait borító kötőszöveti hüvely (IV.) a koponyaalapon kezdődik és a gerinczoszlop előtt fekvő izmokat beborítva lefelé a mellkasba folytatódik, s a rekeszizom tapadásáig terjed. *A zsigereket: a légutakat és nyelőcsövet borító kötőszövethüvely* (III.) a nyelőcső hátsó felületén szintén felterjed a nyelőcsőnek koponyaalapi tapadásáig. Elül a közbeiktatott nyelvcsont két részre osztja. A nyelvcsont felett levő részben a nyelvizmok, az állalatt fekvő nyálmirigy a tájbonczolástani viszonyokat teljesen megváltoztatják; a nyelvcsont alatti részben pedig a nyelvcsontról

[1] A daganat bővebb szöveti ismertetése a klinikán operált még három hasonló esettel együtt más helyen később fog megjelenni.

nyokat.





Mindezen képleteket a bőr és a széles nyakizo
fekvő úgynevezett *felületes nyaki pólya* (1.) takarja, a m
képen szintén csak a formátlan nyaki kötőszövet össz

számot, nem egyéb, mint sűrűbb bőr alatt fekvő kötőszövet. *Mihálkovics* szerint ez a kötőszövet-lemez szintén két részre osztható, úgymint nyelvcsont felett és alatt fekvőre. A nyelvcsont felett fekvő lemez takarja az állkapocs alatt való tájékot és az állkapocs alatt fekvő nyálmirigyet, a melyet körülvéve, mintegy tokba zár el. A kötőszövetlemez az áll bőr alatt fekvő kötőszövetéből szedődik össze, hátrafelé a rágó fültövi pólyával egyesül. A nyelvcsont alatt fekvő lemez a nyelvcsontról kiindulva bevonja a nyelvcsont alatt fekvő izmokat, oldal felé a fejbicczentő izom elől való szélén ketté oszlik, azt behüvelyezi; az izom hátulsó szélén a hüvely két lemeze ismét egybefolyik és az oldalt fekvő nyaki háromszög felett kifeszülve, a csuklyásizom szélén a tarkópólyába megy át. Alsó része a szegycsont markolatának elől fekvő felszinén a felületes mellpólyába folytatódik; oldal felé a fejbicczentő izmon túl a kulcscsont felett levő árok felett kifeszül és a kulcscsont elülfekvő felszinén tapad.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. m. tud.-egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.)

A chylusszerű trans- és exsudatumokról két eset kapcsán.

Irta: *Kétly László* dr., egyetemi magántanár, belklinikai adjunktus.

(Vége.)

K. P. 26 éves, napszámos; felvétetett a II. számú belklinikára első izben 1903. junius 3.-án.

Diagnosis: Exsudatum pseudochylosum et verosimiliter endothelioma pleurae l. d.

Anamnesis: Apja 38 éves korában véletlenül hasba lötte magát. Anyja és 3 testvére él és egészséges. Egy testvére gyermekkorában előtte ismeretlen bajban halt meg, egy másik testvére pedig felnőtt korában női bajban. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Nemi betegségeket tagad. Szeszes italokkal mérsékelten élt 1902. május havában nehézlégzése és fuladása volt, erősen szomjazott. A vasúti pályaorvos akkor mellhártyagyuladást állapitott meg nála és csapolást ajánlott neki, melyet azonban a beteg visszautasított.

Ezen baja miatt dolgozni sem tudott, mert a fuladás és köhögés mindjárt elővette. Oldalszúrást azonban sohasem érzett. 1903. január havában a nehézlégzés és fuldoklás annyira elővette, hogy e miatt a szt. Rókus-kórházban feküdt, a hol megcsapolták és állitólag 2 liter zavaros folyadékot bocsátottak ki a mellkasából. Betegsége alatt forróságot vagy hideglelést nem érzett. A kórházban 5 napig feküdt, azután hazament és egész télen át pihent. 1903 tavaszán munkába állott és egész nyáron át dolgozott. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1903 junius 15-e körül munkaközben azt vette észre, hogy elfulad és nehézlégzése támad; majd köhögni kezdett és fehéres nyálkásat köpni. Forróságot nem érzett. Jelenleg is nehézlégzés, fuladás és köhögés képezik főbb panaszait. Étvágya jó. Aludni jól tud.

Felvételi állapot. A középtermetü, elég jól fejlett és táplált férfi beteg böre barnaszinü, a böralatti kötőszövet mérsékelt zsírtartalmú. Izomzat jól fejlett, középtömött. Csontrendszer ép, az izületek szintén. Fej gömbölyded, kopogtatásra sehol sem érzékeny. Pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Kötő- és látható nyálkahártyák halványak. Nyelv kissé bevont, garat normális, nyelés szabad. Nyak részarányos, rajta megnagyobbodott mirigyek nem tapinthatók ki. A kulcscsont feletti és alatti árkok mérsékelten kitöltöttek. Mellkas mérsékelten elődomborodó.

A j. mellkasfél légzésnél elmarad. Ezen mellkasfél elődomborodóbb, bordaközei a túloldaliéival szemben tágabbak, elsimultak. Légvételek száma p. 20. Jobb mellkasfél körfogata a III. b. magasságában 52 cm., a balé 49 cm., az V. b. magasságában j. o. 47·5. b. o. 46 cm., a VII. b.ében j. o. 47, b. o. 46 cm. A j. kulcscsont feletti árokban tompult dobos kopogtatási hangot kapunk, a kulcscsont alatti árokban tompa hangot, a mely innen lefelé terjed mind a három kopogtatási vonalban. Hátul j. o. a csúcstól lefelé végig mindenütt tompa hangot kapunk. B. o. a t. é. n. d. kopogtatási hang a szegycsont melletti vonalban a IV. pulat felett légzés nem hallható, ügyanott a mellrezgés és hangzás is megszünt. B. o. mindenütt puha, sejtes a légzé lüktetés a bal mellkasfél felett nem látható; szívcsúcslökés bordaközben a bimbóvonalon kivül tapintható. Szívtompul határa a bal szegycsont melletti vonalban a IV. b, j. fel folyik a j. mellkasfél tompulatával; b. felé a szívcsúcslökés terjed. Szív és nagy erek hangjai tiszták. A pulmonalis II. ékelt. Verőérlökés mérsékelten telt és feszes, rythmusos p. 92. A has mérsékelten előbomborodó, benne hullámzá resistentia nem mutatható ki. Májtompulat felső határa folyik a j. mellkasfél tompulatával s igy nem állapitha alsó határa a bimbóvonalban a bordaivet mintegy 2 har meghaladja. Léptompulat f. h. a bal középső hónaljvonalba borda; alsó határa mély légvételkor nem tapintható. A ha részei felett a szokott változatokban dobos a kopogtatás Vizelet szalmasárga, áttetsző, vegyhatása savi, fajsúlya idegen alakelemeket nem tartalmaz.

Kórlefolyás. Junius 3.-án. Könnyü étrend, köhögé 0·02 grammos codein-porok. Junius 4.-én próbacsapolá mellkasból sárgás-fehér zavaros folyadék ürült, a melyi súlya 1019, fehérjetartalma 2% volt. Csapoláskor a jol kasfélből 1500 cm³ fehéres-sárgás, kissé tejre emlé zavaros, szagtalan folyadék ürült, melynek vegyhatása k volt; fajsúlya 1016, fehérjetartalma 1¼% volt. A folyadék nem tartalmazott (cupr. sulf., bismuth, nitropropiol és e próba negativ). Tetején hosszabb állás után sem képződ réteg. Górcső alatt elzsirosodást mutató kevés genysejt tett a folyadékban látni, a melyek bakteriumokat nem maztak. A zsírszemcsék szabadon nem úszkáltak a folya Junius 5.-én. Csapolás után a tompulat felső határa j. o. a ger letti és a lapoczka-vonalban az V. b, mellül a szegycsont és a bimbóvonalban a IV. b.; a II. b.-tól lefelé kissé kopogtatási hang. A szívcsúcslökés most is a VI. b.-közt a bimbóvonalon kivül. A máj alsó széle a bordaiv alá 3 ujjnyira terjed. A tüdők felett lényegesebb hallgatódzási nincs. Testsúly 66·5 kgm. Junius 6. Nem köhög, köpet A mellürből nyert folyadékból 20 cm³ tengerimalaczba Junius 7. Status idem. A mellüri folyadékban zsírosan é csésen szétesett kevés fehérvérsejten kivül szabadon ús cseppeket, cholestearin- és zsírjegeczeket lehetett látni. J Ma újból megcsapoltatott a beteg. A mellürből 1500 elsőhöz hasonló szinü és összetételü folyadék ürült, a fajsúlya 1016, fehérjetartalma 2%. Junius 9. Statu Junius 10. Punctio után a tüdőhatárok: mellül a sz melletti vonalban az V. b., a bimbóvonalban az V. b., a hónaljvonalban a VI. b. f. széle, hátul a lapoczkavon VI. b. Szívcsúcs nem tapintható; kopogtatva a szív ki- és bimbóvonalig terjed. Junius 11. A punctio alkalmával nyert f kal beoltott állat megdöglött. Bonczlelet tuberculosisra negati 12—15. Testsúly 68·5. Tompulat felső határa mellül a sz melletti vonalban az V. b., a középső hónaljvonalban szintén a gerincz melletti vonalban a VII. b. A tüdők felett eg kopogtatási vagy hallgatódzási eltérés nem mutatható ki. Ju Beteg jól érzi magát. A tompulat hátul a VIII. b.-ig ér, a hónaljvonalban szintén. A szívcsúcs kihelyezett, a menny V. b.-közben a bimbóvonalon kivül tapintható. A betegnek hőemelkedései vannak. A csúcsokon biztos eltérés nem ható ki.

Junius 17—19. St. idem. Junius 20.-án d. u. me tatott a beteg. A jobb mellkasfélből 1500 cm³ fehéres sa a mely nagyobb tömegben fehéres-sárgás színüvé vált. A az ujjak közt szétdörzsölve, kissé zsiros tapintatú. Fajsúl fehérjetartalom 3%. Junius 21.-én. Punctio után a tompu szólván teljesen feltisztult. Hátul jobb oldalon a gerinc és a lapoczkavonalban a IX. bordánál, a középső hónaljv a VI. bordánál, a bimbó- és a szegycsontmelletti vonalba borda felső szélénél kapunk tompulatot. A tüdők felett tódzási eltérés nincs. Testsúly 68·5 kgm. Beteg ma ell klinikát. Másodszor felvétetett 1903. augusztus 31.-én. káról való távozása után jól érezte magát, csak a h Munkába állott és augusztus hó végéig dolgozott; csal

volt kisebb foku légzési nehézsége. Augusztus 4.-én gyakorlatra hivták be, azonban az orvosi vizsgálatnál visszatartották, mert jobb mellkasfelében folyadékgyülemet állapitottak meg. Étvágya jó, széke rendes, forrósága nincs. Keveset köhög, fehéreset köp. Éjjel jól alszik, nem izzad. Testsúlyban nem fogyott meg. Felvételi állapot. A mellkas alsó része a jobb oldalon légzéskor elmarad Ezen mellkasfél bordaközei alul tágabbak a túloldaliéinál s állandóan belégzési állapotban vannak. Kopogtatásnál jobb oldalon a szegycsont melletti vonalban a IV. borda felső szélénél, a bimbóvonalban a IV. bordánál, a középső hónaljvonalban az V. bordánál kapunk tompulatot, hátul a gerinczmelletti vonalban a VI. bordánál és a lapoczkavonalban szintén a VI. bordánál, a honnan a tompulat lefelé terjed. A tompulat felső határa mély légvételkor alig mutat változást. A tompulat felett a légzés, mellrezgés és a hörgi hangzás is gyengült. Egyébként a tüdők felett puha sejtes a légzés. A bal mellkasfél kopogtatási viszonyai normálisak. A szivcsúcslökés kihelyezett, mert a bimbóvonalban tapintható az V. bordaközben. Szivtompulat felső határa a bal szegymelletti vonalban a IV. borda, jobb felé egybefolyik a j. o.-i tompulattal, bal felé a csúcslökés helyéig követhető. Szív és nagy edények hangjai tiszták. Verőérlökés közép hullámú, rhythmusos, száma p. 80. A has mérsékelten előbomborodó, nyomásra és spontan is a beteg a jobb bordaív alatt kis fájdalmat jelez. Testsúly 66 kgm. September 1.-én próbacsapoláskor hátul a VII. bordaközben a tü erős ellentállásra talált, a melyen alig tudott áthatolni; a középső hónaljvonalban az V. bordaközben szintén történt próbacsapolás. A mellürből mindkét helyen tiszta sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1013, fehérjetartalma 5% volt. September 2—3. Status idem.

September 4.-én. Vérvizsgálat. Pirosvérsejt: 5.216,000. Fehérvérsejt 8900. Fajsúly 1050. Haemoglobin 60%. Testsúly 68 kgm. September 5—13. Status idem. Testsúly 69·5 kgm. September 14.-én. A tompulat f. h. egy bordaközzel mélyebben kezdődik, mint eddig volt. Minthogy azonban a beteg távozni akar, megcsapoltatik. A beszúrás a középső hónaljvonalban az V. borda közben történt és a mellkasból 1800 cm³ tiszta sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1016, fehérje-tartalma 3% volt. Punctio után a tompulat felső határa mellül a szegycsont melletti és bimbóvonalban az V. borda alsó széle, a középső hónaljvonalban az V. borda alsó széle, hátul a gerincz melletti és lapoczkavonalban a IX. borda. A tüdők felett mindenütt puha sejtes légzés hallható. September 15.-én. Status idem. September 16.-án. Beteg a klinikáról távozik. Felvétetett harmadszor 1904. január 31.-én. A kórodáról való távozása után egészen jól érezte magát, újból munkába lépett. Időnként érzett ugyan derekában körüskörül fájdalmakat, de azok nem voltak túlságos erősek. 1903. karácsony táján nyilamlásai támadtak egész derekában, hátában főleg jobb oldalon s leginkább akkor, ha kissé nagyobb súlyt emelt. Mélyebb légvételkor, különösen jobb oldalon szintén fájt a dereka. Derékfájása, oldalszúrása miatt kénytelen volt karácsonykor a munkát abbahagyni, bár ereje, mint mondja, nem csökkent. Karácsony táján orvoshoz ment, a ki folyadékot constatált a jobb oldalban. Derekában felvételkor feszülést, néha nyilamlást érez s azt tapasztalja, hogy baja óta dereka merevebb, sem hajlítani, sem fordítani a törzsét nem tudja úgy, mint azelőtt. A tompulat a jobb mellkasfélben a parast. vonalban a IV. borda alsó szélén, a bimbóvonalban az V. borda felső szélén, a középső hónaljvonalban az V. borda felső szélén, hátul mindkét vonalban a VI. borda felső szélén kezdődik, ettől lefelé absolut tompa. Mellrezgés, hörghangzás igen gyengült, légzés nem hallható a tompult helyeken. Egyebütt puha sejtes a légzés. A mellkas méretei: a bimbók magasságában egész körfogat 97 cm., ebből a jobb oldalra esik 49 cm., különbség 1 cm. Az V. bordaporcz magasságában egész körfogata 92 cm., ebből a jobb oldalra esik 47 cm., különbség 2 cm. A proc. xiph. magasságában egész körfogata 88 cm., ebből a jobb oldalra esik 45 cm., különbség 2 cm. Február 1.-én. A próbapunctioval két helyről (a scapuláris vonalban a VII., a mellső hónaljvonalban a VI. bordaközben) nyert savó teljesen egyforma olajsárga, áttetsző, fajsúlya 1017, fehérjetartalma 2½%. Górcső alatt számos különféle nagyságú fénylő zsírszemcse s néhány fehérvérsejt találtatott benne. Testsúly 67·5 kgm. Február 3—11. Status idem. Február 12.-én d. u. punctio, mely alkalommal 1800 cm³ opaleskáló sárgás savó ürült, melynek fajsúlya 1017, fehérjetartalma 2% volt s górcső alatt számos zsírszem tott. Február 13—16.-ig. Dereka még mindig fáj. Különb idem. Február 17.-én status idem. Február 18.-án. Ujabl 650 cm³ a fentebb leirthoz teljesen hasonló folyadék ü a fajsúlya volt 1020. Február 19.-én. Tompulat alig mut séget. Kis derékfájásai vannak. Február 20.-án status iden 21.-én távozik a klinikáról.

Negyedszer felvétetett 1904 márczius 18.-án. 67·5 kgm. Márczius 18—20. Hasfájás-panaszokkal klinikán.

Ötödször felvétetett 1904. október 26.-án. A való távozása után munkába nem állott. Derékfájása mi augusztus hóban a szt. István-kórházba vétette fel mag mindössze egy hétig feküdt; két hétig feküdt még odah a dereka fájt. Azután ugyan jól érezte magát, azonban most sem tud derékfájásai miatt. Étvágy különben jó. Szél Testsúlyban nem fogyott. Beteg jelenlegi állapota egyezik ittléte alkalmával felvett lelettel. A jobb mellkas félold kidomborodik, a bordaközök ezen oldalon elsimultak, bordák mély légvételkor is alig tágulnak. Október 26.-á két helyen is (a középső hónaljvonalban a VI. bor hátul a lapoczkavonalban a VIII. borda alatt) próbaszu végeztetett és a tü mindenütt erős ellentállásra talált; e helyekről nem ürült. Rendeltetett: Opodeldoc és Pr fájdalmas részre. Október 27—31. status idem. Nov Subjectiv panasz nincs. Objectiv lelet nem változott. No Jobb mellkasfél a IV. bordánál 48 cm., bal 47 cm., jobb m VI. bordánál 45·5 cm., bal 46 cm. November 3—5. st November 6. án a klinikát elhagyta. Azóta betegről nem h

Betegünknél tehát 2½ éven át állott fenn nag nyiségü exsudatum a jobb mellürben, mely a gyakori daczára is mindig újból és újból megszaporodott, végül eltekintve a pleurális összenövésektől és megvastagodáso mazott, jól kimutatható tompulattól, mely Röntgennel va gításnál is mint árnyék látható volt, eltünt; e hosszas lefolyás, a betegnek állandó jó erőbeli állapota, a tü normális volta, az exsudatumnak tengerimalaczba való befe negativ eredménynyel stb., a pleuritis gümőkóros eredet biztonsággal kizárni engedték. Rosszindulatú álképletre a cachexia hiánya és az exsudatum állandóan vértől me miatt ab ovo sem gondolhattunk és a beteg gyógyul ellen szólt. Trauma vagy sérülés nem ment előre, a mi utakból chyluskiömlésre engedett volna következtetni. transsudatiojára sincs jogunk ez esetben következtetni punctioval nyert folyadékot, miután annak górcsövi czukorra történt vegyi vizsgálata chylosus, chylifor pseudochylosus jellegére nézve semmi biztos felvilágos nyujtott, igen pontos analysisnek vetvén két izben alá, tuk, hogy az minimális zsírtartalom mellett főkép fehér

A pontos analysisek a következők: 1. 1903. juniu a folyadék fajsúlya 1·0169; 100 cm³ folyadékban van anyag (összes szilárd alkatrészek): 4·61 gm.; ásvány (hamu): 0·86 gm.; szerves anyag: 3·75. gm.; nitrogen szerint: 0·58 gm.; nitrogen a *Ritthausen* szerint l csapadékban 0·57, vagyis a fehérjetartalom (N + 6·25): 3 zsir: 0·06 gm. Czukor nyomokban sem mutatható ki. A kémhatása alkalikus. A *Kjeldahl* és *Ritthausen* szeri értékeinek megegyezéséből kitünik, hogy a folyadékba N-tartalmú anyagok kizárólag fehérjék. 100 rész anyag ásványi rész: 18·66%; szerves rész: 81·34%; fehérje: zsir: 1·388%. 2. 1903 október 1-én 100 részben v anyag: 5·77 gm.; hamu: 0·701 gm.; szerves anyag: 5 N: 0·781 gm.; zsir: 0·007 gm.; tehát több a fehérje, a zsir.

Ez analysisek tehát azt mutatják, hogy esetün chylosus exsudatumnak fogható fel, vagyis a folyadék hasonló voltát fehérjeanyagok okozták.

Miután ez csak endothel- vagy daganatsejtek elf és széteséséből értelmezhető és miután a betegnél valamely rosszindulatú tumor a beállott gyógyulás folytán is joggal gondolhatunk a néha jóindulatú endotheliomára

hogy a beteg végleges gyógyult-e, nem tudhatjuk, erről csak évek mulva szólhatnánk.

Hogy a chylusszerű mellüri folyadékoknál a chyliformis alakot a pseudochylosustól megkülönböztetni a folyadék igen pontos analysise nélkül a betegágynál, sőt a bonczoló asztalon is mily nehéz, sőt lehetetlen, a következő eset is bizonyítja:

K. F. 36 éves, bádogossegéd neje. Felvétetett a II. számú belklinikára 1903. márczius 14. én, meghalt 1903. junius 9.-én. Beteg 1902. február havában mellcsontján daganatot vett észre, mely azóta állandóan nagyobbodott, míg 1902. augusztus hóban tojásmekkoraságot ért el. Az izr. kórházban daganatát felvágták, mely alkalommal vérrel kevert geny ürült a sebből, a mely az utókezelés alatt novemberben meggyógyult, nemsokára azonban a heg mellett egy mogyorónyi dudor keletkezett, melyet 1903. február hó elején megoperáltak. E mellett 1902. nyara óta nyelési nehézségekben szenved, úgy hogy felvételkor már csak apróra vágott ételeket tud nyelni, azonkivül erősen köhög és lélegzetvétele mindinkább nehezebbé válik. Az izr. kórházból nyert értesülés szerint a beteg ott periostitis chronica abscedens miatt kezeltetett.

Felvételi állapot: Nyak középhosszú, részarányos, rajta mindkét oldalt több babnyi-mogyorónyi mirigy tapintható. A mellkas bőrén az angulus Ludovici felett egy tallérnyi, rendetlen szélü, rózsapiros heg látszik. E heg körül a jugulumtól a IV. bordáig, jobb felé egy harántujjal a jobb szegyszéltől, bal felé két harántujjal a bal szegyszéltől terjedőleg tompa kopogtatási hangot kapunk, különben a tüdők felett kopogtatási eltérés nincs; mindenütt érdes, sejtes légzés hallható. Szív ép. Gégevizsgálat: bal hangszalag paretikus; hangadáskor nem feszül meg, hanem ívalakú görbületet mutat belső szélével s nem fekszik egészen a jobbhoz. Jobb hangszalag belövelt. Röntgen átvilágításkor a szegycsont bal széle mellett a II. és III. borda magasságában 3 cm.-nyire oldalra terjedőleg árnyékot kapunk. Betegnél 1903. április hó vége felé jobboldalt a VI. bordától lefelé tompulat jelentkezett, a melynek próbapunctioja alkalmával tejszerüen zavaros, opalescáló savó ürült, melynek fajsúlya 1026, fehérjetartalma $3^3/_4\%$ volt. Beteg junius 9.-én elhalt fuladás következtében. Diagnosis: Lymphosarcoma durum mediastini anterioris, verosimiliter e thymo ortum cum propagatione tumoris ad pulmonem sinistrum, oesophagum et tracheam et perforatione eorundem fistulisque. Progressio tumoris ad venam anonymam sinistram cum obliteratione totali eiusdem. Metastases complures pericardii, pleuri visceralis parietalisque, diaphragmatis, glandularum lymphaticarum colli, peripancreaticarum et periportalium. Hydrothorax lateris dextri cum compressione lobi inferioris et medii dextri. A jobb mellürben 1500 gm. káposztaléhez hasonló sárgás-szürkés folyadék volt, s benne gyér számmal vörhenyes, fehér laza czafatok találtattak. A mellhártya zsigeri fali lemezén semmiféle rostonyás vagy genyes lerakódmány nincs. Bal mellürben 50 gm. kissé véres és kissé opaleskáló savó volt szabad rostonya nélkül. A ductus thoracicus egész lefutásában középtág.

Ezen esetben a folyadék opaleskálását valószinüleg a szétesett daganatsejtek albuminoid anyaga és zsíros elfajulása okozta, bár nem lehet kizárni azon lehetőséget sem, hogy a daganat összenyomta vagy eldugaszolta a ductus thoracicus valamely finomabb ágát és hogy ez okozta a chylus transsudatioját a mellüri folyadékba. A folyadék pontos chemiai analysise nem történvén meg, nem sikerült eldöntenünk, hogy ez esetben chyliformis vagy pseudochylosus transsudatummal volt-e dolgunk.

Irodalom. 1. *Bartholini*: Spicileg. I. de vasis lymphaticis. 1670. — 2. *Gyorgyevic*: Langenbeck's Archiv. XII. k. — 3. *Oppolzer*: Allg. Wiener med. Zeitschr. 1861. — 4. *Rokitansky*: Handbuch der path. Anatomie. II. k. 388. l. — 5. *Monro*: Essay on the Dropy Conunent. IV. k. 188. l. — 6. *Boch*: Über den Zuckergehalt der Oedemflüssigkeiten. Arch. f. Anat. u. Phys. 1873. 620. l. — 7. *Quincke*: Über fetthaltige Transsudate. D. Arch. f. klin. Med. 16. k. 121–139. lap. — Über die geformten Bestandtheile von Transsudaten. D. Arch. f. klin. Med. 30. — 8. *Rosenbach*: Über das Vorkommen von Zucker in der Oedemflüssigkeit. Breslauer ärztl. Zeitschr. 1882. — 9. *Ronsom*: Vorkommen von Zucker in patholog. Flüssigkeiten. Centralbl. f. kl. Med. 12. kötet. — 10. *Strauss*: Arch. de Physiol. et Pathol. 1886. 36. l. — 11. *Senator*: Charité Annal. IV. és XX. évf. 265. lap, továbbá Über Chylurie und chylösen Ascites (8 eset). Arch. f. klin. Med. XVI. k. 139. l. — 12. *Leydhecker*: Virchow's Arch. 134. k. 143 l. — 13. *Busey*: Amer. journal of the medical sciences. 96. k. 1889. — 14. *Hirschler A.*: A chylosus hasvizkor egy esetről. Orv. Hetil. 15. *Moraghians*: Lezione di chiusa anno scolastico. 1891. 16. *Bargebuhr*: Über ascites chylosus und chyliformis. D. A. Med. 51. k. 1893. 161—192. l. és 54. k. — 17. *Lion*: Note d'ascite laiteuse non chyleuse. Arch. de méd. exper. 1893. 5. 18. *Eichhorst*: Über das Vorkommen von Zucker und zucke Substanzen in pleuritischen Exsudaten. Zeitschr. f. klin. Me 537. l. — 19. *Verdelli*: Il Morgagni. 1894. 2. sz. — 20. *E* Wiener klin. Rundschau. 1895. 51. sz. 805. l. — 21. *Váli E* losus hasüri folyadékgyülem esete. Gyógyászat. 1896. — 22. Zeitschr. f. klin. Med. 1896. 31. k. — 23. *Achard*: Sur le sé cent et l'ascite laiteuse non chyleuse. Bullet. et mém. de la s des hopitaux Paris. 1896. — 24. *Gross*: Ein Beitrag zur Ken pseudochylösen Ergüsse. Arch. f. Path. u. Pharm. 44. k. — *les* és *Reichel*: Über den Zuckergehalt pathol. Flüssigkeiten. Wochenschr. 1896. 17. sz. — 26. *Noel Paton*: Observation o position and flow of chylus from the thoracic duct in man. physiol. 11. k. — 27. *Rottmann*: Über fetthaltige Ergüsse in sen serösen Höhlen. Zeitschr. f. klin. Med. 31. k. 1897. (155 28. *Bayer*: Grenzgebiete der Medic. u. Chir. I. k. 1897. — 29 Über Chylothorax. D. med. W. 1899. XXV. évf. 25. sz. *Erben*: Die Zusammensetzung des menschlichen Chylusfett. f. physiol. Chemie. 1900. 30. k. 3., 4. és 5. f. — 31. *H. J. B* Sind es ausschliesslich die Chylusgefässe, welche die Fettreso sorgen? Arch. f. Anat. u. Physiol. 1900. 5. és 6. k. — 32. *Mattirolo*: Beitr. zur Kenntniss der pseudochylösen Ascitesf klin. Woch. 1900. — 33. *Panzer*: Zur Kenntniss der menschli lusflüssigkeit. Zeitschr. f. physiol. Chemie. 30. — 34. *Rywosc* getrübtes nicht fetthaltiges Serum. Wiener med. Wochenschr 35. *Strauss*: Über osmotische u. chemische Vorgänge im m Chylus. D. med. Woch. 28. évf. 1902. 37. és 38. sz. — 36 Chylosus transsudatum esete. Budapesti Orvosi Ujság. 1903.

TÁRCZA.

A laparotomia visszatekintőleges megvilágításb

(Folytatás.)

Húsz, harmincz sorozatos gyógyulás már nem t ritkaságok közé, s ekkor látjuk, hogy *Tauffer* tanár a l mütök között vezetett. Az *antisepsis* pedig teljesen ki vol föképviselői *Billroth, Olshausen, Hegar; Semmelweis* t szélesebb körökben terjed és érvényesül, s napvilág *Koch* és *Neisser* felfedezései. A szülészeknél pedig kü dulat áll be; mindazok — *Scanzoni* és *Braun*-nal az élük *Semmelweist* lealacsonyították, bár titokban is és m zászlaja alatt, követik tanát, noha továbbra is megtagad megérdemelt elismerést. Nagymesterünk az antisepsis közötti vita eldöntése előtt elköltözött örökre.

A kis permetezőtől és a jégdarabokon áztatott vász egész a *Schimmelbusch*-féle sterilisatorban csiramentessé gyapottörlöig sok változáson ment át a kezelés, sok id

Soká tartott, míg meggyőződtek arról, hogy a kórosztályok levegője a hashártyára ép oly kevéssé mint a magánlakosztályé. A műszerek, a kezek tisztá csak úgy mellesleg fordítottak gondot. Elégnek tetszett carbol-oldatba mártani, s az amerikai kartársak módsz és karok tisztítására, ha nem is utasították el, de nem ték. Pedig ezeket is jó korán hangsúlyozták, minde *Fritsch* és *Ahlfeld*; előbbi a műszerek kifőzésére fekt utóbbi az alkohol-kézdesinfectio mellett kardoskodva.

Az asepsis gyorsabb érvényre jutását hasmetszésn azon körülménynek vagyok hajlandó első sorban betu a *mérgezés következtében beállott halálesetek* elég sü peltek. Az első hatásos lépés előre az 1886-ban M tartott első gynaekologiai congressuson történt, mely még a carbol- és jodoform-kezelés jellege alatt ülésezet

Soha congressus kedvezőtlenebb előzményekkel dődött.

Emlékezetes, hogy a megnyitást megelőző napon I király a starnbergi tóban lelte halálát, orvosát, a elnökének jó barátját magával ragadva. Hogy a szokot hangulat mennyire megcsappant, képzelhetni; a más városban halotti csend, komor hangulat, szakadó eső gressus napirendjén a laparotomiát követő balesetek.

Már *Schede* két évvel azelőtt a carbolnál sokkal n de jobban ellenőrizhető sublimatot hozta javaslatba, jutott a szerencse, hogy a *Mosetig* által ajánlott s mé

kezhettem az egyik ülésben.

A közvetlen mérgezés elhárítása nagyot lendített a laparotomián, de a tulajdonképeni nagyobb haladást itt is, mint minden egyéb téren, a *bakteriologia* idézte elő, melyet egy a mechanika körébe vágó tényezővel kell oki összefüggésbe hoznunk, a *górcső tökéletesítésével*; azzal, hogy a látótér jobb átvilágításával és az immersiós lencsével egészen új alkotásokat fedeztek fel.

Manapság lenézzük azokat a segédeszközöket, melyekkel annak idején első kutatásainkat megkezdtük. Akkor is a jó górcső megfizethetlen kincsszámba ment; világos látótérrel szolgált a bécsi Plössl-czég ágyúszerű nagy alkotása, de csak épen botanikai czélokra.

Hires volt *Brücke* tanár párisi úgynevezett „nagy Nachet“-je, melyet a tanítványok számára a szomorú hírnévre jutott *Schenk* assistens kivételesen vértestecsek vizsgálatára átengedett, miközben majd megvakultunk, oly sötét volt a látótere; akkor kerültek piaczra a *Hartnack* és *Zeiss* czégek mikroskopjai, 860 szoros nagyítással, majd száraz immersiós lencsével (contradictio in adjecto), de ezeket csak kevés halandó tudta az osztrák-porosz háború okozta rém magas aranyárfolyam miatt beszerezni.

A górcsőnek köszönhetjük, hogy az antiseptikus anyagok iránti bizalom megingott, midőn kiderült, hogy a használt carbol-oldat sem az 1879-ben *Neisser* által felfedezett gonococcust *(Nögerrath* szerint a legtöbb női baj okozóját), de a strepto- és többi coccusokat sem öli meg, sőt hogy a jodoformpor sem csiramentes. Csodálatos, hogy a carbol-oldat jó hírneve meddig maradt érvényben; némely helyütt még ma is a bábák táskáiban kötelező.

Az antiseptikus oldatok mellőzésével lépést tartott a *műszerek és segédszemélyzet esökkentése*. Addig a műszerészek aranykort éltek; minden operateur — keze alkotása, megszokása miatt, néha eredetiség utáni viszketegből — új műszerekkel gyarapítá a laparotomia instrumentáriumát. Jellegzetes arra az időre, hogy ovariumtömlő kiürítésére *Spencer Wells* troikárja nélkül nem is mertek gondolni. Első hasmetszési esetemhez a városban levő egyedüli példányt *Lumnitzer* tanártól kaptam kölcsön; ez apasztotta valamennyire a műtét költségét, mert ezt saját költségemen (beleértve a beteg privát lakását és ellátását) végeztem. Ma alig folyamodik műtő többé e drága, complikált és szükségtelen műszerhez.

Nagy gondot okozott a *szivacskérdés*. Jó szivacsgarnitura igen ritkán volt található a mindenféle követelmény nehéz kielégíthetése miatt. Mert a szivacsnak sem túlfinomnak, sem durvának, kis likacsúnak, puhának, s mindenek előtt laposnak kellett lennie. S ha bevégződött a válogatás nehéz munkája, akkor következett a tisztítás és fehérítés müvelete, miközben nem egyszer túltömött oldat használata miatt a 20—30 forintba kerülő szivacs kocsonyaszerű, hasznavehetlen tömeggé változott. A kész fehérített párisi finom szivacsoktól őrizkedtünk, miután kisült, hogy ezek szivacsfoszlányokból készülnek és tisztátlanok.

A tiszta szivacs nagy haladást jelentett a *Spiegelberg* és *Martin* kórodáin a hetvenes években még használatban volt tépéssel szemben; pedig csakhamar kitudódott, hogy a hashártya épségére a szivacs igen ártalmas. Hogy ezt minél jobban megkíméljék, nem hogy a szivacsot hagyták volna el, de a hassebet szabták kisebbre. Ez akadályozta meg jobban a belek előesését (melyeket különben carbolos melegített kendőkbe burkoltak), nemkülönben a has kihülését, és kevesebb vérzésre adott alkalmat. 1876-ban *Péan*-tól láttam egy műtétet, és hogy a *lehüléstől* és a *vérzéstől* mennyire tartott Péan, az itt derült ki.

Esős, hideg februáriusi napon gyülekeztünk a beteg körül. A műtőterem túlfütöttsége daczára a kandallóban lobogó tüz, előtte állványon elhelyezett nagyszámú vászontörlő (serviette).

Péan frack-öltönyben — rajta a becsületrend rózsája — elébe kötött vászonköténynyel a beteg lába között foglalt helyet, kinek testét folytonosan a meleg törlőkkel takargattatja. Nézetem szerint túlkicsiny hasseben át igyekszik egy nagy, sok adhaesioval rögzített ovariális daganat kikészítésén, az adhaesiók minden legkisebb vérző edényét ismert csipőibe fogva. Miután így legalább 30 darabot a hasürben elhelyezett, sikerült a daganat eltávolítása. Következett az edények egymás után lekötése, mialatt a beteg lélekzése megakadt.

A beállott asphyxiát korántsem a bódítás fogyatékosságára, hozatott, a melegítők gyorsabb váltogatását szorgalmazta hiján erre engem kért fel, ki mellette foglaltam helye a hasürt elzárta. Mondhatom, sem a műtét foganatosítás vitele, sem az eszközök tisztasága nem volt kifogástala a mester folytonos „allez, allez — depêchez vous“ un csipők csattanása és az általános transpiratio bennem előadás benyomását keltette. Mily óriási különbséget tap két hét mulva *Spencer Wells* operálási eljárásánál!

Bár a műtőszoba *hőfokának tekintetbe vétele* mai fennáll, a meghüléstől való félelem már csak emlékszám ép úgy, mint a felmelegíthető műtőasztal, vagy a ther derékalj, mely a beteg hátát és lábait rendesen az ég kig melegítette fel.

Egyik sarkalatos pontja a műtétnek a *csonkellátás* melyből leszürődött a döntés a felett, hogy az *extrape* vagy az *intraperitoneális* kezelés helyesebb-e. Előbbi ab hogy akár alákötéssel, akár e czélra szolgáló zár által, vagy az alapján átvezetett tük segélyével a hasseb a hasfalon rögzítették a csonkot; megokolták pedig a azzal, hogy a csonk felületét, mint idegen testet, a ha távol kell tartani.

A zárókészülékkel, *kapocscsal*, *Atlee*, *Spencer-Well Billroth* kedvező eredményeket értek el Zárókészülékük szétszedhető, tehát könnyen tisztítható, kétágú, egymás ral erősíthető lemez. Mások, mint *Graily Hewitt*. a lekö lakat a hasseb felett pessariumba alkalmazták.

Nussbaum a csonkot ecraseurbe fogta és ezt h hassebbe, *Stilling* ellenben kivülről tüvel a hasfalhoz rög

Kocsány hiányában persze mindez elmaradt, s kö az *intraperitoneális ellátás*, mint a kényszerüség operati

Itt az ereket vagy lecsavarták, egyenként vag gesen aláöltötték, szélesebb vérző részeket leégettek, va *lovszky* ajánlata folytán serosus hártyával fedtek, az ölté lait pedig a hasseben át kifelé vezették.

Az extraperitoneális módszernél a készülék nyomás állott be szövetelhalás, genyedés; az intraperitoneális pedig *Hegar „Operative Gynäkologie“* czímü könyvének adásában olvashatjuk, hogy a kivezető fonalak nem a vezetik ki, hanem az infectiós anyagokat a hasürbe bel

De azért a hasürbe elsülyesztett vassodrony, a sorsa felett tisztába kellett jönni; s e kérdések me ejtették meg *Spiegelberg* és *Waldeyer* állatkisérleteke tanulmányaikat, melyek még relaparotomizált egyéne észlelések által bővíttettek ki. Nevezett búvárok kiderítet az elsülyesztett anyagok, ha előzetesen tiszták — akko még nem ismertünk —, sem gyuladást nem okoznak szövet mortificatiós folyamatát meg nem akasztják; látt a tömeges alákötések rövid időn belül kis kötöszöveti alakulnak át; a selyemöltéseket pedig a szövetek kö zilálva találták.

Az intraperitoneális kezelés sikereiről már ak tudomásunk; *Kovács József* tanár 1863-ban a méh ros natainak laparotomia útján való eltávolításakor a csonko lefüzés vagy előzetes biztosítás nélkül úgy kezelte, min más éles szélü sebet. *Kovács* eljárása az ő klinikájá kozott; a külvilág pedig az extra vagy intra kérdé tovább. Közülünk még sokaknak emlékezetében vannak egyesületben tartott eszmecserék, melyeket *Antal Géza* fe magas niveaura emeltek és élvezetessé, tanulságossá tett

Uj támpontot talált az intraperitoneális kezelé *Brown* észleleteiben, ki a csonkot erélyesen leégette. parányok sem genyedést, sem lobos ingert nem oko végül *Treub* is megerősített, mert azt ajánlta, hogy a méhcsonkokat minden beborítás nélkül süllyeszszük el. I a praxis szép eredményei az extraperitoneális eljárás győzelemre segítették volna, a mely a technika kimüvelés esetre előre vitte.

Nussbaum régebben kimutatta, hogy a beteg lecsü narcosist nem hátráltatja; magam láttam tőle nyúlajk-op melynél segédje a gyemeket lábával felfelé tartotta *Nuss*

De az említett czél csakis a fej és mellkas mély,

burg-féle fekvéssel éretett el; ebben a fekvésben a medencze összes zsigerei jól láthatók és tapinthatók lettek, a belek elötódulása és bódítási zavarok nélkül. A parametran szövetek megközelítése, a szalagok, adhaesiók, de még a húgyvezérek és erek kikészitése a szem ellenőrzése mellett volt foganatositható a szomszédos részek sérülése nélkül, míg a tömlők kiürítése ép oly simán ment, mint a *Fritsch* által időközben ajánlott *oldalfekvésben végzett műtétnél*. Feltünő, hogy a Trendelenburg-féle elhelyezés eleinte épen a nőgyógyászoknál kedvezőtlen fogadtatásban részesült, főleg azért, mert a műtétet erösen lehajolva kellett végezni, a mi adott alkalommal igen fárasztó volt a műtőre.

De maga *Fritsch* a medencze magas elhelyezésének előnyeit hamar felfogván, a medenczeürbe való könnyebb betekintést a *medencze-bakkal*, homorúan hajlított ruggyantalemezzel vélte elérhetni; később azonban mütöasztalát egyszerüen magasabb lábakra helyezve, olyan csavarszerkezettel látta el, hogy a beteget nehány másodpercz alatt a Trendelenburg-féle fekvésbe lehetett elhelyezni. A *Fritsch*-féle, általam módosított mütöasztal modellje az itteni vörös-kereszt kórházban van, és mint hallom, többször másolták már; egyszerübb és a követelményeknek teljesen megfelelö a *Ihle*-féle drezdai mütöasztal, minőt osztályomon is használok.

Említém, hogy a Trendelenburg-féle elhelyezés a bódítás tekintetében nem igényel nagyobb gondot és figyelmet, mint ha a beteg egyenesen fekszik, a mihez azonban megjegyzem, hogy a narcosis körüli gondosság és figyelem laparotomiánál sohasem lehet elég nagy és lelkiismeretes.

Maga az *altató* szer, valamint az adagolási készülék mellékes szerepet játszik. *Spiegelberg*, ki gyakran narcotizáltatott, a chloroformot tölcséralakú törülközőre csepegteté; *Olshausen*, *Hegar*, *Schröder* azt Junker-féle készülékkel szolgáltatták; *Billroth* keverékét többnyire egyszerü flanell-maszkon át leheltette be, míg *Spencer-Wells* ugyanily módon chlormethylent alkalmazott. Sokféle kisérletezés után legújabban a *Merk*-féle *aether-narcosist* használjuk igen jó eredménynyel s ez nélkülözhetövé teszi a többi bódítási módszert. A *scopolamin-injectiókkal* bódítás nem igen jutott érvényre, nekem nincs róla tapasztalatom.

Hogy a *Schleich*-féle *helyi anaesthesia* mellett laparotomiát sikeresen lehet végezni, azt volt szerencsém a t. Társulatnak annak idején bemutatni; a mütét ezen módszerrel is végezhető minden fennakadás nélkül, de a psychére gyakorolt hatás nem mondható kellemesnek sem a betegre, sem a mütőre nézve.

A laparotomiához szükséges előkészületek részint a betegre, részint a mütőre s segédszemélyzetére vonatkoznak.

Lényegtelenül változtak a beteg körüli, az altatást megelözö rendszabályok. A beteg fürösztése, a belek kiürítése, a hüvely desinfectioja, a hólyag megcsapolása manapság ép úgy történik, mint a mütéti korszak első idejében.

A beteg előzetes éheztetésétől, valamint mesterséges szorulás előidézésétől teljesen elállottunk.

Behatóbban követeljük a mütöszemélyzet viselkedésének szabatos megtartását az aseptikus elvek foganatosítása tekintetében, ha nem is értünk egyet azzal, hogy a prohibitiv eljárások félszegségekké fajuljanak.

Senki sem tarthatja megengedhetőnek, hogy heveny fertőző betegség kezelése közben a mütő laparotomiát végezzen, s *Zweifel* ily esetre előirt 3 napos abstinentiájának betartása igen megszívlelendő rendszabály.

Nehezebben lehet megfelelni annak a követelménynek, hogy a mütő közvetlen minden operatio előtt fürödjék; egyéni izlés dolga, a mütőkabátot mez'elen testre felölteni.

Nem kell bövebben fejtegetni, hogy a mütétnél minden alkalmazott tárgyat nemcsak sterillé kell tennünk, hanem ilyen állapotban meg is kell tartanunk; vajjon a levegö és cseppinfectiót kizárja-e a gummisárczipő, a száj és orrnyilás elé kötött libbenő fátyol, a mütő fejét többé-kevésbé betakaró csuklya, ez legalább is bizonyitékra vár.

Ujabban keztyüben operálunk; még pedig úgynevezett condom-keztyüben. És mert nem közömbös dolog, hogy steril felületü, vagy antiseptikus oldatban áztatott kézzel nyúlunk a hasürbe, használatát ajánlom, bár nem lehet tagadni, hogy az finomabb kézmozdulatot nagyobb excursioval kell v öltésnél; de ezekre hamarább reá szokhatni, mint kiadásra.

Tagadhatlan előnye a keztyüben való operálás fennakadás nélkül közvetlenül egymás után többször rálni vagy vizsgálni.

A tricot-keztyü használatának előnyös voltát hiába kutattam; nem vagyok képes ezeket az aseps összeegyeztetni; de hát lehet, hogy ez téves egyéni fel

A müszereket már nem helyezzük antiseptiku natronvízben történt főzés után steril lepedőre terítjük használatig beborítjuk és ép úgy, mint a steril törlőke használjuk; csak a varróanyagot helyezzük absolut al

(Folytatása következik.)

id. *Elischer Gyula* dr. tanár

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Passow: Die Verletzungen des Gehörorganes. J. F. Bergmann, 1905.

Szerző nagy, 272 lapra terjedő monographiába fel ama ismereteinket, melyekkel a hallószerv sérülése kozólag rendelkezünk. E monographiáját elődje, Trautm kének ajánlja. Mint maga mondja előszavában, e össze vannak foglalva ama kutatások eredményei, mely 10 éven át végzett a hallószerv sérüléseinek tan sára. Szerző azonban e kérdés feldolgozásában nemcs ismereteit használja fel, hanem az idevágó óriási ir kritikailag feldolgozza. Hogy mennyire igyekezett az értékesiteni, mi sem bizonyítja jobban, mint hogy végén az irodalmi jegyzékben 844 munkát sorol f említett, Passow és tanítványai által — részben m bergben, részben már Berlinben — végzett önálló buv ezek eredményei az irodalmi adatok között vannak Ezek között kiválnak ama vizsgálódások eredményei, indirekt hallójárattörések anatomiájára vonatkoznak. M 9 fejezetében a következőket dolgozza fel: a fülkagyl othaematoma és a fülkagyló perichondritise, a külső sérülései, a dobhártya, a dobüreg sérülései, idegen fülben, az Eustach-kürt, a csecsnyujtvány, a hangfelfog sérülései. Ez utóbbi fejezet bő, és több kisebb fejeze részletesen dolgozza fel a kérdést. A 10. fejezet a h traumás neurosisokat tartalmazza; különös tekintette differential-diagnosisra; ez tudvalevőleg egyike a l fejezeteknek; világos, jól áttekinthető feldolgozásáv értékes munkát végzett szerző. Végül a 11. fejezet szakvéleménynyel foglalkozik balesetbiztositási, törvénysz és katonaorvosi szempontból. E fejezet világosan k fülorvos teendőit az orvos-szakértői hatáskörben.

A munka világosan és érdekesen van irva, úgy csak tanulságos, de érdekes olvasmány is. A leirás világos, könnyen érthető, e mellett teljes tárgyilagoss végig az egész könyvet, melyet még könnyebben ért az a pár ábra és táblázat, mely a szöveg között van.

Ifj. *Klug Ná*

Uj könyvek. *M. Jacoby:* Immunität und Disposition experimentellen Grundlagen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *meyer:* Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena, G. Fischer. — *Hansemann:* Der Aberglaube in der M seine Gefahr für Gesundheit und Leben. Leipzig, Teubner. — *witz:* Allgemeine Biologie. Vierter Band. Nerven und Seele Perles. — *M. Bernhardt:* Die Betriebsunfälle der Telep Berlin, A. Hirschwald. — *Strassburger:* Die stofflichen Gru Vererbung im organischen Reich. Jena, G. Fischer. — *Go* nom und mechanische Reize. Leipzig, Breitkopf und Härtel Mikroskopische Geschwulstdiagnostik. Jena, G. Fischer. — Les complications du diabète et leur traitement. Paris, Bail *le Dantec:* Introduction à la pathologie générale. Paris, F. *Patrick Manson:* Lectures on tropical diseases. London, Archibald and Co. — *W. R. Huggard:* A handbook of cli

and *J. Norman Lewis:* Natality and fecundity: a contribution to national demography. Edinburgh, Oliver and Boyd.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szív-neurosisok kezeléséről ir *Rumpf*. Mindenekelőtt kiemeli, hogy a differentialis-diagnosis tekintetében főleg a szívizom oly megbetegedései által okozott működési zavarok okoznak nehézségeket, melyeknél átmeneti izomgyöngeség után hosszú ideig ideges jelenségek maradnak vissza, vagy egyes degenerált izomszigetek által okozott csökkent munkabirás mellett évekig inkább szív-neurosis tünetei állanak fenn. A szív functiós vizsgálata e tekintetben nem mindig ad tájékozódást, mert csak általánosságban és a kifejezett esetekre nézve lehet irányadó azon tapasztalata, hogy egészségeknél a testi munka átmenetileg a szívműködés szaporaságát és néha a vérnyomásnak még gyorsabban muló csekély emelkedését hozza létre. Valódi szívbetegek ugyanazon munkát légzési nehézségek és szívdobogás, izzadás nélkül nem birják, vérnyomásuk pedig jelentékeny süllyedést mutat. Szív-neurosisoknál feltünő nagy a szívlökések (140) és a légvételek (80) száma, a vérnyomás pedig jelentékenyen emelkedik.

A kezelés az előidéző ok szerint változó. Nicotinos és alkoholos neurosisoknál, melyek évekig tartó intermissiokat és extrasystolékat, sőt korai arteriosklerosist okozhatnak, természetes a dohányzás és alkohol eltiltása. Toxikus jellegüek a köszvényeseknél támadó neurosisok is, melyek izületi rohamokon kivül is fennállhatnak s melltáji nyomásérzésben, szívfájdalmakban, tachycardiás rohamokban, bordaközti érzékenységben nyilvánulhatnak, mely tünetek a valódi szívbetegségektől eltérőleg testi mozgáskor enyhülnek. Ily körülmények közt a köszvénynél szokásos diaetás eljárásokon kivül ajánlja a szénsavas fürdőket és systemás tornázást. A gyomor- és bél részéről vagy közvetlen a gyomor és colon puffadtságánál, vagy azok egyéb elváltozásainál reflectorice lépnek fel functiós zavarok a szíven: angina pect. spuria és tachycardia, a karokba kisugárzó szívtáji fájdalmak, hideg veríték, frustran contractiók a szíven. A gyomor gáztartalmának kiürülése mesterséges vagy természetes úton gyakran megszünteti ezeket. Megelőzésükre pedig a gyomorbeli erjedést és gázképződést gátló diaeta pontos előirására, a colon transv. által okozott zavaroknál a diaetán kivül olajbeöntésekre, a diaphragma befolyásolása végett légzési gymnasticára van szükség. A has különböző helyeiről kiinduló reflex-szívneurosisok okai lehetnek pylorus-fekély vagy göres, epekő, appendix-bántalmak, abnormis erejedések a bélhuzamban, vesemedenczebeli zavarok (kövek), a genital-szervek ingerültsége. Utóbbi tekintetben néha nehéz végére járni a dolognak, a beteg olvasmányait, környezetét kell esetleg megfigyelés alá venni és az egész életmódot azok megváltoztatása és ellenőrzése után szabályozni, rendszeres sportüzést keresztülvinni, alkoholica, dohányzás, bő hústáplálkozás megvonásával. Ha nagyfokú és gyors lesoványodás „vándor-szív"-et okozott, megfelelő hizlaló gyógyeljárások válnak szükségessé.

Gyakran minden kezeléssel daczolnak a traumás eredetü és a túleröltetésből számazó szívneurosisok, melyeknél arterio-sklerosis praecox mellett vagy a nélkül a legkisebb testi erölködésre nagy mérvü szívdobogás szokott beállani, általános gyöngeségérzettel, anaemiával, esetleg ájulásokkal. Leginkább tartós fektetés, szénsavas fürdők, a vérnyomást fokozó élvezeti szerek eltiltása jár jó eredménynyel.

Vannak szívneurosisok, melyek acut infectiós bajok után állnak be, és olyanok, melyeknél minden aetiologiai ok hiányzik. Utóbbiaknál szerző *Hoffman*-nal szemben inkább valami rejtett organikus elváltozást, mint tisztán ideges zavarokat vél felveendőnek. A hysteriás és neurastheniás alapon fennálló esetekben, melyekben gyakoriak a tachycardiás rohamok, mély légvételek fekvő helyzetben s a szívre alkalmazott hideg borogatások a roham megszüntetésére alkalmasak. Egyébként az alapbaj kezelésére van szükség.

Minden esetben szükség van az életmód pontos és minden irányú szabályozására; ha másként ez nem vihető ki, a családi és megszokott körtől elválasztva, intézeti kezelés alakjában. Deutsche med. Wochenschr. 1905. 52. sz.) *R. Zs.*

gedni *L. Einis* egy négy éves leánykát, a ki előbbi bajáb
meggyógyulva, két nap alatt utóbbiban hirtelen kiszenv
esetben tehát a vörheny utáni vesebaj hasonmásával, v
toxinhatással állunk szemben, a mely akkor jelentkezik,
a lényegesebb kórtünetek már múló félben vannak.
nem egy oly nephritis kóroktanára, a melyet meghülésre
vissza, derülne több világosság, ha a kórelőzményeket
ban kifürkésznők. (Monatshefte für Urologie, X. kötet,
Drucker Vi

A májgyüjtőerek (venae hepaticae) elzáródás phlebitis következtében. 1846-ban irt le először Bu
bajokról szóló művében egy betegséget, melynek klinik
igen emlékeztetnek a máj-cirrhosis jelenségeire, melyn
bonczlástani alapja azonban egészen más: t. i. a májg
endophlebitisében és elzáródásában áll. 1899-ben Chi
kozott e betegséggel 7 eset kapcsán. Legújabban *Hess*
értekezést róla az American Medical Journal-ban (1905.
A betegség nézete szerint sokkal gyakoribb, mint hi
fordul férfiakon, nőkön egyaránt, még pedig — elle
májcirrhosissal — inkább fiatal egyéneken. Rendesen h
lefolyású, ritka esetekben már néhány hét alatt végez a
A bántalom rendesen mérsékelt hasfájdalmakkal s ner
ascitessel kezdődik; a lép megnövekedett, a has böral
tágultak, később sárgaság áll be. A májat megnagyob
találjuk, s így a kórkép inkább a hypertrophiás ci
mint az atrophiásra emlékeztet. A betegség legtöbbször
alatt vezet halálra. Leichtenstern esetében azonban má
mulva beállott a halál gastro intestinális tünetek közt.

A bántalom oka homályos; csaknem minden sze
eddig észlelt idevágó eseteket, másban keresi a baj aet
Chiari a syphilist okolja, de az esetek legnagyobb rés
magyarázat nem vált be. Mások traumát, világra hoz
ellenességet, perihepatitist, hepatitist és thrombosist emli

A bántalom megkülönböztetése a közönséges májci
a tünetek megegyezése folytán igen nehéz, sőt majdnem l
Az eddig észlelt eseteket valamennyit csak a kórbon
állapitották meg. Endophlebitis obliterans-ra kell gondol
cirrhosis-szerü tünetek fiatal egyéneken jelennek meg s o
a kiken alkoholismus nem mutatható ki. Kórjelző tünet
májtáji fájdalom, mely a cirrhosisnál ritkán fordul elő,
képen az ascitesnek igen gyors kifejlődése és megújul
a máj vérkeringésének teljes megszünésével függ össze.
ség eddig még igen kevéssé ismeretes, bár kétségtel
gyakran fordul elő. Remélhető, hogy a betegség ki
ismeretével jobban kifejlődik a diagnostikája is.

Sebészet.

A cocain újabb pótszereiről irva *Braun*, a st
alypint erősen hyperaemizáló és a szövetet erősen izgató
nál fogva localis anaesthesiára alkalmatlannak tartja (a
csupán lumbalanaesthesiához ajánlja), míg a novocaint, n
izgató, nem mérgező és suprareninnel együtt igen tartó
injectiós anaesthesiára igen kiválónak mondja; nyálkahár
érzéstelenitésére, legalább az orrban, jól bevált; mint n
anaestheticumról Braun, mivel elég tapasztalatot még n
tött, nem nyilatkozhatik. (Deutsche med. Wochenschr., 19

A térdkalácstörés operativ kezeléséről értekezik
heimer, Bergmann tanár assistense. Az utolsó 12 év
patellatörést kezeltek, 53 férfit, 2 nőt. Koruk átlag 2(
közt váltakozott. 53 esetben friss, 2 esetben régi volt
52 esetben egyszerü, 3 esetben complikált. A törés di
47 esetben történt, indirekt úton 8 esetben. Az indir
5 esetben hyperextensio, 3 esetben hyperflexio által ke
A 47 direkt törés közül *45 esetben véres mütétet* vé
törési végeket bronzaluminiumsodronnyal egyesitik. Cson
sülés 40 esetben jött létre, rostos egyesülés 3 esetben, n
2 esetben 10 évvel, illetve 6 hóval a varrat után. A ros
sülés egyik esetében a mütét utáni 5. héten halál állott
embolia folytán *10 esetben vértelen úton* kezelték a té

törést. Csontos egyesülés 5 esetben, fibrosus egyesülés 3 esetben (3-szor nagy diastasissal) jött létre. A mi a *végleges eredményt* illeti, a normalis functio megitélésénél mérvadó 1. a meredek lépcsőn való járás, 2. a felszállás pl. székre, 3. a térdben való hajlítás, 4. a parádémars. Ezen functiókat véve számba, a véres egyesítéssel az esetek 82·5%-ában, a vértelen kezeléssel az esetek 70%-ában értek el normalis functiót. Ezek alapján a következő conclusiókat vonja le: *a patella haránttörésénél nyilt csontvarrattal érjük el a legjobb eredményt, mert 1. gyorsan és biztosan erős csontos egyesülés jön létre, 2. leggyorsabban kapunk normalis functiót, 3. az elért functio állandó marad, refractiók ritkán keletkeznek.* (Archiv f. klin. Chirurgie, 1905. 78. köt., 1. füz.)

Steiner Pál dr.

A mellékvesedaganatok kórjelzésével és sebészi kezelésével foglalkozik *James Israël*, berlini tanár. A mellékvesedaganatok diagnostikája nagyon nehéz, mert relativ ritkaságok miatt ritkán jutunk abba a helyzetbe, hogy a mellékvese- és a vesedaganatok közti diagnostikus különbségek helyes felállításáról meg is győződhessünk. 100 malignus vesedaganat és 9 mellékvesedaganat műtéte alapján a mellékvesedaganatokat a kórjelzés szempontjából 5 csoportba osztja:

1. Daganat nem tapintható; sem helyi, sem távolabbi jel nem utal vese- vagy mellékvesedaganatra, csak a keletkező áttétel mutat valamelyes elsődleges gócz jelenlétére. Ez esetekben csak az autopsia igazit útba.

2. Daganat nem tapintható; haematuria és fájdalmas paroxysmusok, vagy a plexus lumbalis területére terjedő állandó paraesthesiák utalnak vese-, illetve mellékvesedaganatra. Vesekő ez esetekben kizárandó (Röntgenkép!). *Lázas mozgalmak* mellékvesedaganat mellett szólnak. Elsődleges mellékvesedaganat eseteiben különböző jellegü lázat észlelt, míg 160 vesedaganat esetében csak 1—2 esetben tapasztalt hőemelkedést.

3. Daganat tapintható, mely a mellékvese malignus elfajulásának felel meg, míg a vese nem tapintható.

4. A mellékvesedaganat tapintható s tőle lateralisan érezhető a változatlan vese alsó részlete. Ilyen 2 esetet észlelt.

5. Egy a mellékvese és a vese összeolvadásából keletkezett daganat tapintható a nélkül, hogy a componensek külön kivehetők lennének. Ez esetek a nehéz esetek. Vesedaganatok, melyek vándorvesében keletkeznek, rendesen először a 9—11. borda közti területen jelennek meg, míg a mellékvesedaganatok inkább mediánt a bordák alatt fejlődnek és a 7—8. bordaporcz táján találhatók. Mellékvese- és vesedaganat együttesen a bordaív alatt való megjelenésükkor szélesebb bordaívrészlettől fedetnek, mint ha a daganat kizárólag vese eredetü, továbbá a harántátmérő is nagyobb a kettős daganatnál.

Mellékvesedaganatoknál a therapia keveset tehet, a kórjóslat rossz, ha nem operálunk, de rossz akkor is, ha operálunk, mert míg a daganat operabilis, addig nem ismerjük fel s ha már kórismézni tudjuk, úgy a műtét már nem segit, mert a betegek rövidesen meghalnak metastasis folytán. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 44. sz.) *Steiner Pál* dr.

A transvesicalis prostatectomia hívének vallja magát *Roux*. A Freyer-féle műtétet 16 esetben végezte, 1 betege meghalt, 1-nél finom sipoly maradt vissza, a többi beteg teljesen gyógyult; ezek között vannak olyanok, a kik 150—200 gm. vizeletet tökéletesen jól tudnak tartani. A prostatectomiát az első sorban követendő kezelésnek tartja prostatahypertrophia eseteiben. (Revue méd. de la Suisse romande.) *Pólya.*

Az essentiális haematuriához szolgáltat érdekes adatot *Fowler*. 62 éves férfibeteget észlelt, a kit a makacs profus haematuria rendkivül nagy mértékben elgyengített s azért a vesét, mely makroskopice a műtétnél felületének szemcsés voltán kivül semmi különös elváltozást nem mutatott, eltávolitá. A mikroskopikus vizsgálat mérsékelt diffus interstitiális nephritist mutatott ki, határozott vérzéses hajlamossággal. (New-York and Philadelphia med. journ. 1905. november 25. és deczember 2.)

Pólya.

A scopolamin morphin-narcosis veszélyességét hangoztatja *Mauran*. 22 halálesetet tudott összeállitani, melyek ezen altatásmód alkalmazása mellett állottak be, a mi igen tekintélyes szám,

ha meggondoljuk, hogy kevesse van a narcosis e módja. A halálokot vagy bulbáris légzés-hüdés, vagy a szenösen a szív és vese parenchymatosus elfajulása képez médicale. 1905. november.)

Orthopaedia.

Az alsó végtagok abnormális befelé rotatiojára, n jelentkező s gyakran észlelhető rendellenességre hivja met *V. Chlumsky* (Krakau). Az irodalomban és tan alig található feljegyzés e mindig typusosan jelentkez ról, melynek fő tünetét egyik vagy mindkét végtagn rotatioja, a lábhegy erős közelitése a középvonal kifáradás képezi; többször észleltetett egyidejüleg lúdt térd is. Ha a gyermek vigyáz s összeszedi magát, lá állásban tudja tartani járás közben is, ha azonban nincs odairányitva vagy kifárad, a láb csakhamar ismét dul. Ugyanigy állnak a lábak akkor is, ha a gyerme Passive a láb néha majdnem egészen hátra forgatható ben teljes a mozgás határa ez irányban active is, a tás azonban úgy active, mint passive kissé korlátozo mozgása min den más irányban egészen szabad. Ha cs végtagon észlelhető a rendellenesség, úgy a végtag izom sen kissé gyengébb, körfogata kisebb a másikénál. befelé forgatott lábakkal jár a járás megkezdése ó Chlumsky észlelte a baj keletkezését súlyos gyomorbélh theria után is. A bántalom okának a keresésénél a az idegrendszerre, majd az izomrendszerre esett, azon ges biztos okot nem sikerült kimutatni. A baj prog kezelés mellett jó. A bántalom gyógyitása tüneti: naponta egyszer kétszer massáltatja, különösen a gluteu ját. A gyermek ezenkivül járási gyakorlatokat végez lón húzott vonalon gyakorolja a járást úgy, hogy c érintse a vonalat a láb hegye a vonal mellé kerüljön ben ellentállási gyakorlatok végzendők az alsó végtag val. Súlyosabb esetekben a czipő talpának s sarkán szélét magasab bra készitteti s a sarok külső szélére gum erősit meg, mely hátul a térd belső szélén vonul a cz s a czipőt körülvevő övön van elől megerősitve, mely spirális lefutásával a lábat kifelé forgatja. (Archiv pädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie, IV. köt.,

Kopits

A tölcséralakúan besüppedt mell (Trichterbrus kája czimen közöl *F. Raubitschek* három érdekes ese közül a deformitást egy esetben világra hozta a patien ben pedig a méhenkivüli életben szerezte. Az esetek feleltek *Ebstein* definitiojának, a ki szerint a deformitá hogy a mellkas elülső falának a mediális része s a hasf része tölcséralakú besüppedést képez, mely felfelé a markolata és fődarabja közötti vonal által van határol mélysége 3—5·5 cm. volt. A bántalom oka — a min ez idő szerint e deformitás eredetét illető ismereteink homályosak — ez esetekben sem volt biztosan me Azon esetek közül, melyeknél a baj mint szerzett jelentkezett, egyiknél angolkórt, a másiknál medias fel a bántalom okául. A szív egyik betegénél jobbf helyezve, ellentétben az ismertetett esetekkel, hol bal felé kihelyeződést emlitenek a szerzők. A deformit nagy jelentőségü, könnyen okozhat életveszélyes comp oldali mellhártyaizzadmány esetében, midőn a szív k felé a mellkasürbe nyomuló szegycsont miatt lehetet esete) s oly nagyfokú vérkeringési és légzési nehézsé hogy szóba jöhet Chlumsky ajánlatára a besüppedt kiemelése véres műtét segitségével. (Archiv für Mechanotherapie und Unfallchirurgie, IV. kötet, 1. és

Kopits

Bőrkórtan.

Kénesőkezelés nyomán keletkezett bélvérzés l tesz említést *Le Pileur* (Paris). Első esete egy 20 nőre vonatkozik, a ki a syphilisnek korai szakáb kénesőkezelést oleum cinereummal végezte, 8 naponk kendések alakjában. A mérgezés erős stomatitissel

mihez csakhamar súlyos dysenteriás bevérzések szegődtek. A véres székletétek, melyeket cyanosis és collapsus kisért, opiumkezelésre csakhamar megszüntek. Ezen súlyos kórkép az első időben mindannyiszor ismétlődött, valahányszor újabb injectiokat kapott a beteg. Sajátságos, hogy később a beteg teljesen jól elviselte az ugyanúgy alkalmazott kénesőkezelést. Le Pileur másik esete nem volt oly súlyos lefolyású. Ez egy fiatal katonára vonatkozik, a ki kólikákkal szövődött constipatioban szenvedett. Az ezt megszüntetendő kis adagban (0·1 gm.) alkalmazott kalomel néhány napig ugyancsak véres dysenteriás székletétekre vezetett, jóllehet a beteg e szerhez már régebben hozzászokott. (Journal des maladies cutanées, 1905. X. füzet.) *Guszman.*

A bőrtuberculosisok különböző kezelését birálja *Hallopeau* (Páris), a ki a régi kezelési eljárások hívének vallja magát. Az exulcerált lupus ellen a legjobb eljárásnak még ma is a bő scarificatiokat és a kalium hypermanganicumos borogatásokat tartja A mélyre terjedő lupus-alakokat vegyi roncsolásnak veti alá, mely alkalommal chloroform-narcosist ajánl. A radiumot és a sebészi kiirtást a kicsiny, körülirt lupus-alakok számára foglalja le. A lupus vulgarisnak Röntgen- és Finsen-kezelését nem pártolja, részben mert nem teljesen biztos hatásúaknak tekinti, részben mert nagy költséggel és időveszteséggel járnak. Hallopeau ezért a radiotherapiát csakis a lupus erythematosus (kevert alak) eseteiben ajánlja, a hol szerinte a hatás igen gyors és kedvező. A lupusnak streptococcus-toxinnal való kezelésétől nem sokat vár, mert a javulás mindig csak mérsékelt, sőt elégtelen. (Journal des maladies cutanées, 1905. XVII. kötet, 10. füzet.)

Guszman.

Fülgyógyászat.

A chromsav-gyöngy előállításáról. Kisebb sarjak vagy polypusok eltávolítása után visszamaradó csonkok edzésére a chromsavat már régen használják a fülorvosok és hogy csakis a körülirt hely edzése az ép környezet megkimélésével történhessék, *sonda végére forrasztjuk* a chromsavat, úgy mint azt *Heryng* már 20 év előtt ajánlotta. Az eljárásnál csak arra kell ügyelnünk, hogy a használt chromsav tiszta (kénsavtól ment) legyen. Az ily chromsavba mártjuk az ezüstsonda végét és az akkor reátapadó jegeczczel óvatosan égő lámpa vagy gázláng fölé tartjuk, mire a jegecz csakhamar ráolvad a sondára. Ha azonban a ráolvasztást erős lángon vagy hirtelenül végezzük, úgy a chromsav-gyöngy külső kérgét a forrasztás alkalmával képződött *chromoxyd*-réteg fogja képezni, ennek pedig nincsen edző hatása. Később *Heryng*, igen czélszerüen, úgy módosította ez eljárást, hogy előzetesen magát a sondát izzítjuk meg és ekkor dugjuk az izzó sondát a chromsavval telt edénybe, midőn 1—2 jegecz azonnal rá is forr a sondára.

Utóbbinál még czélszerübb eljárást ajánl legújabban *Sacher*, ki a *chromsavjegeczeket* borszesz-láng felett tartott *agyagcsészében megolvasztván*, az ebbe mártott ezüstsondára csakhamar rárakódik a chromsav-gyöngy. Az olvasztás elején a chromsav jegeczvize színtelen gőzök alakjában száll el, majd pedig a megolvasztott chromsav sürü vöröses-barna tömeget alkot, s ilyenkor kell a chromsavat a sondára tapasztani; ha ugyanis a forralást folytatnók, barnás, köhögésre ingerlő gőzök képződnének, jeléül annak, hogy a chromsavjegeczek elégtek, ekkor azonban a már fennebb említett „chromoxyd" képződött, mely tudvalevőleg nem edző. *Sacher* évek óta gyakorolja a chromsav-gyöngy ezen utóbb vázolt előállítását és igen melegen ajánlja. (Sacher eljárásához teljesen hasonlóan forrasztjuk az *argentum nitricumot* a sondára, mely hasonlóan edzésre szolgál. Ref.) (Monatschr. für Ohrenheilkunde, 1905. 11. sz.) *Szenes.*

Mindkét tömkeleg megbetegedése syphilis hereditaria tarda mellett czímmel érdekes esetéről számol be *Behm, Stake* tanár magánklinikájáról Erfurtban. A 20 éves nőbeteg atyja lues miatt állott régebben kezelés alatt; ő maga egy év előtt bal fülén egy éjszaka hirtelenül siketült meg, 6 hónappal később pedig jobb fülén hallása fokozatosan gyengülni kezdett és most ezen sem hall. Első vizsgálatkor a súgó beszédet egyik oldalon sem hallotta még közvetlenül a fül előtt sem, úgyszintén az óra ketyegését még csontvezetés útján sem hallotta. A dobhártya lelet jobboldalt normális volt és baloldalt csak annyiban tért el, hogy itt a kalapács markolata mint defectus a sövényen és az uvulán heges összenövé jában nyilvánultak. Az azonnal foganatosított higany-b sekre a hallóképesség 4 hét alatt annyira javult, hogy a súgó beszédet 6, baloldalt 3 meterről hallotta. 10 hétt a beteg a bal fülön újból hirtelenül elveszítette hallók ez azonban az ismét foganatosított higany-bedörzsölések javult állapotába visszatért, miről majd egy év mulv győződhetett. Ezen esetben a „Hutchinson-féle trias" czím tünetcsoportból csak egy tünet volt meg, tudniillik a beli elváltozás, míg a többi két tünet — a szemen ke rendellenesség a fogazatban — teljesen hiányzott. Nagy séget nyujt a felette tanulságos esetnek azon körülmény tönkrement hallóképesség még ily hosszú idejü fennállá helyre állott, holott a legtöbb szerző ily esetekben az a ses kezeléstől csak akkor tapasztalta a hallás megjav a fülbeli panaszok hat hétnél hosszabb keletüek nem miből egyszersmind azt a tanulságot is meríthetjük, h esetekben is megkisérlendő az antisyphilises kezelés. Ohrenheilkunde, 67. kötet, 1. füzet.)

Közegészségtan.

A kereskedésbeli ferrisulfat, melyet oly módon elő, hogy pyritek pörkölésmaradékaira kénsavat engednel *Vincent* szerint ferrisulfat mellett ferrosulfatot és 15 – savat tartalmaz. Ára körülbelül 5 korona 100 kilogram Árnyékszékek tartalmának és csatornavíznek fertőtlenítésé jól használható, a mennyiben 5 : 100 arányban a cholera a typhusbacillusokat és a colibakteriumokat néhány nap öli. Ehhez azonban az szükséges, hogy a hőmérsék nagyon alacsony. Igy typhusbacillusok 17—29° melle ferrisulfat jelenléte esetén 36 óra alatt elpusztultak, m nyabb hőmérsék esetén 9 : 100 arány sem volt elegend eredmény elérésére. A ferrisulfat fertőtlenítő értéke mi sokkal nagyobb, mint a ferrosulfaté, szagtalanító hat szintén tetemes. Fertőtlenítő hatásában a szabad kénsav nem játszik nagy szerepet; mert ha a szabad kénsav kötjük — a mi pöczegödrökben a nagy mennyiségben ammoniak útján magától is megtörténik —, 5 : 100 még mindig hatásosnak bizonyul. (Revue d'hygiène, 2

A tej konzerválására mind kiterjedtebben kezdik h hydrogensuperoxydot. Ujabban *Renard*, valamint *Duclaux* ajánlják e módszert. A hydrogensuperoxyd mennyiségben adva a frissen fejt tejhez, ezt ugyan sterillé, a benne levő bakteriumok számát azonban csökkenti és ezzel eltarthatását fokozza. Ugyanezen természetesen elérhető másféle szerekkel is; előnye hydrogensuperoxydnak, hogy legfeljebb 0·09%-nyi men a tejhez adva, 6—10 óra alatt felbomlik s igy magát a tejből. A hydrogensuperoxyd kimutatására higított megalvasztjuk a tejet, megszűrjük és a szüredéket mi annyi aetherrel összerázzuk, melyhez néhány csepp chro tot adtunk; ha az aether nem ölt kék színt, akkor jelen hydrogensuperoxyd és az illető tej bátran fog Rouenben kiterjedt kisérleteket végeztek ilyen tejjel cs és az teljesen ártalmatlannak és jól használhatónak Megjegyzendő, hogy a hydrogensuperoxyd az említett t ben nem képes a coli-, typhus , pyocyaneus-, cholera-, cy és prodigiosus-bakteriumokat biztosan elpusztítani s azért gensuperoxyddal konzerválás nem ment fel az egyébkén ges tejkezeléstől (felforralás stb.). Forralás vagy 75°-r tés nem bontja meg a hydrogensuperoxydot a tejbe d'hygiène, 20. kötet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Gyomorfekély eseteiben *Bergmann* szerint nagyo gálatot teljesítenek a Krewel-féle „Kau"-tabletták (table ticandae contra superaciditatem), mint a melyek tartós esetén bőségesen képződik nyál, a mely azután alkalikus ha megköti a gyomorban a fölös savat. Ez a czél ugya natrium bicarbonicummal, megnesia ustával s más alkal

csakhogy ezek néha izgatóan hatnak a gyomor nyálkahártyájára s azért nem teljesen közömbösek. Minthogy gyomorfekély eseteiben a folyadékbevitel is többnyire korlátozandó: a jelenlevő szomjúság csökkentése tekintetében is jó szolgálatot tesznek a „Kau"-tabletták, a száj és a torok nyálkahártyáját nedvesen tartván. (Medizinische Klinik, 1906. 3. szám.)

Anaemia eseteiben a berlini I. belklinikán a következő szereket használják: 1. Arsen per os: Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 10·0; Tinct. chinae comp. 20·0. M. D. S. Naponként 3-szor 5 csepptől 12 cseppig emelkedni. 2. Arsen subcutan: Rp. Atoxyli 1·0; Aqu. destill. 10·0. M. D. S. Hetenként 3-szor 1 cm^3-t bőr alá. Ha az adag elfogyott, 14 napi szünet után megismételni. 3. Kakodyl-készítmény: Rp. Ferri kakodylici 0·5; Aqu destill. 10·0. 1—2 naponként 1 cm^3-t a bőr alá. 4. Arsentartalmú víz: Rp. Aqu. Val-Sinestra. Naponként 2-szer borospohárnyit evés után. 5. Organikus vaskészítmény: Rp. Perdynamini lagen. orig. Naponként 3-szor kávéskanálnyit. 6. Vas lecithinnel: Rp. Perdynamin-lecithini lagen. orig. Naponként 3-szor kávéskanálnyit. 7. Vas-mangan: Rp. Liqu. ferr. mangan. pepton. Gude lagen. orig. Naponként 3-szor kávéskanálnyit. 8. Búzafehérje lecithinnel: Naponként 50 gramm glidin a táplálékhoz keverve. (Medizinische Klinik, 1906. 3. szám.)

Diffus sclerodermia esetét közli *Mohr*, melyben dermatol-kenőcs használata után feltünő javulás következett be. A kenőcs összetétele a következő volt: Rp. Dermatoli 10·0, Zinci oxydati albi 10·0, Lanolini 15·0, Vaselini 65·0. (Münchener medizinische Wochenchrift, 1905. 39. szám, 1855. lap.)

Folyadékok steril voltának gyors kimutatására *Gosio* a kalium tellurosumot ajánlja, mint a mely élő bakteriumok által redukáltatik, a mi zavarossá válásban vagy fekete pontocskák megjelenésében nyilvánul. Ha a további vizsgálatok alapján csakugyan megbizhatónak bizonyulna e módszer, akkor nagyon jó szolgálatokat tehetne különböző esetekben, különösen a bőr alá vagy a vérbe befecskendezés alakjában használandó folyadékok bakteriummentességének megállapításában. (Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, 51. kötet, 1. füzet.)

Rheumás eredésű szembetegségek közül conjunctivitis és irido-cyclitis eseteiben jó eredményeket látott *Sydney Stephenson* edinburghi szemorvos az aspirintől, melyből 4 óránként adott 1 grammot; episcleritis eseteiben azonban csak ritkán mutatkozott hatás. (The medical press, 3446. szám, 1905.)

Vegyes hirek.

Budapest, 1906. január 26.

Kitüntetés. A király *Mann Jakab* dr.-nak, a szegedi bábaképző igazgató-tanárának és törvényes utódainak a szülészet és nőgyógyászat terén szerzett érdemei elismeréseül a magyar nemességet adományozta *csonoplai* előnévvel. — *Hertzka Imre* dr. karlsbadi fürdőorvosnak az orvostudomány és a közjótékonyság terén szerzett érdemei elismeréseül a király a magyar nemességet *teplai* előnévvel adományozta.

Kinevezés. Az igazságügyminister *Sipőcz Géza* dr.-t, a pécsi elmegyógyitóintézet főorvosát a pécsi kir. törvényszékhez törvényszéki orvossá nevezte ki. — *Fogolyán Kristóf* dr.-t Háromszékmegye közkórházának főorvosává nevezték ki.

Választás. *Szemmelreisz Károly* dr.-t zirczi körorvossá választották. — *Steiner Rudolf* dr.-t Zsadány község orvosává választotta.

Az orvos-specialista-gyakorlatnak nálunk is szükségessé vált szabályozása ügyében, néhány orvos javaslatot intézett az országos orvos-szövetséghez, melyet az igazgató tanács bizottsághoz utasitott és egyúttal átirt a budapesti orvosok szövetségéhez, hogy az is tárgyalja. Az indítvány szövege a következő:

„Az országos orvos-szövetség ügyrendje értelmében az orvosi szakképzés kérdésével is foglalkozik, azon indokolással, hogy sérti az orvosi méltóságot, ha az orvos a közönséggel azt akarja elhitetni, hogy csak neki van meg a képessége bizonyos speciális szakban a nélkül, hogy erre klinikai, vagy kizárólagosan egy szaknak szentelt működése által jogot szerzett volna.

Daczára ezen már ethikai szempontból is igazolt intésnek, mégis nem ritkán fordul első azon eset, hogy valamint a fővárosban, úgy a vidéken is egyik-másik gyakorló orvos, ki az általános gyakorlatban zöld ágra nem vergődhetik, minden gülön képesítés nékül, csak a czimtáblafestő által promoveálva, egyszerre mint valamely orvosi szakma specialistája lép fel és mint ilyen reklámszerűleg hirdeti magát; a mivel nem csupán az orvosi méltóságot sérti, hanem félrevezeti a szenvedő emberiséget és károsítja orvostársait is. Kivánatra concr szolgálhatunk, mely különben inditó okul szolgált ezen be

Németországban komolyan foglalkoznak ezen kérdéssc tak számára külön képesítő iskolákat rendszeresitenek és a kiképzésére új orvosi akadémiákat létesitenek, melyek egy már meg is nyitották. Hogy ezen említett visszás állap rövid úton eleje vétessék, bátorkodunk az igen tisztelt ig elé azon javaslatot terjeszteni, hogy úgy, mint a physiku a specialisták számára is competens helyen elrendelendő ol tési vizsgák létesittessenek, vagy pedig csak azon orvos sitva specialista czimet viselni s mint ilyen gyakorlatot fo illető szakmából az egyetemen mint privát-docens habilitá

Kérjük tehát az igen tisztelt igazgató tanácsot, méltó fontos kérdéssel behatóan foglalkozni, annak tárgyalását külön ülésre kitűzni, javaslatunkat sajátjává tenni és a minister úrnál az illető kötelező rendelet kibocsáttatás szorgalmazni."

A budapesti orvosok szövetsége január 31.-én, sz órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben (VIII., uteza 21) tisztújító közgyülést tart.

85 éves keresetképtelen collega részére újabban *Kollarits Jenő* dr. 10 k. Budapesti jobbparti orvosok köre

A borszéki víz gyógyjellege. A belügyminister hogy a borszéki gyógyfürdőn levő „Főkút", „Kossuth-kút" zsár-kút" vize gyógyvíz, illetőleg gyógyborviz elnevezés forgalomba.

Az orvostanhallgatók száma a Németbirodalom 20 a legutóbbi téli félévben 6080 volt, vagyis 154-gyel több, téli félévben. Ezen többletből 142 esik belföldiekre és csa diekre. A belföldi hallgatók száma 3204, a külföldieké 28 kezőkben a hallgatók száma szerint csökkenő sorrendben állitva a német egyetemek; a zárjelben levő számok elseje másodika pedig a külföldi hallgatók számát tünteti fel: Berli München (383+636), Lipcse (206+245), Würzburg (166+2 (81+284), Heidelberg (73+166), Strassburg (186+30), Jen Breslau (163+26), Kiel (143+44), Erlangen (123+62), Bon Marburg (136+39), Tübingen (113+61), Halle (127+43), (116+51), Göttingen (127+31), Giessen (56+88), Greifswa Rostock (44+73). A mint látható, egyik-másik egyetemen hallgatók száma tetemesen felülmulja a belföldiek számá burgban, Giessenben, Heidelbergben, Jenában, Lipcsében, Rostockban és Würzburgban. Feltünő a külföldi hallgató apadása Strassburgban (30 az előző év 140-ével szemben). hallgatók száma tekintetében még mindig München vezet, kezik Berlin, Freiburg, Lipcse, Würzburg, Halle és Heidell

Koch tanár a tuberculosis elleni küzdelem mai áll tanárnak az az előadása, a melyet a Nobel-díj átvételekor ber 12.-én tartott Stockholmban, megjelent most a „Z Tuberculose" legutóbbi füzetében. Sok újat nem tartalmaz losis terjesztésében Koch szerint a szarvasmarhák g nincs nagy jelentősége; az főleg az emberi gümőkór révén t de itt is csak azok a betegek jönnek számba, a kik a nagyobb mennyiségben üritik ki, tehát csak a gége- és tü ban szenvedők. Nemcsak a köpet terjeszti a betegséget, ha köhögés és köhécselés közben a levegőbe jutó finom cse olyan beteg, a ki lakásának és ruházatának tisztántartá fordit, a ki köpete tekintetében óvatos, a ki jól szellőző helyiségekben tartózkodik, alig veszedelmes a környezetér lehelt bacillusait a légáram csakhamar elviszi s a nap su titja. A hol azonban a beteg egészségesekkel zsúfolva eg egyébként is kedvezőtlenek a viszonyok, ott a fertőzés igen nagy. Nem hiába nevezték a tuberculosist lakás-beteg

A már kifejlődött tuberculosis elleni küzdelem kötelezettséggel kezdődik. Ennek kellő keresztülviteléhez t köpetvizsgáló állomások is szükségesek. Koch tanár szerin csak ott szükséges, a hol a beteg rossz hygieniai viszony Ha sikerülne azt elérni, hogy valamennyi olyan beteg, a szempontjából veszedelmes, kórházakban lenne elhelyez véget lehetne vetni a tuberculosis nagy elterjedtségének. egyelőre gondolni sem lehet. Németországban egyedül 2 kórházi ellátásáról volna szó, a mi roppant költségekkel j az is nagy előny, ha a betegeknek legalább egy részét kórházban; főleg a betegség utolsó stadiumában levők, a tekintetében legveszedelmesebbek, okvetetlenül kórházban el. Berlinben az ilyen betegek 40%-a lel kórházban ellát kórházban elhelyezés terjedésének tudja be Koch azt, Poroszországban 1886 óta 30%-kal csökkent a tuberculo a mi évenként 20,000 ember életben maradását jelenti. S az utóbbi évtizedekben 38% a csökkenés; ugyancsak tete nés Angolországban is, még pedig már 40 év óta. Más így Ausztria-Magyarországban, a halálozási arány nem vá tanár nagy súlyt helyez a sanatoriumi kezelésre, mely Né annyira kifejlődött már, hogy ez idő szerint 30,000 betege Nagyobb eredményeket érnénk el e téren, ha a betegek diumukban keresnék fel a sanatoriumokat s hosszabb idei nának bennük. Az olyan betegekre való tekintettel, a kik culosis már annyira előrehaladt, hogy sanatoriumba már n a kik még munkabirók, külön „Fürsorgestelle"-ket kellen

oktassák a tisztaságra és a köpetteli való bánásra, hogy a beteg lakásviszonyait javítsák, őt és családját anyagilag segélyezzék, hogy gondoskodjanak a betegnek kórházban vagy üdülőhelyen stb. elhelyezéséről, továbbá hogy ellenőrizzék a gyermekek állapotát, s ha ezek már fertőzöttek, idejében megindítsák a gyógyítást.

A bejelentés, a kórházban elhelyezés, a sanatorium és a „Fürsorgestelle" képezik a nehéz fegyvereket a gümőkór elleni védekezésben. Ezek mellett azonban a könnyű fegyverek sem hanyagolandók el; ide tartozik a nép felvilágositása a gümőkór veszélyéről népies iratok, előadások, kiállítások által, nemkülönben a magánjótékonyság szervezése. A védekezés vázolt módja mellett az államra alig háramlik más feladat, mint a kötelező bejelentés behozása (a némelyek ajánlotta kényszerizolálást Koch nem tartja szükségesnek), valamint a lakásviszonyok javítása alkalmas törvények útján.

A csecsemőhalandóság leküzdésére mintaintézet alapítását határozták el a berlini birodalmi gyülésen. A terv az, hogy nyilvános gyüjtés útján alapítványt tesznek a császárné védősége és az állam felügyelete mellett. Hogy tanulmányozhassák a csecsemőtáplálás physiologiáját, két osztályt állitanak fel. Az elsőbe, melynek czélja a természetes táplálás tanulmányozása, terheseket vesznek fel három hóval a szülés előtt s ott tartják a szülés után még két hétig. Ekkor anya és gyermeke az úgynevezett szülők otthonába tétetik át, hol három hónapig maradnak. A mesterségesen táplált gyermeket a „Säuglingsheim"-ban ápolják, a hová az intézeten kivül született gyermekeket is felvesznek. Ezenkivül még egy osztály lesz beteg gyermekek számára. Elbocsátásuk után az anya és gyermeke a „Fürsorgestelle" ellenőrzése alá kerül, ugyanitt adnak tanácsokat terheseknek, osztogatnak szoptatási díjakat és tejet. Ezen nagyszabású intézet alapításával megvalósul végre *Biedert* eszméje, ki ezen tervet már az 1899.-i budapesti gyermekvédő congressuson kifejtette s évek hosszú során küzdött azért, hogy a gyermektáplálás tanulmányozására kisérleti intézetet állitsanak fel.

A járványos gerinczagyhártyalob ismét jelentkezik szórványosan Porosz-Szilézia különböző részeiben. Mult év deczember 16.-án ezért nagyobbszabású tanácskozás folyt Berlinben a járvány jelenlegi állása s a további teendők felett. A tanácskozáson a kormány képviselői és orvosok vettek részt.

Amerikából. Massuchets államban törvényjavaslatot terjesztettek a parlament elé, mely szerint kutyán és macskán tilos a kisérletezés, még ha tudományos czélból és altatással is akarják végbezvinni. — Argentinia köztársaságban a kormány törvényjavaslatot dolgoztatott ki, melynek értelmében a gyógyszerésznek mindennemü orvosi tanács adásától tartózkodnia kell.

A veszettség Angliában. Angliában 1898 óta nem fordult elő veszettség esete; azelőtt évenként átlag 20 ember halt meg lyssában. A veszettség virusának teljes kiirtása a szigetország területéről első sorban azon igen szigorú törvényeknek köszönhető, a melyeket 1897-ben hoztak a kóbor kutyákkal való elbánás tekintetében. Londonban egymagában azóta évenként átlag 20 ezer kóbor kutyát pusztitanak el. Még fontosabb praeventiv intézkedés az, hogy a kutyák bevitele Angliába tilos, egyes kivételes, külön megfolyamodandó esetek leszámitásával, a mikor azonban a kutyát mindig quarantaine-ba helyezik.

Megjelent. *Pándy Kálmán*: Az elmebetegek Békés vármegyében. Különnyomat Békés vármegye közkórházának évkönyvéből. — *U. a.*: Mit tegyen a gyakorló orvos az elmebetegekkel? U. o. — *U. a.*: Békés vármegye egészsége, különös tekintettel a tüdővészre és a talajszennyezésre. Különnyomat az „Egészség" 1905. évfolyamából.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1906-dik év 2. hetében (1906. január 7.-től január 13.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1906-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 842,650, katona 16,484 összesen 859,134. Élveszületett 408 gyermek, elhalt 321 egyén, a születések tehát 131-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 24·4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·4. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 9, meningitis tuberculosa 5, apoplexia cerebri 11, convulsiones 6, paralysis progress. 5, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 5, morbi org. cordis 13, morbi myocardii 8, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 1, 5 éven aluli 5, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 5, pneumonia 24, pneumonia crouposa 2, tuberc. pulmonum 69, emphysema pulm. 7, pleuritis 1, alii m. org. resp. 3, morbi sto machi 0, enteritis 2 éven aluli 12, 2 éven felüli 4, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 0, peritonitis 4, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 2, alii m. org. dig. 0, nephritis 9, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 4, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 16, paedatrophia 2, marasmus senilis 15, carcinoma ventric. 3, carcinoma uteri 2, alia carcinomata 9, alia neoplasmata 3, morbi tuberculosi 4, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 1, variola varicella 0, morbilli 3, morbilli pneumonia 5, scarlatina 3, pertussis 2, croup-diphth. 1, diphth. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 1, lues congenita 0, erysipelas 0, pyaemia, sepsis 2, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 6, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a)* Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3705 beteg, szaporodás 958, csökkenés 777, maradt e hét végén 3816 beteg. *b)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal

lel): kanyaró 170 (165), vörheny 24 (24), ám. gége- és crouposlob 22 (18), hökhurut 21 (13), gyermekágyi láz 0 (1), hasi hagyt (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 47 (40), vérhas 1 (0 agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 4 (3), trachoma lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Női gyógyfürdő

nőorvos-speciálista által **megvételre kerestetik.** Esetleg t is. Ajánlatokat „Női gyógyfürdő" alatt e lap hird. kezelősége to

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Br Hoechst a/M. „Valyl" czimü prospectusa van mellékelve.

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet (bejáró b részére is). Újonnan épült magángyógyintézet belső-, anyagcse idegbetegségek számára. Szénsavas-, villany- és fényfürdők. A orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Telefon. Kivánatra prospektus. pest, II. Városmajor-utcza 64. Vezetőorvos **Dr. Surányi Mik**

Tonogen suprarenale Richter. (1:1000.) A mellékvesék vérzéscs vérnyomást fokozó, véredényösszehúzó, szíverősítő, lobellenes haté Külsőleg: az ophthalmo-, rhino-, oto-, laryngologiában, a chirurgiában, kologiában és urologiában mint antiphlogisticum, műtéteknél mint nító szer. Belsőleg: mint cardiacum és haemostaticum. Nagy üveg = Kis üveg = 15·0 gr. **Tablettae Tonogeni Richter** belső gyógyszere ondókiürüléseknek. **Richter Gedeon** „Sas"-gyógytára, Budapest, Üllői-

Orvos urak szives figyelmébe. „**Thermal-cabinet**" tö **szoba-, gőz- és hőlégfürdő-készülék.** Ismertetést bér küld: **Förster Aladár, Budapest, VII, Alsó-erdősor 30.**

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló int ben VI., Andrássy-út 84, megfigyelés alatt álló **szoptatós** minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

Elektromágneses intézet (**Müller Konrád J. ren** dr. Grünwald-féle sanatori lön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb java **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneur ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Bé**

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Bu VI., Teréz-körút 2.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Buda VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Fin concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvi — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb é

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd **orvosi lab rium IV., Kossuth Lajos-utcza 3.** Telefon 697.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-t nos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sé után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések.

Tátrafüred

(1020 m.) téli klimatikus gyógyhe deczember 1-jétől márczius vé Vízgyógyintézet, massage, villamo tás asztal, félséges enyhe téli kl sportok. Központi fütés, villamos állandó gyógyszertár. Indikált: **Ba kór**, idegbajok, vérszegénysé

Tuberculosis kizárva.

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

Orvos: Dr. Dalmady Zo

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-kö **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, s utóbántalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZS**

A KRONDORFI A LEGJ NYÁLKAOLDÓ GYÓGY

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1906. január 22.-én.) 261. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (II. rendes tud. 20.-án.) 261. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. ülés 1905. deczember 7.-én.) 263. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-te szakosztálya (V. szakülés 1905. november 4.-én.) 265. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1906. január hó 22.-én.)

Elnök: **Than Károly.** Titkár: **König Gyula.**

Tangl Ferencz lev. tag bemutatja **Révész Géza** értekezését: **„A színes fényingerek hatásának gyöngitése fehér fénynyel."**

Ha objective ugyanazon szürke felületet egyszer fehér, máskor fekete alapra helyezünk, akkor azt veszszük észre, hogy a fehér alapon nyugvó szürke felület a kontrast hatása folytán jóval sötétebb, mint a fekete alapon levő. Hogyha már most azt akarjuk, hogy az objective egyenlő szürke két felület egyforma világosnak lássék, a fehér alapon levő szürkének fehérségét meg kell nagyobbitanunk. A vizsgálat tárgyát elsősorban azon kérdés képezte, vajjon két subjective egyenlő világosságú szürke felületen a színérzet egyenlő intensitású szininger mellett lép-e fel vagy különböző mellett, illetve vajjon egyenlő erejű szininger szükséges-e mindkét felületen a színérzet küszöbének eléréséhez?

A kisérlet berendezése a következő volt. Egy állványra két korong volt erősitve, melyek elektromotor által gyors forgásba voltak hozhatók. Az I. korong három concentrikus, különböző átmérőtű korongból állott. A legnagyobb és a legkisebb *fekete* posztópapirból volt kivágva, mig a középső 3 egyenlő átmérőjű, egymásfölé tolható, egy fekete, egy fehér és egy szines papirkorongból (Maxwell) készült. Minthogy a legnagyobb korong legalul, a B középnagyságú e fölött, a legkisebb pedig legfelül feküdt, gyors forgás alkalmával egy gyürű képződött *fekete alapon*, mely a fehér, fekete és szines körszeletek egymáshoz való viszonya szerint különböző világosságban és szinességben jelent meg. A II. korong ép úgy volt szerkesztve, mint az I. korong, csupán az alap (legfelsőbb és legalsóbb korong) volt *fehér*. Itt a szines gyürű *fehér alapon* jelentkezett.

Miután a két különböző világosságú alapon levő gyürűk között egy subjectiv világossági egyenlet állittatott elő, az egyes gyürűknél külön-külön határoztatott meg a színérzet küszöbe. Ezen küszöbmeghatározások a psychophysikai módszertan követelményei szerint vörös, sárga, zöld és kék szinnel történtek. Több kisérleti személylyel eszközölt hosszas kisérletek után kitünt, hogy a *fekete alapon levő gyürűnél a színérzet küszöbe alacsonyabb, mint a fehér alapon levőnél*. Azon arányszámot, mely a két gyürűnek megfelelő színérzet küszöbe között fenáll, a szerző *gyöngitési együtthatónak* nevezi. A gyöngitési együttható *a különböző színeknél különböző értékkel* bir. Legkisebb a sárgánál, nagyobb a pirosnál, ezután következik a zöld és végül a kék. A fehér alapon levő gyürűnél a kék érzet küszöbe körülbelül nyolczszor akkora, mint a feketen alapon fekvő gyürűnél.

Hogy a gyöngitési együttható jobban tanulmányozhassa, szerző erősebb ingerekkel is operált. Ezen kisérletek legfontosabbjait képezik azon kisérletek, melyeknél absolut színegyenletek útján határozta meg a gyöngitési együtthatót. Itt is előbb a két gyürű között egy subjektiv optikai világossági egyenletet állitott elő. Miután ez megtörtént, az egyik gyürűbe bizonyos nagyságú szines körszeleteket helyeztek és a kisérleti személy feladata volt a másik gyürűt oly módon előállitani, hogy a bár különböző alapon fekvő két gyürű úgy világosság, valamint színesség tekintetében teljesen egyenlőnek lássék. Systematikus kisérletek kimutatták, hogy az absolut színegyenleteknél a különböző színek gyöngitési coëfficiensei ugyanoly sorrendben mutatkoznak, mint az érzetküszöbnél nyert coëfficiensek. Kitünt továbbá, hogy a beállitott szines körszeletek *absolut nagyságától*, vagyis a szines inger absolut nagyságától a gyöngitési együttható értéke *nem függ*. A fentemlitett 4 alapszinen kivül még több összetett szinnel is vittek véghez kisérletet. Ezen kisérleteknél kitünt, hogy az összetett színek gyöngitési együtthatói az őket alkotó színek gyöngitési együtthatói között állanak. A munkának értékét emeli, hogy a kisérleteket nemcsak normális színérzetü egyénekkel, hanem különböző typusú szinvakokkal és normális színérzékenységü személyekkel is végezték, a mikor kitünt, hogy ezeknél a különböző színek gyöngitési coëfficiensei *megegyeznek* a normális színérzetüekéivel.

Szerző nem óhajt az ezen kisérleteknél működő retinális folyamatok mineműségére theoriát felállitani mindaddig, mig hasonló rokon jelenségek nincsenek kifürkészve és quantitative megállapitva. Csupán mellékesen egy az alsóbbrendü lények élettanában előfordulé positiv és negativ phototropistikus jelenségre mutat rá.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tud. ülés 1906. évi január hó 20.-án.)

Elnök: **Stern Samu.** Jegyző: **Kövesi Géza.**

Elnök az ülést megnyitja. Mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. Mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri *Török Lajos*, *Entz Béla* és *Unterberg Hugó* tagtársakat.

Jelenti, hogy az egyesület könyvtára számára be különlenyomat Pándy Kálmántól és „A magyar nemzeti és jelene" czimü kötet. Köszönettel vétetnek.

Jelenti, hogy Rosenthal Béla karlsbadi fürdőorv van jelen.

Spirochaeta pallida bujakóros szervek górcsői m

Entz Béla és **Feldmann Ignácz**: *Feldmann* tanulmányúton levő *Entz* készitményeit ismerteti, me Gesellschaft der Ärzte" 1905. deczember 15.-i ülésén mutatva. A vizsgált szervek Levaditi methodusa szer A vékony szövetdarabok 40%-os formalinban és alkoho után rövid ideg párolt vizben kimosatnak, majd 1·5% oldatban három napon át thermostatban tartatnak. A összetételü redukáló folyadékba kerülnek:

Két gramm pyrogallol, 100 cm³ 5%-os formalin.

Ezen oldatban szobahőmérséklet mellett egy n innen destillált vizben való rövid kimosás után alkohol formba, chloroform-paraffinba helyeztetnek át és végül p tatnak.

A tárgylemezre felragasztott metszetek a paraffi minden további kezelés nélkül kanadabalzsamba zárhat feketére festett spirochaeta pallida a sárgásbarna alapszö látható.

Entz górcsövi metszetei egy 1905. junius 25.-é boncztani intézetben bonczolt, 46 cm. hosszú és 2150 napos csecsemőtől valók. A tenyerén és talpán pem voltak, melyeknek megfelelőleg a metszetekben a Malpigh fellazult hámsejtjei és az irhaszemölcsök — oedema m rostjai közt számos spirochaeta látható; az utóbbiak számban egész a szarurétegig követhetők; az irha m már csak gyéren, a bőralatti zsirszövetben és a felülete ban egyáltalában nem találtatnak. Nagy számban láthatók mirigyek körül és azok sejtjei között.

A szíven a jobb kamara hátsó felületén lencsény folt, melynek megfelelően az izomzat szivósabb mint e csövi metszeteken mindenütt több-kevesebb spirochaeta az izomrostokat a vérerektől elválasztó kötőszövetbe haránt tul átmetszett izomnyalábokon konstatálható, hogy izomrostok plasmájába is behatoltak.

A pneumonia alba képét nyujtó tüdő metszeteib kevés spirochaeta látszik.

A mérsékelten megnagyobbodott és szivósabb máj volt található, melyek közül a legnagyobb diónyi; szembetünik, hogy a nagyobb vérerek 2—5 mm. vastag kötőszövetbe vannak betemetve, mely hol elmosódott h irtabb, göcsös (periangitis gummosa). A gyuladásos spirochaeták néhol igen nagy halmazokat alkotnak, más elszórva találhatók, legtömegesebben vannak ott, a h egészen elpusztultak; valamivel gyérebben láthatók ot kötőszöveti kötegek közt a májsejtek még jól felismerhet a parasiták a májsejtekbe is behatoltak.

A mérsékelten megnagyobbodott mellékvesék cs terjedésükben szivós fehéres szövetté alakultak át, m makszemnyi, egynemü, fakósárgás petty van. A metsze kötőszövetnek megfelelően hol szétszórtan, hol cs mennyiségü spirochaeta van elhintve. A kéregállomány mellékvese-szövetben leginkább a mirigysejt-oszlopok kötőszövetben találjuk a parasitákat; azonban sok hely közé befészkelődtek. A vaskos és kemény hasnyálmiri leginkább az — interstitiális gyuladás következtében — új kötőszövetben vannak spirochaeták, helyenként oly nagy hogy egész hálózatokat képeznek. Itt-ott a mirigysejt vannak. De találunk oly pankreasrészleteket is, a mely teseknek látszanak a fertőzéstől.

A Feldmann által vizsgált szervek ugyanazon szülöttől valók, a kinek vérében és májnedvében tal már az orvosegyesület 1905. november 25.-i ülésén be

Entz esetében csak a verejtékmirigyek fertőző feltünő.

A szabad szemmel való vizsgálatnál épnek lát teiben talán valamivel kevesebb, a tüdőben több spiroc készitményeiben.

Feltünően kevés a parasita a lépben, noha ez jóv a rendesnél. A vesében valamivel több a spirochaeta, leginkább a kanyarulatos csövek közötti kötőszövetben, a hámsejtek között is előfordulnak. A glomerulusokba jukban legtöbbnyire megtalálhatók.

A megnagyobbodott májban és a vastag, kemény ben rengeteg mennyiségü spirochaeta látszik, még több tében. Némely helyen a vérerek falát oly sürün le

mutatják; az endothelrétegre aránylag kevés jut, de még a lumenben a vérsejtek közt is fellelhetők.

A mellékvese metszeteiben a spirochaeták mennyisége oly colossális, hogy csekély nagyítással is könnyen észrevehető feketés kötegeket alkotnak, melyek a kéreg felületéről egyre vékonyodva, a mirigysejtoszlopok közti kötőszövetes sövények mentén a bélállomány felé húzódnak. A mellékvese közötti laza szövetet is sűrün lepik el és a mirigysejtek közé is benyomulnak.

Igen feltünő még a spirochaeták tömege a kissé vastagodott és tömöttebb falú vékonybél nyálkahártyájában, melynek kötőszövetében, különösen a bolyhokban, sűrű hálózatot alkotnak; feltünő az is, hogy itt a spirochaeták jóval finomabbak, mint más szervekben. A submucosában és még inkább a belső izomrétegben már jóval kevesebb a parasita. Sok helyen a kehelysejtekbe is behatoltak, söt nagyon gyéren a meconiumban is megtalálhatók. Az egyik pankreas melletti nyirokcsomóban igen kevés parasita látszik.

Negativ volt a lelet az agy, a pajzsmirigy, thymus, gyomor, mesenterium, az egyik mesenteriális nyirokmirigy és a mellizom metszeteiben.

Feldmann egy 39 éves férfi régi májgummájában egyáltalában nem, ellenben egy frissebb keletü, szétesö, ágyéktáji börgummájának sarjszövetében és elhalt részében gyér számú Schaudinn-féle spirochaetát talált, mi mellett egyéb, de halványabban festödő bacillusok is voltak jelen. Végül még egy a Bródy-kórházban bonczolt gyermek nomás szövetét is vizsgálta Levaditi eljárása szerint és meggyöződött arról, hogy a fusiformis bacillusok mellett sok helyütt igen nagy tömegben, úgyszólván tiszta tenyészetben látható spirochaeták igen könnyen megkülönböztethetők a Schaudinn-féle spirochaetáktól, mert egyrészt a szövetben is konstatálható, hogy az utóbbi csavarulatai sokkal nagyobb számúak, sürübbek, keskenyebbek, merevebbek és magasabbak, másrészt a nománál talált spirochaeták halványabban, rendszerint barnára festödnek.

Az eddigi vizsgálatokból a következő conclusiokat vonja le: 1. Levaditi methodusa kitünő segédeszköz a spirochaeta pallidának a szövetekben való felkeresésére. 2. E módszer segitségével megállapitható, hogy súlyos hereditaer luesnél rengeteg mennyiségü spirochaeta halmozódik fel bizonyos szervekben, még pedig legtömegesebben azoknak gyuladásos kötőszövetében, sokszor különösen a vérerek falában és azok körül, de a vérben valamint a parenchymás sejtekben is megtalálhatók. 3. A spirochaeta régi, különösen obsolet gummában úgy látszik nem, ellenben frissebb keletüben könnyen kimutatható. 4. A mennyiben további vizsgálatok rendjén is kitünnék, hogy a spirochaeta pallidával morphologiailag azonos parasita másternészetü betegségeknél ki nem mutatható, Levaditi methodusa fontos diagnostikai eszköz birtokába juttatna bennünket, mely annál értékesebb lenne, mert eddig nem rendelkezünk oly histologiai kriteriummal, melynek alapján a bujakóros szövetképződményeket biztosan kórismézhetnők.

Ritkább hólyagkövek operált esetei.

Unterberg Hugó: Az első eset 20 éves fiatal emberre vonatkozik, kinek panaszait vizeletcsöpögés és erős gáttáji, néha hólyagtáji fájdalmak képezték.

A húgycsővizsgálatkor a p. membranaceában egy követ tapintottam, a mely mellett a hólyagba még a legfinomabb műszerrel sem lehetett behatolni. A hólyagtáji fájdalmak gyanut keltettek arra nézve, hogy a hólyagban is kő van jelen. Ezt a műtét kivitelének módja czéljából fontos volt megtudni. Ha hólyagkő is van jelen, úgy a suprapubikus hólyagmetszés indikált, ellenkező esetben az urethrotomia externa.

A bimanuális vizsgálat nem adott positiv eredményt. Röntgen-átvilágitás a húgycsőkövön kivül két nagy hólyagkövet mutatott. (Stein dr.) A köveket magas hólyagmetszéssel távolitottam el. A hossztengelyével a húgycsőben harántul fekvő követ 90°-kal megforditottam és pedig oly módon, hogy egyik végét a hólyagon keresztül levezetett ujjammal lefelé nyomtam, ugyanakkor másik végét a húgycsövön át bevezetett Beniqué-sonda segélyével felfelé toltam. Miután a kövek phosphat-lerakódásokkal voltak borítva, a hólyagot nem zártam tökéletesen, hanem a sebet annyira megszükitettem, hogy egy vastag draincsövet helyezhettem a hólyagba, mely nyolcz napig maradt a hólyagürben.

A draincsövet eltávolitva, beteg 20 nap alatt gyógyult.

A második esetben egy 67 éves férfiról számolhatok be, kinek typikus köpanaszai voltak. A kökutasz positiv eredményt mutatott. A pontosabb vizsgálat czéljából megejtett cystoskopia egy mérsékelten megnagyobbodott kúpalakú prostata-középlebeny mögött két sorban elhelyezett számos követ mutatott.

Tekintettel a kövek nagy számára és még inkább a jelen levő prostata-középlebenyre, a lithotripsiát nem tartottam czélszerünek. A hólyagból magas hólyagmetszés útján 49 uratkövet távolitottam el. Tekintettel arra, hogy tiszta uratkövekkel volt dolgom, a hólyagot teljesen zártam és pedig egy a nyálkahártyán át nem hatoló tompitó catgutvarrattal, a mely fölé még egy sorban csomós selyemvarratokat helyeztem el. A hólyagba a húgycsövön keresztül állandó katheterl helyeztem, mely kétnaponként váltogatva 12 napig maradt a húgycsőben. Ekkor végleg eltávolitottam. A seb per primam gyógyult. Beteg a műtétet követő 16. napon felkelt.

A két esetet párhuzamba állitva látjuk, hogy az első esetben a diagnosist csak a Röntgen-átvilágitásnak köszönhetjük, más módon nem kaphattunk exact diagnosist.

A második esetben czélszerübbnek látszott a cystoskopikus vizsgálat, mint a kövek számát kivül a hólyagot csak világositott. A műtétre nézve megjegyzem, hogy a hólyagot csak zárom el teljesen varrattal, ha tiszta urat- vagy oxalatkövekk dolgom. Phosphatköveknél, vagy oly köveknél, melyek felületé phatikus lerakodások vannak, a hólyagot csak részben zár és suprapubikusan drainezem. Valahányszor ezen utóbbi sza eltértem, a hólyagvarratok nem tartottak, s a gyógyulás elhúzó

Vesekő esete.

Unterberg Hugó: 35 éves férfi, évek óta vannak typik panaszai, a fájdalmakat bal oldalon localizálja.

A cystokopikus vizsgálat diffus hurut mellett erősen bal ureternyilást mutatott. Jobb ureternyilás normális.

Functionális vesevizsgálat a bal vese csökkent functioj tatja. Ez a részlet mérsékelt mennyiségü genyet és bő fehérj talmaz.

A jobb vese functioja sem volt normális. A fajsúly, phl és higításpróba ugyan a másik vesénél jobb functiót mutatot vizelet itt is tartalmazott kevés genyet és fehérjét.

A nephrotomia alkalmával (1903. julius) kitünt, hogy erő nephritissel van dolgunk. Csak nehezen lehetett a ve-e convexit egy részét az összenövésekből kiszabadítani. Ezen részben egy belül 8 cm. hosszú metszéssel megnyitottam a vesemedenczét, erősen zavaros vizelet ömlött ki. A vese alsó polusán a parench volt vékonyodva, alig volt 1½ cm. széles, felső polusán majdne mális volt. A vesemedencze igen tág volt, s belőle öt követ tá tam el. A vesemedenczét gyönge $AgNO_3$-oldattal kimostam. kettémetszett részét négy catgutvarrattal egyesitettem. Sima gyó

Beteg egy év mulva újból jelentkezett. Elmondja, hogy ben jobb oldalán is volt rohama.

Jelenleg a bal oldalán az ureter közepe tájáról kiinduló fáj kisugárzás. Ugyane hely nyomásra érzékeny, s a laza hasfalon kély hosszúkás resistentia tapintható. Ezen helynek megfelelő ureterkatheter is megakadt. Műtétre nem került sor, mivel a spontan távozott.

Azóta beteg állapota elég jó. Itt-ott voltak gyengébb ro midőn kis kövek távoztak. A rohamok hol a jobb, hol a bal jelentkeztek. További műtét nem indikált.

Megjegyzem, hogy ezen esetben a fennálló régi syphilis megkiséreltem a veseseb egyesitését a medencze drainezése nélk sikerült is s ez által elérhettem azt, hogy a veseszövetből lel semmi se pusztuljon el, a mi nephrotomiánál kisebb vagy nagyob tékben mindig fenyeget Erre azért fektettem súlyt, mivel a másik sem látszott épnek s a későbbi kórlefolyás mutatta, hogy mindké hajlamos a kőképzésre.

Az angioneurosis elmélete és a haematogen (emboliás) ered bőrgyuladás.

Török Lajos: Az angioneurosis elmélete bőséges alkal nyert a bőrbajok pathogenesisének magyarázatánál. A gyógyszerki nagy részét, számos kiütést, a mely infectiosus és septikus bán kiséretében támadt, sok ismeretlen aetiologiájú bőrbajt, mint erythemák sok fajtáját, sok hólyagos kiütést, a prurigót, föleg az urticariát tekintették olyan bántalomnak, a mely a vason idegközpontok kóros befolyása alatt keletkezik. T. mindenekel mutatja, hogy az angioneurosis elméletének nincs semmiféle expe tális alapja. A vasomotoros idegközpontok ingerlése és átmetszés hoz létre bőriobot. A hysteriás nőknél faradisatio vagy suggesti keletkezett exsudativ bőrelváltozásokat pedig, a melyeket számosan befolyásokra vonatkoztatnak, az illető betegek maguk csalási dékkal művileg idézték elő. Az utóbbi állitását Kreibich nem r zölt eseteinek kritikájával bizonyitja be.

Ezzel szemben az utóbbi évek vizsgálatai, melyek közöt saját, részben Vas Bernáttal, részben Hári Pállal végzett kisérl helyet foglalnak, a következőket állapitották meg: 1. Az eryt bőrelváltozások szövettanilag sem különböznek más folyamatoktól infectiosus, akár toxikus eredetüek. Az infectiosus erythemák s esetében sikerült a kórokozó mikroorganismusokat helyben, a k kimutatni. A toxikus erythemák közül pedig az antipyrin-exanthe Apolent kimutatta azt, hogy oly egyéneknél, kiknél az antipyrin bevétele után kiütés támad, a bőrgyuladás az antipyrinnek a való külső alkalmazására is jelentkezik, Mibelli, Raviart és pedig vegyileg kimutatták az antipyrint a bőr hólyagjaiban. szerint az erythemás és a hozzájuk hasonló boncztani jelleggel és kezési móddal biró, ismeretlen aetiologiájú kiütések nem angione sok, hanem a kórokozónak helybeli behatására keletkeznek, v haematogen eredéssel birnak.

2. Az urticaria, a mint ezt a nála exsudált savó fehérjetartalma, a klinikus és szövettani leletek mutatják, s lobos folyamat, a mely kutyáknál a vasomotoros idegközpontok kirekesztése után is előidézhető. Azok az anyagok, a melyek a okokból keletkező urticariánál a vérben keringenek, illetőleg a m nek keringése ilyen viszonyok között supponálható, a bőrön való vetlen alkalmazás után urticariát okoz. Az urticaria tehát olyan dativ folyamat, a melynek pathogenesise azonos a gyuladásával, a mely a kórokozónak a véredény falzatán való közvetlen behat és nem a központi idegrendszer közvetisétével jön létre.

Ezek szerint az angioneurosis elmélete elhagyandó, hel haematogen eredésü bőrgyuladás, vagy helyesebben a haematoge edényizgalom felvétele foglalja el.

tanulmányozására az ú. n. serumexanthemák rendkivül ajánlatosak, minthogy ezek között kezdve az egyszerű erythemától és urticariától egészen a bullás, erősen lobos dermatitisig az összes átmenetek előfordulnak. Nem régen alkalmam volt egy igen tanulságos serumexanthemának észlelésére, a mely a kérdést teljesen az előadó által elfogadott értelemben dönti el. Az eset elmondása előtt azonban egy-két szót kell szólnom a ser.-exanth. theoriájának mai állásáról, mert az esetemből levonható tanulságok csak igy érthetők meg teljesen. Tudvalevőleg a nevezett exanthemák idegen állatfajból eredő serum nagyobb mennyiségének bevitele után körülbelül 10—14 nappal fejlődnek ki egyéb kórtünetek (izületi és izomérzékenység, láz, rosszullét) kiséretében, hogy azután egy-két nap alatt nyomtalanul eltünjenek. Ha azonban, mint erre *Picquet* és *Schick* figyelmeztettek mint elsők, a serumot e tünetek lezajlása után körülbelül három héttel az első befecskendés után újra beviszszük a szervezetbe, úgy e második injectio okozta „serumbetegség" nem várat magára két hétig, miként az első, hanem pár óra multva már kifejlődik. Első izben a rendes „késői" serumreactio, másodizben az ú. n. „azonnali" reactio következik be. E tünemény magyarázatára *Picquet* és *Schick* a következő theoriát állitották fel, a melyet én részben tuberculin-tanulmányaim közben talált analogiák nyomán is teljesen elfogadok: a serumbetegséget oly mérges anyag hozza létre, a melynek két componense van. Az egyik a szervezetbe bevitt idegen és ezért antigen (ellenanyagképző) fehérje, a másik a szervezetben ezen antigen ingerére képződött antifehérje, mely antigenjével egyesülni képes; míg különben például toxin és antitoxin együtt a szervezetre ártalmatlan termékké egyesül, addig a fehérje és ellenfehérje vegyülete a szervezetre mérges. Minthogy pedig általános törvény, hogy valamely antigennek hatása alatt a szervezetben a megfelelő ellenanyag a 8—14. nap között jelenik meg legnagyobb mennyiségben: érthető, hogy az antifehérje mint ellenanyag is csak ez idő elteltével fog jelentkezni, mely mérgező termékké egyesül a két hét előtt bevitt serumnak a szervezetben még meglévő és véleményem szerint a sejtekhez lekötött nyomaival és ilyképen lobos hatást fejt ki. A második seruminjectionál (reinjectio) eltérő a helyzet. Itt már megvan a szervetben az első injectio ingere folytán képződött antifehérje. Ekkor azonnal egyesülhet és egyesül is az újonnan bevitt antigen serummal és csakugyan a reinjectio ily körülmények között úgyszólván azonnal bekövetkező serumbetegséget (exanthema stb.) eredményez. Ezek előrebocsátása után áttérek az emlitett esetre.

Inoperabilis májrákban szenvedő betegről van szó, a kinél úgy az ő, valamint orvosainak és családjának határozott kivánságára, bár a kisérlet eredménytelenségéről meg voltunk győződve, a Doyen-féle serumkezelést kisérlettem meg, hozzátehetem eredménytelenül. Összesen négy injectiót végeztem 2—3 napi időközben: a serumot a beteg pár perczig tartó fájdalmasságtól eltekintve kifogástalanul tűrte. A 4. befecskendés után azonban megváltozott a helyzet. Pár óra mulva ezen utolsó injectio helye forró, lobos lett, igen fájdalmas dermatitis keletkezett. Még az éjjel meglobosodott a III., majd pár órai időközökben a II., végül az I. injectio környéke és csak akkor támadt általános urticaria. A bőrlob alakjainak egész skálája volt látható: a legerősebb gyuladás az utolsó injectio helyén, legesekélyebb tünetek a bőrön magán.

Ez az észlelet egy valóságos kisérlet bizonyító erejével bir. Nyilván a IV. injectio egybeesett már az első injectio kiváltotta antifehérje fellépésével és ez egyesülvén az antigenjével, azaz a fehérjével, a különböző helyek antigen concentratiojának arányában erősebb vagy gyengébb méreghatással biró ellenfehérje-antigen-csoporttá egyesült. Legtöbb volt az antigen mennyisége az utolsó injectio helyén, itt volt a legerősebb a bőrlob, aztuán a III., majd a II. és I. injectio helyén még meglevő, a környezetben deponált fehérjék kerültek sorra, végül a felszivódott és a bőr egyéb helyén lekötött fehérjerészletek: érthető ebből, miért zárta be az urticaria a bőrtünetek sorát. Minthogy a jelen esetben egyazon szervezetben csakis a hatóanyag mennyiségének különbségétől függöleg a bőrgyuladás emlitett skálája volt észlelhető, a magam részéről legalább a serumexanthemákra vonatkozólag az urticaria kérdését az előadó által felvett értelemben eldöntöttnek vélem.

Havas Adolf: Mindinkább nagyobbodik a száma azon dermatologusoknak, kik az erythemafajok kóroktanában az angioneurotikus felvételt mellőzik és az infectio vagy intoxicatio mellett foglalnak állást. Hogy ez az állapot a helyes, azt a bántalom keletkezése és klinikai lefolyása is igazolja. Akárhányszor láthatjuk, hogy az erythemák nemcsak bizonyos általános tünetekkel, lázas állapot, étvágytalanság, levertség, halványság kiséretében lépnek fel, de elég sokszor kifejezett prodromal stadiumot is észlelhetünk. E klinikai tünetek szintén dokumentálják, hogy irritáló anyagok jutottak a vérbe és igy a bántalom haematogen eredetű. Az angioneurosis különben, mint Apolant helyesen mondja, nem más, mint pregnans megjelölése egy physiologikus folyamat keletkezési módjának, tehát helyesebb volna angioneurosis helyett angioneurotikus folyamatról beszélni.

Jendrássik Ernő: Az előadó végső conclusioihoz készséggel hozzájárulok, ezek nincsenek is olyan általánosságban tartva, mint a bevezetés. Hogy az urticaria és erythema nem közvetetlen idegbehatás révén keletkezik, elfogadom, de nem hiszem, hogy valamennyi bőrelváltozás ideges eredetét tagadni lehetne. Helyén van a skepsis, mert sokan estek ebbe a hibába és az angioneurosisról egész monographiákat irtak. Nem áll rendelkezésemre az adathalmaz, melynek alapján hozzá lehetne szólnom, de felemlítem egy még a *Wagner* tanár kontrolja mellett végzett régebbi kisérletemet. Egy előnyomtatásra használt K betűt nyomtunk egy hysteriás egyén bal vállára, azt suggerálván neki, hogy a másikon meg fog jelenni a betű. És délutánra már megjelent a másik vállon a K betű

A transfertet úgy kerültük el, hogy egy izben nem éri
csak úgy suggeráltuk, hogy meg fog jelenni az I betű.
szökött aznap, Grázba került, a hol *Krafft-Ebing* csaku
az I betűt a másik oldalon, de nem tükörképben.

Ezen kisérlet meg kell hogy győzzön bennünke
suggerálással gyuladásos bőrelváltozások létrehozhatók.
von le előadó végső következtetéseiből semmit.

Krompecher Ödön: A vadászlapokban egész iro
hogy a megsebzett állatnak, ha terhes volt, embry
helyen, a hol az anyaállatot a lövés érte, bőrlob vagy
nak. Szólónak nincs erről tapasztalata, de ha ez igaz, e
kus úton lehet magyarázni.

Benedikt Henrik: Mindenesetre megelégedéssel f
t. előadónak oly meggyőző érvelés alapján nyert végco
az angioneurosisok diagnosisával kevésbé bőkezüeknek
hogy nevezetesen a symmetricitás semmiképen sem ké
angioneurotikus dermatosis kriteriumát. Volt idő, mi
roseola symmetriás elhelyezését az alkarok hajlító old
angioneurotikus befolyásokból magyarázták, holott ma e
eredete kétségen kivüli és symmetriás elrendeződésül
sajátos preedispositiojára vezetendő vissza.

Mégis Jendrássik tanár úrnak azon felfogásáh
mely szerint egyes lobos elváltozások megmagyarázá
neurotikus elemet mellőzni nem lehet; szintén hivatk
egyéneken tett tapasztalatokra, kik, a nélkül, hogy h
volna, mégis bizonyos fokozott vasomotoros idegingen
talán fokozott suggestibilitással birtak. Annak idej
azokkal a bőrhyperalgesiákkal, melyek szív- és aort
és felső végtagjain lépnek fel, később kiterjesztetten
functionális szivbajokban szenvedőkre és nevezetesen az
a pubertas idejében lévő egyénekre, kik úgynevezett vas
ban, a különböző edényterületeknek változó vérbőség
Bőrhyperalgesiák az utóbbiaknál majdnem mindig
pedig többnyire a törzsön és a felső végtagokon metame
désben s igen gyakran azt lehetett tapasztalni, hogy
haladásával a hyperalgesia egy-egy metamerről a szon
terjedt és pedig igen kifejezett hyperaemia, sőt eryth
mely ugyancsak metamerikus elrendeződésü volt. Sőt
megvizsgálása közben a symmetriás oldalon hasonl
hyperalgesiák és hyperaemiák mutatkoztak.

Néha megtörtént, hogy a hyperalgesiák és vaso
tiók nem metamerek szerint történtek, hanem, mint „
„centrális" érzési zavaroknál, végtagsegmentumok szeri
zőnek mutatkozott egy a könyök körül fellépő, éles
lakkal határolt hyperalgesiás és hyperaemiás „manchetta
kezését az I. és II. dorsális segmentumok maximális
ki lehetett mutatni és melynek „transfert"-es hajlama i

Ámde itt mindig csak hyperaemiáról lehetett szó
azonban alkalmam egy diffus neurofibromatosisban sz
(neurofibromák az agyban, a gerinczagyban, a gyök
idegek mentén), kinek klinikai képében a vasomotoros
kimagasló szerepet játszottak, ugyancsak egy reggel az i
körüli, élesen határolt hyperaemiás manchettát konsta
valóságos dermatitisről lehetett szó, minthogy leháu
pigmentatio is volt észlelhető. Ebben az esetben, úgy mi
a hyperaemia s későbbi dermatitis elhelyezése az edé
graphiájából nem lett volna megmagyarázható.

Ha tehát egyrészt egy bőrbeli elváltozás elb
symmetria magában korántsem szerepelhet a neurotik
riumai közt, mégis a megtámadott bőrterületek alakj
metamerikus elhelyezése biztosithatja az angioneurosis

Török Lajos. Az angioneurosist nem zártam ki te
ben a vasomotoros központok működése által létrejöhe
anaemia; de nem áll rendelkezésünkre olyan kisérlet, h
központ izgatása útján bőrlob keletkeznék. Ezért a
magyarázatában az angioneurosis felvételével óvatosn
Kijelentettem, hogy anaemiáról és hyperaemiáról, vala
nem beszélek. A Jendrássik tnr. által említett kisér
tudom, hogy azon nagyszámú kisérletek közül épen
vételnek, mert ennél beigazolást nyert, hogy suggestio
zás idézhető elő. Úgy magyaráznám, mint Jarisch a psy
mikor lelki shock után támad urticaria. Ilyen egyének
zetesen is kering toxikus anyag, a psychikus shock fok
ságot és a vasomotoros központ bizonyos határok köz
hyperaemiát, ezen hyperaemiás helyeken áthaladása k
anyag könnyen előidézheti az urticariát. Igy össz
Jendrássik tanár emlitette kisérlet az én elméletemmel

A budapesti kir. orvosegyesület se szakosztálya.

(VII. ülés 1905. deczember 7.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz**

(Folytatás.)

Prostatectomia perinealis esetéről.

Illyés Géza: A perineális prostatectomia javalatai
megállapitva nincsenek, s ezen esetet épen mint olyat ta

A 64 éves férfi előadja, hogy ez év szeptember közepén gyakori vizelési ingerek lepték meg, s a mellett még erőlködése daczára is csak kevés vizeletet tudott kiüríteni, utóbbi időben vizelni nem tudott, orvosa megcsapolta.

A poliklinikára ez év október 3.-án vettük fel. A prostatát a végbél felől megvizsgálva, azt mindkét lebenyében kissé megnagyobbodottnak, tömöttnek és sima felületűnek találtuk, felső részét ujjal nem tudtuk jól elérni. A vizelet szalmasárga, közömbös vegyhatású, kissé zavaros, s benne górcső alatt kevés genyet, s lapos hámsejteket látunk. Cystoskopos vizsgálatnál a hólyagcapacitást normálisnak, s az urethrát könnyen átjárhatónak találtuk. Az orificium externum urethrae kissé vérzékeny volt. Az orificium internum jobb felében a prostata egy helyen félmogyoróny ira bedomborított és felette a nyálkahártya normális volt. Másként a prostata bedomborodása a hólyag felé jelentéktelen volt. Hólyagnyálkahártya helyenként finoman belövelt, hólyagfal trabecularis.

Miután a beteg vizelni spontan semmit sem tudott, naponta többször megcsapoltuk.

A betegnek műtét előtt három nappal hashajtót adtunk, majd műtét előtti napon beöntésekkel a végbelét kitisztítottuk. Műtét október 19.-én chloroform-narcosisban történt. Miután a hólyagot bórvizzel tisztára kimostuk, lábtartós asztalon kőmetszési helyzetbe hoztuk, s a medenczét egész az asztal szélén túl kihúztuk. Most az asztalt ferdén beállítva, a beteget ferde síkon megemelt medenczével olyan helyzetbe hoztuk, hogy a gáttájék majdnem vízszintes síkba jutott, s a scrotumot a gátról eltartani nem volt szükséges. Hogy a magasra emelt gáttájék mellett kényelmesen dolgozhassunk, székre kellett felállanunk s ez a positio igen czélszerűnek bizonyult, mert a mély sebbe kényelmesen betekintést nyerhettünk, s a segéd is kényelmesen elhelyezkedhetett. A bemetszés az egyik ülőgumótól a másikig terjedt félkör alakban, úgy hogy középen a metszés a végbél előtt két haránt ujjnyira haladt el. A bőr és a felületes gátizmok átmetszése után a bulbus urethraere jutottunk, mely előrehúzásnál kissé megsérült, s a melyből megindúló parenchymás vérzést körülöltésekkel csillapítottuk.

A musculus levator ani, illetőleg a bulbus előrehúzásánál a megfeszülő musculus recto-urethralis átmetszése után a végbél mellső fala és a húgycső között egy könnyen szétváló rétegbe jutottunk, s felhatoltunk egész a prostatáig, melynek hátsó felülete különösen akkor volt jól látható, mikor a Proust-féle kampóval a seb hátsó ajkát s vele együtt a végbelet a keresztcsont homorulatába hátrafelé belehúztuk. Most a prostatát a középvonalban kettévágtam, s e helyen az urethrát is megnyitva, ujjammal a sphincter ellenállását legyőzve, a hólyagba jutottam, hová a Young-féle lehúzó eszközt is bevittem, s az eszköz szárait szétnyitva, a prostatát a seb mélyéből előhúzni akartam, azonban ez csak igen kis mértékben sikerült. Majd egy olló összecsukott száraival a prostata tokját, mely elég erős volt, előbb a jobb, majd a bal lebenyről tompán elég könnyen leválasztottam s a prostata lecsupaszított szürkés-fehéres lebenyét darabokban ollóval kimetszettem. Közeljutva a húgycső falához, bal kezem mutatóujját a megnyitott húgycsőbe belevittem, s ennek ellenőrzése mellett róla a prostata részeit két oldalról eltávolítottam. Az igen szivós és tömött prostata szövete bemetszésénél alig vérzett valamit. Eltávolítottam a prostata felső részét is egészen a vesiculae seminales-ig. Egy pár véredény lekötése után a hólyagba a gáti seben át puha kathetert vezettem be; a pars prostatica urethraet csomós catgut-varrattal nagyrészben összevarrtam, s a sebet jodoformos mullal lazán kitömve, legnagyobb részben nyitva hagytam.

A lefolyás teljesen láztalan és sima volt; a vizelet az állandó katheteren át jól ürült, s a beteget ülő helyzetben tartottuk. Az 5. napon a gáti sebből a jodoformos tampont eltávolítottam, az állandó kathetert a húgycsövön át végig vezetve dugtam be a hólyagba. A 9. napon a beteg katheter nélkül vizelt. Fekvésnél 4—5 óráig is el tudja tartani vizeletét, de járkálásnál fél óránál tovább nem birja visszatartani.

November 8.-án 21-es gombos kutatóval vizsgálva, a húgycsövet jól átjárhatónak találjuk; pars prostatica alsó részén igen finom görönygyösséget találunk, s a sphincter ellenálló erejéről győződünk meg. Végbélvizsgálatnál pedig a prostata helyén tömött, lapos, sima felületet tapintunk, mely felett a végbél nyálkahártyája könnyen elcsúsztatható, s a mely a megmaradt és vastag tokkal beborított húgycső körüli prostata-maradványnak felel meg.

Jelenleg a beteg vizeletét 2—3 óráig tudja visszatartani, a vizelet igen könnyen, vastag sugárban ürül, s többször ismételt vizsgálat után is meggyőződtem, hogy hólyagját spontan vizelésnél teljesen ki tudja üríteni.

Vizelet tiszta, benne górcső alatt kevés genyesejt volt található. A műtét indicatioját jelen esetben épen a betegnél fennálló teljes vizeletretentio képezte.

Ismeretes, hogy mennyire fogékony az ilyen vizeletretentionál a hólyag az infectio iránt. Ismeretes az is, hogy ha egyszer az ilyen hólyag inficiálódott, akkor a keletkező hólyaghurut milyen bizonytalan kimenetelű. Sokszor vesegyuladás is csatlakozik hozzá, de legjobb esetben is csak akkor gyógyul, ha a hurut legfontosabb fenntartóját, a vizeletretentiót megszüntetni tudjuk, illetőleg a hólyag teljes kiürülését biztosíthatjuk. Ha olyan betegről van szó, ki orvosával magát a leggondosabb asepsis betartásával naponta többször megcsapoltathatja, akkor a retentiót megszüntető, illetőleg a hólyag kiürülését biztosító fogva szakértő rendelkezésére mindig nem áll, ki kénytelen saját csapolni, akkor a hólyaginfectio összes súlyos és bizonytalan kim következményeivel előbb-utóbb okvetlenül bekövetkezik, s infectio nem is jár mindig a legsúlyosabb következményekkel, is hosszas fennállása után lényegesen hozzájárul ahhoz, hogy kife a hólyagizomzatnak olyan atoniája, hogy a beteg még akk képes a vizeletet kiszoritani, ha a túltengett prostata részéről állott akadály már el is távolíttatott, a midőn a műtétet végez nem is czélszerű.

A fennebb leirt esetben tehát a műtét nemcsak szükség sürgősen indikált volt, mielőtt a hólyag fertőzése és atoniája b kezett volna, s esetemben épen a hólyag izomzatának a kellő meglévő tonusa oka annak a jó eredménynek, hogy a beteg meggyógyult s vizeletét egészen ki tudja üriteni, residuális vizele maradása nélkül.

Alapy Henrik: Teljesen egyetért a bemutató indicatiojáv ez a szokásos műtéti javalatoktól eltér. Ugy véli, hogy általában ban kellene operálni, mint jelenleg szokás. Felszóláló két hé operálta egy 70 éves beteg óriási nagy prostatáját és azt hiszi ha az illető elgyöngült beteg lett volna, akkor a műtét utáni s talán ki sem állotta volna. A shockot a vérveszteség okozza, m szólaló esetében elég jelentékeny volt, daczára annak, hogy melléksérülés nem történt és daczára annak, hogy a műtét előtt belül 100 cm^3 suprarenin-oldattal körülfecskendezte a műtét terét hogy a leghigabb oldattal; és felszóláló akkor el is határozta legközelebbi prostatectomiája alkalmával jóval töményebb supr oldatot fog használni.

A prostatectomia technikájában felszóláló annyiban eltér mutató által leirt módszertől, hogy a prostata tokjának bemetszés a középvonalban csinálta, hanem oldalt metszett be; mindkét le külön-külön középen meghagyott egy körülbelől $1^1/_2$ cm. széles melyben az ondókivezetőcsövek bennfoglaltattak. Ez a kihámozá nehezíti meg. Felszóláló esetében az óriási nagyságú prostatána a három lebenyét nem eldarabolva, hanem egészökben lehetett k a mint ezt a bemutatott készítményen látni lehet. Az a nagy van meg ennek a módositásnak, hogy a potentia coëundi, számos prostata-hypertrophiás betegnél még megvan és mely a metszés után rendesen tönkremegy, a kétoldali metszés álta tartatik. Felszólalónak ez irányban ugyan nincs még személyes talata, miután ez volt ily módon végzett első műtéte, azonban baltimorei sebész, kitől ez a módositás ered, az esetek egy egés zatával bizonyitja ezt a tényt.

Felszóláló meg van győződne, hogy a perineális prostat eredményei, melyek a functio helyreállítására vonatkozólag é fényeseknek mondhatók, quoad vitam is jobbak lesznek, t. i. az körülbelől 10%-ra rugó műtéti mortalitás is jelentékenyen m csökkenni, ha a műtétet nemcsak a legkétségbeesettebb esetek s tartogatjuk, hanem nagyobb fokú idült panaszok esetén már k és igy erőteljesebb betegeken végezzük a műtétet.

Rihmer Béla: Privátbeteget, a ki aseptikusan kathete nehezen lehet rábeszélni a prostatectomiára, melynek absolut ind akkor áll be, ha katheterezéssel nem tudunk a betegen segiten a retentiót megszüntessük. Első sorban az a fontos, a mire már figyelmeztetett, hogy a hólyag tonusa meglazul, hogy a vizele jesen ki tudja a beteg üríteni, mert a kik nem tudják teljesen k a hólyagjukat, azoknál a retentio a műtét után is megmarad retentionál indikált-e a műtét? Erre nézve a vélemények Brüsselben a sebészi congressuson sokan ellene nyilatkoztak szerint acut retentio megszüntethető és a beteg utána évekig tud mig egy újabb retentiós roham következik be.

Verebély Tibor: Az első eset pathologiai unicum voltára s más a véleménye, mint bemutatónak; igaz, hogy meg kellene vizsgálatot. De hogy az izületi szabad testben osteomyelitis tube legyen a nélkül, hogy az izülethez tapadt volna és felpuhult alig valószinű. Sokkal valószinűbbnek tartja szóló, hogy a h a szabad test által állandóan izgatott synovitis serosa mellet vitis tuberculosa állott elő. A primaer osteomyelitist szóló nem valószinűnek.

Winternitz Arnold: A bemutatott esetben tulajdonképen azo törésalakról van szó, melyet legelőször Ascher irt le és „ rotulae partialis"-nak nevezett el. Ezen törésalak igen ritka, d jöveteli módját és szövettanát tekintve typikus. Bemutató ese letört és az izületi üregben szabadon mozgó testben, később ros lálkozási viszonyok között gümős infectio vehette kezdetét. K másu, hogy rossz táplálkozási viszonyok között levő szövetek infe disponálnak.

Illyés Géza: Az első esetben szövettani vizsgálat még nem ezért határozottan nem állithatja, hogy gümős góczczal van d Azonban tekintetbe véve a makroskopikus elváltozást, valósz kellett mondanom a tuberculosist.

A második esetre vonatkozólag hangsúlyozta szóló, hogy a épsége fontos. A privátgyakorlatban tényleg nehéz reábirni az beteget az operatiora, a ki conservative tudja magát kezelni kath Acut retentionál nincs indikálva.

(Vége következik.)

(V. szakülés 1905. évi november hó 4.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**. Jegyző: **Konrádi Dániel**.

5. **Lukács Hugó** dr. előadása: *a*) **A test hőmérsékének változásai dementia praecox eseteiben**. Az elmebetegek testhőmérsékére vonatkozó irodalomból sok vitás kérdés mellett két tény tekinthető megállapítottnak. Az egyik, hogy az elmebetegek hőmérséke nagyobb ingadozást mutat külső ingerekre, mint a normális emberé. A másik, hogy a hőmérsék ingadozása beáll gyakran minden észlelhető külső inger nélkül is. Ezen körülmények vizsgálata dementia praecoxnál a következő eredményt mutatta: A test hőmérséke állandóan eltért a normálistól. Az esetek nagy többségében hypothermia állott fenn, melyre jellemző, hogy a napi ingadozás háromtized fokot meg nem halad, gyakran 0. A betegek subjective nem vesznek e hőmérsékváltozásról tudomást, a pulsus és légzésszám nem változott.

Hyperthermiát csak két esetben észlelt a harmincz eset közül. Az egyik, kinél a hőemelkedés két hónapig tartott, ez alatt testsúlyban is növekedett.

A hőmérsékváltozás befolyása a psychikus viselkedésre kétséges. Oka lehet a cortikális centrum izgalma, másrészt autointoxicatiós folyamatokban is kereshető.

b) **A dementia praecox kórboncztanához**. Két eset központi idegrendszerét dolgozta fel. Az első eset klinikailag typusos képét mutatta a jelzett betegségnek. A cortexben elszórtan miliáris gliosis, perivasculáris gliosis, a vérerek sejtes beszűrődése, apró capilláris vérzések. A pia helyenként beszűrődött, idegsejtek, velősrostok épek.

A második eset acut, complikálva graviditással. A mikroskopi vizsgálat eredménye negativ.

(1905. november 11.-én tartott szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond**. Jegyző: **Konrádi Dániel**.

1. **Grósz Pál** bemutatása: **Primaer Bartholini-carcinoma esete**. Két hó óta fennálló daganat, mely a jobboldali nagy ajak alsó harmadát foglalja el és mélyen benyúlik a hüvelybe. A daganat kihámozása végbélresectioval. Szövettani vizsgálat egy igen sejtdús atypikus polymorphsejtű carcinomát mutat. A rákfészkek peripheriáján levő sejtek cylindrikusak, közepük felé inkább laphámtypust mutatnak. Ugyanilyen typusúak a rákfészkek a sphincterben és a végbél falában a muscularisig terjedőleg. Vulva hámja mindenütt ép. Kiindulási hely valószínűleg a kivezető cső átmeneti hámja. Inguinális mirigyek nem mutattak eltérést. Hat hét mulva az ellenkező oldalon, a varrat végén galambtojásnyi recidiva.

2. **Kolosvári Sándor**: **Végbélcarcinomában szenvedő beteget** mutat be, a mely esetnek érdekességet az a körülmény kölcsönöz, hogy aránylag fiatal embernél fordul elő.

3. **Kanitz Henrik**: **Röntgen-sugarakkal kezelt bőrrák-eseteket** mutat be. Az egyik eset egy 76 éves nőre vonatkozik, kinek baja három év óta áll fenn. Felvételkor az orr bal szárnyán volt egy forintosnál nagyobb, egyenetlen, lepedékes alapú, meredek, infiltrált szélű fekély, mely az ulcus rodens kórismejét illetőleg kétséget nem ébresztett. A diagnosist különben a szövettani vizsgálat is megerősítette. A beteg $2^1/_2$ hónap alatt négy kezelésben részesült, minden kezelés középlágy cső, $2^1/_2$ Ampère-áramerősség, 110 Volt, 15 cm. csőtávol mellett 25 perczig tartott. Jelenleg a fekély helyét egy rózsaszínű, finom heg jelzi, mely csak azáltal különbözik az ép bőrtől, hogy kissé annak niveauja alá süppedt. A másik esetben, egy 64 éves férfinál, egy nagy kiterjedésű, kifekélyesedett ulcus rodens állott fenn, mely az orr porczos részét részben elpusztította és az orrnak felső részét, a felső ajkat, valamint az arcznak szomszédos részeit foglalta el; egészben véve utánozva azt a pillangóalakot, melyben a lupus erythematodes szokott igen gyakran fellépni. A kezelés fenti módon történt. Eleinte a javulás rohamos volt, a kifekélyesedett terület alapja feltisztult, a meredek szélek gyorsan lelapultak, a rákos infiltratio mindenütt fokozatosan csökkent és a szélek felől megindult a hámosodás, úgy hogy jelenleg az eredetileg körülbelül gyermektenyérnyi rákos fekély egy tallérnyi, teljesen sima szélű, tiszta alapú, felületes anyaghiánynyá redukálódott, melynek sem az alapján, sem szélein rákos szövet többé nem mutatható ki. A fekély tehát jelen állapotában egy tiszta, de nehezen granuláló sebfelületet képvisel. A hámosodás lassú előhaladását bemutató abból magyarázza, hogy a Röntgen-fény, miközben a rákos szövetet elpusztítja és a fekély behámosodását eredményezi, magában az újonnan képződő bőrben, nevezetesen annak véredényein okoz valószínűleg oly elváltozásokat, melyek a bőrnek táplálkozási viszonyait kedvezőtlenül befolyásolják. Ez a lehetőség különösen ott forog fenn, a hol, mint fenti esetben is, a folyamat nagy kiterjedése és súlyossága intensiv és gyakori kezelést igényel. A betegnél még fennálló anyaghiány teljes feltisztulása után valószínűleg plastica útján fog pótoltatni. Az eredmény az eredeti állapothoz képest így is szembeötlő és a Röntgen-sugarak kiváló therapiai értékét bizonyítja.

Azonkivül bemutat nehány, a klinikáról már régebben távozott, bőrrákban szenvedő és Röntgen-fénynyel kezelt betegről készített fényképet. Az egyik esetben egy diónyi, exulcerált felületű epithelioma a felső ajak bőrében, a másik esetben egy koronányi ulcus rodens az nem volt alkalmas, képezte a radiotherapia tárgyát. Mi teljesen és szép cosmeticai eredménynyel gyógyult.

4. **Veress Ferencz** a bőrkórtani klinikáról mutat be:

a) **Eczema chronicum palmare**. 38 éves kocsis m öt év óta bőrelváltozások vannak, melyek rendes munk zavarják. Mindkét tenyerén s az ujjak hajlító oldalán s és elrendeződésű szarúfelrakódások láthatók, melyeke normális, másutt vékony, rózsaszínű bőrt látunk; heges sincs, a kezek háti felületére nem terjed át. Bemut chronicum (tyloticum) diagnosisát a psoriasis, keratoder keratoma palmare hereditarium és syphilis palmaris után állítja fel, mely utóbbitól főként kétoldali fellé infiltrált serpiginosus szél teljes hiánya különbözteti me

b) **A bőr feltünő idiosyncrasiája higanynyal sze** férjes iparosnő ezelőtt egy héttel egészen jelentéktele eczemával jött a klinikára, a hol kiderült, hogy az a culosis capitissal függ össze. Lanolincrémet kapott. Azo be a gyógyulást, egy gyógyszertárból *téglaírt* vagyis u cumot vett, a mely névvel az 1 %-os hydrarg. oxydat. E gyenge higanykenőcs néhányszori alkalmazása más gyuladást okozott, mely a negyedik napra már heveny ne fejlődött ki. Az orr, száj, áll, nyak, mindkét arczfél als erősen duzzadt, sötétpiros, nedvező és egyes helyeke genyes váladékkal fedett. Bemutató a higanykenőcsre be reactio okát egyfelől idiosyncrasiában találja, másfelől ú hogy a pediculosis capitis az arczbőrt minden káros bel kenyebbé teszi és reactioképességét fokozza.

c) **Syphilis tertiaria nodosa faciei**. 30 éves, olá azzal a panaszszal kereste fel a klinikát, hogy arczán s kiütések keletkeznek, melyek időnként elmulnak, de ar ismét kiütnek. Jelenleg orrán három hó óta állanak infectiót tagad. A beteg orra egészében vörös s megvast számos kendermagnyi-borsónyi, kiemelkedő, lágyan ruga sonkaszínű, sima tetejű göb ül, melyek az orr körüli bő pofatájra s homlokra is kiterjednek. Egyik-másik göb másokat beszáradt genyes váladék fed, de legnagyob tetejű, ép félgömb alakjában mutatkozik. Hasonló elvált a jobb fülkagylón. Az arcz bőrének többi részét finom foltocskákban jelentkező hegek borítják. A jobb alkar két kevéssé pigmentált, krajczárnyi, sugaras heg látszik

Az a körülmény, hogy az egyes kivirágzások cso dezódtek, tovaterjedő jellegűek, évek óta recidiválnak, k sednek, hanem önmaguktól felszívódnak s eltünésük utá heget hagynak hátra, továbbá, hogy a hegeken újabb keletkeznek, a késői syphilis papulosus alakjai közé soro

Hozzászól: *Marschalkó* tanár.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

24. igazg. szám.

Zemplén vármegye sátoraljaújhelyi „Erzsébet“ közkórházán tályán lemondás folytán üresedésbe jövő **alorvosi állásra** pályá

Az állás 1600 korona készpénzfizetés, I. oszt. élelmezé világítás élvezetével van egybekötve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesítésüket és ed igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat Zemplém v hivatalához czímezve, hozzám **1906. évi márczius hó 15.-ig** kü

Az állás folyó évi április hó 1.-én elfoglalandó.

Sátoraljaújhely, 1906. évi január hó 19.-én.

Zemplén vármegye sz

3—1 *„Erzsébet“ közkórháza*

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 fizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kiv hogy képesítésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmán folyamodványaikat Békés vármegye főispánjához, Krcsmárik mezve hozzám f. évi **február hó 14**-éig küldjék be.

Gyulán, 1906. évi január hó 24.-én.

3—1 *Békés vármegye k igazgat*

39/1906. szám.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi** Vingárd község székhelylyel üresedésben lévén, arra pályázatot

Az egészségügyi körhöz 6 község tartozik 8242 lakossal.

A körorvos évi javadalmazása havi előleges részletekbe kor. fizetés és 300 kor. utazási átalány.

Hivatalos kiszállásokkor a kör székhelyén kivül egy vé szedhető és ugyanannyi szedhető a kör székhelyén.

Hivatalos kiszállásokon kivül két kilometeren túl kilom fuvardij vagy természetbeni fuvar követelhető és azon felül nap négy kor. rendelési díj számitható fel.

Mütétekért az érvényes díjszabályzat legkisebb tétele igén képesitést és az eddigi alkalmazást igazoló okmányokkal fels hozzám f. évi **január hó 31.-ig** benyujtandók.